

MASTEROPPGAVE

MPH495 Master i psykisk helsearbeid

Nord Universitet, Fakultet for sykepleie og helsevitenskap

Elin Sivertsen

«Å gjøre noe sammen vi ikke kunne gjort alene»

En kvalitativ studie om lavterskeltjenesten *Rask Psykisk Helsehjelp* som et interkommunalt psykisk helsetjenestetilbud.

"To do something together we could not do alone"

A qualitative study of a low-threshold service as an inter-municipal mental health service.

09.11.2017

Totalt antall sider: 74

Innholdsfortegnelse

Innholdsfortegnelse	
Sammendrag	
Forord	
1.0 Introduksjon	1
1.1 Bakgrunn for valg av tema	1
1.2 Studiens formål og problemstilling	2
1.3 Begrepsavklaringer	3
1.4 Beskrivelse <i>Rask Psykisk helsehjelp</i> tilbudet	4
1.5 Oppgavens disposisjon	4
2.0 Teoretisk rammeverk og tidligere forskning	5
2.1 Kommunalt psykisk helsearbeid	5
2.2 <i>Rask psykisk helsehjelp</i>	6
2.3 Interkommunalt samarbeid	7
2.3 Samhandling og samarbeid i helseorganisasjoner	8
2.4 Team	9
3.0 Metode	10
3.1 Vitenskapelig ståsted	10
3.2 Datainnsamling – kvalitative intervju	12
3.3 Utvalg og rekruttering	13
3.4 Gjennomføring av intervju	14
3.5 Dataanalyse	15
3.5.1 Transkribering	15
3.5.2 Tematisk analyse	16
3.6 Studiens kvalitet	20
3.6.1 Validitet	20
3.6.2 Reliabilitet	22
3.6.3 Overførbarhet	22
3.6.4 Transparens og refleksivitet	23
3.6.5 Forskerrollen og egen forforståelse	23
3.6.6 Forskningsetiske aspekter	24
4.0 Presentasjon av funn	26
4.1 Betydningen med å ha et interkommunalt selskap som prosessdriver for RPH	27
4.1.1 Initiativ og «om å finne de rette folka»	27
4.1.2 Kunsten å overleve som tjeneste	29
4.2 Evnen til å finne sin plass i fagfeltet gjennom samarbeid	31
4.2.1 Trenger vi dere da?	31
4.2.2 «Å sitte sammen ved samme bord»	32
4.3 Å kunne være et team på tvers av kommunegrenser	34
4.3.1 Om å holde sammen som team	34
4.3.2 Opplevelse av informasjon og beslutningsprosesser	36
4.4 Om «å gjøre sammen noe vi ikke kunne gjort alene»	37
4.4.1 Størrelse på nedslagsfelt og om å systematisk rendyrke metode	38
4.4.2 Størrelse på nedslagsfelt versus ressurser til å svare på behovet	38
4.4.3 Om å gi nære og fleksible tjenester	39
5.0 Diskusjon	40
5.1 Betydningen med å ha et interkommunalt selskap som «moderskip»	41

5.2	Felles samhandlingsarena	43
5.3	Et team – flere kommuner.....	46
5.4	Interkommunalt samarbeid som mulighetsskaper i det psykiske helsefeltet	48
5.5	Tilgjengelighet og fleksibilitet i en interkommunal kontekst	50
5.6	Et interkommunalt RPH prosjekt fra et innovasjonsaspekt	52
5.7	Studiens begrensninger og videre forskning.....	52
6.0	Oppsummering og konklusjon	54
6.1	Implikasjoner for praksis	55
	Litteraturliste	56
	Vedlegg 1 Godkjenning av NSD.....	62
	Vedlegg 2 Informasjon og samtykkeskjema	65
	Vedlegg 3 Tema og intervju guide	68

Sammendrag

Psykiske helseproblemer ses i dag som en av de største helsemessige samfunnsutfordringer, som krever en styrking og utvikling av lokalbaserte psykiske helsetjenester. På landsbasis finnes det få kommuner som har interkommunale samarbeidsløsninger i det psykisk helse feltet. Denne kvalitative studien undersøker erfaringer med ett slikt interkommunalt organisert lavterskeltilbud. Formålet er å belyse styrker og utfordringer knyttet til å skape, og yte et tilbud på tvers av kommunegrenser. Problemstillingen for studien er: *Hvordan erfarer Rask Psykisk Helsehjelp-teamet på Fosen å være organisert som en interkommunal lavterskel helsetjeneste?* Det ble gjort kvalitative intervjuer av fem fagpersoner tilknyttet pilotprosjektet *Rask Psykisk helsehjelp*. Tematisk analyse ble benyttet for analyse av datamaterialet.

Analysen identifiserte fire temaer; (1) betydningen med å ha et interkommunalt selskap som prosessdriver for prosjektet, (2) evnen til å finne sin plass i fagfeltet gjennom samarbeid, (3) å være et team på tvers av kommunegrenser, og (4) «Å gjøre noe sammen vi ikke kunne gjort alene». Temaenes styrker og utfordringer ble diskutert i lys av teori om interkommunalt samarbeid, om samhandling og samarbeid i organisasjoner, team og fra et brukerperspektiv. Studien identifiserer organisatoriske, faglige og brukervennlige styrker. Sterk styringskapasitet, god samarbeidskultur og mulighet til å skape robuste fagmiljø, påpekes som betydningsfullt. Tjenestens tilgjengelighet og fleksibilitet fremheves som brukervennlig og innovativt. Undersøkelsen fremhever også utfordringer med å posisjonere seg i fagfeltet, teamets sårbarhet, og ytre forhold som lokaliteter og tungvinte IKT løsninger. Studien indikerer for vesentlige styrker ved at mindre kommuner samarbeider om lavterskeltjenester, og kan gi økt kunnskap og forståelse om viktige vilkår for kommuner som velger samarbeidsløsninger for å gi forebyggende psykiske helsetjenester.

Nøkkel ord: *Psykisk helsearbeid – Rask Psykisk Helsehjelp – lavterskel– interkommunalt samarbeid.*

Abstract

Mental health problems rank among the largest health related challenges, and demands strengthening and development of mental health services that are rooted in the local community. Only a few inter-municipal collaborations within the mental health field are currently in place in Norway. The present qualitative study assesses experiences from one such inter-municipal low-threshold mental health service. The research question to be answered is: *What are the experiences made by the “Rask Psykisk Helsehjelp Team” at Fosen from being organized as an inter-municipal low-threshold health service?* Qualitative interviews of five professionals associated with the pilot project “Rask Psykisk Helsehjelp” (“Fast Mental Health Service”) were recorded and investigated using thematic analysis. The analysis identified four topics; (1) the significance of having an inter-municipal company as a key driver in the project, (2) each professional’s ability to find his or her place in the professional field through collaboration, (3) how well the team operates across municipality borders, and (4) “doing something together that we could not have done alone”. Strengths and challenges of each of the four themes were discussed, taking into account theory on inter-municipal collaboration, collaboration¹ in organizations and teams, and from a user perspective. The study identifies organizational, professional and user-friendliness strengths. Establishing a strong management capacity, a good culture for collaboration and enabling the formation of robust professional environments are central values. The accessibility and flexibility of the service are highlighted as user-friendly and innovative. The study also points at the challenges experienced by the professionals of positioning oneself in the professional field, the team’s vulnerability, as well as external factors such as collaboration across locations and lack of a common system for documentation. Collaboration among small municipalities in offering low-threshold services is found to be clearly beneficial. Specifically, such collaboration provides improved knowledge and understanding of important prerequisites to municipalities that collaborate on offering preventive mental health services.

Key words: Mental health services – IAPT – low-threshold – inter-municipal collaboration.

¹ Det engelske begrepet *collaboration* benyttes for å beskrive de norske begrepene *samarbeid* og *samhandling*.

Forord

Det er mange jeg ønsker å rette en takk til, når jeg nå ser enden av masterstudiet mitt.

Jeg vil i første rekke takke informantene som gjorde denne studien mulig, ved å sette av tid til intervju og delte sine tanker og refleksjoner i dette viktige fagfeltet. Det de meddelte ga læring og inspirerte meg som fagperson til å løfte blikket utover egen organisasjon for å lære av andre for å kunne utvikle gode psykiske helsetjenester.

Takk til min arbeidsgiver og leder Frode Båtnes som har muliggjort master studien, gjennom god tilrettelegging og tro på økt kompetanse i kommunale psykiske helse og rustjenester.

Jeg vil rette en spesiell takk til veileder Arve Almvik for god veiledning gjennom drøftinger, innspill og tro på prosjektet. Takk til biveileder Ottar Ness for nyttige innspill, og andre ved Nord Universitet som har gitt inspirasjon gjennom studieperioden.

Takk til Hege, som bisto som intervjustøtte og psykisk støtte ved innhenting av datamaterialet på Fosen. Takk til Ann Kristin, som jeg har delegert arbeidsoppgaver i bølter og spann til, og for gjennomlesing av oppgaven i en slutfase. Takk til resten av mine kollegaer som har gitt positiv støtte og forståelse for tidvis perifer tilstedeværelse. Takk til Daniele for gode refleksjoner og har bidratt til å løfte blikket mitt og tenke helhetlig og kritisk til egen praksis.

Takk til min medstudent Monica for nyttige refleksjoner og positiv støtte i denne studieprosessen.

Takk til venner og familie som har gitt positiv støtte, og til mitt opphav som har gitt meg troen på meg selv og arbeidsdisiplin.

Takk til Ken, Kevin og Ariel, mine nærmeste, som har vært tålmodig og støttende gjennom studieperioden.

Elin Sivertsen

November, 2017

1.0 Introduksjon

1.1 Bakgrunn for valg av tema

Folkehelseinstituttet anslår at omkring 50% av befolkningen som sliter med angst og depresjon, ikke får den hjelpen de trenger (Smith, Alves & Knapstad, 2016). Både internasjonalt og nasjonalt fremheves det betydningen av styrking og utvikling av tjenester innen psykisk helse (Helsedirektoratet 2011, 2014, 2015; Ose & Kaspersen 2016; Slettebakk & Ose 2013). Psykiske lidelser utgjør i dag en av de største helsemessige utfordringer for samfunnet og vil i 2020 trolig være den viktigste årsaken for sykdomsbelastning i vestlige land (WHO, 2013). Internasjonalt reises det kritikk, blant annet av OECD², hvor det etterlyses økt tilgjengelighet til sekundærforebyggende tiltak som lavterskel helsetjenester til mennesker med mindre eller moderate psykiske problemer (Helsedirektoratet, 2015). På nasjonalt plan har det pågått en betydelig styrking på feltet etter Opptrappingsplanen for psykisk helse (Sosial- og helsedepartementet, 1998). Her var likevel et hovedfokus på opprusting av tjenester til de med alvorlige psykiske lidelser i kommuner (Ramsdal, 2013). Et mindre fokus er blitt rettet på å forebygge psykiske helseplager (Helsedirektoratet, 2010; Myrvold & Helgesen 2009). Det uttrykkes at man ikke ser en tilfredsstillende utvikling av det forebyggende psykiske helsearbeidet, gjennom knappe ressurser og nedprioritering av forebyggende tjenester (Heggland, Gärtner & Mykletun 2013; Helsedirektoratet 2015). Det økte ansvarsoppgavene kommunen har med forebygging, tidlig intervensjon og diagnostikk, behandling og oppfølging, utfordrer helsetjenestene i dag og i årene som kommer (Slettebakk & Ose, 2013).

Forebygging og helsefremming er viktige kommunale oppgaver, og utspiller seg spesielt gjennom skolehelsetjeneste, helsestasjon, frisklivsentraler og kommunelegetjeneste. Disse rettes mot individer som har risikofaktorer eller har utviklet problemer. Med en målsetning om å redusere negative konsekvenser for den enkelte gjennom tidlig intervensjon og identifikasjon, er det mulig å forhindre videreutvikling og forkorte behandling (Helsedirektoratet 2015; Major et al. 2011; Norvoll, Andersson, Ådnes & Ose, 2006; Slettebakk & Ose 2013; WHO 2013). Flere kommuner har etablert brukernære lavterskel

² <http://www.oecd.org/>

helsetilbud, deriblant *Rask Psykisk helsehjelp* (RPH) som baseres på samtalerterapi, selvhjelp og mestringskurs. I lys av dette argumenteres det at alle kommuner bør utvikle RPH, som ses som en konkret metode og et verktøy (Asmussen & Steffensen 2016). For små kommuner som kan ha utfordringer med å skape robuste psykiske helsetjenester, bør det ses på samarbeidsløsninger mellom kommuner (Follevåg 2014; Myrvold & Helgesen 2009).

Nasjonale føringer har de siste tiår har uttrykt krav og intensiver for samarbeid på individ og systemnivå, som blir sett på som en vesentlig bestanddel for å skape nære og helhetlige tjenestetilbud til befolkningen. Det er opp til de enkelte regioner og kommuner å finne samarbeidsløsninger. Det finnes imidlertid liten tvil om at lokalbasert psykisk helsearbeid gjennom førstelinjetjenesten trenger å styrkes, for å lykkes med nasjonale krav og innbyggers behov innen psykisk helse (Rogan 2014; Haugsgjerd, Jensen, Karlsson & Løkke 2009; Helsedirektoratet 2011; Major et al. 2011; Ramsdal 2013). Det er i dette samhandlingsrommet, at også interkommunalt samarbeid kan la se utvikle.

1.2 Studiens formål og problemstilling

Et hovedformål med denne studien vil være å øke kunnskapsgrunnlaget om interkommunale samarbeidsløsninger om lavterskel psykiske helsetjenester. Økt kunnskap vil kunne gi en forståelse for hvilke forhold som kan være betydningsfulle, om kommuner velger samarbeidsløsninger om psykiske helsetjenester. Etter gjennomgang av teori og tidligere forskning, synes det å være få kommuner som samarbeider innen fagområdet psykisk helse på kommunenivå på et forebyggende eller sekundærforebyggende nivå. (Leknes et al. 2013; Myrvold & Helgesen 2009). Interkommunalt samarbeid i helse og sosialfeltet finnes i større grad innen PPT, NAV, legevakt og barneverntjeneste (Jacobsen 2014; Leknes et al. 2013), samt øyeblikkelig hjelp døgntilbud (Kvangarsnes, Hole, Teigen & Teige, 2016).

Myrvold & Helgesen (2009) påpeker at mindre kommuner ofte preges av små, personavhengige og sårbare fagmiljøer i det psykiske helsefeltet, og det er behov for å rette oppmerksomhet rundt samhandling mellom små kommuner. Det er derfor av interesse å undersøke det interkommunale samarbeidet som noen kommuner på Fosen har omkring lavterskeltilbudet *Rask Psykisk Helsearbeid*.

Med dette utgangspunktet er følgende problemstilling utviklet:

Hvordan erfarer Rask Psykisk Helsehjelp-teamet³ på Fosen å være organisert som en interkommunal lavterskel helsetjeneste?

For å avgrense problemstillingen er identifisert for å belyse to forhold:

1. Hvordan beskriver fagfolkene tilknyttet RPH prosjektet sine erfaringer om *styrker* med å skape og yte et interkommunalt psykisk helsetjenestetilbud?
2. Hvordan beskriver fagfolkene tilknyttet RPH prosjektet sine erfaringer om *utfordringer* med å skape og yte et interkommunalt psykisk helsetjenestetilbud?

Her ønsker jeg å belyse hvilke indre og ytre strukturer som erfares som betydningsfulle. Problemstillingen blir undersøkt i lys av relevant teori om organisasjon, samarbeid og samhandling, team og fra et brukerperspektiv med henblikk til begrepet lavterskel.

1.3 Begrepsavklaringer

Personene som undersøkes i denne studien er fagfolk tilknyttet RPH teamet, og vil i denne oppgaven bli omtalt som informanter eller deltaker. *Rask Psykisk Helsehjelp* blir i stor grad forkortet til RPH. RPH er et tjenestetilbud, men var fra starten av et nasjonalt pilotprosjekt, og dermed blir benevnelser som *pilot* eller *RPH prosjekt* benyttet. Nedenfor beskriver jeg hva som ligger i begrepene *erfaring* og *organisering*.

Erfaringer

Forskningsspørsmålet inneholder begrepet *erfaring*, og det kan være nyttig å definere kort hva som legges i begrepet. Erfaring beskrives å være kunnskap og viten man tilegner seg gjennom opplevelser. En kan skille mellom opplevelse og erfaring, ved at erfaring dannes med at opplevelser settes i forhold til tidligere erfaringer. Altså en erfaring kan ses som en mer bearbeidet tankeprosess som omfatter fortolkning og refleksjon. Erfaring ses som en betingelse for læring. Fra et sosiokulturelt perspektiv betraktes læring som et produkt av den vedvarende samhandlingen vi har med andre mennesker, hvor språkets rolle har avgjørende betydning gjennom meningsskaping og kunnskapsbygging (Helgesen, 2011). På denne måten henviser erfaring til informantenes selvforståelse og faglig bevisstgjøring av egen praksis.

³ RPH teamet som undersøkes inkluderer også en tidligere prosjektleder.

Organisering

Som profesjonell arbeider man vanligvis innenfor en eller annen form for organisert virksomhet. Organisasjoner setter rammer og legger føringer for hvordan man arbeider, og det er dermed viktig å ha organisasjonskunnskap for å kunne forstå, forklare og forbedre forholdene man arbeider innenfor (Irgens 2007; Orvik 2015).

1.4 Beskrivelse *Rask Psykisk helsehjelp* tilbudet

Rask Psykisk helsehjelp tilbudet på Fosen besto av et team på fire fagpersoner. De hadde helsefaglig utdanning på høyskolenivå med relevant kompetanse på psykisk helsearbeid, samt en psykolog. De var ved undersøkelses tidspunkt 1,9 årsverk. Dette teamet var en de første tolv pilotene som fikk midler fra Helsedirektoratet i 2012. *Rask Psykisk Helsehjelp* tjenesten på Fosen er det hittil eneste av pilotkommunene i Norge som er interkommunalt organisert. Det interkommunale selskapet Fosen Helse IKS⁴ er et interkommunalt selskap med seks eierkommuner. Det interkommunale selskapet utvikler og drifter ulike helsetjenester som eierkommuner eller helseforetaket ønsker å drive gjennom selskapet. Mange av tjenestene de har, betinger spesialisert kompetanse som er krevende for små kommuner å ivareta. De har blant annet legevaktsenter, ø-hjelps tilbud, DMS, jordmortjeneste og spesialpoliklinikk. *Rask Psykisk Helsehjelp* har sitt nedslagsfelt i fire av disse kommunene.

1.5 Oppgavens disposisjon

Etter innledningen beskrives det teoretiske rammeverket i kapittel 2. I kapittel 3 gjør jeg rede for metodiske valg og refleksjoner, og i kapittel 4 presenterer jeg funn fra analysen. Resultatene av analysen diskuteres i kapittel 5. Refleksjoner knyttet til studiens begrensninger og videre forskning presenteres også her. Oppgaven avsluttes med en oppsummering og konklusjon, samt gir noen refleksjoner om implikasjoner for praksis.

⁴ Fosen Helse IKS <http://fosen-helse.no/fosen-helse-iks/>

2.0 Teoretisk rammeverk og tidligere forskning

I dette kapitlet presenterer jeg den teoretiske rammen som vil ligge til grunn for denne studien, og som resultatene blir diskutert i lys av. Her vil jeg først beskrive hva kommunalt psykisk helsearbeid er, samt operasjonalisere begrepet lavterskel. Deretter vil jeg redegjøre for *Rask Psykisk Helsehjelp* som prosjektinitiativ og behandlingsmetode, som vil være konteksten rundt denne studien. Deretter presenterer jeg teori om fenomenet interkommunale samarbeid, og herunder tidligere forskning knyttet til interkommunale samarbeid i det psykiske helsefeltet. Videre velger jeg å belyse oppgaven i lys teori av samhandling og samarbeid i organisasjoner, som jeg ser som relevant for å plassere studien i dette strukturelle landskapet. Ettersom jeg undersøker erfaringer fra et team, vil jeg tilslutt presentere teori om team fra et sosialpsykologisk perspektiv.

2.1 Kommunalt psykisk helsearbeid

Det er per i dag 426 kommuner (SSBa, 2017) i Norge. Kommuner ses som en grunnleggende del av infrastrukturen i vårt velferdssamfunn og har en rekke basisoppgaver. Halvparten av kommunene har færre enn 5000 innbyggere og har store demografiske og geografiske variasjoner. Dette gir kommunene ulike vilkår for å utøve sine oppgaver (Major et al. 2011). Kommunalt psykisk helsearbeid er både et kunnskapsfelt og praksisfelt, og vil omfatte *forebygging, diagnostikk og funksjonsvurdering, tidlig hjelp og behandling forøvrig, rehabilitering, oppfølging, psykososial støtte- og veiledning, samt henvisning til spesialisthelsetjenesten* (Major et al. 2011, s. 137). For å gi gode tilbud til befolkningen, kreves det at kommunene har faglig kompetanse innen psykisk helsearbeid (Hjartnes Schjødt, Hoel & Onsøien, 2012; Ramsdal, 2013). Rapporten *Bedre føre var Psykisk helse: Helsefremmende og forebyggende tiltak og anbefalinger* (Major et al. 2011), anbefaler blant annet tiltak for mestring av angst, depresjon og søvnevansker i alle kommuner.

Lavterskeltjenester i psykisk helsearbeid

Lavterskeltilbudene kan ses som en del av kommunenes primær- og sekundærforebyggende arbeid (Norvoll et al. 2006). I det psykiske helsefeltet fins det ulike definisjoner av begrepet lavterskeltilbud, men Helsedirektoratet (Rodal & Frank, 2008, s. 11) anbefaler følgende operasjonalisering av begrepet:

- *Gi direkte hjelp uten henvisning, venting og lang saksbehandlingstid*
- *Kan oppsøkes av brukere uten betalingsevne*

- Være tilgjengelig for alle
- Kan tilby tidlige og adekvate tiltak, samt være en "los" videre i systemet for brukere, pårørende, familier, nettverk og lokalmiljø
- Inneholde personell med kompetanse til å oppfylle tjenestens formål
- Ha åpningstid tilpasset målgrupper og formål
- Høy grad av brukerinvolvering og aksept for brukerens ønsker/behov
- Fremstår som et synlig, tydelig, hensiktsmessig og tillitsvekkende sted for innbyggerne å benytte.

2.2 Rask psykisk helsehjelp

På oppdrag fra Helse- og omsorgsdepartementet i 2012, startet *Rask Psykisk Helsehjelp* (RPH) som et pilotprosjekt. Målet var å øke tilgang til kunnskapsbasert behandling rettet mot en målgruppe med lett til moderate angst, depresjon og søvn vansker. RPH baseres på kognitiv metode og har sitt utspring fra Storbritannia fra det godt etablerte engelske programmet *Improving Access to Psychological Therapy* (IAPT⁵). Metoden viser der gode resultater. RPH er tilpasset i større grad norske forhold. RPH skal være en gratis kommunal lavterskeltjeneste som kan oppsøkes med eller uten henvisning fra fastlege. Et hovedformål er at tilbudet skal være lett tilgjengelig, med tidlig tiltak uten ventetid og venteliste (Helsedirektoratet, 2016). De 12 første RPH-pilotene startet opp i 2012/2013 i ti kommuner og to bydeler i Oslo. Pilotene ble etablert gjennom en treårig tilskuddsordning fra Helsedirektoratet, med mål om lokal videreføring etter tilskuddsperioden. De første 12 pilotene er evaluert i en rapport fra Folkehelseinstituttet, og viser positive effekter (Smith et al. 2016). Per dato er det startet 23 piloter. En grunnleggende forutsetning for tiltaket er at teamet skal være tverrfaglig, inneha minst fire årsverk og skal ha en psykolog som har det faglige ansvaret. For å jobbe med *Rask Psykisk Helsehjelp* kreves en videreutdanning i kognitiv terapi. Behandlingen består av veiledning i selvhjelp, kortvarige terapeutiske samtaler eller gruppetilbud. Det forventes å ha tett samarbeid med fastlege og øvrige instanser. Evalueringsrapporten (Smith et al. 2016) fra de første tolv pilotene benyttes for å sammenlikne relevante aspekter i denne studien.

⁵ IAPT: Adult Improving Access to Psychological Therapies programme: <https://www.england.nhs.uk/mental-health/adults/iapt/>

2.3 Interkommunalt samarbeid

Interkommunalt samarbeid som fenomen har lange tradisjoner i offentlig forvaltning både internasjonalt og nasjonalt, og handler om noe som foregår *mellom* kommuner. Her forener to eller flere kommuner ressurser for å løse ulike oppgaver (Jacobsen 2014; Jensen 2014). Alle norske kommuner er tilknyttet ulike former for interkommunale samarbeid, som aktualiserer debatter omkring kommunestruktur. Dette omhandler spørsmål om demokrati og lokalt selvstyre, ved at beslutningsprosesser tas ut av kommunale forvaltningsorgan.

Interkommunale løsninger vurderes likevel som fornuftige løsninger når kommuner får stadig flere og mer komplekse oppgaver å løse (Jakobsen 2013, Jensen 2014; Leknes et al. 2013).

Kommuner har stor frihet til samarbeidsordninger, men er regulert av kommuneloven. Siden 2007 er det muliggjort nye modeller for interkommunalt samarbeid for å samarbeide om offentlig myndighetsutøvelse. Det finnes flere samarbeidsvarianter, alt fra

samkommunemodell, vertskommunemodell til samarbeid organisert som aksjeselskap eller interkommunalt selskap. Det kan også foregå samarbeid uten organisatorisk oppbygging og som uformelt læringsnettverk. Forskjellen i disse er graden av forpliktelse og styring (Jacobsen, 2013). Man kan skille mellom *styringssamarbeid* og *produksjonssamarbeid*.

Styringssamarbeid er samarbeid på et administrativt eller politisk nivå, mens produksjonssamarbeid er tjenesteytende for å produsere tjenester som kommunene har ansvar for (Jacobsen, 2014). Interkommunalt samarbeid som generelt fenomen for å løse

forvaltningsoppgaver har det siste tiår blitt evaluert gjennom flere studier og rapporter. Til tross det økende omfanget og sterke føringer på samarbeidsordninger er det likevel

overraskende lite forskning på hva som karakteriserer gode samarbeid i Norge (Kiland &

Jacobsen, 2011). Betydningsfulle faktorer for samarbeidsordninger beskrives imidlertid å omhandle strukturelle forhold som design og størrelse, ledelse, lokale kontekstuelle forhold

og tillit til hverandre (Jacobsen, 2014). Interkommunale samarbeid har for mange kommuner

innen flere områder vært viktig for å effektivt levere gode tjenester for innbyggere (Jacobsen

2014; Leknes et al. 2013). Evalueringer av kommunestrukturen i Norge (Kommunal -og

moderniseringsdepartementet, 2014) påpeker utfordringer knyttet til fagmiljøet i psykisk

helsearbeid i små kommuner. Det ønskes også utjevne tilbudet mellom små og store

kommuner. Fagmiljø beskrives å bli svært lite og kompetanse spres for mye på ulike tjenester

i egen kommuneorganisasjon. Mennesker med psykiske problemer trenger fagfolk med

spisskompetanse. Større kommuner gir gjerne gevinster gjennom større fagmiljø, hvor det

ofte er større bredde og variasjon i tjenesten. Dette lar seg enklere rekruttere fagfolk (Leknes et al. 2013; Jensen 2014).

Tidligere forskning på interkommunale samarbeid om psykiske helsetjenester er begrenset, spesielt i forhold til forebyggende tjenester. Interkommunale samarbeid i dette feltet omfatter i større grad samarbeid om oppsøkende team til mennesker med alvorlige lidelser, krisesenter eller læringsnettverk (ECON 2006; Homsy & Warner 2014; Myrvold & Helgesen 2009; Norvoll et al. 2006; Tjerbo, Zeiner & Helgesen 2012). Rapportene er ofte av kvantitativ karakter og beskriver i stor grad omfang og forekomst. Nasjonale studier om samarbeidsordninger er ofte mellom en eller flere kommuner og helseforetak, blant annet på Romerike (Dybvik Akre, Egeland, Dybvik Garpe, Wiggen Jørgensen & Vaskinn, 2015). Noen kommuner har imidlertid ulike varianter omkring samarbeidsordninger hvor dagsentra, nettverkskurs eller gruppekurs kan ses på som forebyggende virksomhet (Andreassen, 2004; Iversen & Folland, 2014).

2.3 Samhandling og samarbeid i helseorganisasjoner

Helsevesenet beskrives som et komplekst system, hvor spesialisering, kunnskap og kompetanse er sentrale i organisering av helse og omsorgsektoren. Fra et organisatorisk perspektiv vil fag og profesjonskunnskapen på den ene siden, og organisasjon og ledelse på den andre siden kreve et konstant behov for samhandling og samarbeid (Bukve & Kvåle 2014; Ramsdal 2004, 2013). En nyansering av begrepene kan være nyttig, fordi de brukes ofte om hverandre. Forskning viser at fenomenet og begrepet samarbeid er komplekst (D'Amour et al. 2005; Ødegård 2009). Både samarbeid og samhandling handler om *å gjøre noe sammen* eller *handle sammen* mot et felles mål, hvor grad av forpliktelse og deltakelse kan variere (Ness, 2016). Ballo, Dahl, Fjeld, Knudsen & Unstad (2014) skiller samhandling og samarbeid, ved at samarbeid også dekker administrative og forvaltningsmessige oppgaver, mens samhandling rettes mot relasjonelle arbeidsprosesser hvor mennesker *møtes* og jobber aktivt sammen for å nå felles mål. Det psykiske helsefeltet er utviklet til å bli stadig bredere, differensiert, fragmentert og komplekst, som krever samarbeid og samhandling i vid forstand (Bukve & Kvåle 2014; Ramsdal 2004, 2013; Helsedirektoratet 2011, 2014, 2015). En slik utvikling vil dermed også kreve kompetanse om samarbeid og samhandling på systemnivå, men også på individnivå til de som leder og utøver et daglig arbeid i det psykiske helsefeltet (Ramsdal, 2004). Orvik (2015) betegner denne samarbeidskompetansen som «dobbelkompetanse» ved siden av den kliniske kompetansen. Utvikling av kompetanse på samhandling forutsetter organisasjonslæring. Her kan læring og kompetanseoverføring i

samhandling forstås med utgangspunkt i Lave og Wengers teori om læring i praksisfellesskap (Ballo et al. 2014). Teorien sier at kunnskap skapes i det sosiale rom, og internaliseres når deltakere i de aktuelle praksisfellesskap behersker «språket» og kulturen, forstår sammenhenger og kjenner fellesskapets holdninger og verdier. Utfra dette kan de utføre de handlinger som kreves av virksomheten. Samhandlingsforskning i et interorganisatorisk perspektiv viser at strukturer er viktige for å skape en felles kultur og tolkningsrammer, både for enkeltpersoner og involverte organisasjoner (Dyhr-Nielsen & Støkken, 2014).

2.4 Team

Teamarbeid omhandler sosiale interaksjoner i grupper, eller arbeidsgrupper med tre eller flere deltakere, og er en spesiell gruppe som fungerer innenfor en organisasjon (Brochs-Haukedal 2010; Kaufman & Kaufman 2009). Fra et sosialpsykologisk perspektiv handler samhandling av mennesker i en gruppe, om intergruppeatferd der tanker, følelser og atferd påvirkes av den faktiske, eller tenkte tilstedeværelsen av andre. Her står en sosial identitetsteori sentralt for å forklare gruppedynamikken, og omfatter blant annet forståelse av selvfølelse. Når individer identifiserer seg med en gruppe, vil også deres selvfølelse være knyttet opp mot gruppens status. Hvordan en selv- kategoriserer seg i forhold til en gruppe, påvirker blant annet motivasjon og grad av sosial påvirkning (Hogg & Vaughan, 2005). Viktige elementer ved et team er at individene har høy grad av gjensidig avhengighet gjennom definerte mål for sine arbeidsoppgaver (D'Amour et al. 2005; Hjertø 2013). I tillegg fins det betydelig grad av felles ansvar for å nå målene, altså et kollektivt gruppeansvar. Et felles ansvar innebærer også involvering av *de andre* i teamet, og kan ses som en viktig relasjonell bestanddel i teamet (Hjertø, 2013). To vesentlige aspekter ved grupper er struktur og prosess. Strukturelle forhold kan handle om gruppens ledelse, omfang, formelle mål. Gruppeprosesser omhandler gruppens dynamikk gjennom roledifferensiering, konfliktløsning, konformitet og gruppetenkning. Når det gjelder gruppens forhold til andre grupper i eller utenfor organisasjonen, kan strukturert samarbeid og kommunikasjon fremme gjensidig forståelse og dermed også hemme spenninger og konflikter (Broch-Haukedal 2010; Hjertø 2013). En av de største utfordringene med å lede et tverrfaglig team, er å skape teamidentitet (Pollard, Thomas & Miers, 2010). I forhold til ledelse viser utviklingen innen tverrfaglig virksomhet styrker av en flatere, framfor en hierarkisk lederkultur (Willumsen 2009; Pollard et al. 2010). Hvorvidt et team er effektivt kan ses utfra en gruppedynamisk forståelse ved kognitive, motivasjonelle og affektive egenskaper ved teamet. Dette kan omhandle opplevelse av meningsfullhet, tillit, forpliktelse som kan gi psykologisk trygghet og samhold (Hjertø, 2013).

3.0 Metode

I dette kapitlet redegjøres de metodiske valgene gjennom forskningsprosessen. Begrepet *metode* har en gresk opprinnelse og oversettes som *veien til målet* (Kvale & Brinkmann, 2015). Metode i et samfunnsvitenskapelig perspektiv handler med andre ord om fremgangsmåten hvem, hva, hvor, hvordan og hvorfor man gjør det man gjør for å finne svar på problemstillingen.

Formålet med denne studien og problemstillingen danner grunnlag for at jeg valgte et kvalitativt design med intervju som metode. Denne er inspirert av et hermeneutisk og fenomenologisk utgangspunkt, som beskrives under vitenskapelig ståsted nedenfor. Videre vil underkapitlene i denne delen redegjøre valg av intervju som forskningsmetode, samt en beskrivelse av rekruttering og utvalgsprosess. Det blir presentert hvordan gjennomføring av intervju foregikk og om transkripsjonsfasen. Deretter beskrives av analyseprosessen, hvor det ble valgt en tematisk analyse. Den siste del av kapitlet gir en beskrivelse av, og refleksjon om refleksivitet, validitet og relevans, samt etiske betraktninger. For å heve studiens kvalitet er det gjennom hele metoddelen tilstrebet en gjennomsiktighet, slik at leser får redegjort begrunnelser for valg i de ulike delene av forskningsprosessen.

3.1 Vitenskapelig ståsted

Denne studien tar sikte på å utforske erfaringer knyttet til menneskelig samhandling rundt fenomener. Med utgangspunkt i problemstillingen vil en kvalitativ metodisk tilnærming være hensiktsmessig. Braun & Clarke (2013) beskriver at det mest grunnleggende med kvalitativ forskning er at man bruker *ord* som data, som man samler og analyserer på ulike måter. Kvalitativ metode brukes når en ønsker å undersøke og beskrive egenskaper eller trekk ved fenomener vi skal studere. Kvalitative metoder er godt egnet til å utforske dynamiske prosesser som samhandling, hvor problemstillingen som skal utforskes kan være sammensatt og kompleks (Malterud, 2011). Denne studien har et hermeneutisk og fenomenologisk vitenskapelig ståsted. En slik tradisjon tar utgangspunkt i menneskelige erfaringer - fenomenologi, og tolkning av disse -hermeneutikk (Malterud, 2011). Det beskrives at fenomenologi og hermeneutikk henger sammen, ved at begge retninger fokuserer på hvordan mennesker forstår egen verden. Mens fenomenologien er opptatt av enkeltmenneskers beskrivelse av fenomener, knyttes hermeneutikken til hvordan en skal tolke handlinger og fenomener (Kvale & Brinkmann 2015; Malterud 2011; Tjora 2013).

Fenomenologi

I kvalitativ forskning er det av interesse å forstå sosiale fenomener utfra informanters egne perspektiver og beskrive omverdenen slik den erfares av dem (Thagaard, 2009).

Fenomenologien ble av Edmund Husserl grunnlagt som filosofi rundt år 1900, med utgangspunkt i hvordan fenomener oppleves og fremstår i menneskets bevissthet. Senere er retningen blitt utviklet videre av blant annet eksistensfilosofen Martin Heidegger, som definerer fenomenologien opp mot menneskers livsverden. En slik subjektiv forståelse på opplevelser, bygger på antakelsen om at virkeligheten eller realiteten er slik den oppfattes av mennesker (Dalen 2011; Kvale & Brinkmann 2015). Begrepet livsverden beskrives som godt egnet fordi fokuset rettes på opplevelsesdimensjonen. Hvorvidt en forsker greie å få innsikt i informanters liv avhenger, imidlertid av forskerens bakgrunn, fenomenet som skal studeres og hvor tilgjengelig informanten er (Dalen, 2011). Gjennom denne studien vil jeg søke etter å forstå og beskrive fenomenet omkring informantenes *erfaringer og perspektiver*. Hvordan jeg forstår og beskriver avhenger dermed om forforståelse som beskrives under kapittel 3.6.5.

Hermeneutikk

Hermeneutikk betyr *læren om tolkning* (Dalen, 2011 s. 17), eller *læren om tolkning av tekster* (Kvale & Brinkmann, s. 73). Malterud (2011 s. 44) skriver at i kvalitative studier vil forskeren bruke både beskrivelse og fortolkninger, og at det ikke lar seg gjøre å bruke det ene uten det andre: *enhver beskrivelse er farget av tolkninger og enhver tolkning bygger på beskrivelser*. Dette gjør at fenomenologien ses i sammenheng med hermeneutikken. Det hermeneutiske aspektet ved en kvalitativ tilnærming, har lange tradisjoner med røtter fra filosofisk tenkning og har vært grunnleggende i humaniora (Kvale & Brinkmann, 2015). En hermeneutisk tilnærming fremhever at det ikke finnes en egentlig sannhet, men at man kan tolke menneskelige uttrykk på ulike vis utfra den sammenheng eller helhet den er en del av. En dypere meningsinnhold kan oppstå til fordel for det innlysende (Dalen 2011; Thagaard, 2009). En vekselvis bevegelse mellom å se helhet og deler for å finne dypere liggende mening er en aktiv prosess mellom forsker og tekst og kan beskrives som *den hermeneutiske sirkel*. Denne prosessen er også i samspill med forskerens forforståelse, og vil da bli betegnet som *den hermeneutiske spiral* (Dalen 2011, s. 18). En slik hermeneutisk og fenomenologisk tilnærming i denne studien legger premisser hvordan jeg er bevisst og reflekterer egen forforståelse og påvirker hvordan jeg forstår, beskriver og tolker informantenes erfaringer i sin arbeidspraksis. I en slik prosess vil også postmodernistiske og sosialkonstruktivistiske aspekter være gjeldende. Dette fordi i en postmodernistisk tankegang vil språket ha en sterk

betydning for vår oppfattelse av virkeligheten (Thagaard, 2009). Fra et postmodernistisk perspektiv vil kunnskap være intersubjektiv og kontekstbundet, altså at kunnskap lar seg utforme i relasjoner med mennesker og er avhengig av den konteksten den er utformet i. En slik forståelse for kunnskapsutvikling stiller spørsmål til grad av overførbarhet.

3.2 Datainnsamling – kvalitative intervju

Samtaleintervju søker å få innsikt i informantens kunnskap og erfaringer (Tjora, 2013). Å bruke forskningsintervju som metode vurderes dermed som en nyttig måte å finne svar på overnevnte forskningsspørsmål, hvor målet er å beskrive fagfolk sine erfaringer om sin arbeidspraksis. Å gjøre et kvalitativt forskningsintervju har et med mål å se verden utfra perspektivet til den man intervjuer (Tjora 2013; Kvale & Brinkmann 2015). Det genereres med andre ord datamateriale i form av tekst, som i lys av forskers forforståelse og teoretisk perspektiv blir analysert og beskrevet. Jeg benyttet både fokusgruppeintervju og individuelle intervju for å kunne belyse problemstillingen på ulike måter. Fokusgruppeintervju egner seg ved utforskning av felles erfaringer fordi gruppedynamikken skaper fortellinger ved å mobilisere til assosiasjoner og fantasi (Malterud, 2011). Fokusgruppeintervju er mindre styrende enn de individuelle, hvor hensikten i første rekke er å få fram ulike synspunkter og om emner som intervjuer legger opp til (Kvale & Brinkmann, 2015).

Utarbeidelse av intervjuguide

Med henblikk til målet om å skape rom for refleksjoner ble alle intervju gjennomført med semistrukturert intervjuguide. En slik struktur på intervju kan speile subjektive erfaringer fra informantene om bestemte tema som omhandler RPH tjenesten som et interkommunalt organisert tilbud. Semistrukturerte intervju søker å beskrive deltakeres fortolkning av meninger av livsverden, knyttet til fenomener som undersøkes (Kvale & Brinkmann, 2015) Intervjumetoden karakteriseres verken som åpen dialog eller som lukket spørreskjema. Man forsøker gjennom en intervjuguide å sirkle inn på bestemte tema. Dette er i tråd med det vitenskapelige ståsted rundt fenomenologi tidligere beskrevet i oppgaven.

Første fase for utforming av intervju guiden bar preg av kreativitet, hvor jeg noterte ned hvilke spørsmål omkring tema og forskningsspørsmål som vekket nysgjerrighet. En bevissthet rundt deduktivitet inntraff, i forhold til hvor mye jeg skulle styre retning på spørsmål med risiko for å ikke favne viktige perspektiver. En semistrukturert guide vil samtidig kun være veiledende, utfra responsen informantene gir og mulighet for oppfølgingsspørsmål (Dalen 2011; Kvale & Brinkmann 2015). Jeg fikk også noe inspirasjon med å lage intervjuguiden, fra

en tidligere evaluering av RPH (Smith et al. 2016), samt en intervjuguide av Højholdt (2013) om tverrfaglig samarbeid som jeg tidligere hadde erfaring med. Etter å ha jobbet med flere utkast, definerte jeg noen åpne spørsmål. Et ønsket fokus var å stimulere til refleksjon knyttet til problemstillingen, med et underliggende fokus på styrker og utfordringer ved deres praksis. Jeg valgte å lage den tematiske intervjuguiden av fokusgruppeintervjuet litt annerledes enn ved de individuelle intervjuene. I tillegg justerte jeg noen spørsmål etter fokusgruppeintervjuet før jeg gjennomførte de individuelle intervjuene. Dette for å pense inn på informantenes individuelle rolle og perspektiv. Den tematiske intervjuguiden (se vedlegg 3) inneholder i korte trekk oppvarmingsspørsmål, refleksjonsspørsmål og avrundingsspørsmål med inspirasjon fra Tjora (2013).

3.3 Utvalg og rekruttering

Utvalget for denne studien er noe som Thagaard (2009 s.59) beskriver som strategisk, men også spesielt. Spesielle utvalg kan brukes i når man ønsker å undersøke fenomener som ligger *i forkant av en utvikling*. Etter en del forarbeid med å undersøke liknende psykiske helsetjenester organisert interkommunalt. Jeg henvendte meg også til Folkehelseinstituttet med forespørsel om kunnskap om liknende RPH team nasjonalt, noe som de avkreftet. Med en interesse for RPH og i forhold til studiens omfang valgte jeg dermed at utvalget skulle inkludere fagfolk knyttet til RPH tilbudet på Fosen. Dette utvalget er derfor spesiell i forhold til det problemstillingen studien har som hensikt å belyse.

Før man kan bevege seg inn i et forskningsfelt, må en sikre seg tillatelse (Dalen 2011; Thagaard 2009). Med målsetning med å rekruttere, tok jeg i første omgang kontakt med faglederen for RPH-teamet i Fosen for beskrivelse av prosjektet og forespørsel om deltakelse. Etter innhenting av uformelt samtykke fra fagfolkene tilknyttet prosjektet, sendte jeg prosjektsøknad til Norsk senter for forskningsdata (NSD). Jeg tok også elektronisk kontakt med FoU avdelingen i Fosen Helse IKS, for å informere om mitt prosjekt i deres organisasjon. De stilte seg positiv til prosjektet. Etter godkjenning fra NSD med saksnummer 53051 (se vedlegg 1), sendte jeg en formell e-post med prosjektbeskrivelse og samtykkeskjema til informantene. Jeg tok også kontakt med de som hadde skrevet evalueringsrapporten om de første pilotene i RPH (Smith et al. 2016). De var i første omgang villige til å dele datasett fra tidligere intervjuer fra samme pilot, men det lot seg etter nærmere undersøkelser ikke gjøre, av hensynet til taushetsplikten til informantene.

RPH teamet bestod av fire personer. Jeg planla et fokusgruppeintervju av hele teamet, samt individuelle intervju av teammedlemmer i etterkant. Dette for å se om de innehadde ulike erfaringer knyttet til ulike roller. Gjennom fokusgruppeintervjuet var målet å favne refleksjoner, diskusjoner som kunne nyansere problemstillingen. Selv om problemstillingen søker etter erfaringer fra teamet, valgte likevel å inkludere daværende prosjektleder som var aktiv i implementeringsfasen av prosjektet og var nært knytte til teamet. Denne personen jobbet nå administrativt i det interkommunale selskapet. Jeg så det som en fordel å få belyst erfaringer i prosjektets startfase, samt refleksjoner fra et mer administrativt nivå. Mitt kunnskapsgrunnlag var begrenset i forhold til den interkommunale lavterskel tjenesten, dermed hadde jeg på forhånd en åpen innstilling om å eventuelt forespørre og innlemme også informanter. Dette for å kunne belyse problemstillingen i best mulig grad av relevante personer. Det viste seg at et tidligere teammedlem ikke var tilgjengelig, dermed ble denne muligheten utelukket. Jeg valgte etter gjennomføring av fem intervjuer inkludert fokusgruppeintervjuet, å ekskludere en informant i RPH teamet for individuelt intervju. Denne fordi informanten var en medstudent, og det lot seg av praktiste årsaker ikke gjennomføre. Jeg fikk imidlertid en god del bakgrunnsinformasjon om RPH av denne personen i forkant av undersøkelsen.

3.4 Gjennomføring av intervju

Thagaard (2009) understreker at å intervjuer stiller allsidige krav til forsker, både om kunnskap og sosiale relasjoner. Å gjøre et kvalitativt forskningsintervju hevdes også å et håndverk som må læres (Kvale & Brinkmann, 2015). Jeg hadde som formål å opparbeide meg grundig bakgrunnskunnskap i forkant av intervjuene. Både om interkommunale samarbeid og *Rask Psykisk helsehjelp* pilotene i Norge, hvor det var utgitt en evaluering (Smith et al. 2016). Likevel ønsket jeg å være mest mulig *forutsetningsløs og åpen* i møte med informantene (Dalen, 2011 s. 25). Når det gjelder kunnskap om intervju, tilegnet jeg meg på forhånd teoretisk kunnskap om intervjuprosessen. Her hadde jeg begrenset erfaringskunnskap. Jeg har imidlertid erfart å være informant både på fokusgruppeintervju og individuelle intervju som fagperson. Tidligere i dette studiet gjorde vi også forsøksintervju, og jeg gjorde i tillegg et prøveintervju av en kollega for å øve meg på intervjuguiden og å gjøre opptak. Her kunne jeg også justere de temabaserte spørsmålene. Til sammen følte dette verdifullt og ga en viss trygghet. Jeg opplevde det også som en fordel med å inneha en viss erfaring og ferdigheter med terapeutiske samtaler, gjennom jobben som psykisk helsearbeider. Særlig i forhold til å komme med oppfølgingsspørsmål, ved aktiv lytting og fortolkningen gjennom intervjuet. Jeg

passer på å sjekke ut med informantene med jevne mellomrom for å sikre at jeg hadde forstått riktig. Kvale og Brinkmann (2015) hevder en slik verifisering er en kvalitetssikring av intervjuet.

Intervjuene foregikk etter premisser styrt av informantene i forhold til ønske om tid og sted, med tanke på en antatt hektisk hverdag, og en trygg intervjusetting. Intervjuene foregikk på informantenes møtelokaler ved RPH tjenesten. I fokusgruppeintervjuet brukte jeg en kollega som medhjelper som bisto med observasjon av teamet under intervju, det praktiske og for noe oppfølgings spørsmål. Jeg beregnet omkring halvannen time til fokusgruppeintervjuet og foretok individuelle intervju uka etter på omkring en time hver. Før jeg begynte med intervjuene ga jeg en god beskrivelse av mål og hensikt med studien, og om meg selv. Alle utenom fokusgruppeintervjuet bar preg av god tid, mens under førstnevnte kunne ane noe stressede informanter i en hektisk hverdag. Dette er faktorer som kan ha påvirket tilstedeværelse og deltakelse i intervjuet. Jeg erfarte imidlertid intervjuatmosfæren som god hvor praten gikk lett. Informantene i fokusgruppeintervjuet hadde ulik deltakelse ved at noen snakket mye, mens andre mindre. Jeg tenkte godt gjennom min egen forforståelse, da jeg tenkte at min positive innstilling av tilbudet kunne være til hinder for å utforske utfordringer. For å avrunde intervjuene spurte jeg etter kommentarer, innspill i forhold til det som hadde blitt sagt. Jeg benyttet digital opptaker ved gjennomføring av intervjuene. Dette er sterkt anbefalt fordi det er viktig å ta vare på informantenes egne uttalelser (Dalen, 2011 s. 28).

3.5 Dataanalyse

Å bearbeide data handler om å systematisere, sammenfatte og gjenfortelle. En kvalitativ forskningstilnærming omformer virkeligheten fra samtaler eller observasjoner til tekst. I forkant av en kvalitativ analyse krever det at datamaterialet er sammenfattet til tekst på en slik måte som gjør den håndterbar og oversiktlig (Malterud, 2011). En slik prosess blir sett på som en filtrering og reduksjon av virkeligheten, og det er viktig å erkjenne at teksten ikke vil avspeile virkeligheten fullstendig (Malterud 2011; Kvale & Brinkmann 2015). De neste del kapitlene vil jeg redegjøre for transkripsjon og analyseprosessen.

3.5.1 *Transkribering*

Kvale & Brinkmann (2015) påpeker at transkribere ikke er en ukomplisert øvelse, ved at muntlig samtale omgjøres til tekst. Jeg valgte å transkribere datamaterialet fortløpende etter intervjuene. Det er en erkjennelse av viktige nonverbale data går tapt i en slik prosess. Jeg benyttet meg til tider av prosjektloggen, som var mine fortløpende notater etter intervjuene,

som en kvalitetssikring. Jeg benyttet transkriberingsprogrammet NVIVO, som gjorde prosessen oversiktlig og systematisk. Jeg hadde under datainnsamlingen to opptakere, og valgte transkribering etter den lydfilen som hadde best lyd. Jeg tildelte informantene eget pseudonym allerede i overgangen fra lyd i tale. Dette med hensyn til personvern og konfidensialitet. Når jeg transkriberte selv, fikk jeg en fordelaktig nærhet til datamaterialet. Jeg merket at jeg allerede i transkriberingsfasen begynte å fortolke. Å høre på lydfiler ga innblikk i egen intervjustil som ble betraktet som en nyttig erfaring (Kvale & Brinkmann, 2015). Jeg valgte å transkribere teksten ordrett for å tilstrebe mest mulig gjengivelse. Malterud (2011) understreker at oppmerksomhet knyttet til gjengivelse er viktig. Jeg valgte å skrive på bokmål, da informantene hadde tilnærmet samme dialekt som gjorde opplevelsen av å forstå språket var godt. De fem intervjuene genererte cirka sytti sider transkribert tekst.

3.5.2 Tematisk analyse

Analysens generelle mål i kvalitative datamaterialer er å stille spørsmål hva datasettet kan fortelle om problemstillingen. Deretter organisere data og svare, gjennom systematikk, forståelse og relevans (Dalen 2011; Kvale & Brinkmann 2015; Malterud 2011; Thagaard 2009). Det finnes ulike tilnærminger i kvalitativ forskning å analysere data på. Formålet til studien var å undersøke informantenes subjektive forståelse av deres erfaring og jeg valgte en tematisk analyse. Dette kan begrunnes ved at jeg ønsket å sette temaene i fokus mer enn personene, og egen forforståelse med at problemstillingen best kan besvares ved å identifisere, finne mønster og tendenser fra datamaterialet. Jeg valgte en temabaserte analyse inspirert av Braun & Clarke (2006). Ulike faser i analyseprosessen beskrives kort i Tabell 1.

Tabell 1.

De ulike fasene i Braun & Clarkes tematiske analyse. Fritt etter Braun & Clarke (2006 s.87).

- | |
|---|
| <ul style="list-style-type: none">- Fase 1. Gjøre seg kjent med data. Transkribering, gjentakende gjennomlesing og notering av ideer.- Fase 2. Generere innledende koder. Systematisk kode meningsinnhold av data på tvers av hele datasettet. Samle data relevant til hver kode.- Fase 3. Søke etter temaer. Samle kodene til potensielle tema, og samle all relevant data til hvert potensielt tema.- Fase 4. Evaluere temaer. Gjennomgående sjekking om tema er i samsvar med kodene og det mer nyanserte datasettet. Generere tematisk kart over analysen.- Fase 5. Definere og navngi tema. Gjennomgående analyse for å fremheve det spesifikke med hva de ulike tema nyanserer. Generere klare definisjoner.- Fase 6. Produsere det skriftlige arbeidet. Den avsluttende muligheten for analyse. Tekstkondensering. Beskrive funn med å sammenfatte analysen med eksempler. og henvis til den foregående analysen mot problemstillingen og eksisterende teori. |
|---|

Braun & Clarke (2006) foreslår å ta stilling til en rekke valg i den tematiske analysen. Jeg valgte å trekke ut noen som jeg mener er viktige: Induktiv eller teoretisk tematisk analyse? En rik beskrivelse av hele datasettet eller detaljert på deler av materialet? Induktivt eller teoretisk forankret tema analyse?

Clarke & Braun (2006) anbefaler at analyseprosessen bør bevege seg fra beskrivelse av tema og mønster i datainnholdet, til tolkning av funn opp mot teori – som beskrives som datadrevet koding. Både i datagenerering av tematiske kategorier, og i analyse vil det bli vektlagt hyppighet og hvorvidt tema fanger opp vesentlige sider ved problemstillingen. Med et mål om en data drevet koding i denne analysen, tok jeg et bevisst valg på å ikke engasjere meg i eksisterende teori i denne fasen for å unngå en analyse som bar preg av denne. Ergo ønsket jeg å drøfte funnene opp mot eksisterende teori etter analysen, med et ønske om en induktiv tilnærming til datamaterialet. I forhold til at utvalget i datasettet er en case med få informanter, velger jeg en rik beskrivelse av hele datasettet i motsetning til å velge ut deler av dette. Dette omhandler det ønsket om å at undersøkelsen kan gi en helhetlig forståelse for hvordan akkurat dette interkommunale samarbeidet om RPH startet opp og fungerer i praksis. Dette risikerer følgelig at temaer som kan anses mer betydningsfulle enn andre, bli fremhevet noenlunde likt. Før jeg gikk i gang med analysen var jeg allikevel bevisst på at det ikke alltid trenger å være prevalensen av koder som var avgjørende.

Fase 1-3

Etter grundige gjennomlesinger av hele datamaterialet, tok jeg for meg hvert enkelt intervju og markerte deler av teksten som jeg mente fanget noe viktig i forhold til problemstillingen. Etter å ha gjort dette et par ganger begynte jeg å finne tendenser og mønster i datamaterialet og noterte disse fortløpende. For å kode data slik at datamaterialet ble mer oversiktlig, valgte jeg først å systematisk trekke ut meningsbærende enheter fra de ulike intervjuene. Her laget jeg et eget skjema i nytt dokument, hvor jeg i størst grad trakk ut sitater, men også beskrev meningsbærende utsagn som kunne svare på problemstillingen. Intervjuene bar i stor grad preg av skiftende tema, så jeg samlet en del sitater som beskrev noe av det samme. Sitatene ble ikke endret, men noen steder satt skjematisk sammen og markert med [...] imellom. Jeg gjentok prosessen for hvert enkelt intervju, for å ha muligheten til å sammenlikne data og koder fra de ulike informantene.

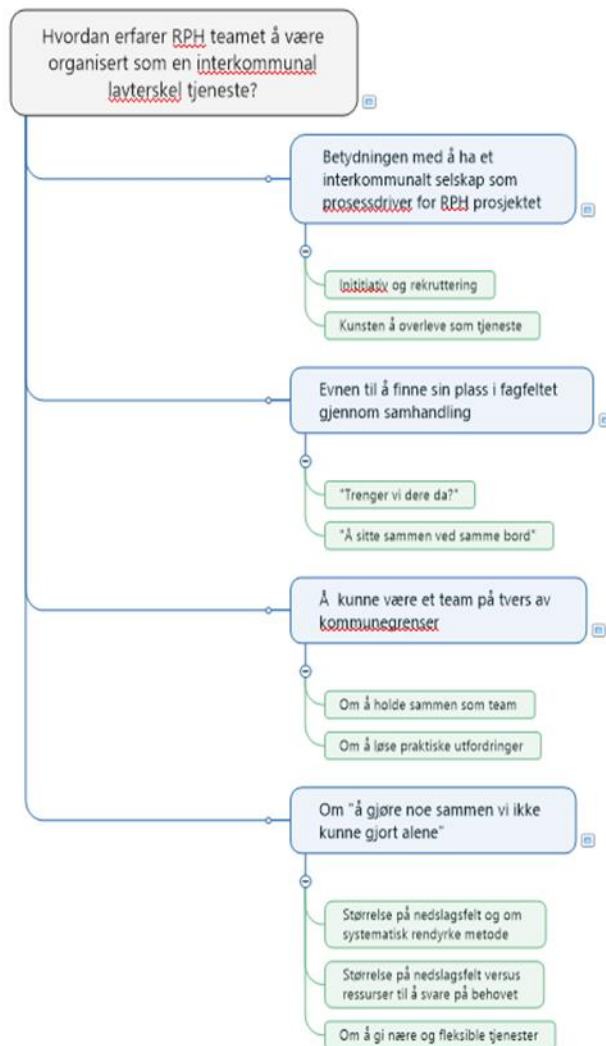
I prosessen i fase 2 med å trekke ut enheter valgte jeg å sammenfatte noe av teksten for å gi oversiktlig, med en bevissthet at dette innebar en beskrivelse men også en tolkning. Denne

fasen bar imidlertid preg av mest mulig sitater. Det beskrivende fokuset var allikevel rådende i fase to mens jeg i fase tre inntok jeg en mer tolkende tilnærming. I fase 3 genererte jeg innledende koder eller kategorier for hvert enkelt intervju. Hovedfokuset var å sette *merkelapp* for hva dette egentlig handlet om. Gjennom denne første råkodingen ble det identifisert begreper eller koder som kunne inngås i kategoriene, som er beskrevet i Dalen (2011). Etter denne fasen hadde jeg 23 koder. I råkodingen hadde jeg identifisert ytterligere 35 begreper eller koder som kunne inngås i ulike kategorier.

Datamaterialet fra de ulike intervjuene var ulik i både omfang og innhold, og jeg tok høyde for at dette også hang sammen med at informantene hadde noe ulike roller i temaet. Noen av informantene uttrykte sine utsagn svært tydelig og kortfattet, mens andre undret seg og reflekterte mer i intervjuet – som genererte mer tekst. Jeg ønsket deres subjektive erfaringer så ambisjonen var å vektlegge disse likt. De 70 sidene transkribert tekst ble i fase 3-5 redusert til 16 sider (skriftstørrelse 9).

Fase 4-5

Selv om analysefasene er trinnvise, erfarte jeg å bevege meg fram og tilbake i fasene for å tilstrebe oversikt. Det mest utfordrende var å evaluere hva som skulle bli definert som tema, men etter gjentakende evaluering ble 5 hovedtema definert. Her ble de ulike kodene plassert under de relevante tema og jeg laget meg et tematisk kart. Jeg gjennomgikk rådata gjentakende ganger, for å sikre forståelsen rundt de fremhevede avsnitt og utsagn og ikke ekskludere relevant data. Jeg beveget meg refleksivt voldsomt mye fram og tilbake i fasene 2-5, for å finne mening og mønster. Det foreligger en risiko ved tematisk analyse, ved at en henter ut deler fra en tekst kan miste helheten (Braun & Clarke 2006; Kvale & Brinkmann 2015; Malterud 2011). Gjennom fase 4-5 ble flere tematiske kart produsert, og de 5 temaene ble til 4, og de ulike kodene identifisert som kategorier og underkategorier (se figur 1).



Figur 1.

Tematisk kart med tilhørende kategorier.

Figur 1 ovenfor viser ikke underkategorier, men de beskrives nærmere ved presentasjon av funnene. Ved at databearbeidingen har en induktiv ambisjon var jeg bevisst på ikke å lage koder etter spørsmålene fra intervjuene. Likevel en viss deduktivitet inntreffer da intervjuene var semistrukturert og oppfølgingsspørsmål leder svarene etter hva jeg oppfatter som viktig å utdype. Fase 6 av analysen presenterer funn, og her fremsto fire hovedtemaer som sentral:

1. Betydningen med å ha et interkommunalt selskap som prosessdriver for RPH.
2. Evnen til å finne sin plass i fagfeltet gjennom samarbeid.
3. Å kunne være et team på tvers av kommunegrenser.
4. «Om å gjøre noe sammen vi ikke kunne gjort alene»

Disse blir nærmere beskrevet i kapittel 4.

3.6 Studiens kvalitet

I kvalitativ forskning benyttes ulike begreper for å vurdere spørsmål om kvalitet og legitimitet på det vitenskapelige arbeidet. Jeg velger å benytte begrepene *validitet*, *reliabilitet* og *overførbarhet* som jeg reflekterer og nyanserer over nedenfor. I tillegg kommer jeg med noen betraktninger om refleksivitet og transparens. Tilslutt drøfter jeg forskerrollen og egen forforståelse, samt reflekterer over forskningsetiske aspekter i denne studien.

3.6.1 Validitet

Validitet omhandler spørsmål knyttet til kunnskapens gyldighet, og forstås som hvorvidt *svarene vi finner er faktiske svar på de spørsmål man søker å stille* (Tjora, 2013 s. 206). Man kan styrke validiteten ved å være åpne om hvordan man praktiserer forskningen, og redegjøre for valgene en tar (Kvale & Brinkmann 2015; Malterud 2011; Tjora 2013). Studiens metodiske tilnærming gjennom en åpen temaanalyse muliggjør et datamateriale med nyansering av flere aspekter av informantenes erfaringer. Gjennom et slikt forskningsdesign ble det gjort rom for refleksjon og diskusjon som kunne belyse problemstillingen. Ved å benytte både fokusgruppeintervju og individuelle intervju kunne dette bidra til å nyansere problemstillingen på ulike måter. På denne måten inkluderte datamaterialet refleksjonen og erfaringene internt mellom informantene. De individuelle intervjuene ga også en arena for informantene som ikke deltok like aktivt i fokusgruppeintervjuet, noe som kan styrke validiteten. Ved å også inkludere en informant som hadde en mer administrativ tilknytning i prosjektets implementeringsfase og daglig drift, medførte det data som sa noe om prosesser på systemnivå.

Når det gjelder utvalget hadde jeg tanker om min studie ville oppleves belastende. Dette var fordi jeg visste at flere av informantene også hadde blitt evaluert av Folkehelseinstituttet, samt evaluert seg selv. Dette kunne ha medført tretthet til å utlevere seg selv. Informantene som ble intervjuet var kjent med hverandre og hadde en historie sammen. Ved et fokusgruppeintervjuet kunne dette ses som en fordel ved opplevelse av trygghet og bidra til åpenhet. Det kan også ses som en ulempe, ved at informantene hadde etablerte roller overfor hverandre og utviklet en kultur som forsker ikke greier å tolke. Dette kan medføre uuttalte felles forståelser ikke kommer til uttrykk i refleksjon, ei heller i datamaterialet. Dataanalysen viste at informantene uttrykte liten uenighet. Malterud (2011) beskriver at en gruppedynamikk også kan stenge for avvikende synspunkter. Etter datainnsamlingen reflekterte jeg om fokusgruppeintervjuet burde vært foretatt sist istedenfor først. Det kunne hindret en mulig kollektiv forståelse over fenomener som kan ha preget de individuelle intervjuene i etterkant.

Når det gjelder innhenting av datamaterialet, kan validiteten styrkes ved å selv generere data. Det spiller en rolle med egen deltakelse i intervju når den muntlige samtalen skal transkriberes, fordi dette styrker fortolkningen av analysedataet (Dalen 2011; Malterud 2011). Gjennom analysefasene valgte en jeg rik beskrivelse av mønster på tvers av datamaterialet som medførte at jeg laget flere temaer med flere underkategorier. Dette ble foreslått av Braun & Clarke (2006) som en god tilnærming ved fenomener som ikke hadde blitt forsket mye på. Jeg valgte også gjennom analyseprosessen å finne mønster på tvers av datamaterialet på en induktiv måte. Alternativ kunne jeg hatt en mer teoristyrte analyse hvor jeg aktivt ville lete etter mønster som «passet inn» i antatte kodingsmønstre (Braun & Clarke 2006 s. 83). En slik induktiv tilnærming har kjennetegn til *grounded theory* med et nedenfra og opp fokus. Her kan utfordringen bli at temaene kan fjerne seg fra intervju spørsmålene, men jeg valgte likevel dette for jeg ønsket å gå inn i intervjuene med *åpent sinn*.

Et annet aspekt som kan øke valideringen av databehandlingen, var at jeg var bevisst Braun & Clarkes «femten sjekkpunkt for en god temaanalyse» (2006 s. 96). I arbeidet med kodingen av datamaterialet, gjorde jeg denne manuelt ved hjelp av analysefasene av Braun & Clarke (2006). Denne prosessen bar tydelig preg av ingen erfaring av dette fra før, og kan ses som en svakhet. Et annet alternativ kunne vært å gjennomføre kodingen ved hjelp av et dataprogram. Jeg opplevde imidlertid å bli godt kjent med datamaterialet. En nyansert beskrivelse av de ulike analysefasene er tilstrebet i punkt 3.5 om databehandling. Dette for å synliggjøre refleksjoner omkring valg som ble tatt, og dermed styrke validiteten av egen analyse og fortolkning. Gjennom presentasjon av funn tilstrebet jeg en balanse mellom å presentere fylldige beskrivelser av informantenes erfaringer gjennom bruk av sitater og sammenfatninger. Gjennom å sammenfatte utsagn fra informantene var jeg bevisst på mest mulig gjengivelse, og jobbet mye på tvers av fasene for å sikre meg en forståelse av helheten fra transkripsjonene. For å kvalitetssikre de ulike stegene i forskningsprosessen har jeg gjennomgående forsøkt å underbygge valgene jeg har tatt gjennom en teoretisk forankring fra metodeteori. Gjennom hele oppgaven har jeg tilstrebet å forklare begreper og fenomener ut fra relevant teori. Jeg reflekterer rundt validitet om egen forskerrolle i punkt 3.6.5. Studiens ytre eller eksterne validitet knyttes til hvorvidt resultatene fra studien fra det eksplisitte utvalget kan la seg overføre til andre situasjoner (Dalen 2011; Kvale & Brinkmann 2015; Thagaard 2009; Tjora 2013), og blir diskutert under *overførbarhet* (3.6.3).

3.6.2 *Reliabilitet*

Reliabilitet handler om forskningens pålitelighet, og knyttes til spørsmål og vurdering om forskningsprosjekter gir inntrykk av å være utført på en pålitelig og tillitsfull måte. Reliabilitet henviser egentlig til repliserbarhet, hvorvidt en annen forsker kunne anvendt samme metode ville frembrakt samme resultater (Thagaard, 2009). Dalen (2011) argumenterer for at reliabilitet i kvalitativ forskning må tilnærmes på andre måter enn ved kvantitativ forskning, fordi forskerens rolle, konteksten datamaterialet er innhentet fra og analysen spiller en stor faktor. Dette krever dermed detaljerte og nøyaktige beskrivelser av forskningstrinnene for at leser kan ta på seg samme *briller* som forsker. En redegjørelse av de ulike stegene i forskningsprosessen, er beskrevet tidligere i dette kapitlet og egen evne til refleksivitet og transparens (se punkt 3.6.4) legger betingelser for studiens reliabilitet. Det tilstrebes med andre ord å være objektiv og refleksiv om egen subjektivitet (Kvale og Brinkmann, 2015).

3.6.3 *Overførbarhet*

Skal kunnskap deles av andre er overførbarhet eller relevans en forutsetning (Malterud, 2011), og fortolkningen vil i kvalitativ forskning gi grunnlag for overførbarhet (Thagaard, 2009). Overførbarhet har sine begrensinger og utvalgsstrategien bidrar til å bestemme hvor disse grensene går. Overførbarheten avhenges av hvorvidt funnene gir mening ut over seg selv, og det kan være nyttig å stille spørsmål om overførbarhet angående hva, til hvem og under hvilke betingelser (Malterud 2011). Det interkommunale organiserte RPH tilbudet, kan ses som kontekstsensitivt hvor gode løsninger ikke uten videre er overførbare. Kontekstens betydning av interkommunale samarbeid kan omfatte politiske, økonomiske og kulturelle forhold (Jacobsen, 2014). Selv om konteksten og prosessen ved RPH teamet er deres egen, det tenkes at kunnskapsoverføring er mulig (Rennemo 2006; Røvik 2007). Denne studien belyser fenomener knyttet til fagfolk sine erfaringer opp mot en spesifikk arbeidspraksis. Et slikt spesielt utvalg har samtidig en målsetning med å oppnå kunnskap utover denne settingen. For her er det likevel noen generelle fenomener som kan argumenteres for å være overførbare til sammenliknbare kontekster. Dette er blant annet fenomener knyttet til interkommunalt samarbeid, tverrfaglig samarbeid og teamsamarbeid for å skape gode psykiske helsetjenester, eller fra et brukerperspektiv. På grunn av i stor grad samsvar mellom fra teori og empiri, kan jeg argumentere for en viss grad av overførbarhet. Studien kan gi nyttig bidrag til andre RPH prosjekter som opplever vansker med å opprettholdes, da denne peker på noen vilkår som synes å være viktige. I tillegg kan kunnskap om betydningen av styringskapasitet, samarbeidskultur og innovasjon stimulere flere små kommuner til å se mulighetene ved

samarbeide om lavterskel psykiske helsetjenester. Thagaard (2009) argumenterer for at gjenkjennelse kan gi grunnlag for overførbarhet. Dette vil etter mitt syn derfor være svært avhengig av leser sitt perspektiv. Studiens overførbarhet handler også om etiske aspekter blir ivaretatt, som blir reflektert under punkt. 3.6.6.

3.6.4 *Transparens og refleksivitet*

Transparens i forskningsprosjekter omhandler å forsøke å gjøre framgangsmåtene ved innsamling og analyse av data «gjennomsiktig» (Thagaard, 2009). Dette er tilstrebet i denne studien gjennom en trinnvis beskrivelse av fremgangsmåten ved innhenting og analyse av dette datamaterialet tidligere i dette kapitlet. Ved å aktivt bruke teori som danner grunnlag for egen tolkning, bidrar dette til teoretisk transparens som styrker studiens reliabilitet. Studiens kvalitet vil også avhenge en synliggjøring av forskerens forforståelse og evne til refleksivitet gjennom de fenomener som undersøkes (Dalen 2011; Kvale og Brinkmann 2015; Malterud 2011; Thagaard, 2009). Refleksivitet handler om at en erkjenner og overveier betydningen av eget ståsted og hvilke *briller* man har gjennom forskningsprosessen (Malterud, 2011). Hvilket ståsted jeg har hatt gjennom arbeidet med denne studien, er forsøkt synliggjort i neste punkt om forskerrollen og egen forforståelse.

3.6.5 *Forskerrollen og egen forforståelse*

Ved å reflektere over eget ståsted vil man kunne hindre skylapper når man går inn i et forskningsprosjekt og dette hindrer læring. Det er viktig å være bevisst på hvordan denne forforståelsen kan prege de ulike delene i forskningsprosessen (Malterud, 2011). Når det gjelder valg av tema, er dette noe som i stor grad er påvirket av egen forforståelse, faglig ståsted og virke. Jeg har i noen år jobbet med psykisk helsearbeid i en middels stor kommune. Egen stigende interesse for tjenesteutvikling har vokst fram, etterhvert som erfaring og fagkompetanse har økt. En gradvis utvikling av økende kommunale oppgaver også innen psykisk helse og rusarbeid, gjør at jeg observerer at tjenesteutvikling og faglig autonomi kan begrenses av ressursfaktorer. Tiden med opptrappingsplan for psykisk helse med sine øremerkede midler er forbi, og er nå i stor grad forankret i ordinær kommunal virksomhet. Dette medfører følgelig at det psykiske helse og rusarbeidet *konkurrerer* overfor andre velferdsoppgaver som kommunen skal utføre. Dette spennet kan bidra til trangere vilkår for utvikling av tjenester i et mer forebyggende perspektiv. Innen psykisk helse og rusarbeid både på nasjonalt og lokalt nivå er det blitt utviklet mangfold av tjenester. Trenden i helsevesenet nå er å få helsehjelp nært der du bor og når du trenger det. Jeg er selv oppvokst i en liten kommune, og har gjort meg noen spørsmål om tilgjengeligheten eller mangfoldet for psykiske

helsetjenester er mindre i mer perifere strøk? Bakgrunnen for dette prosjektet ligger i min tanke om at psykiske helsetjenester skal være tilgjengelige for folk uavhengig av hvor man bor. Dette kan være krevende med tanke på store demografiske og geografiske forskjeller. Det var derfor av interesse når jeg oppdaget at kommuner på Fosen skapte et tilbud sammen. Med et håp om kunnskapsoverføring, var dette relevant fra mitt ståsted i arbeidet med å skape gode tjenester i egen kommune. I tillegg til å ha studert psykologi et år, har jeg også en sterk interesse for interpersonlige fenomener i helsefeltet. Dette har som blant annet har styrt retning av bacheloroppgave om tverrfaglig samarbeid, og om blant annet om faglig autonomi gjennom videreutdanning. Dette er helt klart faglige ståsteder som preger denne forskningsprosessen. Et annet aspekt om egen forforståelse er den stadig økende åpenheten generelt om psykisk helse, og forståelsen for «gå på veggen» en eller annen gang i livet ses på som mer normalt. Det er min oppfatning. Selv om mange mestrer livets utfordringer på egen hånd, observerer jeg at terskelen for å oppsøke hjelp er veldig høy for folk flest. Jeg har imidlertid stor forståelse for at dette kan være vanskelig på små steder, der «alle» kjenner «alle». Det var derfor med nysgjerrighet jeg leste om *Rask Psykisk Helsehjelp*, som nettopp var rettet mot denne målgruppa. En grundig bevissthet rundt egen forforståelse vil medvirke til hva man tror man finner av svar, og hvordan en formulerer spørsmål på (Malterud, 2011). Til sammen preget denne forforståelsen definitivt valg omkring tema, problemstilling og måten jeg laget intervjuguiden på.

Gjennom arbeidet med denne studien har jeg reflektert over betydningen av nærhet jeg har til fagfeltet i de ulike fasene. Dette gjelder valg av tema som engasjerer, men også ved innhenting og bearbeiding av data. Gjennom å intervju informanter som hadde erfaring med kommunalt psykisk helsearbeid, medførte dette refleksjoner omkring gjenkjennbare fenomener og situasjoner. Jeg opplevde åpenhet i intervjusettingen hvor jeg relaterte meg med informantene ikke bare som masterstudent, men også som psykisk helsearbeider i en kommune. Dette medførte en opplevelse av å «snakket samme språk» og skapte nærhet i intervjusettingen og gjennom bearbeiding av data.

3.6.6 *Forskningsetiske aspekter*

I kvalitative forskning står forskeren ovenfor en rekke etiske problemstillinger, som krever en eksplisitt beskrivelse for å sikre studiens troverdighet og overførbarhet (Thagaard, 2011). For å sikre personvern er all vitenskapelig virksomhet overordnet regulert av etiske prinsipper

nedfelt i lovverk og retningslinjer^{6 7} (Dalen, 2011). Thagaard (2009) påpeker etiske aspekter ved temabaserte tilnæringer, hvor fokuset flyttes fra person til tema. Dette kan medvirke til å fremmedgjøre informanten. Temasentrerte analyser har imidlertid en fordel ved at informantens situasjon ikke blir beskrevet i sin helhet, og dette kan hemme gjenkjennelighet. Dette var noe som jeg var bevisst på under analysen og presentasjon av funn, spesielt ved bruk av sitater. Dette etiske aspektet kan også relateres i forhold til publisering, spesielt i forhold til undersøkelser av grupper som denne studien er. Forskers fortolkninger at datamaterialet, kan også risikere at informanten opplever seg fremmedgjort eller provosert (Thagaard 2009, s. 212). Jeg valgte derfor å sende manuskriptet til informantene for gjennomlesing og godkjenning før innlevering, for å gi mulighet til korrigeringer.

Informasjon og samtykke

I forskningsprosesser er kravet om informasjon og fritt samtykke en betingelse. Dette betyr at samtykke gis uten noe form for ytre press eller begrensninger av personlig frihet (Dalen (2011, s.100). Alle informantene fikk elektronisk tilsendt samtykkeskjema, og bekreftelse for anonymitet og konfidensialitet (se vedlegg 2). De fikk tilsendt informasjonsskriv med informasjon over studien i forkant av intervjuene. Denne fikk de også i skriftlig format før intervjuene ble foretatt. Jeg mottok skriftlig samtykke fra samtlige før intervjuene. Selv om forsker mottar skriftlig samtykke for deltakelse for studien, innebærer dette utfordringer for informanten å vite hva man samtykker i når det gjelder publisering (Thagaard, 2009). Ved gjennomlesing før publisering som beskrevet ovenfor, kan dette sikre samtykke i større grad.

Konfidensialitet

Prinsippet om konfidensialitet omhandler at de som gjøres til gjenstand i forskning, har krav på at den informasjon som gis behandles konfidensielt. Dette for å verne om anonymitet, og hindre at sensitiv informasjon ikke gjøres tilgjengelig for andre (Thagaard, 2009). Ved undersøkelser av små miljø kan hensynet til anonymitet komme i dilemma, med kravet til studiens pålitelighet og etterprøvnbarhet (Kvale & Brinkmann 2015; Thagaard 2009). Alle

⁶ Norsk senter for forskningsdata <http://www.nsd.uib.no/>

⁷ Nasjonal forskningsetisk komite for samfunnsvitenskap og humaniora <https://www.etikkom.no/FBIB/Praktisk/Forskningsetiske-enheter/Nasjonalforskningsetisk-komite-for-samfunnsvitenskap-og-humaniora/>

studier som omhandler personopplysninger skal meldes til Norsk senter for forskningsdata (NSD). Denne studien ble meldt i januar 2017, og godkjent (se vedlegg 1).

Ettersom dette er en case studie med få informanter, er det risiko for at data kan bli gjenkjennbar og medvirke til redusert anonymitet. Dette gjelder spesielt intervju av informantene som hadde spesielle roller, som administrativ rolle og fagleder rolle. Dette kunne også forhindre ærlighet og trygghet i intervju situasjon. En medlemsvalidering (beskrevet ovenfor) gir informantene mulighet til å gi tilbakemeldinger av forskerens framstillinger av datamaterialet (Kvale og Brinkmann 2015). Informantene fikk også tilsendt informasjon om hvem som hadde tilgang til det empiriske arbeidet i ulike faser av prosjektet. I den transkriberte teksten ble det brukt pseudonym for å sikre anonymitet. Transkribert tekst, notater og lydfiler ble oppbevart innlåst. Lydfiler og transkribert tekst ble også oppbevart elektronisk beskyttet med passord, og lydopptak på diktafon ble slettet fortløpende. Alt datamateriale blir slettet etter avsluttet studie.

4.0 Presentasjon av funn

Denne delen presenterer jeg funnene fra studien. Fra den tematiske analysen av datamaterialet, ble det identifisert funn som på ulike vis belyser problemstillingen; *Hvordan erfarer Rask Psykisk Helsehjelp-teamet på Fosen å være organisert som en interkommunal lavterskel helsetjeneste?*

Her fremsto fire hovedtemaer som sentral:

5. Betydningen med å ha et interkommunalt selskap som prosessdriver for RPH.
6. Evnen til å finne sin plass i fagfeltet gjennom samarbeid.
7. Å kunne være et team på tvers av kommunegrenser.
8. «Om å gjøre noe sammen vi ikke kunne gjort alene»

Det første tema belyser hvordan det interkommunale selskapet hadde satt rammer for RPH teamets eksistens og virke. Det andre temaet tar for seg erfaringer med å posisjonere seg i behandlingssystemet på tvers av kommuner og linjer, mens det tredje temaet beskriver erfaringer om teamet som en gruppe, både internt og praktisk. Det siste og fjerde temaet ble det søkt å fange informantenes erfaringer med hvordan interkommunalt samarbeid skapte muligheter, i konteksten *Rask Psykisk Helsehjelp*. Her snakket de om robusthet og sårbarhet med å være et lite team på tvers av kommunegrenser, og hvordan de jobbet for å skape en

fleksibel og tilgjengelig tjeneste, Hver av disse hovedtemaene har to til tre underkategorier som beskriver ulike aspekter ved hvert hovedtema. Funnene beskrives utfra egen tolkning og analyse, og utdrag fra datamaterialet illustreres med sitater merket i kursiv. Dette for å gi informanten en tydelig stemme. Med unntak av noen sitater fra informanter med bestemte roller, er det er bevisst valg å ikke navngi hvor sitatene kommer fra, for å verne om anonymiteten. I noen av sitatene er deler klippet ut, og dette er markert med [...]. Ikke alle underkategorier har sitater fra alle informantene, men det er trukket fram sitater som best kan belyse kategorien. Det påpekes imidlertid om det er enighet mellom deltakere eller presenterer nyanser gjennom beskrivelser. På denne måten tilstrebes det lesere å få et innblikk i hva informantene fortalte gjennom intervjuene.

4.1 Betydningen med å ha et interkommunalt selskap som prosessdriver for RPH

Dette temaet beskriver hvordan RPH prosjektet ble igangsatt og hvilken rolle det interkommunale selskapet hadde i denne fasen. Her trekkes fram hvordan det interkommunale selskapet drev prosessen framover i implementeringsfasen, om rekruttering. Deretter presenteres erfaringer om vesentlige elementer som bidro til forankring og videreføring.

4.1.1 *Initiativ og «om å finne de rette folka»*

Informantene beskrev det interkommunale selskapet som godt etablert på Fosen kommunene. Selskapet hadde seks eierkommuner og ble omtalt å ha en stor bredde i tjenestenivå. De hadde tradisjonelt forvaltet somatiske tjenester, men så også behov for satsning innen psykisk helse:

«Man prøver jo hele tiden å se inn i glasskula, og så at psykisk helsearbeid hadde vi gjort for lite av og at kommunene hadde noen utfordringer med lavterskeltilbud. De var nok en underrepresentert gruppe i forhold til behov».

Flere informanter argumenterte for tidlig intervensjon, og at denne målgruppa før eller senere ville blitt en pasientgruppe på et høyere nivå. Deltakere beskrev det interkommunale selskapet som sterkt initiativtakende til pilotprosjektet *Rask Psykisk Helsehjelp* (RPH). Etter utlysning av midler fra Helsedirektoratet i 2012 til pilotprosjekter, var det administrativ ledelse i Fosen Helse som ble beskrevet som aktiv i prosessen. I tillegg var også en av informantene som hadde sin tilhørighet i psykisk helsearbeid i kommunen ønsket tilbudet i egen kommune, uten at dette var realiserbart i forhold til lite innbyggertall. Denne informanten henvendte seg til det interkommunale selskapet og opplevde å bli møtt med entusiasme. Det ble raskt etablert et

samarbeid og prosessen igangsatt. Den administrative ledelsen i det interkommunale selskapet, som besto av driftssjef og daglig leder førte prosessen:

«Så hadde vi hatt en runde med eierne våre i de seks kommunene både på administrativ ledelse, rådmann og kommunalsjefer, og ... Rask Psykisk Helsehjelp og kommunepsykolog. Og de sto jo unisont bak og sa: jo dette går vi får! - vi ser det samme behovet som dere».

Det ble også uttrykt et ønske om å se på RPH tilbudet og kommunepsykolog satsning som en samtidig satsning uten at dette utdypes i denne studien. Det ble sett som mest formålstjenlig å organisere prosjektet RPH som interkommunalt, og et sterkt samarbeid med HF (helseforetaket) og RHF (regionhelseforetaket) som ble fremhevet som betydningsfullt. Etter å ha fått midler fra Helsedirektoratet ble det jobbet med å forankre til politisk ledelse i eierkommuner. Flere informanter beskrev at Fosen Helse rekrutterte ved å gå på enkeltpersoner, med en tanke om relevant bakgrunn om både faglig og personlig kompetanse. Dette ble trukket frem av begge som en viktig faktor:

«Når vi hadde blinket ut individ så gikk vi til kommunalsjefene i de kommunene og spurte om det var greit om de fikk ta den videreutdanningen og få lov til å være en del av dette teamet. Og det var det selvfølgelig. Og det tror jeg har vært en suksess faktor».

I tillegg til en basisutdanning innen psykisk helsearbeid, ble det eksplisitt ønsket fagfolk som var kjent i målområdet, var trygg på seg selv og kunne jobbe i team. En bevissthet knyttet til en slik selektiv rekruttering ble argumentert med å danne et team bestående av fagfolk som klare å «stå i det» som individuell medarbeider og profesjonsperson, men også kunne jobbe i et team. Flere informanter erfarte lokal forhåndskunnskap som viktig. Hvorfor informantene valgte å bli med på pilotprosjektet RPH, ble argumentert med engasjement, ønske om å bruke mer kognitiv metode systematisk, å jobbe mer i team og at det føltes artig å bli spurt. En deltaker beskriver Fosen Helse som kjent for å være god på prosjekter med godt omdømme:

«Det er nok en av kriteriene for at jeg ble med på dette her. Jeg kjente dem, og dem var liksom dynamisk og fremtidsrettet og kjent for å være god på prosjekt da».

Psykologen ble rekruttert både i RPH prosjektet og i tillegg som kommunepsykolog i tre kommuner. To informanter tematiserte dette med å skape attraktive arbeidsplasser for fagfolk i distriktet:

«Det er så mye jobber der det er et større fagmiljø. Så hvis man ikke tar vare på dem, med å gi dem noe som gjør at de orker å bli her, og har nok påfyll, så er man ikke konkurransedyktig»

4.1.2 *Kunsten å overleve som tjeneste*

Det ble erfart som en styrke å tilhøre det interkommunale selskapet i forhold til prosjektets forankring, drift og videreføring. Dette omhandlet betydningen med å være mer skjermet for kommunale økonomiske svingninger, systematisk føring av statistikk og en vedvarende tro på prosjektet. Etter å ha vært finansiert med prosjektmidler over flere år, var det nå var besluttet at RPH tilbudet ble videreført med vanlige driftsmidler. Flere informanter fortalte at de ikke trodde RPH tilbudet hadde overlevd, om de ikke var tilknyttet det interkommunale selskapet. Dette ble begrunnet med at de enkelte kommunene var for små. To informanter fortalte:

«Jo fordi i kommunen så vet du det har vært veldig snakk om nedskjæringer og økonomi og sånne ting, ikke sant, du går jo heller ned i drifta enn å gå opp! - Mens her var det noe nytt noe, så vi har vært litt sånn skjermet akkurat der fordi vi har jo også vært prosjekt i 3-4 år» [...] «Det er nå noe med om hvem som har bremsene på og hvem som skyver på - det kan jo variere».

Tallenes avgjørende betydning

Statistikk og måltall ble uttalt som en vesentlig faktor for at RPH piloten var blitt implementert inn i vanlig drift. Tre av informantene uttrykte:

«Det har vært en av bærebjelkene for å få dette over i permanent drift så fort, man hadde tall på det» [...] «Der fikk vi fine tall å vise til. Det virker bedre på politikere enn at du blir frisk!! At du kommer deg i arbeid. Åpenbart!» [...] «Resultat vet du, når du viser bra tall så er det mye vanskeligere å legge oss ned, -ja og det er noe politikere liker også - tall».

Det ble ført statistikk for å vise effekt av behandling, blant annet gjennom å se hvor mange som kom seg tilbake i arbeid ved graderte sykemeldinger. Samtidig viste statistikken økning fra år til år i volum av henvisninger. Alle informantene trakk dette eksplisitt fram, både i fokusgruppeintervjuet og i de individuelle intervjuene. Her ble det argumentert for behovet og innslaget for tjenesten. Dette kan tolkes som at deltakerne ikke trodde en videreføring av prosjektet hadde vært mulig, om en ikke hadde vist til tall og statistikk. Tallene ble vurdert som svært nyttig for «selge» det inn lengre opp i beslutningsnivå.

Betydningen av god omtale gjorde at det skulle noe til for å legge det ned. Eksempelvis deltakelse på konferanser med å fortelle suksesshistorier, og god evaluering fra Folkehelseinstituttet i 2016. Her ble det argumentert med økt etterspørsel fra en ny brukergruppe. Flere informanter erfarte en usikkerhet knyttet til videreføring som kunne skape noe bekymring. Alle bortsett fra en informant, var kun «til låns» fra de ordinære

stillingene i kommuner. En informant erfarte dette som en trygghet, i forhold en usikkerhet om prosjektet ble videreført. En informant trodde det ga legitimitet at RPH teamet ble opprettholdt og forklarte:

«Jeg tror det gir legitimitet at vi opprettholdes ikke sant, de kjenner hvem sin person i tjenesten er. Det med legitimitet er ganske viktig altså! [...] Vi markedsfører at det fins noe som heter Fosen Helse her, altså hvor mange vet det i de enkelt kommuner? - at det fins en overbyggende organisasjon som driver med helse til Fosen kommunene, og som ja på en måte gjør oss mer synlig».

Entusiasme og tro på prosjektet

I tillegg til å være mer skjermet for kommunale økonomiske svingninger eller ha press på prioriteringer, reflekterte flere informanter en opplevelse at i Fosen Helse hersket det en generell tro på tilbudet,

«Vi har en entusiastisk ledelse, sjøl om kommunene snur og vender på schillingene, så er det i Fosen Helse entusiasme».

Det virket dermed som at denne entusiasmen og positive innstillingen bidro til godt omdømme eksternt, men økte også den indre motivasjonen. Videre formidlet de fleste informantene at det var ledelsen som dro prosesser med videreføring og drift. Utover å vise til resultat hadde ikke teamet vært aktiv i denne prosessen;

«Vi trengte ikke å være så aktiv fordi lederen vår har vært veldig aktiv, ikke sant, og tror på dette og synes det er viktig».

Her ble det trukket fram betydningen med å være organisert interkommunalt, gjennom å klare å formidle politisk:

«Med å ha Fosen Helse i ryggen som tyngde og som ønsker at RPH tilbudet finnes kontra å stått alene i egen kommune for å argumentere for midler til videreføring av prosjektet [...] Det er himmelvid forskjell. Det er bred helsekompetanse inn i dette her, altså, som henter kunnskap og informasjon fra mange retninger. Jobber bare med helse, ikke sant. Så en har kompetanse på å legge det fram på en sånn måte at det blir forstått».

En informant understreket også Helsedirektoratets ønsker om at tilbudet skulle favne en ny målgruppe, og det ville vært naivt å tro at et slikt tilbud ikke krevde vekst i ressurser.

4.2 Evnen til å finne sin plass i fagfeltet gjennom samarbeid

Denne kategorien belyser hvordan de i tidlig fase posisjonerte seg i forhold til de eksisterende tjenestene. Dette omhandler hvordan de opplevde å bli møtt, fikk forståelse, og hvordan de strategisk skapte et eget arbeidsområde gjennom å delta på felles samarbeidsarenaer.

4.2.1 Trenger vi dere da?

Alle informantene snakket at de i starten av RPH prosjektet jobbet mye med å tydeliggjøre plassen sin overfor kommuner og spesialisthelsetjenesten. En informant beskrev at dette handlet mye om metoden:

«Ja men du vet kompetansen vi har. Det fins kognitiv terapi kompetanse fra før, og vi har spesialisthelsetjenesten fra før, så på papiret var ikke dette nå unikt. Men det var noe unik pakke vi fikk allikevel, fordi den var så rettet mot handling, at våre brukere skal være aktiv deltakende, både i sin egen behandlingsprosess og veldig fokus på arbeidslivet. Det har positiv betydning for de fleste».

En informant trakk fram veiledet selvhjelp som et stort fokusområde. En annen påpekte at dette med å være et kortvarig behandlingstilbud med et visst antall timer som kunne ses som en forskjell fra andre tilbud. En informant forteller om lang ventetid i spesialisthelsetjenesten for mennesker med angstproblematikk. Her hadde RPH tjenesten tatt over mye av behandlingstilbudet, som en informant sa:

«Ja det er noe de skriver på avslagene sine, at de anbefaler kontakt med oss isteden».

En av informantene forteller at det opplevdes litt overraskende at ikke alle var like positiv til prosjektet i starten, både i psykisk helsetjenester i kommuner men også i spesialisthelsetjenesten. Videre kjente informanten på en viss konkurranse. Dette gjorde også en annen informant som fikk i startfasen en nærmest fornemmelse av:

" Har dere tenkt å ta pasienten fra oss"?

RPH tjenesten hadde åpent i kontortid, og to av informantene uttrykte at *Rask Psykisk Helsehjelp* som begrep kunne bli misvisende med at det var en akutt tjeneste. De henviste da til begrepet «*Rask*» kunne føre til misforståelser i starten og ble sammenliknet med begreper som ambulant og akutt.

«Noen kommer på døra her og lurer på hvorfor ikke vi er bemannet, ikke sant, når det haster så følt, det har vi opplevd. Det er litt utfordrende å forklare det, når vi heter Rask Psykisk Helsehjelp, skal vi være tilgjengelig hele tiden [...] Leger har også henvist i forhold til det, enda det er dem som skal være akutt tjeneste [...] Vi er ikke så glad i navnet vårt egentlig, men det har nå stort sett begynt å gå inn. Men det er klart ei utfordring til å begynne med, både i psykisk helsearbeid i kommunene og i

spesialisthelsetjenesten [...] Litt sånn: "trenger vi dere? Vi klarer dette utmerket godt fra før».

Flere av informantene beskrev for å finne en plass som et interkommunalt tilbud på tvers, benyttet teamet strategisk seg av den nasjonale veilederen *Sammen for mestring* og siktet seg inn på det første pasientforløpet. Dette ble forklart som et argument for å overleve prosjektperioden, og var ikke en del av opplæringen i *Rask Psykisk Helsehjelp*. På denne måten definerte de et arbeidsområde som bare var deres.

4.2.2 «Å sitte sammen ved samme bord»

Prosessen beskrevet i ovenfor, foregikk i stor grad gjennom å delta på en felles møtearena. I tillegg til RPH, møttes fastlege, spesialisthelsetjeneste, samt psykisk helse og rus tjeneste i de ulike kommuner. Møtene ble betegnet som «*legemøter*» eller «*henvisningsmøter*». Flere informanter fortalte at slike møter var godt etablert på Fosen gjennom de somatiske helsetjenestene. Fra 2013 ble slike møter også etablert i de psykiske helsetjenestene. Både gjennom fokusgruppeintervju og individuelle intervjuene uttrykte informantene denne arenaen som udelt positiv på mange vis. En informant fortalte at det startet med at Fosen-Teamet⁸ tilbød seg å stille seg opp ukentlig for lege i en kommune. Siden ble det utviklet til enda en kommune. De jobbet fortsatt med å få dette etablert i en tredje kommune. Samme informant understreket betydningen av denne direkte samhandlingen med fastlege. Så i prinsippet var det legen som fikk hjelp til å finne rette sted og riktig tilbud. Alle pekte på verdifull samhandling gjennom disse møtene hvor man satt ved samme bord og vurderte henvisninger og saker. En utdypet:

«Når vi sitter på disse to legemøtene, så er det liksom felles forståelse, altså denne veilederen ligger i bunnen. Iallfall bruker jeg den, jeg tror ikke de andre er like bevisst på det, men hele tiden forholder jeg meg til hva som er riktig nivå: hvem er det som skal ha denne pasient? Og da ... altså det synes jeg er knakende bra samhandling. Fordi da det er ikke eksklusjonskriterier vi snakker om, men inklusjon. Det er viktig at vi blir enige om hvor denne pasienten skal hen, så jeg tror det er bra for pasientene dette her ja»

Til tross for at informantene uttrykte ulike betraktninger med å delta på samarbeidsmøtene, syntes det imidlertid å være felles enighet om hvilke positive effekter dette ga. Videre beskrev en informant at det som gjorde dette sterkt var at «*leger snakker best med leger*». Psykiater traff fastlege regelmessig, inkludert kommunehelsetjenesten og RPH. Å fordele sakene

⁸ Fosen-Teamet er underlagt Nidaros DPS, St. Olavs hospital, divisjon for psykisk helsevern.

ukentlig på riktig nivå, istedenfor å at de blir sendt fram og tilbake, ble det drøftet hvilket tilbud som skulle gis avhengig av symptomtrykk og lidelse.

«..det er klart at med sånn som det er organisert, med tett kontakt med både det kommunale psykiske helsearbeid og spesialisthelsetjenesten ved Fosen Teamet som sitter med psykisk helsevern, så vil man jo lett kunne veksle og få pasienten på rett nivå ganske fort.... - At man sitter rundt det samme bordet, at man sammen ser på henvisningen og vurderer ... hvor skal pasienten hen for å han inn i riktig dør med en gang, og hvem skal følge opp? - den trur jeg er ganske sentral og litt unik»

Et slikt samarbeid medførte at alle, inkludert RPH teamet, fikk henvisninger i stor grad rettet til riktig behandlingstilbud og målgruppe. Flere erfarte at det ble uttrykt et økende antall henvisninger av lette saker, etter etablering av RPH:

Møtene har hatt avgjørende betydning, for kommunene og legene skal skjønne hva vi er, hva som er målgruppa vår. Vi jobber med en spesiell målgruppe som gjør at både Fosen Teamet og kommunehelsetjenesten kan tenke at vi finnes også. Dette skal ikke vi jobbe med, når dem tar det. Så vi er blitt differensierte tjenester gjennom disse møtene her [...] I starten var det snakk om; " skal dere begynne å jobbe med denne pasientgruppen altså, vi gjør da det fra før?" Så kunne vi da vise til at dette var ikke vårt påfunn, men Helsedirektoratet sitt påfunn, og at det var dette som var målgruppa. Dem kan dere si med god samvittighet at dere skal jobbe med, og vi kan si at det er utenfor vårt område, når det er deres ansvarsområde.

To informanter påpekte at konstruksjonen var skjør ved å være personavhengig. Blant annet enkeltpersoner fra Fosen Teamet, ble beskrevet som pådrivende for økt samarbeid. En informant sa at nivåene i de ulike helsetjenestene ble mer gjennomsiktig gjennom mer åpne informasjons kanaler, og at møtene fungerte som en læringsarena for alle aktørene. På denne måten argumenterte de at med å definere et arbeidsområde i kommunene som eget, og fikk navigert seg i møtene. En informant sier:

«Vi har vært så klar på å at dette er noe annet enn psykisk helsearbeid, så har vi klart å opprettholde det, så det på en måte ikke har sklidd inn i det ordinære tilbudet. Jeg tror det lett hadde gjort det, hvis vi hadde sittet på plassene våre og jobbet hver for oss på et vis, ja»

Etter hvert som RPH prosjektet satte seg, ble det bredere forståelse for hva de hadde å tilby og at de var annerledes, og beskrev nå en følelse av annerkjennelse. Flere informanter påpekte at prosessen tok tid, og at det kunne oppleves krevende før de fikk forståelse for hvilket tilbud RPH kunne gi og hvilken målgruppe tilbudet var rettet mot.

4.3 Å kunne være et team på tvers av kommunegrenser

Dette temaet presenterer det interkommunale teamets erfaringer om hva som var viktig for team fellesskapet når de jobbet på tvers i flere kommuner. I tillegg beskrives erfaringer knyttet til fysiske rammefaktorer og samt om informasjon og beslutningsprosesser.

4.3.1 Om å holde sammen som team

Alle informantene i teamet trakk fram den viktige betydningen av å møtes ukentlig på en felles møtearena for å holde sammen som team. Dette fordi de dekket et tilbud i fire kommuner. Flere informanter påpekte at de var mye på farten, og jobbet individuelt ut i de ulike kommuner. De lånte kontorer fra andre fagtenester i to av kommunene, men at de kun hadde et fast kontor og at denne arenaen framsto som «hellig»:

«Dette bordet her - er det nærmeste vi kommer senter for Rask Psykisk Helsehjelp. Når vi er her, så har vi en illusjon av et arbeidsmiljø. Vi føler at vi hører til her» [...]
«Det å sette av tid til teamet er kjempeviktig»

Denne faste møtedagen ble tilstrebet å være en fast ukedag på et par timer til fordeling av saker, veiledning, refleksjon og *by på seg selv*. Dette ble erfart som tilstrekkelig, men kunne også utfordre. En nyanserte dette:

Vi er nok helt på minimum der, men samtidig kan det nesten ikke bli annerledes i en interkommunal sammenheng, det hadde nok ikke vært riktig. Det hadde nok ikke vært så lett å selge inn at vi etablerte oss her for å serve alle kommunene. [...] Så det er noen risikofaktorer her altså. Men du vet når vi har 40 prosent stillinger, så kan vi ikke bruke en hel dag sammen, vi kan ikke bruke en halv en engang».

I tillegg til ukentlig møtepunkt, understreket alle i teamet betydningen av at den felles utdanningen de hadde i starten av prosjektet, uavhengig kompetanse, var en vedvarende *teambuildende* prosess. Her ble de *sydd sammen* som et team, som fortsatt bandt dem sammen. Å dra på kurs, samlinger og veiledninger sammen, gjorde at de vedlikeholdte teamfølelsen. Flere informanter fortalte om en god teamsammensetning, som bidro til at de hadde fått det til å fungere. En informant fortalte:

«Vi er veldig samkjørte som team, vi var veldig heldige med teamet, vi kom veldig godt overens, og vi har det kjempeartig i lag, så ... for vi møtes jo egentlig ikke så ofte ... men ja.. Jeg har ikke kunnet jobbet med dette alene».

Teamet signaliserte på denne måten om trivsel og godt arbeidsmiljø. Her ble det trukket fram argumenter med at de hadde hatt en kontinuitet i gruppa fra de startet. To av dem påpekte imidlertid at de visste at de var sårbare, og konstruksjonen var skjør med tanke på endringer for eksempel hvis noen skulle slutte eller om flere skulle komme til. En uttrykte:

«Det er noe at når du er et godt team fra før av, og om det skulle kommet nye folk inn i teamet også, ... det gjør jo noe med sammensetningen».

Et annet aspekt ved gruppa var at de innehadde noe ulike roller og ansvarsoppgaver.

Personene i teamet var ansatt i egne kommuner, men er kjøpt fri fra stillingene sine i en prosentandel, bortsett fra psykolog som var ansatt i det interkommunale selskapet. Flere understreket betydningen av å jobbe faste dager med RPH, som gjorde at de ikke trengte å sjonglere roller i forhold til den andre stillingen sin:

«Det at vi har et annet kontor enn når vi jobber i psykisk helsearbeid, hjelper meg i alle fall» [...] «For å beholde oss som team var det ekstra viktig for oss å opprettholde en autonomi, med å ikke bli integrert i de kommunale, de enkeltkommunale tjenestene, fordi vi var så små. Så vi må opprettholde et fellesskap for å rendyrke dette tilbudet vi har å gi da, til den målgruppen. For var jo ansatt i andre roller, ikke sant- alle var jo det».

Om oppgavefordeling internt i teamet ble det definert ulike roller. Psykologen var fagleder, mens den som var prosjektleder i starten tok mest ansvar for ukentlige rutiner. Dette innebar å samle forespørslers, koordinere saker, utarbeide veiledningsmateriell, samt føre statistikk og avgi rapporter. Ellers hadde alle samme funksjon som terapeuter. Psykologen beskrev også veiledning som en arbeidsoppgave.

Når det gjaldt å møte praktiske utfordringer, ble det signalisert i hovedsak to forhold: IKT og faste lokaler i alle kommuner. Alle i RPH teamet snakket om at lokalene i starten av prosjektet var utfordrende, men at de nå hadde betydelig bedre egnet lokaler. I startfasen lånte de legevakten sine lokaler, men at de nå hadde de et fast kontor i en av kommunene, mens i to andre kommuner lånte de ulike kontor hos andre fagtjenester. En deltaker beskrev ønsket om mer stabilitet ved kontorløsninger:

«At du slipper å ha med deg kontoret i veska, det er ganske mange kilo det altså».

Alle informantene tematiserte utfordringer knyttet til IKT løsninger i varierende grad. Dette omhandlet kravet til dokumentasjon, og hvordan de håndterte de ulike kommuners ulike dokumentasjonssystemer. Dette ble opplevd som mest utfordrende i startfasen av RPH prosjektet. De fortalte at de hadde benyttet ulike fagprogram i ulike kommuner. Løsningen nå var at de dokumenterte på samme dokumentasjonssystemet som legevakt. Dette systemet var felles for alle kommunene. Alle informantene fortalte at denne prosessen hadde tatt tid. En informant uttrykker at det nå fungerte veldig bra, mens flere informanter fremhevdet det var tungvint å ha med seg egne bærbare pc`er når de dro til ulike kommuner. Dette hang sammen med at de ikke hadde faste kontorer i to av kommunene. Dette kunne oppleves frustrerende:

«I forhold til å dra med alt av pc`er... Fortsatt er det endel småting som jeg tenker at kunne lettet hverdagen vår da, klart at vi har tenkt at hvis vi har hatt mer faste kontorer eller plasser så hadde vi kunne hatt ting liggende i dem ulike kommunene og sluppet å dra de med seg. Ja, ja litt sånn småting som ikke blir småting tilslutt fordi det er tungt å dra rundt med det»

Det nevnes også vansker med trådløst nett som ikke fungerte, og at det kunne ta lang tid for å løse det. En uttrykker at dette har vært vedvarende utfordrende:

«Ja det er slitsomt altså, sa har du ikke wifi på det rommet du sitter den dagen også når du ikke frem, det er frustrasjon altså.....da ble det ikke noe dokumentasjon den dagen, ikke sant?»

Det er også erfart kollisjoner med andre brukeravtaler på samme kontor på grunn av lån av kontor, i tillegg at det ble nevnt at dette kunne framstå som litt uforutsigbart for brukerne av tjenesten. En informant fortalte om det å føle seg mottatt i kommuner:

«Det har vært viktig, og det har vært en utfordring, med dette å føle seg velkommen når man kommer, tenker jeg, at man ikke er på nåde i forhold til kontor òg...»

Det er likevel en samlet forståelse for at slike praktiske forhold kan være aktuelle for alle tjenester ved oppstart, og at de har hatt nytte av det interkommunale selskapet til å finne løsninger underveis. En forteller at oppleves det litt frustrerende i en hektisk hverdag å forholde seg til slike problemer, men sa de kanskje har vært for lite flinke til å kreve eller spørre om hjelp:

«Det går an å gjøre noe med det, hvis vi hadde vært mer på hugget sånn IT messig, men jeg gidder ikke å diskutere dette annenhver måned ... med IT tjenester i alle disse kommunene ... så gir du opp litt».

Alle informantene signaliserte med dette at om ytre faktorer som kontorer, journalsystem og datasystem var viktig, fordi det lettet hverdagen mye.

4.3.2 Opplevelse av informasjon og beslutningsprosesser

Erfaringer knyttet til informasjon og beslutningsprosesser mellom teamet og ledelsen i det interkommunale selskapet ble påpekt som gjennomsiktede og åpne. Videre ble demokratiske prosesser og strukturer for involvering av kommunene, beskrevet å foregå gjennom møter, informasjon og formidling av statistikk via ledelsen:

«Det går jo først til styret så dem behandler og innstiller overfor representantskapet som ordførere, og da der det ordførerne som beslutter.... vi har jo et lederforum på Fosen for helse og omsorg, som møtes en gang i måneden. Der sitter de som er i administrasjonen i Fosen Helse og kommunalsjefene i eierkommunene våre».

Flere av informantene uttrykte at de følte at de ble inkludert i beslutninger som angikk dem, og at det var gode informasjonskanaler mellom teamet og det interkommunale selskapet. To informanter hadde deltatt på driftsmøter hvor de brakte informasjon og status videre. En reflekterte omkring dette:

«Det er kanskje mer tungrodd å forholde seg til ei styregruppe i et interkommunalt selskap, muligens i forhold til vedta som skal gjøres med videreføring eller ikke og må nå opp til helselederforum for å gjøre oss kjent og....men jeg har tenkt at det er tungrodd uansett om man skal få til noe i en kommune».

En deltaker som ikke hadde deltatt på driftsmøter opp i systemet, følte seg allikevel inkludert og hørt:

«Jeg synes det er veldig greit! For vi diskuterer forut, og vi får høre hvordan det blir - så vi bestemmer veldig mye selv da, så føler vi veldig eierskap i prosjektet RPH, for vi har vært med fra starten av. Vi har vært med på hele prosessen siden vi var første gruppen som startet» [...] «Vi har vært veldig enig i prosessen hele veien, tenker jeg. Og det har vært rom for å si ifra hva man mener, vi i teamet fordi ledelsen satt ikke og blandet seg inn i det, så vi fikk utforme det som var viktig og vesentlig.

Tre informanter forteller at mandatet deres var noe uklart i implementeringsfasen, men opplevde likevel av høy grad av autonomi:

«I begynnelsen så var vi vel ganske utålmodig, for det var ganske diffust i begynnelsen hva er dette her, hvordan skal vi jobbe, litt sånne ting, for det var litt frustrasjon blant oss, for vi ville gjerne komme i gang [...] Det var veldig opp til oss selv på hvordan vi ville gjøre det. Og det var litt frustrerende til å begynne med, for ventet at det skulle være bestemt. og det var det ikke, så det var veldig opp til oss på hvordan vi ville gjøre det da» [...] «Ja og så fikk vi tid til å holde på selv tenker jeg, for ledelsen i Fosen Helse tok ikke å la seg oppi hvordan vi drev det, eller sånne ting, slik at vi fikk utforme teamfølelsen og hvordan vi skulle jobbe. Da får du litt mer eierskap til det også da.».

4.4 Om «å gjøre sammen noe vi ikke kunne gjort alene»

Dette temaet beskriver hvordan informanter reflekterte om fenomenet interkommunalt samarbeid i konteksten *Rask Psykisk Helsehjelp*. Her ble det mulighetsskapende aspektet trukket fram, og balansegang mellom størrelse på nedslagsfelt, utvikling av robuste fagmiljø og ressurser til å svare på behovet. Det ble også trukket fram den interkommunale løsningen ga RPH muligheten til å gi en nær og fleksibel tjeneste selv om tjenesten dekket flere kommuner. Det ble snakket unisont om selve forutsetningen med å få dette til i små kommuner, lå i det interkommunale samarbeidet. En informant forteller så treffsikkert:

«Det interkommunale helsesamarbeidet handler om å kunne gjøre noe som du ikke kunne ha gjort alene».

4.4.1 Størrelse på nedslagsfelt og om å systematisk rendyrke metode

Nedslagsfelt, altså hvor mange innbyggere tilbudet skal dekke, ble av flere informanter fremhevet som betydningsfullt. Om ikke det mest betydningsfulle. Dette ble forklart med nødvendigheten med å få synergi med behandlingsformen. For små kommuner vil dette kunne latt seg gjøre med å slå seg sammen om et slikt lavterskeltilbud. Følgende sitater mellom to informanter tematiserer dette:

«Vi hadde ikke fått det til hvis ikke. Vi er for små til at vi har fått det til for oss selv i hver vår kommune. Slik som jeg tenker det, så gjorde vi veldig riktig i å ikke ta oss en utdanning, å sette oss i psykisk helsearbeid i hver vår kommune ... for det har jeg prøvd før, med forrige runde med utdanning, og en klarer ikke å rendyrke det på denne måten som vi har fått til nå, tenker jeg» [...] «Du løser oppgavene som hadde ville blitt ganske fragmentert i små enkelt kommuner. Jeg tror det har noe med kommunestørrelse å gjøre ... altså ... en kommune på Fosen? Da ville dette her visnet selv. Da hadde det blitt en tjeneste. For opptaksområdet hadde vært ... det hadde blitt så små tjenester! Tenkt deg Rask Psykisk Helsehjelp til en kommune med 900 innbyggere! Ingen vits! Du har blitt sendt på kurs, og ikke hatt tid til å praktisere det. Og så hadde det blitt et diplom på veggen, ikke sant. Det blir mere ... interkommunalt gir mer robuste tjenester, men også i dette tilfellet, mer differensierte tjenester da, for du kunne valgt bort Rask Psykisk Helsehjelp, det er enda ikke noe pålegg på det».

Det virket som om alle informanter delte en enighet om at suksessfaktorer i tilbudet var å jobbe strukturert og målrettet til metoden, som rettet seg mot tiltenkt målgruppe med lettere angst og depresjonsproblemer. En informant fortalte at i små kommuner var psykisk helse og rus tjenestene ofte små, kanskje bare en eller to fagpersoner. Denne informanten argumenterte med muligheten det interkommunale RPH tjenesten ga med å utvikle dybdekompetanse. Dette resulterte en trygghet i behandlingsrollen.

4.4.2 Størrelse på nedslagsfelt versus ressurser til å svare på behovet

Alle informantene tematiserte dette med stillingsprosenter og trakk frem flere utfordringer med å finne balansen mellom arbeidskapasitet kontra å svare på behovet. Når intervjuene fant sted var de 1,9 årsverk inn i prosjektet. Målet var at alle skulle ha minimum 40 prosent i RPH. Dette skulle hindre fragmentering, og opprettholde kontinuitet og kompetanse. Kompetanse ble beskrevet som «ferskvare». Dette egne kravet til stillingsprosenter var ivaretatt, men gjennom prosjektperioden var dette variert noe. Nå hadde de kun deltidsstillinger. En informant hadde tidligere vært hundre prosent inn i prosjektet. Dette ble erfart positivt for å opprettholde ukentlige rutiner, og være mer tilgjengelig for forespørsler. Helsedirektoratets krav til minimum 4 stillinger i prosjektet ble gjennom moderert noe. En forteller:

«Etter hvert som utdanninga forløp så erkjente vel flere at vi måtte [...]vi diskuterte dette i Napha⁹, at den dimensjoneringen vi hadde med 2,3 til 2,5 stilling, kanskje ikke var så langt unna ... realistisk dimensjonering for vårt opptaksområde».

Det å finne en god balanse ble erfart som noe krevende, og uttrykte bekymring en presset kapasiteten presset. To informanter påpekte:

«Nå røyner det litt på altså [...]vi er litt i smertegrensen nå i forhold til kapasitet».

Ønsket med større stillinger ble argumentert for å sikre tilgjengelighet samtidig som det var økning i antall henvisninger. Her ble det understreket betydningen av egen merkantil funksjon som ikke fantes. Flere av informantene reflekterte rundt dette med opptaksområde.

Opptaksområdet på RPH var fire kommuner på Fosen med til sammen om lag femten tusen innbyggere. Det ble uttrykt ønske om et litt større opptaksområde, som kunne medvirke til et litt mer robust team.

«Vi er for noen kommuner på Fosen. Vi har rettet flere henvendelser, men de har ikke ønsket det» [...]»vi lukker aldri dørene for de kommunene som ikke er med» [...] «Vi har vel sett at vi godt kunne ha betjent hele Fosen. Blant annet fordi spesialisthelsetjenesten sitt opptaksområde, altså Fosen Teamet, poliklinikken - har hele området [...] «Jeg tenker det er naturlig. Da har vi hatt mere stillingsandeler» [...] «Det har gjort oss litt mer robust og stabil, litt større og fått inntaksområdet for hele Fosen. Så hadde vi vel matchet intensjonen om at det skal være 4-5 hele stillinger. Da trenger du et større opptaksområde enn det vi har» [...] «Det kunne blitt mer solid da, hvis det hadde vært litt større. Ikke for stor, da går det andre veien»

4.4.3 Om å gi nære og fleksible tjenester

Alle informantene poengterte betydningen av å være nær brukerne som ønsker hjelp. En av grunntankene var at tilbudet skulle være lokalisert i tre av fire kommuner. Denne betydningen av lavterskel og nærhet ble beskrevet av en informant:

«Man skulle nå fram til oss. Og så vi var òg opptatt av at folk som bor i en time og et kvarter unna, skulle slippe å dra hele den veien, at vi skulle ha et tilbud om å møte folk, nesten der de er. Og så vi var opptatt av å ha en telefon som skulle tas.».

Det virker som informantene var fornøyde med at de hadde greid denne ambisjonen om nærhet. I tillegg påpekte de viktigheten over å være fleksibel: at en bruker kunne velge selv hvor han ville møte opp. En informant fortalte at det av og til dukket opp ønsker om å møte opp et annet sted enn hjemkommunen. Tre informanter som reflekterte over dette:

⁹ Napha: Nasjonalt kompetansesenter for psykisk helsearbeid. <https://www.napha.no/content/13931/Rask-psykisk-helsehjelp>

«Det er jo et tilbud som dem ikke har ellers, og det er nok heller ikke så naturlig for dem å søke seg til de tradisjonelle tilbudene. Ikke alle iallfall. For her er dem litt mer skjermet, litt mer anonym i og med at de kan møte opp i en annen kommune, for man trenger jo ikke å gå inn døra i sin egen kommune og kjenne på det at... for det er klart at psykisk helsevern og psykisk helsearbeid har en stigmatisering rundt seg, og dette er nok en gruppe som er opptatt av det...litt yngre og kjenner på det at det har behov for denne anonymiteten» [...]«Vi ser en annen brukergruppe, og det er kollegaer, det er ansatte i samme organisasjon som søker hjelp og da er det veldig ok å kunne spille på noen som ikke er i samme kommune» [...]«Vi merker at det kan være venninner, det kan være lærere, det kan være noen i klassen til ungene dine..»

Sitatene overfor kan tolkes som om informantene var tydelig bevisst på at her var det en brukergruppe som kjente på behovet for anonymitet, og gjennom å organisere seg interkommunalt på flere steder så greide de å imøtekomme dette behovet.

Ved å jobbe som et team over flere kommuner medvirket til en mer helhetlig tankegang som er viktig, sier en informant. Det å ha Fosen Helse i ryggen opplevdes som en styrke, da man tidligere tenkte kun egen kommune. En annen forteller:

«...vi har en nærhet til alle kommunene som gjør at alle føler at de får noe lokalt for å være med på satsningen. Samtidig som vi får en robusthet ved å høre til det interkommunale selskapet»

5.0 Diskusjon

I resultatkapitlet har jeg presentert de viktigste funnene fra informantenes erfaringer. Gjennom temaanalysen fremsto fire hovedtema som sentrale. Fra dette vil jeg diskutere hvilken betydning erfaringene har opp mot målet med å identifisere styrker og utfordringer med en interkommunal organisering. Nedenfor diskuterer jeg utfra teorigrunnlaget, de fire hovedtemaene; betydningen med å ha et interkommunalt selskap som «moderskip», betydningen av samhandlingsarea, betydningen av å holde sammen som team og hvordan interkommunale løsninger er mulighetsskapende. Resultatene om nærhet og fleksibilitet (kap.4.4.3) diskuteres i lys av et brukerperspektiv. Selv om temaene er kategorisert i meningsbærende enheter, må det likevel tas i betraktning at konteksten er kompleks og henger sammen. Jeg velger å diskutere de mest vesentlige styrkene og utfordringene basert på resultatene fra analysen. Jeg kommer diskuterer til slutt resultatene fra studien fra et innovasjonsperspektiv. Avslutningsvis reflekterer jeg over studiens begrensninger og videre forskning.

5.1 Betydningen med å ha et interkommunalt selskap som «moderskip»

Funnene peker på en sterk betydning av å ha et godt etablert interkommunal organisasjon i ryggen. Fokuset er på ledelses prosesser, styringskapasitet og resultatmål som virkemiddel.

Entusiastisk lederskap

Resultatene fra analysen påpeker betydningen av en tydelig ledelse med sterk tro på RPH som viktig og riktig lavterskeltiltak. Både i en startfase, men også gjennom arbeidet med å forankre tilbudet utover i prosjektperioden. Entusiasme smitter, og dette kan etter mitt syn skape konsekvenser i form av økt motivasjon til RPH teamet på individnivå, men også til beslutningstakere på administrativt og politisk nivå. I denne sammenheng påpeker Brochs-Haukedal (2010) noe vesentlig om atferd basert på menneskers rasjonelle mål om fremtidig gevinst. Når ansatte i en organisasjon har tro på suksess, er det en viktig lederoppgave å gi støtte og bevisstgjøring. Gevinster kan her omfatte både resultater i form av kunnskapsutvikling og gode helsetjenester, men også psykologiske gevinster ved opplevelse av mening og annerkjennelse.

Styringskapasitet og ledelse

Det fremheves at interkommunal tilhørighet av RPH prosjektet hadde betydning for rammevilkårene for RPH tilbudet, gjennom økt styringskapasitet. Det overbyggende interkommunale selskapet drev et bredt spekter av helsetjenester, og å være del av denne organisasjonen ble sett som en styrke. Jacobsen (2014) sier at interkommunale samarbeid kan fungere godt når den administrative kapasiteten er stor. Tidsperspektivet på samarbeidet er også av betydning. Etersom det interkommunale selskapet ble beskrevet å ha lang tradisjon, kan man anta at det er en fordel, da man over tid kan finne løsninger som fungerer. Især i forhold til forankrings prosesser overfor beslutningstakere i eierkommuner kan dette være svært sentralt. Erfaringer fra andre RPH piloter (Smith et al. 2016), påpekte utfordringer knyttet til videreføring etter prosjektmidlene tok slutt. Betydelige ressurser fra prosjektleder ble brukt til å drive reklame overfor politikere og beslutningstakere. Det er dermed grunn til å tro at tilhørighet til et interkommunalt samarbeid gir betydelige fordeler med forankring til beslutningstakere i kommuner. Det gir en ulik tyngde med å være et interkommunalt selskap med bred helsekompetanse kontra å være en prosjektleder i et RPH team i en enkelt kommune. Det kan her antas det vil være en krevende prosess å argumentere for midler i kommuner med prioriteringsdilemmaer.

Erfaringer fra andre samordningsmodeller om lavterskeltilbud om psykisk helse, understreker betydningen av en sterk forankring på rådmanns og politisk nivå. En sterk utadrettet administrativ ledelse gir felles samarbeidskultur og motivasjon (Follevåg 2014; Norvoll et al. 2006). Utviklingsorienterte fagmiljøer, administrasjon og politisk ledelse kan gi gjensidig påvirkningskraft på hverandre (Neset, 2012). Studien påpeker en sterk forankring overfor beslutningstakere hos eierkommuner, og kan ha medført at de har spilt på lag med fagmiljøet. Dette være et spørsmål om ledelse. Et tema ved samarbeidsprosjekter, er hvem som skal ha hånden på rattet på de ulike beslutningsprosesser (Dyhr-Nielsen & Støkken 2014). Ansvarsfordeling kan ha betydning for framdrift og eierskap i prosjektsamarbeidet, noe kan skape relasjoner både vertikalt og horisontalt. I min studie opplevde informantene eierskap til RPH prosjektet. Om dette var tilfellet horisontalt i organisasjonen ble ikke undersøkt. Funnene påpekte at det å være en del av et interkommunalt selskap kan skjerme for kommunale økonomiske svingninger. Evalueringsrapporten (Smith et al. 2016) påpekte at en presset kommunal økonomi kunne være en trussel for videreføring.

Måltallenes magi?

Et interessant aspekt kan være betydningen av resultatmål som politisk virkemiddel i det interkommunale styringsrommet. Funnene påpeker at målene ble vurdert vesentlig for å gjøre prosjektet levedyktig. Det er viktig å bemerke at denne studien ikke sier noe om opplevd effekt eller kvalitet i behandlingen fra et brukerperspektiv, men informantene forteller om egne effektmål de har greid å måle gjennom blant annet sykemeldingsgrad. Å bruke resultatmål på psykiske helsetjenester utfra en metode, kan fra mitt perspektiv betraktes som kontroversielt. Dette fordi det foreligger en bred forskningsforankret erkjennelse om uansett «metode» eller type terapi som gis, vil det som er virksomt handle om utenforliggende faktorer. Men også i stor grad om det terapeutiske forholdet mellom hjelper og den som får hjelp (Ekeland, Stefansen & Steinstrøm 2011; Haugsgjerd et al. 2009; Karlsson 2015). Det var også «den gode kjemien» som ble ansett som viktigst i evalueringsrapporten fra RPH pilotene (2016). Å kunne vise til *resultater* om tiltaket har effekt lar seg likevel *selge inn* hos beslutningstakere (Ballo et al. 2014, s. 127). Som en informant uttrykte: «*det er viktigere med gode tall enn at folk blir friske*». Mål og resultatstyring kan hevdes å være svært salgbar for ledere, og imøtekommer ofte et psykologisk behov for forenkling til beslutningstakere (Ballo et al. 2014). Denne formen for målstyring blir ofte betraktet av fagfolk som en mekanisk organisasjonsforståelse og har et teknisk grunnsyn på mennesket. Det står i kontrast til et mer dynamisk menneskesyn, der mennesker påvirkes av og påvirker sine omgivelser. Et

instrumentalistisk syn på resultatmål kan også risikere at behandling og praksis som ikke kan gi målbare tall, ses på som ikke like bra. Dette kan sette aspekter som kommunikasjon, empati, etikk og omsorg i skyggen (Haugsgjerd et al. 2009). Dette viser sånn sett at folkehelseiltak har en svakhet ved seg, ved å sjelden legitimere sin eksistens ved hjelp av resultater. Det er også i utgangspunktet vanskelig å måle resultater i offentlig sektor (Stamsø, 2017). Valla (2014) påpeker at utvikling av psykiske helsetjenester krever strukturer som gir rom for å tenke nytt og annerledes. Hun argumenterer for å tørre å satse på det som ikke er *virksomt* eller *målbart*, og ser løsninger i retninger å hjelpe mennesker basert på feedback fra brukerne. Denne tanken styrker recovery perspektivet i psykisk helsearbeid, uten at dette belyses nærmere her. Resultatmål kan altså være et virkemiddel for å få tilført midler til psykiske helsetjenester som RPH, og det er udelt positivt. Om det *bør* være slik er imidlertid fra et faglig og etisk perspektiv omdiskutert.

5.2 Felles samhandlingsarena

Funnene fra studien beskrev et godt etablert samarbeid og en innovasjons kultur i det interkommunale handlingsrommet. Nedenfor diskuteres ulike betydninger av samarbeidskonteksten.

Å definere eget arbeidsområde

Analysen peker på at samarbeid og samhandlings prosesser ble sett som en vesentlig forutsetning for at RPH teamet fikk fotfeste. Flere elementer bidro til dette. RPH posisjonerte seg i en allerede etablert samhandlingskontekst, beskrevet som *legemøter* eller *henvisningsmøter*. Den interkommunale organisasjonen hadde en lang tradisjon om samhandling av ulike somatiske helsetjenester som kan ses som en styrke. Tidsperspektivet kan som nevnt ovenfor, ha en positiv betydning (Jacobsen, 2014). Deltakelse på lokale varianter av samarbeidsmøter mellom fastlege, spesialist og psykisk helsetjenester i kommunene ga dette flere positive effekter. Her ble felles forståelse og åpenhet ble trukket fram. Fra et samhandlingsperspektiv vil etablerte strukturer, som møteplasser være viktig for å skape felles kultur og forståelse (Støkken, 2014), og et kritisk punkt for samhandling kan nettopp ligge i skjæringspunktet mellom kommune og spesialisthelsetjeneste (Andersson, 2014). En interkommunal organisering betinger et samarbeid med jevne maktforhold (Holen-Rabbersvik, Eikebrokk, Fensli, Thygesen & Slettebø, 2013). I prosessen med å posisjonere seg i det nevnte skjæringspunktet, ble i begynnelsen erfart som noe utfordrende. Flere informanter opplevde tilfeller hvor de følte på en slags rivalisering og undring over hva nytt de kunne tilby. En forklaring kan være at informantene ble møtt med skepsis fordi de

representerte en form for endring, og dette ga motstand mot forandring. Endring betyr at man beveger seg fra en sikker grunn til å bli konfrontert med noe ukjent. Det kan gjøre situasjoner mer ustabile og maktforhold endres (Brochs- Haukedal 2012; Jacobsen & Thorsvik 1997). Slike interpersonlige relasjoner med ulike normer og verdier kan dermed føre til manglende samhandling og helhetstenkning, utfordringer kan omhandle å etablere felles mål og gjensidig tillit på tvers av organisasjonsgrensene og kulturskiller (Bukve & Kvåle, 2014), og er sånn sett ikke et ukjent fenomen ved interkommunale løsninger om helsetjenester (Holen-Rabbersvik et al. 2013).

Fra et interorganisatorisk perspektiv handler RPH prosjektet om et samarbeid mellom både personer og organisasjoner, i kraft av ulike samarbeidsstrukturer og prosesser. Slike prosjekter forutsetter tillit. Dette fordi prosjekter befinner seg i sosiale kontekster preget av risiko og usikkerhet (Dyhr-Nielsen og Støkken 2014). Kollegial respekt og tillit ses på som avgjørende for vellykkede samarbeid mellom tjenester (Glasby et al. 2008). Informanters erfaring med å bli møtt med noe skepsis i starten av prosjektet, kan handle om domene. Domene i denne betydning vil være oppgaver og ressurser knyttet til å yte tjenester til mennesker med psykiske vansker. «*Har dere tenkt å ta over brukerne våre?*» ble nevnt av en informant. Dette kan forklares med at de erfarte noen felles brukergrupper, og delvis sammenfallende tilbud. Dyhr-Nielsen & Støkken (2014) påpeker at betingelsene for samarbeid fungerer best når det nettopp er varierende grad av overlappende funksjoner, arbeidsmåter og forståelser. Å gi noen *adgang* til eget domene kan skape ubalanse, hvor betydningen av felles mål og verdier kan være utslagsgivende. Ved at informantene opplevde *skepsisen* kun i startfasen av prosjektet, har de trolig greid å opparbeide seg tillit og legitimitet. Å tilhøre et overbyggende interkommunalt selskap kan dermed ha en betydning ved at de etter hvert følte på en annerkjennelse for RPH tilbudet de representerte.

Læring og identitet gjennom samhandling

Deltakelse på felles møtearena medvirket til kunnskap og informasjon om hverandre. Samarbeidsarenaen ble, til tross for noen utfordringer i tidlig fase, sett på som svært verdifull ved at den bidro til bedre kvalitet i prosessen med å finne riktig behandlingsnivå. Evalueringsrapporten (Smith et al. 2016) beskrev at rundt halvparten av henvisningen kommer fra fastleger. Dette kan fastslå betydningen av fastlegen som viktig samarbeidspartner og gjennom samarbeid bidra til å henvise «*riktige*» klienter til tjenesten. Samarbeidskonteksten med leger kan synes å være sterk. Dette fordi de samarbeider samtidig med de øvrige psykiske helsetjenestene i kommunen og spesialisthelsetjenesten. Det må

bemerket at de ikke hadde klart å få etablert dette like systematisk i alle kommunene, men at de «*jobbet med dette*». Likevel ble betydningen av å «*sitte sammen ved samme bord*» fremhevet som viktig med å være en gjensidig læringsarena. Fra et læringsperspektiv er dette interessant. Sagatun (2014) beskriver læring i organisasjoner betinger åpenhet og at man blottlegger tankegangen sin, noe som forutsetter tillit basert på felles verdisett og felles målsetninger. Samarbeidsmøtene ble erfart som en læringsarena, og kan bety at konteksten var preget av åpenhet og tillit som skapte en felles forståelse og kunnskapsoverføring. Dette kan forstås utfra Lave og Wengers teori om læring i praksisfellesskap (Ballo et al. 2014) beskrevet i tidligere (se kapittel 2.3). Det kan antas at informantene opplevde en gjensidig læring og kompetanseoverføring i den felles samhandlingsarenaen som bidro til felles forståelse og samhandlingskultur. Når det gjelder prosessen med å bli *anerkjent* som en informant beskrev, tok dette litt tid. Lys av sosial identitetsteori (Hogg & Vaughan, 2005), kan det være grunn til å tro at grad av motivasjon steg etter hvert som RPH teamet opparbeidet seg identitet overfor de andre og seg selv, og fikk sånn sett hevet sin status.

Tjenester som byr på seg selv

Informanter beskrev spesialisthelsetjenesten som svært aktiv på samhandlingsfronten, og ble tillagt stor ære for en positiv endring. Noen argumenterte for at «leger snakker best med leger». Spesialisthelsetjenestens aktive rolle ble sett som personavhengig og sårbar i så måte. Det interkommunale selskapet drev noen tjenester sammen med spesialisthelsetjenesten, blant annet DMS og poliklinikk. Det kunne medvirke til at spesialisthelsetjenesten var mer på banen i de ulike kommuner og inntok en proaktiv rolle. Rogan (2014) beskriver at en utadrettet spesialisthelsetjeneste som gjør sin kompetanse tilgjengelig for den lokalbaserte psykiske helsetjenesten er et viktig mål. Her må kompetanse om samarbeid bygges i fellesskap og med likeverd. Tøndel & Ose (2014) har studert hvordan nivåer samarbeider om mennesker med psykiske lidelser i ulike geografiske områder i Norge. Rapporten konkluderer med at samarbeidsmodeller må utvikles lokalt. Det er fordi samarbeids utfordringer er i stor grad like alle steder, men svarene vil være ulike fordi områder er ulike. Her trekker fram likeverd mellom samarbeidspartnere, løpende dialog, fleksibilitet, inkludert brukerperspektiv og gode rammer for fastlegens deltakelse som viktige betingelser. Et klart nivåansvar hemmer konflikter (Tøndel & Ose, 2014). RPH teamet definerte strategisk egen målgruppe med å benytte veilederen «*Sammen for mestring*» (Helsedirektoratet, 2014). Dette ga teamet legitimitet. Et slikt tydelig nivåansvar ble ansett som nyttig av alle informanter, og vurdert til å gi kvalitativt bedre tjenester ved å gi riktig behandling på en raskere måte. Vurderingene ble

også tuftet på en felles forståelse for hvor behandling burde bli tilbudt. Disse erfaringene kan indikere for at kan denne formen for samarbeid mellom kommuner og nivåer kan være en styrke for å hindre at personer blir utsatt for «kasteballer» i hjelpesystemet.

5.3 *Et team – flere kommuner*

Resultatene fra analysen trekker fram gruppeprosesser om erfaringer med å være et team på tvers av kommunegrensene. Viktige forhold var felles møtepunkt og om informasjon og beslutningsprosesser. I tillegg kunne fysiske rammer utfordre.

Møtepunkt, mening og mål

RPH teamet i den interkommunale organisasjonen trakk fram balansegangen med å skape tid og rom for å treffes. Teamet hadde et kontor i en kommune som deres *base*. Reisetid og faste kontordager i de andre kommunene medførte begrenset møtepunkt. Jacobsen (2014) uttrykker at fysiske avstander i et samarbeidsområde vil kunne gi vansker med tett samarbeid. Denne ble balansegangen opplevd som utfordrende, samtidig som informantene poengterte «*at det nesten ikke kan være annerledes i en interkommunal sammenheng*». Ettersom det lå klare føringer på at tilbudet skulle gis av et tverrfaglig team (Smith et al. 2016), forutsettes dette følgelig et tverrfaglig samspill. Det opplevdes krevende tidsmessig å kunne fysisk møtes, og kan true det tverrfaglige fundamentet. Da kan det reises spørsmål om terapeutene jobbet i mer koordinerende eller samordnet, enn tverrfaglig? Dette bør i så fall tas på alvor av beslutningstakere som gir føringer for økt kapasitet, slik at mangel på tid ikke hinder det tverrfaglige samarbeidet. Strukturelle faktorer som ressurser ses som en forutsetning for gode tverrfaglige samarbeid (Pollard et al. 2010; Spector, Freshman, Rubino & Chassiakos 2010; Willumsen 2009).

Høy trivsel og fokus på å vedlikeholde teamfølelsen trukket fram som viktig av informantene. Å jobbe i et team handler om relasjoner mellom et mindre antall mennesker skal samarbeide sammen. Nettopp det relasjonelle aspektet kan avgjøre om teamet er en funksjonell og balansert arbeidsgruppe (Hjertø, 2013). Trivsel i den forstand er mangetydig og kompleks, og kan handle om å imøtekomme de psykologiske jobbkraav som stilles i arbeidet. Blant annet opplevelse av mening (Brock-Haukedal, 2010). Informantenes utsagn om teamet som «*samkjørte og kom godt overens*», kan dette forstås som psykologisk trygghet og samhold, som betinger tillit (Hjertø, 2013). Signaler om høy trivsel med lite gjennomskifting av ansatte kan gjenspeile teamets indre prosesser. Her kan det forstås at informantene erfarte tillit i forhold til hverandre, kan dermed betraktes som både funksjonell og balansert.

Informantene trakk fram at RPH metoden ga de et klart og definert mål, og på denne måten jobbet de målrettet og systematisk. Et felles mål beskrives å være selve grunnlaget i et tverrfaglig samarbeid, både internt men også strukturelt (D'Amour et al. 2005; Willumsen 2009.) Edward Locke sin teori beskriver mekanismene målsetning (Brochs-Haukedal, 2010). Han viser til at målsetting er motiverende fordi mål styrer oppmerksomhet, innsats, øker utholdenhet og stimulerer til utvikling av strategier og handlingsplaner. Et klart definert mål i tillegg til effekter av arbeidet, kunne stimulere til å utarbeide egne statistikker og selvhjelpsmatriell. Hvordan de også presset egen arbeidskapasitet, kunne også være et resultat av en sterk kollektiv målsetning. Læring og kompetanseoverføring (som diskutert i kap.5.2) kan også la seg gjelde når teamet var tverrfaglig sammensatt. Det er rimelig å anta at et definert mål styrket det interkommunale teamet med å strukturere og navigere arbeidet i et landskap preget av mange samarbeidspartnere på ulike nivåer.

Autonomi

Det være interessant å se på aspektet mellom teamet og dens eksterne ledelse i det interkommunale selskapet. Informantene opplevde åpne informasjonsprosesser og medbestemmelse, som medførte høy grad av autonomi. Dette førte til eierskap til RPH prosjektet. Erfaringene fra andre RPH piloter, påpekte struktur i prosjektledelse, god kommunikasjonsflyt mellom ledelse og ansatte, generell tillit til prosjektleder og åpen prosess i teamet var viktig for å håndtere ustabilitet. Dette fremmet kontinuitet (Smith et al. 2016). Oftest er det fagpersonalet som er nærmest bruker og pasient som ser behovet for å utvikle og tilpasse helsetjenester. Delaktighet og medbestemmelse ses dermed som suksessfaktorer for samhandling. Her kan den enkeltes kreativitet være en direkte ressurs for å løse problemer, og sånn sett skape innovative handlinger (Bukve & Kvåle, 2014). Troen på egen innflytelse blir sett som viktig for egen prestasjon (Hjertø, 2013). Å utforme innholdet for RPH tilbudet ble ilagt teamet i stor grad. «*Ledelsen satt ikke å blandet seg inn, så vi i teamet fikk utforme det som var viktig og vesentlig*» ble det fremhevet av en informant. En delegerende lederstil vil kunne stimulere til felles ansvar, mestringstro, selvbestemmelse, myndiggjøring (Hjertø 2013), og videre gi motivasjon. En slik autonomi kan ses i lys av Deci og Ryan`s teori om indre motivasjon. Den viktigste faktoren for arbeidsmotivasjon ligger i selvbestemmelse (self-determination theory), og behovet for å føle at man mestrer sine oppgaver (Kaufman & Kaufman, 2009). Sterk ledelse og hensiktsmessig støtte bidrar til at team medlemmer føler seg trygge i etablering av nye team og roller (Cameron et al. 2014). En informant nevnte «*tungroddhet*» i forvaltningsstrukturen. Det hersket likevel en generell oppfatning om åpne

kommunikasjonskanaler og deltakelse i beslutninger. Dette genererte engasjement og opplevelse av likeverdig samarbeid. På denne måten er det en styrke at de hadde lyktes med å skape gjennomsiktighet og delt beslutningstaking.

Fysiske rammer

Betydningen av å ha egne kontorer ble erfart som bra og viktig, for å hindre rolleforvirring. Evalueringen (Smith et al. 2016) av de andre pilotene viste liknende erfaringer. Det kunne oppstå en lojalitetskonflikt når de som terapeuter i den ordinære psykiske helsetjenesten, måtte avvise mer alvorligere sykere brukere på grunn av kapasitetsmangel. Samtidig kunne de som RPH terapeuter behandle langt mer ressurssterke klienter. Å skille seg fysisk fra de ulike rollene kunne dempe denne rollekonflikten. Å etablere et team på tvers av ulike forvaltningsområder, genererte også utfordringer i form av praktiske problemstillinger. Her ble det påpekt utfordringer med tilganger på felles pasientjournalssystemer og faste lokaler i de kommuner de jobbet. De praktiske utfordringene ble tidvis erfart som en ekstra belastning i arbeidshverdagen, og det tok tid å finne gode løsninger. I denne sammenheng vil trolig de ulike kommuners forvaltningsstrukturer utfordre slike prosesser. Strukturelle tilrettelegginger ses på som et viktig organisatorisk forhold (Brochs-Haukedal 2010; Knardahl, Sterud, Nielsen & Nordby 2016). Periodevis mangel på faste kontorer ble blant annet erfart som en stressfaktor. Om slikt stress *tar* mer enn det *gir* av motivasjon kan dette over tid medføre helsemessige belastninger (Christensen, 2011), som i verste fall kan bidra til utbrenthet. Det kan jo ses som paradoksalt med tanke på RPH teamets mandat med å hjelpe sykemeldte mennesker tilbake til arbeid.

5.4 Interkommunalt samarbeid som mulighetsskaper i det psykiske helsefeltet

Resultatene fra analysen viste at samhandling og samarbeid lå som et bakenforliggende teppe for å skape, yte og utvikle *Rask Psykisk Helsehjelp* tilbudet i det interkommunale landskapet. Det være et samarbeid på flere nivåer. Mellom kommuner - på system og individnivå, mellom de ulike tjenesteaktørene - på gruppe og individnivå, og tverrfaglig samarbeid internt i teamet. Målet var å skape gode psykiske helsetjenester i samarbeid med bruker. Informantene uttrykte en unison enighet om at forutsetningen for et RPH tilbud i mindre kommuner, lå i et interkommunalt samarbeid. En informant forteller så treffsikkert; «*Det interkommunale helsesamarbeidet handler om å kunne gjøre noe som du ikke kunne ha gjort alene*». Nedenfor diskuteres betydningen av og muligheten for, robuste fagmiljø i en interkommunal sammenheng, samt balansegangen med å dimensjonere tjenesten utfra nedslagsfelt og behov.

Robuste fagmiljø

Det å samordne RPH tjenesten interkommunalt ble argumentert som tiltak for å bygge robuste psykiske helsetjenester i kommuner med mindre innbyggertall. Å tilegne seg dypdekompetanse ga en trygghet i behandlingsrollen. En bred målgruppe som behandles av få fagpersoner i de ordinære psykiske tjenestene kan vanskeliggjøre en spisskompetanse. Myrvold & Helgesen (2009) påpeker at fagmiljø i det psykiske helsefeltet i mindre kommuner, ofte preges av å være små og spredt i kommuneorganisasjonen. Iversen & Folland (2014) viser til positive erfaringer med å slå sammen psykiske helsetjenester i små kommuner. På denne måten gjøres fagmiljø mer robust. Robuste fagmiljø beskrives å ha et visst antall fagpersoner som samlet sett har tilstrekkelig kompetanse til å yte tjenester som samfunnet har behov for. Robuste fagmiljø har innovative evner til å finne løsninger på endrede behov, og stabilitet i faggruppen styrker robustheten (Fjone & Johansen 2016; Vabø & Kårstein 2014). En sterkere oppgaveoverføring fra spesialisthelsetjenesten, krever spesialisert og profesjonell kompetanse på et kommunalt nivå (Helsedirektoratet 2014; Kommunal -og moderniseringsdepartementet 2014; Ramsdal 2013). Økende spesialkompetanse på sin side øker behovet for samhandlingskompetanse, på individ og systemnivå (Ballo 2014; Orvik 2015). Selv om Helsedirektoratet kom med anbefalinger om interkommunale samarbeidsløsninger for fagfeltet i 2005, viser Myrvold & Helgesen (2009) at omfanget ikke har økt. Sett bort fra interkommunale samarbeid om øyeblikkelig hjelp døgn tilbud (Kvangarsnes et al. 2016). Utviklingen med større mangfold og differensierte tjenester i lokalt psykisk arbeid, øker behovet for samarbeid, samhandling og samordning i en ofte kalt fragmentert tjeneste (Ramsdal 2010, 2013). Dette gir grunnlag for å hevde at det interkommunale samarbeidet om *Rask Psykisk Helsehjelp* på Fosen, er en samarbeidende satsning i riktig retning. Det interkommunale selskapet valgte en samtidig satsning på RPH og psykologrekruttering. Leknes et al. (2013) poengterer at kompetanse vil kunne forsterkes ved interkommunale samarbeid. I denne sammenheng beskrives ofte psykologkompetansen som en *knapphetsressurs*. Psykologer i kommuner uttrykker ønsker om bedre rammevilkår og faglig nettverk (Ådnanes, Kaspersen, Husum & Ose 2013). Interkommunale samarbeidsløsninger fremmer mindre kommuners muligheter til å øke psykologkompetansen (Hoxmark 2016; Rodal & Frank 2008). Sånn sett kan det tenkes at interkommunale løsninger som RPH, øker den totale psykolog kompetansen i kommunene, samtidig som små kommuner framstår mer attraktive gjennom mer robuste fagmiljø.

Å dimensjonere tjenesten

Å øke RPH tjenestens stillingsprosjenter, vil kunne redusert sårbarhet både personalmessig og faglig. Det synes å foreligge en viss diskrepans mellom idealer og realiteter av dimensjoneringen av tjenesten, når informantene poengterte en sterk presset kapasitet. Her ble det tematisert betydningen av å være «litt større». Dette ville også vært i sterkere samsvar med føringene fra Helsedirektoratet, om det tverrfaglige teamets størrelse på 4-5 årsverk (Smith et al. 2016). Follevåg (2014, s.37) konkluderer imidlertid i sin studie om et interkommunalt samhandlingsprosjekt, at det *ikke nødvendigvis er størrelse som sikrer robuste miljø, men heller dialog, helhet og strukturer vil være avgjørende*. Kiland & Jacobsen (2011) poengter på sin side at små fagmiljøers robusthet gjennom økt stabilitet og forutsigbarhet, er mer utsatt for tilfeldige svingninger i forhold til større fagmiljø. Dette kan handle om svingninger knyttet til etterspørsel, eller personalforhold som sykdom. Svingninger kan risikere overbelastning og begrense kapasiteten med å yte tjenester. Samarbeidsprosjekter er avhengig av kontinuitet og lite utskiftning av deltakere (Dyhr-Nielsen & Støkken, 2014). Det ble antydnet et krysspress mellom teamets kapasitet, markedsføring av lavterskeltilbudet og med å gi rask responstid til henvisninger. Et robust nok fagmiljø kan fremme innbygges behov for «rask» hjelp og dermed være i tråd med tjenestens ambisjon.

Det var også et uttalt ønske å utvide RPH tilbudet til alle eierkommunene i det interkommunale selskapet. Dette ønsket og arbeidet hadde ikke ført fram. Den enkelte eierkommune vurderte selv eget behov og deltakelse. Dette viser at den kommunale selvråderetten er gjeldende til tross for et interkommunalt selskap (Jacobsen, 2014). Balansegangen med å finne en god dimensjonert tjeneste for RPH tilbudet i det interkommunale nedslagsfeltet virker dermed som noe krevende. Samtidig kan det tenkes at de har innehar styrker gjennom styringskapasitet og handlekraft til å tilpasse tjenesten.

5.5 Tilgjengelighet og fleksibilitet i en interkommunal kontekst

Informantene beskrev hvordan det interkommunale lavterskeltilbudet møtte behovet for *tilgjengelighet* og *fleksibilitet*. Selv om studien ikke inkluderer erfaringer fra brukere, kan likevel erfaringene fra fagfolkene gi noen indikasjoner på brukerperspektivet. Det er et stadig sterkere fokus på brukerorienterte tjenester i det psykiske helsefeltet hvor fleksible og tilgjengelige tjenester står sentralt (Haugsgjerd et al. 2009; Ramsdal, 2013; Rogan 2014). Et overordnet mål for RPH pilotene var høy brukertilfredshet (Smith et al. 2016). Tilgjengelighet og fleksibilitet i RPH tilbudet ses i lys av begrepet lavterskel (Rodal & Frank, 2008).

Tjenesten skulle tilbys i alle kommuner i nedslagsfeltet og være lett å få tak i. Her ble det påpekt betydningen med å være kun en telefon unna og med «en dør inn» prinsippet. Med å ha faste dager i tre av fire kommuner, har de oppnådd en viss grad av nærhet med tanke på geografi. Å være organisert i flere kommuner, kunne svare på et behov for å være anonym. En langt *friskere* målgruppe enn hva de tradisjonelle psykiske helsetjenestene favnet, ble trukket fram. Som en informant uttrykte; «*det kunne være en venninne, en av foreldrene til dine barns klassekamerater eller en kollega*». Med å tilby å møte opp i en annen kommune enn sin egen kan, dette ses på som fleksibelt. Man ville hatt redusert mulighet til dette om tjenesten kun hadde blitt tilbudt i egen kommune. Å tilby fleksible psykiske helsetjenester har stor betydning (Norvoll & Fodstad, 2011; Rodal og Frank, 2008). På denne måten kan interkommunale løsninger øke fleksibiliteten.

Behovet for å være anonym kan forklares med opplevd stigma. Stigma knyttet psykiske problemer ses som en barriere for å oppsøke hjelp (Clement et al. 2015). Thornicroft (2008) hevder at i et globalt perspektiv får over 70 prosent av ungdom og voksne som har psykiske problemer ingen behandling av helsepersonell. Årsaksfaktorer hevdes å være fordommer, forventning og frykt for stigma. Samme studie viser at stigma om psykiske problemer er sterkere i mindre folkerike steder, enn i byer. Det kan henge sammen med utdanningsnivå. Dette kan være sammenliknbart til norske forhold, hvor utdanningsnivå i rurale kommuner er betydelig lavere enn i urbane områder (SSB, 2017). Folk med lavere utdanning tenderer å ha et mer stigmatiserende syn på psykisk sykdom (Blåka, 2012). Erkjennelsen med at det fortsatt eksisterer stigma og tabu knyttet til psykiske vansker, bidrar til at brukere med psykiske problemer ikke benytter tjenester på samme måte som andre brukergrupper. Å legge til rette for lett tilgjengelige tjenester vil derfor være viktig (Blåka 2012; Helsedirektoratet 2011). Her kan samarbeid mellom kommuner betraktes som hensiktsmessig. Liknende erfaring fra et interkommunalt læringsnettverk, viser at det er lettere for brukere å oppsøke KID¹⁰ kurs i en annen kommune enn egen kommune (Bruland & Grov, 2016).

¹⁰ KID kurs – kurs i depresjonsmestring

5.6 Et interkommunalt RPH prosjekt fra et innovasjonsaspekt

Resultatene fremhevet en sterk entusiasme tro på RPH tilbudet som et interkommunalt samarbeid kunne gi vesentlig forbedring av tjenester til tiltenkt målgruppe. Dette kan ses som innovasjonsarbeid. Å drive med innovasjonsarbeid betyr å gjøre noe nytt med en ambisjon om forandring (Dyhr-Nielsen og Støkken 2014). Samarbeid mellom aktører om nye organisatoriske endringer kan skape vekst av ny forståelse, som skaper sammenheng, helhet og forståelse for hva som gir god kvalitet. (Bukve og Kvåle, 2014)

En sosiokulturell tilnærming ser det skapende mennesket i et kulturelt og sosialt fellesskap, med andre ord kunnskap er ikke, det skapes (Ballo, 2014). Å skape og levere tjenester av høy kvalitet i kommuner, vil utfordre behovet for å rekruttere flinke fagfolk til distrikter. Dette kan antas at de har greid i den interkommunale sammenhengen på Fosen. De kommuner som er kjent for å drive utvikling og innovasjonsarbeid, fremstår mer attraktive og trekker til seg søkere med kompetent arbeidskraft (Ringholm, 2013). Behovet for å utvikle tjenester og kompetanse og kunnskapsutvikling i det lokalbaserte psykiske helsefeltet synes å være godt argumentert. Prioriteringsdilemmaer kan imidlertid stå i kø for kommuner som stadig får nye oppgaver uten økende økonomiske rammer (Jacobsen, 2009, 2014; Stamsø 2017). Økt ansvar til kommuner, kan medføre store forskjeller i tjenestetilbudet mellom kommuner (Stamsø, 2017). Dette vil også gjelde en forebyggende innsats i det psykiske helsefeltet. Det Interkommunale samarbeidet som undersøkt i denne studien, vil fra mitt skjønn ses som et innovativt initiativ til samarbeid og kunnskapsutvikling i mindre kommuner.

5.7 Studiens begrensninger og videre forskning

Gjennom denne forskningsprosessen er det foretatt noen valg som begrenser studien. For det første er dette en kvalitativ studie som kun undersøker erfaringer fra fagfolk som er nært knyttet til det interkommunale RPH tilbudet i noen kommuner i Fosen. Det hadde vært av stor interesse å undersøke øvrige RPH pilotene med sammenliknbare innbyggertall. Her kunne styrkene og utfordringene med en interkommunal organisering belyst i denne studien, blitt sett i lys av mer generelle organisatoriske, faglige eller personlige faktorer som kan være gjenkjennbart i alle kommuner, uten en interkommunal kontekst. En slik sammenlikning kunne styrket validiteten til denne studien. Resultatene drøftes i forhold til brukerperspektivet i forhold til å være en tilgjengelig og fleksibel tjeneste Hvordan brukere selv erfarte tilbudet ville gitt et riktigere bilde. Etersom RPH tilbudet rettes mot en *ny målgruppe* bør diskusjon

om fleksibilitet og tilgjengelighet tolkes med nøkternhet. Henvist teori viser i stor grad brukererfaringer om lavterskeltjenester fra mennesker med vesentlig mer alvorlig psykisk helse og rus problematikk. Det kan hende at brukere som plages med mild til moderate depresjon og angst problemer har andre perspektiver på hva som gjør tjenester fleksible og tilgjengelige. Brukererfaringene fra Folkehelseinstituttets evaluering (Smith et al. 2016), representerte imidlertid også RPH tilbudet på Fosen. Et annet viktig aspekt er hvordan antatt stigma med å oppsøke og benytte psykiske helsetjenester for denne målgruppen i norske forhold. Det kunne vært interessant å innhente erfaringer fra brukere hvordan de opplevde den interkommunale organiserte tjenesten ivaretok dette perspektivet.

Samarbeidskulturen lokalt forankret i helsevesenet generelt på Fosen diskuteres kort i denne studien. Erfaringene viser imidlertid at det er mange aspekter ved denne samhandlingen ble sett som unik, og kunne med fordel blitt undersøkt grundigere. Dette gjelder også den samtidige satsningen på å rekruttere psykologkompetanse. Metodisk kunne en mer deltakende tilnærming som inkluderte alle samarbeidsaktørene i en feltstudie, bidratt til å få et mer nyansert bilde over samhandling og samarbeid i praksis. Dette gjelder også i forhold til personlige faktorer som engasjement og kompetanse, utover RPH prosjektet blitt undersøkt nærmere. Det være i lederskapet hos det interkommunale selskapet, hos beslutningstakere i kommunen, ved spesialisthelsetjenesten eller andre samarbeidende og viktige aktører som ikke denne studien favner.

Studien viser at RPH teamet viser til gode statistikker og måltall, som brukes aktivt som virkemiddel overfor beslutningstakere. Til tross for kontroversen knyttet til effektivitetsmål som gode kvalitetsindikatorer for å gi gode psykiske helsetjenester, er det likevel interessant og burde vært studert ytterligere. Dette gjelder også overfor andre RPH pilotkommuner, som strever mer med å forankre tilbudet etter endt prosjektperiode.

Gjennom arbeidet med den temabaserte analysen, ble noen koder valgt bort med hensyn til oppgavens omfang. Dette gjaldt blant annet aspekter knyttet til hvorfor noen kommuner valgte å ikke delta i RPH samarbeidet, til tross for at de var en del av det interkommunale samarbeidet. Dette er et interessant tema, som kunne vært gjenstand til undersøkelse. Studien begrenser seg også til å gjelde RPH tjenesten i konteksten på Fosen. Den tar ikke stilling til kritikken rundt interkommunale selskap om uthuling av demokratiet, ved at beslutninger tas i interkommunale arena bort fra lokale folkevalgte (Jacobsen, 2014).

Funn fra denne studien og sluttevaluering fra de andre første pilotene (Smith et al. 2016), indikerer på at målgruppen profiterer på denne typen kognitiv atferdsterapi fra tverrfaglig team. Denne studien problematiserer kort om å bruk av standardiserte metoder møter behovet for fleksibilitet i behandlingen. Fokuset i denne studien var den interkommunale konteksten. Likevel, vil resultatene fra en pågående RTC-studien (Smith et al. 2016) av RPH piloter gi mer nyanserte svar. Denne vil være interessant fra et klinisk og fra et brukerperspektiv.

Tilslutt kunne vært interessant fra et bredere perspektiv å undersøke prevalensen av liknende lokalbaserte lavterskeltjenester rettet mot mildere og moderate psykiske helseproblemer, og sammenliknet eventuelt disse opp mot styrker og svakheter av denne studien. Det kunne gitt mer svar om de ulike forholdene belyst i denne studien handler om interkommunale krefter eller ikke.

6.0 Oppsummering og konklusjon

Formålet med denne studien var å øke kunnskapsgrunnlaget om interkommunale samarbeidsløsninger om psykiske helsetjenester på et lavterskelnivå.

Studien finner organisatoriske, faglige og brukervennlige styrker med å organisere *Rask Psykisk Helsehjelp* tilbudet interkommunalt. Sterk styringskapasitet, god samarbeidskultur og mulighet til å skape robuste fagmiljø, fremheves som styrker. Behandlingsmetoden bidrar til behandling av en *ny* brukergruppe rettet mot lettere psykiske lidelser, hvor effektmål blir benyttet som virkemiddel for forankring av tilbudet. Tjenestens tilgjengelighet og fleksibilitet fremheves som brukervennlig og innovativt, ved at brukere oppsøker tjenesten utover egne kommunegrenser. Undersøkelsen viser utfordringer med å posisjonere seg i fagfeltet, teamets sårbarhet, og ytre forhold som mangel på faste lokaler i alle kommuner og tungvinte IKT løsninger. Det fremheves en balansegang mellom nedslagsfelt og teamets størrelse for å svare på behovet. Dette gir kapasitetsutfordringer. Personlige faktorer kan ha medvirket til at RPH prosjektet og tilbudet hadde posisjonert seg og fått fotfeste, som både kan være en styrke og en sårbarhet. Studien indikerer for vesentlige styrker for at mindre kommuner samarbeider om forebyggende lavterskeltjenester. Studien kan øke kunnskapsgrunnlaget og forståelsen om viktige vilkår, for kommuner som velger å samarbeide for å gi forebyggende psykiske helsetjenester.

6.1 Implikasjoner for praksis

Til tross for at overførbarheten ved denne studien bør tolkes med forsiktighet, kan studien fremheve viktige betingelser og vilkår, for samarbeid mellom mindre kommuner om forebyggende lavterskel psykiske helsetjenester. Den kan være et bidrag til at flere mindre kommuner kan se interkommunale samarbeid som mulige løsninger, for å møte et økende behov for behandling for innbyggere med lettere og moderat angst, depresjon og søvnvansker. Det kan øke livskvalitet for den enkelte og for pårørende. Interkommunale samarbeid kan gi robuste fagmiljø og økt kompetanse i lokalbaserte psykisk helsetjenester. Å skape interkommunale samarbeidsløsninger om lavterskel helsetjenester, kan bidra til at flere som har psykiske problemer oppsøker hjelp. Tidlig intervensjon og et forebyggende fokus gir samfunnsøkonomiske gevinster med å holde flere personer arbeidsaktive. Fleksible tjenester med å tilby hjelp over kommunegrenser, kan forebygge opplevelse av stigma.

Kunnskap og forståelse for hvordan organisatoriske forhold legger premisser for psykiske helsetjenester framstår etter mitt skjønn viktig for å utvikle brukernære og tilgjengelige psykiske helsetjenester av god kvalitet. Dette vil med andre ord kreve at organisasjoner lærer av hverandre for å tilpasse og utvikle tjenester til lokale forhold. Dette vil kreve kompetanse, kreativitet og innovativ handlekraft, også for mindre kommuner.

Litteraturliste

- Andreassen, R. (2004). Nettverksmøter: en arena for lokalbasert psykisk helsearbeid. *Tidsskrift for psykisk helsearbeid*, 1(02), s. 26-35.
- Andersson, H.W. (2014). Fra gråsoner til samhandling. I: A. Almvik & L. Borge (red.), *Å sette farger på livet. Helhetlig psykisk helsearbeid* (s.327-344). Bergen: Fagbokforlaget.
- Asmussen, T. & Steffensen, S. (2016). *Alle kommuner bør tilby Rask Psykisk Helsehjelp*. Hentet fra: <http://kommunal-rapport.no/meninger/debatt/2016/11/alle-kommuner-bor-tilby-rask-psykisk-helsehjelp> [04.01.17].
- Ballo, Ø., Dahl, K., Fjeld, I.K., Knudsen, J.A. & Unstad, M.E. (2014). Læring og *Samhandling. Gevinst eller tap?* Oslo: Kommuneforlaget.
- Blåka, S. (2012). *Engasjement, åpenhet og holdninger til psykisk helse og psykisk sykdom: status etter Opptappingsplanen*. (NIBR-rapport 2012:9). Oslo: Norsk institutt for by- og regionforskning. Hentet fra: https://brage.bibsys.no/xmlui/bitstream/handle/11250/2444731/NIBR-rapport_B1%C3%A5ka.pdf?sequence=1&isAllowed=y [21.08.17].
- Brandtzæg, B.A. og Sanda, K.G. (2003). *Vellykkede interkommunale tjenestesamarbeid. Resultater fra en kartlegging høsten 2002*. (Rapport nr. 204). Bø i Telemark: Telemarksforskning.
- Braun, V. & Clarke, V. (2006). Using thematic analysis in psychology. *Qualitative Research in Psychology*, 3, 77-101.
- Braun, V. & Clarke, V. (2013). *Successful qualitative research: A practical guide for beginners*. Sage Publications.
- Bruland, I. O., & Grov, E. K. (2016). Kompetanseutvikling knytt til forebyggjande psykisk helsearbeid i kommunen. *Tidsskrift for psykisk helsearbeid*, 12(04), 306-317.
- Bukve, O. & Kvåle, G. (Red.). (2014). *Samhandling og kvalitet i helse-organisasjonar*. Oslo: Universitetsforlaget.
- Christensen, M. (2011) Positiv psykologi og engasjement på arbeidsplassen. I: P.Ø. Saksvik (Red.), *Arbeids- og organisasjonspsykologi* (s.113-129). Oslo: Cappelen Damm.
- Clement, S., Schauman, O., Graham, T., Maggioni, F., Evans-Lacko, S., Bezborodovs, N. & Thornicroft, G. (2015). What is the impact of mental health-related stigma on help-seeking? A systematic review of quantitative and qualitative studies. *Psychological medicine*, 45(1), 11-27.
- D'Amour, D., Ferrada-Videla, M., San Martin Rodriguez, L. & Beaulieu, M-D. (2005). The conceptual basis for interprofessional collaboration: Core concepts and theoretical frameworks. *Journal of Interprofessional Care*, Vol. 19, Supplement 1: pp. 116–131.
- Dybvik Akre, A. G., Egeland, K., Dybvik Garpe, K., Wiggen Jørgensen, A., & Vaskinn, H. S. (2015). *Å ville hverandre vel: Forpliktende samhandling om psykisk helse på Romerike-Romeriksprosjektet (2010-2015)*. Hentet fra: <https://brage.bibsys.no/xmlui/handle/11250/2444725> [23.08.17].
- Dyhr-Nielsen, R. & Støkken, A. M. (2014). Samarbeidsforskning som innovasjon. I: A.M. Støkken (Red.), *Innovasjon og utvikling i sosialt arbeid* (s.143-162). Bergen: Fagbokforlaget Vigmostad & Bjørke.

- ECON (2006). *Interkommunalt samarbeid i Norge – omfang og politisk styring* (Rapport nr. 2006-057). Hentet fra:
<http://www.steinkjer.kommune.no/getfile.php/407211.1003.bcudyvbtfq/1100-INVEST++KS+rapport+2006-059.pdf> [23.02.17].
- Ekeland, T. J., Stefansen, J., Steinstø, N. O. (2011). Klinisk autonomi i evidensens tid. Styringspolitiske utfordringer i klinisk praksis. *Tidsskrift for velferdsforskning*, vol. 14 (1), s. 2-14.
- Follevåg, B. M. (2014). *Frå prosjekt til varige ordningar: Organisatoriske 'grep' som kan bidra til å styrke kompetanse og samarbeid innan rehabilitering og førebyggjande helsearbeid: Rapport frå Interkommunalt Samarbeidsprosjekt 2011-2013*. Hentet fra:
https://brage.bibsys.no/xmlui/bitstream/handle/11250/280207/HSF_Notat_2014_5.pdf?sequence=1 [02.05.17].
- Fjone, H. H., & Johansen, O. (2016). *Lokale helsetjenester–psykiatri, rus og somatikk i Bindal og Ytre Namdal: følgeforskning delrapport 1*. (Rapport nr. 104). Hentet fra:
<https://brage.bibsys.no/xmlui/bitstream/handle/11250/2373336/Rapport104.pdf?sequence=1> [22.09.17].
- Glasby, J., Martin, G. & Regen, E. (2008). Older people and the relationship between hospital services and intermediate care: results from a national evaluation. *Journal of Interprofessional Care*, 22(6), 639–649.
- Haugsgjerd, S., Jensen, P., Karlsson, B. & Løkke, J.A. (2009). *Perspektiver på psykisk lidelse – å forstå, beskrive og behandle* (3.utg.). Oslo: Gyldendal Akademisk.
- Heggland, J.E., Gärtner, K. & Mykletun, A. (2013). *Kommunepsykologsatsingen i Norge i et folkehelseperspektiv*. (Rapport 2013:2). Nasjonalt Folkehelseinstitutt. Hentet fra:
<https://www.fhi.no/globalassets/dokumenterfiler/moba/pdf/kommunepsykologsatsingen-i-norge-i-et-folkehelseperspektiv-pdf.pdf> [21.01.17].
- Helgesen, L.A. (2011). *Menneskets dimensjoner. Lærebok i psykologi*. Kristiansand: Høyskoleforlaget.
- Helse- og omsorgsdepartementet (2009). *Samhandlingsreformen 2008-2009*. St. meld. 47. Oslo: Helse- og omsorgsdepartementet.
- Helsedirektoratet (2014). *Sammen om mestring – Veileder i lokalt psykisk helsearbeid og rusarbeid for voksne*. Veileder IS-2076. Oslo. Oslo. Hentet fra:
<https://helsedirektoratet.no/retningslinjer/sammen-om-mestring-veileder-i-lokalt-psykisk-helsearbeid-og-rusarbeid-for-voksne> [02.04.17].
- Helsedirektoratet (2011). *Kvalitet og kompetanse....om hvordan tjenestene til mennesker med psykiske lidelser og rusproblemer kan blir bedre*. (IS-1914). Hentet fra:
<https://helsedirektoratet.no/Lists/Publikasjoner/Attachments/225/Kvalitet-og-kompetanse-om-hvordan-tjenestene-til-mennesker-med-psykiske-lidelser-og-rusproblemer-kan-bli-bedre-IS-1914.pdf> [30.04.16].
- Helsedirektoratet (2015). *Internasjonalt perspektiv på psykisk helse og helsetjenester til mennesker med psykiske lidelser*. (IS-2314). Hentet fra:
<https://helsedirektoratet.no/Lists/Publikasjoner/Attachments/965/UT-rapport%20IS-2314%20Internasjonalt%20perspektiv%20psykisk%20helsetjeneste.pdf> [11.12.16].

- Helsedirektoratet (2016). *Rask Psykisk Helsehjelp*. Hentet fra:
<https://helsedirektoratet.no/folkehelse/psykisk-helse-og-rus/rask-psykisk-helsehjelp>
 [20.06.17].
- Hjartnes Schjødt, B. R., Hoel, A. K., & Onsøien, R. (2012). *Psykisk helse som kommunal utfordring*. Oslo: Universitetsforlaget.
- Hjertø, K. B. (2013). *Team*. Bergen: Fagbokforlaget Vigmostad og Bjørke.
- Hogg, M. A. & Vaughan, G. M. (2005). *Social psychology*. (4th ed). Essex: Pearsons Education.
- Holen-Rabbersvik, E., Eikebrokk, T. R., Fensli, R. W., Thygesen, E., & Slettebø, Å. (2013). Important challenges for coordination and inter-municipal cooperation in health care services: a Delphi study. *BMC health services research*, 13(1), 451.
- Homsy, G. C., & Warner, M. E. (2014). Intermunicipal cooperation: The growing reform. *The Municipal Yearbook 2014*, 55. Hentet fra:
<https://cardi.cals.cornell.edu/sites/cardiac.cals.cornell.edu/files/shared/documents/RED/Intermunicipal%20Cooperation.pdf> [13.01.17].
- Hoxmark, E. (2016). *Psykolog mangelvare i små kommuner*. Hentet fra:
<https://www.napha.no/content/20581/Psykolog-mangelvare-i-sma-kommuner>
 [05.03.17].
- Højholdt, A. (2013). *Tverrprofesjonelt samarbeid i teori og praksis*. København: Hans Reitzels Forlag.
- Irgens, E. J. (2007). *Profesjon og organisasjon. Å arbeide som profesjonsutdannet*. Bergen: Fagbokforlaget.
- Iversen, H. P., & Folland, T. (2014). *Psykisk helsearbeid i Romsdalskommunene: organisering og ledelse*. Hentet fra:
https://brage.bibsys.no/xmlui/bitstream/id/209326/WP_2014_02.pdf [20.03.17].
- Jacobsen, D. I. (2009). *Perspektiver på kommune-Norge*. Oslo: Fagbokforlaget.
- Jacobsen, D. I. (2014). *Interkommunalt samarbeid i Norge*. Oslo: Fagbokforlaget.
- Jacobsen, D. I. & Thorsvik, J. (1997). *Hvordan organisasjoner fungerer. Innføring i organisasjon og ledelse*. Bergen: Fagbokforlaget Vigmostad og Bjørke.
- Jensen, B. (2014). Samarbeid mellom kommuner og interkommunalt samarbeid. Hentet fra:
<https://brage.bibsys.no/xmlui/bitstream/handle/11250/196653/jensen.pdf?sequence=1&isAllowed=y> [20.03.17].
- Karlsson, B. (2015). Markedsliberalistiske forskyvninger i det psykiske helsefeltet – om forholdet mellom politisk styring og faglig disiplinering. *Tidsskrift for Helseforskning*, 2 (11) s. 153-162. Doi: 10.7557/14.3719.
- Kaufman, G. & Kaufman, A. (2009). *Psykologi i organisasjon og ledelse* (4. utg.). Oslo: Fagbokforlaget.
- Knardahl, S., Sterud, T., Nielsen, M. B., & Nordby, K. C. (2016). Arbeidsplassen og sykefravær-Arbeidsforhold av betydning for sykefravær. *Tidsskrift for velferdsforskning*, 19(02), (s.179-199). Hentet fra:
https://www.idunn.no/file/pdf/66861062/arbeidsplassen_og_sykefravaer_-_arbeidsforhold_av_betydning_.pdf [12.09.17].
- Kommunal -og moderniseringsdepartementet (2014). Kriterier for kommunestruktur: Sluttrapport. Hentet fra:

- https://www.regjeringen.no/contentassets/8f7e292dbeb24230beb2e58592f4949e/kriterier_for_god_kommunestruktur_sluttreport.pdf [11.02.17].
- Kvale, S. & Brinkmann, S. (2015). *Det kvalitative forskningsintervju* (3. utg.). Oslo: Gyldendal Akademisk.
- Kvangarsnes, M., Hole, T., Teigen, S., & Teige, B. K. (2016). Samhandlande praksis som innovasjon. Erfaringar med øyeblikkelig hjelpdøgnopphald i kommunar i rurale strom. *Innovasjon og entreprenørskap* (s. 188-209). Doi: 10.18261/9788215027623-2016-10.
- Kiland, C. & Jacobsen, D.I. (2011). *Suksess med bismak. Suksessfaktorer for interkommunale samarbeid om individuell tjenesteyting*. Paper presentert på NORKOM, Nordisk kommuneforskerkonferanse, Göteborg, Sverige.
- Leknes, E., Gjertsen, A., Tennås Holmen, A. K., Lindeløv, B., Aars, J., Sletnes, I., Røiseland, A. (2013). *Interkommunalt samarbeid. Konsekvenser, muligheter og utfordringer*. (IRIS rapport 8/2013). Hentet fra: <http://www.iris.no/publications/414551636/2013-008> [02.02.17].
- Major, E.F., Dalgard, O.S., Mathisen, K.S, Nord, E., Ose, S., Rognerud, M. & Aarø, L.E. (2011). *Bedre føre var...Psykisk helse: Helsefremmende og forebyggende tiltak og anbefalinger*. (Rapport 1/2011). Nasjonalt folkehelseinstitutt. Hentet fra: <https://www.fhi.no/globalassets/migrering/dokumenter/pdf/rapport-20111-bedre-fore-var--psykisk-helse-helsefremmende-og-forebyggende-tiltak-og-anbefalinger-pdf.pdf> [11.12.16].
- Malterud, K. (2011). *Kvalitative metoder i medisinsk forskning. En Innføring* (3. utg.). Oslo: Universitetsforlaget.
- Myrvold, T. M. & Helgesen, M. K. (2009). *Kommunalt psykisk helsearbeid. Organisering, samarbeid og samordning*. (NIBR-rapport nr. 4/2009). Hentet fra: https://brage.bibsys.no/xmlui/bitstream/handle/11250/2444719/NIBR-rapport_Myrvold.pdf?sequence=1 [12.12.16].
- Ness, O. (2016). *Samhandling eller samarbeid? Er det noen forskjell?* Hentet fra: <https://www.napha.no/content/14929/Samarbeid-eller-samhandling-Er-det-noen-forskjell> [05.06.17].
- Norvoll, R., Andersson, H.W., Ådnanes, M. & Ose, S.O. (2006). *Kommunale tjenester for barn, unge og familier: samordningsmodeller og lavterskeltilbud rettet mot de med psykiske helseproblemer* (SINTEF rapport nr. A2456). Hentet fra: <http://www.sintef.no/globalassets/upload/helse/psykisk-helse/pdf-filer/rapport-sintef-a246-samordningsmodeller-og-lavterskeltibud.pdf>
- Neset, O. (2012). *Interkommunale samarbeid–kven er drivkreftene?* Mastergradsavhandling, Høgskolen i Sogn og Fjordane. Hentet fra: https://brage.bibsys.no/xmlui/bitstream/handle/11250/150523/Neset_Oddvin.pdf?sequence=1&isAllowed=y [09.12.16].
- Norvoll, R., & Fodstad, H. (2011). Etter Opptappingsplanen. *Tidsskrift for psykisk helsearbeid* 03 / 2011. Volum 8, s. 194-195. Hentet fra: <https://www.idunn.no/tph/2011/03/art09> [30.08.16].
- NSD (2017). *Norsk senter for forskningsdata*. Tilgjengelig fra: <http://www.nsd.uib.no/> [02.01.2017].

- Orvik, A. (2015) *Organisatorisk kompetanse. En innføring i profesjonskunnskap og klinisk ledelse* (2. utg.). Oslo: Cappelen Damm.
- Ose, S.O. & Kaspersen, S.L. (2016). *Kommunalt psykisk helse og rusarbeid 2016. Årsverk, kompetanse og innhold i tjenestene* (Sintef rapport, IS-24/8). Hentet fra: https://helsedirektoratet.no/Documents/Psykisk%20helse/Rapport_SINTEF_IS-24_8_desember%202016.pdf [08.08.17].
- Pollard, K.C., Thomas, J. & Miers, M. (2010). *Understanding interprofessional working in health and social care, theory and practice*. Basingstoke, Hampshire: Palgrave Macmillan.
- Ramsdal, H. (2004). Psykisk helsearbeid i lokalsamfunnet: noen organisasjonsteoretiske perspektiver. *Tidsskrift for psykisk helsearbeid*, Volum 4 (02), s. 5-17. Hentet fra: https://www.idunn.no/tph/2004/02/psykisk_helsearbeid_i_lokalsamfunnet_-_noen_organisasjonsteoretiske_perspek [02.09.17].
- Ramsdal, H. (2010). Fra «helhet» til ny oppsplitting? *Tidsskrift for psykisk helsearbeid*, Volum 7 (02), s. 174-177. Hentet fra: <https://www.idunn.no/tph/2010/02/art10> [02.09.17].
- Ramsdal, H. (2013). Styring og organisering, tvang og brukerbevegelse. I: R. Norvoll, (red). (2013). *Samfunn og psykisk helse. Samfunnsvitenskapelige perspektiver* (s.214-242). Oslo: Gyldendal Akademisk.
- Rennemo, Ø. (2006). *Levér og lær. Aksjonsbasert utvikling i resultatorienterte organisasjoner*. Oslo: Universitetsforlaget.
- Ringholm, T. (2013). Innovasjon for kommunesektorens utfordringer? I: T. Ringholm, H. Teigen & N. Aarsæther (Red.). *Innovative kommuner* (s.103-117). Oslo: Cappelen Damm.
- Rodal, J. & Frank, K. (2008). *Psykologer i kommune - barrierer og tiltak for økt rekruttering* (IS-1565). Hentet fra: <https://helsedirektoratet.no/publikasjoner/psykologer-i-kommunene-barrierer-og-tiltak-for-okt-rekruttering> [22.01.17].
- Rogan, T. (2014). Fra opptrappingsplan til samhandlingsreform. I: A. Almvik & L. Borge (red.). *Å sette farger på livet. Helhetlig psykisk helsearbeid*. (s.15-28). Bergen: Fagbokforlaget.
- Røvik, K. A. (2007). *Trender og Translasjoner. Ideer som former det 21. århundrets organisasjon*. Oslo: Universitetsforlaget.
- Sagatun, S. (2014). Aksjonsforskning – et bidrag til læring i innovasjonsprosesser? I: A.M. Støkken (Red.), *Innovasjon og utvikling i sosialt arbeid* (s.143-162). Bergen: Fagbokforlaget Vigmostad & Bjørke.
- Slettebakk, R. T. & Ose, S. O. (2013). *Kommunale tiltak i psykisk helsearbeid 2011. Årsverksstatistikk og analyser av kommunal variasjon* (SINTEF rapport nr. A23879). Hentet fra: <https://www.sintef.no/globalassets/upload/helse/arbeid-og-helse/kommunale-tiltak-i-psykisk-helsearbeid-2011.pdf> [20.11.16].
- Smith, O.R.F., Alves, D.E., Knapstad, M. (2016). *Rapport: Rask psykisk helsehjelp: Evaluering av de første 12 pilotene i Norge*, Folkehelseinstituttet. Hentet fra: <https://fhi.no/publ/2016/rask-psykisk-helsehjelp-evaluering-av-de-forste-12-pilotene-i-norge/> [12.12.16].

- Stamsø, M.A. (2017). Prioritering av helsetjenester I: M.A. Stamsø (Red.). *Velferdsstaten i endring. Om norsk helse og sosialpolitikk* (3.utg). Oslo: Gyldendal Akademisk
- Sosial- og helsedirektoratet (2005): *Veileder for psykisk helsearbeid for voksne i kommunene*. (IS-1332). Oslo: Sosial- og helsedirektoratet
- Sosial- og helsedepartementet (1998). *Opptrappingsplan for psykisk helse 1999-2006*. (St.prp. nr. 63, 1997-98). Oslo: Sosial- og helsedepartementet.
- SSBa (2017) Folkemengde og befolkningsendringar, 1. januar 2016. Hentet fra: <https://www.ssb.no/befolkning/statistikker/folkemengde/aar-per-1-januar/2016-02-19> [14.10.17]
- SSBb (2017) Befolkningens utdanningsnivå, 1. oktober 2016. Hentet fra: <https://www.ssb.no/utdanning/statistikker/utniv/aar/2017-06-15?fane=tabell#content> [07.10.17]
- Spector, N. I: Freshman, B., Rubino, L. & Chassiakos, Y.R (2010). *Collaboration across the disciplines in health care*. Sudbury, Massachusetts: Jones and Barlett Publishers
- Thagaard, T. (2009). *Systematikk og innlevelse: En innføring i kvalitativ metode* (3. utg.). Bergen: Fagbokforlaget.
- Thornicroft, G. (2008). Stigma and discrimination limit access to mental health care. *Epidemiology and Psychiatric Sciences*, 17(1), 14-19.
Doi:10.1017/S1121189X00002621Pu.
- Tjerbo, T., Zeiner H. & Helgesen, M. 2012. *Kommunalt psykisk helsearbeid 2012*. Oslo: NIBR Norsk institutt for by- og regionforskning.
- Tjora, A. (2013). *Kvalitative forskningsmetoder i praksis* (2.utg). Oslo: Gyldendal Akademisk.
- Vabø, A., & Kårstein, A. (2014). *Robuste fagmiljøer. En litteraturgjennomgang*. NIFU-arbeidsnotat 12/2014. Institutt for studier av innovasjon, forskning og utdanning. Hentet fra: <https://brage.bibsys.no/xmlui/handle/11250/2358896> [02.10.17].
- Willumsen, E. (2009). Tverrprofesjonelt samarbeid og ledelse. I: E. Willumsen (Red.): *Tverrprofesjonelt samarbeid i praksis og utdanning*. Oslo: Universitetsforlaget.
- WHO (2013). *Investing in mental health: evidence for action*. Geneva: World Health Organization.
- Ødegård, A. (2009). Konstruksjoner av samarbeid. I: E. Willumsen (red.): *Tverrprofesjonelt samarbeid i praksis og utdanning*. Oslo: Universitetsforlaget.
- Ådnanes, M., Kaspersen, S. L., Husum, T. L., & Ose, S. O. (2013). Vurdering av Helsedirektoratets modellutprøving og tilskudd til psykologer i kommunen. (SINTEF rapport nr. A23869). Hentet fra: <https://www.sintef.no/globalassets/upload/helse/helsetjenesteforskning/endelig-rapport-sintef-2.pdf> [29.08.27].

Vedlegg 1 Godkjenning av NSD

Arve Almvik
Helsevitenskap Nord Universitetet
Høgskoleveien 27
7600 LEVANGER



Vår dato: 27.03.2017

Vår ref: 53051 / 3 / STM

Deres dato:

Deres ref:

TILBAKEMELDING PÅ MELDING OM BEHANDLING AV PERSONOPPLYSNINGER

Vi viser til melding om behandling av personopplysninger, mottatt 16.02.2017.
Meldingen gjelder prosjektet:

*53051 Lavterskeltilbudet Rask psykisk helsehjelp som et
interkommunalt samarbeid. Erfaringer fra fagfolk om
implementering og organisering*

Behandlingsansvarlig Nord universitet, ved institusjonens øverste leder

Daglig ansvarlig Arve Almvik

Student Elin Sivertsen

Personvernombudet har vurdert prosjektet og finner at behandlingen av personopplysninger er meldepliktig i henhold til personopplysningsloven § 31. Behandlingen tilfredsstillende i personopplysningsloven.

Personvernombudets vurdering forutsetter at prosjektet gjennomføres i tråd med opplysningene gitt i meldeskjemaet, korrespondanse med ombudet, ombudets kommentarer samt personopplysningsloven og 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.

Dokumentet er elektronisk produsert og godkjent ved NSDs rutiner for elektronisk godkjenning.

Endringsmeldinger gis via et eget skjema,
http://www.nsd.uib.no/personvernombud/meld_prosjekt/meld_endringer.html. 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://pvo.nsd.no/prosjekt>.

Personvernombudet vil ved prosjektets avslutning, 01.07.2018, rette en henvendelse angående status for behandlingen av personopplysninger.

Vennlig hilsen

Kjersti Haugstvedt

Siri Tenden Myklebust

Kontaktperson: Siri Tenden Myklebust tlf: 55 58 22 68

Vedlegg: Prosjektvurdering

Kopi: Elin Sivertsen elin.t.sivertsen@gmail.com



Prosjektvurdering - Kommentar

Prosjektnr: 53051

Utvalget informeres skriftlig om prosjektet og samtykker til deltakelse. Informasjonsskrivet er godt utformet.

Vi minner om at det av hensyn til ansattes taushetsplikt, ikke kan fremkomme identifiserbare opplysninger om enkeltpasienter. Vi anbefaler at du minner informanten om dette ifm. intervjuet.

Personvernombudet legger til grunn at dere behandler alle data i tråd med Nord universitet sine retningslinjer for datasikkerhet. Vi legger til grunn at bruk av mobil lagringsenhet er i tråd med disse.

I meldeskjemaet er det krysset av for at det skal publiseres personopplysninger i oppgaven. Personvernombudet legger til grunn at dette er feil og har endret dette punktet. Vi gjør oppmerksom på at dersom personopplysninger skal publiseres må det innhentes et eksplisitt samtykke til dette. Det framgår ikke av informasjonsskrivet at personopplysninger skal publiseres.

Forventet prosjektslutt er 01.07.2018. Ifølge prosjektmeldingen skal innsamlede opplysninger da anonymiseres. Anonymisering innebærer å bearbeide datamaterialet slik at ingen enkeltpersoner kan gjenkjennes. Det gjøres ved å:

- slette direkte personopplysninger (som navn/koblingsnøkkel)
- slette/omskrive indirekte personopplysninger (identifiserende sammenstilling av bakgrunnsopplysninger som f.eks. bosted/arbeidssted, alder og kjønn)
- slette digitale lydopptak

Forespørsel om deltakelse i forskningsprosjektet

«Lavterskeltilbudet Rask psykisk helsehjelp som et interkommunalt samarbeid. Erfaringer fra fagfolk om implementering og organisering.»

Hei!

Kunne du tenkt deg å delta på forskningsprosjektet beskrevet nedenfor?

Jeg jobber med et mastergradsprosjekt i psykisk helsearbeid ved Nord Universitet. Formålet med prosjektet er økt kunnskap om interkommunale samarbeidsmodeller. Tradisjonelt er det få kommuner som samarbeider på tvers av kommunegrenser for å tilby innbyggere psykiske helsetjenester.

Jeg ønsker med dette prosjektet å undersøke den interkommunale samarbeidsmodellen Fosen kommuner har omkring lavterskeltilbudet *Rask Psykisk Helsehjelp* (RPH). Hovedfokus vil være hvordan fagfolk/fagledere erfarer implementering og organisering av det interkommunale samarbeidet.

For å få belyst problemstillingen ønsker jeg å gjennomføre et fokusgruppeintervju med fagteamet. I tillegg ønsker jeg å gjennomføre individuelle intervjuer av deltakere i teamet, samt tidligere prosjektleder og eventuelt andre initiativtakere. Intervjuene vil bli gjennomført i tidsrommet mars-april 2017. Fokusgruppeintervjuet vil vare cirka 90 minutter, mens de individuelle intervjuene varer omkring 60 minutter. I fokusgruppeintervjuet har jeg med meg en medhjelper (Hege Aar) for å bistå med datainnsamlingen.

Tema og spørsmål søker etter å belyse erfaringer ved samarbeidsformen, og om faktorer som fremmer eller kan hemme det interkommunale samarbeidet i konteksten RPH. Intervjuene vil bli tatt opp på lydbånd.

Alle data vil bli behandlet konfidensielt og på en forsvarlig måte i henhold til Personopplysningsloven og etter retningslinjer gitt av Datatilsynet. Dette innebærer at jeg som forsker vil ha taushetsplikt overfor alle personopplysninger som samles inn. Datamaterialet vil bli anonymisert og slettet når forskningsprosjektet er avsluttet, senest 1.07. 2018.

Det er frivillig å delta i studien, og du kan når som helst trekke ditt samtykke uten å oppgi noen grunn. Dersom du trekker deg, vil alle opplysninger om deg bli anonymisert.

Dersom du har spørsmål til studien, ta kontakt med
Elin Sivertsen; 48099848, elin.t.sivertsen@gmail.com, eller veileder
Arve Almvik; 91839817, arve.almvik@nord.no

Studien er meldt til Personvernombudet for forskning, NSD - Norsk senter for forskningsdata AS.

Samtykke til deltakelse i studien

Jeg har mottatt informasjon om studien, og er villig til å delta

(Signert av prosjektdeltaker, dato)

Vedlegg 3 Tema og intervju guide

Spørsmålene i fokusgruppeintervjuet vil omhandle:

Om implementering

- Fortell litt om bakgrunnen for det interkommunale samarbeidet om RPH ble initiert til og utviklet?
- Beskriv erfaringene med å implementere og utforme?
- Fortell litt om eventuelle rammebetingelser som opplevdes betydningsfulle for denne prosessen? (eventuelt mangelfulle)

Om organisering:

- Hvordan foregår det interkommunale samarbeidet om RPH?
- Hvordan oppleves organisasjonsstrukturen?
- Hvilke rammebetingelser/strukturelle betingelser fremheves som viktige? (Økonomi, ledelse, faglige, personlige)
- Er samarbeidet formalisert? (Tydelige oppgaver, beslutningsprosesser, ansvar og ledelse?)
- Erfares det utfordringer, og hvordan blir disse eventuelt løst?
- Er det noe ved denne samarbeidsformen som oppleves spesiell verdifull?
- Hvordan erfares det interkommunale samarbeidet om RPH i lys av øvrig tilbud? (Overlapper? Supplerer? Utvider tilbudet?)
- Hvilke fremtidige endringer skulle dere likt å sett?

Spørsmålene i de individuelle intervjuene vil omfatte:

- Beskriv din nåværende rolle i RPH?
- Har du vært med i RPH fra starten? – beskriv prosessen og hvordan du synes RPH som interkommunalt samarbeid har vært fram til nå?
- Hvordan preger det arbeidshverdagen at tilbudet RPH er interkommunalt, fordeler/ulempet?
- Hvilke faktorer erfarer du er viktig for å lykkes med et slikt interkommunalt samarbeid om psykiske helsetjenester? (erfares det forhold som er spesielt betydningsfulle?)
- Hvilke fremtidige endringer skulle du likt å sett?
- Hva legger du i begrepet interkommunalt samarbeid?