

MASTEROPPGÅVE

Organisasjon og leiing
– helse- og sosialleiing og utdanningsleiing

Samordna og heilskaplege tenester

- om sektorleiing og tenestemottakarane sine erfaringar i kommunale helse- og sosialtenester

av

Brit-Marie Follevåg

April 2008



Boks 133, 6851 SOGNDAL, 57 67 60 00, fax: 57 67 61 00 – post@hisf.no – www.hisf.no

Masteroppgåve i:

Organisasjon og leiing
– helse- og sosialleiing og utdanningsleiing

Tittel:

Samordna og heilskaplege tenester

Engelsk tittel:

Collaboration and holistic services

Forfattar:

Brit-Marie Follevåg

Emnekode og emnenamn:
MR 690 Masteroppgave i organisasjon og ledelse

Kandiatnummer: **7**

Publisering i institusjonelt arkiv, HSF Biblioteket (set kryss):

JA Nei

Dato for innlevering:

24. april 2008

Eventuell prosjekttilknytning ved HSF

Emneord (minst fire):
Heilskaplege tenester, kommunale helse- og sosialtenester, systemteori, brukarmedverknad

Tittel og samandrag:

Samordna og heilskapelege tenester

- om sektorleiing og tenestemottakarane sine erfaringar i kommunale helse- og sosialtenester -

I dette studiet vil eg sjå på ”spennet” mellom to sentrale deltakarar i eit felles system. Sektorleiar for helse- og sosialtenester i kommunar, samt langtids brukarar av fleire tenester frå dei ulike instansane.

Føremålet med oppgåva er

- å få svar på kva sektorleiarane gjer for å legge til rette for samordna og heilskapelege tenester
- å få svar på om brukarane får samordna og heilskapelege tenester og kva dei opplever som vesentleg i høve til det
- samordna tenester og kva brukarane opplever som vesentleg i det å vere tenestemottakar
- sjå samanhangen eller spennet mellom dei ulike partane/aktørane si oppfatninga av tema
- forstå organiseringa av tenestene ut i frå ein systemisk tankegang.

Title and Abstract:

Collaboration and holistic services

- sector management and client experience -

In this study I will be examining the scope between two main participants in a common system. Sector management for municipal health and social services and long-term clients of the various services provided.

The aim of the study is to

- Find out what sector managers do to facilitate coordinated and holistic services
- Find out whether clients receive coordinated and holistic services, and what they experience as important factors.
- Coordinate services and what clients experience as important as an customer
- Examine the similarities and differences between how each party experiences the subject matter
- Understand organization of services from a systematic perspective

FORORD

Denne masteroppgåva er ein del av studiet i organisasjon og leiing. Tema for avhandlinga er samordning av tenester til personar med langvarig og samansatt helsesvikt. Tenestene eg har sett på er innan den offentlege helse- og sosialsektor i kommunal forvaltning.

Eg har intervjuet tre sektorleiarar for helse, omsorg, pleie og oppvekst i tre ulike kommunar. I tillegg har eg intervjuet to brukarar frå kvar av desse kommunane. Det eg har vore oppteken av i møte med sektorleiar, er deira oppfatning av kva som vert gjort for å legge til rette for samordning og heilskaplege tenester til brukarar av ulike tenester. Ved å intervjuet brukarar av dei ulike tenestene ønskte eg å få fram deira oppleving av å ta imot tenester frå ulike instansar i det kommunale hjelpeapparatet.

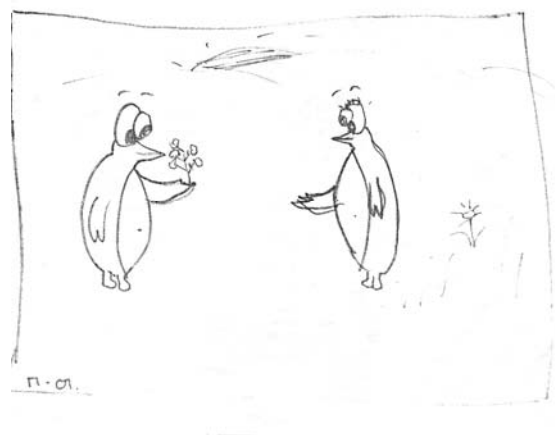
Å møte personar som over lang tid har vore avhengig av hjelpeinstansar har rørt meg. I tillegg til å ha mange utfordringar i det daglege, har dei overskot til å dele sine erfaringar med meg.

Takk!

På ulikt vis har eg motteke støtte og bidrag frå familie, venner og kollega. Det er ikkje lett å framheve det eine som meir viktig enn det andre. Men gode artiklar, dei refleksive og kritiske spørsmåla, teikning og ulike former for omsorg og praktiske gjeremål i kvardagen, lån av husvære til "eksilskrivetilværelse" og korrekturlesing, har vore gode bidrag.

Veiledaren min - Gro Kvåle - har vore ein god samtalepart og ho har gitt meg konstruktive tilbakemeldingar.

Takk til dykk alle!



INNHALD

1	INNLEIING	1
1.1	Tema og problemstilling	1
1.2	Teoretisk bakgrunn	3
1.3	Avgrensing og avklaring	4
1.4	Bakgrunn for tema – velferdsstenester i eit historisk perspektiv.....	5
1.5	Framdrift.....	6
2	SYSTEMTEORI	8
2.1	Systemisk perspektiv på organisasjonen	8
2.2	Utarbeiding av mål og planar - i eit systemperspektiv	12
2.3	Leiing i eit systemperspektiv	14
2.4	Medverknad og innverknad i eit systemperspektiv	15
2.5	Kva kan vere systemteorien sitt bidrag?	16
3	METODE	18
3.1	Kvalitativ metode i samfunnsvitskapleg forskning.....	18
3.2	Informasjonskjelder	20
3.2.1	Informantar	20
3.2.2	Bakgrunnsinformasjon	22
3.3	Val av informantar og førebuing til intervju.....	23
3.3.1	Intervjuguide	25
3.4	Intervju.....	26
3.4.1	Transkribering.....	28
3.5	Påliteleg og gyldig undersøking?	28
3.5.1	Validitet.....	29
3.5.2	Reliabilitet.....	30
3.6	Funna.....	30
4	MITT SKIP ER LASTA MED	31
4.1	”Så lenge skuta kan gå, så lenge hjarta kan slå ...” - om medverknad og innverknad -	32
4.1.1	Relasjon og kommunikasjon	32
4.1.2	Former for medverknad	33
4.1.3	Kvalitativt gode tenester	33
4.1.4	Individuell plan og tilrettelagt individuelle tiltak.....	35
4.1.5	Tid og fysiske forhold	37
4.1.6	Ansvarsgruppe	38
4.1.7	Roller og makt.....	39
4.2	Farvatnet og mannskapet - om heilskap og samhandling -.....	40
4.2.1	Avgrensingar og mogleikar i høve til samarbeid	40
4.2.2	Kompetanse.....	42
4.2.3	”Tiltak” for samarbeid	43

4.3	Mannskap om bord - om å vere deltakarar i felles system -	43
4.3.1	Nettverk og støtte	44
4.4	Kva er kursen og kva påverkar kursen - om målsettingar og planarbeid -	45
4.4.1	Forhold som påverkar og styrer mål	45
4.4.2	”Reiskap” for utarbeiding av felles mål	46
4.5	Oppsummering	47
5	SAMORDNA OG HEILSKAPLEGE TENESTER I KOMMUNAL HELSE- OG SOSIALSEKTOR	49
5.1	Korleis medverknad og innverknad fungerer i praksis	49
5.2	Premissar for samarbeid	56
5.3	Den kommunale helse- og sosialorganisasjoenen som system - og deltakarar i systemet	63
5.4	Mål og vegen til målet - på individnivå og sektornivå.....	65
5.5	Oppsummering	68
6	OPPSUMERING	69
6.1	Konklusjon	69
6.2	Systemperspektiv på helse- og sosialsektor – ein paradoksal tanke ?.....	72
6.3	Tankar om vidare forskning på samordna og heilskaplege tenester	74
	AVSLUTTING	76
	LITTERATURLISTE	77

1 INNLEIING

1.1 Tema og problemstilling

Styrka samhandling, satsingar for å sette brukaren meir i fokus og kompetanseheving har vore statlege satsingar dei siste 20 åra.

Stortingsmeldingar, planarbeid, endringar i lovverket er blant tiltaka som skal bidra til at helse- og sosialtenester til brukarane skal bli meir samordna og heilskaplege.

Erfaringar og undersøkingar (NOU 2004:18) syner at både tenestemottakar og tenesteutøvar opplever manglande samhandling og heilskaplege tenester. Behovet for betre tenester tvinga seg fram.

Som ein del av målet med brukaren i fokus skal det bli lagt til rette for medverknad. For å imøtekomme dette er det samstundes sett fokus på tverrfagleg samhandling og kompetanseheving. Samstundes med statlege krav og mål retta mot tenestemottakarar, er kommunale og fylkeskommunale forvaltningssystemet i stadig endring. Organiseringsformer og ansvar er utviklings- og endringsprosessar (Robberstad 2002). Endringar og bevegelsar i kommunal forvaltning er truleg påverka av ”trendar”, der metodar og styringsformer er blant anna målstyring, flate organisasjonar og brukarundersøkingar.

Oppdeling av kunnskaps områder og spesialisering er organiseringsformer som er lett å finne i offentleg forvaltning. Den kommunale helse- og sosialsektor består av fleire fagspesifikke einingar. Sosialtenester, barnevernstenester, legetenester, fysioterapi, psykiatritenester og tenester frå pleie- og omsorg.

I denne undersøkinga har eg intervjuva tre sektorleiarar for helse- og sosialtenester i tre kommunar, samt to tenestemottakarar frå kvar av dei kommunane. Eg vil sjå på det dei to ulike gruppene formidlar og sjå i kva grad det er samsvar eller sprik i mellom dei.

Det er interessant å sjå kven som legg primissar for utøving av tenestene, kva for premissar og korleis premissane vert handtert i dei ulike systema. Er t.d statlege føringar om brukarmedverknad, føreskrifter om heilskaplege og koordinerte tenester og retten til individuelle planar sentrale i planarbeidet hjå sektorleiarar ? Korleis påverkar desse krava leiing, tenesteutøving og brukar?

Med utgangspunkt i dette, har eg kome til denne problemstillinga:

Kva vektlegg sektorleiar i arbeidet med å legge til rette for heilskaplege og samordna teneseter og kva vektlegg tenestemottakarane som vesentleg når dei mottek tenester frå ulike instansar?

Er det samsvar mellom tenestemottakarane og sektorleiarane sine oppfattningar?

Korleis kan ein forstå tenestemottakarane og sektorleiarane sine erfaringar kring samordna og heilskaplege tenester?

Heilskaplege tenester forstår eg her som tenester frå ulike einingar som samhandlar for å gje heilskapleg tilbod til brukarar.

Eg ynskjer å forstå helse- og sosialtenestene i kommunal sektor som ein organisasjon, *eit system*. Eit kvart medlem av systemet er i ulike kontekstar og det er både gjensidige tilpassingar og strukturelle koplingar mellom dei ulike delar av nettverket. Heilskapssyn (holisme) på menneske bygger på menneskelege mogleikar (humanisme). For å forstå mennesket sin eksistens, som vesentleg for bakgrunn for val (eksistensialisme), er livsverden eit omgrep eg vel å knytte til dette. Livsverden er mennesket sine livserfaringar, som vert opplevd i kvardagen og i samanhengar med andre. Skal ein nå tak i desse erfaringane og nytte dei som ein sann kunnskap (fenomenologi), definere problem og finne løysingar, kan ein ikkje utelukke einskilde menneske, som høyrer til ulike system (Grimen 2004).

Livsverden er eit omgrep som Habermas (1999) brukar om individuelle ferdigheiter og handlingar, med utgangspunkt i individet si oppfatning og forståing av verda. Såleis er dette eit sentralt utgangspunkt for kommunikasjon og samhandling med andre, der både det rasjonelle og kjensler vert uttrykt.

I denne undersøkinga er fokuset på kva sektorleiarar gjer for å legge til rette for samhandling, kva påverkar planarbeid og prioriteringar. Samstundes er fokuset på kva tenestemottakarar opplever i høve til å ta imot tenester frå ulike instansar, over lang tid, i det kommunale hjelpeapparatet.

1.2 Teoretisk bakgrunn

Systemperspektivet vektlegg heilskap og at system er del av eit større heile. Å gje deler av systemet fokuset og merksemda, kan føre til at sjølve meininga går tapt og eigenskapar ved systemet som heilskap vert øydelagt (Skjørshammer 2004). Opne system er dynamiske på den måten at det føregår utvekslingar mellom eit system og systemet sine omgjevnader. Vesentleg eigenskap i opne system er evne til endring. Systemteoretisk samfunnsteori arbeider med spørsmål om korleis eit samfunn handterer sin kompleksitet og korleis det differensierer seg internt i sub- og delsystem. Funksjonell-strukturell systemteori opnar opp for eit spelarom av samanliknande moglegheiter for alternative løysingar av utgangsproblemet (Kneer og Nasshehi 1997).

Det rasjonelle organisasjons perspektiv står i kontrast til systemisk perspektiv ved sin måte å vende "blikket" meir inn i organisasjonen. Strand (2001) hevdar at i byråkratiske organisasjonar rår fastlagde ordningar og reglar. Han seier slike organisasjonar ikkje er kjent for relasjonell, kjenslemessig atferd og deltakarane har lite kontakt. Organisasjonen har sine klart definerte mål. System i eit rasjonelt perspektiv er meir lukka og fokus er først og fremst på aktiviteten innan organisasjonen. Med klassisk organisasjonsteori tenkjer eg først og fremst på byråkratiteori. Eg vil i den samanheng presentere Weber (1971) sin teoriar om byråkrati teori. Han seier at det som kjenneteiknar byråkrati er faste kompetanseområde for utøving av mynde. Hierarkisk oppbygging er der mynde er klart fordelt etter rang. Saksdokument og underordna tenestemenn er karakteristisk i byråkratisk organisering, samt skulering på bestemte felt og forventning om at den tilsette rettar si fulle merksemd om ei bestemt "bestilling". Det er reglar som er ramma for yrkesutøveren sin måte å skjøtte stillinga på.

Organisasjonen kjenneteiknast med topptung leiing, der mål og planar vert utarbeidde og definerte på toppleiar nivå (Strand 2001). Scientific Management er rasjonell organiseringsform som har synst seg i seinare tid. Karakteristisk her er effektivisering og spesialisering. New Public Management er *ei* styringsform som er nytta i nyare tid, for å skape endringar i offentleg forvaltning. Endringane skulle sikre større effektivitet ved blant anna balansert målstyring (Eikås og Djupvik 2002). Det er ikkje uvanlege at kommunal forvaltning har ei rasjonell organiseringsform. Systemteorien representerer ein anna tenkemåte. Når eg vel å sjå nærmare på denne teorien er det for å sjå om den er eigna til å forstå helse- og sosialorganisasjonen og aktiviteten der.

Vidare i dette kapittelet vil eg avgrense tema og fokus, samt avklare omgrep.

Til slutt vil eg gje ein oversikt over kva og korleis brukaromgrepet har hatt plass i Velferdssamfunnet, samt kva som er gjort i høve til samordna og heilskaplege tenester.

1.3 Avgrensing og avklaring

Eg vil ikkje gå inn på dei ulike organisasjonsteoriane og klargjere dei ulike teoretikarane si særeigenheit. Mitt utgangspunkt er å bruke funna og eventuelt knytte dei til systemteorien. Dette vonar eg kan gje svar på om det kan vere nyttig å tenke systemisk for å nå målet om at brukarar av helse- og sosiale tenester i eit kommunalt system skal få heilskaplege og koordinerte tenester. Systemteori og systemisk tenking er her brukt som perspektiv og tankemønster, meir enn teori om organisasjonar.

Med ordet nettverk, meiner eg her dei ulike personar/aktørar og deira forbindelse linjer til andre dei har meir eller mindre kontakt med.

Omgrepet tenesteutøving har eg avgrensa til å gjelde kommunal forvaltning. Eg har valt å snakke med leiarar for ulike helse- og sosialtenester, for å få tak i kva dei vektlegg som vesentleg for at brukarar skal kunne medvirke, og kva som blir gjort for å sikre heilskaplege og koordinerte tenester. Grunnen til val av leiarar på dette nivå er at dei er i posisjon til å ha systemisk oversikt og til å påverke alle involverte instansar.

Omgrepa samordne og koordinere, samt brukar og tenestemottakar vert nytta om ein anna.

Sekriteriat for modernisering og effektivisering av helsesektoren (SME) definerer brukar slik: *”En person som har opplevd behov for helsetenester og som kommer i kontakt med eller oppsøker helsetenester for å få råd, hjelp til å bli frisk, få pleie, bli smertefri eller til å betre funksjonsevnen” (SME 1999:11).*

Denne definisjonen brukar eg som eit utgangspunkt når eg snakkar om brukarar og tenestemottakarar og som utgangspunkt for å avgrense brukarinformantar.

1.4 Bakgrunn for tema – velferds tenester i eit historisk perspektiv

Frå 1970 åra hadde den Norske helsepolitikk fokus på medverknad og medbestemmelse frå brukar og borgar. Utover i 1980 åra var den Norske helsepolitikk oppteken av sjukdomsførebyggjande og helsefremjande arbeid. Internasjonale føringar la grunnlaget for satsingar i Norge sin helse- og velferdspolitik. Ottawa-charteret (Health and Welfare 1986) la vekt på likeverd og rettferd. Vidare vekta det å styrkje og støtte lokalmiljø og personar, samt tverrfagleg og tverrsektorielt samarbeid. Brukarmedverknad og "brukaren i sentrum" er dei siste ti åra blitt nærast eit "slagord". Politisk vart omgrepet introdusert via "Aksjon Publikum" (Sætnan 1986). Dei offentlege tenestene skulle forenklast og bli meir tilgjengelige. "Aksjon Publikum" var ein offentlig strategi for å jobbe med dette. Det vart slått fast at brukarane sine ynskje og behov var teke for lite hensyn til.

Det vert her uttrykt ved at "*Brukeren selv utgjør også en viktig del av tjenestenes produksjonssystem*". Brukaren blir både forbruker og produsent (St.meld.nr.41). På 1980 talet hadde USA sett fokus på brukarane sin situasjon. Utgangspunktet var dårleg planlegging av desentraliserte helsetenester, som førte til at brukarane ikkje fekk dei tenester dei hadde behov for. På bakgrunn av dette oppstod "empowermentbegrepet". Oversett til norsk, tyder empowerment å "gjere dyktig", "bemynde" og "sette i stand" (Ellingsen 2007). Å bemynde, sette i stand eller dyktig gjere brukarane kan skje på ulike nivå. Sjølv om det er individnivået og hjelpeapparatet som er analysenivået i denne oppgåva, nemner eg samfunnsnivået. Kva som skjer samfunnspolitisk og samfunnsøkonomisk spelar ei vesentleg rolle inn mot dei andre nivåa. Interesseorganisasjonane er grupper som fremjar sine interesser, gjerne som politiske virkemiddel.

I Norge fortsette arbeidet med å gje brukarane meir fokus. I stortingsmelding nr. 50 (1996) er brukarmedverknad nemnt som sentralt verkemiddel for å betre helsetenestene. Vidare vart det i høyringsutkast til "Lov om pasientrettigheter" i 1997 sagt at brukarmedverknad er eit middel for å betre pasientane sine rettar.

Hjelpeapparatet får behov for meir kompetanse. Sekretariatet for modernisering og effektivisering (SME) i Sosialdepartementet, tek på 90-talet initiativ til ulike prosessar for å styrke brukarane og hjelpeapparatet. Målet var å gje brukarperspektivet eit meir konkret innhald og å sette i gang haldningsendringar og faktiske endringar (Vatne 1998).

Brukarperspektivet fører til at hjelpearane vert sett nøyare på. Når brukarar skal medverke

treng hjelparen ei anna haldning enn det som har vore tradisjonelt. Haldninga bør være at samhandlinga mellom hjelpar og brukar bygger på gjensidig respekt og informasjon. Menneskerettane skal sikre retten til medbestemming, retten til å ta frie val, retten til informasjon, informert samtykke og integritet. Desse verdiane fører til behov for informasjon og kunnskap.

På slutten av 1990 kom juridiske endringa i pasientrettighetslova som sikra pasientane retten til ein individuell plan. Det vart samstundes teke inn i helsepersonellova, sosialtenestelova og lov om psykisk helsevern at pasientar hadde rett til å få utarbeid ein individuell plan, dersom dei har ynskje om det. Sosial - og helsedirektoratet utarbeida ein veileidar for individuell plan (2001). Dette vart gjort på bakgrunn av endringane i "Pasientrettighetslova" og "Foreskrifter om individuell plan". Individuell plan er arbeidsreiskap som skal sikre medverknad, heilskaplege og koordinerte tenester. I 2007 skulle den nye arbeids- og velferdsordninga tre i kraft, der eit av måla er å sette brukaren meir i fokus.

Dei siste 20 åra er det jobba med målet om meir makt til brukarane, og å samordne tenestene slik at brukarane skal sleppe å oppleve å gå frå dør til dør for å nå nødvendig helsehjelp. Ved å sjå på historia, får eg ein oversikt over det som alt er etablerte ordningar som eit bidrag til samordna og heilskaplege tenester til brukarar. Med dette grunnlaget vil eg i mitt arbeid sjå på kva brukarane opplever i høve til samordna og heilskaplege tenester, samt kva sektorleiarane tenkjer kring tema.

1.5 Framdrift

Først og fremst presenterer eg systemteorien, der eg har valt å trekke inn forhold som eg tenkjer har ei viss mening når det er snakk om heilskaplege og samordna tenester. Grunnen for val av denne teorien, er at eg vil freiste å sjå på kommunal helse- og sosialtenester i eit systemperspektiv. Vidare vil eg gjere greie for kva metode eg har brukt, samt kvifor og korleis. I det neste kapittel presenterer eg empirien. I tillegg til å formidle ytringar og opplevingar frå intervjuar, har eg valt å koble til teoretiske perspektiv. I dette kapittelet har eg valt overskrifter i sjøfartssjanger, fordi dette var uttrykksform som informantane sjølv brukte. Funn presenterer eg under fire overskrifter. Desse representerar kategoriar som vart tydlege, på bakgrunn av det dei to ulike informantgruppen formidla, samt på bakgrunn av det eg

spurde om. I kapittel 5 diskuterer eg emperiem, nært knytta til teori. Dette gjer eg systematisk under overskrifter som tilsvarar tema i det forge kapittel.

Til slutt i oppgåva vil eg oppsummere, før eg avsluttar.

2 SYSTEMTEORI

Systemisk tenking i kommunal helse- og sosialtenester

Systemteorien er eit samleomgrep for ulike teoriar. Dei fleste har sitt utspring i fysikk, biologi, computerteknologi og sosiologi. Felles trekk ved desse teoriane er kommunikasjon, oppretthalde likevekt og balanse, samt den krafta i eit system som er vesentleg i høve til det å høyre saman (Bertalanffy 1968). Systemisk perspektiv vektlegg heilskap, og dermed at system er del av eit større heile.

I systemteorien er det lagt vekt på heilskap. Kven som er deltakarar inn i eit system, kva og kven som påverkar heilskapen, ynskjer eg i den samanheng å sjå nærmare på. På denne måten får ein ekstra merksemd på dei moglegheit og avgrensingar som finst, noko som igjen er sentralt når ein skal sjå på kva ein skal gjere, kvifor ein skal gjere dette, kven skal vere med, kvifor skal desse vere med og korleis skal ein samhandle.

Både økologisk modell og nettverkstenking er begrep som har sitt utgangspunkt frå systemteorien. Særpreget for begge er at dei er samspelsorientert og tilstrevur å inkludere flest moglege faktorar som påverkar heilskapen.

Organisasjonsteoriar kan vere eit utgangspunkt for å forstå kommunal helse- og sosial sektor som *ein* organisasjon. Lukka, rasjonelle system - kontra opne og dynamiske - vil ha ulike tilnærmingar til å møte krav og utfordringar. Kommunane har krav på seg til blant anna å yte heilskapelege og koordinerte tenester. Under tema organisasjonsteori har eg valt å fokusere på begrep som eg meiner er sentrale for å forstå og beskrive aktiviteten i organisasjonen. Sentralt i ein kvar organisasjon er leiing. I høve tema leiing vil eg rette fokuset spesielt på mål, kompetanse, kommunikasjon og ikkje minst planlegging.

2.1 Systemisk perspektiv på organisasjonen

”Organisasjoner er sosiale enheter (eller grupper av mennesker) som blir konstruert og rekonstruert i den hensikt å søke bestemte mål”

Etzioni 1978, s. 11

Eg vel å sjå på organisasjonen som eit ope system, som av Luhaman (Kneer og Nassehi 1997) vert definert som noko samansett og som er meir enn summen av sine deler. Openheit er at systemet med sine meir eller mindre faste strukturar, er dynamisk. Utviklingsprosessane er

påverka av "input" frå omgjevnaden og resultatet av endringane eller arbeidet påverkar omgjevnaden - "output". Organisasjonen eksisterer i miljø, og dermed vert ein utfordra på visse krav om gjensidig tilpassing.

Strand (2001) beskriv ulike typar organisasjon. Sjølv om dei ulike kan ha i seg fellestrekk, er dei likevel karakteristiske, som t. d. korleis dei er bygd opp, og korleis dei fungerer i arbeidsprosessane. Sentrale element i organisasjon er dei ulike deltakarane, organisasjonen sine mål, sosiale strukturar, omverda, produksjonen og den teknologien som er til rådvelde. Kven ein definerer inn i organisasjonen og som deltakarar i systema, er ikkje gitt.

Definisjon på system er *"en helhet som består av deler som er koplet sammen på en slik måte at forandringer i en del har innvirkning på andre deler"* (Schieflo 2003, s. 69). Eit system består av mange deler på mange nivå, koblingane og samspelet mellom desse. Komponentane i systema er individa.

Ved å tenkje systematisk i arbeidet med brukarar, må ein vere bevist både på hjelparen sitt system og brukaren sitt. Menneska vert forstått ut i frå det systemet dei er en del av.

Karakteristisk ved denne tenkinga er at eit kvart menneske vert sett på som unikt. Den einskilde si oppleving av seg sjølv, andre, og verda er "kart" som er oppstått som eit resultat av samhandling med andre. Ved tilnærming til problem er fokuset på meistring, ressursar og dei unike positive utvegane. Metodane ber preg av å være dialogiske og prosessorienterte. Elementa i systema - t.d. hjelparane, brukaren og pårørande - tar med seg sitt kart/si historie, erfaringar/kunnskap inn i konteksten. Desse er verdifulle innspel når ein saman skal arbeide for å nå eit gitt mål (Fyrand 2005).

Kartlegging av ressursar og deler som er involvert kan avdekke krefter og moglegheiter i fleire etatar, instansar eller nivå. Ikkje berre innan same organisasjon. Dette kan vere utgangspunkt for fordeling av oppgåver og ansvar.

Behovet for koordinering kan vere tilstades, både for å unngå dobbeltarbeid og for å hindre gråsoner. Denne arbeidsdelinga og tydeleggjeringa av ansvar er viktig når mange personar er involvert, dersom desse skal klare å samle seg rundt eit formalisert og profesjonelt arbeid. Samhandling ligg alltid til grunn for eit godt koordinert resultat (Jacobsen og Thorsvik1997). Tema samhandling kjem eg attende til seinare i oppgåva.

I økologiske utviklingsmodellar er hovudessensen gjensidig tilpassing og systematisk måte å tenke allmenn menneskelege vilkår, sosialisering og vekst (Klefsbeck og Ogden 1996).

Uri Bronfenbrenner (1979) er sosiolog og pioner på dette området. Han deler det økologiske miljøet som ein person er omgitt av, inn i sirklar. Dei ulike sirklane er systematisk inndeling på nivå i miljøet ein har rundt seg. Nivåa handlar om nærleik og avstand. Økologisk perspektiv har eit "fotfeste" i systemteori. Det omfattar alt som kan påverke indirekte eller direkte. Perspektivet gjer eit forsøk på å blande sosiologisk og individualpsykologisk tilnærming. Fokuset er på samspelet mellom dei ulike miljøa som aktøren rører seg i mellom. Nivåa vert kalla mikro, meso, ekso og makro (op.cit). Mikronivå er den inste sirkelen som består av alle deltakarane i ulike primærgruppe situasjonar (Klefbeck og Ogden 1996) Med utgangspunkt i ei primærgruppe, så er alle deltakarane tilstades, og dei påverkar kvarande. Gjennom denne direkte samhandlinga utvekslar ein kjensler, lærer av andre og innteke gjerne bestemte roller. Ein brukar av helse- og sosialtenester har t.d ulike primærgrupper. Dei har gjerne kontakt med ulike instansar innan hjelpeapparatet. Brukaren og tilsette i sosialtenesta er døme på primærgruppe på mikronivå. Brukaren er medlem i andre grupper, som t.d næraste familie og eventuelle kollegaer på arbeidsplassen. Slik eg vel å bruke Luhman (Kneer og Nassehi 1997) si beskriving av sosiale system, samanliknar eg dette med det han kallar organisasjonssystem. Her er medlemmane knytt til bestemte føresetnader. Dette fører igjen til bestemte reglar og åtferdsmønster. Organisasjonen vert avgrensande både for medlemmane og dei som står utanfor.

Det neste nivå og den neste sirkelen er mesosystem. På dette nivå er det overlappinga som evt finst mellom dei ulike gruppene på mikronivå og det samspelet som er mellom desse, som er vesentleg (Klefbeck og Ogden 1996). Kvar for seg kan dei ulike gruppene karakteriserast som eit lukka system. I realiteten er dei ulike gruppene del av eit større heile, der samspelet mellom dei har utviklingspotensiale. Dette vil avhenge av kjennskap til kvarandre, og at det er ein viss intimitet eller tettleik. Luhmann meiner system ikkje kan eksistere av eiga kraft, men har utvikla mekanismer for å regulere seg sjølv (autopoietisk). På denne måten kan eit kvart system oppretthalde stabilitet.

Eksosystem refererer til miljø der individet sjeldan er til stades. I desse miljøa kan det likevel takast avgjersle som kan ha innverknad på individet (op.cit). Døme her kan vere brukaren sin terapeut på psykiatrisk poliklinikk og han sin rettleiar på faglege problemstillingar. Eller det kan vere pårørande sitt nettverk.

Makronivå er den yste sirkelen. Dette er storsamfunnet sitt mønster av verdiar, økonomi, kultur og tradisjonar som igjen omsluttar dei andre nivåa (op.cit).

Luhmann snakkar om samfunn som det mest omfattande sosiale system. Eg vel her å trekke parallellar mellom den økologiske modellen sitt makronivå og Luhmann si beskriving av samfunn. Han seier at samfunnet er det mest omfattande system, prega av mangfaldet av handlingar. Samfunnet er også eit system ved sida av interaksjonssystem (Kneer og Nassehi 1997).

Den funksjonell- strukturelle systemteorien ser på samanhengen mellom problem og problemløysingar. Det vert analysert og opna opp for eit spelrom av samanliknande moglegheiter for alternative løysingar av utgangsproblemet. Luhman og Person (Kneer og Nassehi 1997) snakkar om strukturar og funksjonar relatert til systemteorien, men dei vektlegg verdien av å plassere det eine ordet framfor det andre - altså: strukturell-funksjonell systemteori eller funksjonell-strukturell systemteori. Eg vel å trekke fram det som er felles for dei, og som eg vil "godkjenne" i høve til min måte å forstå system, verda og omverda på. System dannar "*øer af mindre kompleksitet*" (Kneer og Nassehi 1997 s. 45). Vesentleg i system, omverd, problem og kompleksitet, er samspel og alle element som verkar saman for å oppretthalde organismen eller systemet som heilskap.

Når Luhmann snakkar om reduksjon av "verdens kompleksitet" forstår eg dette som "å forstå" problem og utfordringar, både som noko generelt, men at det og må eller kan forståast individuelt. Person (Kneer og Nassehi 1997) vektlegg voluntaristiske verdiar som vesentlege normsettar for samspel i eit system. Eg vil dra dette inn som verdifulle normer og verdimønster i ein organisasjon. Organisasjonen sin kultur vil ha betyding for aktiviteten. Korleis ser ein på samhandling hjå oss? Kva tenkjer vi her om medverknad frå, og samspel med, brukarane? Kven er kompetente i høve til problemet? Korleis er det lagt til rette for at deltakarane i systemet skal oppleve fridom til å bidra med sine ressursar og sin kunnskap?

Person (op.cit) framhevar samspelet mellom kulturelle, personlige og sosiale faktorar i det som vert resultat av konkrete handlingseinskapar. Oppleving av å kjenne seg som medlem av eit system er subjektiv. Ein brukar av helse- og sosialtenester kan t.d. definere seg inn som ein sentral part i hjelpesystemet og hevde at han har både kunnskap og ansvar i høve seg og sitt problem. Kultur og verdiar i organisasjonen er langt på veg med å styrer i kva grad hjelpeapparatet definerer brukaren og hans nettverk som ein del av systemet. Dette vil igjen påverke problemløysingar. Direkte og indirekte nettverksintervenering krev at brukaren og hans nettverk vert sett på som sentrale, og som nyttige ressursar i problemløysingar. Nettverk betyr samankoplingar og er dei grupper eller personar ein har kontakt med. Nettverksteorien

har sitt utspring frå systemteorien. Flest moglege faktorar som kan virke inn på heilskapen må inkluderast (Fyrand 2005).

Nettverksintevenering er ei arbeidsform der brukarane sine relasjonar, der både det private og offentlege sosiale nettverk vert inkludert (Fyrand 2005).

Strategien ved nettverksarbeid er vedlikehald, utviding, utdjuping, *redefinering* og sanering. Desse strategiane brukast gjerne om kvarandre, og den eine vil gjerne uvilkårleg føre til ein anna. Såleis kan kanskje dette arbeidet vere med å bidra til kvalitativ styrking av sosiale nettverk. Med denne arbeidsforma ser ein på forhold innan nettverket (sosiale system på eit eller anna nivå) og forhold utanfor, som verkar inn. Nettverkskart er ei reiskap som gir eit bilde på menneske si subjektive oppleving av kvar mennesket står i forhold til andre.

Ved tolking og analyse av den informasjon eit kart gir, ser ein på kven som er ein del av nettverket, på storleik, tettleik, samansetting, sentralitet, intensitet, intimitet, mangfald og tyding (Fyrand 2005). Eit kart kan teiknast som forbindelselinjer i eit mikrosystem, eit mesosystem, eit eksosystem eller som eit kart som rommar alle sambandslinjer i alle systema.

2.2 Utarbeiding av mål og planar - i eit systemperspektiv

Utgangspunktet er helse- og sosialtenester som *ein* organisasjon, som igjen er ein del av eit større heile. Når målsettingar skal utarbeidast og konkrete mål er fastsett, vil dette vere interessant for menneske i ulike system. Målsetting er ei rettesnor, og skal uttrykke kva som er ynskjeleg å få realisert i framtida (Skjørshammer 2004 s. 124).

Kommunale helse- og sosialteneste er offentlig sektor som skal nå bestemte mål. Måla for dei er bl. a bestemt av andre forvaltningsnivå og omliggande organisasjonar, som t.d. statlege myndigheiter og interesseorganisasjonar. Samstundes er det rom for interne målsettingar. Overordna verdiar for organisasjonar, vert gjerne fastsett av sektorleiar eller andre overordna i eit system. Desse såkalla offisielle måla er generelle (Hatch 2001). Dei er vage og dermed ikkje eintydige for alle som desse måla gjeld. Det er rom for tolking. Overordna mål vert oftast tydeleggjort i budsjett. Budsjettet skal på den måten gje uttrykk for kva ein vil med sine tenester. Dei meir konkrete mål - såkalla operative (op.cit) - kan vere utarbeidd i eit tverrfagleg fellesskap. Dei vil tydeleg uttrykke kva som skal jobbast med, på bakgrunn av målsettingane, og *når*. I tillegg til interne krefter som jobbar med målsetting, vert måla regulert etter faktorar utanfor organisasjonen (Etzioni 1978). Den kommunale helse- og

sosialsektor er t.d styrt av statlege krav. Desse krava har sin bakgrunn i politikk og demokrati. Nokre vert regulert gjennom lover og føreskrifter, og andre i framlegg på bakgrunn av endringar og behov i velferdssamfunnet. I byrjinga av 1990 kravde t.d. staten at kommunane skulle yte tenester til personar med psykiske vanskar. For å sikre at dette blei gjort kom det etter kvart økonomiske tilskot der målet var å sikre at kommunane hadde midlar til å yte slike tenester. Organisasjonen må tydeleggjere i det kommunale planarbeidet kva som er det lokale målet. Dei offisielle måla skal nemleg ha som føremål å vere tilgjengelege for interesserte, både i og utanfor organisasjonen. Interesserte utanfor organisasjonen kan vere interesseorganisasjonar og brukargrupper.

Måla skal både gje informasjon og skape inspirasjon. Når medlemane i organisasjonen er informert, og har klart å skape engasjement og inspirasjon, vil dette vere faktorar som påverkar graden av kollektiv oppslutnad og sosial legitimitet (Hatch 2001). Når offisielle og operative mål i organisasjonen er definert, vert det laga planar på ulike nivå og for ulike målgrupper. Korleis organisasjonen har teke inn planlegging, avheng av korleis planlegging vert forstått, og korleis organisasjonen vil bruke den (Skjørshammer 2004).

Planarbeid og planar er nært knytta til mål og målsetting. Planar har ulike funksjonar. Det kan vere prosjektplanlegging, langsiktige, organisatoriske, kortsiktige, rutinemessig avgjersler eller strategiplanlegging (Skjørshammer 2004). I teorien er planlegging nemnt som ein aktivitet der ein vektlegg vitenskapleg basert tenking og bruk av logisk-analytisk tenking. Sentralt i planlegging er fastsetjing av mål, avklare kva ressursar ein har og treng, samt kva som skal til for å nå bestemte mål (op.cit.)

Planlegging kan definerast på mange måtar og i ein organisasjon er det planlegging på ulike nivå. Det er overordna planar, t.d i høve til kommunen sin økonomi, det er delplanar som gjerne seier noko om prioriteringar innan den enkelte sektor, planar for dei ulike spesialeiningane og planar for den einskilde brukar. I litteraturen er planlegging ofte knytt til utviklingsarbeid. I den samanheng er planlegging tilrettelegging der prosessen på veg til målet er sentralt, meir enn kontroll og styring (Levin og Klev 2006).

Eg tenkjer meg organisasjonar som dynamiske einingar. Dette inneber at organisasjonar vert påverka av prosessar i organisasjonen, kva som påverkar utanfrå og kva som kjem ut av aktiviteten innad i organisasjonen. Det er rimeleg å tenkje at det stadig er endringar i organisasjonen, og slik sett er den i stadig utvikling. Funksjonen ved planlegging er samstundes å ivareta organisasjonen sitt behov for kontinuitet, kvalitet og effektivitet. Ein kan

difor gjerne hevde at planlegging er ei kunnskapsteoretisk øving, samstundes som det å planlegge er det konkrete handlingsrom. Dette kan vidare strekkast til at planlegging er kompromi, på den måten at det er ei avgjerande samordning mellom ulike omsyn og interesser (Skjørshammer 2004).

2.3 Leiing i eit systemperspektiv

Grunnen til at eg vil sjå nærare på leing, er blant anna for å sjå på forhold og komponentar ved leing i arbeidet med heilskapelege og samordna tenester.

Strand (2001) omtalar grunndimensjonar i *leiar*: åtferd som grad av menneskeorientering og grad av saksorientering. Leiarane sine ulike verdiar påverkar stilen. I mange samanhengar knyttest leing til ord som: gjensidig påverknad, leiestjerne, mål, veileidar, rasjonalitet, strategisk handling, kontroll, makt, effektivitet, entrepenør, administrator og integrator(op.cit).

”*Leder utan rådgiver er som kaptein uten los*”, hevdar Spurkeland (1998, s. 30). I dette ligg blant anna at leing er meir enn berre økonomistyring og administrering. Begrep som relasjon, emosjon, prosess, læring, evaluasjon og omverd kan knyttast til det å forstå kva som ligg i begrepet leing (Strand 2001). Leing kan seiast å være samspel og eksisterar ikkje i einerom. I systemteorien er eit kvart menneske unikt. Den einskilde si forståing og meining er vesentleg for fellesskapet. I samspel med andre er vi i konstant endring. Vår autopoietiske identitet vert påverka og utvikla. Luhmann hevdar at i utveksling med vår omgjevnad, vert det endringar i meningsstruktur, via indre justeringar (Kneer og Nassehi 1997). Skal einskildmedlemar i eit system kunne *virke med* og *ta ansvar*, er utfordringar til leiar å legge til rette for å ”dra ut” det beste hjå alle. Fellesskapet - enten det er det fysiske miljøet eller språket- er vesentleg for å nytte verdiane av at det tenkast ulikt, at folk har ulike bakgrunnar. Dette kan vere med å skape læring og utvikling. Denne haldninga vil igjen påverke kven som definerer problem, vurdere alternative problemløysingar og kven som skal vere med å løyse dei.

Kommunikasjon og språk er avgjerdande i samhandling. Rolla som leiar er sentral både når det gjeld kulturen i organisasjonen, lærings- og gruppeprosessar. Leiar er ein rollemodell, og kan med sitt handlingsmønster prege dei han/ho har rundt seg. Dersom han/ho har tru på at medarbeidarane kan ta egne val og ansvarlege avgjersle, kan medarbeidarane kanskje oppleve å få bruke sine krefter kreativt. Ein leiar som er støttande og open har høve til å leie medarbeidarane til å oppdage egne ressursar.

Leing kan seiest å vere aktiv jobbing for å utvikle konkrete mål, løyse dei problem som dukkar opp, og utvikle eit ”begrepsapparat” som gjer at medlemmane kan ”snakke same språk”. Slik sett kan det å vere leiar samanliknast med det å vere ”kulturarbeidar”. Passe på at alle er inkludert, syte for at det særeigne ved alle vert gjort kjent for dei andre. Vesentleg vert då arbeidet med å legge til rette for toleranse, godkjenning, inspirasjon, motivasjon for at deltakarane skal ”ta eit tak” for fellesskapet og med utgangspunkt i det som dei er ”best på”.

2.4 Medverknad og innverknad i eit systemperspektiv

Her vil eg først sjå generelt på forhold som er sentrale i høve makt, myndiggjering, innverknad og medverknad. Med generelt meiner eg kva som ligg i omgrepa, og at det gjeld både brukarar av tenestene og tilsette i organisasjonen.

Når menneska i systema får ta del, vert dei myndiggjort. På systemnivå kan myndiggjering forståast som gruppeprosess (Fischer og Sortland 2001). I gruppe er det mennesker som samhandlar for å nå felles mål. Å vere deltakar i ei gruppe kan bety å høyre til, gjensidig påverknad, utveking og korrigering. Når einskild individ vert myndiggjort, kan kjensla av å ha makt og kontroll auke. I grupper kan det vere ulike uttrykk hjå medlemmane. Det kan danne seg eit skille der nokon vert ”svake” og nokon vert ”sterke”. Makt kan verte synleggjort gjennom ulike forhold. Weber (1971) hevdar at makt er å tilføre andre sin eigen vilje, som syner seg igjen i deira åtferd. Rutinar, språk, kultur og systemisk struktur kan vere makt. Innverknad og medverknad i system som har slik særeigen makt, vil truleg vere vankeleg å få til. Mintzberg (1994) peikar på faren for manglande fleksibilitet, liten vilje til endring og nytenking, samt rigide og fastlåste haldningar, i einskilte organisasjonssystem. Kunnskap er ei anna form for makt. I fragmenterte og spesialiserte organisasjonar er den profesjonelle yrkesutøvar sett til å løyse utfordringar og problem på ein sjølvstendig måte. Autonomi, autorisasjon og i nokre tilfelle monopol, kan føre til at den profesjonelle utøvar vert eigenrådig.

Luhmann hevdar at ”profesjonelle” kan organisere seg i lukka system og dei lukka systema er rigide. Utøvarane kan isolere seg og det er inga gjensidig påverknad i høve andre utanfor systemet (Kneer og Nassehi 1997).

Makt er knytt til sosiale relasjonar. Variablar som kunnskap, kommunikasjon, normative verdigrunnlag, forventningar og ressursar har betydning i høve til makt. I relasjonen mellom den profesjonelle hjelpar og brukaren vil ansvarsdeling, avklara problemstilling, felles mål og

valfridom, stå sentralt i eit symmetrisk forhold (Ørstavik 1996). Asymmetri i dette forholdet kan føre til avmakt. Det kan vere slik at det er brukaren som blir offeret for maktutøving, og at det er profesjonsutøvarer som gjerne definerer behov, og såleis faktisk avgjer kva tiltak som skal nyttast i behandlinga. Det kan tenkast at i byråkratiske system er sektorleiar i ein slik posisjon at han/ho har makt og mynde til å definere og fastsette mål. Systemteorien og nettverkstanken sitt "ekspertisehierarkiet" plasserer brukaren øvst. Det er han som veit "kvar skoen trykker". Med det utgangspunktet, samt målet om å skape motivasjon og framdrift, er det viktig at brukaren har makt og høve til å medverke. Pårørande kjem som nr. to i hierarkiet. Som pårørande har ein både ei juridisk og ei frivillig rolle. Dette inneber at den som er definert som nærmaste pårørande, er den som skal uttale seg om brukaren sin situasjon, når brukaren ikkje sjølv er i stand til det. Nedst i hierarkiet kjem den profesjonelle yrkesutøvar.

2.5 Kva kan vere systemteorien sitt bidrag?

Helse- og sosialtenester i kommunal forvaltning har gjerne organiseringsform som kjenneteiknast av rasjonell og byråkratisk åtferd. Samstundes skal tenestene imøtekomme brukarar som har behov for hjelp frå ulike instansar, der det relasjonelle og kommunikative har betydning. Systemteorien kan truleg bidra forstå denne sektoren som eit opent system. Dette inneber at systemet er fleksibelt og dynamisk. Dermed kan systemet sjølv regulere seg i høve til omgjevnaden. Kan brukarane definerast som ein "konstant" deltakar av systemet? Korleis kan det kommunale helse- og sosialsystemet tilpasse seg både statlege krav og føringar, samstundes som å ivareta og imøtekomme dei ulike aktørane i systemet?

Systemteorien vel eg å bruke som eit utgangspunkt for analyse av empirien. Spørsmål som er relevante i denne samanheng er kva brukarane vektlegg når dei tek i mot tenester?

Kva meiner brukarane er vesentlege når dei mottok tenester frå ulike instansar i det kommunale hjelpeapparatet, kva er vesentleg i den hjelpa når brukarane opplever å ha fått heilskaplege og samordna tenester? Ved å intervjuje sektorleiarane og brukarane, vonar eg å få svar på kva som vert gjort for å legge til rette for heilskap og samordning, samt brukarane si oppleving i høve til dette.

Vidare vil eg sjå på kva forventningar, krav og pålegg påverkar sektorleiar i arbeid med planlegging og målsetting, samt kva sektorleiarane vektlegg i arbeidet med å utvikle kollektive mål for tenesteutøving. Er det mogleg å sjå på tema om leiing, medverknad/innverknad,

planarbeid og målsetting lys av systemisk perspektiv? Systemteorien sin tanke om heilskap er at ein kan ikkje kun sjå på delar.

"Without context, word and actions have no meaning at all"

Gregory Bateson (2000)

3 METODE

Med utgangspunkt i problemstillinga, valde eg å nytte kvalitativ undersøking for å få tak i data. Eg ynskjer å få kunnskap om eigenskapar og kjenneteikn ved sektorleing for koordinerte tenester, samt brukarane si oppleving av å ta imot tenester frå mange ulike instansar. Kvalitative forskingsintervju var difor ein metode eg valde å ta i bruk. Målet mitt er å forstå samanhengen mellom komponentane og dei sosiale prosessar som finn stad.

Det er ei utfordring - både i det direkte møte med informantane og ved analyse av data - å skulle balansere mellom fag, fakta og kjensler. Ved slik hermeneutisk forståing er gjerne målet å kome fram til både tolking og forståing av informantane sine subjektive oppleving av tilvære. Utfordringa i arbeidet er at eg heile tida er bevist min eigen posisjon. Når tid påverkar eg informanten? Klarer eg å være objektiv? Når tid er det vanskeleg for meg å sette meg sjølv utanfor? Kanskje dette er spesielt utfordrande fordi eg har sjølv jobba i dei tenestene eg skal sjå nærmare på no ? Undervegs i prosessen har eg heile tida hatt i tankane mitt forhold til tema, ulike roller eg har hatt, og korleis dette eventuelt kan vere med å påverke. Bakgrunn som psykiatrisk sjukepleiar i statlege og kommunale system har gitt erfaringar som påverkar meg og mine haldningar. Difor freistar eg å vere observant i høve til i kva grad eg er forut innteken. Først av alt vil eg her gjere teoretisk greie for kvalitativ metode i samfunnsvitskapleg forskning. Kjeldene eg nyttar vert kort presentert, før eg kjem inn på bakgrunnen for val av informantar og korleis eg kom i kontakt med dei, og førebuinga til intervju. Gjennomføringa og arbeidet *etter* intervju er ein vesentleg del av undersøkinga. Eg vil sette eit utval av data inn i ein teoretisk samanheng, samt dele erfaringane eg gjorde. Vidare kjem eg inn på kva relevans data har for problemstillinga, og i kva grad både intervjusituasjonen og anna kjelde er pålitelege.

3.1 Kvalitativ metode i samfunnsvitskapleg forskning

Kvalitativ metode er framgangsmåtar som vert nytta for å nå tak i dei ulike sidene og den subjektive oppfatninga av ei sak (Grønmo 2004). Røyndom er eit subjektivt fenomen. Med hermeneutisk tilnærming i kvalitativ metode, vil eg freiste å kome nærare informantane og både forstå og tolke deira subjektive tilvære. I sosiologien vert *situasjon* brukt om samansette sosiale fenomen. Desse består av fleire delar. Nokre av desse komponentane er sosial

omgjevnad, oppgåver, tid, fysiske omgjevnader og menneska (Schiefløe 2003). Situasjonen til informantane, samt min, har betydning for kommunikasjonen og samhandlinga.

Eg tykkjer det er ei utfordring å kommunisere på ein slik måte at den andre sin bodskap skal eg forstå slik som den andre faktisk meiner det. Det er lettare å ha mi eiga forforståing, tolke på bakgrunn av det og i neste omgang verte det ei sanning for meg som styrer mine handlingar. For å forstå samanhengen og verdiane hjå den andre, som eit grunnlag for opplevinga og meininga, vert lytteeigenskapen og engasjement avgjerande i kommunikasjon.

Undersøking eg har gjort er frå to ulike grupper mennesker, men som har eit fellesskap i kraft å vere del av same system. Desse utgjer samfunn, slik eg tolkar Grønmo (2004). Deira fellesskap er avgrensa til å være profesjonelt hjelpesystem og til å være mennesker som er avhengig av å få tenester frå dette hjelpesystemet.

Dette utgjer igjen sosiale system. Samfunnsvitskap handlar om å undersøkje mennesker sine relasjonar til omverda - nær eller fjern, samt deira meiningar, handlingar og sosiale bakgrunn (Grønmo 2004). Kva som verkar inn på utvikling og endring i dei ulike sosiale systema er ikkje gitt. Eg vil freiste i denne undersøkinga og finne ut kva som kan påverke sektorleiarane sitt arbeid i høve til samhandling, samordning og heilskaplege tenester i, og mellom, system. Nokre sentrale faktorar innan samfunnsteori og sosiologi er verdiar, roller, makt, hierarkiske strukturar, likeverd. Desse pregar masterarbeidet mitt på den måten at dei har hatt betydning for val av metodar og teoretiske tilnærmingar. Oppgåva byggjer på empiriske studiar der eg ynskjer å få tak i korleis noko bestemt faktisk fungerer i kommunal helse - og sosialsektor. Samstundes kva betydning dette har for brukarane si oppleving og om det er samsvar mellom det dei ulik informantgruppene formidlar. Grønmo (2004) snakkar om at det er likevel vanskeleg å skilje mellom fakta og det normative. På den eine sida vil eg finne ut korleis ulike forhold faktisk fungerer i praksis, samstundes er det på den andre sida vanskeleg å skilje fakta frå verdiar, haldningar og kjensler. Både i høve til det kommunale systemet si organisering og leiing, samt brukaren si oppleving vil den subjektive opplevinga, følelsane, verdigrunnlag og holdningar påverke dei faktiske forhold, og omvendt. Det er ei utfordring - både i det direkte møte med informantane og ved analyse av data - å skulle balansere mellom fag, det faktiske og det kjenslemessige. Utfordringa i arbeidet er at eg heile tida er bevist min eigen posisjon. Korleis påverkar eg informanten? I kva grad klarer eg å vere objektiv? Når tid er det vanskeleg for meg å sette meg sjølv utanfor?

3.2 Informasjonskjelder

I disse studiane har eg valt å bruke ulike kjelder for å få tak i data. Det meste av data materialet har eg frå ni intervju. I tillegg til desse, har eg delteke på to konferansar om brukarar sine erfaringar med hjelpeapparatet. Statlege dokument med fokus på heilskaplege og betre tenestetilbod til brukarar, er dokument som har vore nyttige i studia. Grønmo (2004) seier at ein må føreta ei grundig vurdering av dei aktuelle kjeldene, før dei vert teke i bruk. Vi lever i eit lite samfunn, som eg har jobba innafor - direkte eller indirekte - med ulike fagfelt i desse kommunane. Sårbare tenestemottakarar er forhold eg har tenkt gjennom før eg valde kjelder, og undervegs i heile prosessen.

3.2.1 Informantar

Eg har intervjuet ni personar som utgjer grunnlaget for informasjonen eg skal bruke vidare. Tenestemottakarar og sektorleiarar er informantar.

Tenestemottakarane er enten direkte mottakarar av ulike tenester på grunn av eigen helsesvikt, eller som pårørande. To av desse informantane er brukarar av ulike tenester for si eiga helse skyld. Fire av dei er mottakarar som pårørande for mindreårige born som treng ulike tenester frå det kommunale hjelpeapparatet. Alle har til felles at hjelpebehovet strekk seg frå tre til 16 år. Informantane fortalde om faktiske og praktiske forhold, samt deira subjektive oppleving av å vere tenestemottakar - ta i mot hjelp frå ulike instansar i det kommunale helse- og sosialsystemet. Nokre av informantane føreheld seg i tillegg til oppvekstetaten. NAV kontora var ikkje etablert når eg gjennomførde undersøkinga. Alle informantane har kontakt med trygdekontor. Sektorleiarane er leiarar for ulike tenesteeiningar i tre ulike kommunar. Dei har til felles å ha leiaransvar for omsorg, pleie, lege og helsetenester. I tillegg er to leiarar for oppveksttenester, tenester til utviklingshemma og sosialtenester. Kommunane har eg valt å kalle A, B og C.

Kommune A:

Kommune A er den minste kommunen når det gjeld innbyggartal.

Sektorleiar i denne kommunen er utdanna sosionom.

Brukarinformantane frå kommune A kallar eg A1 og A2.

A1 er far til fleire små born, der eit av dei har behov for samansatte helsetenester over lang tid. I tillegg har dei kontakt med oppvektetaten og trygdekontor.

A2 er mor til to små born. Ho er tenestemottakar av primærtjenester, som alle innbyggjarar får tilbod om. Desse er lege, jordmor, helsestasjon.

Kommune B:

Kommune B er den største kommunen, og har omlag 6500 innbyggjarar.

Sektorleiar i kommune B er utdanna økonom.

Informantane frå kommune B kallar eg B1 og B2. B1 har i fleire år hatt dårleg helse, der trong for hjelpebehov har sitt utgangspunkt i kronisk, fysisk svikt, med konstant smerte. B2 har samansatte hjelpebehov på grunn av kronisk fysiske skader.

Kommune C:

Kommune C er den mellom største kommunen av dei tre.

Sektorleiar i kommune C har studert realfag og pedagogikk.

Brukarinformantane frå kommune C kallar eg C1 og C2. C1 har over lang tid slete med psykiske vanskar, noko som har ført til behov for hjelp frå ulike instansar for å klare kvardagen. C2 er mor til kronisk sjukt born og har i tillegg to andre born. Sjukdommen gjer at dei er avhengig av samansatte tenester som skal bidra både med sosial, psykisk og fysisk støtte. I tillegg er dei brukarar av dei helsetenester som er vanleg for born og unge.

Informantane har formidla kven dei opplever som sitt nettverk. Sektorleiarleiarane har kvar for seg formidla kven dei opplever som sitt nettverk i sin jobb kvardag. Dette har eg uttrykt via nettverkskart i vedlegg 6. Nettverkkart til brukarane har eg sett inn i eit felles kart – vedlegg 7 - , og er mi oppfatning av det dei formidla som sitt nettverk, i intervjusituasjonen.

Samtalene eg hadde med informantane tok eg opp på lydband. Informantane var kjent med det på førehand og det var verken forstyrrende eller unaturleg i samtalen. Intervjua vart transkribert fortløpande. Det datamateriale eg har, er rett avskrift frå dei ni intervjua. I intervjua var mitt mål at eg skulle forstå informantane sin situasjon i høve til deira oppleving

av forhold kring rollene som leiarar eller brukarar. Mi tolking av det som vart formidla, freista eg å få avklart fortløpande - om det stemte eller ikkje.

3.2.2 Bakgrunnsinformasjon

Utdanning, yrkeserfaring og interesser har styrt meg i bestemt retning. Uavhengig av kvar eg har jobba, har eg vore oppteken av å sette brukaren i sentrum, og at eg som hjelpar må ta omsyn til den livsverden han/ho er i. Fokus på det relasjonelle har interessert meg, og har vore rådande enten eg har jobba som sjukepleiar direkte med brukarar eller som leiar. Dette er igjen bakgrunn for val av kurs, vidareutdanning og litteratur. Med erfaringar, interessefelt og utdanning, har eg ei forforståing av tema. Kor mykje dette pregar det eg har valt å sjå på i undersøkinga og korleis eg formidlar det, er ikkje så godt å seie. Men, eg har gjennom heile prosessen freiste å vore observant og kritisk i høve til det.

Kurs og seminar

Eg har delteke på seminar der tema har vore brukarar si oppleving av å ta i mot tenester. Det eine seminaret var av, for og med personar og pårørande med utviklingshemming. Det andre var for personar med fysiske og psykiske vanskar, deira pårørande og hjelpeapparatet. Begge seminara var i regi av SOR (samordningsrådet for utviklingshemma), eit i 2007 (Oslo) og eit i 2008 (Bergen). Siste seminar hadde fokus på samhandling. Erfaringar vart formidla i form av munnleg framstilling, song, dikt og film. På desse samlingane skreiv eg notat og eg samla informasjon som vart lagt ut på nettet *etter* seminara. Brukarkonferansen gav data som på ulik vis var formidla som subjektive opplevingar av dei som "veit kvar skoen trykker". Eg har sjølvstekt teke meg den friheit å bruke data som har mest relevans til problemstillinga.

Dokument - Stortingsmeldingar

I samband med statleg fokus på betre tilbod til tenestemottakarar med behov for langvarige og koordinerte helse - og sosialtenester, er stortingsmelding nr.21 (1998-99): "*Ansvar og meistring - Mot ein heilskapleg rehabiliteringspolitikk*" og Stortingsmelding nr. 14 (2002-2003): "*Samordning av Aetat, trygdeetat og sosialtenesten*" dokument som eg nyttar som kjelde. Når det gjeld stortingsmeldingane eg vel å bruke, har eg vurdert om dei er for gamle. Dette gjeld spesielt St.m 14, sidan NAV er i ferd må å verte ei etablert ordning. Dette er dokument eg valde å lese etter at eg var ferdig med intervju. Grunnen til det, var at dei fleste informantane var oppteken av trygdekontor og NAV.

Når det gjeld bruken av St.m 21 er det mest for å samanlikne korleis stoda er i dag, sett i høve til kva som var aktuelt på slutten av førre år hundre. På ulike måtar har desse kjeldene relevans til tema i oppgåva og problemstillinga.

3.3 Val av informantar og førebuing til intervju

Grunnen til at eg valde å intervju seks brukarar var for å få ”bredde”. Ulike mennesker med ulike erfaringar og hjelpebehov skulle sikre at det ikkje vart ei einsarta statistisk gruppe tenestemottakarar. Ved val av to frå kvar kommune, var det tanken om at brukarane skulle vere i fleirtal, sett i høve til val av *ein* sektorleiar frå tre kommunar. Eg har systematisk vurdert kva, kven og kor mange som er mest både interessante og relevante i høve til dette studiet. Det har med andre ord ikkje vore tilfeldig at det er sektorleiarar med nokolunde same ansvarsområde. Eg hadde ynskje om å få eit mest mogleg heilskapleg bilde i høve til tema ”*samordna tenester*”. For å samanlikne, og for å få eit mest mogleg reelt bilde på sektorleining, valde eg tre istaden for to. Fleire informantar totalt sett, hadde ført til at arbeidet ville vorte meir omfattande. Eg er usikker på kva betydning det ville hatt om antallet hadde vore større. Grønmo (2004) seier at slike strategiske utval kan vere relativt små (mindre enn 10) eller store (100 eller meir). Det er kva som skal studerast som verkar inn på storleiken.

På bakgrunn av erfaringar med arbeid i både kommunale helse - og sosialtenester og spesialhelsetenester, har mi interesse for tema kring tenestemottakar auka. Perspektiva her er mange. Alt frå korleis ein skilde personar, grupper, interesseorganisasjonar m.fl opplever at dei har det, i kraft av å vere i ein livssituasjon med langvarig eller kronisk helsesvikt, til korleis hjelpeapparatet legg til rette for at tenestemottakarane skal få det dei har behov for, og har rett til. Brukarar eller tenestemottakarar er i denne samanheng ikkje ei einsarta gruppe. Eg har valt å intervju både primærbrukar (den ein skilde tenestemottakar) og sekundærbrukar (pårande). Totalt har eg intervju seks brukarar, og då to frå kvar av dei tre kommunane.

For å nå tak i informantar har eg utforma eit informasjonsskriv om masteroppgåva, og kva eg ynskjer å studere (sjå vedlegg 2). Eg tok direkte kontakt med hjelpeinstansar (sosialkontor, PPT, psykiatrisenter og helsestasjon) i tre ulike kommunar. Dei vart spurde om å formidle informasjonsbrev til tenestemottakarar som får tenester frå ulike instansar i det kommunale hjelpeapparatet. Dei fleste var svært positive og på kort tid hadde dei formidla kontakt med personar som ville bli intervju. Saman med informasjonsskrivet, sende eg og eit samtykke

skriv. Informantane sende meg skrevet attende, med telefon nummer og e-postadresse eg kunne nå dei på for vidare kontakt. Dei ulike hjelpeinstansane valde informantar på bakgrunn av informasjon dei fekk hjå meg, samt informasjonsskrivet. Gjennom ulike jobbar og ulike roller har eg opparbeida meg eit nettverk av både tenestemottakarar og hjelpearar på fleire nivå. Det første utvalet eg gjorde, var sektorleiarar. Etterkvart som dei sa ja, gjekk eg vidare for å nå tak i tenestemottakarar. Eg valte å kontakte ulike offentlege hjelpeinstansar for å få hjelp til å kome i kontakt med informantar. Eg såg verdien av at dei lett kan nå tak i aktuelle personar, og at det kravdes ikkje så mykje i kvardagen å gjere dette. Bruk av hjelpeinstansar som mellomledd for å kome i kontakt med brukarar, kan få uante konsekvensar, noko som gjerne er påverka av relasjonen og grad av nærleik (Grønmo 2004). Ei av dei eg hadde kontakt med sa at ho ville då finne ein brukar som ho meinte var nøgd med tenestene og kunne fortelle om det gode samarbeidet i kommunen. Denne brukaren kallar eg her C2. Slik vil det truleg vere for fleire. Den kontakten dei har med ulike brukarar, vil påverke utvalet. Eit av "mellomledda" - helsesøster - som eg kjende via jobb nettverk, trudde eg at eg gav same informasjonen til, som til dei andre. Denne telefonsamtalen innhaldt likevel meir enn berre spørsmål om å formidle kontakt. Vi snakke også om noko som ikkje hadde med masteroppgåva og intervju å gjere. Når eg så møter informanten, synte deg seg at helsesøster har tolka informasjonen annleis enn dei andre. Brukaren ho formidla kontakt med var ein "vanleg" brukar av dei tenestene ein kommune byr på innan helse- og sosial. Brukaren var ei småbarnsmor som nytta tilbodet om helsestasjon, fastlege og jordmor. Utover desse etablerte og systematiserte tenestene, hadde ho ikkje noko behov. Ho vert omtalt som A2. Dette kom fram når intervjuet var godt i gang. Eg har likevel valt å bruke dette i oppgåva, fordi det har ei meining. Eg såg blant anna skilnaden på det å nytte seg av førebyggjande tenester organisert etter eit bestemt mønster, var noko anna enn å ha behov for tenester som var samansette, utføresette og individuelle.

I tillegg til tenestemottakarar har eg valt å intervju sektorleiarar. Grunnen til at eg valde sektorleiar og ikkje tenesteleiar, er at dei førstnemde er i posisjon til å ha oversikt over alle einingane i det kommunale helse- og sosialsystemet. Dei er o`g i posisjon til å føreta prioriteringar både i høve til økonomiske og personellmessige ressursar. I denne oversikten ligg truleg høve til å vurdere både moglegheiter og avgrensingar. Dei er truleg i posisjon til å påverke og legge til rette for samhandling på tvers av dei ulike *delsystema*.

For å nå tak i sektorleiarar, tok eg direkte kontakt med tre kommunar. Det var ei utfordring å få oversikt over organisering til ulike kommunar i fylket. Eg ville nå tak i kommunar som har

sektorleiar for tenester innan helse, sosial, omsorg og eventuelt oppvekst. Dei tre kommunane eg enda opp med, er ulike i størrelse, ulike i høve til økonomisk status, men bortimot like i høve til korleis dei er organisert. Sektorleiarane i dei tre kommunane kontakta eg via telefon, for å få avklaring på om dei hadde høve til å stille opp. Alle var svært positive og kunne ta i mot meg kort tid etter at eg hadde teke kontakt. Før møtet fekk dei tilsendt det same informasjonsskrivet og samtykkeskrivet som tenestemottakarane.

Blant informantane var det to brukarar som det synte seg at eg kjende privat og via tidlegare jobbforhold. Når det gjeld brukarane, hadde dei fått informasjon om at eg skulle gjennomføre intervjuet. Dei sjølve hadde ikkje motførestilling til å bli intervjuet av meg. Under intervjuet med dei eg kjende, opplevde eg at det var krevjande å holde fokus og ”skilje klinten frå kveiten”. Sektorleiar tok eg sjølv kontakt med og vi snakka om eventuelle uheldig fylgjer av det at eg skulle intervjuet. I telefonen med to av sektorleiarane, der vi skulle avtale tid for intervju, etterspurde dei konkrete spørsmål og ytra ynskje om å få desse på førehand. Dei begrunna det med at dei ville vere godt førebudde. Eg begrunna kvifor eg ikkje kom til å sende formelle strukturerte spørsmål med at eg ynskjer at spørsmåla skal skape seg sjølv i dialogen om gitte tema. Dei fekk derimot oversikt over tema som eg ville kome inn på.

Med dette vart eg utfordra til å tenkje gjennom og avgrense fokuset til færre tema enn kva eg i utgangspunktet hadde tenkt: Å relatere det i større grad til *problemstillinga*. Resultatet vart utforming av ”intervjuguide”. Eg har i ettertid teke ny kontakt med sektorleiarane. Grunnen til det er at eg i arbeidet med datamateriale har sett at det kan vere ei meining i kva bakgrunn desse tre personane har.

Det var utfordrande å samle inn og transkribere data fortløpande, som då var der som noko nytt i ”bakteppet” i møte med neste informant. Det var eksempelvis to informantar frå same kommune som vart lite nøgde med tenesten, dårleg eller inga erfaring med individuell plan og opplevde inga samhandling. Når eg møter sektorleiar og veit dette, var det vanskeleg å forholde seg til, når hans erfaringar var det motsatte.

3.3.1 Intervjuguide

Med utgangspunkt i problemstillinga valte eg ut tema som eg forma som stikkord og spørsmål (Grønmo 2004). Dette var meint meir som ei huskeliste for meg sjølv, eit hjelpemiddel for at eg skulle holde meg innanfor det som eg hadde ynskje om å sjå nærmare på. Intervju guiden eg nytta til sektorleiarane og tenestemottakarane var ikkje heilt like (vedlegg 4 og 5). I

samtale med sektorleiarane var det meir faktiske forhold om korleis tenestene fungerer og kva som vart gjort for å legge til rette for samhandling og heilskaplege tenester. I samtalen med tenestemottakarane var det meir det å få tak i den subjektive opplevinga av å ta i mot tenester frå ulike instansar og ulike sider ved det.

3.4 Intervju

Intervju er å plassere seg i ein relasjon der samspelet mellom partane er vesentleg. Uformelle intervjuer baserer seg på samtale mellom partane, og verken spørsmål eller svaralternativa er klare på førehand (Grønmo 2004).

Kvalitativ metode er forskingsprosedyrar som gjev data i form av at det er menneska sine eigne beskrivingar. For å få tak i brukarane sine opplevingar og sektorleiar sin aktivitet, har eg valt intervju. Kvalitative intervju er ein *dialog*. Ved denne metoden kan ein få mange opplysingar om eit avgrensa felt/tema (op.cit). Partane vil påverke kvarandre, og det vil igjen påverke informasjonen som partane opplever å få.

Laing (Haugsgjerd 1970) påpeikar noko vesentleg i høve til gjensidig påverknad når han seier:

*”I forholdet mellom **jeg** og **du**, opplever **jeg** din atferd, men ikke **din** opplevelse. Men **min** opplevelse av **deg** er ikke noe som er inne i hodet **mitt**. Det er simpelthen **deg** slik som **jeg** opplever **deg**. **Jeg** kan ikke oppleve **din** opplevelse, men derimot opplever jeg **deg** som **opplevende**. **Jeg** opplever **deg** som en som opplever **meg**, samtidig som **jeg** opplever **meg** selv som oppleves av **deg**. Dersom samfunnsvitenskapene skal være tilpasset sitt emne, nemlig personer i forhold til hverandre, må de basere seg på en vitenskap om personens opplevelse av de andre og av seg selv”.*

(Laing i Haugsgjerdet 1970:129)

Utgangspunktet mitt for å få til ei kommunikasjonsform som mest mogleg ville sikre at informantane skulle få snakke, utan å bli påverka av meg og mine meiningar og kjensler. Eg var bevisst på å bruke opne spørsmål, som skulle opne for vide og frie svar. På bakgrunn av svara, stilte eg nye spørsmål. Til ein viss grad styrer og påverkar eg gjennom val av neste spørsmål. I nokre tilfelle blei eg observant på at det var eigne erfaringar som kom til uttrykk gjennom det eg sa eller spurde om. Då valde eg å gjere informant merksam på det. Når eg

”tok meg sjølv i” det å stille leiande spørsmål - t.d ”var ikkje det vanskeleg for deg?” - la eg til at her kom mi tolking av den andre si formidling, til uttrykk. For å syne at eg lytta, var eg bevisst på å gje anerkjenning ved å sende non-verbale uttrykk som nikk, smil og liknande. Intervjua med sektorleiarane var utfordrande spesielt med tanke på at eg i eit par av tilfella var forutinnteken. I møte med brukarane vart eg berørt av historia dei fortalte. Mi oppfatning av det eg høyrde kom i einskilde samanhengar til uttrykk med ”dobbel tyngde” - både gjennom ord og gjennom uttrykk, som skulle ha same tyding. Når både ord og kroppsspråk er i bruk for å formidle same budskap, er det mindre rom for tolkning. Eg opplevde at det kunne vere vanskeleg å balansere mellom det å vere anerkjennande, og det å førehalde meg nøytral til det eg høyrde. I utgangspunktet hadde eg tenkt at intervjua skulle vere av uformell karakter og lite strukturerte. Det vil seie at eg ikkje skulle ha verken svaralternativ eller konkrete spørsmål, samt at dei ikkje skulle oppfattast likt av alle (Grønmo 2004). Det var ikkje enkelt å gjennomføre dette heilt. Eg spurde t.d alle brukarane om dei hadde individuell plan (IP). Alle sektorleiarane vart spurd om individull plan vart brukt som ei gjennomført ordning, og om kommunen hadde ein definert felles IP. Både oppfattinga av spørsmålet og svara eg fekk var ulike.

I dialogen står språket sentralt og språket er sentralt i kvalitative forskingsintervju. Ord og ordet si tyding kan vere ulikt på tvers av sosiale system i samfunnet, og dermed hjå einskild personar (Andersen 1996). Omgrep som kompetanse, heilskap, samhandling, koordinering og planar var ord som eg spurde kvar av informantane kva dei la i det.

I utgangspunktet hadde eg tenkt at dette er det felles oppfatning av. Det synte seg at det vart definert ulikt. Ordet kompetanse vart t.d. definert av sektorleiarane som det å ha fagleg kunnskap om noko. Brukarane snakka om empati og det å bli forstått, nærheit og vere tilgjengeleg. Evne til å trekke inn andre når ein ikkje strakk til sjølv, samt det å få ein til å føle seg vel.

Det er ikkje lett å kome fram til ei endeleg sanning når det gjeld dei tema eg berører. Med hermeneutisk tilnærming til tema, vil eg freiste å fortså dei ulike informantane si oppleving av sin situasjon. Ut av dette vil eg skape meg *mi* forståing og tolkning, som truleg vil føre til nye spørsmål eller hypotesar. Alle intervjua starta med det eg hadde sett øvst i intervjuguiden. For sektorleiar var det kva einingar dei er leiar for. For brukarane var det kven dei mottek tenester frå, og over kor lang tid. Etter desse spørsmåla vart rekkefylgja på tema vidare tilfeldig. Alle intervjua varte i ein time, pluss/minus om lag 15 minutt. Informantane ordna med rom til intervjuet, der vi fekk sitte uforstyrra heile tida. Ingen av informantane var oppteken av at det

var lydbandopptak og ingen var oppteken av anonymisering. Ansvaret med å anonymisere, kviler på meg. Namn på personar, kommunar m.m. har eg teke vekk. Men samstundes skal eg ikkje ta vekk så mykje at informantane vert framande for seg sjølv. På førehand hadde dei fått informasjon om at eg hadde søkt NSD (vedlegg 1) om løyve, praktisk gjennomføring av intervju, oppbevaring og sletting av data. Intervjua gav meg ny informasjon og innsikt, samstundes som eg fekk bekrefta og avkrefta "antagelsar" eg hadde frå før. Brukarane sine historier og erfaringar påverka meg, som sagt, kjenslemessig. Utfordringane i samtalen var å ikkje bli for nær, for personleg og ikkje terapeutisk. Ved avspeling og omskriving av intervjua, gjorde eg meg mange tankar om styrker og svakheiter i intervjua. Eksempel på det er at eg ergra meg nokre gonger over at eg ikkje fylgde opp bestemte tema og svar, ved å stille meir utdjupande spørsmål.

3.4.1 Transkribering

Det å overføre og formidle ein samtale til skrivne ord på eit ark, er utfordrande. 90 % av kommunikasjonen er uttrykk som ein formidlar via kroppshaldning, mimikk, stemmeleie og liknande. Når eg skulle skrive intervjua frå opptakar til papir, valde eg berre å skrive dei orda som var sagt. Pausar og andre uttrykk er ikkje formidla. Derfor er transkriberinga ei "selektering" av samtalene (Grønmo 2004). Etter kvart intervju valde eg å transkribere så fort som råd, og helst før neste intervju. Dette var eit omfattande arbeid. Det siste intervjuet vart ikkje skreve med same glød og entusiasme som det første ! Under transkriberingsarbeidet fekk eg assosiasjonar, spørsmål og nye tankar relatert til analysearbeidet. Dette skapte engasjement og "drive".

Alt transkribert materiale vart i neste omgang lest igjennom. Det som hadde likheits trekk og som var felles tema hjå alle informantane, vart sortert i **kategoriar**. Materialet som vart transkribert, vart såleis klart for analyse.

3.5 Påliteleg og gyldig undersøking?

Under heile prosessen har det vore ei utfordring å tenke kvalitet. I tida før eg hadde konkretisert i høve til tema, i intervjuesamanheng, samt bearbeiding av datamaterialet, oppstod det spørsmål, kjensler, tolkingar, assosiasjonar og nye tankar. Samtalen og intervjua med brukarane og sektorleiarane ser eg på som ei stor og alvorleg oppgåve. Dette bør vere eit

grundig arbeid, sidan det er grunnlag for eventuelle konklusjonar. Informantane fekk tilbod om å lese transkribert materiale, men ingen hadde ynskje om det. Informantane var heller ikkje oppteken av å få tilsendt ferdig oppgåve. I arbeidet med data, valde eg å kontakte sektorleiarane på nytt, for å få utfyllande opplysning om deira faglege bakgrunn. I denne samtalen ytra to av sektorleiarane ynskje om å få tilsendt oppgåva. Viktige kvalitetskriteria er validitet og reliabilitet (Grønmo 2004). Eg vil kort kome inn på kva som er av betydning for at undersøkingar kan verte pålitelege og gyldige.

3.5.1 Validitet

Validitet vert definert som kor gyldig datamaterialet er, relatert til problemstillinga. Det handlar om ein har fått undersøkt det som faktisk var meint å skulle undersøkast.

Det finst ulike typar validitet, men eg går ikkje nærmare inn på dei her. Men det som ligg i dette er at det er krevjande å sikre tilfredstillande validitet (op.cit). Refleksjonar og vurderingar undervegs i heile prosessen vert difor viktig. Det instrument eg har til å måle forhold i tema eg vil fokusere på, er *samtalen*. I samtalen freistar eg å bruke mest mogleg opne spørsmål. I tillegg brukar eg meir inngåande, oppfylgjande og fortolkande spørsmål for å få informanten til å utdjupe svara. Eller for å få meir detaljert beskriving av noko spesielt, eller rett og slett for å sjekke om eg har forstått rett. Som hjelpemiddel nyttar eg lydbandopptak. Samtale er i seg sjølv ei form som krev mykje av involverte partar. Når brukar vert spurt om si oppleving, er den opplevinga sann for brukaren. Desse subjektive uttrykka er truverdige nok for undersøkinga. Det er ein viss fare for at partane kan påverke kvarandre. Både det eg spør om og kvifor eg spør, kan virke inn. Det var til dømes ei utfordring å snakke med brukar som hevdar at han ikkje opplever at hjelpe instansane samhandlar, for så å stille seg open og nøytral over for sektorleiar som hevdar at samordna tenester er dei gode på.

Dei første intervju skreiv eg med glød og entusiasme, blant anna fordi desse gav meg inspirasjon til vidare arbeid. Lyd kvaliteten på bandopptakar var god, men vi vart forstyrta av forhold som motordur, batteri som svekkast og rasling med papir. Dette førde til at eg i nokre samanhengar måtte gisse meg til kva ordet som var vanskeleg å høyre, faktisk kunne vere.

3.5.2 Reliabilitet

Reliabilitet handlar om kor påliteleg den innhenta informasjonen er. Fleire brukarar vart spurd om same tema. Når det er likskap ved dei ulike faktorane, kan ein gjerne tillate seg å bruke det som er likt, som gyldige argument eller som ein generell antaking. Likskapen som eg oppfattar, er komponentar som eg vil sjå i høve til teoretisk omtale om dei same komponentane. Eg har valt å bruke ulike informasjonskjelder (triangulering). Dette er med å styrkje både kor påliteleg og gyldig den eine eller andre informasjonen er, noko eg ser ved å samanlikne dei (Grønmo 2004). Det er mykje som kan spele inn i høve til pålitelegheit. Korleis eg har valt å gå fram både for å få informantar og få tak i data, vil spele inn.

3.6 Funna

Funna har eg kategorisert inn i fire tema og dei vert formidla under desse overskriftene:

- Korleis medverknad og innverknad fungerer i praksis
- Heilskaplege og samordna tenester
- I kva grad er brukarane tekne med på definering av eigne problem og løysingar – om å vere deltakarar i same system.
- Kva som vert planlagt og utforming av mål

Alle desse tema heng saman med kvarandre på ulike vis. Det var til tider vanskeleg å skilje dei frå kvarandre, både i intervjusituasjonen og når eg i ettertid skulle omtale dei kvar for seg. Flytande overgangar mellom ulike tema vil truleg syne seg, når eg i det neste kapittel skal presentere funna. Eg har delt funna inn under overskrifter. Overskriftene er danna på grunnlag av det eg spør etter i intervjuet og det som dei ulike brukargruppene snakkar om. Det dei ulike informantane uttrykker som karakteristisk, vert utheva med feit skrifttype.

I kapittel 4 formidlar eg informantane sine ytringar. Eg har valt å bruke ein sjøfartssjanger på overskrifter. Bakgrunnen for det er at fleire av informantane brukte slike uttrykk i intervjuet.

4 MITT SKIP ER LASTA MED ...

I dette kapittelet vil eg presentere både brukarane og sektorleiarane sine opplevingar.

Brukarane sine utsegn har eg valt å formidle først, og så meddele det sektorleiarane seier om det same tema. Denne prioriteringa kan virke som om eg gjev dei to ulike informantgruppene ulik rang og set dei opp mot kvarandre. Målet er meir at eg ynskjer å få fram det dei uttalar seg om, angåande dei same tema. Det samsvaret eller spriket som kjem fram, ynskjer å ta opp igjen til drøfting i kapittel 5.

Når intervjuet tok til, var NAV (Ny Arbeids - og Velferdsforvaltning) om lag eit år frå å bli etablert. Sidan trygdekontora då ikkje var ein del av kommunale helse- og sosial tenester, spurde eg ikkje etter erfaringar med denne instansen. Dei fleste informantane kom sjølv inn på trygdekontoret. *Brukarane* ved å dele erfaringar og *sektorleiarane* (Kommune A og C) ved å tenkje NAV som ei løysing for brukarmedverknad og samordna tenester i framtida. Ein av brukarane hadde berre forhald seg til trygdekontoret pr. brev, der ho hadde fått vedtak om vanlege trygdeordningar i samband med fødselspermisjon.

Eg har delt data inn i fire kategoriar og vonar at desse tema vil samsvare med dei spørsmål eg stilte innleiingsvis. Tema omhandlar det å medverke. Å medverke og innverke handlar om at alle gjer sitt. Innverknad handlar om ulike forhold som kan virke inn på stoda.

Heilskapelege tenester handlar om kor vidt brukarane opplever at dei tenestene dei mottek er samordna og kor vidt fagfolk samarbeidde på tvers av system.

Kven som er deltakarar i systemet handlar om kven sektorleiarane er i nær relasjon til i sitt daglege virke og kva er brukarane sitt nettverk.

Til slutt presanterer eg kva som vert gjort i planlegginga for å legge til rette for samhandling, og kvifor.

Informantane har i intervjuet brukt ein slags "sjøfartssjanger" som metafor. Desse uttrykka er så passe allmenn kjent at eg vel å bruke denne uttrykksforma inn i mellom.

4.1 ”Så lenge skuta kan gå, så lenge hjarta kan slå ...” - om medverknad og innverknad -

”For å ha innverknad må det vere oppretta kontakt. Denne kontakten bør være av ein slik karakter at partane forstår kvarande og har respekt for kvarandre. Det er ein føresetnad for at eg skal få leve mitt liv” C1

Brukarane har ulik oppfatning av kva medverknad og innverknad er. Det var i fleire samanhengar lett å ty til ordet ”skipper på skuta”, ”sjef om bord”, ”kurs” og ”los”. C1 var tydleg på at han var glad for å sleppe å vere ”skipper”, for det er ei krevjande rolle. Han var utsliten etter lang tids helsesvikt og hadde difor ynskje om at nokon tok avgjersle for han. Han hadde forventningar om at dei ulike hjelpeinstansane kunne ”sitt fag” og visste kva som var behov for. Det som frustrerte han var at dei ulike fagfolka, på dei ulike kontora, sa forskjellig. Dei hadde ulike oppfatningar av kva som var gode løysingar for han. Fleire av informantane opplever det same. Dei seier det er krevjande å forholde seg til ulike og motstridane meiningar i hjelpeapparatet. Konsekvensane vert at dei vert lite motivert, opplever framdrifta som håplaus og tillit til hjelpeapparatet vert redusert.

”Jeg har måtte komme med forslag til løsing, har selv tatt kontakt og initiativ. Når hjelpeapparatet var usikker på løsing, så vart kontakt avslutta” B1

4.1.1 Relasjon og kommunikasjon

Brukarane er oppteken av relasjonelle forhold som er vesentleg for å kunne medverke og at samhandlande partar skal ha noko form for innverknad.

Å ha ”god kjemi, ”få godt inntrykk av kvarande”, var føresetnad som var nemnt av brukarinformantane, for å virke med og ha innflytelse på kvarandre. Begge informantane i kommune A seier dei er nøgd. Dei opplever å bli tekne på alvor, dei ulike hjelpeinstansane har respekt for deira ynskjer, behov og meiningar. Sektorleiar i kommune A vektlegg verdien av at samhandlande partar snakkar saman. Han reknar dei ulike hjelpeinstansar og brukaren som likeverdige partar i samhandlinga. Brukarane skal verte møtt med ei ja og ei positiv haldning og han grunnjev dette med at dei skal oppleve å bli høyrte.

4.1.2 Former for medverknad

Når medverknad og innverknad var tema i intervju, merka eg meg at sektorleiarane i hovudsak tenkte brukarmedverknad. Sektorleiarane var oppteken av at brukarane skulle virke med, både ved individuelt tilpasse tiltak og ved å delta på spørreundersøkingar.

Sektorleiar A nemner individuell plan, ansvarsgruppe, brukarrepresentantar i gruppe, gruppetilbod, samarbeid med pårørande, samhandlingsfora for tilsette på tvers av tenesteeiningane og brukarundersøking som vesentleg for medverknad og innverknad.

Sektorleiar i kommune C seier at medverknad frå brukarane er først og fremst at dei skal kunne påverke kva tenestetilbod vedkommande skal få. Elles vektlegg han at brukarane skal få IP, om det er eit ynskje, og at dei skal kunne påverke korleis det dokumentet skal sjå ut. Sektorleiar B nemner individuell plan, IPLOS (elektronisk behovkartlegging og rapportering til staten) og brukarundersøking som viktige verkty for medverknad. Informantane B2 og C2 seier at dei gjennom interesseorganisasjonar har fått informasjon og kunnskap om sine vanskar. *Sektorleiar C* seier at brukarorganisasjonar kan vere med å påverke utviklinga av tenestene, på linje med brukarundersøkingane. Brukarorganisasjonar er ein fordel for tenestene, fordi dei er ei kunnskapsbase. Interesseorganisasjonane er grupper som fremjar sine interesser, gjerne som politiske virkemiddel. Han seier budsjettdokumenta skal uttrykke kva dei vil med tenestene, at tenestene ligg innanfor pålegg, lover og regelverk dei har. *Sektorleiar C* vektlegg prosjektmetode som arbeidsform for å sikre medverknad og innverknad frå tilsette. I tillegg nemner han ansvarsgruppe og individuell plan.

I kommune B har to sektorleiarar delt helse- og sosialetaten mellom seg. Sektorleiar som eg har intervjuat trur at denne organiseringsforma kan føre til at samhandling og samordning lettare kan glippe.

B2 seier:

”Eg må byrje på nytt og på nytt. Å få vedtak på tenester fungerer, men eg må sjølve organisere mykje av arbeidet angående avlastning og støttekontakt”.

4.1.3 Kvalitativt gode tenester

Tenestene skal vere kvalitativt gode og tenestene skal samhandle på ein god måte. *Sektorleiar C* har forventning om at brukarane får medverke, men det er ikkje konkretisert og målretta som ein felles ideologi for dei ulike tenestene i sektoren.

I kommune C er det lagt til rette for at tilsette skal medvirke og ha innverknad på endring og utvikling i organisasjonen. Dei har valt å sette saman tverrfaglege grupper når felles planar og felles tema skal utformast og konkretiserast. Slike prosjektgrupper består av tilsette i kommunen. I tillegg vert det etablert ei referansegruppe og i nokre tilfeller vert brukarar trekt inn her. Utover dette er det formaliserte møter om felles tema ein gong i månaden. Her deltek tenesteleiarane saman med sektorleiar. Han seier vidare at brukarane skal kunne medvirke via ansvarsgrupper. Han trur at ansvarsgruppene fungerer godt, men det kan vere vanskar med at tilsette ikkje vil ta på seg koordinatorrolla.

Sektorleiar i kommune A framhevar organiseringa som positiv med tanke på at tilsette skal ha innverknad, få høve til å vere med å bestemme, samt for samhandling og samordning. Det er korte linjer frå rådmann til tenesteleiarane, samt at sektorleiar har leiingsansvar for åtte ulike fageiningar.

Sektorleiar i kommune B seier dei har tydeleg nedfelte visjonar og verdiar, som framgår av kommunedelplanen, at tenestene skal vere tilpassa brukarane sine behov. I kva grad desse visjonar og verdiar vert innfridd, vert spurd etter i spørjeundersøking kvart andre år. Han seier at kor godt nøgde brukarane og pårørande er, skal minst ligge på gjennomsnittet.

Han seier svara og innspela skal påverke utviklinga av arbeidet vidare. Å delta på slike undersøkingar er medverknad, meiner han. Andre kriterium kommune B har for å sikre god service er at sakshandsamingstida skal ikkje strekke seg over 14 dagar og iverksettingstida ikkje over 12 dagar”.

Brukarane ynskjer samordna tenester, samt at hjelpearane skal kome med forslag om framdrift og løysingar. Samstundes har dei formeiningar og konkrete ynskje i høve til løysingar på problema dei står i. Dei har som sagt tillit til hjelpearane, i utgangspunktet, og forventar at dei skal få hjelp.

B2 seier:

”Eg trur det er for lite kunnskap i det kommunale hjelpeapparatet. Veit ikkje heilt på kva, men eg trur dei er redd for å syne at dei har lite kunnskap”.

4.1.4 Individuell plan og tilrettelagt individuelle tiltak

Dei fleste informantane seier dei får vere med å bestemme kva som bør gjerast for deira situasjon. Det som ligg i dette er at det er dei sjølv som undersøker alternativ, gå frå instans til instans, leitar etter gode løysingar og vere pådrivarar for utredning og behandling.

B1 seier:

”Når det gjelder medbestemmelse over egen helse, så er det jeg som har tatt initiativ til alt. Sånn har det vært hele tiden, foruten en akutt innleggelse på sykehus, da vaktlegen bestemte at jeg måtte legges inn. Elles har jeg og min familie stått på hele tiden for å få kontakt med forskjellig i hjelpeapparatet, i håp om å få hjelp. Men fastlegen har vært grei og aldri satt seg på bakbena. Han har gjort det jeg har villet”.

I den grad sektorleiarane meiner dei legg til rette for at det skal vere individuelt tilpassa tilbod, så syner dei til si forventning om at individuell plan vert brukt. Ingen av sektorleiarane er sikker om kommunen har ein felles individuell plan eller kor vidt den vert nytta til brukarar med samansette behov. Individuell plan eller plan for korleis ein møter, fylgjer opp og samhandlar med einskilde brukarar, er ikkje tema på dei felles samlingar eller møter i dei ulike kommunane.

Sektorleiar B poengterer at tenestene skal vere tilpassa brukaren sitt behov. Han reknar med at brukarane vil klage eller på ein eller anna måte gje beskjed, dersom dei ikkje er nøgd med tenestene.

C2 fortel at dei første fem leveåra til dottera, har dei som foreldre vist at jenta var sjuk eller hadde ein skade. Ho opplevde at hjelpeapparatet ikkje hørde på dei. Dei brukte mykje krefter på å overbevise hjelpeapparatet at dei trengde hjelp. Diagnosen vart først stilt etter fem år. Då hadde dei lenge vist kva den var. Hjelpeapparatet har i ettertid sagt at dei gjerne burde høyrte på familien før. Innan det kommunale helse-, sosial og oppvekstsystemet hadde dei kontakt med lege, helsestasjon og barnehage.

Sektorleiar i same kommune seier:

”Innanfor dei tenestene eg har ansvar for, får eg inntrykk av at dei er enormt brukarretta. Det er dei altså, for det er enkeltindividene dei møter mest - heile vegen tvers igjennom”.

Fire av dei seks informantane formidlar at dei opplever at dei sjølve må vere på vakt heile tida. Dei seier at dei sjeldan opplever at hjelpeapparatet tek initiativ, informerer om alternative tiltak og hjelpeordningar.

B2: Det er ingen "kurs" som er lagt opp for oss. Vi har funne ut alt gjennom "jungeltelegrafan", interesseorganisasjonen, snakka med likesinna. Så er det i neste omgang av garde å spørje etter det".

Sektorleiar i kommune C har ei klar forventning om at kvar tenesteeining planlegg individuell oppfylging på ein slik måte at det er tilstrekkeleg tid. Sektorleiar i kommune B seier at individuell plan ligg utanfor hans område, men det er ein klar føresetnad at tenesteeiningane skal ta seg tid til individuell oppfølging. Han seier det er dei ulike tenesteleiarane sitt ansvar. Kommunen har ikkje gjort noko arbeid i høve til å evaluere eller granske verkemiddelet IP. Han veit ikkje om dette fungerer eller eventuelt kor godt. Han forventar at brukarane gjev tilbakemelding om dei ikkje får det dei har krav på. Det er ingen av brukarinformantane som har IP, som fungerer etter intensjonane. Sektorleiarane gjev uttrykk for at dei har forventningar om at IP er teke i bruk og fungerer. Dei har ikkje gjort noko bestemt for å sikre dette i sine system.

B2 seier han har nett fått høyrte via andre som er i "same båt", at trygdekontoret burde vore inne i bildet. Han tok kontakt og inviterte til samarbeid. Men dei takka nei, dei har ikkje kompetanse på området, så dei kan ikkje møte. B2 meiner at dei må jo møte om dei skal få kompetanse om hans situasjon.

"Eg er jo skipper, maskinist, kaptein og alt på denne skuta. Mannskapet må eg innhente sjølv"

B2 meiner han veit ein del om sin situasjon og at det kan vere nyttig kunnskap for hjelpeapparatet. Men føresetnaden er at dei møter kvarandre og har vilje til å høyre på kvarandre.

C2: "Trygdekontoret er den etaten som har frustrert meg mest, det er den behandlinga vi har fått. Det må vere eit studie i seg sjølv. Ja, det er det at eg føler det som om eg kjem der for å lure meg til peng. Dei sit der å tviheld på pengesekken. Det burde heller vore den vinklinga at no når stoda er slik, må vi få vite kva vi kan gjere for deg for å gjere det enklast mogleg for deg. Så er det omvent, du må sjølv grave fram alt du har krav på. Og så prøver dei så godt

dei kan å finne grunnen til at du ikkje skal få det. Det er trist, eg vil heller ikkje be om meir enn det eg har krav på. Dei aller fleste vil jo ikkje det.”

A2 fortel at han var heime for å passe tre av borna, medan mor var på sjukehus med ein sjuk son. Dei søkte trygdekontoret om å få dekke reise til sjukehuset, for å besøke mor og sonen. Trygdekontoret avslo, grunna med at reglane sa at det var berre mor som fekk dekkja reise heim. Men på grunn av den alvorlege situasjonen kunne ho ikkje forlate bornet. A2 snakka med andre brukarar i same situasjon som gjennom sine trygdekontor hadde fått dekkja reise og opphaldsutgifter. Dette syner at eit regelverk kan tolkast på ulike måtar, sjølv om brukaren fekk beskjed om at regelverket ikkje gav rom for tolkning. A2 opplevde å bli motarbeida, i staden for å få hjelp. Han seier dette er ekstra belastning i ein elles vanskeleg situasjon.

”Ledestjerna må vel vere at ein skal hjelpe?”

4.1.5 Tid og fysiske forhold

Faktorar som tida, prate med, få tak på følelsar og tankar og sjå det einskilde menneske, er nemnt som viktige.

”I det direkte møte med dei som jobber der og der og då, fekk jeg god kontakt og dei var imøtekommende”. B1

Sektorleiar i kommune A trur at tid kan vere ei avgrensing i høve til reell medverknad frå alle brukarane. Men han seier at dei har faste møter mellom dei ulike tenestene, der ein kan diskutere og avklare om ein kan hjelpe kvarandre. Sektorleiaren seier han har prioritert å melde sektoren ut av ulike fellesskap med instansar utanfor organisasjonen. Dette gjeld t.d. effektiviseringsnettverket. Han grunngjev dette med at det er ressurskrevande. Han ynskjer heller å prioritere å bruke tid og krefter innover i eigen organisasjon.

Sektorleiar i same kommune trur at fysiske forhold har betydning for kontakten mellom dei ulike partane. Tenestene er plassert i ulike bygg og nokre kontor er mindre tilgjengelege for brukarane enn andre.

Fleire av brukarinformantane seier at tid er viktig i opparbeiding av tillit og det å få til eit samarbeid som gjer dei trygg nok til å ”utlevere” seg.

4.1.6 Ansvarsgruppe

Sektorleiarane nemner ansvarsgruppe som eit viktig virkemiddel for å utarbeide mål, avklare kven som skal ta ansvar for kva, å lage plan for arbeidet. Ingen av dei tre kommunane har lagt spesielt til rette for at slike samhandlingsgrupper skal vere ein arbeidsmetode i det målretta samarbeidet med einskildbrukar.

I kommune B har ein av brukarane fått føreslege ansvarsgruppe som eit fora for medverknad og samordning. Gruppen er etablert med deltakarar frå ulike tenesteeiningar. Han seier at gruppa vart skipa for eit og eit halvt år sidan, men det har ikkje vore noko møte. Han er usikker på om partane veit om kvarandre. Konsulent for funksjonshemma er koordinator for gruppa, men verken han eller dei andre har teke kontakt.

Informant A1 og A2 har andre erfaringar. Dei veit kven i hjelpeapparatet som er der *for dei*. Dei er heile tida knytt til nye hjelpeinstansar etter kvart som behovet har dukka opp. Dei opplever å bli høyrte på og kan kome med spørsmål og ynskje som vert teke godt i mot. Det som er felles for dei to er at dei er brukarar i kraft i sine små born. Sektorleiar i denne kommunen seier:

”Overordna ideologi må jo vere at vi skal yte gode tenester, basert på individuelle behov. Vi har nokre felles rammer for kva vore tenestetilbod skal innehalde. Desse må igjen tilpassast og skreddarsyast kvar einskild brukar. Det er ofte der utfordringa ligg”.

Han seier vidare at dei ikkje greier dette godt nok, fordi nokre av brukarane ikkje er i stand til å representere seg sjølv. Dersom hjelpeapparatet vert talsmann for dei, er han oppteken av kva motivet eller kva agenda dei har for å gjere det dei gjer. Han meiner at i høve til brukarmedverknad, må dei heile tida skjerpe seg. Tilsette har gjerne kontakt med brukaren på fleire nivå. Det kan vere både enkeltvis, brukaren som deltakar i gruppetilbod eller gjennom interesseorganisasjonar. Slik sett har ein kontakt og tett forhold og behov og endringar kan snappast opp - meir uformelt. *Sektorleiar i kommune A* seier han har oversikt over kor vidt brukarane virkar med, samt at han er med å legge til rette for brukarmedverking. På spørsmål om han trur at det er mogleg å sette brukaren i sentrum, sjølv om det er mange ulike tenesteeiningar inne i bildet, svarar han:

”Ja. Utfordringa er å få fram brukaren sine behov og ynskjer. Men dette treng ikkje alltid bety at det er brukaren åleine som bestemmer resultatet eller vegen til målet”.

Fire av brukar informantane hadde erfaring med ansvarsgruppe. A2 fortel at gruppa har møte to gonger i året, men at utover dei planlagde møta samhandlar ulike hjelpeinstansar etter behov, samt at det er avklart at han kan ta kontakt med dei alle - kvar for seg, om det er behov. Han formidlar erfaringane slik:

”Det er i grunn barnehagen som har teke tak i ting. Det er laga ein slags oppfylgings plan. Vi har faste møter. Det er der vi kjem med forslag om dei tenestene vi har no. Alt dette har vi slept å mase om. Vi kan ta opp alt vi er usikker på i ansvarsgruppa. Vi er ganske nøgd.”

Dei andre som det er etablert for, har andre erfaringar. Brukarane i kommune C opplever at hjelpeapparatet som er medlem av ansvarsgruppa ikkje møter opp kvar gong. Dei får ikkje beskjed om eller grunngjeving for fråver. Konsekvensen av dette er bl.a at hjelparen då ikkje veit korleis brukaren eigentleg har det.

C2 fortel at koordinator for ansvarsgruppa har bytt kontor, og føler ho ”sit utanfor”. Dette medfører at det vert færre uformelle treff. C2 tykkjer det er blitt vanskelegare å ta kontakt og ho trur koordinatoren ikkje er så effektiv som ho helst ville ha vore.

4.1.7 Roller og makt

Nokre av brukarane seier at dei har problem i rolla som brukar eller pasient, fordi dei føler seg som ”tullebukk” og ”masekråke”. Nokre seier dei føler dei vert mistenkt for å utnytte ”systema”. Dei seier det er krevjande å leite etter løysingar og være i ein situasjon der dei må be andre om hjelp, for at stoda skal bli betre. B2 seier han har fått beskjed frå kommunen at han har øydelagt for dei, fordi han valte å bu utanfor kommunale omsorgs bustader. B2 trur dette har si forklaring i økonomi. Kommunen ha bygd nye omsorgsbustadar, noko som dei har fått statleg tilskot til å gjennomføre. Han tykkjer husleiga er høg, han ynskjer å bu i sjølveigd husvære og i eit miljø der ikkje alle naboane er omsorgsmottakarar. Han forstår at det er meir krevjande for dei tilsette å forflytte seg og at dette er ei dyrare økonomisk løysing for kommunen.

C2 undra seg over at ein av hjelparane i systemet kan nekte å samarbeide, på bakgrunn av at ho er ueinig i metode. Metoden for tiltaket var diskutert av fleire, den var prøvd ut og evaluert som nyttig. Dersom dei ikkje får hjelp til å organisere denne hjelpa, vil ho seie dei er maktesløyse. B1 fortel om sitt initiativ til til samarbeidsmøte, på bakgrunn av behov for å samordne ei felles målretta framdrift.

”Eg tok kontakt med alle fire hjelpeinstansene. Det var en morsom opplevelse. Alle hadde sine forslag og formeninger. Alle ville sikre seg at vi var enige, før vi gjekk til møtet. Men så var det sånn da, at alle sa forskjellig. Når eg var ferdig å gå ”runden” til alle, tenkte jeg HJELP - kven skal eg være enig med. Eg var veldig spent på hvordan møtet ville komme til å gå.

I det neste kapittelet presanterer eg informantane si meining, oppleving og definering av heilsplege og samordna tenester.

4.2 Farvatnet og mannskapet - om heilskap og samhandling -

”Eg trur på dialog - mellom tenestemottaker og tenesteyter og mellom tenesteytarene” C1

Når brukarane snakka om gode eller dårlige opplevingar i høve til samhandling, er kommunikasjon, dialog, gjensidigheit og tillit nemnt av alle. *Sektorleiar A* seier at eit kvart tiltak må utformast i samråd med brukaren. Han seier at dei må jobbe ut frå at brukaren vert høyrtd og har fått høve til å fortelje si historie. I det vidare arbeidet må dei konkretisere, sjå kvar dei eventuelt møter stengsler, praktiske ting, økonomi og organisering.

4.2.1 Avgrensingar og mogleikar i høve til samarbeid

Det kan vere avgrensingar, t.d. lover som hindrar. *Sektorleiar A* nemner *teieplikta* som ei mogleg avgrensing. Han ynskjer at samhandling ikkje skal verte stoppa av *det*. Difor har han jobba med å få utforma samtykkeskjema som skal vere felles for alle instansar i sektoren. Elles er det lagt til rette for samhandlingsfora, der ein kan drøfte saker anonymt, for å få framdrift for brukaren. *Sektorleiar i kommune A* seier dei er ein liten kommune, der det er lagt opp til låge tersklar og korte linjer i organiseringsforma.

”Det er egentleg brekket når det gjeld samhandling, trur eg”.

Han tykkjer det er krevjande å ha oversikt over alle tenesteområde, men at det er nødvendig dersom dei skal få til tverrfagleg samhandling. Han vektlegg verdien av dyktige og sjølvstendige tenesteleiarar og meiner det er ein føresetnad for at det skal gå bra. Han legg til rette for samhandling og støtteordningar, både mellom *dei*, og mellom *dei* og *seg*. Kommuneplanane er overbyggande og generelle. Sektorplanar uttrykker interne mål og ressursinnsats, og planverket skal seie noko om korleis ulike område dreg saman.

”Det er no ein gong slik at tilbod vert ytt til same brukar av ulike tenesteutøvarar. Sosialtenesta yter støttekontakt til eit familiemedlem og kanskje barnevernet har sitt tilbod og gjerne helsestasjonen sitt tilbod til same familie eller person. Då er det viktig at dei samsnakkar, både tilsette, brukar og eventuelt pårørande. Samhandlinga kan eventuelt skje i ansvarsgruppe”. Sektorleiar A

Mange menneske har behov for tenester frå ulike hjelpeinstansar. Behov for samarbeid mellom aktuelle tenester innan kommunal helse- og sosialsektor, samt mellom hjelpar og brukar, er ein vesentleg dimensjon i heilskapelege og samordna tenester. *Sektorleiar A, B og C* seier at dei er leiarar for legetenestene. *Kommune C* har lagt forholda til rette med ekstra økonomisk kompensasjon, for å få legane med i samhandlinga kring einskildbrukarar. Det kan likevel vere ei utfordring å få trekt legane meir med i ”tverrsektoriell” jobbing, knytt opp mot *ein* brukar. Med ekstra økonomisk kompensasjon har dei fått til ei ordning der legane er med på faste samhandlingsmøter innan for fagområda rus og psykiatri. Dei andre to kommunane meiner dei ikkje har råderett over legane og kan ikkje gjere anna enn å ynskje og oppmode dei om å delta i samhandling. I kommune B møter sektorleiaren tenesteleiarane berre ein gong i månaden, og då skal dei rapportere om stoda. Utfordringa med *den* organiseringa, meiner han er at dei einskilte tenesteeiningane er forholdsvis lukka. Han seier det kan då glippe på det tverrfaglege, på det som går på tvers av tenestene.

Sektorleiar C seier at dei manglar rehabiliteringskoordinator i kommunen. Ei slik stilling skal ha ansvar for å koordinere tenestene rundt brukarar med samansette problem.

”Vi manglar eit viktig informasjonsledd”.

4.2.2 Kompetanse

Kompetanseinndeling og spesialiserte einingar er ein del av kommunal helse- og sosialteneste. *Informanten B1* opplever at samhandling mellom dei ulike hjelpeinstansar og hjelpenivå er fråverande. Sjølv når den einskilte instans stod fast, var rådlause og usikker på korleis problemet skulle løysast vidare, søkte dei verken råd eller støtte hjå andre fagfolk.

”Det gikk lenger og lenger tid mellom hver gang jeg fikk behandlingstid og behandlingstimer ble utsett. Til slutt var det helt naturlig å avslutte”. B1

To av brukarane fortel om at dei sjølv må gå frå kontor til kontor. Ingen i hjelpeapparatet har koordinert dei ulike tenestene. *B2* lurar på om hjelpeinstansane veit om han. Han seier han må fortelje historia si om igjen og om igjen, til tross for at det er ein liten kommune og fleire at tenestene han har kontakt med er under same tak.

Same informant fortel om ein periode der det var *ein hjelpar* inne i bildet. Denne hjelparen såg dei personlege ressursane, klarde å skape meistringfølelse, laga tilpassa opplegg og sytte for samarbeid med andre instansar - ”synd ho forsvann”. Nokre av informantane snakka om at samhandling trudde dei i utgangspunktet var å jobbe på lag.

Sektorleiar B legg ansvaret over på den hjelparen som står i den daglege kontakten med brukaren. Når det gjeld å imøtekomme brukaren sine behov og yte tenester som han treng er det viktigaste dei daglege møta mellom brukar og tilsatt. Det er primært den tilsette sitt ansvar:

”Måten den handterer det daglege arbeidet på og servicen ein gir, og tilbudet ein gir til brukaren. Eg kommuniserer ut at fridom er at dei kan tilpasse tenestene til brukarane. Eg legg mykje vekt på om vi lukkast i kontaktpunktet, der kor ting skjer, så lukkast vi med å gje gode tenester”.

Han seier:

”Det er når heimehjelpa møter brukaren og brukaren då uttrykkjer ynskjer, at ho skal tilpasse tenestene der og då”.

Han meiner god kompetanse hjå tilsette er ein føresetnad for å levere gode tenester. I hans kommune er det ei form for systematisk kompetanseplanlegging. Han seier at alt fagleg og økonomisk ansvar er delegert til tenesteleiar.

4.2.3 ”Tiltak” for samarbeid

Sektorleiar C har i stillingsforklaring eit definert ansvar for tverrfagleg samhandling i kommunen. Dei har som sagt tverrfagleg samansatt prosjektgrupper som får mandat til å utarbeide plan for ei definert og bestemt oppgåve.

Sektorleiar A legg til rette for felles administrasjons møter for alle einingane innan helse- og sosial. I tillegg er det samarbeids møter for dei tilsette der tema er fag. Det er avklart at kvar, kven og kvifor skal delta på ”bekymringsmøter”. Målet med desse er at fleire fagpersonar, som tenkjer ulikt, skal saman drøfte utfordrande problemstillingar og vere til hjelp og støtte for kvarandre. Dei manglar nedfelte rutinar på samordning. Slik det er i dag, er det uklart kven, kortid, kvifor, korleis ta ansvar for å koordinere tenester for brukaren ein møter.

Sektorleiar A trur at det er for tilfeldig kor vidt den tilsette er tilgjengeleg for samhandling. Dette handlar om kva holdningar den einskilde har til samhandling, det kan handle om ”butikk” (legar og fysioterapeutar) og tradisjon og kultur. Leiaren ynskjer å få til felles rutinar og holdningar på dei ulike einingane og ser det som si utfordring å ”misjonere” det ut. Han meiner respekt for kvarandre er eit nøkkelord. Med felles samlingar, har dei høve til å bryne seg på kvarandre og høyre på kvarandre. Det kan vere ulike kulturar i dei ulike einingane og holdningar kan vere at ”vi veit best”. Eg trur at felles møter er minst like viktig som nokre skrivne dokument.

Sektorleiarar B og C har eit anna forhold til heilskap og samordning enn A. *Sektorleiar A* operasjonaliserer omgrepa som omhandlar samhandling meir, og har meir konkrete tiltak i organisasjonen for å legge til rette for dette.

4.3 Mannskap om bord - om å vere deltakarar i felles system -

”Når hjelpeapparatet har invitert meg til møte er det for at dei - enten lege eller trygdekontor - må levere en statusrapport” B1

Skal brukarane få hjelp for dei samansette og langvarige plagene dei har, er det gjerne eit viktig utgangspunkt at hjelpearane har den nærleiken til dei som krevst for å få kjennskap til desse plagene. Brukarane formidlar i intervjuet at det er dei sjølv som må vere fysisk og psykisk sterke nok til å ”stå på”.

4.3.1 Nettverk og støtte

Den kontakten *sektorleiar B* har med tenesteutøvarane er via tenesteleiar ein gong i månaden. På dette møtet deltek ei 10 tals personar og dei skal då rapportere og få informasjon. Han seier elles:

”Eg har ei ståande forventning om at eg får beskjed om det er noko som ikkje fungerer eller om det er behov for justeringar. Dersom brukarane - gjennom brukargransking - melder om noko dei ikkje er nøgd med, så har vi ombodsrolla til politikarane som melder saka inn. Så har vi klage muligheter til fylkesmannen, på tildelte tenester. Vi har for så vidt ei rekke kanalar som er etablert for å sikre at brukaren sine ynskjer og behov vert møtt på ein skikkeleg måte”.

Alle brukarane vart spurt om kva støtte dei opplevde å ha, og kven som gjev støtte. Ein av brukarane i kommune C (C2) seier at sidan dei er ein liten kjernefamilie som bur på den staden, så har dei lite støtte i sitt private nettverk. Dei har ingen som gir dei støtte i kvardagen, eller som er der for dei. Hjelpeapparatet veit at dei har lite støtte og avlastning. Helsestasjonen møter dei andre borna i familien. Ho seier at ho forventar ikkje at dei skal kome med noko tilbud eller innspel i høve til at det kan vere utfordrande og krevjande å ha rolla som mor, søsken, pårørande, ektefelle. Men ho og dei andre i familien er sletne og ho hadde tykt det hadde vore godt om andre hadde teke initiativ og ansvar.

To av informantane nemner interesseorganisasjonane som viktig støtte. Der får dei utveksle erfaringar, får kunnskap og informasjon.

B2: ”Vi møter andre som er i same båt”

Sektorleiarane er organisert i administrativ stab med rådmann og politisk miljø, knytt nært til seg i kvardagen. Sektorleiar A har hyppigare og meir jamleg kontakt med tenesteeiningane enn dei andre. Spesielt gjeld dette systematiserte møter med tenesteleiarane – både kvar for seg og dei samla.

Nokre seier dei hadde ikkje klart seg utan den næraste familie. Informant C1 seier om ein instans i hjelpeapparatet at han saknar *visjon*, som går på at dei skal vere til for brukarane, ikkje for seg sjølv.

B1 seier han var oppglødd kvar gong han hadde snakka med nokon i hjelpeapparatet, men så skjedde det oftast ikkje noko utover det. Han seier det er hans private nettverk som har kome med forslag til løysingar, som har støtta, oppmuntra og motivert. Han opplever at

helsevesenet ikkje er til for han. Har meiner at dei som ikkje har evne eller krefter til å greie seg sjølv eller har familie eller venner som stiller opp, må oppleve kontakt med helsevesenet som tungt.

B1:

”Om jeg ikke hadde hatt krefter eller ressurser, så hadde det vel vore slik at jeg hadde ”lagt inn årene” for lenge siden. Helsevesenet er liksom ikke til for deg. Har du ikke evne til å greie deg sjølv, så er det ingen som stiller opp for deg i helsevesenet. Det inntrykket har i alle fall jeg”

A1 opplever at hjelpeapparatet er støtte både for kvarandre og for seg og sin familie. Ho snakkar om dei i hjelpeapparatet som er medlemmar i ansvarsgruppa. Dei rutinemessige helsekontrollane i den kommunale helsetenesta fungerer slik at brukarar vert kalla inn. Det er system og automatikk i dette. Informantane i kommune A nemnde dette som betryggande. Eit hjelpeapparat i ”A-4 format” gir lite støtte.

I det fylgjande kapittel er utarbeiding av mål og planarbeid tema.

4.4 Kva er kursen og kva påverkar kursen - om målsettingar og planarbeid -

”Det som er vanskeleg er at vi har gått ganske lenge og vi får ikkje tenester vi har krav på. Ting stoppar opp og vi føler vi må mase og mase. Vi tenker i ettertid at ting burde vore fanga opp før”. C2

Når målsettingar skal utarbeidast og konkrete mål er fast sett, vil dette vere interessant for menneske i ulike system. Målsetting er ei rettesnor og skal uttrykke kva som er ynskjeleg å få realisert i framtida (Skjørshammer 2004 s. 124).

4.4.1 Forhold som påverkar og styrer mål

For dei kommunale helse- og sosialtenestene er det offentleg sektor som skal nå bestemte mål. Måla for dei er bl. a bestemt av omliggande organisasjonar som t.d. statlege myndigheiter og interesseorganisasjonar. Samstundes er det rom for interne målsettingar. Sektorleiarane seier at det å gje kvalitative gode tenester, er mål dei har. *Sektorleiar A* utdjupar delvis kva som faktisk meinast med det, og kva han gjer med det. Han seier at samarbeid på tvers og

samordning av tenester er forutsetning for kvalitativt gode tenester. Han syt for at det er ulike samhandlingsfora og at samtykkeskjema vert nytta for at teieplikta ikkje skal vere hinder for samarbeid. Alle sektorleiarane har forventningar til at tilsette - med tenesteleiarane i spissen - syter for at måla vert nådd.

B1: "Mitt mål er å bli frisk. Det er aldri noen i hjelpeapparatet som har spurt om mitt mål, det har aldri vært diskutert. Jeg vet ikke hva som er hjelpeapparatet sine mål, di gir bare uttrykk for usikkerhet både når det gjelder behandling og hva som skal skje framover."

Dei overordna, strategiske, planane for kommune B er det kommunestyre som har ansvar for. Politikarar utarbeidar, eventuelt får idear og forslag frå dei ulike driftseiningane, via sektorleiar, og kommunestyret vedtek planar som rammer for verksemda. Han seier at denne kommunen har styring gjennom budsjett og dersom det er enkeltsaker som skal opp, er det sektorleiar som fører saka og som tilrår. Dei formelle sakene går gjennom sektorleiar, til rådmann som er talerør. Det vil seie at det er rådmann som fører saka og det er rådmann som fattar vedtak. Men med eit slikt system, så seier han dei har nesten ingen einskildsaker til politisk handsaming, frå helse, pleie- og omsorg eller sosial. Tenesteleiar har ikkje ansvar for å fatte vedtak for brukarane, men dei har fag-, økonomi- og personalansvar for si eining.

Ein gong i året møtest kommunestyret og leiarane på drift, til dialogmøte. Dette møtet skal danne grunnlag for mål og plan. Det grunnlaget ligg då som eit bakteppe for kommunestyret sitt arbeid framover.

Informantane i kommune B og C gav uttrykk for at dei hadde mål for å betre helsesituasjonen, men at desse måla enten ikkje vart gjort kjent for hjelpeapparatet eller at hjelpeapparatet hadde andre mål for dei.

4.4.2 "Reiskap" for utarbeiding av felles mål

Individuell plan er som sagt eit reiskap for å få fram brukaren sine mål og at saman med samarbeidspartar i hjelpeapparatet skal ein lage felles mål. Ein informantane i kommune C (C2) og ein i B (B2) hadde fått utarbeidd individuelle planar.

Sektorleiar C seier i høve til mål og plan for den einskilde brukar:

"Om brukaren ynskjer ein individuell plan, så skal han få det. Han skal då påverke dokumentet, korleis det skal sjå ut".

B2 seier at det i kommunen er det ein felles mal for individuell plan, men at den vert omforma etter behov. *Sektorleiar B* seier at kommunen ikkje har noko felles mal for individuell plan og har ikkje stilt noko krav om det. Vidare seier han at samarbeid og plan for den einskilde brukar fungerer rimeleg bra. Det er eit inntrykk han har. I den grad det er forbetnings mogleikar, i det å sjå ting meir på tvers, meiner han det i tilfelle er på overordna nivå.

Brukarane formidlar som sagt ynskje om å få råd og rettleiing i høve til løysingar, samstundes som dei vil samhandle med hjelpeapparatet.

”Vi hadde leita lenge etter den gode løysinga. No har vi fått prøvd den ut. Deler av hjelpeapparatet og vi, meiner metoden nyttar. Sosialkontoret seier at den metoden vil dei ikkje sjå noko til og skal vi forsette med den, må vi betale tenestene sjølv ”. C2

Alle tre sektorleiarane seier at generelle overordna planar som vert utarbeid ofte er styrt av krav og retningslinjer frå staten. Det vert prioritert å først lage dei del- og fagplanar som har ei ”økonomisk gulrot”. Dette gjeld t.d. psykiatriplanar, som utløyser pengar. Slike planar er mykje styrt av retningslinjer frå staten. Dersom desse ikkje vert fylgt opp, får dei ikkje tilført peng. *Sektorleiar C* seier han skulle gjerne sett at det vart laga planar for dei fleste fagfelta, for å synleggjere behov. Han meiner at t.d. rehabiliteringsplan er like viktig som psykiatriplan, fordi det områder gjeld fleire med meir samansette behov.

Det kan sjå ut som om overordna planar skal uttrykke standar i høve til mål, prioriteringar og ressursar. Arbeidet med plan og mål føregår meir på eit overordna og generelt nivå. Når det gjeld mål og plan for konkrete problemstillingar og einskilpersonar, kan det virke som det er meir tilfeldig.

4.5 Oppsummering

Det å bli trudd, tolmod og tid, sett og høyrt på, ”god kjemi”, empati og kunnskap er sentrale faktorar brukarane framhevar når det er snakk om temaet *medverknad* og *innverknad*. I tillegg er IP, ansvarsgruppe, fysiske forhold nemnt av ulike informantar. Nokre av tenestemottakarane er inne på rolla som brukar og opplevinga av den makt som system og einskilde hjelparar kan ha. Vesentleg føresetnad er at det er oppretta kontakt mellom ulike aktørar og ulike nivå. Sektorleiarane har fast og jamleg kontakt med tenesteleiarane for dei ulike einingane. Denne kontakten varierer når det gjeld høve til å ta opp felles tema og få til

felles diskusjonar, som kan vere grunnlag for felles haldningar og mål. Sektorleiarane i A, B og C legg ulikt til rett for heilskapelege og samordna tenester. Alle seier dei bør bli betre på samhandling på tvers av dei ulike tenesteeiningane. Sektorleiar A planlegg og legg til rette for samhandling, i større grad enn B og C.

Nærmaste nettverket til sektorleiar B og C er administrativt og politisk, medan for A kjem tenesteleiarane i tillegg (sjå vedlegg 6). Brukarane formidlar at dei opplever å få mest støtte av familie og venner, sjølv om dei har forventningar til at hjelpeapparatet skal vere ein del av nettverket deira (vedlegg 7).

Premissar for utarbeiding av overordna mål, planar og prioriteringar er i stor grad styrt av statlege krav og føringar.

I det neste kapittelet skal eg analysere data frå sektorleiarane og brukarane. Eg vil sjå på kva som er samsvar og sprik mellom dei to gruppene, om dette ”spennet” har betydning for desse menneska som er innanfor same system og eventuelt kva. Tema er heilskap og samordning. Dette vil eg drøfte opp mot teori om systemisk tenking og statlege krav og føringar. Spørsmål som eg vil ha svar på er kva dei ulike informantgruppene vektlegg når ein snakkar om medverknad og innverknad, kva premissar som rår når det gjeld samarbeid, nettverk og økologisk nivå, samt om mål og planarbeid.

Kapittel 5 deler eg inn i fire tema. Desse tema samsvarar med inndelinga i kapittel 4. Dette betyr at eg vil drøfte den kategori inndelte empirien, tema for tema.

Til slutt i kapittel 5 skriv eg ein samla oppsummering frå dei ulike tema.

5 SAMORDNA OG HEILSKAPLEGE TENESTER I KOMMUNAL HELSE- OG SOSIALSEKTOR

Eg har tidlegare i oppgåva gjort greie for systemisk tenking som ein måte å forstå *organisasjon* på. Bakgrunnen for dette valet var å sjå på om samordna og heilskaplege tenester kan forståast i lys av den tenkinga. I det føregåande kapitlet har eg sett kva, korleis og kvifor sektorleiarane for dei ulike hjelpeinstansar i helse- og sosialsektor legg til rette for at tenestene til brukarane skal vere samordna og heilskaplege. Eg vil samanlikne det med tenestemottakarane si formidling om sine opplevingar av å ta imot tenester frå ulike instansar. Er det sprik eller samsvar mellom sektorleiar og tenestemottakar innan det same systemet, og eventuelt kva er det? Eg vil analysere emperien i lys av systemteorien.

I det fylgjande vil eg først drøfte funna kring tema medverknad og innverknad. Kva ligg i desse omgrepa, kva forventningar, krav og mål er knytt til desse og korleis kan eg forstå det?

Vidare – kapittel 5.2 – vil eg sjå nærmare på kva premisser som ligg til grunn for tverrfagleg-, heilskapleg- og samordna samarbeid.

I kapittel 5.3 er fokuset om det er mogleg å tenke seg at brukarar og sektorleiarar kan sjåast på som likeverdige aktørar innanfor eit og same system.

Tema i kapittel 5.4 er mål og planarbeid, både på individnivå og sektornivå.

5.1 Korleis medverknad og innverknad fungerer i praksis

Medverknad og innverknad er meir verdiprinsipp enn ein strategi eller ”ordning” for å ivareta eller sikre einskild individ sine behov, ynskjer og krav (Ellingsen 2007). Verdier er subjektive og dermed er det behov for fellesskap for å utveksle, forstå kvarandre, for å kunne anerkjenne den andre som grunnlag for å vise respekt.

Sektorleiarane har klare forventningar om at dei tilsette syter for at brukarane får virke med i høve til eigne problem og løysingar. Dei har ikkje konkrete planar, mål eller ideologiar for korleis det individuelt retta arbeidet skal gjennomførast for å sikre individuell innverknad og medverknad. Det kan virke som krav til brukarmedverknad og brukarperspektiv er noko som er kome ”utanfrå” - at det er noko på makronivå, som påverkar innover, til eit kvart system på

eit kvart nivå. Dersom det er "tette skott" i nettverket og dei ulike interaksjons nivåa, kan det føre til at medverknad får si eiga meining i dei ulike sub-systema.

I den grad sektorleiarane tek brukarmedverknad på alvor, er det for å tilfredstille system på makronivå, som stiller krav til dei. Via fellesskapet i, og rapportering til effektiviseringsnettverk, vert brukarane sitt syn på kor nøgd dei er med tenestene formidla. Via desse måleinstrumenta - **brukarundersøkingane** - som vert gjennomført kvart andre år, praktiserer dei medverknad frå brukarane - slik sektorleiarane ser det. Dersom sektorleiarane ikkje har mål om medverknad og innverknad, som er i samsvar med aktørane i systemet sine meiningar, verdiar og mål, vil det truleg påverke resultatet. Dei ulike profesjonane har sin faglege ståstad, brukarane har sine og sektorleiarane sine. Skal ein kome fram til felles diskurs, må involverte partar møtast og einast om kva som er felles og kva som skal råde. Når brukarane snakkar om medverknad, er det meir relasjonelt enn kva sektorleiarane formidlar. I den grad sektorleiarar syter for, og påverkar i høve til brukarmedverknad, er det pålagde målingar av kvalitet, kvart 2. år. Denne meir rasjonelle og instrumenttelle måten å arbeide på, får ikkje fram fellesskapet, prosessen og dynamikken. Ein "fare" med slike undersøkingar er at det er dei mest ressurssterke og dei som har minst samansette og minst langvarige tenestebehov, som får uttale seg.

Brukarane omtalar medverknad som noko relasjonelt. Dei opplever å medverke når dei opplever å bli **høyrte på, forstått** og **anerkjend**. Dei peikar på verdien av at partane har **respekt** for kvarandre. Dersom desse komponentane er tilstades, er det grunnlag for opparbeiding av **tillit**. Dei ynskjer å medverke på ein slik måte at dei skal få fortelle si "historie", skal få formidle "kvar skoen trykker", formidle kva dei ynskjer og kva mål dei har. Utover dette vil dei at hjelpeapparatet skal bidra med sin kunnskap ved å kome med forslag til løysingar og framdrift. Brukarane er oppteken av at hjelpearane er profesjonelle, og dermed har dei både kunnskap og kompetanse om å førehalde seg til andre, samt forstå den andre sin situasjon. Relasjon er samband mellom menneske. Desse forholda er prega av kvar dei er i prosessen. Å innleie samband og det og verkeleg gå inn i kvarandre sitt liv å oppretthalde kontakt, krev ulikt av ein. I tolking av brukaren sin situasjon, spelar den profesjonelle hjelpear sin fagkunnskap inn. I tillegg spelar personleg kompetanse, verdiar og holdningar inn. Det er ikkje gitt at dette "kartet" stemmer med tenestemottakar si oppleving av sin situasjon. Ein vesentleg føresetnad er at hjelpeinstansar vert bevisst sine eigne, og andre sine, mogleikar, ressursar og avgrensingar.

Vatne (1998) peikar på at medverknad er eigarforhold. Alle partar som er ein del av eit system og som er involvert i eit problem, vil føle at dei er ein del av *det* dersom dei er direkte involvert. Brukarinformantane seier at *det* at det er **oppretta kontakt**, at partane **kommuniserer**, partane har **tillit**, **god kjemi**, **respekt** og **gjensidigheit** er avgjerande for kor vidt dei føler det har innverknad og kan vere med å bestemme. Fire av informantane, i kommune B og C, opplever at ikkje noko av dette er tilstades. Dei har erfaring med at einskildpersonar i hjelpesystemet kan vere lydhøyre for det dei ytrar som behov og ynskje. Men, det skjer ikkje noko utover det. Det kan virke som om fleire opplever at når den einskilde hjelper ikkje ser løysingar eller har meir å tilby, stoppar framdrifta. Det kan virke som om hjelparen i sitt lukka system ikkje løfter blikket, ser utover for å leite etter andre potensielle krefter og ressursar, i andre system. Tillit er vesentleg i relasjonen mellom menneske. Faktorar som er vesentleg i arbeidet med å skape tillit er i fylgje Hummelvoll (1988) å ta brukaren med på råd og avgjersler. Det å sjå og legge til rette for bruk av ressursane som menneske har, samt anerkjenne og vere bevisst - og positiv til - den einskilde sine ressursar, skaper også tillit.

Fiscer (1977) påpeikar at både tid, engasjement og merksemd krevast for å vedlikehalde kontakt. Dersom tanken om at ein er ein del av eit større heile, kan det vere andre krefter som kan kome "på bana" når nokon må gje opp.

Fri tolking av Habermas (1999) sin omtale av *diskurs*, gjer at eg framhevar samtalen, drøftingar og utveksling av logiske tankar. På bakgrunn av dette er diskurs ei relasjonell tyding av arbeidet om å kome fram til noko. Diskurs kan forståast som eit verkty for å få fram alle involverte partar sitt syn på saka, legge til rette for at alle partar får høve til å delta. Den einskilde si oppfatting og den einskilde si "livsverd" er sentral for å oppnå konsensus (Habermas 1999). Det er då mindre sjanse for mistenkeleggjering og auka sjanse for å skape tillit mellom involverte partar. Alle tre sektorleiarane seier vidare at brukarane får medvirke når det skal utarbeidast **fagspesifikke planar**. Planar vert sendt til **interesseorganisasjonar** på høyring. Det er ingen bestemte ordningar med at brukarrepresentantar er med i arbeidet med utforming av planar. Det vert forventat at interesseorganisasjonane formidlar innhaldet i planen til sine medlemmar og syter for eventuelle tilbakemeldingar. Det er brukarar som *ikkje* er medlemmar i interesseorganisasjonar og som *ikkje* har ressursar til å kjempe for sine rettar eller sine syn.

Ut i frå systemteoretisk tenking vil både brukar og sektorleiar vere viktige deltakarar i det same system. Aktivitet, holdningar og endringar hjå den eine parten, vil påverke den andre.

Deltakarane vert truleg meir engasjerte ved å ha eit bevisst forhold til mål og prosess i planarbeidet. Maktforhold mellom tenesteutøvarar og brukarar er i meir likevekt når partane møtest og snakkar i lag. Ut i frå data kan det sjå ut som det er stor avstand mellom sektorleiar og tenestemottakar. Dette kan føre til at nokon vert sanksjonert når det gjeld formidling av informasjon, formidling av rammer og forventningar. Dette er med å pregar maktforholdet mellom hjelpeinstans og mottakar. Nokre av brukarane opplever å føle seg makteslause. Ulike meiningar og haldningar vert formidla og dei veit ikkje kva dei skal forhalde seg til.

Brukarane skal vere sentrale partar i utarbeiding av planar, både på gruppenivå og individnivå. Planarbeidet er i hovudsak eit administrativt arbeid, med forventningar om å fungere som rammeverk, frå øvste leiing til brukarnivå (Skjørshammer 2004). Planar skal vere ein reiskap for både dei som skal utøve tenester og dei som skal ta imot tenestene. Det er ei utfordring i planlegging å tenke samanhengar og nærheit. Når sektorleiarane vert spurde om kva menneskesyn og kva ideologi som rår i deira sektor, seier dei at det er ikkje noko opplest og vedteken. Men alle hevdar at målet om å gje gode tenester og at brukarane skal vere nøgde, er nedfelt i overordna planar. Medverknad og innverknad handlar om haldningar. Det er lite tenleg for tenestemottakar at kvar einskild fagperson skal ha sine egne verdiar og haldningar som utgangspunkt for hjelpa dei skal gje. Kva med diskusjon om kven som er kompetente, kven står for ekspertisen i høve til brukaren sitt problem? Kan hjelparen sette seg sjølv meir tilsides? Kva med diskusjon om makt, maktforhold og likeverd? Eg trur desse diskusjonane bør kome som eit intensivt frå overordna nivå. Brukarinformantane fortel om opplevleslar av at hjelparane er ei lite einsarta gruppe. Nokre unnlet å ta ansvar, fordi dei ikkje kan, vil eller har tid. Nokre brukar "makt" for å få gjennomslag for sine meiningar. Eg har tidlegare snakka om Habermas (1999) sitt diskursbegrep. Eg vel å trekke det fram att her, i samband med overordna ideologi og menneskesyn. Alle mennesker har si subjektive verd. Habermas (1999) kallar dette "livsverden" og innanfor dei ulike system vi er deler av, har vi behov for å forstå kvarandre. På mikronivå er dette truleg mest realistisk i uformelle relasjonar, som med "vennegjeng" nærmaste familie eller kollega. Inn i dei systema har ein felles interesser, ein felles kultur, snakkar same språk og det er ikkje vanleg å ha "maktmiddel". Brukar ein truslar, tvang og makt i slike system, vil det truleg få negative konsekvensar for relasjonen. Når ein som tenestemottakar vert avhengig av andre system, vil den kommunikative handlinga vere av stor betydning. I kva grad ein vert verdsett som menneske, med sine meiningar og ressursar

og får forståing og respekt for det, er noko av det brukarinformantane formidlar som vesentleg.

Individuell plan (IP) er ein lovfesta rett som brukarar av samansette og langvarige tenestebehov har. Planarbeid og planprosess inneheld sentrale faktorar som langt på veg er dei same, anten det gjeld individnivå eller gruppenivå, eller om det gjeld innad i sektoren eller mellom sektoren og tenestemottakar. Eksempelvis nemner eg gjensidig *tillit, likeverd, vere open, anerkjennande overfor andre si oppleving og forståing*. Tanken bak individuell plan var å sikre at tenestemottakar skulle vere med å utforme og formidle behov, mål og tiltak. Staten har utarbeid veileidar og retningslinjer for individuell plan (Sosial- og helse direktoratet, Veileder for individuell plan 2005). Ordninga er frivillig og planar skal utarbeidast etter samtykke og i samarbeid med brukaren. Individuelle planar har som mål at aktuelle partar skal intervernere og samhandle på tvers av både roller og system. Dette er eit lovpålagt, men frivillig reiskap for å sikre samordning og heilskap. I ”Lov om helsepersonell” og ”Pasientrettighetslova” står det at brukarar med samansette behov *har rett* til å få IP, dersom brukaren sjølv *har ynskje* om det. Ingen av brukarinformantane har IP som fungerer etter intensjonane. Sektorleiarane har kun forventningar om at IP vert nytta. At tilsette skal bruke dette som verkty og tilby brukarane IP. Dei har ikkje gjort noko bestemt for å sikre seg at dette vert gjennomført. Sektorleiarane er ikkje sikre på om dei har ein felles IP for dei ulike instansane i sektoren. *Sektorleiar B* seier at IP er utanfor hans område. Kanskje dette utsagnet er på urettmessig vis teke ut av sin samanheng, men eg vel likevel å drøft dette. Eg undrar meg over korleis det kan vere *det* når den er ein lovfesta rett for dei brukarane han er overordna leiar for, samt eit krav til utøvarane av tenestene. Med utgangspunkt i å forstå helse- og sosialtenestene som eit system, kan han t.d ta initiativ til å sikre at det vert brukt ein felles IP for alle instansane. Vidare kan han legge til rette for at alle får den informasjonen, at alle får opplæring og alle får tilstrekkeleg kompetanse til å bruke IP som eit felles arbeidsreiskap. Alle involverte partar vil då ha eit felles utgangspunkt for samhandlinga. Brukaren skal vere med som den mest sentrale part. Dette er verdi – og holdningsspørsmål, som kan vere vanskeleg å einast om. I fragmenterte tenester og til dels lukka system, kan det vere ein fare for at innan dei einskilde, kan det rå ein tanke om at ”vi veit best”. Dei ulike instansane kan få hjelp av sektorleiar. Han er for det første i posisjon til å ha oversikt over *kven* som er deltakarar, *kven* som kan intervernere, kortid, korleis og kvifor. For det andre er han den som har mandat til å planlegge og prioritere. Dei ulike tenesteutøvarane frå dei ulike einingane kan dra vekslar på andre sitt bidrag og andre sine ressursar. Ein felles IP bidreg til

eit felles språk, felles ramme og skal vere forpliktande. Ein felles IP innan eit kvart system vil truleg bidra til meir medverknad.

Å bruke IP kan vere tidkrevande. Brukarane seier at **tid** er ein faktor som spelar inn i høve til å samhandle og medvirke. Sektorleiarane seier at både tid, **økonomi og teieplikt** kan påverke det individretta planarbeidet. Kommune A er i ferd med å utarbeide eit samtykkeskjema, som skal vere felles for alle einingane i helse-, sosial-, omsorg- og oppvekstsektor. Målet er at *teieplikt* ikkje skal vere eit hinder for samhandling på tvers. Ein av brukarinformant har fått vore med å utarbeid ein IP. Planen vart skriven av ein koordinator, medan dei begge var tilstades. Avtalen var at den skulle sendast til andre bestemte hjelpearar som til saman skulle danne ei ansvarsgruppe. Brukaren trur planen vart lagt i ei skuff, og han er usikker på om dei aktuelle samhandlande hjelpearane er klar over stoda.

Arbeid med planar er ein prosess. Møte mellom involverte partar, avklaring og forståing, einast om føremålstenleg samhandlingsform og sikre deltaking og påverknad. Både mål og planar har verdi i arbeidet med å vurdere kva som er gjort, korleis, kvar ein står - samt andre refleksjonar i evalueringa (Hatch 2001).

Nettverkstanken kan hjelpe oss til å forstå nokre av føresetnadane for det som kallast *sjølvberande, problemløysande*, prosessar og korleis vi skal identifisere desse (Fyrand 2005). Menneskesynet er at vi har tru på at mennesket har ressursar i seg til å klare å løyse sine problem. Hjelpeapparatet bør ikkje overta problema, men hjelpe brukaren til å sjå og kome med problemdefinering og løysingar sjølv (op.cit). Dette betyr at hjelpeapparatet må ha kunnskap om både kommunikasjon og motivasjon. Nettverksintervenering er ikkje berre ein metode for å sjå brukaren i det system og dei samanhengar han lever i. Det er like mykje ein arbeidsreiskap for å sjå hjelparen i sine system, og dermed denne si moglege samhandling og moglege avgrensingar. I denne arbeidsforma er det tre kompetansegrupper eller ekspertar. Øvst i dette ekspertisehierarkiet er *brukaren*. Vidare kjem så privat nettverk og til slutt fagfolk. Medverknad er eigarforhold. På bakgrunn av det brukarinformantane B og C formidlar tolkar eg dei slik at det ikkje er noko problem å få eige *si* problemstilling. Men det er heller slik at dei i liten grad får hjelp til å løyse problema. Grunnane til dette kan synest å vere manglande kompetanse på problemområde, og mangel på tverrfagleg samhandling.

Medverknad er eit tema som opptek dei to informantgruppene ulikt. Sektorleiarane er oppteken av å tilfredstille krava som staten stiller. Øyremerka statlege tilskot kan vere ei inntekt for kommunen, men det er krav om rapportering som syner at ulike føresetnadar er

følgde. Sikre medverknad gjennom t.d. å oppnemne ein brukarrepresentant, er ein av føresetnadane. I tillegg deltek to kommunar (B og C) i effektiviseringsnettverk. Eit av verkemidla er brukarundersøkingar, som vert gjennomført kvart 2. år. Her vert kommunar samanlikna, både i høve til kvalitet på tenestene og økonomi. I tillegg er to av kommunane (A og C) oppteken av brukarane sine juridiske rettar. Dersom desse ikkje vert fylgde, kan konsekvensen verte klagesaker. På bakgrunn av desse aktivitetane meiner sektorleiarane at dei er oppteken av medverknad. *Sektorleiar A* er oppteken av å legge til rette for medverknad på fleire nivå. Han ynskjer at tilsette i sektoren skal virke med. Han legg til rette for dette ved å ha fellesskap der dei kan utveksle og kome med bidrag i høve til det som angår fellesskapet. Han er vidare oppteken av at det er brukarar som ikkje har resursar til verken å krevje, kritisere eller medverke. Bevisstgjeringa kring dette formidlar han til tilsette.

Det kjem fram i undersøkinga at *sektorleiarane B og C* ikkje har lagt til rette for individuell medverknad. Dei har klare forventningar om at tenesteutøverane lar brukaren verke med og gjev dei eit individuelt tilpassa tilbod. Dei har ikkje konkrete tiltak eller mål som skal sikre dette i sektoren. Det kan sjå ut som om *sektorleiar A* legg til rette for medverknad og innverknad på ein anna måte ein hjå dei to andre sektorleiarane. Når tenesteleiarar og andre tilsette i sektoren ikkje har felles møtearena for diskusjon av fellesfaglege saker, er det truleg vanskeleg å skape felles mål og framdrift. Brukarane ser ut til å oppleve dette som ansvarsfråskrivning. Medverknad er ein prosess som krev eit kommunikativt fellesskap. På bakgrunn av det bl.a brukarinformantane seier, så handlar medverknad om kunnskap, tid, kommunikasjon, fellesskap og haldningar. Alle sektorleiarar er oppteken av brukarmedverknad, men slik funna framstår, er det i realiteten liten grad av reell, individuell medverknad. Brukarundersøkingar kvart 2. år vert som sagt framheva som sentralt i høve til individuell medverknad. Når det gjeld medverknad på gruppenivå, er det ingen som har brukarrepresentant med inn i eit samhandlande fellesskap for utarbeiding av fagspesifikke planar. Planen vert kun sendt til høyring i interesseorganisasjonar.

Medverknad krev omfattande endringar i høve til etablerte ordningar og handlingar i hjelpeapparatet. Sektorleiar for helse- og sosialtenester kan i kraft av si rolle og sin posisjon ha oversikt over moglegheiter og avgrensingar innan alle instansane. På bakgrunn av dette har dei høve til å planlegge og utvikle felles, anvendelege arbeidsmetodar for å sikre medverknad. Sektorleiar er i ein posisjon til å ha oversikt, ”knyte band” og skape felles verdiar for ”sitt” system. Ein av informantane etterlyser visjonar og snakkar om ledestjerna i høve til

hjelpeapparatet sitt møte med brukarane. Han lurar på kven dei eigentleg er til for. *Sektorleiar* A seier at brukaren skal stå i fokus, kome med ynskje og medvirke til løysing. Han seier vidare at det likevel ikkje er sikkert at det er brukaren sitt ynskje og forslag til løysing som vert brukt. Men det er ikkje det som nødvendigvis er medverking eller ”empowerment”. Det at ein faktisk møtest, snakkar saman, får forståing for kvarandre sine meiningar, avklarar ressursar og begrensingar, er *diskurs*. Ein kan i fellesskap vere einige om noko, til og med at ein er einige om at ein ueinige. Det vil vere eit godt grunnlag for neste steg i prosessen.

Det kan sjå ut som om det er lite kontakt mellom sektorleiar og dei tilsatte i dei ulike einingane. Den formalisert kontakten til dei er via faste møte med tenesteleiarar. Felles for dei tre kommunane er at desse møta handlar om å rapportere status. I kommune A og C har sektorleiar i tillegg lagt til rette for at det skal vere rom for formell og uformell samhandling mellom dei ulike instansar.

Sektorleiarane har alle administrativt ansvar for legane i kommunane. Kommune C har lagt til rette for at dei skal samhandle, ved å gje legane ekstra økonomisk kompensasjon ved oppmøte. Utover det, seier alle at legane er eigenrådige og det vert ikkje gjort noko for å sikre at dei er med i eit samhandlande fellesskap kring einskildbrukarar. Brukarane sin fastlege er svært sentral i høve til framdrift og løysingar, inn mot alle eventuelle instansar i kommunale helse- og sosialsektor.

”Grøfta” mellom tenestemottakarar og deira ”livsverden”, til sektorleiar, er stor. Den offentleg helse- og sosialsektor er ”inringa” av ekso og makronivå. Ulike system på desse nivå har tungtvegande, mektig, strategiske, instrumentelle og økonomiske føringar som krev mykje av sektorleing. Slik sett kan det vere råd å forstå at det vert lite tid og krefter att til det som handlar om det direkte, individualiserte brukarretta arbeidet.

5.2 Premissar for samarbeid

Ein vesentleg førestenad for samspel er at deltakarar frå ulike system og nivå opptre som partnarar og har gjensidig respekt for kvarandre. Brukarane sine behov og problem er gjerne samansette. Orgainseringsforma i kommunane har ein modell som ber preg av spesialisering og fragmenterte tenester. Brukarane sine problem kan då bli ”delt opp” og vist til ulike fagspesifikke instansar (Brodcorp, Nordvoll og Rugkåsa 2001).

Tverrfagleg samhandling i og mellom system handlar om sterke organisasjonar med tydeleg leiing. Utfordringar - i høve leiing - vert å skape støttande klima, for å fremje kommunikasjon og kome nærmare løysingar. Ber klima meir preg av vurderingar, kontroll, strategi, skråsikker og andre forsvarsprega trekk, hindrar dette kommunikasjon (Strand 2001). Leiing i kommunane B og C syner seg mest som instruksjon, kome med krav og pålegg for å nå måla som nokon på makronivå har utforma. Sektorleiarane sitt næraste nettverk - mikronivå - består av rådmann, tilsette i administrasjonen, politikarar, fylkesmann og kommunenes sentralforbund (KS) (sjå vedlegg 6). Tenesteleiarar for ulike einingar er ein del av nettverket, men på eit eksonivå. Vurdert utifrå ein økologisk modell er det ei ”kløft” eller fleire sirklar mellom tenestemottakar og sektorleiar. Samstundes så hevdar alle at det viktigast målet er **individuell tilpassa tenester**, at brukaren må bli **høyr**, **kvalitative gode tenester** og samordna tenester. Det kan synast som uoverkommeleg avstand mellom dei som veit ”kvar skoen trykkjer” og dei som prioriterer rammer og premisser for tenestene.

Fundamentalt viktige grupper i system er språk, verdiar, kunnskap og tru (Kaufmann og Kaufmann 1996). Skal ein få til samarbeid mellom dei ulike systema, må gjerne utgangspunktet vere felles mål. *Sektorleiar A* gjer eit ”grep” i den retning når han samlar ulike einingar for å skape felles **skjema for samtykke**. *Sektorleiar A og C* seier dei har lagt til rette for tverrfaglege møter med tenesteleiarane. Der tek dei opp felles tema som går på tvers av tenestene. Tema om menneskesyn, ideologi, tid, korleis bygge tillit, korleis kommunisere, individuell plan og andre som er svært relevante i høve til tenestemottakar, er ikkje teke opp som tema. Tema kan vere faglege, men i kommune C handlar det mykje om reglar og rutinar, t.d oppfylging av sjukmelde. Tverrfaglig heit er ei engasjert samling om eit felles prosjekt, der ein vert einige om felles mål og tiltak (Jacobsen og Thorsvik 1997). Ein tar innover seg andre faggrupper sitt grunnlag og kunnskap, og dette kan gje ny forståing og endra haldning. *Samarbeid* er når dei ulike partane er innforstått med at dei er gjensidig avhengig av kvarandre. Partane ser at det er mykje å tene på at arbeidet vert samordna. Tverrfagleg samhandling gir eit inntrykk av at det vert gjeve ei heilskapleg handsaming og oppfylging av høg kvalitet. Arbeidsmiljøet ber preg av å vere dynamisk og utviklande (op.cit). Ein føresetnad for tverrfagleg samarbeid er å lage seg ein oversikt over ulike samhandlingspartar og ikkje minst organisere arenaer og fora for samhandling. Kvar for seg kan dei som samhandlar jobbe med sitt fag, men saman lager dei ”syntese”, på tvers av dei faggrensene som skil dei. Samarbeidet fungerer når det blant anna føregår i faste arbeidslag - innover i organisasjonen, eller på tvers av organisasjonar. Det er mange former for samhandling. Eg vil

kort bygge på relasjonsteorien og trekke den vidare til verdien av å vere bevist gruppepsykologi. Medlemmer i ei gruppe er i ei særprega samhandling over tid. Dei har gjensidig påverknad og innflytelse, og deler felles interesser og normer. Dei skal meistre samhandling med kvarandre, ta avgjersler og løyse problem. Dei skal og forholde seg til ytre system som bl.a leverer oppgåver og gir stimuli (Kaufmann/Kaufmann 1996). Nærleik, tryggleik, tillit og respekt er sentrale faktorar for gruppeprosess og gruppedynamikk. Samhandling kan gje auka læring, det kan få fram fleire ressursar og kan gje det målretta arbeidet ”ny glød” bl.a fordi ein er fleire, og saker kan bli belyst frå ulike hald. For å kunne samhandle må vi vite kva vi er ein del av, og kva ressursar vi har rundt oss. Organiseringsforma av helse- og sosialtenestene i A, B og C, gjer at aktørane er del av mindre, lukka system. I eit systemperspektiv, kan eg ikkje sjå vekk frå at dei samstundes er del av eit større heile. Luhmann hevdar at system er ein heilskap som fungerer ved at utøvarane gjensidig påverkar kvarandre (Kneer og Nassehi 1997). Ut i frå økologisk modell og systemisk tenking, vil det vere gjensidig påverknad i høve til indre og ytre forhold. Kva haldningar, prioriteringar og strategiar sektorleiar har og vektlegg, vil påverke tenestene som brukaren mottok. Sektorleiarane er ein del av brukarane sitt nettverk, på eit eksonivå. Sektorleiarane sine holdningar, verdiar og prioriteringar vil såleis påverke tenestene som brukarane får.

Dei ulike profesjonane i kommunal sektor er oftast organisert saman med like profesjonar (Eikås og Djupvik 2002). Til tross for dette har brukarane av desse tenestene samansette behov. I det kommunal hjelpeapparatet er det oftast mange ressursar med god kompetanse på sine fagområde. Det kan vere eit problem at desse er organisert i ulike instansar og regulert av ulikt lovverk. Dette er ei utfordring *sektorleiar A* har løyst ved å samle tenesteleiarane på tvers, der dei har høve til å **diskutere saker anonymt**, for å få hjelp og støtte av kvarandre, slik at hjelpa til brukaren ikkje stoppar opp. Det fagspesifikke får ofte dominere og det kan vere vanskeleg å opne opp for andre faggrupper i andre instansar. Den profesjonelle yrkesutøvar har på mange måtar mykje **makt** og tildels **monopol** på både problem og løysingar i høve til helsesvikt. Ein profesjonell utøvar er i følgje Lauvås og Lauvås (2004) ein som har fått spesiell godkjenning for utøving og handling, ut frå yrkesetiske retningslinjer. Kunnskap kan vere makt. Den profesjonelle yrkesutøvar er ekspert på sitt fagfelt, og har difor makt og kontroll. Makt kan vere synleggjort gjennom fleire forhold. Rutinar, språk, kultur og systematisk struktur er nokre ”maktfaktorar”. Luhmann hevdar at profesjonelle kan organisere seg i lukka system og at dei lukka systema er regide. Utøvarane kan isolere seg og det er inga

gjensidig påverknad i høve andre utanfor systemet (Kneer og Nassehi 1997). Makt er knytt til sosiale relasjonar . Variablar som kunnskap, kommunikasjon, normative verdigrunnlag, forventningar og resursar har betydning i høve makt. I relasjonen mellom den profesjonelle hjelpar og brukaren vil ansvarsdeling, avklara problemstilling, felles mål og valfridom stå sentralt i eit symmetrisk forhold (Ørstavik 1996). Asymmetri i dette forholdet kan føre til avmakt. Det er nærliggande å tru att det er brukaren som blir offeret for maktutøving og at det er profesjonsutøveren som gjerne definerer behov og avgjer tiltak. Kompetanse innan organisasjonsteori, er eit begrepet som i hovudsak er knytt til læring, utvikling og endring. I systemisk perspektiv er det heilskap som rår, og ikkje delar. Den profesjonelle utøvar sin kompetanse vert *ein* del av det å møte utfordringar og løyse problem. Brukaren sin kompetanse er *ein* del i dei same utfordringane og problemløysinga.

Kompetansen er samansett og består både av fagleg og teoretisk kunnskap, personleg kompetanse og erfaringar (Skau 2005). Det har at det har betydning for tenestemottakar kor vidt tenesteutøvar er kompetent og inkompetent. Tenesteutøvar sin kompetanse, samt haldingar til kompetanse, spelar ei rolle i relasjonen hjelpar - hjelpesøkar. Dette vil igjen ha konsekvensar i høve makt, avmakt, medverknad og samhandling.

Empati - det å forstå den andre - er vesentleg utgangspunkt for å nå tak i den andre sin ”livsverden”. Brukarane vektlegg kommunikasjon, dialog, gjensidighet og tillit som vesentleg i høve til heilskap og samordning. Dette skil seg ikkje frå kva som er sosiologisk og psykologisk fundamentale verdiar i relasjonar. Slik sett er desse eit viktig utgangspunkt for samhandling mellom tilsette innan dei ulike tenesteeiningane. Dei ulike partane som skal samhandle, må forstå kvarandre og bli einige. Habermas (1999) kallar dette den ideelle samtalsituasjonen. Denne koplinga mellom kommunikasjon, handling og samhandling kallar han kommunikativ handling.

I ein av kommunane (A) er det lagt til rette for kommunikativ samhandling. Felles samlingar, der instansane møtast og diskuterer saker og hjelper kvarandre med å finne løysingar, er verkemiddel for å styrke samhald, “bryte ned” barrierar og styrke og sjølvstendiggjere deltakarane i *eit* system. *Sektorleiar A* ser verdien av å styrke .Felles samtykkeskjema er eit tiltak i den retning. Det inneberer at alle instansane brukar same skjema og brukaren skriv under på at han vil at hjelpeapparatet skal samhandle på tvers.

Kommunikasjon - *communicare* - tyder å gjere noko felles. Det skal mange slag kunnskap til for å kommunisere og få til diskurs på ein slik måte at alle involverte vert sett, høyrte og

forstått. Luhmann (Kneer og Nassehi 1997) hevdar at kommunikasjon dannar ein tredelt einheit. Desse er *informasjon, meddeling og forståing*. I lukka system og system med byråkratisk rasjonell organisasjonsform, kan denne tredeilinga ha avgrensa "nedslagsfelt". I undersøkinga kom det fram at brukarane opplever at hjelpeapparatet snakkar lite saman, på tvers av einingar. Sektorleiarane sin kommunikasjon og nærleik til tenesteleiarar, vil eg tillate meg å lure på om det er tilstrekkeleg, i arbeidet med å få tak i tilsette og brukarane si livsverd. Eg omtalar diskursomgrepet som vesentleg for å få til samhandling og heilskaplege tenester. I to av tre kommunar har sektorleiarane sin diskurs, tilsette i dei ulike einingane har sin og brukarane har sin. Ut i frå systemteoretisk tankegang, skulle dei hatt ein felles diskurs, for å reell medverknad og samhandling.

Å dele informasjon og kunnskap, samt holdning til likeverd er vesentlege utfordringar for å få til discurs. Det kommunikative rasjonalet bygger på Habermas (1999) og hans teori om livsverden, system og aktuelle samfunnsproblem. Rasjonalitet er av han nærmast definert som prosedyre for å kome fram til einigheit. For å etablere felles forståing er det viktig at ein har ein open kommunikasjon som ikkje sanksjonerer nokon. Menneskerettane skal sikre retten til å ta frie val, retten til informasjon og integritet (Vatne 1998). Møte med og kommunikasjon mellom andre sentrale partar er då ein føresetnad. Hjelpeapparatet sine haldningar er viktige når det gjeld i kva grad brukaren får virke med i høve til eige problem, og løysing av dette.

"Det som med andre ord i siste instans berettiger en profesjonells handling, er det at den ifølge hans bedømmelse er den riktige handlinga. Han kan rådføre seg med kollegene før han handler, men avgjørelsen er hans. Dersom han tar feil, vil han likevel bli forsvart av sine likemenn. Det som imidlertid i siste instans rettferdiggjør en administrativ handling, er at den er i samsvar med organisasjonens regler og bestemmelser, og at den er blitt godkjent - direkte eller underforstått - av en overordnet." (Etzioni 1978:113)

"Når krubba er tom, bites hestene" er eit ordtak som kan vere beskrivande for dei samhandlende i eit kommunesystem med fragmenterte tenester i lukka system. Knappt med økonomiske ressursar kan føre til ulike belastningar på personell. Når det er ei langvarig knappheit er det gjerne lett å hegne om sitt eige, og sjå på dei andre med kritisk og negativt blikk. Målgruppa i det kommunale hjelpeapparatet er - direkte eller indirekte - den same. På eit eller anna nivå er det ein leiar som har ansvaret for tilsette og målgruppa. I eit systemperspektiv har leiar høve til å skape ideologiar og konkrete mål for desse tenestene og

skape haldning og rom for samhandling mot felles mål. Kva er målet med tenestene, kven kan gjere kva, korleis, kvifor med meir, er utfordringar ein leiar kan jobbe med for å skape tryggleik, tillit, aksept, fridom, ansvarleg gjering. Psykiatri er eit satsingsområde. Det medfører økonomiske midlar. Sektorleiarane seier det gjerne vert slik at dei prioriterer dette fagfeltet, for å få utløyst midlar. Når tenestene er oppdelte og lukka i sine system etter faginndeling, kan slik økonomifordeling virke negativt inn på samspelet. Det kan bidra til misunning, konkurranse og misnøye. *Sektorleiar C* seier at han skulle helst sett at det hadde vore laga planar for alle fagområde, uavhengig av statlege, øymerka økonomiske tilskot.

”Faglighet” - å vere faglig - kan seiast å vere det motsette av å arbeide ut frå tilfeldigheter. Ein har kunnskap om, og erfaringar med, korleis problem kan forståast og kva handling som skal til for å løyse det (Larsen 2001). Innanfor fagfeltet kan ein bli spesialist på einskilde emne. I organisasjonar kan fagpersonar ha deloppgåver, og det kan utvikle seg til formelle einheitar innan ein sektor. Dette kan etter kvart føre til at ein får eit snevert syn på saker. Ser berre enkelte sider ved ei sak. Ein mister evna til å sjå heilskap (Jacobsen og Thorsvik 1997). Faren ved formalisering av deloppgåver er at ein ”blir seg sjølv nærast” og vert sektorforsvarar. Det utviklar seg ein kultur med eige språk og eigne verdiar. De kan bli koordineringsvanskar og konkurranse. *Sektorleiar B* trur at med den organiseringsforma dei har i kommunen, så kan det glippe noko på det tverrfaglege. Den byråkratiske, rasjonelle organiseringsforma i dei tre kommunane er ei utfordring når mål, krav og forventningar til arbeidet byggjer meir på sosiologiske og humanistiske verdiar. Brukarane opplever i liten grad at det er samarbeid og samordning mellom dei ulike tenesteinstansane dei mottek tenester frå. I kommune A er ein av brukarane i den situasjon at ho forhold seg til eit førebyggjande, strukturerte og veletablerte tenester. Det kan sjå ut som om det er forskjell på brukarar som kan tilpasse seg hjelpesystemet og brukarar som har behov for at hjelpesystemet skal tilpasse seg brukaren. Sektorleiarane peikar på manglar i høve til heilskap og samordning.

Med utgangspunkt i system teoretisk tenking, kan det være mogleg å skape felles kultur som igjen kan være med å skape samhald i helse- og sosialsektoren. Ideologiar og verdiar bør takast opp og besluttast på overordna nivå. Er sektorleiar pragmatikar og oppteken av kva som er viktige krav og normer frå staten, vil det styre organisasjonen i bestemt retning. Økonomiske verdiar - pengar, budsjett, effektivisering, sparing - og færre relasjonsverdiar vil føre til mindre fokus på relasjonar, dynamikk og prosess.

Dette kan føre til svikt i tverrfagleg og tverretatleg samhandling. Det ser ut til at det er lite i hjelpesystema sin struktur som sikrar samarbeid og samordning til langtidsmottakarar med samansette vanskar. Ved akutt sjukdom og førebygging kan det sjå ut som om det er etablerte rutinar og organiseringsformer, som fungerer.

Brukarane formidlar at det er tilfeldigheiter og det personavhengig som avgjer kor vidt dei opplever at involverte partar samhandlar. Dei er prisgitt den hjelparen dei møter. IP er “verktøy” som skal sikre samordna tenester. Sektorleiarane veit lite om IP. Dei kan sikre at felles IP vert nytta og syte for at dette vert vedteke på politisk nivå. I staden for å vende blikket innover i organisasjonen, kan det virke som sektorleiarane ser utover og venta på at dei gode løysingane for samordning og heilskapleg tenking skal kome til dei. I den samanheng har dei gjeve uttrykk for store forventningar til NAV. *Sektorleiarane A og C* har forventningar til NAV. Når NAV er etablert, trur dei at individuell, heilskapleg og samordna tenester vil verte betre. Dette grunnjev dei med at brukarane skal gå inn ei dør, forhalde seg til ein person som skal hjelpe dei vidare til aktuelle hjelpeinstansar. Brukarane formidlar dårlege erfaringar med NAV.

Eit av måla med NAV er at fleire skal kome ut i arbeid eller i aktiv verksemd. Dette målet sidestillast med at det er færre som skal motta trygd og sosialhjelp. Dei to siste måla er at velferdsforvaltninga skal vere brukarretta og den skal vere effektiv. Vidare ber Regjeringa om at det skal takast omsyn til, og leggest til grunn, i kva grad ein kan få til eit godt og samordna tenestetilbod til brukarar med samansette behov. Vidare skal ein vurdere i kva grad organisasjonsmodellen bidreg til klarleik og eintydigskap når det gjeld *kven* som skal ha ansvar for *kva*, og målstruktur (NOU 2004:13). Den tredelte målsettinga med NAV er fleire i arbeid, mindre trygd og meir heilskapstenking kring brukaren, er omfattande og dermed utfordrande. Det er to ulike forvaltningsorgan som skal samle seg kring felles mål. Det er mange etablerte arbeidsplassar som skal slå seg saman. Ulike rammer, ulike kulturar, ulike fagleg ståstad skal samordne seg. I det kommunale hjelpeapparatet vert det ein endra situasjon. Tenesteeiningar vert skilt ut og etablert inn i noko nytt. Kva vil dette ha å seie for brukaren som fortsett skal ta i mot tenester frå dei ulike? I tillegg til NAV vert ynskje om rehabiliteringskoordinator framsett som eit tiltak i høve til betre samordna og samhandlande tenester.

Reell brukarmedverknad krev samhandling. Individuelle planar vil gje oversikt over både privat og offentleg nettverk til brukaren. Dette er eit godt utgangspunkt for å danne

ansvarsgruppe. Disse gruppene sikrar at det er ulike ressurspersonar som skal bidra inn i brukaren sine heilskaplege hjelpebehov. Denne samhandlingsforma er eit arbeidslag som skal gå i same retning, der brukaren (evt. pårørande) er ”skipper på skuta” og stakar ut kursen. Gruppa skal ha *ein koordinator*. Koordinatoren si rolle er å samordne medlemmane og aktiviteten. Dei ulike medlemmane, med sine ulike perspektiv på problemet, kan gje ulike forslag til løysingar for å kome i hamn. Dette vil gje større og fleire moglegheiter enn om alle involverte partar ”sat på sine nes og såg i kvar sin retning”. I kommune C seier sektorleiar at det er ei utfordring å få tilsette til å ta på seg koordinator ansvar. Utover dette, er ikkje sektorleiarane sikker på korleis ansvarsgruppene fungerer. Sektorleiar kan legge til rette for felles forståing, felles kunnskap og felles holdning kring ansvarsgrupper som arbeidsform. Det kan vidare vere trong for at koordinator rolla vert definert. Dette kan eventuelt bidra til ei forutsigbar og felles avklaring og forventning til kva som ligg i rolla. Brukarinformant A1 seier at ansvarsgruppa fungerer. Dei to andre det er skipa ansvarsgruppe for, formidlar at dei ikkje fungerer. Sektorleiarane A og C snakkar om ansvarsgruppe som ei arbeidsform som skal sikre samhandling og samordning. Men dei veit ikkje kor vidt denne ordninga fungerer, korleis den er praktisert, eller kva som kjenneteiknar dette arbeidet.

5.3 Den kommunale helse- og sosialorganisasjoenen som system – og deltakarar i systemet

Eg vil her sjå på kva sektorleiarne vektlegg i arbeidet med å legge til rette for heilskapleg og samordna tenester og brukarane si oppleving av det. Eg vil drøfte dette i lys av systemisk tenking. Alle tre informantane gjentek **kvalitet** i ulike samanhengar. Utøvinga av tenester skal vere kvalitativt gode og brukarane skal oppleve kvalitet når dei tek imot tenester. *Sektorleiar B* seier at tenesteleiarane har ansvar for å syte for kvalitativ gode tenester, samstundes som han seier at via han, skal politisk organ utforme kva som er rådande i høve til utøving av tenester. *Sektorleiar C* seier han lar tenesteleiarane medvirke når planar skal utformast. Arbeidsforma er prosjektplanlegging. Denne arbeidsforma bidreg til at tilsette får medverke og påverke avgjersler. Dei vil truleg oppleve å få ta ansvar, bidra med sin kompetanse og dermed å vere viktige medspelarar for felles planar og mål. Skjørshammer (2004) peikar på prosjektplanlegging sine avgrensingar. Dei som deltek, bør få felles opplæring i kva denne samhandlingsforma inneber. Etter at eit prosjekt er avslutta, kan ein risikere at arbeidet er definert som ferdig og deltakarane går attende til sine daglege og vanleg gjeremål.

Organiseringsform er lik i dei tre kommunane, men dei har ulik nærleik til dei ulike instansane. Strand (2001) snakkar om leing som ein aktivitet, der denne er både kompleks, samansatt og skiftande. Det er mange forhold som virke inn på denne aktiviteten. Desse kan strekke seg frå det å ha ei bestemt rolle til personlege trekk og fagbakgrunn. Skal eg nærme meg eigenskapar ved dei tre leiarane, vert det mi tolking av personen og intervjuet - eit møte som varte i om lag ein time. Det er ikkje eit rettferdig grunnlag å vurdere ut i frå. Fordi det ikkje er noko fasit på kva leing er, kan eg ta meg den fridom å drøfte leing med utgangspunkt i systemteori. Systemteorien er ein tankemodell som handlar om samspel og dei ulike menneska si oppleving av det.

Systemisk perspektiv, økologisk utviklingsmodell og nettverksintervenering er tilnærmingar til heilskap og samordning. Ein kan ikkje berre forholde seg til lukka system på mikronivå. I undersøkinga seier sektorleiarane at målet for helse- og sosialtenestene er å yte kvalitativt gode tenester til brukarane og at dei skal vere nøgd. Dei har klare forventninga om dette, retta mot både tenesteleiarar og den utøvande hjelparen som er direkte kontakt med brukaren. Sektorleiarane har, slik eg ser det, høve til å tenke at dei er *ein* organisasjon, som rommar fleire system eller subkulturen. Men samstundes legge til rette for felles verdiar for heile systemet. Deltaking i fellesskap, kommunikative handlingar, samt gjensidig forståing og tillit er rådande verdiar. Nettverk betyr samankoplingar og er dei grupper eller personar ein har kontakt med. Brukarane har kontakt med mange hjelparar frå ulike einingar, på ulike vis. Kvar av desse kontaktane utgjer brukaren sitt mikrosystem. Samarbeid mellom ulike aktørar i nettverket bidreg til å fordele ansvar og dele kunnskap.

Nettverkskart er eit reiskap som gir eit bilde på eit menneske sin subjektive oppleving av kvar han står i forhold til andre. Ved tolking og analyse av informasjon eit kart gir, ser ein på størrelse, tettheit, samansetting, sentralitet, intensitet, intimitet, mangfald og betydning (Fyrand 2005). Kartlegge nettverket kan som sagt gje oversikt og vere eit utgangspunkt for å forme ein individuell plan og skipe ansvarsgruppe. **Ansvarsgruppe** er meint som ein arbeidsmetode, knytt direkte til einskilt brukara. Denne metoden er mest aktuell å bruke når det er fleire tenester inn i bildet. Det er mest vanleg å nytte ansvarsgruppe når tenestebehovet er langvarig og samansatt. Målet er å sikre at brukaren er med å bestemmer og med og tar ansvar. Gruppemedlemene definerer problem, mål og løysingar eller tiltak i lag, samt avklare kven som skal gjere kva (Sosial- og helsedirektoratet, 2005). Tre av brukarinformantane har fått etablert ansvarsgruppe. For *A1* er det oppvekstetaten som har teke inteniativ til ansvarsgruppe og som samordnar tenester og arbeidet. For *B2* er det satt ned medlemmer som skal delta i

ansvarsgruppe, men denne arbeidsforma har ikkje kome igang og for *CI* fungerer ansvarsgruppa delvis.

Fleire av brukarinformantane meiner t.d. at dei veit noko om seg sjølv, samt har kunnskap om sine vanskar, som hjelpeapparatet kan ha nytte av å lære når dei skal jobbe for å finne løysing på problemet. Brukarane forventar at tenesteutøverane har **fagkompetanse**. Dersom hjelpeapparatet ikkje har direkte kunnskap om *eit* bestemt problem eller *ein* bestemt sjukdom, er forventningane at tenesteutøvar bidreg med å søke den kompetansen. Enten ved at dei tileignar seg den sjølv eller hjelper brukar til å kome i kontakt med andre kompetente. Desse forventningane vert ikkje innfridd. Brukarane vektlegg **kommunikasjon, empati og tillit som vesentleg kunnskap og kompetanse**. Deira erfaringar er at einskildpersonar i hjelpeapparatet innfrir desse forventningane. Dette kan tyde på at det ikkje er systematisert, organisert og planlagt i desse helse- og sosialtenestene på ein slik måte den kompetansen og kunnskapen skal vere meir ei ordning eller ein tilfeldigheit.

5.4 Mål og vegen til målet - på individnivå og sektornivå

Overordna verdiar for organisasjonar, vert gjerne nedfelt av sektorleiar eller andre overordna i eit system. Desse såkalla offisielle måla er generelle (Hatch 2001). Dei er vage og dermed ikkje eintydige for alle som desse måla gjeld. Det er rom for tolking. Overordna mål vert oftast tydelleggjort i budsjett. Budsjettet skal på den måten gje uttrykk for kva ein vil med sine tenester. Dei meir konkrete mål - såkalla operative - kan vere utarbeida i eit tverrfagleg fellesskap. Dei vil tydelg uttrykke kva som det skal jobbast med, på bakgrunn av målsettingane, og når (op.cit). Sektorleiarane syner til kommunane sine overordna planar, som uttrykk for mål og prioriteringar. Fagspesifikke planar vert i hovudsak utarbeidd når det er statlege krav og øyremerka tilskot. Utarbeiding av plan og mål for tenestemottakarane, er sektorleiarane ikkje direkte involvert i. Det ligg ikkje til deira stilling å utøve direkte brukararbeid i høve til utarbeiding av tiltak. Derimot kan dei vere bevisst *kven* som er aktørar, kor nær eller perifer dei er i høve til ein anna. Dei kan formidle haldningar om at andre har ressursar, dele informasjon og kunnskap. Dette kan ha betydning for i kva grad organisasjonen er samla kring utarbeiding av mål og jobbe for å nå felles mål. Planarbeid er bevegelsar som kan skape motivasjon og entusiasme hjå dei som vert berørt av planen. Samstundes som arbeidet står i vekselverknad til omgjevnadane sine. Planarbeid er prosessar som endar ut i vedtak. Det er difor vesentleg å sjå på kva som går forut for vedtaka.

I tillegg til interne krefter som jobbar med målsetting, vert måla regulert etter faktorar utanfor organisasjonen (Etzioni 1978). Den kommunale helse- og sosialsektor er t.d styrt av statlege krav. Desse krava har sin bakgrunn i politikk og demokrati. Nokre vert regulert gjennom lover og føreskrifter og andre i tilrådingar på bakgrunn av endringar og behov i velferdssamfunnet.

Organisasjonen må tydeleggjere i det kommunale planarbeidet kva som er det lokale målet. Dei offisielle måla skal nemleg ha som føremål å vere tilgjengelge for interesserte både i, og utanfor, organisasjonen. Interesserte utanfor organisasjonen kan t.d. vere interesseorganisasjonar. Måla skal både gje informasjon og skape inspirasjon. Når medlemane i organisasjonen er informert og har klart å skape engasjement og inspirasjon, vil dette vere faktorar som påverkar graden av kollektiv oppslutnad og sosial legitimitet (Hatch 2001)

Når offisielle og operative mål i organisasjonen er definert, vert det laga planar på ulike nivå og for ulike målgrupper. Korleis organisasjonen har teke inn planlegging, avheng av korleis planlegging vert forstått, og korleis organisasjonen vil bruke den (Skjørshammer 2004).

Planarbeid og planar er nært knytt til mål og målsetting. Mål er noko som skal nåast. Mål handlar om storleik, standard eller omfang. Det er ulike grunnleggande verdiar og syn som ligg til grunn for kva mål som vert bestemt. Det er ikkje alltid klart kven som skal bestemme mål. Alle sektorleiarane gjev uttrykk for at dei har størst fokus på dei mål og krav staten kjem med.

Planar skal gje oversikt og kan såleis seiast å vere ”kart” eller ”skisse”. Utforming av planar kan verte påverka av forhold som kven, kvar, kortid, korleis. Ståstad, verdiar, utdanning, tid og liknande kan påverke resultatet av planen. Eit spørsmål som er aktuelt å stille er då kven som skal teikne kartet, lage skissa og få på plass ein oversikt? Er det rimleg at t.d.

psykiatriplan skal utarbeidast av folkevalde i ein kommune, saman med fagpersonar, om kva behovet for tenester er, utan at brukargruppene er representert i planarbeidet? I teorien er planlegging nemnt som ein aktivitet der ein vektlegg vitskapleg basert tenking og bruk av logisk-analytisk tenking. Sentralt i planlegging er fastsetjing av mål, avklare kva ressursar ein har og treng, samt kva som skal til for å nå bestemte mål (Skjørshammer 2004). Planlegging kan definerast på mange måtar og i ein organisasjon er det planlegging på mange ulike nivå. Det er overordna planar, t.d. i høve kommunen sin økonomi, det er delplanar som gjerne seier noko om prioriteringar innan den enkelte sektor, planar for dei ulike spesialeiningane og planar for den einskilde brukar. I litteraturen er planlegging ofte knytt til utviklingsarbeid. I den samanheng er planlegging tilrettelegging der prosessen på veg til målet er sentral, meir enn kontroll og styring (Levin og Klev 2006).

Eg tenkjer meg organisasjonar som dynamiske einingar. Dette inneber at organisasjonar vert påverka av prosessar i organisasjonen, kva som påverkar utanfrå og kva som kjem ut av aktiviteten innad i organisasjonen. Det er rimeleg å tenkje at det stadig er endringar i organisasjonen, og slik sett er den i stadig utvikling. Funksjonen ved planlegging er samstundes å ivareta organisasjonen og brukaren sitt behov for kontinuitet, kvalitet og effektivitet.

Ein kan difor gjerne hevde at planlegging er ein kunnskapsteoretisk øving, samstundes som det å planlegge er det konkrete handlingsrom. Dette kan vidare strekkast til at planlegging er *kompromi*, på den måten at det er ei samordning mellom ulike omsyn og interesser (Skjørshammer 2004).

Kommunikativ planleggings teori er teoriar som legg vekt på at endringar skal bevege seg nedanfrå og opp. Denne prosessorienterte teorien legg vekt på brei deltaking. Eit resultat av denne forma for planlegging er at makta over kunnskap og handling vert desentralisert. Beslutningane som kjem ut av kommunikativ planlegging representerer allmenne interesser (Amdam og Amdam, 2000).

Sektorleiarane har til felles at plan og prioriteringar vert gjennomført på ulike nivå i sektoren. Overordna kommunale planar gjev grunnlag for budsjett og prioriteringar. Fagspesifikke planar vert prioritert der staten yter økonomisk øymerka tilskot. Dei tre kommunane er ulike med tanke på *korleis* planarbeidet vert gjennomført, men har til felles at brukarane deltek via høyringar, representert av medlemmer i interesseorganisasjonar. Elles vektlegg alle tre kommunane brukarundersøkingar som vesentleg med tanke på endringar og forbetringar. Dette kvalitetsarbeidet skal sikre at brukarane vert imøtekomne og høyrte. Brukainformantane hadde ikkje delteke på spørreundersøking. To av dei hadde orientert seg mot, og meldt seg inn i, interesseorganisasjonar. Dei to opplevde at kontakten mellom kommune og interesseorganisasjonen gjekk ein veg. Ingen av dei hadde opplevd å få informasjon, invitasjon eller initiativ frå kommunen.

Brukarane formidlar at definering av kva som eigentleg er deira problem og utforming av mål i høve til helsesvikt, i liten grad er eit tema. Dei opplever at konkretisering av mål er til dels fråverande og dei er usikre på kva mål hjelpeapparatet eventuelt har.

5.5 Oppsummering

Samfunnspolitiske krav og statlege føringar legg vekt på at personar med samansette hjelpebehov over lang tid, skal få samordna tenester. Nokre ”grep” har vore endringar i lovverket, øyremerka økonomiske tilskot til kommunane, rapporteringstiltak og føreskrifter. Det ser ut til at øyremerka tilskot frå stat til kommune fører til at det vert prioritert å jobbe med det bestemte fagfeltet dette gjeld. Det er likevel mykje som tyder på at brukarane ikkje opplever å få samordna og heilskapelege tenester. Fokuset på planarbeid er på eit meir overordna nivå, sjølv om ordlyden i plandokument og overordna mål uttrykker heilskap og koordinert tenester. Mellommenneskelege forhold som går på kommunikasjon, respekt og likeverd, er vesentlege komponentar for brukarane. Mål om medverknad, tverrfagleg samhandling og heilskapelege tenester er det ulik oppfatting om kor vidt dei er nådd.

Idet fylgjande vil eg oppsummere funna og trekke fram deler ved dei som kan vere interessante for eventuell vidare forskning.

6 OPPSUMERING

I dette kapittel vil eg samanfatte resultata av undersøkinga. Systemteorien vel eg å kommentere i her. Grunnen til det er at den er mykje diskutert og den har spesielle karakteristiske trekk, samt at den står i kontrast til den rasjonelle organiseringsforma som, som dei tre kommunane har. Til slutt trekk eg fram tre tema frå undersøkinga, som eg tenkjer kan vere aktuelle for eventuell vidare forskning.

6.1 Konklusjon

Dei ulike brukarinformantane er i kontakt med ulike deler av hjelpeapparatet. Psykiatriteneste, lege, sosialkontor (avlastningsordning, støttekontakt, økonomisk sosialhjelp), fysioterapi og helsestasjon. I to av kommunane er oppveksttenester organisert saman med helse- og sosialtenester. To av brukarinformantane har kontakt med skule og barnehage. I tillegg til kommunale tenester, kjem alle brukarinformantane inn på sine erfaringar med den kontakt dei har med trygdekontor. To av sektorleiarane har sitt kontaktnett i hovudsak utanfor helse- og sosialsektoren.

Føremålet med oppgåva var blant anna å sjå kva sektorleiarane gjer for å legge til rette for samordna og heilskaplege tenester. Alle tre sektorleiarane i kommunal helse- og sosialsektor, som vart intervjua, var oppteken av at tenestemottakarar skal få kvalitativ gode tenester. På ulikt vis er dei oppteken og legg til rette for tverrfagleg samhandling, som igjen skal bidra til heilskaplege tenester.

Ein kommune (A) har tettare kontakt med dei tilsette i sektoren. Dette er eit bevisst val. Han har prioritert å ha mindre nettverk utanfor organisasjonen, grunna med at han vil bruke tid og krefter på dei som er ein del av hans system. Dette syner det er ein viss valfridom i høve til korleis leie ein organisasjon. Samstundes kan det virke som dette kan foreinast med strenge krav om oppfylging og rapportering til staten. I denne samanhengen vil eg ta meg fridom til å kome inn att på at holdningar og verdiar er med å styre aktiviteten. Dei to andre sektorleiarane prioriterer annleis med tanke på nærleik til tilsette i systemet og brukarane. Sektorleiarane sin faglege bakgrunn er forskjellig. Den forskjellen er i at to av sektorleiarane har utdanning i økonomi og realfag, medan ein av dei er utdanna sosionom (A). Med ei profesjons utdanning, der faget er retta mot å legge til rette for at brukarar si "livsverd" er vesentleg i arbeidet med å

tilby tilrettelagte tenester, vil det truleg vere eit verdigrunnlag som fører til forståing og empati for brukarane sin situasjon. Samstundes kan kunnskap og bevisstheit om dei ulike fagområde vere større enn hjå dei andre sektorleiarane med anna fagbakgrunn. Ein måte å forstå den forskjellig aktiviteten hjå leiarane på, kan også vere kva fagleg retning dei er innanfor. Som leiar påverkar ein kulturen i systemet og kulturen i systemet kjem til uttrykk i møtet med andre. Dette kan ha betydning for prioriteringar i høve til samhandling, samt at han veit kva utfordringar og etiske dilemma dei tilsette kan møte i jobbkvardagen. Sektorleiar med realfagbakgrunn (C) har i tillegg pedagogikk. Han er oppteken av at tilsette skal medverke i utviklingsprosessar. Med det som utgangspunkt har han lagt til rette for at tilsette med ulik fagleg ståstad skal kome saman for å dele kunnskap og utforme planar.

Den ny Arbeids- og Velferdsetaten er to av sektorleiarane (A og C) oppteken av. Dei vonar at samordna og heilskaplege tenester til brukarar skal verte betre når desse kontora er etablert. Dette vert grunngeve blant anna med at ulike tenester vert plassert under "same tak" og dermed kan brukarane gå inn *ei* dør. Brukarane ytrar sine erfaringar som dei har i høve til trygdekontor. Erfaringar frå å vere i interaksjon med trygdekontoret er regelstyring, lite fleksibilitet og mistenkeleggjering.

Leiarane framstår som ulike i høve til kva dei vektlegg når dei gjeld kontakten mellom seg og dei tilsette dei er leiarar for. Ein av dei (B) møter dei ulike tenesteleiarane frå dei ulike instansane, ein gong i månaden og kvar for seg, som ei systemisert ordning. Målet med dei møta er rapportering og status. Tenesteleiarane i denne kommunen har ansvar for fag, personell og økonomi. Måla for tenestene er utforma på eit politisk nivå. Det ser ut som det er forholdsvis liten kontakt mellom dei ulike aktørane i systemet og at det er lite rom for innverknad. Faglege diskusjonar, utveksling av kunnskap, vere støtte for kvarandre og samhandling på tvers krev at det er oppretta kontakt og at tryggleik er lagt til grunn i den kontakten. Sektorleiar i den kommunen skal formidle status til det politiske miljø, som har ansvar for utforminga av budsjett og planar. Med denne organiseringsforma, peikar han på at organisasjonen består av fleire lukka system. Med "tette skott" mellom systema, kan det føre til lite tverrfagleg samhandling. Sektorleiar B formidlar å ha forholdsvis liten kontakt med tilsette "nedover" i systemet. Dette til tross for at dei har mål for tenestene som tilseier at nærheit og dialog er ein føresetnad. Det kan virke som ei stor utfordring å lede ein organisasjon med mange aktørar på mange nivå, samstundes som å sjå til at ytre krav vert innfridd. Dersom dei ikkje vert innfridd, vil det få alvorlege konsekvensar for organisasjonen.

Det er stort spenn mellom det som er brukarane sin opplevingar og det sektorleiarane formidlar. Spennet handlar om samordning av dei ulike tenestene og i kva grad brukarane opplever å få heilskaplege tenester. Dette spennet gjeld først og fremst i kommune B og C. Brukarane i kommune A er nøgd med tilboda. Sektorleiarane seier at tenestene skal vere kvalitativ gode. Utarbeiding av planar og prioriteringar vert i hovudsak styrt av rammene som politikarar har nedsett i budsjettplan. Statleg øyremerka økonomiske tilskot legg føringar for prioriteringar. Kommunen skal rapportere attende til staten at t.d brukarmedverknad er eit satsingsområde og eit mål dei skal nå. Ein av sektorleiarane har lagt til rette for at samhandling på tvers av faginstansar skal vere mogleg.

Sektorleiarane brukar generelle og normative uttrykk, samt dei snakkar i ”store” ord. Brukarane operasjonaliserer ord og mål, meir enn kva sektorleiarane gjer. Når brukarane snakkar om medverknad, heilskaplege og samordna tenester, formidlar dei meir kva som er viktige komponentar i kvart av desse omgrepa. Dei legg vekt på relasjonar og kommunikasjon, i mykje større grad enn sektorleiarane. I høve til relasjon peikar dei på faktorar som å bli trudd, ha ”god kjemi”, få godt inntrykk av kvarandre, gjensidigheit og tillit. Sentralt i høve til tillit nemner dei å verte anerkjend med tanke på eiga oppfatning av problem og forslag til løysing. Fleire av brukarinformantane opplever at det er lite samsvar mellom kva dei ulike hjelpeinstansane formidlar. Dette fører til at tenestemottakarane vert uttrygge og veit ikkje kva dei skal forholde seg til. Dei er i kontakt med fleire hjelparar, men dei er prisgitt kven desse hjelparane er.

Sektorleiarane er leiar for legetenestene. I ein kommune har dei lagt til rette for at legane skal vere med i tverrfagleg samhandling, ved å gje dei økonomisk kompensasjon. Utover det, meiner dei tre leiarane at dei ikkje har råderett over legane.

Individuell plan har sektorleiarane forventningar om at brukarane skal få tilbod om. Fleire brukarar har erfaringar som tilseier at individuell plan er noko dei ikkje har høyrte om. Dei som har fått utarbeidd ein plan, opplever at den ikkje vert fylgd opp. Individuell plan skal vere eit ledd i arbeidet med å legge til rette for medverknad. Brukarane ynskjer å få fortelje om sin situasjon, vere med å bestemme framdrift, samstundes som dei ynskjer at hjelpeapparatet skal bidra med sin kompetanse for å få framdrift. Når hjelparane ikkje strekk til, ynskjer brukarane at hjelparen skal finne andre alternativ og samhandle med andre som kan bidra. Brukarane i to av kommunane har erfaring med at dette ikkje skjer. Sektorleiarane er klar over målet, statlege føringar og juridiske krav i høve til IP. Dei har ikkje lagt til rette for at kommunen

skal ha ein felles IP, felles forståing av kva IP, felles haldning til kva arbeidet med IP skal vere. Alle sektorleiarane er oppteken av brukarmedverknad. I to av kommunane meiner dei at spørreundersøkingar er ein del av brukarmedverknaden. I tillegg sender dei fagspesifikke planar til høyring i interesseorganisasjonar.

Funna viser at IP som verktøyet ikkje vert tilbudd til alle, samt at det ikkje fungerer etter intensjonen. Ansvarsgruppe er ei arbeidsform som kan nyttast for å samle ressursar, avklare ansvar og oppnå dei same måla. Av dei brukarane som har fått skipa ansvarsgruppe, er det ein (A1) som opplever at dette er ei arbeidsform som fungerer. Han er godt nøgd med at dei hjelparane han er avhengig av er samla om ansvarsavklaring, mål og framdrift. Han er trygg på at han får den samordna og heilskapleg hjelpa han treng.

Dei fleste brukarinformantane opplever meir støtte i sitt private nettverk, enn i hjelpesystemet. Dette samsvarar ikkje med sektorleiarane sine forventningar og mål om individuelt tilrettelagde, kvalitativ gode og samordna tenester.

Brukarane sine opplevingar av interaksjon med einskilde hjelparar på mikronivå er gode. I det direkte møte med *ein* hjelpar er relasjonelle og kommunikative viktige komponentar ofte tilstades. Dette kan tolkast som at den profesjonelle utøvar arbeidet med kunnskap, haldningar og verdiar som er til glede og nytte for brukarane. Denne profesjonelle kompetansen er ikkje systematisert, organisert eller planlagt på ein slik måte at dette er ei ordning. Det er meir ein tilfeldigheit. utfordringane er samordninga og interaksjon mellom dei ulike aktørane på makro nivå.

6.2 Systemperspektiv på helse- og sosialsektor – ein paradoksal tanke ?

Det som kjenneteiknar systemteorien er at ein kan ikkje uttrykke heilskap ved å sjå på einskilde delar. Eit system er noko samansatt, som ”*utmerkar seg gjennom mengda av gjensidig relasjonar*” (Kneer og Nassehi , s. 25 1997). Bakgrunnen for den framvekst og det fokus systemteorien har hatt, var ein reaksjon på organisasjonar si oppdeling av fagspesifikke einingar. Denne oppdelinga har ført til spesialiserte system, som er meir eller mindre lukka.

Kva teoriar og perspektiv som er nyttige og som skal råde, kan vere endelause diskusjonar. Innan meir klassiske organisasjonsteoriar, finn vi styringsformer som t.d New Public Management (NPM). Denne styringsforma er dominert av økonomiske verdiar. Dette har

medført at leirolla langt på veg har dreia seg om å føre kontroll, blant anna ved hjelp av standardiserte evaluerings- og målingsverktøy (Eikås og Djupvik 2002).

Helse- og sosialtenestene kan forståast som eit system i lys av systemteorien. Det som kjenneteiknar organisasjonen, er då at det består av ulike aktørar i ulike rollar, som alle er gjensidig avhengig av kvarandre. I motsetning til NPM, kjenneteiknar systemperspektivet på organisasjon at det vert lagt til rette for dynamiske, fleksible, kommunikative prosessar der det er openheit kring meiningar og tydingar. Ved kommunikativ planlegging kan leiar syte for at alle involverte får kome med sine grunngjevne argument og meiningar. Felles diskurs for partar som er i interaksjon vil bidra til tilavklaringar som gjer det lettare å utarbeide felles mål, samt felles plan for korleis mål skal bli nådd. Sjølv om det i organisasjonen er sub-system, lukka system som kan "leve sitt liv" meir eller mindre uavhengig av andre, kan ein med eit systemperspektiv legge vekt på interaksjonar på eit makro nivå.

Dei tre kommunane i undersøkinga har organiseringsform som har trekk frå den klassiske rasjonelle byråkratimodellen. Det er nokre likskapleg trekk med både NPM og Scientific Management. Det kommunale systemet er igjen ein del av eit større heile. Staten er ein del av det kommunale nettverket og aktivitet her påverkar aktiviteten i kommunal sektor.

Kommunane med sine organiseringsformer må til ein viss grad tilpasse aktiviteten til dei krava. Det som har synt seg er at krav og føringar i høve til brukarmedverknad har fått stor merksemd. Men samstundes er det både krav og forventningar til effektivisering. I undersøkinga kjem det fram at IPLoS og KS sine spørreundersøkingar vert nytta som eit ledd i dette. Det er innført stadig nye regulerings system som skal indikere kvalitet og effektivitet. Resultata i offentlege helse- og sosialtenester er vanskeleg å måle. Ein kan diskutere om dagens organiseringsform i desse tre kommunane kan foreinast med brukarane si vektlegging på relasjonelle og kommunikative verdiar. Ein av sektorleiarane har teke nokre val i høve til tilknytning og samspel. Dette betyr at det kan likevel vere mogleg å ha ei eklektisk tilnærming til korleis ein som leiar kan planlegge, prioritere og legge til rette. Med utgangspunkt i systemperspektiv kan ein kartlegge og inkludere dei som til ei kvar tid er i interaksjon med kvarandre. Jobben må då heile tida vere justert etter *kven* som er deltakarar og på kva slags nivå. Fokus på dei menneske som er del av systemet, menneska sine ressursar og evner til å løyse problem er relasjonelle, kommunikative prosessar som får fram krafta i systema. Nettverkskart kan vere hjelpemiddel som gjev oversikt over kven den einskilde brukar opplever er ein del av nettverket. På same måte kan kart gje oversikt over den einskilde hjelpar sitt nettverk. To av sektorleiarane har definert sitt nettverk meir utanfor helse- og

sosialsektor, enn innanfor. Oversikten eit kart gjev, kan gje nye bilde og ny bevisstgjerung på kven som er eller bør vere aktuelle samhandlingspartar. Ut i frå ein systemisk tankegang vert leiartutfordringa å kunne koordinere alle involverte partar sine forventningar, haldningar, handlingar, følelsar og kunnskap mot felles mål. Dette krev dialog og openheit.

6.3 Tankar om vidare forskning på samordna og heilskaplege tenester

På bakgrunn av funna er det fleire sider ved sektorleiing og samordna og heilskaplege tenester til brukarar som kunne vore interessant å forska vidare på.

Eg vel å trekke fram tre av dei områda eg meiner både kunne vore nyttig, interessene og eigna for forskning.

- Dei ulike profesjonelle fagpersonar i kommunal helse- og sosialteneste skal ha kunnskap til å møte brukarar med sine problem og vanskar. Å vere profesjonell inneber at ein har ulik kunnskap. Skau (2005) peikar på at denne kunnskapen er tredelt og består av fagleg kompetanse, personleg kompetanse og den kompetanse ein får ved erfaring. Det ville vore interessant å sett på korleis systematisert samhandling mellom tilsette innan same system, men på tvers av fageiningar, kan bidra til kompetanseutvikling, der det vert lagt vekt på at alle desse tre komponentane er like viktige.
- Det er allereie verktøy og metodar i den kommunale helse- og sosialteneste som vert nytta for å måle kvalitet og effektivitet. For at helse- og sosialsektor skal framstå som velfungerande, føreset det at både etiske dimensjonar og verdiar er på plass. Det ville difor vore interessant å forska vidare på om arbeidsformer som med utspring frå systemtanken, kunne vore nyttige. Kan t.d. nettverkskartlegging, nettverksintervenering og økologisk utviklingsmodell, som vektlegg relasjon og interaksjon, vere nyttig arbeidsreiskap for systemovergripande heilskaplege og samordna tenestetilbod?
- Eit siste tema for forskning er leiing av ulike profesjonar. Å lede organisasjonar som skal gje hjelp og støtte til menneske med samansette vanskar, samstundes som administrative oppgåver skal gjennomførast, er omfattande. På bakgrunn av undersøkinga kan det sjå ut som om at dei profesjonelle yrkesutøvarane er i nært samarbeid med brukarane og at dei er eigenrådige i utøvinga av yrket, men dei har forholdsvis liten kontakt med andre profesjonar.

Det ville vore interessant å sett på korleis leiing kan legge til rette for
”instansovergripande” utvikling av kollektive mål og ideologiar i profesjons system.

AVSLUTTING

Eg valde å bruke to ulike grupper av informantar. Bakgrunnen for dette var i hovudsak å sjå på likskap eller spennet som er i mellom desse to ulike gruppene frå det same system.

Spørsmåla i problemstillinga var kva sektorleiar legg vekt på for at tenestene skal vere samordna og heilskaplege. Dei tre kommunane har i meir eller mindre grad samhandlingsarena for tilsette i organisasjonen. Dei snakkar om individuell plan og ansvarsgruppe som metodar for medverknad, samordning og heilskap. Det er ingen formalisert og utkommunisert felles kunnskap eller mal for utøving av desse metodane. Tenestemottakarane opplever at i hovudsak at IP og ansvarsgruppe ikkje fungerer.

Sektorleiarar og brukarane har ulike opplevingar, ulike definisjonar av omgrep og vektlegg ulike verdiar når ein snakkar om heilskaplege og samordna tenester. Med utgangspunkt i systemisk tenking og økologisk modell, er det mogleg å tenkje at desse to gruppene tilhøyrer deler av eit stort system. Bevegelsar og aktivitet på det eine nivået, vil få konsekvensar for dei omliggande nivåa.

Det er ei stor utfordring for sektorleiarane å ivareta heilskapen, samstundes med å ivareta delane. Kommunal forvaltning har vore gjennom organisasjonsendringar . Desse har ført til at kvar kommune står fritt til korleis organisasjonsmodellar dei vel. Det som er felles for dei alle er staten sin styrings - og kontrollfunksjon. Som nemnt tidlegare er øyremerka tilskot ei drivkraft og ”gulrot” for fattige kommunar. Men dette inneber samstundes eit omfattande rapportering attende til staten, om bruk av midlane. Det har vore spennande å samtidig fått oversikt over kva sektorleiarane vektlegg og kva som er med å påverkar deira arbeid, og brukarane sine opplevingar med å ta imot tenester som desse leiarane har eit overordna ansvar for.

LITTERATURLISTE

- Amdam, J. og Amdam R. (2000). *Kommunikativ planlegging. Regional planlegging som reiskap for organisasjon- og samfunnsutvikling*. Det Norske samlaget, Oslo.
- Andersen, T. (1996). *Reflekterende Processer. Samtaler om samtaler om sataler*. Dansk psykologisk Forlag
- Bateson, G: (2000). *Ecology of mind*. University of Chichago. Chicago
- Bertalanffy, L. V. (1968). *General systems theory. Foundation, development, application*. New York: Braziller
- Brodtkorb, E., Norvoll, R. og Rugsås, M. (2001). *Mellom mennsker og samfunn. Sosiologi og sosialantropologi for helse- og sosialprofesjonene*. Gyldendal Norsk Forlag AS. Oslo
- Bronfenbrenner, U. (1979). *The ecology of human development: Experiment by natur and design*. Cambridge: Harvard University Press
- Health and Welfare Canada. (1986). *Charter adopted at an international conference on health promotion*. Canada
- Ellingsen, K. E. (2007). *Selvmedbestemmelse: egne og andres valg og verdier*. Universitetsforlaget. Oslo
- Etzioni, A. (1978). *Moderne organisasjoner*. Tanum-Norli A/S, Oslo
- Fischer, G. og Sortland, N. (2001). *Innføring i organisasjonspsykologi*. Universitetsforlaget AS. Oslo.
- Fyrand, L. (2005). *Sosialt nettverk. Teori og praksis*. Universitetsforlaget AS. Oslo
- Grimen, H. (2004). *Samfunnsvitenskaplig tenkemåte*. Universitetsforlaget AS. Oslo
- Grønmo, S. (2004). *Samfunnsvitenskaplege metoder*. Fagbokforlager. Bergen
- Habermas, J. (1999). *Kommunikativ handling, moral og rett*. Tano Aschehaug
- Hatch, M. J. (2001). *Organisasjonsteori. Moderne, symbolske og postmoderne perspektiver*. Abstrakt forlag as
- Haugsgjerd, S. (1970). *Nytt perspektiv på psykiatrien*. Pax Forlag A/S, Oslo.
- Hummelvoll, J. K. (1988). *Helt – ikke stykkevis og delt*. Gyldendal Norsk Forlag A/S. Oslo
- Jacobsen, D. I. og Thorsvik, J. (1997). *Hvordan organisasjoner fungerer. Innføring i organisasjon og leiing*. Fagbokforlaget. Bergen
- Kaufmann, G. og Kaufmann, A. (1996). *Psykologi i organisasjon og leiing*. Fagbokforlaget. Bergen
- Klefbeck, J. og Ogden, T. (1996). *Nettverk og økologi. Problemløysande arbeid med barn og unge*. Universitetsforlaget A/S, Oslo 2003
- Kneer, G. og Nassehi, A. (1997). *Niklas Luhmann. Introduksjon til teorien om sociale systemer*. Hans Reitzels Forlag a/s, København
- Larsen, R. P. (2002). *Praktisk undervisingslære*. Cappelen akademiske forlag. Oslo
- Lauvås, K. og Lauvås, P. (2004). *Tverrfaglig samarbeid – perspektiv og strategi*. Universitetsforlaget. Oslo

- Leavitt, H. (1964). Applied organizational change in industry: Structural, Technological and humanistic Approaches. I: *New Perspectives in organization research*.
- Levin, M. og Klev, R. (2002). *Forandring som praksis. Læring og utvikling i organisasjoner*. Fagbokforlaget. Bergen.
- Mintzberg, H. (1979). *The structuring of Organizations*. Englewood Cliffs, NJ: Prentice Hall
- NOU 2004:13. *En ny arbeids- og velferdsforvaltning. Om samordning av aetat, trygdeetat og sosialetat sine oppgaver*. Sosialdepartementet. Oslo
- NOU 2004:18. *Helhet og plan i sosial- og helsetenester. Samordning og samhandling i kommune*. Helse og omsorgsdepartementet og Arbeids- og sosialdepartementet. Oslo
- Robberstad, H. (2002). *Kommunepsykiatri. Pioner, vekst og utvikling*. Fagbokforlaget, Bergen
- Schiefløe, P. M. *Mennesker og samfunn. Innføring i sosiologisk forståelse*. Fagbokforlaget. Bergen
- Skau, G. M. (2005). *Gode fagfolk vokser. Personleg kompetanse i arbeid med mennesker*. J. W Cappelen Forlag a.s. Oslo
- Skjørshammer, M. (2004). *Betre planlegging i helsesektoren. I et systemisk perspektiv*. Høyskoleforlaget AS
- Sosial- og helse direktoratet: (2005). *Veileder for individuell plan*.
- Spurkeland, J. (1998). *Relasjonsledelse*. Tano Aschehaug. Oslo
- Strand, T. (2001). *Ledelse, organisasjon og kultur*. Fagbokforlaget, Bergen
- St.meld. nr.14: (2002-2003). *Samordning av Aetat, trygdeetat og sosialtenesten*.
- St.meld. nr. 21: (1998-99). *Ansvar og meistring. Mot ein heilskapleg rehabiliteringspolitikk*
- St.meld. nr. 41: (1987-1988). *Helsepolitikk mot år 2000*. Nasjonal helseplan. Sosialdepartementet.
- St.meld. nr. 50: (1996-97). *Handlingsplan for eldreomsorg. Trygghet-respekt-kvalitet*. Helse og omsorgsdepartementet.
- Vatne, S. (1998). *Pasienten først?: Om medvirkning i et omsorgsperspektiv*. Fagbokforlaget. Bergen
- Sætnan, A. R. (1986). *Frå ide til handling: betre service i kommunale helsetenester*. NIS rapport (SINTEF: 1974-1987). Trondheim
- Weber, M. (1971). *Makt og byråkrati*. Gyldendal Norsk Forlag. Oslo
- Ørstavik, S. (1996). *Brukerperspektivet – en kritisk gjennomgang*. Notat. Institutt for sosialforskning. Oslo

Brit-Marie Follevåg
Avdeling for samfunnsfag
Høgskulen i Sogn og Fjordane
Postboks 133
6851 SOGNDAL

Vår dato: 14.03.2007

Vår ref: 16313/GT

Deres dato:

Deres ref:

TILRÅDING AV BEHANDLING AV PERSONOPPLYSNINGER

Vi viser til melding om behandling av personopplysninger, mottatt 05.02.2007. Meldingen gjelder prosjektet:

16313 *Samhandlende tenestestøtter og nøgde tenestemottakere. Eit studium i leiari si betydning for heilheitlege og koordinerte tenester, samt brukarane si oppleving av ta i mot tenester frå ulike instansar*

Behandlingsansvarlig *Høgskulen i Sogn og Fjordane, ved institusjonens overste leder*
Daglig ansvarlig *Brit-Marie Follevåg*

Personvernombudet har vurdert prosjektet, og finner at behandlingen av personopplysninger vil være regulert av § 7-27 i personopplysningsforskriften. Personvernombudet tilrår at prosjektet gjennomføres.

Personvernombudets tilråding forutsetter at prosjektet gjennomføres i tråd med opplysningene gitt i meldeskjemaet, korrespondanse med ombudet, eventuelle kommentarer samt personopplysningsloven/helseregisterloven med forskrifter. Behandlingen av personopplysninger kan settes i gang.

Det gjøres oppmerksom på at det skal gis ny melding dersom behandlingen endres i forhold til de opplysninger som ligger til grunn for personvernombudets vurdering. Endringsmeldinger gis via et eget skjema, <http://www.nsd.uib.no/personvern/endingsskjema>. Det skal også gis melding etter tre år dersom prosjektet fortsatt pågår. Meldinger skal skje skriftlig til ombudet.

Personvernombudet har lagt ut opplysninger om prosjektet i en offentlig database, <http://www.nsd.uib.no/personvern/database/>

Personvernombudet vil ved prosjektets avslutning, 01.06.2008 rette en henvendelse angående status for behandlingen av personopplysninger.

Vennlig hilsen


Bjørn Henrichsen


Geir Teigland

Kontaktperson: Geir Teigland tlf: 55 58 33 48

Vedlegg: Prosjektvurdering



Personvernombudet finner det utarbeidede informasjonsskrivet tilfredsstillende.

Ved prosjektslutt anonymiseres datamaterialet ved at identifiserende opplysninger slettes eller omkodes, lydopptak destrueres.

Vedlegg 2

FØRESPURNAD VEDK. DATAINNSAMLING I SAMBAND MED MASTEROPPGÅVE

I samband med masterstudie i organisasjon og leing ved høgskulen i Sogn og Fjordane, skal eg i løpet av våren 2007 gjennomføre nokre intervjuer som skal være grunnlag for data i masteroppgåva. Førebels arbeidstittel på oppgåva er: "Samhandlande tenesteutøvarar og heilskaplege og koordinerte tenester til mottakarar. Studie skal sjå på korleis tenesteleiarar legg til rette for samhandling og brukarar sine oppleving av å ta imot tenester frå fleire instansar.

Veileidar for prosjektet er Gro Kvåle, dr.polit og seniorforsker ved Agderforskning. Prosjektet er meldt til Norsk samfunnsvitenskaplig datateneste AS.

Underteikna er midlertidig tilsett ved Høgskulen i Sogn og Fjordane, avdeling for samfunnsfag. Erfaringar frå tidlegare arbeid og i min noverande jobb, gjer at eg stadig er engasjert i høve brukarar sin oppleving av å ta imot ulike velferdstenester. Eg vil sette søkelyset på brukarane sine subjektive opplevingar og tenesteleiarar sine tankar om heilskaplege og koordinerte tenester til brukarane.

Datainnsamlinga vil føregå ved kvalitative forskningsintervjuer. Intervjuet vil ha form av samtale, der informant og intervjuar reflekterer rundt tema som har med heilskaplege og koordinerte tenester å gjere. . Opplysingane som kjem fram, vil bli anonymisert og presantert i masteroppgåva. Konkrete brukarsaker vert ikkje drøfta og materiale som vert presentert skal ikkje kunne førast atnede til einskildpersonar.

Dersom det ikkje vert avtalt endringar underveg, skal opplysingane slettast innan utgangen av 2008.

For å kunne gjennomføre studiet er eg avhengig av å kome i kontakt med tre tenesteleiarar (for omsorg, sosial – og oppvekst i det kommunale hjelpeapparatet) og fire mottakarar av ulike tenester.

Deltakinga er frivillig og eg ber deg fyller ut vedlagte samtykke erklæring. Denne erklæringa er ditt ja på at du vil være informant og at du godkjenner premissane for vora samhandling.

Eg vonar det vert sett med velvilje på dette arbeidet.

På førehand takk !

Sogndal, den 31. januar 2007

Helsing

Brit-Marie Follevåg

Vedlegg 3

SAMTYKKE ERKLÆRING

Eg vil med dette gje samtykke til å bli intervjuet av Brit-Marie Follevåg i samband med masteroppgåve. Masteroppgåva sin førebelse tittel er ”samhandlande tenesteutøverar og mottakarar av koordinerte og heilskaplege tenester”.

Eg er ein av til saman sju informantar. Informantane er brukarar av ulike tenester og leiarar for ulike tenester. Mine opplysingar – saman med dei andre informantane sine opplysingar – vil bli presentert og brukt som grunnlag for analyse og drøfting i denne masteroppgåva. Opplysingane eg gir skal anonymiserast og skal ikkje kunne førast attende til meg. Dersom anna ikkje vert bestemt, skal opplysingane slettast innan utgangen av 2008.

Intervjuet vil være i form av dialog mellom meg og Brit-Marie Follevåg. Lengda på intervjuet vil vere frå 1-1 ½ time. Eg er kjent med og samtykker til at intervjuet vert teke opp på MP3 spelar. Innhaldet vert transkribert til skriftleg tekst og seinare bearbeida og analysert. Eg skal tillegg til intervjuet fylle ut eit skjema som gir opplysingar om kjønn, alder, yrke/utdanning og kva instansar eg har vore i kontakt med i offentleg helse tenester og andre velferdstenester/kva tenester eg er leiar for.

Dersom eg ynskjer det, har eg høve til å lese gjennom oppgåva før den vert skreve ut. Eg er kjent med at Gro Kvåle er veileidar og er difor ein nødvendig samhandlingspart for Brit-Marie Follevåg. Eg godkjenner at ho skal få ta del i opplysingar eg kjem med i samband med dette arbeidet.

Eg vil vidare stille meg til disposisjon dersom det er behov for oppklaring, utdjuping eller anna i samband med intervjuet eg gir.

Eg kan ta kontakt med intervjuar for å avklare, få svar på spørsmål og liknande – i etterkant av intervjuet og fram til masteroppgåva er avslutta i 2008.

Namn:

Adresse (e-post/post):.....

Telefon:.....

Dato:

Underskrift:

Erklæringa kan sendast til: Brit-Marie Follevåg, Leitev. 75, 6856 Sogndal

INTERVJUEGUIDE

SEKTOR LEIARAR I DET KOMMUNALE HJELPEAPP

A:

- 1) KVA TENESTER ER DU LEIAR FOR ?
- 2) KVA ER MÅLET I HØVE TENESTEUTØVINGA ?
- 3) DIN IDEOLOGI SOM LEIAR FOR DESSE TENESTENE ?

B:

- 1) KVA ER DET SENTRALE I PLANARBEIDET ?
- 2) KVA PÅVERKAR PLANARBEIDET ?

C:

- 1) KVA LEGG DU I BRUKARMEDVIRKING ?
- 2) YNSKJER DYKK BRUKARMEDVIRKING ?
- 3) KVA BLIR GJORT FOR Å LEGGE TIL RETTE FOR BRUKARMEDVIRKING ?
 - INDIVIDNIVÅ ?
 - GRUPPENIVÅ ?
- 4) KVA BIDRAG HAR BRUKAREN I SAMHANDLING ?
(INDIVIDNIVÅ)
- 5) ER DET MOGLEG Å SETTE BRUKAREN I SENTRUM – OG KVA SKAL EVT. TIL ?

D:

- 1) HEILHEITLEGE, KOORDINERTE TENESTE ER STATLEG MÅL – KVA PRAKTISERER DERE HER FOR Å NÅ DESSE MÅLA ?
- 2) KVA GJERAST FOR Å LEGGE TIL RETTE FOR TVERRFAGLEG SAMHANDLING ?
 - KVA FUNGERER I HØVE TVERRFAGLEG – ETATLEG SAMHANDLING OG KVIFOR ?
- 3) KVA ENDRINGAR SKULLE DU YNSKJE FOR Å BETRE TVERRFAGLE- ETATLEG SAMHANDLING ?

E:

- 1) TANKAR KRING KOMPETANSE I HØVE HEILSKAPLEGE OG KOORDINERTE TENESTER TIL BRUKARAR SOM TEK IMOT HJELP FRÅ ULIKE INSTANSAR ?
- 2) KVA KOMPETANSE MÅ TIL FOR Å OPPNÅ TVERRFAGLEG, TVERRETATLEG SAMHANDLING OG GJE BRUKARANE HEILHEITLEGE OG KOORDINERTE TENESTER ?

VEDLEGG 5

INTERVJUEGUIDE

BRUKARAR AV TENESTER INNAN HELSE- OG SOSIAL

KVA FOR TENESTER HAR DU HATT KONTAKT MED ?

KORLEIS HAR DU OPPLEVD DESSE KONTAKTANE ?

- dine subjektive opplevelsar og tankar

KORLEIS ERFARING HAR DU MED Å BLI TEKEN MED PÅ ABREIDET MED Å FORBEDRE DI EIGA HELSE ?

- kven er det som bestemmer
- kven er det som har kontroll

KVA HAR VORE DITT BIDRAG I SAMHANDLINGA MED HJELPEAPPARATET ?

KVA ROLLE HAR DU HATT I SAMHANDLINGA MED HJELPEAPPARATET ?

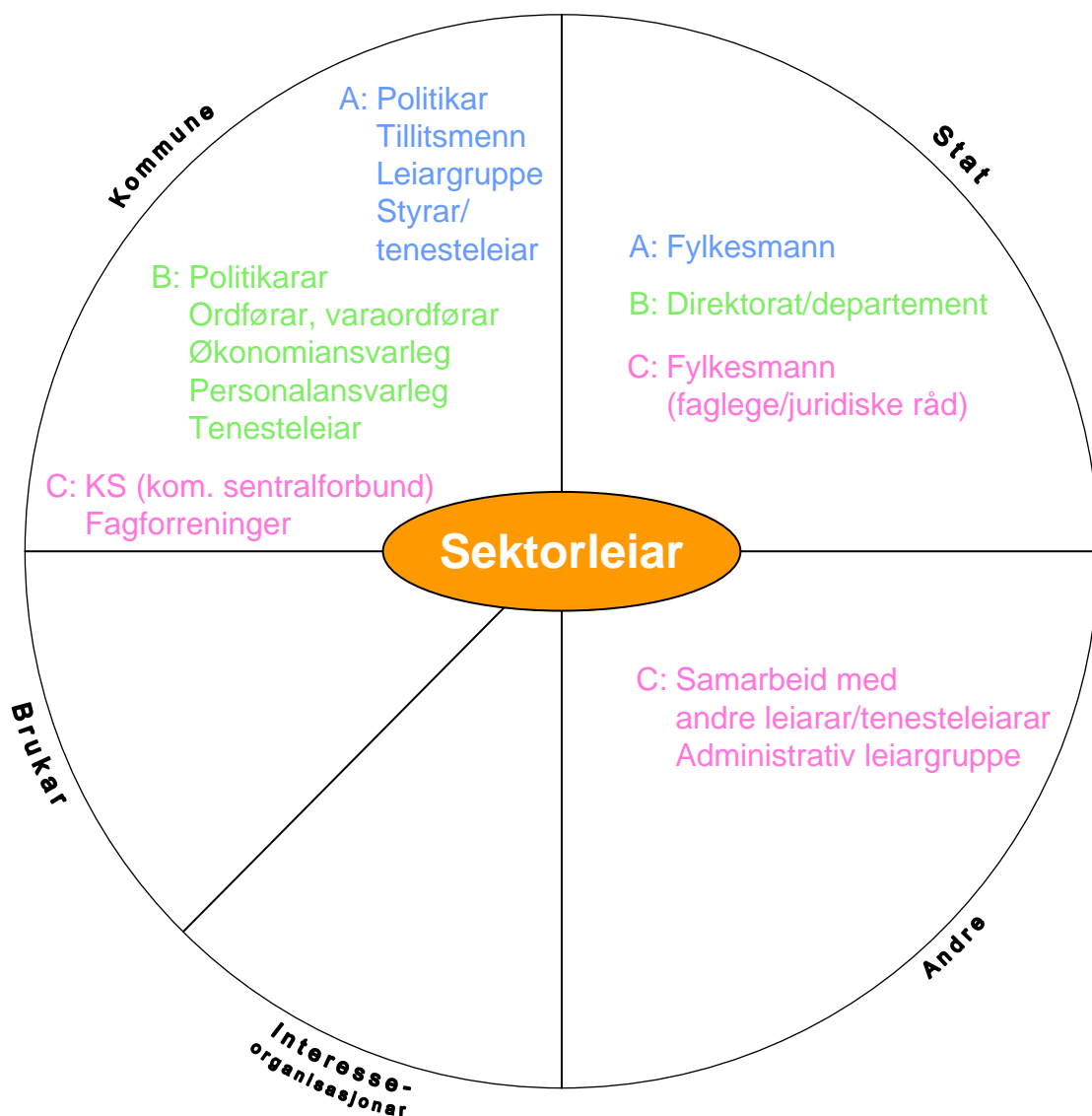
ER DET NOKON SOM HAR KOORDINERT TENESTENE DU MOTTEK ?

KOR VIDT OPPLEVER DU Å FÅTT HEILHEITLEG OPPFYLGJING ELLER TILBOD ?

INDIVIDUELL PLAN ?

NETTVERKSKART

Kommune A, B og C



NETTVERKSKART

Samla oversikt for brukarane

