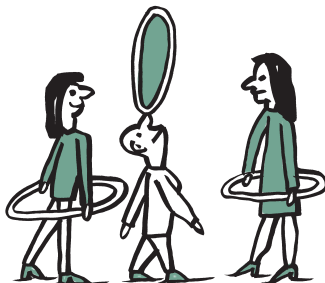


ORGANISERING AF SAMSPIL



VIDENSCENTER FOR SOCIALPSYKIATRI

Oktober 2006

ORGANISERING AF SAMSPIL

Lederes syn på, hvordan man kan organisere og styre samarbejdet på tværs af sektorer, så borgere med sindslidelser får bedst gavn af det samlede tilbud.

© Videnscenter for Socialpsykiatri, 2006
Stuiestræde 19,2
DK – 1455 København K.
+45 3393 4452

Printed in Denmark 2006

Projektleder: Klaes Guldbrandsen
Sproglig bearbejning: Marianne Bjerborg
Tegning: Peter Lautrop
Tryk: Salogruppe as
Oplag: 2000
ISBN 87-90964-34-9

Hæftet er udsendt gratis til kommuner, amter og regioner i 2006. Yderligere eksemplarer kan rekvireres hos Videnscenter for Socialpsykiatri for kr. 50 plus forsendelsesomkostninger eller downloades gratis fra www.socialpsykiatri.dk. Der kan frit citeres med tydelig kildeangivelse.

INDHOLD

Organisering af samspil	1
Forord	4
Indledning	5
Læsevejledning	6
Samspil som begreb	7
Hvem er med i undersøgelsen?	12
Roskilde Amt og kommuner	12
Fyns Amt og kommuner	15
Ringkøbing Amt og kommuner	17
Den komplekse opgave	21
Reducere eller beherske det komplekse	22
Tidsstyring, normering, evaluering og andre rutiner	23
Inddragelse som en velkommen forstyrrelse	24
Alles pligt eller én tovholder	27
Svært at prissætte komplekse ydelser	28
Livet derhjemme tager pusten fra samspillet	29
Effektive netværk med små enheder	29
Krydspres	30
Lige børn leger bedst	32
Forskellige briller	32
Samarbejde eller dominans – nu og med reformen	34
Fra periferi til kerne	36
Nederst i bunken	36
Synlighed, belønning og straf	36
Professioner i samspil	39
Ligeværdige professioner	40
Indlejring	41
Produktionsform og samspil	43
Specialisering	44
Gråzoner	46
Pragmatisme eller adskillelse	48
Guide til organisering og styring af samspil	50
En case-manager-model	50
Den lille organisering i det store system	53
Ud af hierarkiets skygge	55
Brug af professioners adfærd	58
Fakta om undersøgelsen	61
Litteratur	65
Noter	69

FORORD

Borgere med sindslidelser modtager behandling, hjælp og støtte fra mange forskellige instanser; hospital, distriktpsychiatri, socialpsychiatri, egen læge, kommunal sagsbehandler med mange flere mulige. Ikke alene er disse forskellige instanser underlagt forskellige lovgivninger, de er også ofte organiseret i hver sin forvaltning i kommuner og amter. Hvis borgeren skal kunne opleve den sammenhæng i det samlede tilbud, som mange efterspørger og lovgivningen påbyder, skal sektorerne spille sammen på nye måder.

I denne undersøgelse bliver det belyst, hvordan forhold i organisering og styring kan være afgørende for samspillets kvalitet. Undersøgelsen bygger på interviews med seksten ledelser fra social- og sundhedssektoren.

Rapporten tydeliggør en række udfordringer i forbindelse med samspil. De er velkendte i begge sektorer, men er i rapporten inddraget i en koncentreret form, som vi håber kan være med til at stimulere til lokal debat.

Udgangspunktet med delingen af opgaver mellem amt og kommune er meget snart historie. Forestillinger og tanker om, hvordan kommunalreformen kommer til at påvirke organiseringen og styringen af indsatsen er et gennemgående tema. Der er lagt vægt på at fremstille erfaringer og forslag, som er relevante for det tværsektorielle samspil uanset valg af forvaltningsstruktur.

Undersøgelsen er den anden af tre i Videnscenter for Socialpsychiatri's tværsektorielle projekt. De to øvrige undersøgelser er 'Syn på Samspil' om brugernes og de pårørendes opfattelser af samspil (2005) samt 'Forløb med Samspil' om problemer og muligheder i en række konkrete forløb med mennesker med sindslidelser (udkommer 2006). Projektet er finansieret af Indenrigs- og Sundhedsministeriet, Socialministeriet, Sygekassernes Helsefond og Videnscenter for Socialpsychiatri.

Tak til de engagerede og travle ledere, som har bidraget med erfaringer, forslag og tid.

Klaes Guldbrandsen, projektleder.

INDLEDNING

I 2001 nedsatte Sundheds- og Socialministeriet 'Udvalget vedrørende bedre samspil mellem tilbuddene i Psykiatrien og Socialpsykiatrien'. Det er med baggrund i dette udvalgs anbefalinger at Videnscenter for Socialpsykiatri har lavet denne undersøgelse af, hvordan tilbudene til mennesker med sindslidelser er organiseret og styret.

Formålet med undersøgelsen er at opsamle erfaringer i amt og kommune med organisering og styring og analysere muligheder og problemer set i forhold til målsætningen om at sikre et samlet tilbud til den sindslidende. Man kan ikke drage generelle konklusioner på baggrund af undersøgelsen, men den kan bruges som inspiration på centralt og decentralt niveau i forbindelse med planlægning, organisering og styring.

Der er mange sektorer, der har tilbud til mennesker med sindslidelser. For at få det fulde udbytte af de mange parters indsats er det nødvendigt at organiseringen af indsatsen sker i et samspil på tværs af sektorerne.

De væsentligste sektorer kan grupperes som følger:

- **Sundhedssektoren** med sygehuse og distriktspsykiatri. Frem til den nye kommunalstruktur i 2007 ligger den i amtsligt regi og herefter under regionerne. Faggrupperne er typisk læger, sygeplejersker, og social- og sundhedsassistenter og fokus er på diagnose og behandling, herunder medicinsk behandling.
- **Den sociale sektor** med blandt andet botilbud, være- og aktivitetssteder og støtte-kontaktpersoner, men også pension, kontanthjælp mv. Disse tilbud ligger frem til den nye kommunalstruktur fra 2007 i kommunalt og amtsligt regi og herefter primært i kommunerne. Faggrupperne er typisk socialrådgivere, pædagoger, ergoterapeuter, social- og sundhedsassistenter m.fl. Fokus er på brugerens funktionsproblemer i eget liv og hverdagslivet.
- **Arbejdsmarkeds- og undervisningssektoren** med blandt andet aktivering og særlig tilrettelagt undervisning og arbejdsmarkedsrettede tilbud, som frem til den nye kommunalstruktur fra 2007 ligger i både kommunalt og amtsligt regi og herefter i kommunerne.
- **Den private sektor**, f.eks. privatpraktiserende psykiatere, psykologer, psykoterapeuter, private botilbud og frivillige organisationer, der støtter og rådgiver.

Fokus i undersøgelsen er primært på samspillet mellem sygehus-, distrikts- og socialpsykiatri. Undersøgelsen bygger blandt andet på interviews med ledere på forvaltnings- og afdelingsniveau fra Ringkøbing, Roskilde og Fyns amter samt tilhørende kommuner.

Hvordan tilbudene er skruet sammen, og hvilke tilbud man giver, afhænger meget af, hvor i landet man befinder sig. Det uens landskab følger af den store grad af decentralisering i dansk forvaltning. Det gælder det enkelte tilbud fra f.eks. distriktspsykiatrien, og det gælder det samlede tilbud, som borgeren modtager fra de forskellige parter. Der er forskelle i ydelsestyper, i arbejdsdelingen mellem parterne, og i hvordan organisering og styring er tilrettelagt for at få de enkelte tilbud til at spille sammen.

Der bruges også data fra projektets forløbsundersøgelse, som omhandler problemer og muligheder i samspillet på implementeringsniveau. Herfra er hentet forløbsbeskrivelser til at illustrere udfordringen for organisering og styring og informationer om, hvordan medarbejdere og borgere ser på og har gavn af særlige organiseringsformer målrettet samspil¹.

LÆSEVEJLEDNING

Fremstillingen falder i fire dele.

- Først bliver begrebet om samspil belyst for at vise de udfordringer, som ledelse og planlægning står overfor.
- Dernæst beskrives af den organisatoriske struktur i de tre amter og tilhørende kommuner, der indgår i undersøgelsen. Her er fokus lagt på at beskrive den tværgående organisering og koordination mellem amt og kommuner samt på nogle af de særlige organiseringsformer, der er målrettet samspil.
- Analysen består af fire afsnit, som samler de forhold i organisering og styring, som forvaltnings- og afdelingsledelser opfatter som betydningsfulde for at arbejde med det tværsektorielle samspil. Heri indgår også ledelsernes forventninger og forslag til organisering og styring i perspektiv af kommunalreformen.
- Til sidst samles der op i form af en guide, med inspiration til organisering og styring af det tværsektorielle samspil.

Der er fodnoter undervejs, de er samlet på side 69-71.

SAMSPIL SOM BEGREB

Når man taler om samspil på tværs af sektorerne dækker det over, at samfundet er opdelt i et antal beslutningssystemer med rødder i det formelle politiske og administrative apparat. I den samlede indsats over for mennesker med en sindslidelse er der også tale om en ministeriel opdeling af sektorerne, med en sundheds-, social-, beskæftigelses- og undervisningssektor. Der er samlet set tale om en specialiseret opgavevaretagelse med det organisatoriske dilemma, at alle opgaverne ikke kan løses af samme forvaltningsmyndighed. Indsatsen er derfor præget af byrden med en delt forvaltning, ansvarsfordeling og finansiering.

I Danmark har social- og sundhedssektoren undergået mange forandringer i flere omgange i de seneste tre årtier, med organisatoriske omlægninger og en væsentlig udbygning. I takt med den administrative og politiske decentralisering samt en større specialisering, er der opstået et stigende behov for samordning af politikker og organisatoriske løsninger samt generel kommunikation på tværs af foranstaltninger, specialer og myndigheder.

Decentralisering har givet amter og kommuner mulighed for at udvikle tilbud tilpasset regionale og lokale forhold ud fra tanken om, at nærhed betyder bedre økonomiske dispositioner og ansvarlighed. Strukturreformen indeholder derimod en centralisering, hvor ræsonnementet er at øge effektivitet og kvalitet via stordriftsfordele og faglig bæredygtighed.

Et dårligt samspil kan betyde, at vi får mindre for skattekrone, f.eks. når arbejdsdelingen mellem to parter er uhensigtsmæssig, eller mere direkte ved at ressourcer går tabt ved en mangelfuld koordination. Et dårligt samspil kan gå hårdt ud over de borgere, som er særligt afhængige af samspillets kvalitet. Det gælder blandt andet mennesker med sindslidelser, som typisk er mere afhængige af en udefrakommende koordination end mere ressourcestærke modtagere af offentlige ydelser.

De følgende eksempler på samspil i indsatsen over for mennesker med sindslidelser er meget forskellige. De anvendes her til at vise bredden i samspilsbegrebet og som eksempler på, hvilke forudsætninger der skal være til stede i organisering og styring af indsatsen.

FLERE LAG AF PROBLEMER I SAMSPILLET

Mand på 34 med diagnosen skizofreni bliver to gange inden for et halvt år udskrevet fra sygehus uden nogen form for opfølgende socialt eller distriktpsychiatrisk tilbud. Efter første udskrivning vurderer kommunen, at den ikke har et socialpsykiatrisk tilbud, der kan matche hans behov. Efter ny indlæggelse og udskrivning er der et tilbud, men ventetid. Distriktpsychiatrien er ikke informeret om problemet med manglende socialt tilbud ved første udskrivning, men bliver via egen opsøgende kontakt opmærksom herpå og sørger for løbende kontakt til manden. Manden har ingen bolig og har efter begge udskrivinger benyttet sig af udenbys herberg til overnatning, hvilket har betydet ekstra praktiske og psykologiske problemer i forhold til kontakt med børn. Han er fraskilt, og børnene bor hos moderen. Efter anden udskrivning og ventetid bliver bolig-situationen afklaret via kommunal sagsbehandling, og han bliver visiteret til en støtte-kontaktpersonordning i kommunen.

Problemerne angår både udskrivningstidspunkt i forhold til, om kommunen er klar til at modtage borgeren, kommunens generelle serviceniveau, den basale koordination internt mellem sygehus- og distriktpsychiatri samt kommunikation og koordination mellem sygehus-, distrikts- og socialpsykiatri. Der er i forvejen tale om en formaliseret styring af udskrivning fra sygehus, men der sker i praksis noget helt andet, hvor borgeren bliver givet forskellige forventninger til den opfølgende indsats fra sygehusets og kommunens side.

GODE VILJER, MEN FÅ REDSKABER TIL SAMSPIL

36-årig mand med diagnosen skizofreni får i en lang periode bostøtte i egen bolig og er visiteret til distriktpsychiatrien. Har to-tre årlige indlæggelser i en del år bag sig og har derved også kontakt til og modtager ambulans behandling af læge ved fremmøde på sygehus. Efter et år i forløbsundersøgelsen bliver det samlede sociale tilbud reduceret til færre timer per uge og nu i form af støtte- og kontaktperson. Dette sker i forventning om fortsat bedring, fordi han også er begyndt på arbejdsmarkedsrettet aktivitet via et åbent, amtsligt tilbud. Efter en ny indlæggelse bliver manden i stedet visiteret til amtsligt botilbud et godt stykke fra oprindelig bopæl og modtager herefter ingen andre tilbud ud over lægekonsulent fra sygehuset. Der er foreløbig ikke flere indlæggelser, men manden efterlyser kontakt til tidligere medarbejdere og udtrykker især et ønske om at genoptage tidligere arbejdsmarkedsrettede aktiviteter.

Der er tale om et samspil, hvor hver part har god kontakt til borgeren og mange gode intentioner i samarbejdet, men i praksis ingen fælles viden og manglende kommunikation. Hovedindtrykket er en fragmentarisk beslutningsproces, som udmønter sig i ophold på det amtslige botilbud, hvor der ikke fra begyndelsen sættes på at udnytte ressourcer fra borgerens oprindelige miljø, og som i mindre grad er gearret til individuelle indsatser og brug af normalt tilbud.

NETVÆRKET MED PLADS TIL BÅDE FAGLIG DIALOG OG SKIFTENDE KOMPETENCEFORHOLD

Kvinde på 34 med diagnosen skizofreni, selvskadende og med et meget stort antal indlæggelser i de sidste seks år, får et stigende behov for kontakt og støtte. Det gælder især behovet for en vedvarende kontakt for at forebygge angst og andre problemer ved at være alene. Hun er visiteret til distriktpsykiatrien med en fast distriktssygeplejerske, men ønsker i stedet, på grund af god personlig relation, ugentlig kontakt til behandlende sygehuslæge og får mulighed for dette. Hun visiteres til en udvidet bostøtteordning med kontaktmulighed hele døgnet, for at hun kan blive i eget hjem. Det er på skift sygehuslæge, distriktssygeplejerske og bostøtten, der har ansvaret for koordination, dog er det primært sygehuslæge, der koordinerer i forhold til almen læge og privatpraktiserende psykolog. Parterne indkalder efter behov til netværksmøde, som inkluderer evaluering af forskellige supplerende sociale og beskæftigelsesmæssige tilbud. Diagnosen skizofreni bliver i perioden suppleret med personlighedsforstyrrelse. Kvinden er på en konstruktiv måde kravstillende og tager selv mange initiativer. Det sidste år har været fri for indlæggelser, hvilket af alle parter i indsatsen tilskrives den særlige investering i udvidet tilbud fra kommunens side, og at alle parter har haft fælles viden og løbende har koordineret de forskellige indsatsstyper.

Eksemplet viser, at samspil kan foregå smidigt trods mange parter. Det gælder både den basale koordination og den faglige dialog om kvindens behov, udvikling, relevante indsatsstyper samt om, hvordan inddragelse bedst foregår. Det terapeutiske arbejde foregår på tværs af distriktpsykiatri, socialpsykiatri og privatpraktiserende psykolog. Der er atypiske forudsætninger med en til tider meget ressourcestærk og initiativrig borger.

Eksemplerne viser bredden i begrebet om samspil. Ser man bort fra problemer med forsyningsforpligtelsen og serviceniveauet², kan samspil anskues på tre niveauer:

1. På det praktiske niveau handler samspil om basal koordination mellem sektorerne. Det er f.eks., om hjemkommunen er blevet telefonisk eller skriftligt informeret, så der kan tages stilling til en foranstaltning, når borgeren bliver udskrevet fra sygehuset.
2. På vidensniveauet handler samspil om kendskab til mål, indhold og planlægning mellem sektorerne, især når der er parallelle indsatser, som borgeren modtager fra flere parter. Det er f.eks., når borgeren flytter til nyt botilbud, og der samtidig sker ændringer i den distriktspsykiatriske kontakt til borgeren.

3. På det strategiske niveau handler samspil om en fælles evaluering af borgerens behov og relevante indsattstyper, så der hele tiden tages udgangspunkt i det samlede tilbud på tværs af sektorerne.

Idealet er et samspil med synergieffekter, altså hvor borgerens nytte af det samlede tilbud overstiger tilbuddene anskuet som enkelte elementer. Det er eksempelvis, når medicinering af en person med skizofreni opfølges af pædagogisk støtte til at håndtere hverdagslivet og hermed får en positiv betydning for den daglige medicinadministration og for medicinens effekt. Ved fravær af synergieffekt eller ved manglende samspil reduceres effekten af de enkelte indsattser med risiko for tilbagefald og ny indlæggelse. Et eksempel er udskrivning til ingenting, hvorved den forudgående medicinske og terapeutiske behandling kan miste sin værdi. Endelig kan samspil ende med en konflikt. Det er f.eks., når forskellige faggrupper på tværs af sektorerne anvender uforenelige terapeutiske metoder over for borgeren, eller når borgeren får præsenteret forskellige forventninger til, hvorvidt en given indsattform er relevant.

Hypoteser

Der kan opstilles en række hypoteser om, hvad der genererer det gode eller dårlige samspil⁹. De samme hypoteser ligger til grund for denne undersøgelses interviews og analyse:

- Hvem gør hvad. Der kan være enighed eller opstå konflikter med hensyn til hvem, der skal gøre hvad i indsattsen rettet mod borgeren. Konflikterne kan opstå mellem faggrupper og/eller organisatoriske afgrænsninger med udgangspunkt i, hvad de forskellige professioner betragter som deres faglige domæner og gør hævdt på.
- Behov og behandlingsteknologi. Der kan være enighed eller opstå konflikt om borgenes behov og relevant behandlingsteknologi. Indsattsen over for mennesker med en sindslidelse har en lang historie præget af uenighed om sindslidelsens ætiologi⁴. Det kan igen være forbundet med professionelle værdier eller sektorlogikker.
- Mål, ansvar og ressourcefordeling. Der kan være en opfattelse af fælles mål, eller der kan opstå konflikt om ansvar og ressourcefordeling mellem de parter, som hver især bidrager til det samlede tilbud. En borger kan f.eks. få brug for genindlæggelse, men sygehuset kan op-

fatte dette behov som en følge af manglende investering eller resultater fra botilbuddets side. Her er forskelle i den ene parts afhængighed af den anden part en vigtig faktor.

- Forskelle på parterne. Et godt eller dårligt samspil kan skyldes grundlæggende forskelle på de parter, der skal indgå i et samarbejde, men som har svært ved at forstå hinanden, eller som anvender forskellige måder at tilrettelægge arbejdet på. Samtidig kan parterne være underlagt driftsmæssige betingelser i egen organisation, der kan udgøre barrierer for samarbejdet

Samspilletets kvalitet

Der er mange dimensioner af kvalitet, og det gør det til en kompleks opgave at vurdere, om samspillet er godt eller dårligt. Kvaliteten af det faglige samspil handler om vurderingen af borgerens behov og valg af metoder i indsatsen, hvor professionerne kan have forskelligt syn på, hvad det er, der skal samarbejdes om. Kvaliteten har også en organisatorisk dimension, som handler om graden af koordination på de forskellige niveauer. En økonomisk vurdering af kvalitet kan inddrage målopfyldelse, og en beregning af om samspillet har medført flere eller færre sociale eller sundhedsmæssige ydelser i både de primære og sekundære sektorer⁵. Endelig udgør borgerens og medarbejdernes tilfredshed med samspillet en direkte kilde til vurdering af kvaliteten.

HVEM ER MED I UNDERSØGELSEN?

Det er ledelser fra Roskilde, Fyn og Ringkøbing amter og tilhørende kommuner, som er med i denne undersøgelse. I dette afsnit præsenteres hvert område kort, så det fremgår, hvordan indsatsen er bygget op, og hvilke veje man har valgt at gå for at skabe et godt samspil i hvert amt. Der er lagt vægt på at beskrive den tværgående organisering og koordination mellem amt og kommuner samt på nogle af de særlige organiseringsformer, der er målrettet samspil. Der er ikke tale om en udtømmende beskrivelse af tre amter og mere end 50 kommuners måder at håndtere samspil på.

De tre amter med tilhørende kommuner er udvalgt på baggrund af, at de repræsenterer et geografisk tværsnit, har en forskellig historik med udvikling af tilbud til mennesker med en sindslidelse, og at de hver for sig har udviklet særlige organiseringsformer målrettet samspil. Når man udvælger ud fra forskellig historie og måder at organisere indsatsen på, kan man vurdere, om der, trods disse forskelle, er ens erfaringer og forslag til organisering og styring af samspil.

Der er interviewet i alt 16 ledelser (i alt 28 ledere) på forvaltnings- og afdelingsniveau fra de amtslige psykiatريفorvaltninger, amtslige socialpsykiatriske tilbud, kommuner, sygehusafdelinger og distriktpsikiatriske centre. Der er hermed også lagt vægt på at få erfaringer fra, hvad man betragter som essentielt i samspillet regionalt og lokalt.

ROSKILDE AMT OG KOMMUNER

Voksenpsykiatrien i Roskilde Amt er organisatorisk delt op i tre distrikter, som også danner ramme om samarbejdet med de 11 kommuner, som ligger i amtet⁶.

De voksenpsykiatriske distrikter omfatter både sengeafsnit og distriktpsikiatriske enheder. Der findes ingen dagtilbud, men den ambulante behandling kan strække sig til at foregå flere timer om dagen og over længere perioder.

Der er fire selvstændige botilbud i Roskilde Amts socialpsykiatri⁷, hvoraf det ene også omfatter en udgående bostøttefunktion til borgere, der bor i eget hjem. Der bliver desuden købt en del pladser i botilbud uden for amtet.

I 2000 blev der oprettet et tværgående psykiatriudvalg og en tværgående Social- og Psykiatريفorvaltning⁸. Det var et skift i forhold til, at psykiatri-

en hidtil havde haft politisk og organisatorisk ståsted sammen med den somatiske sygehusbehandling. Formålet var at skabe bedre rammer for samspillet mellem de amtslige tilbud i psykiatrien. Der blev etableret en fælles psykiatriledelse for behandlings- og socialpsykiatrien med en direktør, cheflæge, chefsygeplejerske og socialpsykiatrichef. Afdelingsledelsen for hver af de tre distrikters sygehus- og distriktspsykiatri består af en ledende overlæge og en ledende oversygeplejerske.

De socialpsykiatriske tilbud har egne forstandere, som i lighed med behandlingspsykiatrien refererer til psykiatriledelsen. Alle kommuner i amtet kan visitere til de amtslige, socialpsykiatriske tilbud. Visitering til amtslige tilbud er placeret i en stabsfunktion til psykiatriledelsen.

I den interne amtslige planlægning og koordinering mellem tilbuddene i social- og behandlingspsykiatrien er der etableret et Psykiatrilederforum bestående af forstandere for amtslige botilbud og afdelingsledere fra behandlingspsykiatrien, som mødes hver sjette uge.

Samarbejde mellem kommuner og amt

Der er flere niveauer i det formaliserede samarbejde mellem amt og kommuner med relevans for samspillet. På politisk niveau er der ud over det direkte samarbejde mellem amtet og den enkelte kommune etableret et Sundhedspolitisk Kontaktudvalg bestående af kommunale og amtslige politikere, der skal drøfte problemstillinger på det social- og sundhedsfaglige område og rådgive amtsråd og kommunalbestyrelser.

Mellem den kommunale og amtslig socialpsykiatri foregår samarbejdet via jævnlige møder mellem amtet og samtlige kommuner. Der foregår desuden koordination vedrørende grundtakster i et separat mødeforum⁹.

Mellem kommuner og amtslig behandlingspsykiatri foregår samarbejdet på koordinationsmøder med kommunerne inden for det enkelte sygehusdistrikt på afdelingslederniveau. Der er lavet samarbejdsaftaler mellem distriktet og den enkelte kommune eller i nogle tilfælde flere kommuner, der i forvejen indgår i et tværkommunalt samarbejde¹⁰.

Tværasektorielle sygeplejersker

Roskilde Amts sygehus distrikt Øst omfatter ordningen med tværasektorielle sygeplejersker. Deres opgave er at skabe driftsmæssig og faglig integration mellem distriktspsykiatriens ydelser og kommunens sociale tilbud. Amtet

og de fire kommuner, som er med i ordningen; Solrød, Skovbo, Køge og Vallø, deler finansieringen. De tværsektorielle sygeplejersker er således ansat flere steder og har deres gang på tværs af de kommunale og amtslige forvaltninger og tilbud, med udgangspunkt i de konkrete forløb med borgere.

Den tværsektorielle sygeplejerske sørger for, at de sundhedsfaglige ydelser og vurderinger bliver anvendt på en optimal måde på tværs af de sundhedsmæssige og sociale tilbud. Det sker ud fra, at sygeplejersken er en del af både social- og distriktpsychiatrien og derfor har fokus på og ansvar for at integrere ydelserne i de respektive tilbud. I praksis mødes sygeplejersken med borgeren i både distrikts- og socialpsykiatri (f.eks. distriktpsychiatrisk center og egen bolig med bostøtte), hvorved problemer med kendskab, kommunikation og skiftende miljø reduceres set fra borgerens synsvinkel. Også kendskab og kommunikation mellem den tværsektorielle sygeplejerske og de øvrige medarbejdere i socialpsykiatri og andre sociale tilbud bliver lettere i kraft af den integration, der følger af ansættelsen. Sygeplejersken bruger ofte mest af sin tid i socialpsykiatrien, f.eks. med funktioner i botilbud eller værested.

Psykiatriordningen i Roskilde Kommune

I Roskilde Kommunes psykiatriordning har et visitationsudvalg kompetence til at igangsætte hele viften af foranstaltninger inden for rammerne af Serviceloven. I Psykiatriordningen er der en tovholderfunktion, om skal sikre det interne samspil med de øvrige kommunale forvaltninger samt det tværsektorielle samspil med distrikts- og sygehuspsykiatri og øvrige parter.

Der er som en del af Psykiatriordningen lagt vægt på at ansætte psykiatrfaglige sygeplejersker, som skal sikre, at medicinering og øvrig sundhedsfaglig behandling bliver fulgt op og integreret i de forskellige socialpsykiatriske tilbud. I praksis oplever borgeren, at der er et kendskab til den forudgående behandling eller indlæggelse, og at der bliver fulgt op eller initieret en ny behandlingsindsats, selv om borgeren er visiteret til tilbud i socialpsykiatrien. Dette sker i kraft af daglig eller jævnlig kontakt til borgeren, på linie med andre socialpsykiatriske tilbud. De psykiatrfaglige sygeplejersker repræsenterer for borgeren et ekstra trin i indsatsen i den kommunale socialpsykiatri, som i nogle tilfælde kan erstatte distriktpsychiatriske eller andre ambulante ydelser, mens borgeren stadig befinder sig i eget miljø (botilbud, egen bolig med bostøtte, genoptræningsplads m.fl.).

FYNS AMT OG KOMMUNER

I Fyns Amt er voksenpsykiatrien opdelt i to sygehusområder med hver deres selvstændige ledelse. Sygehus Fyn omfatter de to sygehusafdelinger Svendborg og Middelfart, mens Odense Universitetshospital har en sygehusafdeling i Odense¹¹. Afdelingsledelsen for hver af de tre distrikters sygehus- og distriktspsykiatri består af en ledende overlæge og en ledende oversygeplejerske.

Der er syv amtslige socialpsykiatriske tilbud til voksne, som består af midlertidige botilbud (kollegier), længerevarende botilbud samt dag- og beskæftigelsestilbud. Tilbuddene har selvstændige ledelser, som refererer direkte til psykiatrichefen. Visitering foregår centralt og dækker hele amtet. Der visiteres i mindre udstrækning til private udbydere og andre amters tilbud. Hvert botilbud tilknytter en lægekonsulent efter eget valg.

Vejen hen imod en enhedsforvaltning og mere integration mellem den sociale- og sundhedsmæssige indsats har været lang. I 2002 blev Social- og psykiatriudvalget etableret for at skabe større samordning af tilbuddene og en samlet overordnet styring. I 2003 blev der gennemført en forvaltningsmæssig deling, således at områdeledelsen under amtets sundhedsområde havde ansvar for den daglige drift af sengeafdeling og distriktspsykiatri, mens Psykiatriafdelingen under amtets socialområde varetog planlægnings- og udviklingsfunktionen, budgettering og den politiske udvalgsbetjening. Den sidste organisatoriske ændring skete i 2004, hvor alle funktioner blev samlet under Psykiatrichefen og amtets socialområde¹².

Samarbejde mellem kommuner og amt

Fyns Amts sygehuse omfatter sengeafdeling og distriktspsykiatri, men distriktspsykiatrien er organiseret i samarbejde med kommunerne efter to forskellige modeller.

- Den integrerede model er rammen om samarbejdet for kommuner med over 12.000 indbyggere. Her arbejder distrikts- og socialpsykiatriske medarbejdere sammen i en organisatorisk enhed med fælles ledelse, lokalefællesskab, finansieringsdeling¹³ og med en fysisk placering i distriktet.

- Samarbejdsmodellen er rammen for kommuner med under 12.000 indbyggere. Her arbejder medarbejderne fra distrikts- og socialpsykiatrien sammen på ad hoc-basis og er organiseret som et amtsligt team med rådgivende og udadgående funktion i samspil med hver enkelt kommune.

Samarbejdet mellem amt, kommune og øvrige parter for begge modeller var organiseret i et distriktsråd for distrikts-, sygehus-, geronto- og socialpsykiatri med møde hvert kvartal. Rådene blev afskaffet i 2002, hvor der nu i stedet indkaldes ad hoc til møder mellem de relevante parter.

Med grundtakstreformen blev der lavet generelle aftaler og finansieringsmodeller via amtet og kommuneforeningen. Her er der også tale om ad hoc-møder mellem amt og kommuner, hvilket foregår på forskellige niveauer afhængigt af emnets karakter.

Det socialpsykiatriske behandlingsmøde er det centrale redskab i samarbejdet mellem amt og kommune ved udskrivning fra sygehus, genindlæggelse eller revisitering til ændret tilbud. Der arbejdes efter et princip om, at de forskellige kontaktpersoner til borgeren hver især kan initiere et behandlingsmøde. Primærkommunen deltager altid og så vidt muligt også borgeren. Amtets konsulenter fra psykiatridelingen deltager i mødet, når der er tvivl om vurderingen af borgerens behov set i forhold til bestående tilbud.

Den integrerede model i Svendborg

I den integrerede model arbejder distrikts- og socialpsykiatriske medarbejdere sammen i en organisatorisk enhed med fælles ledelse, lokalefællesskab, finansieringsdeling og med en fysisk placering i distriktet. Det tværsektorielle team består af speciallæge, psykolog, sygeplejerske, socialrådgiver, ergoterapeut, bo- eller hjemmestøtte og eventuelt andre fagpersoner fra kommunen.

I Svendborg har integrationen mellem amt og kommune været udviklet så meget, at kontaktpersonen til borgeren varetog alle sociale- og sundhedsmæssige aspekter i indsatsen. Det vil sige med en delegation af opgaver og kompetence fra behandlingsansvarlig læge og fra de kommunale forvaltningsområder, f.eks. arbejdsmarked, social pension og børneområdet. I praksis oplever borgeren, at der samtidig med de psykiatri- og socialfaglige ydelser kan foregå sagsbehandling og inddragelse af de forhold, som for borgeren hænger sammen med det at have en sindslidelse. Det er den eller

de samme medarbejdere, der varetager f.eks. sagsbehandlingen på bolig- og børneområdet og derved kan udnytte viden fra borgeren om barrierer og timing mellem de forskellige tiltag. I praksis bevæger faggrupperne sig gensidigt ind over hinandens funktionsområder, dels ud fra et integreret samarbejde omkring den enkelte borger, og dels når selve indsatsen betinger det. Eksempelvis kan ergoterapeuten eller lægen i en periode overtage hjemmehjælperens funktioner for at opbygge tillid og dermed opnå bedre medicinadministration eller -justering.

I de seneste år er modellen ændret i retning af mindre integration, så kommunen igen selvstændigt varetager dele af sagsbehandlingen.

Allianceprogrammet

Fyns Amt og Odense Universitetshospital indgår et samarbejde om et såkaldt allianceprogram, som har til formål at finde områder for kvalitetsforbedringer i de tværsektorielle patientforløb¹⁴. Hovedformålet er at optimere pleje og behandling af indlagte mennesker med skizofreni med henblik på udnyttelse af borgernes egne ressourcer og opnå bedre integration i samfundet.

En række af programmets mål skal opnås ved forbedring af koordination, kontinuitet og kommunikation mellem pleje og behandling. Der medvirker derfor medarbejdere fra både social- og sundhedssektorerne. Ved programmets start blev der prioriteret en række områder for kvalitetsforbedringer i samspillet, blandt andet håndtering af misbrug. Som en del af programmet sigtes der også på at opnå resultater via en fælles uddannelse af de involverede fagpersoner i borgernes forløb, udvikling af kvalitetsstandarder og en løbende kvalitetsovervågning. Patienter og deres pårørende deltager i kvalitetsovervågningen.

RINGKØBING AMT OG KOMMUNER

Sygehus- og distriktpsychiatrien i Ringkøbing Amt er opdelt i område Nord med afdelingsledelse i Holstebro og område Syd med afdelingsledelse i Herning¹⁵.

Område Nord er organiseret i tre voksenpsykiatriske teams, Øst, Vest og Syd, som følger den geografiske opdeling af distriktpsychiatriens samarbejde med kommunerne¹⁶. Alle tre teams servicerer Holstebro Kommune med udgangspunkt i borgerens brug af alment praktiserende læger.

Amtets socialpsykiatri består af tre midlertidige og seks længerevarende botilbud samt dag- og beskæftigelsestilbud¹⁷. Der arbejdes med integration af bo-, dag- og beskæftigelsestilbud og desuden med tilbud om akutordning og -overnatning. Der visiteres på tværs af nord-syd-skellet til alle socialpsykiatriske tilbud, men med udgangspunkt i nord-syd-opdelingen afhængigt af borgerens tilknytning og hidtidige bopæl. Der visiteres i mindre udstrækning til private udbydere og andre amters tilbud.

Der foregår en koordination mellem amtets egen konsulent, der har ansvar for visitering til amtslige, socialpsykiatriske tilbud samt grundtakbetaling, og medarbejderen fra primærkommunen. Det foregår typisk via netværksmødet.

Den politiske og administrative struktur i amtet blev i 1998 ændret til en såkaldt enstrengt struktur, hvor nu både den socialpsykiatriske og sundhedsmæssige del af indsatsen er placeret under et politisk udvalg, Skole- og Socialudvalget, og administreres af en forvaltning, Psykiatrien i Ringkøbing Amt.

Der er en relativ flad organisationsstruktur med en psykiatrichef og to afdelingsledelser på sygehusene Herning og Holstebro.

På psykiatrisk afdeling i Holstebro består afdelingsledelsen af en ledende overlæge, en chefpsykolog og en oversygeplejerske. Der er en lang tradition for denne ledelsesstruktur. Der er tre teams i afdelingen, som hver har en teamleder.

Forstanderne på de amtslige socialpsykiatriske tilbud refererer direkte til psykiatrichefen.

I den interne amtslige planlægning og koordinering mellem social- og behandlingspsykiatri afholdes regelmæssige møder, Psykiatrilædermødet, som ledes af psykiatrichefen, og hvor afdelingsledelsen i Holstebro samt forstanderne fra de socialpsykiatriske tilbud mødes. Der er desuden regelmæssige møder med de amtslige socialpsykiatriske tilbud fra hele amtet.

Samarbejde mellem kommuner og amt

I amtets område Nord er der etableret en mødestruktur med kvartalsvise møder i Ledelsesgruppe Nord, mellem amtets psykiatrichef og lederne af

den kommunale socialpsykiatri. Bruger- og pårørendeorganisationen Sind er også repræsenteret.

Det daglige samarbejde med kommunerne om driften planlægges i det socialpsykiatriske teammøde, mellem det enkelte team på psykiatrisk afdeling i Holstebro og de tilknyttede kommuner.

Den distriktspsykiatriske organisering og behandlerfunktionen

Sygehusafdelingen i Holstebro har en distriktspsykiatrisk organisering. Heri ligger, at afdelingens generelle behandlingsindsats skal sigte på en integration med samarbejdspartnerne i lokalområdet og borgerens civile miljø og for en stor dels vedkommende foregå uden for afdelingen. Hvad enten borgeren er på en sengeafdeling, i ambulatoriet eller i dagafdelingen, bliver der qua organiseringen med det samme skabt forbindelser til borgerens civile miljø og de forudsætninger for rehabilitering, der er tale om.

Behandlerfunktionen er et vigtigt element i afdelingens distriktspsykiatriske organisering. En behandler bliver tilknyttet borgeren og forestår behandling ifølge behandlingsplanen, med delegation fra ansvarshavende læge. Medarbejderen med en behandlerfunktion skal samtidig varetage helhedssyn og kontinuitet i den samlede indsats. Borgeren kan have flere kontaktpersoner i afdelingen, som både møder behandler og borger. Behandleren følger med borgeren ved f.eks. indlæggelse og udskrivning. Desuden ajourfører behandleren behandlingsplanen. I praksis strækker behandlerens funktioner sig langt ind i det socialpsykiatriske arbejde, f.eks. med deltagelse i etablering af bofællesskaber, undervisning og supervision til parterne omkring borgeren, rådgivning om særlige beskæftigelsestilbud mv. Borgeren oplever behandlerfunktionen dels som en personlig støtte, som kan bidrage med overblik, og dels som en oversætter ved de forskellige skift af miljø, faglighed og terminologi. Den relativt store tilknytning mellem behandler og lokalområde betyder for borgeren, at sygehus og behandling flytter med ud i den civile kontekst og på den måde bliver afmystificeret og ikke fremstår som en institution.

Netværksmødet

Netværksmødet bruges til at koordinere indsatsen omkring borgeren, men det handler i lige så høj grad om at synliggøre indsatsen med henblik på at afklare forventninger mellem borgerne og de forskellige parter. Det er typisk kommunen eller Psykiatrisk Afdeling, der indkalder parterne til et

netværksmøde, men det kan også være på foranledning af borgerens egen læge eller en tilknyttet privatpraktiserende speciallæge. Borgeren deltager så vidt muligt i netværksmødet, og der lægges vægt på, at pårørende deltager. Netværksmøderne bruges ad hoc efter det første møde. Det er hele eller dele af samme netværk, der indkaldes til de obligatoriske udskrivningsmøder. I praksis lægges der både konkrete planer på kort og mellem-lang sigt på netværksmødet, og der lægges vægt på at forpligte parterne og borgeren selv på en konstruktiv måde for at kunne se frem til et næste netværksmøde. Der bliver søgt og skabt alliancer og fælles forståelse mellem borgeren og parterne i indsatsen, for at borgeren skal opleve, at alle sigter på samme mål og midler, og at borgeren derfor har mulighed for at henvende sig til alle i perioden fremover.

DEN KOMPLEKSE OPGAVE

At skabe gode forløb på tværs af sektorer er en kompleks opgave, hvor både det at identificere opgaven og være i stand til at revidere synet på opgaven er en udfordring. Udfordringen til organisation, styring og ledelse starter der, hvor sindslidelse, symptom og det enkelte menneske kan have mange fremtrædelsesformer og forskellig betydning.

Opgaven bliver kompleks, fordi det er nødvendigt at sammentænke borgerens civile miljø og hverdagsliv med den indsats, der udgår fra enten sundheds- eller socialsektoren. De personlige processer med erkendelse og mestring samt tilpasning i forhold til det omgivende miljø kan variere meget. Der er stor forskel på sindslidelser, men der er endnu større forskel på mennesker, der har en sindslidelse. Visse sindslidelser, som f.eks. skizofreni, gør i sig selv opgaven mere kompleks, fordi loyalitet mellem tilknyttede medarbejdere og accepten til at medvirke i et behandlingsforløb kan skifte. Vrangforestillinger og ensomhedssøgen er eksempler på symptomer, som stiller ekstra krav til planlægning og timing. Borgeren har ofte behov for hjælp til at forstå sin sygdom.

Når opgaven kan være nok så kompleks inden for egen organisation, f.eks. et distriktspsykiatrisk center, er det uomgængeligt, at kompleksiteten bliver større, når der er flere parter med i samspillet. En borger med diagnosen skizofreni modtager ofte ydelser fra tre eller flere parter, hvor der også kan være forskelligt personale tilknyttet inden for hver organisation. Eksempelvis behandlende læge og sygeplejerske fra sygehus, distriktspsykiatrisk sygeplejerske, medarbejder i kommunal bostøtte, kommunal hjemmehjælper, kommunal støtte- og kontaktperson, §111-sagsbehandler i kommunen, borgerens egen læge og læge i amtligt misbrugscenter. Hertil kommer medarbejdere fra andre kommunale afdelinger, skift af kontaktpersoner eller brug af vikarer.

Vilde problemer

I faglitteraturen anvendes begrebet vilde problemer¹⁸, som angår opgaver med skiftende eller flere mål, ustabilitet, og hvor forudsætningerne for at løse opgaven ikke altid er kendte på forhånd. De fleste af lederne kender til disse udfordringer med hensyn til at skabe de rigtige rammer for medarbejdernes aktiviteter. Det er nemmere at organisere arbejdet i f.eks. en børnehave eller en teknisk forvaltning, hvor målene er lettere at definere og forudsætningerne for indsatsen mere stabile.

BRED ORGANISERING

'Mennesker med sindslidelser, der også har et misbrug, er et eksempel på en af de mest komplicerede opgaver, fordi fokus i indsatsen hele tiden ændrer sig af hensyn til borgeren. Derfor er vi nødt til at organisere denne indsats så bredt som muligt, det vil sige i den del af organisationen [kommunen], som er vant til at arbejde med den bredeste samarbejdsflade. Det er typisk samarbejde mellem den kommunale indsats i forhold til misbrug, kommunal socialpsykiatri, amtslig misbrugsbehandling, somatisk behandling på sygehus, retspsykiatri, og så kan de øvrige kommunale forvaltninger også være inde i billedet.'

LEDER I KOMMUNE

Nogle af lederne mener, at indsatsen over for mennesker med sindslidelser er en unik opgave som følge af den særlige dynamik mellem sindslidelserens skiftende fremtrædelsesformer og borgerens modtagelighed i forhold til skiftende medarbejdere og miljø. Andre ledere peger på at sammenligne med og bruge erfaringer fra de kommunale specialindsatser på det sociale område, hvor der også er mange parter og en stor grad af specialisering.

Udfordringen med den komplekse opgave består især i, at fokus hos mennesker med sindslidelser og forudsætningerne for indsatsen ændrer sig over tid, hvorfor organisationens rutiner og planlægning af løsninger på mellemlangt og langt sigt kommer til kort. Det er faktisk det samme forhold, der gælder selve samspillet. Når den ene part ændrer på vilkår eller planlægning af indsatsen, må de øvrige parter se på det som en ny forudsætning eller som ustabilitet.

REDUCERE ELLER BEHERSKE DET KOMPLEKSE

I forhold til udfordringen med vilde problemer forslår lederne på den ene side en strategi med at reducere kompleksiteten ved at slå en ring om de mange parter, der yder en indsats overfor borgeren. Det kunne f.eks. bestå i at tilrettelægge kommunal og amtslig misbrugsindsats samt socialpsykiatrien under én hat, med en fælles virksomhedsplan eller med et fast ledelsessamarbejde. At reducere opgavens kompleksitet er en væsentlig del af tankegodset bag de særlige organisationsformer målrettet samspil, f.eks. de tværsektorielle sygeplejersker i Roskilde Amt og den integrerede model i Fyns Amt.

På den anden side er der ledere, der strategisk sigter på at beherske kompleksiteten. Deres syn er, at opgaven netop er kompleks, og at organisations- og styreform skal indrettes herefter. Problemet er, at organisations- og styreform ikke er kompatible med opgaven, f.eks. når der som følge af visiteringskravene først skal arbejdes med borgerens misbrugsproblem, før vedkommende kan blive tilbudt en psykiatrisk eller socialpsykiatrisk behandling. Mange af disse ledere foreslår case-manager-ordninger som en organisatorisk løsning, der kan imødekomme og beherske opgavens kompleksitet.

Begge strategier er rettet mod det samme mål. Lederne vægter en blanding af styringsformer, som på den ene side kan sikre individualisering og fleksibilitet i opgaveløsningen og på den anden side sigter på faglighed, stabilitet og effektivitet. Alle ser en nødvendighed i at kombinere en form for

rammestyring med stor skønskompetence, både til dem selv som ledere og med mulighed for delegation af kompetence til medarbejderne.

Nogle få ledere ønsker at praktisere værdibaseret ledelse, typisk via faglig supervision og efteruddannelse og sideløbende med den styring, der ligger i at udmelde mål og rammer og lave målopfølgning sammen med medarbejderne. De fleste ledere har også fokus på at udnytte standarder og dokumentationskrav som elementer i styringen af indsatsen. Det gælder både lederne i social- og sundhedssektoren, men faglig supervision, efteruddannelse samt professionernes interne kontrol er mere fremtrædende i sundhedssektoren.

BREDE RAMMER FOR HVEM DER MATCHER BORGEREN BEDST

'Jeg vil som leder gerne være iført de store sko. Det er nødvendigt set i forhold til de mennesker, som jeg skal servicere. Så som leder tænker jeg i delegation, både oppefra og fra mig selv i forhold til medarbejderne. Det kan være meget forskelligt, om det bliver en støtte- og kontaktperson, en visitator eller en fra pensionsafdelingen, som får den bedste kontakt med borgeren. Og der må ikke blive en konkurrence om 'mine borgere' mellem de kommunale afdelinger.'

LEDER FRA SOCIALSEKTOREN

TIDSSTYRING, NORMERING, EVALUERING OG ANDRE RUTINER

I både social- og sundhedssektoren er der indsats, der indeholder samtidige mål om forebyggelse, bedring og kompenserende ydelser. Det er derfor vanskeligt at opstille klare kriterier for, hvordan medarbejder og organisation skal fungere.

Samme forhold gør det problematisk at evaluere indsatsen ud fra forud definerede kriterier, fordi løsning og problemopfattelse hænger sammen eller først bliver synlige senere i indsatsen. Samtlige afdelingsledelser udtrykker behov for at få spørgsmålet om de rette måder at evaluere og registrere indsatsen på sat på dagsordenen. Med meget uensartede forløb kan der opstå en diskrepans til organisationens krav til målopfølgning og rutiner. Der er brug for organisering og styring, der både kan honorere krav om stabilitet, sikkerhed og ledelsesmæssig kontrol og samtidig være fleksibel for at kunne respondere på den unikke borger.

DETAILSTYRING ER EN BLINDGYDE

'Jeg synes, at vores behandlingsopgave er meget mere kompleks end f.eks. hof-ter på det somatiske område, så vi skal give vore afdelingsledelser en bred ramme at arbejde indenfor. Vi er ikke nede og detailstyre. Og i forhold til hvilke ledelsesformer, der er relevante, tænker jeg i tillid og selvstændighed. Det er nødvendigt med en masse kreative medarbejdere, der arbejder sammen i mange netværk om opgaver, som er meget forskellige. Vi kan alligevel ikke regulere de unikke processer, men vi må som ledelse i stedet sørge for hele tiden at vise, hvad opgaven er.'

LEDER FRA SUNDHEDSSEKTOREN

SYNLIGHED OG FLEKSIBILITET

'Det vil altid være naturligt og forståeligt, at en del af økonomien og styringen beror på fælles rammer og redskaber, men jeg kan ikke drive denne butik uden mulighed for tillægsbevillinger. Vished for adgang til det politiske niveau hjælper. Jeg er som leder spændt ind mellem en stadig mere snæver og præcis styring og så det, at der altid er nogle borgere eller omstændigheder, hvor jeg er nødt til at sprænge rammen.'

LEDER AF AMTSLIGT
BOTILBUD

Når de standardiserede løsninger, som organisationen refererer til og har gode erfaringer med, ikke altid passer, er det nødvendigt at bruge tid på afsøgning af alternativer og have mulighed for fleksibilitet i forhold til den løbende drift. Disse processer skal ideelt set både foregå på individuelt niveau mellem medarbejder og borger og på organisationsniveau (f.eks. en afdeling eller et afsnit), hvor man kan tale om fælles læring.

Problemerne i forhold til organisationens tidsstyring, normering og andre rutiner opstår især, når der ikke i forvejen er skabt synlighed og accept af kompleksitet og vilde problemer som driftsbetingelser. Især afdelingsledelserne lægger vægt på en løbende dialog internt i organisationen om fleksibilitet.

I følge flere kommunale ledere er det vanskeligt at profilere indsatsen over for mennesker med sindslidelser som et driftsområde med særlige betingelser, dels fordi det er en relativt lille kommunal opgave, og dels fordi organisations- og styringsmodeller ofte er blevet overført fra større kommunale driftsområder.

INDDRAGELSE SOM EN VELKOMMEN FORSTYRELSE

Når problemerne er vilde og borgeren er i en marginaliseret position, er det svært at få tilbagemeldinger fra borgeren. Organisationen skal være designet til at kunne opfange tilbagemeldinger og forventninger fra borgeren og dermed leve op til blandt andet psykiatri- og servicelovens krav om differentierede tilbud og inddragelse af borgeren. Der er kun få ud af de interviewede ledelser, der har fokus på og forslag til, hvordan man systematisk får fat i denne flygtige viden fra borgerne.

Et sygehusdistrikt, en kommune og et amtligt socialpsykiatrisk tilbud arbejder metodisk med at tildele borgeren en autoritativ rolle, som giver adgang til at udfordre den måde, arbejdet er tilrettelagt på. Det betyder, at organisationen tilstræber at blive forstyrret for at undgå, at rutiner og normer forhindrer organisationen i at indhente ny viden. Lederne skal tænke i systematisk at (til)lade den institutionelle orden blive udfordret.

I praksis handler det om at holde vejret et stykke tid og give borger eller pårørende en realistisk chance for at definere behovet og vurdere tilbuddet. Derefter handler det om at tildele den eventuelt større kompleksitet en plads i tilbuddet. Det kan også handle om ikke med det samme at henvise til en anden instans, når der synes at være en stor kompleksitet. I stedet er

idealet, at problemdefinitionen så vidt muligt foregår i et samarbejde med borgeren, hvorefter der tages stilling til organiseringen af behandlings- og støtteindsatsen.

Et eksempel er en borger, der gentagne gange selv indkalder parterne i indsatsen til et såkaldt netværksmøde (privatpraktiserende psykolog, distriktspsykiatrisk læge, medarbejder fra kommunal bostøtte og kontaktperson fra arbejdsplads). Borgerens ønsker til indhold og tidspunkter for netværksmødet passer ikke med de forudgående aftaler mellem de forskellige parter, men der er tilstrækkelig fleksibilitet til at imødekomme dette behov, hvilket i sig selv udløser ressourcer hos borgeren og bibringer bevidsthed om egen situation¹⁹.

Inddragelse af borgeren er i forvejen foreskrevet i Psykiatri-, Service- og Retssikkerhedsloven via behandlingsplan og social handleplan m.fl. Inddragelse kan betragtes som en genvej til at få borgerens syn på sammenhæng, og det er ofte et aktiv, fordi parterne i indsatsen får en fælles platform at starte samarbejdet ud fra.

Det meningsskabende møde

Der kan skabes synergi mellem inddragelse og samspil ved at etablere fælles møder med deltagelse af borgeren og de relevante parter. Det kan være netværks-, visitations- eller udskrivningsmøder. Det bliver ikke sagt direkte af lederne i undersøgelsen, men i organiseringen af indsatsen fremstår de fælles møder som en vigtigere og højere prioriteret processtyring, end det at lave de formelle behandlings- eller handleplaner.

Når medarbejderne møder hinanden, bliver kompleksiteten reduceret via en fælles tolkning, og der opstår samtidig mulighed for at få korrektiver på egne forestillinger om indsatsen. De forskellige skriftlige planer er en fatligere kommunikationsform i forhold til vilde problemer. Mange planer – og der kan være rigtig mange – kan øge kompleksiteten, fordi de udspringer af forskellige kulturer eller metodiske traditioner.

Det er afgørende, at inddragelse betragtes som en fælles opgave og reelt foregår på tværs af parterne omkring borgeren. Opstår der modsætninger mellem, hvad borgeren får præsenteret som inddragelse, bliver resultatet en yderligere kompleksitet og negativ dynamik mellem borgeren og de forskellige parter.

AT UDFORDRE DEN INSTITUTIONELLE ORDEN

'Vi har lavet sådan nogle skæve ting en gang i mellem, men det kan være en vanskelig vej, fordi vi er vant til at tænke i de optimale løsninger, vi kender i forvejen. F.eks. fundet ud af at etablere et botilbud i en bolig tæt på sygehuset, som egentlig er beskyttede boliger til et andet formål. Så nu har borgeren sikkerhed ved at være tæt på os i sygehuset, men hun får ikke nødvendigvis brug for at opsøge os. Det er det, jeg tænker på, at kompetencen og viden til at se sådanne muligheder beror på det nære kendskab til borgeren og hendes dagligdag, og hvad der driver værket. Det er i højere grad kommunen, der har kompetencerne til at finde sådanne løsninger.'

LEDER PÅ SYGEHUS

DYNAMIK UDEN FOR FAST DAGSORDEN

'Vi er lige i øjeblikket mange parter [fem organisatoriske enheder] omkring borgeren, vi har været flere, og det er et meget langt og til tider vanskeligt forløb. På sidste møde mellem bostøtte, værested, og distriktpsychiatri drøftede vi den fortsatte indsats og herunder begrundelserne for, at borgeren skulle afsluttes i den kommunale bostøtte. Distriktpsychiatrien havde lignende planer for afslutning i betragtning af, at borgeren havde et bedre funktionsniveau, der var gået lang tid siden uden behov for indlæggelse. På det her møde [interviewet] er det egentligt nyt for mig, at grunden til, at borgeren nu søger om psykologbehandling og fortsat tilknytning til distriktpsychiatrien, hænger sammen med sparerunden i værestedet, og der tidligere har indgået terapeutiske tilbud fra flere parter.'

MEDARBEJDER FRA
DISTRIKTSPSYKIATRIEN²⁰

INDDRAGELSE PÅ TVÆRS FREM FOR SPLITTING

'Vi begynder at stille hypoteser om, hvad kommunen kunne have gjort, og foregøgler en hel masse ting sammen med borgeren. For borgeren skaber det nye forventninger og splitting, mellem hvad der er meningen herfra [sygehuset], og hvad tilbuddet i kommunen går ud på. Det er et godt eksempel på noget, der sker rigtig mange gange, når vi som parter arbejder parallelt med borgeren. Vi bliver brugt, og vi lader os bruge. Borgeren bliver dødforvirret og har f.eks. lært, at han ikke kan bo mere der, hvor han bor nu, og det ender med, at hele forløbet går i stykker. Jeg har hørt institutionsledere sige, at vi har ansat socialrådgivere for at sørge for, at vore borgere får en ordentlig behandling i kommunen, men borgeren bliver virkelig taber, når der på skift skabes forventninger om, hvordan og af hvem behovene defineres.'

LEDER FRA SUNDHEDSSEKTOREN

Det er naturligt, at medarbejderen søger at reducere opgavens kompleksitet, så den bliver mulig at løse. Her kan problemet bestå i, at medarbejderen selvstændigt går i gang med den proces, med sin egen organisation eller professionsfællesskab i ryggen, før samspillet med de øvrige parter er aktiveret. Denne proces tager udgangspunkt i organisationens produktionsform og behandlingsteknologi såsom diagnostik, GAF-skala, GAS-skema, funktionsevnevurdering, livshistoriefortællinger, samarbejdsaftale med borgeren etc. Her kan det være vanskeligt for medarbejderen at være åben for dynamik og nye tilgange i samspillet med de øvrige parter, når der i forvejen er gjort et stort stykke arbejde, som er legitimeret i ens eget bagland. Samtidig kan den helhedsløsning, som ligger mellem to eller flere parter i samarbejdet, være den mest komplekse og sværeste at legitimere i baglandet.

Medarbejderne omkring borgeren kan arbejde med i fællesskab at reducere kompleksiteten for derefter at opnå faglig afklaring og kontrol inden for egen organisation. Dette markerer samtidig et skift fra en hierarkisk styring til en netværksstyring, afhængigt af hvor stor beslutningskompetence de enkelte medarbejdere bringer med sig i det fælles møde²¹.

ALLES PLIGT ELLER ÉN TOVHOLDER

Alle har erfaringer med – og forståelse for – at medarbejderne tilsidesætter rutiner og krav (dokumentation, tidsstyring, arbejdstid, krav i forbindelse med sagsbehandling). Mange af de særlige organiseringsformer målrettet samspil omfatter helt eller delvist en tovholder, der kan koordinere de mange situationer, det er umuligt at tage højde for i planlægningen. Borgerens behov for at få bearbejdet sindslidelsen og at kunne forstå og deltage i, hvad der sker i indsatsen fra de forskellige instanser, tilsiger også en gennemgående medarbejder. Heri ligger både en koordinerende og formidlende rolle over for borgeren og på tværs af parterne.

Ifølge en sundhedsfaglig leder er styring af indsatsen via en tovholder en rigtig god ide for samspillet, men kan også kvalificere den behandlingsmæssige indsats, især hvis tovholderen kender borgerens civile liv.

Andre ledere ser en tovholder som et ekstra bureaukratisk lag på en i forvejen kompleks, offentlig forvaltning, hvor afgrænsning af tovholderens kompetence er vanskelig, både i forhold til egen organisation og mellem de involverede organisationer.

I samarbejdet skal der på et tidspunkt træffes et valg med hensyn til en styringsform, som tager højde for de krav, som et godt samspil forudsætter. Styring med udgangspunkt i et tovholderprincip skal ind fra starten og som en fælles dagsorden hos parterne i samarbejdet for at undgå, at tovholderen bliver en slags kranssekagefigur ved siden af den grundlæggende organisation og styring. Det kan være en vanskelig proces for parterne i samarbejdet at omlægge styring og organisationsform til et tovholderprincip, især når det handler om at delegerer kompetence og initiativret ind i et fælles rum.

Alternativet til én fælles tovholder som styringsprincip er, at opfølgning er alles pligt inden for egen organisation. Det fordrer i så fald at opfølgning er et prioriteret indsatsområde i den enkelte organisation, eller at der er en skærpet lovgivning herom.

SAMSPIL KVALIFICERER KERNEYDELSEN

'Brug af kontaktperson eller tovholder på tværs af organisationerne kan kvalificere diagnostik og indsats gevaldigt. Og der kan spares en hel del, også for borgeren, ved at vi udnytter viden på tværs og satser på kontinuitet. Jeg leder altid efter den døde hund, når jeg står med en indlæggelse; det er typisk en lille ting, der får læsset til at vælte, og det er godt at få denne viden formidlet via en tovholder. Det ligger omvendt i organisationers og professioners natur at sætte det store fejlsøgningsapparat i gang, når en ny borger står udenfor, og det er jo skørt, fordi patienten jo selv har coping-mekanismer, som kan klare de ting.'

LEDER I SUNDHEDSSEKTOREN

PSYKIATRI ER IKKE HYLDEVARE

'Vi vil meget gerne dokumentere det sociale arbejde, men jeg tror slet ikke, at området kan køre med en model for ressourcetildeling ligesom f.eks. ældreområdet BUM-modeller²². Vi har brug for hurtig visitation, stor fleksibilitet i ydelser og kontinuitet via den personlige overlevering. Der er så mange nuancer i de sammensatte problemer, som ikke passer med den hyldevare tænkning, som BUM-modellen typisk medfører. Funktionsevne er en langt vanskeligere vurdering på psykiatriområdet. Det handler først og fremmest om, at jeg og Peter med diagnosen skizofreni skal lære hinanden at kende, og det er derfra, at vi ideelt set skal begynde at definere, hvad der skal stå på hylderne.'

LEDER FRA SOCIALSEKTOREN

ALTID OPFØLGNING PÅ DEN KOMPLEKSE OPGAVE

'Måske skal vi lære af den gerontopsykiatriske organisering, hvor lægen med ansvar for den ambulante behandling også er ind over, hvis der bliver tale om en indlæggelse. For vi er jo rigtig gode behandlere og kan det hele, men det er ofte slet ikke de ting, som patienten kommer ind for; det er derimod en person, der er vant til at gå sin gang ude ved patienterne [ambulant behandling og sociale støtteformer] og derfor ser behovene set fra patientens side i stedet for at tage udgangspunkt i institutionens behov f.eks. ved indlæggelse. Det er lige som det er langt bedre at lave diagnoser, mens patienten er beboer i botilbuddet og ikke indlagt på afdelingen.'

LEDER FRA SUNDHEDSSEKTOREN

SVÆRT AT PRISSÆTTE KOMPLEKSE YDELSER

En del af lederne er meget opmærksomme på, hvordan opgavens karakter harmonerer med principperne for køb og salg i den nye kommunale struktur. Med kommunalreformen bliver det kommunen, der finansierer de ydelser, regionen producerer, f.eks. fra sygehus- eller distriktspsykiatri. Kritikken af denne styringsform handler om, at det er vanskeligt at prissætte ydelserne realistisk, og at fleksibilitet og de mange individuelle løsninger derfor kan gå tabt, fordi udbud og efterspørgsel vil tage udgangspunkt i standardforløb og -ydelser.

Omvendt kan et køb- og salgprincip betyde større synlighed af de ydelser og funktioner, der er forbundet med samspil, herunder den kompleksitet, der ligger i at skabe et sammenhængende tilbud. Udbyder og efterspørger vil skærpe kravene til definitionen af de enkelte ydelser, såfremt de skal prissættes. Som et karikeret eksempel vil kommunen kunne efterspørge sundhedssektorens ydelser med eller uden tovholderfunktion, der skal sikre sammenhæng med den somatiske behandling og den sociale indsats.

LIVET DERHJEMME TAGER PUSTEN FRA SAMSPILLET

Når det handler om problemer og muligheder for samspil, er det de interne forhold i organisationerne, der er det højst vægtede tema i interviewene. I dette afsnit er fokus derfor på struktur og incitament, der kendetegner de interne organisatoriske forhold, og som dominerer medarbejdernes adfærd og kan udgøre en hæmsko for det eksterne organisatoriske samspil.

EFFEKTIVE NETVÆRK MED SMÅ ENHEDER

Det er kendetegnende, at alle de interviewede ledere tilslutter sig den hidtidige amtslige og kommunale organisationsstruktur. Det er principperne om nærhed og tilgængelighed udmøntet i mindre distrikter og mindre decentrale enheder, der skal hamle op med udfordringen i de til tider meget uens forløb og lokale vilkår for indsatsen.

Flere ledere peger på, at der med centraliseringen i kommunalreformen bliver større forvaltningsmyndigheder, som kan gå ud over nærhed og tilgængelighed. Denne udvikling gælder ikke kun regionerne, men også i kommunerne, hvor gevinsterne ved specialisering og funktionsbærende enheder kommer inden for rækkevidde.

I den hidtidige udvikling har decentralisering og små organisatoriske enheder de fleste steder været ledsaget af en økonomisk rammestyring og er nogle steder senere udvidet med kontraktstyring eller takst- og aktivitetsstyring. Generelt er der sket en væsentlig delegation af planlægningsmæssig og økonomisk kompetence til distrikts- og afsnitsledelser i amterne.

Det er et broget billede blandt kommunerne. Nogle steder er den kommunale socialpsykiatri vokset op med så stor ledelsesmæssig autonomi, at det kun kan gå den anden vej i takt med de administrative reformer. Andre steder og især i mindre kommuner har socialpsykiatrien været organiseret under et andet driftsområde, f.eks. ældreområdet, og har haft en meget begrænset autonomi.

Fælles for lederne i undersøgelsen er deres ønske om at bibeholde en stor grad af planlægnings- og ledelseskompetence på afdelings-, afsnitsniveau og teamlederniveau. De fleste ledere ser ingen modsætning mellem fortsat delegation af kompetence og den udvikling, hvor amter bliver til regioner, hvor kommuner og optagedistrikter bliver større, samt at der med

reformen skal tænkes mere i funktionsbærende enheder og specialisering. Der skal stadig sættes på en decentraliseret og flad organisationsstruktur, hvilket bliver sat i direkte relation til nærhed og tilgængelighed. Det centrale argument er, at det er lettere at integrere mindre organisatoriske enheder i et netværk med de øvrige parter, fordi samarbejdsrelationerne bliver overskuelige for medarbejderne.

KRYDSPRES

Alle ledelser er meget opmærksomme på de øgede krav til effektivisering og faglig kvalitet indeholdt i de administrative reformer (servicedeclarationer, kvalitetsstandarder, aktivitets- og takststyring, kontraktstyring, BUM-modeller, dokumentation og evaluering). Det gælder både sundheds- og socialsektoren, selv om der er forskelle på krav og indhold i reformerne.

I den enkelte organisation bliver dette omsat i en mere snæver målafgrænsning og en strammere styring for de prioriterede mål. Det påvirker medarbejderne, der primært vil fokusere på at leve op til kravene i deres egne organisationer. På den måde begrænses opmærksomheden på de ressourcer, der ligger i samarbejdet med andre organisationer og deres specialiserede ydelser. Borgerens kontaktperson bliver bragt i en situation, hvor han først tænker på at få orden i eget hus, før han kontakter de øvrige parter i indsatsen. Dilemmaet består i, at det øgede pres på medarbejderens målorientering sker for at styrke organisationens formelle mål og legitimitet, men det kan omvendt indskrænke mulighederne for at tilføre organisationen – og indsatsen rettet mod borgeren – ressourcer udefra.

Når det gælder komplekse serviceydelser er den mest effektive opgaveløsning horisontal, det vil sige, at man arbejder i netværk ud over egen organisation. Medarbejderens kontorstol skal kunne køre til alle andre skriveborde, også hos parterne i indsatsen. Mere vægt på de horisontale processer vil øge graden af informationer mellem medarbejdere og helt konkret betyde, at det bliver lettere at få information om skiftende behov hos borgeren og derved korrigere egen produktion. Denne måde at arbejde på står på nogle områder i modsætning til idealtypen af en lukket, bureaukratisk styret organisation, der er designet til at producere hurtigt og meget af de samme ydelser og er langsommere til at videreformidle information.

Sat på spidsen kan de samtidige krav om hierarkisk og horisontal styring betyde en afkobling mellem på den ene side organisationens overbygning (politiske udvalg, topledelse), hvor perspektivet er at skabe legitimitet via

planlægning og en hierarkisk styring, og på den anden side organisationens handlingsdel, hvor perspektivet er de produktionstekniske omgivelser og implementeringen af indsatsen. Et godt samspil kan forudsætte beslutningskompetence eller tidsanvendelse på opgaver, som ikke bliver honoreret eller tolereret af organisationens top. Det kan resultere i en afkobling, hvor der så at sige opstår flere organisatoriske virkeligheder og med forskellige former for kommunikation og styring.

FLERE VERDENER

'Vi er én enhed [sammenlagt amtslig og kommunal organisation], selv om det primært har heddet distriktpsychiatri i folkemunde. Vi er blevet presset fra begge sider, sygehuset og kommunen, men er nærmest begyndt at forsvare os som en enhed mod angriberne udefra. Kommunen lægger pres på mig som kommunal leder, f.eks. når vi skal varetage brede almene funktioner, hvilket gør os mindre duelige i det egentlige samarbejde. Jeg vil hellere satse på at udnytte enhedens fælles kompetencer, og i samarbejdet har vi netop ikke tænkt, hvad der er amtsligt, og hvad der er kommunalt.'

LEDER FRA SOCIALSEKTOREN

Når der investeres i netværks- eller særlige organisationsformer målrettet samspil, skal der samtidig tænkes i at harmonisere og understøtte disse med resten af organisationen. Det er f.eks. synlig ledelsesmæssig opbakning til initiativer uden for egen organisation, tilpasning af overenskomstmæssige forhold vedrørende arbejdstid, der passer til samarbejdspartners behov, samt indførelse af registrerings- og dokumentationsformer, der afspejler krav i det netværksorienterede arbejde. Problemet er ofte, at disse aktiviteter er usynlige ydelser eller bliver anset for tidsrøvere i forhold til formelt definerede opgaver²³.

Især afdelingsledelserne kender til situationer med krydspres, hvor de både skal deltage i og udvikle netværk og samtidig fungere som ledere i organisationens interne hierarki. De veksler mellem at arbejde ud fra fastlagte mål fra politikere og topledelse og at bidrage til måludvikling, hvor målene udspringer af selve samarbejdet. Investeringen i det tværsektorielle samspil udspringer typisk af selve samarbejdet, men målene forbundet hermed skal også have en plads i den formelle organisation. Det bliver til et krydspres, fordi ledere og medarbejdere skal veksle mellem flere autoritetssystemer.

LÆNKER

'De [den administrerende ledelse] ved ikke, hvad jeg laver herude, og det er måske også forklaringen på, at jeg er bundet på hænder og fødder af en række strukturelle forhold. Det er egentlig en uacceptabel situation, at selv om jeg skal samarbejde med de kommunale ledere, er mine ansatte herude også knyttet til hver deres søjle i amtets organisering, og jeg selv til en tredje søjle. Det er ikke helt så slemt for min kommunale modpart, selv om han også brokker sig over modsatrettede signaler fra baglandet. Det er ikke klart, hvem der bestemmer hvad. Alt for mange detaljer bliver styret centralt fra. Visiteringen har vi heller ikke god indflydelse på. Det indskrænker lysten til at være kreativ og sætte udvikling i gang. Hvis vi ikke havde haft et godt personligt forhold, var vi røget i totterne på hinanden.'

LEDER FRA SUNDHEDSSEKTOREN

HARMONISERE RAMMERNE

'Vores tværsektorielle sygeplejersker forbinder organisationerne. Det er ikke kun det at forbinde kommuner og sundhedssektor, men også i forhold til de praktiserende læger. Selv om formålet først og fremmest er at skabe kontinuitet for borgeren, skal man ikke underkende ambassadørfunktionen med hensyn til at forbinde organisationer. Det er det her med, at der sidder en stemme begge steder, som kan forklare andre, hvad systemerne går ud på.'

LEDER FRA SUNDHEDSSEKTOREN

Netværksarbejde betyder også andre lederroller som forhandler, brobygger og strateg frem for de gængse roller som planlægger og kontrollør, og det betyder især krav om en stadig informationsindsamling.

Medarbejderen kan opleve et loyalitetsdilemma, når krav fra netværket og egen organisation støder sammen, og hvor der kan være omkostninger forbundet med at bryde med livet i organisationen: 'Kollegerne kan godt være uforstående overfor eller måske misundelige på, at jeg hele tiden er væk, og at jeg ikke er med til de interne møder²⁴.'

LIGE BØRN LEGER BEDST

Mange ledere peger på en asymmetri i kompetencer, fordi organisationerne i social- og sundhedssektoren er opbygget ganske forskelligt. De kommunale afdelingsledere har en mere begrænset kompetence med, når de indgår i samarbejdet med lederne i sundhedssektoren. Omvendt har medarbejdere fra den kommunale socialpsykiatri med en direkte borgerkontakt typisk en større autonomi i samarbejdet mellem kontaktpersoner til borgeren. Det kan ofte spænde ben for samspillet, fordi medarbejderne ikke har samme mulighed for fleksibilitet og timing, når der skal træffes beslutninger sammen med og på borgerens vegne.

De tværsektorielle sygeplejersker i Roskilde Amt og den integrerede model i Fyns Amt er organiseret med henblik på at harmonisere rammerne for arbejdet, så medarbejderne kan mødes på lige vilkår.

De fleste ledere understøtter gerne netværk ved at gøre dem formelle, men det skaber ikke i sig selv et godt samspil. Der må først være skabt muligheder for et ligeværdigt samarbejde på frontmedarbejder- eller afdelingsniveau, før der skal ske en formalisering f.eks. via godkendelse af samarbejdsaftaler. Et eksempel herpå er de meget forskellige samarbejdsaftaler mellem den samme sygehusafdeling og kommunerne i pågældende sygehusdistrikt. På frontmedarbejderniveau kan der på samme måde være forskel på, hvordan der er opbygget netværk og metoder til at håndtere f.eks. indlæggelsessituationen med de øvrige kontaktpersoner omkring borgeren. Det er udtryk for, at lige børn arbejder bedst, og at de har fået kompetence til at tilpasse rammerne til, hvad opgaven kræver.

FORSKELLIGE BRILLER

Medarbejderne kan have et vidt forskelligt syn på borgeren, behandlings- og støtteformer og på samarbejdet med de øvrige parter afhængigt af, hvil-

ken sektor de hører under. Så bombastisk udtrykker en leder med tidligere ansættelse i både sygehus-, distrikts- og socialpsykiatrien, hvad livet i organisationer i sidste ende betyder for de ydelser, som borgeren modtager. Ledelserne er opmærksomme på de sociale systemer i organisationerne – ikke mindst i de andres organisationer.

En grundlæggende forestilling om organisationer er, at tilhørsforholdet til en organisation med tiden udvikler en specifik adfærd hos medarbejderne. Der opstår via normer eller specifikke incitamenters i organisationens styring et fælles perspektiv på opgaven, omverden og herunder borgeren. Krav og påvirkninger fra omverdenen bliver søgt tilpasset organisationens egen logik. Det betyder også, at værdier, normer og virkelighedsopfattelser bringes i spil, når parterne omkring den enkelte borger mødes. Der kan altså være andre rationaler på spil, end det som f.eks. samarbejdsaftalen mellem kommune og sygehus er udtryk for.

En anden forestilling om organisationer er, at de søger at kontrollere omgivelserne for at sikre stabilitet. Det er en vej mod at indfri de formelle mål og opnå legitimitet. Stabilitet har dog et janushoved i form af fastlåste perspektiver på opgaven eller ligefrem repression. Et eksempel er borgeren, der ikke får et socialpsykiatrisk tilbud, selv om der aktuelt er flere ledige pladser. Borgeren får afslag og må imødesee ventetid. Det er dog ikke et spørgsmål om manglende samarbejdsvilje, men derimod en følge af normen om at sikre den bedst mulige matchning ud fra viften af tilbud. Når borgeren med et skiftende misbrugsmønster bliver henvist til de øvrige parter til tilbud, handler det om, hvordan organisationer redefinerer problemet for at gardere sig mod uforudsigelige situationer og skabe stabilitet.

OVER PÅ ET ANDET BORD

'Skal jeg være rigtig grov, så er hovedproblemet i samspillet, at en stor del af organisationers aktivitet går med at skaffe problemerne væk eller over på andre. Andre steder [uden for behandlings- og socialpsykiatrien] tager vi med det samme fat om roden af problemet.'

LEDER FRA SOCIALSEKTOREN

BLINDE PLETTER

'Der er huller mellem de forskellige systemer i psykiatrien, og de opstår, fordi der er en begrænset forståelseshorisont i de organisationer, hvor man arbejder. Selv fandt jeg ud af, at vi kun havde beskæftiget os med 30 procent af virkeligheden, efter jeg var startet som leder i socialpsykiatrien og efter flere lederstillinger i den sundhedsmæssige del af indsatsen. Mit forståelsesgrundlag blev væsentligt udvidet. Blandt andet blev folks bolig og den side af livet, som ikke handler om sygdom, til omdrejningspunktet i synet på borgeren og på sindslidelsen. Det [problemerne med samspil] er egentligt ret simpelt: Kommunerne forstår ikke og kender ikke til, hvordan man arbejder professionelt på sygehuset, og på sygehuset kender de ikke meget til Serviceloven.'

LEDER FRA SOCIALSEKTOREN

MÅLGRUPPER ER BEKVEMME

'Hvis vi skal tænke i ren organisation, så er det svært at finde en entydig målgruppe, med mindre man bruger diagnoser, der kan give svaret på, hvilke kasser vi skal have i organisationen. I stedet for kasser skal vi tænke i tilbud med en masse facetter. Problemet ligger i, at de andre parter ikke af sig selv åbner op for deres ressourcer, før problemet bliver defineret på en bestemt måde.'

LEDER FRA SOCIALSEKTOREN

FEJEBLADSORGANISATION

'Vi er blevet en slags fejeblandsorganisation, så de andre tilbud kan arbejde med kendte problemer og målgrupper. Inden for den sidste tid har jeg fået 4-5 personer ind på mit bord, blandt andet fra ældreområdet. Jeg får typisk beskeden: Find på noget andet i jeres tilbud, fordi ham kan vi ikke have her mere.'

LEDER FRA SOCIALSEKTOREN

Af samme grund er indsatsen ofte organiseret med udgangspunkt i afgrænsede målgrupper, hvilket også skal ses i sammenhæng med målet om specialisering. Kritikken af det tværsektorielle samspil har ofte været, at den sindslindende falder mellem to stole. Flere af lederne har problemet tæt på. På den ene side er det nemmere at effektivisere arbejdet, når der skabes klare forudsætninger via en målgruppedifferentiering. På den anden side ser mange ledere det som en falliterklæring, at det er nødvendigt at etablere særlige organisationsformer målrettet samspil og såkaldte restmålgrupper. En kommunal leder foreslår, at placere ansvaret for samspil i den del af indsatsen, hvor kravene til fleksibilitet i opgaveløsningen i forvejen er størst.

Der er blandt lederne erfaringer med og forslag til, hvordan organisering og styring både kan understøtte stabilitet og samtidig bevare åbenhed over for nye problemkombinationer. Det er nemmest i den interne organisering og mere vanskeligt i det interorganisatoriske samspil, hvor der ikke er nogen ledelsesret.

INSPIRATION FRA GADEPLANSARBEJDET

'Hvorfor ikke bare sætte lederne fra kommune og amt sammen en gang om måneden og med udgangspunkt i konkrete sager. Så kan vi snakke både om at dele finansieringen, og hvilken koordination der skal til. Det er lidt ligesom gadeplansmedarbejdere, der jo i sagens natur bliver nødt til følge med borgeren, om det så angår misbrugscentret eller arbejdsmarkedsafdelingen. Hvis vi formår at have øje for hinandens rammebudgettering, så vil det ikke betyde, at pengene løber løbsk.'

LEDER FRA SOCIALSEKTOREN

SAMARBEJDE ELLER DOMINANS - NU OG MED REFORMEN

Social- og sundhedssektoren er som udgangspunkt uafhængige af hinanden vedrørende finansiering, men er i varierende grad afhængige af hinanden m.h.t. ekspertise og ressourcer. Kommunen har behov for at lave klare aftaler om indlæggelse, fordi den ellers står med en opgave, som den ikke magter. For borgere med hyppige genindlæggelser eller intens ambulans behandling er der en større gensidig afhængighed.

Lederne i denne undersøgelse har alle fokus på det forpligtende samarbejde, frem for at rammerne for samspillet bliver fastlagt via en forhandlings-situation og med udgangspunkt i afhængighed eller dominans. Forholdet mellem parterne bliver generelt beskrevet som ligeværdigt og i erkendelse af en gensidig afhængighed.

Der er dog også eksempler på, at samspillet er afløst af en selvforsyningsstrategi eller bufferløsninger med det formål at mindske afhængigheden af den anden part. Nogle kommuner etablerer for eksempel akutfunktioner som erstatning for sygehusets ydelser, fordi de oplever problemer med at få indlagt borgere. Sygehuse kan følge lignende strategier, når de før og efter udskrivning begynder at varetage social støtte og afklaring af borgere-ns civile situation, indtil kommunen er på plads med et tilbud og med den grundlæggende sagsbehandling.

Der kan f.eks. skabes gensidig afhængighed mellem de involverede organisationer via delt finansiering af udvalgte indsatsformer, som det er tilfældet med ordningen med tværsektorielle sygeplejersker. En fast praksis med fælles evaluering af borgerens samlede tilbud er en anden mulighed.

Forholdet mellem social- og sundhedssektoren ændres med kommunalreformen, hvor både arbejdsdeling og samspil bliver påvirket af økonomiske incitamenter via udbud og efterspørgsel af de ydelser, som kommunen skal finansiere. Kommunerne får med købers magt en større uafhængighed til at vælge mellem ydelser fra blandt andet sygehus- og distriktspsykiatrien eller eventuelt selv producere ydelserne. Med tiden kan det ændre rammerne for samspillet i retning af, at kommunen bliver den dominerende part²⁵ og dermed også hovedansvarlig for opfølgning og for at skabe sammenhæng i det samlede tilbud.

MØDEKULTUR

'Og så er der hele problemstillingen med, hvordan vi får vænnet vore samarbejdspartnere til at være til stede ved disse møder [både generelle samarbejds-møder og møder om konkrete forløb med borgere]. Det er ikke helt ukompliceret og handler om, hvordan der skal være god tid til at få et fælles perspektiv. Vi skal ikke være alt for fokuserede på, at møderne skal føre til en bestemt løsning. Der er både kulturforskelle og forskelle i kompetence. Vi skal undgå gidselsituationen, når der er familie og borger med, så den kommunale part ikke bringes ud af kontrol i forhold til egen organisation. De vil gerne tage beslutninger [f.eks. om finansiering af kommunalt eller amtligt tilbud] i enrum og efterfølgende meddele dette.'

LEDER FRA SUNDSHEDS-
SEKTOREN

REHABILITERING SOM KERNEINDSATS

'Vi gentog og gentog, da vi sidst reviderede psykiatriplanen, at rehabilitering starter ved day one, men der skal meget ledelsesarbejde til og rusken op i os selv, hvis det skal slå igennem. Det vil sige, at vi godt ved, at vi ikke med det samme tager det ind som en ligeværdig målsætning i forhold til vores eget behandlingsforløb, men så hjælper det hele ikke så meget. Vi har et problem med, at vi synes, det, vi selv laver, er mest værd. Måske kan standarder [produktionsmål for rehabilitering og sammenhæng med øvrige ydelser] være med til at løse det problem.'

LEDER FRA SUNDHEDSSEKTOREN

FRA PERIFERI TIL KERNE

Sammenhæng og helhed har fået status af at være selvstændige målsætninger. Det fremgår blandt andet af amternes psykiatriplaner, hvor denne målsætning har fået selvstændige kapitler, og det fremgår af mange samarbejdsaftaler mellem amt og kommuner.

Alligevel udtrykker mange ledelser, at det tværsektorielle samspil kan have karakter af en periferiydelse. Det vil sige en ydelse, der ligger i udkanten af produktion, budgettering og evaluering i organisationen. Set i et bredere perspektiv har det betydning for, hvad organisationen skal præstere for at skabe legitimitet. Jo længere ind mod kernen i organisationens serviceproduktion, des mere fylder de pågældende ydelser i medarbejdernes øjne. Ved at kigge på samspil som en kerne- eller periferiydelse kan man få øje for, hvornår de gode viljer drukner i organisationens løbende prioritering af ydelser.

NEDERST I BUNKEN

Periferiydelser er de ydelser, der ligger øverst i bunken, når der skal spares, og nederst i bunken, når der er travlt. Når det tværsektorielle samspil er en kompleks affære med mange parter involveret, kan det være vanskeligt for medarbejderen at give det en plads i den løbende prioritering af ydelser. Det er det, som lederne skal have øje for i planlægningen. Desuden bliver opgaverne forbundet med samspil først synlige, når medarbejderen møder de øvrige parter. Det er typisk, at de særlige tiltag for at forbedre det tværsektorielle samspil er organiseret i projekter, det vil sige uden for organisationens primære virksomhed og ofte med ekstern eller særskilt finansiering.

SYNLIGHED, BELØNNING OG STRAF

Det kan være risikabelt for medarbejderen at arbejde med samspil, hvis disse opgaver ikke er omfattet af organisationens eller professionens belønnings- eller incitamentsstruktur. Sådanne incitamentter kan være indeholdt i funktionsbeskrivelser, prioriterede områder i Ny Løn eller i forbindelse med faglig specialisering.

Mange medarbejdere fra projektets forløbsundersøgelse beskriver en krydspressituation, hvor det ikke bliver belønnet at investere tid i at sætte sig ind i anden lovgivning og faglighed. Samtidig bliver de konfronteret med krav om samspil i implementeringen, i mødet med de andre parter og med borgeren, der forudsætter en viden og fokus på hele indsatsen

Når der er udmeldt målsætninger om samspil, er disse ikke blevet omsat til praksis i samme grad, som det er tilfældet med organisationens kerneydelser. Tvivl om konkrete opgaver angår typisk de ydelser, der kan ligge hos flere af parterne i samspillet. Det er f.eks. spørgsmålet om, hvem der skal sørge for information til de øvrige parter og pårørende, når borgeren er blevet indlagt. Eller når det ikke er nedskrevet i samarbejdsaftalen mellem distriktpsychiatri og støttecenter, hvem der gør hvad i weekenden.

Nogle ledere foreslår bedre og konkrete beskrivelser af, hvad det tværsektorielle samspil indebærer, hvilket i sig selv kan hæve status for disse opgaver væk fra periferien. Dette sigte har samarbejdet mellem Greve Kommune og Roskilde Amts sygehusdistrikt Midt. Her bliver der over en længere periode indsamlet medarbejdervurderinger af konkrete områder, hvor de to parter prioriteringer ikke passer sammen. Disse vurderinger bliver brugt som udgangspunkt for en fælles proces, når målene i samarbejdsaftalen skal gøres operationelle, altså omsættes til praktisk opgaveudførelse.

Andre ledere mener, at man kan fastholde fokus på samspillet ved f.eks. at gøre brug af registrering og standarder og ved at inddrage medarbejderne i udformningen af samarbejdsaftaler mellem parterne. De ser muligheder i de administrative reformers krav om registrering og dokumentation.

REGISTRERING BETYDER FOKUS

'Nu er vi begyndt at registrere netværksmøder på linie med andre ydelser. Og det, har vi bemærket, har været med til at hæve medarbejdernes fokus på betydningen af samspil. Ved siden af kan vi som ledelse så dokumentere en større del af den ambulante behandling, det vil sige, hvad politikerne får for pengene, når det nu ikke er sengepladser, vi producerer længere.'

LEDER I SUNDHEDSSEKTOREN

Ved siden af registrering af aktiviteter kan man indføre standarder for en faglig kvalitet forbundet med samspil. Det kan være en standard med evaluering af, om borgeren har oplevet sig inddraget, om boligsituationen er afklaret i forbindelse med udskrivning, eller der kan anvendes skalaer for matchning mellem ambulante behandling og socialpsykiatriske støtteforanstaltninger. I Allianceprogrammet på Odense Universitetshospital omfatter

PERMANENT FOKUS PÅ SAMSPIL

'Forpligtelsen og målet om koordinering står øverst i stillingsannoncen og i funktionsbeskrivelsen. Vi tager det op i supervision, det er tit med på de ugentlige faggruppemøder, og vi tænker som ledelse på at få det ind som en værdi i vores kultur i afdelingen. Vi har samtidig tænkt strategisk på at give socialrådgiverne, med deres helhedsorientering, en særlig rolle på afdelingen. Faktisk har vi gjort så meget ud af at gøre samspil til en kerneydelse, at vi godt kan få problemer ud af det: Når vi siger til f.eks. psykologerne, at de skal have fokus på koordination og sammenhæng, og at de ikke bare kan sidde og lave individuel psykoterapi, så er det nogle gange blevet oplevet som blokerende for det arbejde, de har mest kærlighed til.'

LEDER I SUNDHEDSSEKTOREN

kvalitetsovervågningen af patientforløb f.eks. tilbagemeldinger fra borgerne og deres pårørende om, hvorvidt der er sammenhæng i indsatsen.

I den distriktspsykiatriske organisering af sygehusafdelingen i Holstebro er samspil gjort til en kerneydelse via den grundlæggende organisationsstruktur og styringsform. Medarbejderne arbejder efter et case-manager-princip (den såkaldte behandlerfunktion), som er målrettet både det sygehusinterne samspil og distriktspsykiatriens samarbejde med kommune og andre parter. Hvis samspil ikke er en kerneydelse for hele organisationen, kan det være svært at holde fokus fast, når den øvrige og typisk større del af organisationen har en anden prioriteringsliste. Organiseringsformen i Holstebro skal netop ses i modsætning til de kommuner og amter, hvor målsætningen om samspil udmønter sig i projekter eller i selektive organiseringsformer for specifikke målgrupper.

De fleste ledelser vægrer sig ved at svare på, om det er nødvendigt at budgettere selvstændigt i forhold til målsætningen om samspil, for dermed at give samspil status af en kerneopgave. Det kunne f.eks. være normering af procestid til netværksmøder eller til at udfærdige udskrivningsaftaler. På den ene side vil det øge fokus på målsætningen om samspil, på den anden side passer en sådan specifik budgettering ikke godt sammen med den udbredte økonomiske rammestyring og decentralisering.

PROFESSIONER I SAMSPIL

Indsatsen over for mennesker med sindslidelser er i lighed med andre velfærdssydelser kendetegnet af, at der er involveret mange og forskellige professioner. I et organisations- og styringsperspektiv er det derfor værdifuldt at kende til professioners adfærd og incitamentsstruktur.

Samspillet mellem professioner har været det sværeste tema at få belyst i interviewene. Der er mange latente forhold, hvilket formentlig kan henføres til, at professionernes samarbejde på ledelsesniveau også handler om den indbyrdes placering i organisation og ledelsesstruktur og om personlige forhold. Det er dog et emne, der optager de fleste ledelser, og hvor det er nødvendigt at tage mange små skridt.

Samspillets historie

Både sundheds- og socialektoren rekrutterer bredere end for fem eller ti år siden. Det er i sig selv med til at ophæve sektorbegrebet, hvad angår det faglige indhold i ydelserne og den traditionelle arbejdsdeling. I Ringkøbing Amt indgår mange psykologer i både behandlings- og socialpsykiatri, herunder i ledende stillinger og i selve stillingsstrukturen. I Roskilde Amts sygehus- og distriktspsykiatri er der en stor andel socialrådgivere med både faglige og koordinerende funktioner, som ellers er placeret hos de kommunale sagsbehandlere. Psykiatrorrdningen i Roskilde Kommune ansætter strategisk sygeplejersker med erfaringer fra behandlingspsykiatrien for at bedre samspillet med sundhedssektoren. Denne udvikling medvirker formentlig også til, at det er vanskeligere at skelne mellem de to termer støtte og behandling, som traditionelt er forbundet med opdelingen i en sundheds- og socialektor.

Ledelserne i undersøgelsen har et meget entydigt billede af samspillets historik og professionernes roller. Alle er enige om, at der ligger en fortsat opgave i at gøre indsatsen mere lokalorienteret med nærhed og flere sociale indsatser til borgerne. Det var det centrale mål efter udlægningen af opgaver til amt og kommuner. Derefter er historien, at de socialfaglige professioner i især kommunerne skulle påtage sig opgaven med en socialpsykiatrisk indsats og påbegynde en selvstændig planlægning som samarbejdspart med amternes sundhedsfaglige professioner. Her har distriktspsykiatrien trukket et stort læs med etablering af mange sociale støttetilbud, indtil kommunerne langsomt er kommet på plads. I dag er socialpsykiatrien delvist udbygget som et selvstændigt kommunalt og amtsligt fagområde, om end med store forskelle i serviceniveau og faglig bæredygtighed

Mens uenigheden om de faglige spørgsmål handlede om sygdomsårsager og behandlingspsykiatriens institutioner, er den nyere kritik rettet mod, at professionerne forsøger at tilpasse skiftende markeder for ydelser for at kunne bevare eller erobre erhvervspositioner. Det sker ved, at nye teknologier bliver søgt udviklet inden for et bestående professionelt domæne, men med en risiko for, at radikale elementer forsvinder i tilpasningen og de rammer, som professionen selv har sat op for indsatsen. Der er således mange sociale tilbud, som tidligere havde status som alternativer, men som nu indgår i sundhedssektorens vifte af tilbud. Det er f.eks. halvvejshuse, beskæftigelsesmæssige foranstaltninger, lokalsamfundsaktiviteter, familierterapi, recovery-orientering og en række psykologiske behandlingsformer. I socialektoren og især i de amtslige socialpsykiatriske tilbud er det på samme måde søgt at tilpasse de skiftende medicinteknologier for at kunne udvikle egne tilbud til mennesker med sindslidelser og for at undgå samspilsproblemer med sundhedssektoren.

Flere af lederne i sundhedssektoren ser selvkritisk på, hvordan distriktspsykiatrien har udviklet sig til 'ambulante statshospitaler', i stedet for at blive til det planlagte bindeled mellem sygehusbehandling og den sociale indsats. 'Vi holder på dem [borgerne] i stedet for at få gearret normaltilluddene til at overtage opgaven.' Samtidig efterlyser mange et udbygget distriktspsykiatrisk tilbud, 'så vi godt kan udskrive patienter med et lavere funktionsniveau, hvis distriktspsykiatrien kan viderebehandle, i stedet for at dette foregår på sygehus.'

SAMARBEJDE TRODS ALT

'For en 10 til 15 år siden var det meget den der med, at så snart borgerne fik beskæftigelse, eller når socialpsykiatrien fik mulighed for at overtage, så forsvandt problemerne, og vi kunne lave en ny psykiatrfri indsats. Sådan er det ikke gået, og der var rigtig mange der meldte sig tilbage i samarbejdet, når borgerne vendte tilbage med store problemer, som de ikke kunne løse i den sociale del.'

LEDER FRA SUNDHEDSSEKTOREN

LIGEVÆRDIGE PROFESSIONER

Professionerne har historisk set arbejdet med væsensforskellige opgaver, hvorfor der også er udviklet forskellige fagkulturer. Det kan betyde konflikter om, hvilken profession der sidder inde med 'sandheden', hvem der er bedst til at hjælpe, og hvem der skal lave hvad. Der kan i denne undersøgelse ikke konstateres konflikter med konkurrerende fagligheder. Tværtimod opfatter man hinanden som ligeværdige parter på tværs af myndighed og professioner.

Fagkulturen i den sociale sektor er kendetegnet af et borgerrettigheds-perspektiv, som aktuelt er manifesteret i Service- og Retsikkerhedsloven, mens man i sundhedssektoren arbejder ud fra et perspektiv om helbredelse og apparatfejl. Bag disse to perspektiver ligger paradigmerne for professionernes arbejde; social integration henholdsvis sundhedsmæssig helse, hvilket også er grundfæstet i den forudgående uddannelsesmæssige

socialisering. Samspilsproblemer kan opstå, når professionerne ikke orienterer sig mod de andre parter omkring borgeren, men i stedet holder fast i hver sit perspektiv på – eller brudstykke af – borgerens situation.

De primære konflikter består i, at de sundhedsfaglige professioner efterlyser en højere kvalitet i de sociale tilbud, så det ikke skal være så svært at 'slippe borgeren'. Af samme grund ønsker mange ledere sondringen mellem behandling og støtte reetableret, så ansvarsfordeling og funktionsopdeling bliver tydeligere. De socialfaglige professioner opfatter det faglige samspil som domineret af en sundhedsfaglig viden, tradition og tilhørende måde at producere ydelser på, som betyder, at rammerne for vurdering af borgerens behov og valg af indsatsform ikke altid er hensigtsmæssig. Det er blandt andet, fordi de sociale tilbud typisk skal følge op på den sundhedsfaglige behandling, og fordi der ikke er en gensidig afhængighed i samspillet.

INDLEJRING

Man kan tale om en indlejring mellem profession og organisation, hvis professionen over tid deltager i organisationens dannelse og regulering. På den måde opstår der en tæt sammenhæng mellem profession og organisation – så tæt, at der tit er tale om et afhængighedsforhold. Det sker via et fælles rationale, hvor organisationen har brug for den legitimitet og kontrol, som professionen repræsenterer, og professionen opnår beskyttelse for dens erhvervsinteresser. En profession kan bruge det organisatoriske magtapparat til at holde andre professioner væk fra en erhvervsposition.

Det er altså ikke spørgsmålene om, hvem der er bedst til at hjælpe borgeren, eller hvem der kender sandheden om sindslidelsen, men derimod professioners ønske om at få placeret sig i den offentligt finansierede indsats. For at opnå sådanne positioner må professionen profilere en faglig autoritet, som giver retten til at definere behandlingsobjektet og -teknologien. Det vil sikre autonomi og professionsbestemte domæner. Der er på området en rimelig klar grænsedragning mellem lovregulering, ministerielle ressortområder og sektorfaglige traditioner, hvor man kan se på sektoropdelingen i indsatsen som basis for, hvordan professionerne tilkæmper sig erhvervspositioner, eller for at fastholde samme positioner.

Det centrale spørgsmål er, hvad professionernes placering og deltagelse i organisering og styring betyder for samspillet. Det kan betyde stivhed og begrænsninger i den faglige udvikling og dermed i tilbuddet til borgeren, hvis professionerne opnår en for stor beskyttelse af deres erhvervspositioner. Et

NYT SYN PÅ SAMARBEJDSPARTNER

'Vi har fået et helt andet syn på hinanden i behandlings- og socialpsykiatrien, hvor der ikke er de samme barrierer mere. Hos os er det vel en udvikling, der kom i løb for fire til fem år siden. De har fået øjnene op for, at kommunerne og socialpsykiatrien i det hele taget er en vigtig del i det samlede tilbud, og det også er vigtigt at få os ind over i deres helhedstænkning i behandlingsdelen. Vi bliver nu taget alvorligt på udsagnet om, at man bliver nødt til at tænke borgerens hele liv med ind med al den viden, som vi har om borgerens hverdag og ønsker.'

LEDER FRA SOCIALSEKTOREN

SAMSPIL HJULPET PÅ VEJ AF NY PROFESSION

'Vi ville selvfølgelig også have fokus på samspillet, og vi kunne også godt finde ud af det, hvis der ikke havde været en psykolog i ledelsen. Det er jo ikke takket være, at vi har en psykologfaglighed med i ledelsen, men det har betydning for, hvordan vi kommer til at arbejde på et bredere grundlag. Jeg tænker, at psykologen blandt os har været den, der særligt har husket på opgaven med integration med socialpsykiatrien.'

LEDER FRA SUNDHEDSSEKTOREN

BEHANDLINGSANSVAR

'Det kunne være spændende at have f.eks. en psykolog ansat i ledelsesteamet. Man kunne sikkert have flere fagligheder. Med mindre man fjerner behandlingsansvaret, skal der være en læge, der kan lede de andre læger. Dette kan udmærket kombineres med delt ledelse.'

LEDER FRA SUNDHEDSSEKTOREN

eksempel er, når sygeplejersken fra distriktspsykiatrien og socialpædagogen fra socialpsykiatrien beskæftiger sig med de samme ting og med den samme borger, men gør det hver for sig inden for de respektive sektorer.

Ledelserne i både social- og sundhedssektoren kender udmærket til samspilsproblemer som følge af domæner, både inden for egen organisation og i det tværsektorielle samspil. Diskussionen er mere intens i sundhedssektoren med de længere traditioner for, hvordan stillingsstruktur og professioner hænger sammen. Lederne svarer generelt positivt på spørgsmålet om at udvide ledelsesteamet med en eller flere professioner. Omvendt har det flere steder været et konfliktpunkt, når topledelse og decentral ledelse skal fordeles på tværs af professioner.

LÆGER VIL HAVE LÆGER

'Der er nogle interne rollefordelinger, hvor mange professioner, især os selv som læger, vil være med i alle beslutningsprocesser for at have styr på, hvad der sker. Det er både et spørgsmål om ønske om kontrol og om tradition. Et eksempel er samarbejdet med de praktiserende læger, som ikke vil stille sig tilfreds med kommunikation med andre end overlægen på afdelingen. Som ledelse forsøger vi os nu i stedet med en målsætning om at skabe tillid i de interne relationer i afdelingen, således at man ikke behøver at være til stede i f.eks. alle møder mellem professionelle.'

LEDER FRA SUNDHEDSSEKTOREN

Blandt ledelserne i sundhedssektoren er der ganske forskellige opfattelser af, om udviklingen bør gå i retning af delt eller entydig ledelse, og af hvilke faggrupper, der skal være repræsenteret i ledelsen. Sygeplejersker og læger har de fleste steder fået en selvstændig ledelses- og organisationsøjle i sygehus- og distriktspsykiatrien, hvor de som profession er repræsenteret i den formelle organisation med organisations- og styringsopgaver. Lægerne har endvidere opnået monopoler via autorisation i lovgivningen.

Når der de fleste steder er foretaget en udstrakt decentral organisering og delegation af kompetence, betyder det også, at blandt andet efteruddannelse og afgrænsning af arbejdsfunktioner bliver besluttet på afdelings- eller afsnitsniveau. I sygehus- og distriktspsykiatrien kommer de kvantitativt mindre faggrupper til at sidde meget alene. Læger og sygeplejersker er de dominerende professioner. 'Det kan da godt være hårdt for psykologerne at ryge ned på niveau med ergoterapeuter og rengøringsassistenter. I gamle

dage havde også faglederne en del at skulle have sagt,' som en leder fra sundhedssektoren udtrykker det. I socialpsykiatriens udvikling er der for tiden ikke tale om dominerende professioner, men en begyndende konkurrence mellem akademikere og praksisorienterede uddannelser ses.

PRODUKTIONSFORM OG SAMSPIL

Når profession og organisationen mere eller mindre smelter sammen, kan andre synsvinkler på indsatsen blive undertrykt. Selve organiseringen af arbejdet sætter helt enkelt rammerne for, hvad det er for metoder, der anvendes, og hvordan man møder borgeren. Det er især i samspillet mellem den kommunale socialpsykiatri og sygehus- og distriktpspsykiatrien, at der fremkommer kritik af fagprofessionel dominans og af produktionsformen.

Samspilsproblemet består blandt andet i, at diagnosticering og måden at arbejde på i sundhedssektoren repræsenterer en for snæver faglighed i forhold til de omstændigheder, som borgeren befinder sig i efter udskrivning. Alligevel bliver disse rammer dominerende for den kommunale indsats. Der ville komme fokus på andre behandlingsmuligheder, og der ville kunne iagttages andre symptomer, hvis diagnostik og vurdering af behandlingsmuligheder foregik i samspil med socialpsykiatrien, eventuelt mens borgeren befandt sig i eget miljø.

MELLEMSTATION MED NYE PRÆMISSER

'Vi har brug for en mellemstation i samspillet mellem de professionelle fra sundhedsdelen og os i kommunen. Vi ved af erfaring, at vi ikke kan lave en ordentlig visitation ved første eller andet besøg [efter udskrivning], så vi ønsker at bruge, erfaringsmæssigt, en måned til at sætte os ind i, hvad det hele handler om. Hvad det er, som kan gøre en forskel i forhold til borgerens situation, hvorfor han er isoleret, hvorfor gardinerne er nedrullede. En sådan mellemstation skal gerne laves i fællesskab med de behandlingsansvarlige, men det passer ikke ind i deres fremgangsmåde med diagnoser og at arbejde med opfølgning på de umiddelbare symptomer.'

LEDER FRA SOCIALSEKTOREN

ET PARADIGMESKIFT

'Gennembruddet i vores samarbejde kom ved, at vi mellem kommune og amt vendte det hele på hovedet i vores fælles sundhedsplanlægning for hele gråzoneområdet med udskrivninger og indlæggelser, så vi ikke kom til at lave planer hver for sig. I modsætning til, hvordan de professionelle plejer at udforme indsatsen, tænkte vi nedefra og op om, hvilke værktøjer vi egentlig havde brug for. Det var et paradigmeskift.'

LEDER FRA SOCIALSEKTOREN

VÆK FRA, AT VI ALTID VED BEDST

'Når vi har arbejdet med principper om at sikre borgeren deltagelse og indflydelse, så er vi stødt på mange organisationsmæssige barrierer. Vi vil opnå bedre resultater af både behandling og støtte ud fra disse principper, men så skal vi bort fra denne manipulerende adfærd, hvor vi tror, vi ved det hele, og så dirigerer borgeren derhen. Det er en så rodfæstet måde at tænke på, som både er et spørgsmål om kultur, men også handler om magt og autoritet og roller i organisationen. Det er noget, der virkelig skal ruskes i, og det er relativt farligt.'

LEDER FRA SUNDHEDSSEKTOREN

Enkelte ledere henviser til både danske og udenlandske erfaringer med at placere sygehus, distriktpsychiatri eller opsøgende teams så langt ind i socialsektoren og tæt på borgerens civile liv som muligt. Det er altså både i et forsøg på at forbedre samspillet ved at bringe ydelserne tæt på hinanden, men også ved at professionerne tilpasser deres måde at producere ydelserne på til hinanden.

ET UDVIDET SYGEHUSBEGREB

'Vi har brug for en anden organisering af f.eks. udskrivning. I Thisted har man faktisk gjort det med døgnhusene, hvor man har bevaret sygehusansvaret og behandlingen, men uden at indlægge borgerne. Enhederne er mindre, de er adskilt fra tvang, og borgerne lader sig frivilligt indlægge, fordi de har lyst til at indgå i et samarbejde med psykiaterne om at finde ud af deres lidelse. På samme måde diskuterer vi også fremtiden med kommuner og regioner, om hvor sygehuset skal ligge.'

LEDER FRA SOCIALSEKTOREN

PROFESSIONEL NÆRHED

'Det, at vi bor i samme hus, betyder rigtig meget. For det første får faggrupperne øje på hinanden og det betyder eksempelvis, at mange kommunale medarbejdere gør sig umage for at finde eller etablere tilbud, som på realistisk måde følger op på den distriktpsychiatriske behandling. Det er nemmere, fordi sagen er så konkret for os begge, og desuden at vi er vant til at tale sammen, at der er god logistik. Det bliver også nemmere at give hinanden et ansvar.'

LEDER FRA SUNDHEDSSEKTOREN

Samspilsproblemet mellem professioner handler også om, at der er flere vigtige og parallelle beslutningsprocesser. Ved f.eks. udskrivning og revisitering til socialpsychiatriske tilbud er det den professionelle vurdering med diagnostik og vurdering af sundhedsfagligt passende foranstaltninger, der mødes med både den socialfaglige vurdering, den kommunale myndighedsafgørelse og økonomiske vurdering.

SPECIALISERING

I samspillet mellem sektorerne er indlagt benspænd. Der er dilemmaer mellem specialisering, helhed i opgaveløsningen, individualisering og nærhed. Borgerne og politikerne vil gerne have mere af det hele.

Det typiske dilemma er mellem specialisering og individualisering i indsatsen. Specialisering fordrer en opdelt organisationsstruktur, større enheder og en styring med entydige mål og afgrænset virke. Individualisering og nærhed betyder krav om mindre enheder, fleksibilitet i organisering og styring i forhold til den enkeltes behov og ønsker.

Væksten i specialer er blevet en væsentlig faktor bag organisering og styring af indsatsen. Såvel sygehuse som socialforvaltninger bliver bygget op omkring specialiserede kompetencer og funktioner. I sundhedssektoren anser lederne specialisering som en strategi for at skabe så tilpas mange muligheder i den samlede ydelsesprofil, at borgeren kan få sammensat et egnet tilbud uden at give køb på en høj faglig kvalitet. For en del af målgruppen er opgaven netop kendetegnet af variation og uforudsigelighed, hvilket er vanskeligt at forene med en afgrænsning af ydelsen og funktioner. Samspil bliver derved både en opgave om at forstå borgerens behov og om at holde styr på stadig flere og mere specialiserede parter.

På den ene side er specialisering blandt professioner den centrale drivkraft i at udvikle og forbedre indsatsen. På den anden side repræsenterer professionerne i kraft af specialisering en selvstændig faktor i organisationen, der kan betyde, at fokus og ressourcer ikke rettes andre steder hen. Flere af ledelserne har overvejelser om, hvordan ledelsesopgaven i forhold til stærke professioner skal sigte på samarbejde, men uden at sætte deres grundlæggende incitamenter over styr. Der er en del erfaringer med 'at folk kører deres eget løb'. I stedet for at indgå i det tætte samarbejde på både planlægnings- og implementeringsniveau bliver der ofte lavet nye organisatoriske rammer for professionens erhvervsudøvelse.

På det uformelle niveau kan specialisering også betyde grupperinger inden for det sociale eller sundhedsfaglige arbejde med forskelle i professionel status, fordi nogle er mere specialiserede end andre, og fordi nogle erhvervsfunktioner er i højere kurs. Når specialisering skaber status ved siden af det formelle organisatoriske hierarki, kan ledelsen have vanskeligt ved at sætte en dagorden om samspil, fordi organisationens magt og styring er givet i kraft af den sociale orden hos og i mellem professionerne.

En kommunal leder foreslår kvalitetsstandarder for den behandlingsmæssige udredning i sygehus- og distriktpspsykiatrien ved, at der skal anlægges en helhedsbetragtning på borgerens situation, i lighed med f.eks. Servicelovens §38-undersøgelse på børneområdet. Alternativt kan der indføres

SOCIALPSYKIATRISK PROFILERING

'Vi skal op på omdrejningshøjde med den amtslige side [distriktpspsykiatri og sygehus] hvad angår faglighed, så vores tilbud kan matche den behandling, der foregår. Det giver i sig selv mere gensidig respekt i samarbejdet, at vi har en vis specialisering, som vi kan lægge frem og sige: Se nu her, jeg tror faktisk, at borgerens situation drejer sig om andre ting.'

LEDER FRA SOCIALPSYKIATRIEN

KOMMUNEN SPECIALISERER

'Et godt fundament for samspillet i fremtiden med de sundhedsmæssige ydelser er, at vi som kommune får mulighed for at samle en meget bred palet af specialiserede indsatser, som vi jo overtager fra amterne. De skal bringes til at hænge naturligt sammen med de øvrige kommunale ydelser. Vi tænker i at udbygge en vifte af tilbud, hvor der bliver større mulighed for at designe et samlet tilbud til den enkelte borger.'

LEDER FRA SOCIALPSYKIATRIEN

REVOLUTIONERENDE MØDE

'Det var helt revolutionerende for mig. I 1996 er det første gang, jeg bliver en del af den praksis med at mødes mellem sagsbehandler, kliniker, borgeren og familien, og hvor vi taler om tingene. Det blev oplevet meget positivt af alle parter. Før i tiden var det meget sjældent at se en sagsbehandler, og det var typisk noget, der forekom skriftligt og på afstand. Da fik jeg sans for, hvor betydningsfuldt det var med at prøve at integrere [ambulant behandling] på en god måde.'

LEDER FRA SUNDHEDSSEKTOREN

NIP-standarder²⁸ for det tværsektorielle samspil og ikke kun for den sygehusinterne produktion. En sådan strategi beror på, at professioner bedre kan acceptere en processtyring af arbejdet, der bæres af det faglige incitament om at optimere ydelserne. Det er en anden form for processtyring af arbejdet end den, som er intenderet via lovgivningen i f.eks. udskrivningsaftale, koordinationsplan og social handleplan.

Både specialisering og individualisering er nødvendig. I den overordnede organisering af social- og sundhedssektor kan der tages udgangspunkt i, at driftsniveauet i de decentraliserede og mindre enheder kan rekvirere ydelser fra de faglige fyrtårne, som nødvendigvis må organiseres i større og måske afgrænsede enheder. Også i socialsektoren er kommuner og amter begyndt at tænke i modeller for, hvordan gevinsterne ved specialisering kan komme driftsniveauet til gavn²⁷.

GRÅZONER

Gråzoner opstår, når flere professionelle sigter på at afhjælpe de samme symptomer og en forringet funktionsevne hos borgeren, men gør det ud fra forskellige faglige tilgange og behandlingsteknologier. Eksempelvis er emotionel balance og personlig mestring et fagligt tema for både psykiateren, socialpædagogen og psykologen. Sådanne faglige gråzoner kan betyde, at professionerne indgår i et samspil om at udvikle en ny (tvær-) faglighed, men de kan også resultere i, at man holder sig fra hinanden og forskanser sin position

Den større vægt på ambulant behandling i sundhedssektoren og en udbygget socialpsykiatri er de to faktorer, der har udvidet samspilsfeltet mellem professionerne mest og gjort gråzonen mellem faglige domæner større²⁸. For det første foregår den ambulante behandling fra sygehus, skadestue eller distriktspsykiatri sideløbende og i et tæt parløb med de øvrige parter indsats. For det andet forudsætter den ambulante behandling øget fokus på borgerens sociale og civile kontekst. For professionerne betyder det en større gensidig afhængighed og betingelser om tværfagligt arbejde samtidigt med, at der opstår gråzoner, der antaster professionelle domæner.

Det er vanskeligt at vurdere graden af ambulant behandling i det samlede tilbud, netop fordi der er forskellig organisering. Eksempler herpå er:

- Fra nogle sygehusafsnit og fra en fælles skadestue i Roskilde Amt foretages ambulant behandling i lang tid efter udskrivning, og mens borgeren er i et socialpsykiatrisk tilbud.

- Nogle integrerede modeller på Fyn er så udbyggede med ambulante behandling og kommunalt tilpassede tilbud at genindlæggelse næsten ikke optræder.
- I Ringkøbing Amt er sygehusets dagafdeling bibeholdt som en parallel, ambulante funktion til distriktspsykiatrien, typisk med behandling og kontakt til borgere udskrevet til eget hjem.

Udviklingen i retning af flere ambulante funktioner, med deres udspring i enten social- eller sundhedssektoren er en af de helte store udfordringer som lederne står overfor. Opgaven fordrer, at der ændres på organisatoriske grænser, at professionerne kan samarbejde, og at serviceniveau og forsyningsforpligtelse defineres tydeligt, så der ikke opstår tvivl om dem.

ORGANISERING I GRÅZONEN

'Vi har ikke formaliseret samarbejdet omkring disse gråzoner mellem behandling og social støtte, men vi har mange eksempler på, at de glidende overgange fungerer i kraft af vores grundlæggende organisering af samarbejdet. F.eks. er medarbejderen fra bostøtten eller SKP-ordningen med et godt stykke tid ind i perioden med en indlæggelse, hvor vi lægger vægt på at udnytte de ressourcer det indebærer.'

LEDER FRA SUNDHEDSSEKTOREN

Når gråzonen mellem professionernes aktiviteter bliver større, kan det have den bagside, at ansvaret kommer til at ligge et sted midt i mellem de ansvarlige instanser. Det er både med hensyn til genindlæggelse og udskrivning samt i arbejdsdelingen mellem social- og distriktspsykiatri, at det brænder på med hensyn til, hvor den professionelle og forsyningsmæssige forpligtelse ligger. I gråzonen opstår blandt andet spørgsmålet om hvorvidt borgeren er færdigbehandlet eller ej i.f.m. udskrivning, eller hvorvidt socialpsykiatrien kan gøre mere for at forebygge en indlæggelse.

AT OPNÅ SYNERGI UDEN KONFLIKTER

'Problemerne med gråzonen omkring faglige funktioner mellem distrikts- og socialpsykiatrien skal nødvendigvis afklares i en dialog, for vi kan jo ikke selvstændigt definere, hvad vi kan, hvis der alligevel bliver et for stort overlap eller et for stort hul i forhold til, hvad de kan i kommunerne. Når medarbejderne f.eks. bedriver kognitiv terapi parallelt overfor den enkelte borger, så er der stor risiko for, at det går galt på et tidspunkt, da det er bedst med kun én kilde i terapien. De [socialpsykiatrien] må gerne lave behandling, men det skal koordineres med vores behandling og ikke rette sig mod samme formål for borgeren.'

LEDER FRA SUNDHEDSSEKTOREN

UAUTORISERET ORDNING

'De er færdigbehandlede efter sygehusets opfattelse, men for tunge til distriktspsykiatriens tilbud, og der er lange ventelister på de amtslige botilbud, som kombinerer behandling og støtte på et niveau, som vi i kommunerne ikke kan. Men de står altså på min dørmåtte og de fylder bare så meget, at vi har lavet en uautoriseret ordning, hvor vi på skift mandsopdækker dem, eller også bruger vi vores demensafsnit.'

LEDER FRA SOCIALSEKTOREN

PRAGMATISME ELLER ADSKILLELSE

Nogle af sundhedssektorens ledere forventer, at der med kommunalreformen bliver reetableret en funktionel og mere komplementær arbejdsdeling, det vil sige med en reduktion af antallet af gråzoner.

SUNDHEDSSEKTOREN SOM LEVERANDØR

'Medicinsk behandling og intensiv psykoterapi – det er det, der bliver tilbage [i regionerne], fordi distriktspsykiatrien hører naturligt til i kommunerne. Dermed er integrations-tanken en død sild. Vi skal blot levere ydelser ind i de kommunale forløb. Vi er så nødt til at blive mere tydelige, fordi der er nu så store forskelle på, hvad de forskellige systemer byder ind med, hvor behandling og støtte flyder sammen især på terapiområdet.'

LEDER FRA SUNDHEDSSEKTOREN

Mange ledere er fortalere for en mere komplementær arbejdsdeling, end der er tale om nu. Samspillet mellem professionerne skal i højere grad tage udgangspunkt i klare mål og afgrænsede funktioner, dels for at sikre gennemskuelighed i samarbejdet med de øvrige parter i samspillet omkring borgeren, dels fordi det harmonerer med krav om specialisering og kapacitetsudnyttelse, og endelig for at give borgerne bedre mulighed for at skelne mellem ydelserne.

ØNSKE OM SKARPERE ARBEJDSDELING

'I vores amt har distriktspsykiatrien altid været og skal stadig være et behandlingstilbud. Jeg efterlyser til stadighed et tæt samarbejde og gerne fælles udviklingsprojekter om nye tilbud, men i driften skal vi have en klar adskillelse mellem behandling og støtte. Grunden til, at distriktspsykiatrien blev kritiseret for, at mange brugere blev svingdørs-patienter, det var, fordi der ikke var noget socialt støttetilbud, og at distriktspsykiatrien i dette amt ikke varetog og overtog disse opgaver, mens kommunerne var fraværende.'

LEDER FRA SUNDHEDSSEKTOREN

En leder fra sundhedssektoren udtrykker optimisme med hensyn til den komplementære arbejdsdeling, fordi den også kan udgøre et grundlag for synergi og tværfaglighed. Der skal strategisk tænkes på, at det er ligeværdige parter, der skal mødes, og det betinger, at både social- og sundhedssektoren huser specialister og ekspertviden, som udvikles bedst hver for sig. Denne leder mener også, at sygeplejersker har vist sig duelige som

brobyggere mellem en historisk lægedomineret indsats og den sociale sektors ydelser.

Flere ledere, især fra socialektoren, sigter på en mere pragmatisk arbejdsdeling. Det sker ud fra en målsætning om at arbejde tværfagligt mellem de involverede professioner, som er den eneste reelle mulighed for at tilpasse indsatsen til borgerens behov. En pragmatisk arbejdsdeling er også udtryk for, at en større funktionel kontaktflade mellem professionerne er den eneste mulighed for at udfordre professionelle dogmer bag indsatsen.

De to strategier adskiller sig i opfattelsen af effektivitetsbegrebet. Det er nemmere at arbejde ud fra en komplementær arbejdsdeling, hvor der kan refereres til egne professionsstandarder. Professioners iboende ønske om kontrol og autonomi med eget arbejdsområde peger også i denne retning. Med den pragmatiske arbejdsdeling er der en mere begrænset mulighed for at styre og evaluere indsatsen i forhold til professionelle standarder eller et entydigt effektivitetskrav, fordi fokus i indsatsen først bliver tilrettelagt i samspillet mellem de involverede professioner og med udgangspunkt i borgerens individuelle behov.

PRAGMATISK STRATEGI FOR ARBEJDSDELING

'Det er en god ting, når man kender sine begrænsninger som professionel, men handler ud fra de fluktuerende behov hos borgeren. I stedet for at vente på at den rette [den rigtige profession] dukker op, så kan sygeplejersker sagtens reagere på, at der er et tomt køleskab eller en meget beskidt situation i hjemmet eller et akut kontaktproblem. Det tager han sig af, hvor det ellers havde udløst en indlæggelse. Jeg mener ikke, det skal være reglen, men det er meget skidt, hvis det er forbudt, at man ikke kan reagere hensigtsmæssigt i situationer, som kan blive ekstreme for borgeren. Et slag på tasken, så gælder det kun ti procent af den tid, som læger eller sygeplejersker ellers skulle anvende til den formaliserede behandling. Lige nu er der en sygeplejerske, der er ved at forsøge at få en patient med ud på en tur i skoven; vi har ikke en chance for at etablere alliancer med borgeren, hvis vi kommer og kun kan beskæftige os med behandling eller medicin.'

LEDER FRA SUNDHEDSSEKTOREN

GUIDE TIL ORGANISERING OG STYRING AF SAMSPIL

Denne guide er inspiration til, hvordan man kan styre og organisere det fremtidige samspil på tværs af sektorer. Det er ikke en kagebog, for der findes ikke opskrifter, som passer til praksis alle steder i landet. Guiden er derimod en generel indføring i fire måder at arbejde på, som interviewene med lederne har løftet sløret for kan fremme samarbejdet på tværs. Enkelte eksempler er med for at kaste lys over praksis på hvert enkelt område.

Som bekendt er det ikke alle veje, der fører til Rom, men heller ikke kun en enkelt rute. Der er flere veje til det gode, tværsektorielle samspil. De fire områder er generelle i udformning, men med enkelte principper, som man ikke bør springe over, hvis tilgangen skal give mening. Der er lagt vægt på at gøre guiden relevant for det fremtidige samspil uanset valg af forvaltningsstruktur.

De indsatsområder, der er udvalgt til særligt fokus i denne guide, er:

- En case-manager-model
- Den lille organisering i det store system
- Ud af hierarkiets skygge
- At kende til professioners adfærd

EN CASE-MANAGER-MODEL

En case-manager er en person, som kender borgerens behov og kan stå for koordineringen af ydelserne i de mange situationer, der erfaringsmæssigt opstår, hvor selv avancerede planlægnings- og styreformer kommer til kort. I de situationer er det nødvendigt med en ny og selvstændig stillingtagen til både mål og midler i det konkrete forløb med en borger.

En case-manager kan fungere på tværs af professions- og organisationsgrænser. Men samspillet kan også bestå af flere case-managers, som arbejder inden for hver deres myndighed og indbyrdes koordinerer indsatsen. Det er allerede tilfældet, når der på tværs af social-, distrikts- og sygehuspsykiatrien arbejdes efter flere principper for kontaktpersonordninger.

Med den mere entydige finansiering af indsatsen, der er indeholdt i kommunalreformen, bliver det med tiden et mindre kompliceret spørgsmål, hvem der skal dække omkostningerne til en case-managers arbejde, som netop ligger midt imellem de forskellige parter kerneydelser. Kommunen

kan vælge selv at forestå opgaven, eller den kan kravspecifisere og købe opgaven af en anden part.

To principper

De særlige organiseringsformer målrettet samspil, der indgår i undersøgelsen, repræsenterer også forskellige versioner af en case-manager. Her skal fremhæves to principper, som skal indgå i overvejelserne, når man vælger en case-manager-model.

- **Både funktion og indhold.** Medarbejderen bør have både case-manager-funktionen og samtidig selv stå for en del af den indholdsmæssige kvalitet i indsatsen for at sikre det personbårne incitament og ansvar.
- **Case-manager er en del af organisationen.** Der skal sørges for, at organisation og styring understøtter den måde, en case-manager skal arbejde på, således at case-manageren har mulighed for at varetage hele forløbet med borgeren. Der skal delegeres beslutningskompetence til case-manageren, og vedkommende skal have hurtig adgang til ledelsen for at kunne afklare ændrede betingelser og muligheder i forløbet med borgeren.

Dialog og rammer

For at kunne arbejde på tværs af myndigheds-, organisations- og professionsgrænser skal rammerne om case-managerens arbejde være udformet i et tværsektorielt forum. Det er vigtigt, at alle parter i indsatsen indgår i en dialog om case-managerens arbejdsbetingelser. Rammerne for case-managerens arbejde skal udformes på afdelings- eller afsnitsniveau for at sikre nærhed til praksis og herefter godkendes af topledelse hos de respektive parter. Dialog og rammer kan tage udgangspunkt i følgende elementer:

1. **Tillid.** Blandt parterne udpeges en case-manager, som i forvejen har opbygget et tillidsforhold til borgeren, eller som har tid og ressourcer til at opbygge et tillidsforhold. Det er centralt, at der afsættes ressourcer til at opbygge og vedligeholde tillid og kendskab til borgeren – en viden, som case-manageren også stiller til rådighed for de øvrige parter med basis i borgerens samtykke.
2. **Informationsudveksling.** Case-manageren skal have adgang til både at indhente og afgive information til parterne omkring borgeren. Det kan typisk ske via kontaktpersoner eller nærmeste medarbejdere til borgeren. Information kan være behandlings- eller handleplaner, beskrivelser af tilbud hos de forskellige parter og anden information, der

kan understøtte case-managerens arbejde, lige meget hvor borgeren befinder sig. En case-manager fra distriktspsykiatrien kan f.eks. have stor nytte af at deltage i et møde i kommunens bostøtteordning for at tilegne sig viden på borgerens vegne om planer og driftsbetingelser set fra en kommunal synsvinkel.

3. **Trække på samme hammel.** Forud for at case-manageren stiller krav til parterne omkring borgeren, skal der skabes et fælles forståelsesgrundlag hos alle om samarbejdets nødvendighed; hvad endemålet for samarbejdet er, hvad de enkelte parter skal bidrage med, og hvordan samarbejdsprocessen bedst kan gennemføres. Det er vigtigt at bruge og sammenholde information og vurderinger fra behandlings- og handleplaner, når disse i forvejen foreligger. Det er krav om en klassisk, systematisk arbejdsproces kendt fra både social- og sundhedssektorens grunduddannelser.
4. **Klar kompetence på tværs.** Spørgsmålet om afgrænsning af case-managerens kompetence skal være et fast punkt i dialogen på lederniveau og i de enkelte forløb med borgere. Det er vigtigt med en ledelsesopbakning hele vejen rundt til, at en case-manager kan sætte sig for bordenden og forstå og være initiativtagende til at få skabt sammenhæng mellem tilbuddene. Den anden form for afgrænsning af kompetence angår case-managerens initiativer i forhold til de kerneydelser, som hver af parterne repræsenterer. F.eks. om en case-manager med ansættelse i socialpsykiatrien kan tage initiativ til, at distriktspsykiatrien revurderer tilbuddet om terapi til borgeren.
5. **Konflikthåndtering.** Det er en god ide at lave regler for samarbejdet og for case-managerens arbejde i 'fredstid', så man er godt klædt på til en eventuel 'krigstid'. Case-manageren skal have adgang til at løfte eventuelle konflikter væk fra parterne i indsatsen omkring borgeren og op på et ledelsesniveau, der så afgør, hvad der skal ske. En generel metode til konfliktstyring er, at alle parter omkring borgeren har taletid i samarbejdet ud fra værdierne om at give værdi til de andre og udnytte forskelligheder. F.eks. kan medarbejderen fra SKP-ordningen typisk bidrage med en mængde data om borgerens dagligdag, som er guld værd for lægens vurdering af egne indsatsmuligheder.

DEN LILLE ORGANISERING I DET STORE SYSTEM

Kommunalreformen indeholder en centralisering og specialisering, der umiddelbart vil udfordre det nærhedsprincip, som er kendetegnet ved tilgængelighed og overskuelighed for borgeren. Flere ledere peger derfor på en strategi med at skabe 'den lille organisering i det store system'. Små decentrale enheder kan også give de medarbejdere, der har kontakt med borgeren, et bedre overblik over den samlede indsats, selv om systemet bagved er omfattende.

Denne strategi handler også om at bryde de store institutioner yderligere ned. Et stort sygehus eller en stor kommunes socialpsykiatri kan driftsmæssigt fungere udmærket som mindre og tilgængelige enheder. Det er stadig muligt at anvende en bred vifte af styringsprincipper, såsom mål- og rammestyring, certificering eller ledelse og styring med en værdibaseret autonomi for afdelingsledelse og medarbejdere.

Dilemmaet mellem effektivisering og faglig bæredygtighed på den ene side og nærhed og tilgængelighed på den anden side er særlig udtalt i indsatsen over for mennesker med en sindslidelse. Heri ligger der også en nødvendig skelnen i forhold til organisering i den øvrige sundhedssektor, som bliver mere og mere kendetegnet af centralisering og større enheder som følge af effektivitetskrav og specialisering.

Der kan være mange grunde til, at kommunerne vil gå en anden vej. De får nu ansvaret for de fleste tilbud til de sindslidende og kan ønske at slå en organisationsmæssig ring om både behandling og støtte. Det er oplagt at tænke i en fælles organisering af store dele af de hidtidige brede distriktspsykiatriske funktioner og den kommunale og amtslige socialpsykiatri. For det første kommer borgeren tættere på normaltilbuddene, hvilket kan lette overgangen og mindske stigmatisering. For det andet kan professionerne ved at tilhøre en fælles enhed opnå større incitamenten til at koordinere og udvikle de fagspecifikke indsats typer og udvikle nye arbejdsdelinger for de faglige gråzoner.

Decentralisering og mindre enheder på tværs af social- og sundhedssektor kan skabe rum til, at borgerne i højere grad selv bliver i stand til at opsøge ydelserne og i stand til at definere egne behov. Samtidig betyder mindre enheder, at tilpasning mellem parterne omkring borgeren foregår hurtigere og bliver mindre rigid, fordi der er færre organisatoriske bindinger, og fordi det er nemmere at tage de andre parter perspektiv på indsatsen.

Veje og genveje

Der er mange veje til at opnå den lille organisering i det større system. Det handler generelt om at skabe genveje til det samspil, borgeren har behov for:

1. **Effektive beslutningsveje.** I det nære samarbejde kan primærkommunerne få kompetence til at indlægge borgeren eller revisitere til distriktspsykiatrien. Formålet er at sikre en hurtig og glidende overgang mellem den sociale- og sundhedsmæssige indsats. Med en sådan kompetence følger naturligvis en dokumentationspligt og et økonomisk ansvar
2. **Tilgængelige tilbud.** Mindre enheder betyder mulighed for at placere en bred vifte af behandlingsmæssige- og sociale tilbud i nærhed til lokalområdet, hvor borgeren har større mulighed for at bevare sin civile identitet og samtidig modtage behandling og støtte. Det er hensigten med blandt andet døgnhuse, hvor borgeren på baggrund af små afstande mellem sundheds- og socialsektor selv har mulighed for at opsøge behandling og blive delagtiggjort i at skabe sammenhæng mellem tilbuddene
3. **En eller få indgange.** De forskellige veje ind i social- og sundhedssektoren kan smeltes sammen til én eller få veje, så borgeren og nærmeste medarbejder ikke får problemer med at finde det rette tilbud, og så der bliver hurtigere reaktionstid, når borgeren har et behov. I sundhedssektoren kan de ambulante funktioner organiseres under én hat, så centrale medarbejdere varetager opgaven med at tilbyde borgeren den mest passende indsats, f.eks. ud fra en vifte af tilbud med distriktspsykiatri, ambulatorium eller dagafsnit, opsøgende team eller akutteam.

Mellem de meget brede indsatstyper i socialsektoren er det socialpsykiatrien, der skal rykke rundt på tværs mellem forvaltningerne sammen med borgeren, f.eks. mellem de målrettede socialpsykiatriske tilbud og arbejdsmarkeds- og børneområdet. Nogle kommuner er godt i gang med eksempelvis tovholdere for samspillet internt i organisationen.

4. **Nærhed og specialisering på samme tid.** Store og centrale enheder, f.eks. sygehusområdet og de amtslige botilbud, kan godt reorganiseres som mindre selvstændige og eventuelt lokale enheder under en fælles ledelse. I det store sygehus kan krav om specialisering og effektivisering godt kombineres med det at opbygge selvstændige og afgrænsede enheder med egen identitet og stampersonale, der kan fungere som brobygger og sikre kontinuitet til de øvrige tilbud i og uden for sygehuset. Udgangspunktet er at bringe de lokale og civile faktorer, som borgeren repræsenterer, med ind på sygehuset eller ind i de store socialpsykiatriske tilbud.

UD AF HIERARKIETS SKYGGE

De hierarkisk opbyggede organisationer i social- og sundhedssektoren kaster skygger og kan i nogle tilfælde udgøre en hæmsko for, at medarbejderne orienterer sig mod de øvrige parter i indsatsen. Ledere og medarbejdere kan have svært ved at aflægge sig livet i organisationen og kaste sig ud i samarbejdet på måder, der også respekterer de andres præmisser.

Ledelserne skal tænke på at gøre organisationen netværksduelig og samtidig leve op til lovgivningen og de vigtigste administrative krav. Denne opgave angår det klassiske dilemma mellem den hierarkiske organisation og styring og den netværksorientering, der er nødvendig for at få et kompliceret samspil til at fungere. Der er indeholdt mange krav i de administrative reformer i både social- og sundhedssektoren. Det angår specialisering, budgettering og takstafregning, dokumentation og målopfølgning. Disse krav tager typisk udgangspunkt i den hierarkiske organisering og styring og betyder, at der er en stor ledelsesopgave i at afbalancere disse krav med de andre former for krav, som arbejdet med samspil og netværk til de øvrige parter indeholder.

Husk på krydspres

Samtlige af de særlige organiseringsformer målrettet samspil, der er med i undersøgelsen, er eksempler på en netværksorientering og -styring. Der er overvejende positive erfaringer med den dynamik og de nye muligheder, der opstår i samarbejdet med de øvrige parter omkring borgeren, men der er også erfaringer med krydspres i form af modsatrettede krav og arbejdsbetingelser, som kommer fra egne organisationer. Især afdelingsledelserne ser sig selv i et krydspres. De udgør krumtappen mellem den hierarkiske og netværksorienterede styring, og de er skydeskiver for balancen mellem at

holde de faglige standarder, holde sig inden for den økonomiske ramme og samtidig investere i at opbygge og vedligeholde netværk.

Der skal skelnes mellem, om det er hele eller kun en del af organisationen, der arbejder målrettet med samspil. Der er en risiko for afkobling internt i organisationen, hvis mål og vilkår for det tværsektorielle arbejde ikke angår alle medarbejdere.

En anden skelnen går på, om topledelsen accepterer forskellige organiseringsformer målrettet samspil på implementeringsniveau, afhængigt af lokale forudsætninger og præferencer hos de øvrige parter i indsatsen. Det stiller alt andet lige større krav til ledelse og styring, når man skal regere over et landskab med mange forskellige netværk.

Giv information og kræв information

Den basale ledelsesopgave består i at skabe udbud og efterspørgsel af information mellem organisation og de centrale parter i samspillet og dermed sikre, at der er faste kanaler til kommunikation. Her må der godt investeres tid og penge i alt det, man kan kalde krølfedt. Hermed menes investeringer i det almene og personbårne kendskab mellem ledere og medarbejdere på tværs. Det er en faktor, der gennemgående fremhæves som et aktiv for samspillet. Med et bedre generelt og personligt kendskab til hinanden er der skabt motivation til at benytte de kommunikationskanaler, der i forvejen er skabt til formålet, men som godt kan ligge øde hen.

Strukturelle ændringer kan også gøre organisationen mere netværksduelig. Organisationens belønningssystemer, for eksempel i Ny Løn, kan omfatte de tværgående funktioner, medarbejdernes funktionsbeskrivelser kan ændres, og medarbejderne kan få øget kompetence med i netværksmødet med de andre parter.

Fra brede samarbejdsaftaler til konkrete målsætninger

Man kan revitalisere samarbejdet ved at gøre det til en fælles opgave at omformulere typisk meget bredt formulerede samarbejdsaftaler til konkrete målsætninger og arbejdsbeskrivelser for samspil. Det er en tidsmæssig investering, hvor ressourceforbruget i første omgang ligger hos medarbejderne. De skal være med til at sætte fingeren på de elementer i samspillet, som skal være mere konkrete for at fungere. Gevinsten ligger i, at det bliver klart for alle parter, hvad de står for, og hvad der kræves på et operationelt niveau.

Denne proces kan med fordel styres på afdelings- eller afsnitslederniveau tæt på produktionskernen. De konkrete målsætninger og arbejdsbeskrivelser skal godkendes af topledelsen. Den samlede proces vil kunne ændre den status, som opgaven med samspil har i den enkelte organisation, fra en periferiydelse mod en kerneydelse.

En fælles proces med at lave en ny samarbejdsaftale eller gøre en nuværende samarbejdsaftale konkret kan tage udgangspunkt i følgende spørgsmål:

- Hvilke områder i samarbejdet skal vi beskæftige os med og gøre konkrete?
- På hvilke områder kræver indsatsen, at vi samarbejder?
- Hvilke samarbejdspartnere er centrale for at skabe sammenhæng for borgeren?
- Hvilke borgere er det nødvendigt at lave særlige målsætninger og arbejdsbeskrivelser for, når der skal skabes sammenhæng? F.eks. borgere med en eller flere former for misbrug, borgere med udadreagerende adfærd, eller når der er familie og børn og forsørgerpligt.
- Hvilke faser i forløbet skal der laves særlige målsætninger og arbejdsbeskrivelser for? F.eks. arbejdsbeskrivelse for samarbejde ved indlæggelse og udskrivning eller revisitering til distriktspsykiatrien.
- Hvordan kan vi modtage og afgive information til hinanden? Hvad er det for information, som vi selv og de andre har brug for? F.eks. viden om amtslige og kommunale standarder eller ændringer i det lovgrundlag, som vi arbejder ud fra (lov om sygehusvæsen, frihedsberøvelse, social service, retssikkerhed og forvaltning).
- Hvordan skal visitering til sociale tilbud foregå, så vi sammen skaber sammenhæng set med borgerens øjne? Er det nødvendigt med en særlig arbejdsbeskrivelse for processen med borgeren og parterne, når der er tvivl om, hvilke tilbud der kan matche (§§ 73, 80, 86, 87, 88, 91, 92, 93 & 140 i lov om social service).
- Er der områder, hvor der kan opstå tvivl om, hvem der har kompetencen (initiativret, hvad der er fagligt forsvarligt, økonomisk kompetence)?

tence), og som det er nødvendigt at drøfte nærmere og eventuelt med bidrag fra ledelserne?

- Når flest mulige parter er samlet, vil vi gerne drøfte værdier for hele indsatsen. Vi kan f.eks. tage udgangspunkt i at gøre værdierne faglighed, respekt og ansvarlighed til konkrete målsætninger for det arbejde, vi selv laver, og herpå fremlægge det for de andre parter omkring borgeren.

GØR BRUG AF PROFESSIONERS ADFÆRD

Indsatsen over for sindslidende repræsenterer både nogle stærke og nogle stærkere professioner. Historikken i samspillet mellem professionerne er derfor også væsentligt. Det er først inden for de sidste ti år, at socialpsykiatrien især i kommunerne er blevet udbygget som et begyndende selvstændigt fagområde. Det er også svaret på nogle af samspilsproblemerne – nemlig at den sundhedsfaglige tilgang og fagkultur naturligt vil være dominerende, indtil de øvrige professioner får profileret sig tilstrækkeligt.

Generalister og specialister på alle fagområder

En farbar vej mod et bedre samspil, at de social- og sundhedsfaglige professioner både kan repræsentere generalister og specialister, så der bliver større symmetri i den faglige dialog. Denne udvikling er igangsat med en kvantitativt voksende socialpsykiatri, men hvor der er behov for kvalificering på særlige områder. Omorganiseringen af det samlede sociale område i forbindelse med kommunalreformen betyder sandsynligvis en mere slagkraftig struktur for specialisering og kan danne et mere ligeværdigt grundlag for tværfaglighed og dermed bedre samspil.

En hurtig vej er, at de stærkere professioner etablerer specialer, der netop har fokus på dimensioner af sammenhæng og samspil, i lighed med f.eks. 'shared-care'-programmer fra dele af sundhedssektoren²⁹.

I undersøgelsen er der eksempler på organisationsformer, som i varierende grad har arbejdet med ambitionen om at skabe en arbejdsenhed for professionerne og dermed grundlag for tværfaglighed. Ledelserne og medarbejderne melder om succes, men også om et dilemma i forhold til ambitionen om specialisering. Når man forsøger at skabe rammer for tværfaglighed i driftsorganisationen, bør de respektive professioner samtidig have deres egne faglige fyrtårne at orientere sig efter.

På samme måde skal der sættes på at skabe gode forbindelser mellem de fremskudte professioner og baglandet af faglige selskaber og klubber, der må betragtes som en del af organisationen. Der er i denne undersøgelse ikke konstateret konflikter mellem professioner om faglighed. Tværtimod er der en opfattelse af ligeværdighed på tværs af social- og sundhedssektoren. Konflikter i samspillet mellem professioner kan i stedet henføres til interesser i at opnå eller forsvare erhvervspositioner, hvilket udmønter sig i faglige domæner. Her er en nær sammenhæng med professionernes iboende ønske om kontrol og autonomi med egen erhvervsfunktion, som kan resultere i en komplementær og stiv arbejdsdeling, der ikke er hensigtsmæssig set i forhold til de både skiftende og forskellige behov hos mennesker med en sindslidelse.

Det kan være nødvendigt at skruer på strukturen. En bredere repræsentation af faggrupper i ledelserne og mulighed for delt ledelse vil betyde en konstruktiv faglig dialog i både den interne organisering og i samspillet med de øvrige parter.

Certificering af samspil

Styreformer med vægt på certificering, kvalitetssikring og en takstfinansiering via faglige standarder er blevet moderne igen. Det gælder både sundheds- og socialsektoren. Faglige standarder for sammenhæng og helhed i indsatsen kan være et redskab til at øge fokus på denne del af produktionen og give de tilhørende arbejdsfunktioner vedrørende samspil en højere status.

Denne strategi handler om, at professioner accepterer en processtyring af arbejdet, der bæres af det faglige incitament om at optimere ydelserne. Her er der en væsentlig forskel til den processtyring, der følger af lovgivningen og er udmøntet i blandt andet udskrivningsaftale, koordinationsplan og social handleplan, men som kun nyder begrænset anvendelse.

Indikatorer – også for det der ligger midt imellem

Det Nationale Indikatorprojekt (NIP) måler kvaliteten af den behandling, sygehusene giver udvalgte patientgrupper. Formålet er at skabe viden hos patienter, pårørende, politikere, læger, sygeplejersker og andre behandlere om, i hvor høj grad gennemførelsen og resultaterne af behandlingen lever op til de krav, vi stiller til et velfungerende sygehusvæsen. Der sættes fokus på de områder inden for behandlingen, hvor kvaliteten er i orden, samt de områder, der trænger til forbedring.

Man kan bruge NIP som et eksempel på, hvordan indikatorer eller standarder for samspil kan indgå i produktionen af ydelser. De følgende eksempler angår både social- og sundhedssektoren og handler om udskrivningssituationen:

- Der er mellem borgerens bopælskommune og behandlende sygehus lavet en fælles planlægning om støtte og behandling i de første to uger efter udskrivning.
- Der skal altid være planlagt en socialpsykiatrisk støtteforanstaltning efter udskrivning fra sygehus, når der er tale om en GAF-funktionsevnescore på 30 eller derunder.
- Borgeren har deltaget i planlægningen af eventuel socialpsykiatrisk støtteforanstaltning efter sygehusbehandling.
- Pårørende er efter samtykke fra borger orienteret om udskrivning fra sygehus en uge inden planlagt udskrivning.
- De socialpsykiatriske støtteforanstaltninger rekvirerer efter samtykke fra borgerne relevant materiale om forudgående behandling fra sygehus senest en uge efter, foranstaltningen er igangsat, og tager kontakt til sygehuset, hvis der er brug for yderligere oplysninger.
- Der skal foretages en samlet udredning af det sociale støttebehov i.f.t. Lov om Social Service fra socialrådgiver i borgerens bopælskommune før udskrivning fra sygehus eller senest to uger efter udskrivning.
- Borgerens behov for psykiatrisk efterbehandling er vurderet i samarbejde mellem sygehus og kommune senest fire uger efter udskrivning.

FAKTA OM UNDERSØGELSEN

Undersøgelsen er en del af videnscentrets projekt om samspil mellem social- og sundhedssektoren i indsatsen over for mennesker med en sindslidelse. Projektet har sit udgangspunkt i anbefalingerne fra Udvalget vedrørende bedre samspil i psykiatrien, som var nedsat af Sundheds- og Socialministeriet i 2001. Projektet er finansieret af Indenrigs- og Sundhedsministeriet, Socialministeriet, Sygekassernes Helsefond og Videnscenter for Socialpsykiatri. Projektet foregår i perioden 2003-2006.

Formål

Formålet med undersøgelsen er at beskrive og analysere muligheder og problemer i organisering og styring i amt og kommune i forhold til målsætningen om at sikre et samlet tilbud til den sindslidende. Der er ikke en evaluering af indsatsen, men intentionen er at opsamle erfaringer og udlede tværgående konklusioner.

Undersøgelsens specifikke fokus er:

- Organisationsstruktur, styringsform og organisatorisk strategi i amt og kommune. Her er der en fokus på både intra- og interorganisatoriske aspekter i indsatsen rettet mod tilbuddet til den sindslidende
- Organiseringsformer, der er målrettet en styrkelse af det tværsektorielle samspil. Det er eksempelvis særlige aftaler for udskrivning mellem kommune og sygehus³⁰.
- Forvaltnings- og planlægningsniveau i amter og kommuner.

Undersøgelsen angår således betydningen af rammerne for samspillet ud fra den antagelse, at forskellige måder at organisere og styre indsatsen på virker tilbudets kvalitet. En anden antagelse er, at aktørernes tilhørsforhold til forvaltnings-, planlægnings-, drifts- og implementeringsniveau indebærer forskellige perspektiver på indsatsen og herunder specifikt på samspillet.

Undersøgelsen er afgrænset til sygehus-, distrikts- og socialpsykiatri. Dog omtales de mange øvrige parter i indsatsen.

Metode

Den empiriske basis er udvalgt blandt de amter og kommuner, der er samarbejdspartnere i projektet (Ringkøbing, Roskilde og Fyn og tilhørende kommuner). Disse er udvalgt på landsplan, fordi de blandt andet repræsenterer en forskellig struktur og organiseringsform. Der er således tale om en case-baseret analyse med udgangspunkt i ekstreme cases, hvor der sigtes på at identificere tværgående og fælles analyseresultater.

Undersøgelsen bygger på følgende datakilder:

- Skriftligt materiale fra amter og kommuner (psykiatriplan, formåls- og rammebeskrivelser i socialpsykiatrien, beskrivelser af de særlige organiseringsformer målrettet tværsektorielt samspil).
- Interviews med forvaltnings- og afdelingsledelser i amter og kommuner.
- Data fra projektets forløbsundersøgelse (interviews med medarbejdere om de særlige organiseringsformer målrettet samspil, case-beskrivelser).

Der indgår interviews med 16 ledelser fra social- og sundhedssektoren (i alt 28 ledere). Interviewene er anonyme. Der kan ikke identificeres enkeltpersoner eller udtalelser, der er knyttet til en specifik del af organisationen³¹. Dette gælder både for undersøgelsens generelle formidling og i forhold til, at der også indhentes data fra andre medarbejdere i organisationen og fra samarbejdspartnere. Brug af citater er anonymiserede og omskrevet fra tale- til tekstsprog..

Interviewene med ledelserne er semistrukturerede ud fra følgende emner (interviewguide i overskrifter):

1. Tilbudsstruktur i det samlede tilbud til den sindslidende. Skift i tilbudsstrukturen i de sidste 5 til 15 år samt overvejelser i.f.m. kommunalreformen.
 - Overvejelser om arbejdsdeling mellem distrikts- og socialpsykiatrien. Og mellem distrikts- og sygehuspsykiatrien. Akuttilbud. Daghospital. De amtslige tilbud. Særlige funktioner, der har været fokus på i arbejdsdeling. Øvrige parters betydning i overvejelser om tilbudsstruktur – almene læger, specielle undervisnings- og arbejdsmarkedstilbud.

- Hvordan og hvornår har der været fokus på samspil og tilbudsstruktur. F.eks. via amternes psykiatriplaner? Forskelle mellem små og store kommuner?
 - Karakteristika for ydelserne vedrørende sindslidende. Begrebet patientforløb. Overvejelser med hensyn til ydelsesprofil og styring efter kommunalreformen.
2. Generelle forhold i udviklingen af sygehus-, distrikts- og socialpsykiatrien. De økonomiske og administrative reformer set med amtslige og kommunale øjne. Centrale aktører, med- og modspillere i forhold til reformindhold.
- Reformernes art set i forhold til ydelserne vedrørende sindslidende og forløbsprofil. Perspektiver fra forvaltnings-, afdelings- og implementeringsniveau.
 - Erfaring med implementering af reformer inden for og mellem myndigheder. Information og delagtiggørelse mellem parter i samspil.
3. Organisationsstruktur og styringsformer i den interne styring. Betydningen heraf for indsatsen og samspillet med andre parter i indsatsen.
- Konkrete overvejelser om struktur, distriktsstørrelser, funktionsbærende enheder og grad af decentralisering. Teamorganisering, -størrelse og -funktioner i.f.t. samspil med øvrige parter.
 - Primære styringsformer og perspektiv herpå fra forvaltnings-, afdelings- og implementeringsniveau set i forhold til de specifikke ydelser. Organisering og styring set i forhold til specialisering.
 - Ledelse, erfaringer med generalist- og faglig ledelse, samt perspektiv på delt ledelse jf. udvalgsarbejder. Vanskeligste og vigtigste opgave for lederen. Roller og arbejdsdeling mellem professioner på ledelsesområdet.
4. Principper og tiltag rettet mod samordning mellem ressortområder, organisationer og professioner. Specifikke tiltag rettet mod at sikre samspillet på organisatorisk niveau mellem amt og kommune samt øvrige parter.
- Lokale og regionale organiseringsformer målrettet samspil. Indhold, erfaringer og overvejelser.

Med et semistruktureret interview er der mulighed for særligt at inddrage et eller flere emner, som pågældende ledelse har fokus på. Her er der anvendt flere lag af strukturering af interviewene ud fra undersøgelsens hypoteser. F.eks. indgår følgende supplerende undersøgelsesspørgsmål omkring koordination mellem organisationer:

- På hvilke niveauer i organiseringen foregår koordination for at sikre samspillet?
- Hvilke metoder anvendes i koordinationen?
- Hvad er kvaliteterne i disse metoder til koordination, og passer de til ydelsernes karakter?
- Er der tilbagevendende problematikker i samspillet og kan disse klassificeres efter et bestemt konfliktindhold?
- Udgør overlappende funktionsområder en problematik, når der er tale om flere organisationer, der kan varetage opgaven?
- Kan konflikter i.f.m. koordination henføres til intra- eller interorganisatoriske forhold?

Undersøgelsen er gennemført i 2005-2006 samtidig med planlægningen af kommunalreformen. På den ene side har det været vanskeligt at få opmærksomhed og tid til at gennemføre en undersøgelse, fordi den tager udgangspunkt i en overhalet virkelighed. På den anden side antages det at være en fordel, at undersøgelsen foregår på et tidspunkt, hvor ledelserne befinder sig i et intermezzo, hvor de fleste har et løsere tilhørsforhold til organisation og myndighed, og hvor de i forvejen har fokus på at veje gammelt op mod nyt.

LITTERATUR

- Abbott and Wallace: *Sociology of the caring professions*, Farmer
- Albæk, Jens (1999): *Nødvendigt samarbejde i psykiatrien*, Forlaget Kommuneinformation
- Alter and Hage (1993): *Organizations working together*, SAGE Publications
- Amtsrådsforeningen (2005): *Amternes indsats for sindslidende misbrugere*
- Amtsrådsforeningen (2002): *Sammenhængende psykiatritilbud og mulige barrierer i lovgivningen*
- Antoft og Seemann (2002): *Shared Care – samspil og konflikt mellem kommuner, praksislæge og sygehus*, Ålborg Kommunes demensudredningsafsnit
- Bernler og Johnson (2002): *Teori for psykosocialt arbejde*, Frydenlund
- Bogason (2001): *Fragmenteret forvaltning – demokrati og netværksstyring i decentraliseret lokalstyre*, Systime
- Borum (red.) (2003): *Ledelse i sygehusvæsenet*, Handelshøjskolens Forlag
- Borum (1999): *Perspektiver på forandringsprocesser i sundheds- og sygehusfeltet i Bentsen m.fl. (red.): Når styringsambitioner møder praksis*, Handelshøjskolens Forlag
- Breakey (1996): *Integrated mental health services – modern community psychiatry*, Oxford University Press
- Brown (1988): *The transfer of care*, Routledge
- Brunsson (1997): *The reforming organization*, Fagbokforlaget
- Bukh, Christensen og Mouritsen (red.) (2003): *Videnledelse – et praksisfelt under etablering*, Jurist- og Økonomforbundet
- Bømler, Tina (2000): *Når samfundet udstøder*, Gyldendal Uddannelse
- Clarence Crafoord: *Den möjlige och omöjliga psykiatrin: Utveckling och erfarenheter av sektoriserad psykiatri*, Natur & Kultur
- Dahler-Eriksen (m.fl.) (1998): *Tværasektorielle behandlingsprogrammer – et eksempel på det samarbejdende sundhedsvæsen*, ugeskrift for læger, nr. 160
- Damgaard Nielsen (2001): *Shared care between physicians and a department of oncology*, Faculty of Health Sciences, University of Aarhus

- Danske Regioner (2006): *Specialisering og faglig bæredygtighed i psykiatrien*
- Dansk Psykiatrisk Selskab (2004): *Psykiatriens kerneopgaver og udfordringer 2004-10*
- Dansk Psykiatrisk Selskab (1986): *Psychiatry and its related disciplines – the next 25 years*
- Dansk Sygehus Institut (1988): *Psykiatrien under omstilling, konferencerapport*
- Dansk Sygehus Institut (2004): *Sammenhæng i tilbuddene til psykisk syge – organisatorisk beskrivelse og økonomisk analyse af udvalgte danske eksempler*
- Dansk Sygehus Institut (2004): *Samordning i sundhedsvæsenet – rapport om psykiatri, appendix C til betænkning 1044*
- Ebsen, Henriksen og Rieper (2003): *Hænger det sammen, HMS undersøgelserne, AKF*
- Fyns Amt (2004): *Allianceprogrammets standarder. Et tværsektorielt patientforløbsprogram for mennesker med skizofreni*
- Gillam (2002): *Reflections on community psychiatric nursing, Routledge*
- Høgsbro, Kjeld (1997): *Dansk forskning vedrørende sindslidendes forhold, Institut for Social Udvikling*
- Institut for psykiatrisk grundforskning (2004): *Variabelbeskrivelse i det psykiatriske centrale forskningsregister*
- Jæger og Sørensen (2003): *Roller der rykker – politikere og administratorer mellem hierarki og netværk, Jurist- og Økonomforbundet*
- Launsø (1995): *Det alternative behandlingsområde, Akademisk Forlag*
- Lauvås og Lauvås (2004): *Tværfagligt samarbejde – perspektiv og strategi, Klim*
- Lunde og Ramhøj (red.) (2003): *Humanistisk forskning inden for sundhedsvidenskab, Akademisk Forlag*
- Meyer, Thorbjørn (1997): *Dansk Psykiatri 2000. Udvikling og integration, Psykiatrifonden*
- Middelboe (red.) (2000): *Sammenhæng og brud i psykiatrien, Lægeforeningen*
- Munk-Jørgensen og Perto (2000): *De farlige psykiatriske tal, Munksgaard*
- Peters (1999): *Institutional theory in political science – the new institutionalism, Pinter*

- Peters (1996): *The future of governing: Four emerging models*, University Press of Kansas
- Psykiatrien i Århus Amt, Center for Evaluering (1995): *Data på tværs – hvad kan man bruge tværsektorielle data til i lokalpsykiatrien?*
- Rosenbaum, B (2002): Menneskeopfattelser og bevidsthedsmodeller, i Jensen et al. (red.): *Humaniora og sundhedsvidenskab*, Philosophia
- Scharpf (1997): *Games real actors play. Actor-centered institutionalism in policy research*, Westview
- Scheuer (2003): *Patientforløb i praksis – en analyse af en idées oversættelse i mødet med praksis*, Copenhagen Business School
- Seemann, Janne (1996): *Når organisationer skal samarbejde: distriktspsykiatri på tværs af professioner, sektorer og politiske niveauer*, Munksgaard
- Socialministeriet (2002): *Regeringens redegørelse til Folketinget om udviklingen inden for psykiatrien*
- Stone (2002); *Policy paradox – the art of political decision making*, Norton
- Strukturkommissionen (2003): *Sektoranalyse vedrørende social- og sundhedssektorens opgaver over for mennesker med en sindslidelse*
- Sundhedsministeriet & Socialministeriet (2001): *Rapport fra udvalget vedr. bedre samspil mellem tilbuddene i psykiatrien og socialpsykiatrien*
- Sundheds- og Socialministeriet (1999): *Regeringens statusrapport om tilbuddene til sindslidende 1999*
- Sundhedsstyrelsen (1998 og 2004): *Målsætninger for kvalitet i distriktspsykiatrien*
- Sygehuskommissionen (1997): *Udfordringer i sygehusvæsenet. Betænkning nr. 1329*
- Tehrani, Elisabeth (1995): *Kontinuitet og patienttilfredshed i psykiatrien*, Psykiatrisk Hospital i Århus, Institut for psykiatrisk grundforskning, Afdeling for psykiatrisk demografi
- Vikkelsø og Vinge (red.) (2004): *Hverdagens arbejde og organisering i sundhedsvæsenet*, Handelshøjskolens Forlag
- Yin (2000): *Case study research: design and methods*, SAGE Publications

NOTER

- 1 Rapport om forløbsundersøgelsen udkommer i 2006. Undersøgelsen bygger på spørgeskema- og interviewdata fra medarbejdere og borgere, som er fulgt igennem en længere periode med henblik på at opnå viden om forskellige situationer med samspil (ændring af tilbud, ophør af tilbud, start på nye tilbud, udskrivning, indlæggelse, parallelle tilbud m.fl.). Formålet er at få både kvantitativ og kvalitativ viden om, hvad der sker i implementeringssituationen.
- 2 Det vil sige, om der udbydes service, og om der objektivt set er en tilstrækkelig service.
- 3 Her er der taget udgangspunkt i rapporten fra 'Udvalg for bedre samspil mellem tilbuddene i psykiatrien og socialpsykiatrien' (Sundheds- og Socialministeriet, 2001, afsnittet 'samspil og barrierer').
- 4 Ætiologien angår forestillinger om sindslidelsens oprindelse, jf. lægevidenskabens årsagslære om de forskellige sygdomsårsager.
- 5 Dette kan netop være på tværs af de forskellige offentlige finansieringssystemer.
- 6 Distrikt Nord: Roskilde og Gundsø kommuner. Distrikt Midt: Bramsnæs, Hvalsø, Lejre, Ramsø og Greve. Distrikt Øst: Solrød, Skovbo, Køge og Vallø. Indsatsen over for børn er samlet i én organisering, som dækker hele amtet.
- 7 Dr. Magrethes Vej, Glim Refugium, Pedersvænge og Solvang.
- 8 Dog er socialpsykiatriske tilbud til børn placeret under Socialudvalget, og praktiserende speciallæger i psykiatri er fortsat placeret under amtets sundhedsudvalg og forvaltning.
- 9 Dette møde angår ikke kun psykiatrien, men også de øvrige sociale områder.
- 10 F.eks. er der en samarbejdsaftale mellem Greve Kommune og distrikt Midt samt en anden samarbejdsaftale mellem distrikt Midt og kommunesamarbejdet Lejre, Ramsø, Hvalsø og Bramsnæs.
- 11 Under Odense Universitetshospital hører også en selvstændig afdeling med den børne- og ungdomspsykiatriske indsats, som dækker hele amtet. Gerontopsykiatrisk indsats har sin selvstændige organisering under hver region.
- 12 Tilbud til mennesker med sindslidelser om undervisning og beskæftigelse er stadig placeret under Undervisnings- og Kulturområdet, det vil sige i en anden forvaltning.

- 13 Der har været ændringer i samfinansieringen siden modellens etablering.
- 14 Programmet refererer med dette formål til den danske kvalitetsmodel fra aftalen fra 2003 mellem regeringen og amterne.
- 15 Børne- og ungdomspsykiatrien er organiseret samlet og dækker hele amtet. I sygehusdistrikt Nord er der tillige udskilt et særligt gerontopsykiatrisk team, som dækker alle kommunerne.
- 16 Øst omfatter kommunerne Thyholm, Vinderup, Struer. Vest omfatter Thyborøn-Harboøre og Lemvig. Syd omfatter Aulum-Haderup, Trehøje og Ulfborg-Vemb. Derudover er Holstebro Kommune opdelt for alle distrikter efter tilknyttet privatpraktiserende læge. Oprindeligt modsvarede opdelingen i Holstebro den kommunale hjemmeplejes organisering, men der tages nu i stedet udgangspunkt i, hvilken praktiserende læge borgeren har.
- 17 Midlertidige tilbud er Skiftesporet (Herning), Kafferisteriet (Holstebro), Cafe Utopia (Holstebro) og Rosengården (Skjern). Længerevarende tilbud er Brahmsvænget (Herning), Ågården (Vildbjerg), Sandfeldgården (Kibæk), Ørbæklund (Brande) og Kærhuset (Lemvig).
- 18 F.eks. Meyer: Organization theory for public administration, 1986.
- 19 Eksemplet er fra projektets forløbsundersøgelse.
- 20 Citatet er hentet fra projektets forløbsundersøgelse.
- 21 I projektets forløbsundersøgelse bekræfter næsten alle medarbejdere, at de har fået ny viden med relevans for det konkrete forløb, i kraft af at være samlet i to timer i forbindelse med et interview.
- 22 BUM står for 'bestiller', 'udfører' og 'modtager' og handler blandt andet om at indføre kontrakt- og kunderelationer internt i den offentlige sektor.
- 23 Diskussionen fortsættes i afsnit XX om periferi- og kerneydelser.
- 24 Udtalelse fra medarbejder fra distriktspsykiatrien, som er hentet fra projektets forløbsundersøgelse.
- 25 Afhængigt af graden af direkte finansiering af sundhedssektorens ydelser.
- 26 NIP står for det nationale indikatorprojekt, hvor der på landsplan fastlægges indikatorer for faglig kvalitet i udvalgte ydelser, der løbende overvåges i produktionen (f.eks. diagnostik og medicinsk behandling af patienter med skizofreni).

- 27 For en yderligere fremstilling henvises til publikationen 'Specialisering og faglig bæredygtighed inden for psykiatrien', Danske Regioner, 2006. Etablering af Viso i et samarbejde mellem Socialministeriet og Undervisningsministeriet er et stort skridt på vejen mod specialisering i den sociale sektor. Viso giver borgere og kommuner adgang til vejledende rådgivning og udredning i de mest komplicerede enkeltsager og varetager samtidig indsamling og formidling af viden inden for social- og specialundervisningsområderne.
- 28 Den oprindelige målsætning for distriktpspsykiatrien lød på, at distriktpspsykiatrien skulle være et ambulante, tværfagligt tilbud for sygdomsbehandling (diagnostisering, behandling og pleje), etableret lokalt med et geografisk optageområde og med et tæt samarbejde med sociale tilbud og andre berørte sektorer.
- 29 'Shared care' er en samlet betegnelse for især det somatiske sygehusvæsens om sammentænkning af patientforløb, men er også anvendt for patientforløb mellem flere sektorer. Danske eksempler er J.D.Nielsen: Shared care between physicians and a department of oncology, 2001, og Antoft & Seemann: Shared Care – samspil og konflikt mellem kommuner, praksislæge og sygehus; Ålborg Kommunes demensudredningsafsnit i praksis, 2002.
- 30 Dansk Institut for Sygehusvæsen har i 2004-05 gennemført en parallel undersøgelse, men med en specifik fokus på forsøgene med opsøgende psykose-teams og en ambition om driftsøkonomisk analyse af de forskellige modeller for psykoseteams. DSI: Sammenhæng i tilbudene til psykisk syge – organisatorisk beskrivelse og økonomisk analyse af udvalgte danske eksempler, 2004.
- 31 Der er enkelte undtagelser, hvor analysens emne og anvendte citater direkte kan henføres til specifikke forhold og organiseringsformer. Her er der lagt vægt på, at anonymitet ikke er påkrævet.

