

MASTEROPPGAVE

Emnekode: BE311E

Navn på kandidat: Jorunn Lorentsen

Samarbeid – til glede og/eller besvær?

En studie om samarbeid mellom offentlige og private behandlingsinstitusjoner innen tverrfaglig spesialisert behandling til rusmiddelavhengige.

Dato: 17.06.2018.

Totalt antall sider: 54

Forord

Denne masteroppgaven markerer slutten på mine to år som student ved masterstudium i Helseledelse ved Nord universitet. Studiet har 90 studiepoeng og er utarbeidet av universitetet på oppdrag fra Helse Nord RHF.

Studietiden har vært berikende på flere måter. Jeg har fått muligheten til å tilegne meg ny kunnskap, jeg har blitt kjent med mange flotte og dyktige ledere, og jeg har måttet utfordre meg selv, spesielt med masteskrivingen. Med god hjelp fra veileder Kari Nyland, medstudenter, kollegaer, medarbeidere og ikke minst en tålmodig familie er jeg nå kommet i «havn».

Jeg er den eneste i kullet som jobber innenfor tverrfaglig spesialisert behandling til rusmiddelavhengige (TSB), og er veldig takknemlig for at jeg fikk skrive en masteroppgave knyttet til eget fagfelt. Det å være leder innen dette fagfeltet og få mulighet til å jobbe med denne pasientgruppen er utrolig lærerikt, artig og givende. Masteroppgaven fokuserer på samarbeid mellom private og offentlige behandlingsinstitusjoner til rusavhengige. Det har vært et interessant tema å undersøke, og det har gitt mersmak til å tenke samarbeid på tvers av organisasjoner.

Jeg vil rette en stor takk til mine informanter, som velvillig stilte opp, og delte av sin erfaring og kunnskap om emnet. Uten dere hadde det ikke blitt noen oppgave.

Jeg vil også takke arbeidsgiver som har gitt meg muligheten til å gjennomføre studiet, og takk til mine medarbeidere som har holdt ut med en til tider fjern leder.

Til slutt vil jeg si tusen takk til min familie som har latt deres mamma og kone få bruke masse tid på egenutvikling. Uten deres uvurderlige støtte og hjelp hadde jeg ikke klart å komme i mål!

Tromsø 17.06. 2018

Jorunn Lorentsen

Sammendrag

Behandlingstilbudet til pasienter med rusavhengighet er det offentlige sitt ansvar sammen med private tilbydere med og uten avtale med det regionale helseforetaket. Fra overordnede styringsorganer er det en føring om at helsetjenestene skal være helhetlige og minst mulig fragmenterte. En kunne da forvente at det er etablert en eller annen form for samarbeid eller koordinering mellom de ulike tjenesteleverandørene.

Tema for oppgaven er å studere samarbeid mellom ledere innen tverrfaglig spesialisert behandling til rusmiddelavhengige (TSB). Problemstillingen er «*Hvordan opplever ledere innenfor TSB samarbeidet mellom private og offentlige behandlingsinstitusjoner?*» I tillegg er det et forskningsspørsmål; «*Hvilke faktorer oppleves å fremme eller hemme samarbeid?*»

For å besvare problemstillingen har jeg benyttet kvalitativ forsknings metode, dette for å kunne studere forståelsen av et sosialt fenomen, samarbeid. Jeg har intervjuet 7 informanter, de fleste ledere, men også to brukerorganisasjoner, da jeg vurderte det som viktig å få brukerstemmen representert i forskningen.

De hovedfunn som er drøftet i analysen er;

1. Opplevelse av at det er lite samarbeid, både formelt og uformelt, men et bredt ønske om å etablere det.
2. Manglende kommunikasjon og relasjon mellom ledere ved private og offentlige behandlingsinstitusjoner hindrer samarbeid.
3. Det fremkom et felles ønske om å ha tillit til hverandre, men lav grad av tillit mellom partene hemmer samarbeid.

Konklusjonen er at det er lite samarbeid, men et gjensidig ønske fra alle parter om å få til samarbeid. For å få det til må kommunikasjon, relasjon og tillitt bygges opp mellom de ulike aktørene. Alle parter har et ansvar for å bidra til at så skal skje, men det regionale foretaket vil ha en særlig sentral rolle. Bidraget kan være i form av konkrete føringer om samarbeid i avtalene til de private og i oppdragsdokumentet til de offentlige institusjonene.

Abstract

Treatment of patients struggling with drug addiction is the responsibility of public institutions together with private providers, both those having an agreement with regional health care (RHF) and those who do not. The government asserts that health services should be comprehensive and as little fragmented as possible. Thus, one will expect there to have been established some kind of cooperation between the different providers of health services.

The theme of the thesis is examining co-operation between leaders working with interdisciplinary specialized treatment (IST) of patients with drug addiction. The research question is “How do leaders working with IST experience the cooperation between private and public treatment institutions?” Furthermore, the issue of “Which factors are considered to promote and to hamper cooperation?” will be examined.

In approaching the research question, I used qualitative research methods because this enabled me to study and obtain a thorough understanding of a social phenomenon - cooperation. I have interviewed seven informants, mostly leaders, in addition to two user organizations because I considered it important to include the voice of the user in the research.

The main findings discussed in the analysis are:

1. The experience of insufficient cooperation, formally and informally, but also the desire to establish cooperation.
2. The lack of communication and rapport between leaders working in private and public treatment institutions and how this hampers cooperation.
3. There is a joint wish for trust between the parties, but the lack thereof hinders cooperation.

The conclusion is that there is little cooperation, but a mutual wish from all parties to achieve cooperation. In order to do so, communication, relations and trust must be established between the different actors. All parties are obliged to contribute to this, but the regional health care's role (RHF) will be of essential importance. The contribution may be concrete guidelines emphasizing cooperation in the private agreements and in the documents of the public institutions' assignments.

Innholdsfortegnelse

Forord	i
Sammendrag	ii
Abstract	iii
Innholdsfortegnelse	iv
1.0 Innledning	1
1.2. Fra tema til problemstilling	3
1.3. Avgrensinger i problemstillingen og definisjon av begreper	4
1.4. Oppgavens struktur	4
2.0 Teori	5
2.1. Organisasjoner	5
2.1.1. Privat versus offentlig organisasjoner	6
2.2. Styringsregimer	8
2.2. Samstyring	10
2.2.1. Samstyring og ledelse	11
2.2.2. Kommunikasjon og kunnskapsdeling	11
2.2.3. Relasjon	12
2.2.4. Felles mål	13
2.2.5. Tillit	14
3.0. Metode	16
3.1. Valg av metode	16
3.2. Forskerens ståsted	16
3.3. Datainnsamling	17
3.3.1. Informantene	17
3.4. Validitet og reliabilitet	19
3.5. Kritiske refleksjoner	19
4.0. Empiri	21
4.1. Kontekstbeskrivelse	21
4.2 Rammebetingelser for Samarbeid	22
4.2.1. De private aktørenes vilkår	22
4.2.2 De offentlige aktørenes vilkår	23
4.3. Opplevelsen av samarbeid mellom offentlige og private tilbud	23
4.3.1. Lite samarbeid pr i dag	24
4.3.2. Mulig utfordringer i samarbeidet	25
4.3.3. Pasientforløp	27
4.3.4. Foreslåtte tiltak fra informantene for å øke samarbeid	27
4.4. Faktorer som ifølge teori påvirker samarbeid	28
4.4.1. Felles mål	28
4.4.2. Kommunikasjon	31
4.4.3. Tillit	33
4.5. Oppsummering av funn i empirien	34
5.0. Analyse	35

5.1. Opplevelse av at det er lite samarbeid, både formelt og uformelt, men et bredt ønske om å etablere mer.	35
5.2. Manglende kommunikasjon og relasjon mellom ledere ved private og offentlige behandlingsinstitusjoner hindrer samarbeid.	37
5.3. Det fremkom et felles ønske om å ha tillit til hverandre, men lav grad av tillit mellom partene hemmer samarbeid.	38
5.4. Illustrasjon av funnene	39
6.0. Konklusjon	40
6.1. Implikasjoner for videre forskning	41
6.2. Avslutning	41
Litteraturliste	42
Vedlegg 1 Intervjuguide	45
Vedlegg 2 Informasjonsskriv til informantene	47

1.0 Innledning

To av fem kroner i rusbehandling gikk til kjøp av private plasser i 2016. Det kjøpes behandling fra private både innen somatikk, psykiatri og tverrfaglig spesialisert behandling til rusmiddelavhengige (TSB). Utvalget av ulike private plasser innen somatikk er stort, men TSB bruker mest penger på kjøp av private plasser (Gurmu/Hove 2016). Det er en kjensgjerning at dagens regjering i større grad ønsker å involvere private aktører for å tilby helsetjenester. De mener at det offentlige ikke klarer å tilby pasientene den riktige tjenesten, og at det tilbudet som pasientene ønsker får de ikke tilbud om for nok. Samtidig er de opptatt av at helsetjenesten skal være helhetlig og minst mulig fragmentert.

For meg blir det et dilemma at vi på den ene siden skal tenke helhetlig, mens på den andre siden fragmenteres tilbudene gjennom ulike aktører, offentlige og private. For å sikre helhetlige helsetjenester og best mulig faglig utvikling, kunne en forvente at det er etablert en eller annen form for samarbeid eller koordinering mellom de ulike tjenesteleverandørene. Tidligere forskning har vist at dette er utfordrende, spesielt når det er aktiviteten mellom selvstendige organisasjoner som skal koordineres. Jeg ønsker i denne oppgaven å se nærmere på samarbeidet mellom private og offentlige tjenesteleverandører innenfor TBS.

Spesialisthelsetjenesten har en plikt til å gi tilbud om TSB, dette jamfør spesialisthelsetjenesteloven § 2-1 a, første ledd, nr. 5 og § 2-1 a fjerde ledd. Det kan være tilbud innen døgn, dag, poliklinikk eller ambulant virksomhet, og omfatter både diagnostisering, utredning og behandling av personer med ruslidelser. I Helse Nord tilbys de ulike tilbudene ved alle helseforetakene (HF) i regionen, det er totalt 95 døgnplasser. Helse Nord har også inngått avtale med private behandlingstilbud, disse har i all hovedsak kun tilbud om døgnbehandling, totalt 91 døgnplasser.

Helsedirektoratet har utarbeidet en rapport om «Private aktører i spesialisthelsetjenesten – omfang og utvikling 2010-2014». Denne viser til at de private i stor grad bidrar med tilbud om langtidsbehandling, mens de offentlige bidrar med akutt- og korttidsbehandling. Slik ser det ut på landsbasis, men det samsvarer også i stor grad med hvordan tilbudet ser ut i Helse Nord. Rapporten viser også til at det er små forskjeller på pasientsammensetningen ved døgntilbudene i de private og offentlige tilbudene (Helsedirektoratet 2016).

De private behandlingstilbudene som det regionale helseforetak har gjort avtale med, kan beskrives som en del av spesialisthelsetjenesten. I Helse Nord er det pr i dag gjort avtale med 4 ulike private aktører. Avtalene er i seg selv nokså like, med spesifisering av hvilket tilbud

de ulike skal gi, og at partene må forholde seg til samme krav og forpliktelser som øvrig spesialisthelsetjeneste. I avtalene er det et eget punkt om samhandling med kommunene, men det er ikke tatt med noe om nødvendigheten av også å samarbeide med spesialisthelsetjenesten. Dersom tilbudene mellom private og offentlige skal være helhetlige skulle en anta at samarbeid dem i mellom ble ansett som viktig.

Helse- og omsorgsdepartementet tildeler en gang i året oppdragsdokumenter til de regionale helseforetakene. I dokumentet stilles det krav til de ulike regionale helseforetakene om hvilke oppgaver som skal løses det påfølgende år. Det er to hovedmål med oppdragsdokumentene, og det er at de gir styringskrav og at midlene i Stortingets budsjettvedtak blir stilt til disposisjon til de regionale helseforetakene (Regjeringen – oppdragsdokument 2016). I oppdragsdokumentet som vi mottar årlig har det så langt stått lite om noe i forhold til at samarbeid med de private bør initieres.

Jeg har gjennomgått oppdragsdokumentene tilbake til år 2006, da med henblikk på oppdraget som TSB gis hvert år i dokumentet. I 2006 stod det nevnt at Helse Nord har inngått videre avtale med private, og at det skulle sees i sammenheng med Handlingsplan for rus 2006, men ikke beskrevet noe mer. I 2010 var det nevnt at det skulle etableres fagnettverk innen TSB, men ikke spesifisert hvem det skulle innbefatte. Oppdragsdokumentet ble frem til 2012 gitt fra Helse Nord til hvert enkelt HF. Fra 2012 ble det et dokument fra Helse Nord til alle HFene, men fortsatt ingenting presisert om samarbeid mellom offentlig og privat TSB. Årsaken til dette kan være at det ikke vurderes som nødvendig, og at samarbeid mellom private og offentlige tilbud innen TSB fungerer godt.

For å tvinge frem en samhandling og et samarbeid mellom ulike etater og organisasjoner ble samhandlingsreformen innført, denne ble vedtatt i 2010 (Veggeland 2013). Målet med reformen er at den skal gi et bedre og helhetlig tjenestetilbud til innbyggerne. Staten sin rolle i dette er å legge til rette for at kommuner, helseforetak og utdanningsinstitusjoner gjennomfører reformen i henhold til gjeldene strukturer og styringslinjer. Den er særlig opptatt av at det skal etableres ordninger som sikrer god flyt mellom spesialisthelsetjenester og kommune, og mellom enheter i spesialisthelsetjenesten. Reformen utfordrer de ulike aktørene til å tenke på tvers av egne organisasjonsstrukturer for å få til godt samarbeid og god pasientflyt (Helsedirektoratet 2018).

Ved UNN HF er det etablert flere ulike samarbeidsavtaler med kommunen etter at samhandlingsreformen inntrådte. Disse avtalene skal sikre at pasientene får den hjelpen de

trenger, og at spesialisthelsetjenesten og kommunen samarbeider for å sikre tilbudet til pasientene.

Jeg har i mange år vært leder i en offentlig behandlingstilbudsinstitusjon. I løpet av disse årene har jeg ofte registrert det som jeg opplever som liten kontakt og samhandling mellom de ulike tilbudene innen TSB i Helse Nord, og da særlig mellom de offentlige og de private tilbudene. På en måte kan en si at dette er naturlig ut i fra hvordan vi er organisert. Vi er ikke organisert i samme organisasjon, vi har ikke samme ledelse og har få om noen felles møter i løpet av ett år. På den annen side vil jeg mene at mangelen på kontakt er utfordrende med tanke på at vi skal gi et behandlingstilbud til de samme pasientene. Et viktig spørsmål er om vi vil klare å gi de riktige tilbudene og sikre gode pasientforløp når vi ikke har noen særlig form for kommunikasjon med hverandre.

1.2. Fra tema til problemstilling

Teori om organisasjoner viser til at det er utfordrende å samarbeide på tvers av organisasjoner med ulike eiere. En vanlige strukturell oppbygging av en organisasjon er hierarkisk, og for at et samarbeid mellom offentlige og private aktører skal fungere, må en få til en horisontal struktur mellom organisasjonene. Et begrep som benyttes for å beskrive en slik struktur er samstyring. Samstyring defineres som «den ikke-hierarkiske prosessen hvorved offentlige og/eller private aktører og ressurser koordineres og gis felles retning og mening» (Røisland&Vabo s. 21, 2016) Noe som er viktig i forbindelse med samstyring er blant annet begrepene tillit, kommunikasjon og felles mål, og jeg vil komme tilbake til disse og teorien omkring samstyring i teoridelen.

Samarbeidet mellom privat og offentlig er viktig for et helhetlig behandlingstilbud, og i min masteroppgave ønsker jeg å undersøke dette nærmere. Jeg vil derfor forske på hvordan de ulike partene i et regionalt helseforetak, det vil si private aktører, det offentlige tilbud og oppdragsgiver opplever samarbeidet, og om de tenker at det er av betydning for pasientbehandlingen.

Min problemstilling er:

«Hvordan opplever ledere innenfor TBS samarbeidet mellom private og offentlige behandlingstilbudsinstitusjoner?»

I tillegg har jeg et forskningsspørsmål:

«Hvilke faktorer oppleves å fremme eller hemme samarbeid?»

1.3. Avgrensinger i problemstillingen og definisjon av begreper

For å avgrense problemstillingen velger jeg å fokusere på samarbeidet mellom ledere av 4 behandlingsinstitusjoner innen TSB, derav to private og to offentlige. Samarbeidet vil her være knyttet til pasienttilbudet, kapasitetsutnyttelse, kunnskapsdeling og kompetanseheving.

Ledere er sentrale i en hver organisasjon, også når en skal utvikle et samarbeid. En leders oppgave er å påvirke andre til å utføre oppgaver (Berg, 25.10.16). Strand (2007, 12) sier i sin beskrivelse av ledere; «Ledere forstås som særlige mandatrike aktører i organisasjoner, og en av deres fremste funksjoner er å opprettholde sosial orden, dvs. de har symbolske funksjoner». I det neste avsnittet vil jeg definere samarbeid.

Det finnes flere ulike definisjoner av samarbeid, og de fleste handler om at flere sammen jobber med et felles mål. Jeg vil i min oppgave bruke definisjonen av tverrfaglig samarbeid, da det å arbeide innenfor TSB handler om akkurat det.

«Tverrfaglig samarbeid bygger på ulik, men likeverdig kunnskap. De ulike fagpersonene er gjensidig avhengig av hverandre for å kunne møte utfordringene til brukers beste. Godt samspill avhenger av at man kan forstå og ta del i den andres virkelighetsoppfatning. Man må kjenne til og respektere hverandres rolle og arbeidsoppgaver. Det stiller krav om dialog og interaktiv involvering faggruppene imellom og med bruker». (Helsekompetanse –Aktivitet og mestring)

1.4. Oppgavens struktur

I innledningen har jeg nå redegjort for valg av problemstilling, og jeg har presentert problemstillingen med de begreper jeg har vurdert som hensiktsmessig å beskrive litt nærmere. I teoridelen trekker jeg frem teorier jeg har valgt for at de skal bidra til å belyse empirien under drøftingsdelen. Mye av teorien vil være om samstyring og ledelse, og deriblant også forskjeller på ledelse av privat og offentlige organisasjoner.

I metodekapittelet vil jeg redegjøre for valg av metode, og kritikk til bruk av metoden. Under analysedelen vil jeg først trekke frem funn fra empirien, deretter vil jeg drøfte disse opp mot teorien. Til slutt vil jeg legge frem en konklusjon som oppsummert gir en beskrivelse av de funn jeg har gjort, og hvilke tanker jeg gjør meg om veien videre.

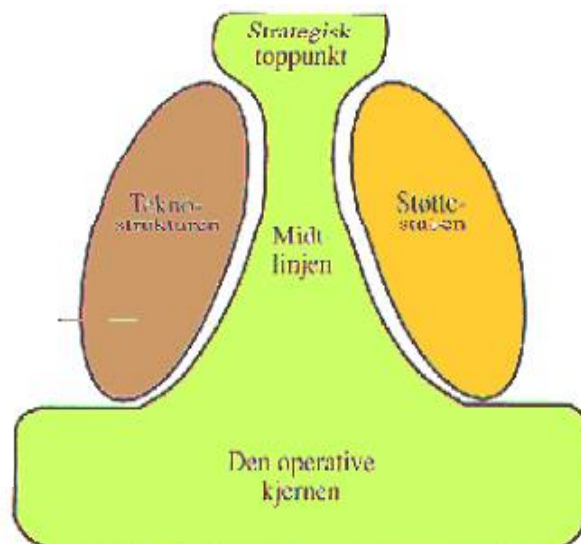
2.0 Teori

Min problemstilling omhandler samarbeid mellom private og offentlige aktører innen TSB. For å beskrive problematikken som kan oppstå mellom disse har jeg valgt meg en teoretisk referanseramme hvor jeg først vil si litt generelt om organisasjonsteori. Dette gjennom å belyse oppbygging av en organisasjon for så å kunne vise til hvilke utfordringer det kan gi for samarbeid. I samme kapittel vil jeg også trekke frem forskjeller/likheter i ledelse av private og offentlige organisasjoner for at leseren skal få en kjennskap til det. Deretter vil jeg legge frem ulike styringsregimer og teori om samstyring, og hvilken betydning ledelse har for samstyring. Jeg har valgt denne teoretiske retningen fordi jeg opplever at den er relativt nytenkende og representerer en spennende innfallsvinkel på samarbeid og ledelse.

2.1. Organisasjoner

En organisasjon er «et sosialt system som er bevisst konstruert for å løse bestemte oppgaver og realisere bestemte mål» (Jacobsen&Thorsvik 2013,18). Alle organisasjoner kan sees på som et produksjonssystem, noe som innebærer at alle organisasjoner må produsere et eller annet, det være seg et produkt, en tjeneste eller beslutninger. For at en organisasjon skal bestå, er den avhengig av at noen er villige til å betale for det produktet den tilbyr. Bare på den måten vil en organisasjon kunne skaffe seg de inntekter som er nødvendig for å kunne opprettholde virksomheten, og dette gjelder alle typer organisasjoner, offentlige, frivillige eller private (Jacobsen&Thorsvik 2013).

Oppbyggingen i en organisasjon er ofte hierarkisk, og Mintzberg mener at organisasjoner består av fem hoveddeler, noe som også er gjenkjennbart for hvordan en sykehusorganisasjon er oppbygd. Disse fem delene består av en operativ kjerne (de på «gulvet»), en mellomledelse og en toppledelse. I tillegg kommer det han definerer som teknostruktur og støttestruktur, det som vi ville beskrive som stab og støttedfunksjoner (Jacobsen&Thorsvik 2013, Pettersen, 26.10.2016).



Mintzbergs figur viser her en typisk oppbygging på en sykehusorganisasjon slik beskrevet ovenfor.

Figur 1: Mintzbergs organisasjonsfigur

Mintzberg viser til at i en organisasjon er koordinering viktig, og da er det disse mekanismene som benyttes; gjensidig tilpasning, direkte rettleiding fra overordnet, standardisering av arbeidsprosesser, produksjon og arbeidernes kompetanse og kunnskap. Koordinering av mekanismene er selve limet som gjør at en organisasjon holdes samlet (Pettersen, 26.10.2016).

Drivkraft i en hver organisasjon er kommunikasjon. Studier har vist at det er mer kontakt mellom ansatte innenfor samme organisasjonsenhet enn det er mellom ansatte i ulike selvstendige organisasjonsenheter (Jacobsen&Thorsvik 2013). Med den erfaringen jeg har fra egen virksomhet, ser jeg at det er slik det fungerer. Samtidig er det viktig å legge til rette for kommunikasjon og samarbeid på tvers av enheter, blant annet for å sikre helhetlige og gode pasientforløp.

James D. Thompson har derfor anbefalt at arbeidsoppgaver som krever tett samarbeid bør samles i formelle enheter (Jacobsen&Thorsvik 2013). Min erfaring er at for å få til god samhandling om arbeidsoppgaver enten de er i egen enhet, på tvers av enheter eller på tvers av organisasjoner, holder det ikke å tenke organisasjonskart, den enkelte leder må være fokusert på og forstå behovet for samhandling mellom ulike organisasjoner.

Jeg har nå skrevet litt om organisasjoner og oppbyggingen av dem. I det neste kapitlet vil jeg si litt om forskjeller og likheter mellom private og offentlige organisasjoner.

2.1.1. Privat versus offentlig organisasjoner

Jacobsen&Thorsvik (2013) sier i sin bok at en offentlig organisasjon er «eid» av det offentlige og blir styrt av politikere, mens en privat organisasjon er eid og styrt av private investorer. I praksis må en organisasjon enten den er offentlig eller privat eid forholde seg til lover, regler, offentlige vedtak og begge parter har et samfunnsansvar å forholde seg til. I empiriske studier finner en forskjeller på private og offentlige organisasjoner, men er ser også at forskjellene ikke er så store. Offentlige organisasjoner er mer byråkratiske, målene er ofte komplekse og kulturen kan bære preg av at her tas det mindre risiko.

Satt på spissen kan en si at en privat virksomhet har stort handlingsrom, mens i en offentlig virksomhet legges det en del begrensninger. Målene i det offentlige bestemmes gjennom konsensusbeslutninger i folkevalgte organer, noe som igjen er med på å regulere handlingsrommet deres. I det offentlige kan de ikke bestemme hvilke pasienter de skal behandle, de må ta imot alle som kommer, og de får penger til drift fra storting/regjering/departement. Skal en gjøre endringer i det offentlige er de planlagt og

hierarkisk styrt, og endringene kan føre til prosesser som bruker lang tid (Thorsvik, 25.10.2017).

Virkeligheten i forhold til de private er at de mer og mer blir tillagt forventninger utover det å tjene penger. I tillegg til å drifte etter offentlige lover og regler, må de også ta hensyn til miljø, arbeidsforhold og lokalsamfunn der de er etablerte. Fra overordnede myndigheter legges det opp til et stadig mer formalisert samarbeid mellom private, offentlige og frivillige organisasjoner. Noe som er en medvirkende årsak til at forskjellene mellom private og offentlige organisasjoner viskes ut.

Det er også forskjeller og ulikheter mellom ledere i privat og offentlige organisasjoner, men de har også felles mål for sin drift. Blant annet er ledere i offentlig og privat virksomhet enige om at en av deres viktigste oppgaver er å motivere, støtte og trekke med medarbeiderne i bedriftens aktivitet. En av ulikhetene var at leder i en offentlig bedrift vil være opptatt av å orientere seg i omverden for å kunne tilpasse driften til det øvrige som skjer, mens en leder i det private vil også være opptatt av å orientere seg i omverden, men da for å kunne utnytte de mulighetene som åpenbarer seg (Strand 2007).

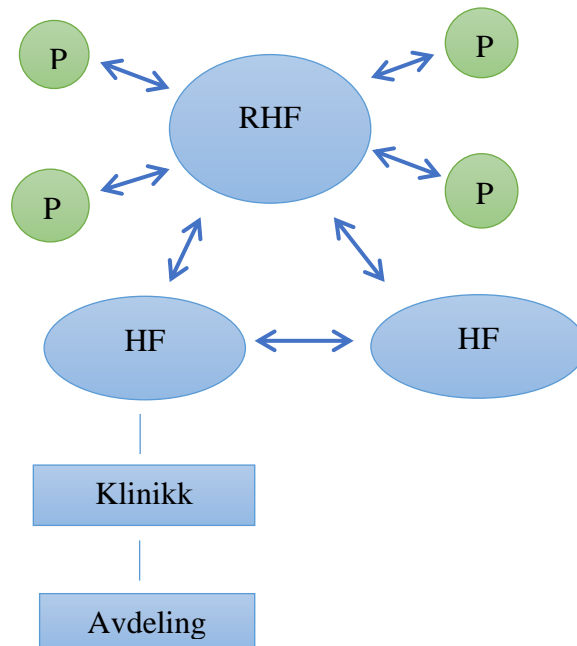
En annen forskjell er at de private opplevde i stor grad å kunne påvirke ansettelse og behov for endring av stillingsstørrelser, mens de i det offentlige opplever seg mer styrt av systemet og de ulike avtalene med f.eks forbundene. Ledere i det offentlige var litt mer beskjedne i å løfte frem gode resultater, og ikke fullt så opptatt av omverden som de private lederne. Offentlige ledere har uoppfylte krav om å være motiverende og integrerende i sin lederstil. (Strand 2007)

Privat virksomhet kan være ideell eller kommersiell. Innen sistnevnte kategori er formålet med organisasjonen å få avkastning av den investerte kapital, og bedriften må ha overskudd for ikke å gå til grunne. Mål knyttet til kundenes eller pasientens interesse blir da sekundære. Private helseledere kan likevel ikke bare fokusere på det økonomiske, de må også ta hensyn til hvilket formål og hvilken interesse deres ansatte, leverandører, omgivelser, og lokalsamfunn har til deres virksomhet.

I den offentlige virksomheten er formålet for helsevesenet å maksimere brutto helseprodukt, altså mest mulig for pengene. Målstyring er viktig, og da særlig i spesialisthelsetjenesten. Noe som kommer til syne gjennom oppdragsdokumentet som de ulike helseforetakene får fra Helse - og omsorgsdepartementet (Berg-2016).

For at leseren skal få en forståelse av hvordan organiseringen av offentlig og privat ser ut i Helse Nord, har jeg laget en figur for å illustrere dette. RHF = Regionalt helseforetak, HF= Helseforetak, P= privat. Det er ingen linjer mellom HF og P.

Figur 2: Skjematisk oversikt over organisering privat/offentlig i Helse Nord.



Figuren illustrerer at det ikke foreligger noen formell kontakt mellom privat/offentlig. Likevel kan det være samarbeid mellom partene, og dette er noe av det jeg skal studere i denne oppgaven.

2.2. Styringsregimer

I følge den britiske statsviteren Stephen P. Osborne har den vestlige verden vært preget av 3 ulike styringsregimer etter andre verdenskrig (Røisland&Vabo 2016). Fra etterkrigstiden og frem til ca 1980 tallet var offentlig administrasjon det førende regimet. Samfunnet hadde stor tro på og tillit til at offentlig styring og offentlige myndigheter kunne løse de fleste samfunnsproblemer. Det var staten som skulle bestemme, og skillet mellom private og offentlige aktører var tydelig.

Politisk var det klar forskjell mellom politikk og administrasjon, hvor politikerne hadde i oppgave å utforme politikken og byråkratene iverksatte den. Det som tidligere hadde vært styrt gjennom frivillige organisasjoner, ble nå besluttet at det skulle styres i offentlig regi, et eksempel på det er driften av barnehager. En kunne også finne sykehus som var styrt gjennom frivillige organisasjoner, men de fleste av disse er i dag finansiert og styrt av det offentlige, selv om de er såkalte private organisasjoner (Røisland&Vabo 2016).

På slutten av 1970 tallet kom det en høyrebølge innover mange av de fleste vestlige landene, og etter hvert også Norge, når det gjelder styring i offentlig sektor. Denne ble kjent som New Public Management (NPM). Hovedtankene til NPM er at det ikke er særlig forskjell mellom offentlig og privat sektor, og at organisering, styring og ledelse er prosesser som er like i begge sektorene. Ved å ha en slik styringsform var det ingen grunn til at ikke ulike modeller kunne brukes på tvers uavhengig av om det var privat eller offentlig virksomhet.

Resultatet av NPM ser vi ved at det har vært en stor fristilling av offentlige etater, og de er blitt fragmenterte i små organisasjoner, som til dels kommuniserer lite med hverandre. NPM førte til at politikerne satte de overordnede målene, som de ulike offentlige organisasjonene måtte nå innenfor gitte rammer. Foretaksmodellen som sykehusene er organisert etter er en følge av NPM (Røisland&Vabo 2016) .

Fra ca 1990 fikk vi et tredje styringssystem, New Public Governance. Det er vanskelig å finne en god norsk definisjon av Governance, men jeg velger å bruke definisjonen til Røisland&Vabo (2016). De har definert det som samstyring. En vil likevel kunne finne annen litteratur om Governance hvor definisjon som samstyring ikke nevnes. Det sier litt om hvor omfattende og også forvirrende begrepet kan være.

Da Governance kom som system var det som en konsekvens av NPM. Ikke for å overta etter de to andre styringssystemene men for å supplere de. En så et behov for samstyring da både iverksetting av politiske føringer og produksjon av tjenester var blitt komplisert og fragmentert under NPM styringen. Det er vanskelig for en organisasjon å på egen hånd skulle klare å produsere sine tjenester, den er ofte avhengig av et samarbeid på tvers av offentlig, privat og/eller frivillige organisasjoner (Røisland&Vabo 2016).

Opprettelsen av NAV er et eksempel på samstyring (Lægreid&Rykkja 2015). Tidligere var trygdeetaten, sosialhjelp og arbeidsformidlingen organisert som egne organisasjoner. Fragmenteringeringen resulterte i et lite funksjonelt og samordnet tilbud. Sammenslåingen av disse etatene hadde som mål å sikre koordinerte og helhetlige tjenester for befolkningen, hvor den som trenger hjelp får en kontaktperson å forholde seg til. Innen TSB er tilbudet nokså fragmentert, og pasienten må forholde seg til ulike tilbud og fagpersoner.

Fra Helsedirektoratet er det planlagt innføring av pakkeforløp for TSB i løpet av høsten 2018 hvor målsettingen blant annet er økt brukermedvirkning og brukertilfredshet og å skulle sikre sammenhengende og koordinerte pasientforløp (Helsedirektoratet.no -pakkeforløp). Denne

innføringen vil utfordre spesialisthelsetjenesten fordi den vil kreve at ledelse og koordinering av pasientforløp foregår på tvers av organisatoriske enheter.

Koordinering er sentralt når en snakker om samstyring, og det er derfor nærliggende å mene at det er en relevant teoretisk retning for organiseringen av tilbudet til pasienter innen TSB, da gjennom fokus på samarbeid på organisasjonsnivå. Innen samstyring er det tre teoretiske koordineringsmekanismer som løftes frem. Disse er hierarki, marked og nettverk. I teorien vil disse anvendes forskjellig, men i praksis vil koordinering handle om en blanding av de ulike typene (Røisland&Vabo 2016).

Berg er kritisk til begrepet Governance. Han mener at Osborns viktigste poeng er at styring og ledelse i økende grad preges av samstyring, fordi flere demokratinivåer og brukere spiller en stadig større rolle. Berg mener at denne utviklingen som Osborn peker på, har vært der hele tiden, og mener at den nye oppmerksomheten det får skyldes at styring og ledelse er blitt stadig mer ambisiøs. Han gir uttrykk for at det fortsatt er NPM som gjelder i de fleste organisasjoner, enten de er privat eller offentlig, selv om han ser at det også er en utvikling i retning av at styring og ledelse preges av samstyre (Berg, artikkel sykepleien).

Videre i teorien vil jeg redegjøre for samstyring og hvilke faktorer som påvirker den.

2.2. Samstyring

Tradisjonelt er som tidligere nevnt organisasjoner ofte bygd opp hierarkisk hvor ledernes ansvarsområder er tydelige, men i den senere tid er flere begynt å stille spørsmål om ikke en organisasjon også må legge til rette for horisontal styring og koordinering. Innføringen av foretaksreformen har gjort at styringssystemet i et sykehus er preget av en vertikal styring, men å drifte et sykehus krever også at mange prosesser må koordineres på tvers, altså vil horisontal styring være relevant (Fallan&Nyland 2013).

Samstyring kan forstås som et spleiselag hvor de forskjellige aktører, det være seg privat, offentlige eller frivillige organisasjoner tar med seg sine ulike ressurser inn i fellesskapet. Samhandlingsreformen, som jeg har nevnt i innledningen er et godt eksempel på samstyring, hvor målsettingen er et helhetlig helsetilbud. I det nevnte spleiselaget er det tre aspekter ved samstyring som blir viktig skal samstyringen lykkes. Det første aspektet er *gjensidig avhengighet*, hvilket innebærer at det de ulike partene ønsker å oppnå, kan de bare få til i fellesskap.

Det andre aspektet er *diskurs* eller *forhandlinger*, og handler om hvordan beslutninger fattes på. En kan ikke benytte makt for å komme frem til en felles beslutning. Her må de ulike

aktørene drøfte seg frem til en enighet. De ønsker å jobbe sammen for et felleskap, og da må de også sikre at avgjørelser tas i fellesskap. Skal samstyring benyttes i det offentlige systemet, må det offentlige være villig til å tilpasse seg nye måter å forholde seg til beslutningsprosesser på.

Det tredje aspektet er *planlagt og målorientert* aktivitet. Det indikerer at en med samstyringen ønsker å få til noe. Vilkaarlige aktører kan ikke bare finne hverandre tilfeldig, og gå i gang med en oppgave. «Samstyring innebærer at mål må fastsettes, virkemidler må velges, strategier må utformes og ulike aktiviteter må koordineres» (Røisland&Vabo 2012, 23) I og med at aktiviteten gjennom samstyring er målrettet, vil det involvere helt vanlige organisasjonsprosesser (Røisland&Vabo 2016).

2.2.1. Samstyring og ledelse

Når det gjelder styring og ledelse som begrep, kan det være vanskelig å skille de fra hverandre. Det samme finner en igjen i litteraturen, der brukes begrepene ofte om hverandre. Enkelte vil si at om den som har ansvaret, leder eller styrer bedriften, vil det være samme sak. I teori og praksis vil det være forskjell på å lede og å styre, selv om det noen ganger kan være vanskelig å skille de fra hverandre. Det finnes flere ulike definisjoner av ledelse og styring. Jeg har tidligere nevnt Ole Berg og Torodd Strand sin definisjon av ledelse. Ladegård&Vabo viser til at styring er systemorientert, mens ledelse er personorientert (Magma 2011). I begrepet «public management» er det tydelig definert at både styring og ledelse innbefattes (Røisland&Vabo 2016).

Ved samstyring er det ikke den hierarkiske organisasjonen som er styrende, men viljen til samarbeid er sentralt, og lederne har en svært sentral funksjon i så henseende. Gjennom samstyring er det flere aktører som samarbeider, og samarbeidet har en relevans for offentlig styring. Ledere har et ansvar for å kunne styre mer mot samstyring. Det er tre behov en leder som skal jobbe med samarbeid må fokusere på, disse er kommunikasjon og kunnskapsdeling, felles mål og tillit (Røisland&Vabo 2016).

2.2.2. Kommunikasjon og kunnskapsdeling

Uten evnen til å kommunisere vil det bli utfordrende å skulle skape noe sammen. Ved å endre på hierarkiske strukturer og ledelsesprinsipper, som har vært basert på standardisering og styring, vil kommunikasjon være svært viktig for hvordan organisasjonen skal fungere (Jacobsen&Thorsvik 2013). Kommunikasjon kan defineres slik: «Kommunikasjon i organisasjoner kan defineres som en kontinuerlig prosess hvor medlemmene opprettholder og

forandrer organisasjonen gjennom å kommunisere med individer og grupper av mennesker både internt og eksternt» (Jacobsen&Thorsvik 2013, 280).

Ved å kommunisere vil en også kunne være med å formidle kunnskap, og gjennom samarbeid vil kunnskapen kunne deles på tvers av organisasjoner. Kommunikasjon i en organisasjon kan foregå ved både formelle og uformelle kommunikasjonskanaler, og når en skal jobbe med samarbeid mellom organisasjoner er det viktig å etablere slike kanaler (Røisland&Vabo 2016).

Eksempler på slike kanaler i min hverdag vil kunne være mail, faste og tilfeldige møter på skype, felles fagdager, felles ledermøter med skriftlige referat. Jacobsen&Thorsvik (2013) sier i sin bok at kommunikasjon handler ikke bare om det skrevne eller det uttrykte ord, men også kroppsspråk. Gjennom kommunikasjon overfører en ikke bare informasjon, men man kan også formidle følelser, ideer og holdninger til en annen person eller gruppe. Dette er viktig å huske på i møte med et annet menneske og/eller mennesker.

Det er gjort studier av horisontal kommunikasjon, som ikke uventet viser at det er enklere å kommunisere på tvers innenfor samme organisasjonsenhet, enn det er å kommunisere på tvers av organisasjonsenheter (Jacobsen&Thorsvik 2013). Det å tilrettelegge for kommunikasjon og kunnskapsdeling på tvers av organisasjonsstrukturer vil være sentrale lederoppgaver. Lederen må være nettverksfokusert og nettverksbyggende (Røisland&Vabo 2016).

2.2.3. Relasjon

Ledelse kan sees på som et relasjonsfenomen fordi en leder er avhengig av å klare å skape kontakt med sine medarbeidere, og må kunne få til en samarbeidsvilje i organisasjonen og med samarbeidspartnere. Selv i en hierarkisk organisasjon er det ikke gitt at det å bygge relasjoner er en selvfølge. I dagens organisasjoner er det mer og mer tydelig at en leder må være villig til å dele av seg selv, nettopp for å kunne lykkes med å etablere relasjoner (Strand 2007).

Spurkeland er i sin bok meget tydelig på at en ikke kan være leder dersom en ikke også evner å bygge relasjoner. Han er opptatt av nettopp dette med å tørre å dele av seg selv som leder, og at resultater oppnås kun i samhandling med andre, og at ledere har en viktig funksjon i å påvirke de andre. «Derfor kan ikke ledere bruke sin ledelsestid til å lese og flytte papirer. De må være inne i relasjoner og samspill. Der kan de påvirke» (Spurkeland 1998, 14). Han viser også til at gode relasjoner kan være med på å «åpne» dører mellom leder og ansatt eller leder og øvrige samarbeidspartnere, eller rett og slett mellom mennesker. Det å være leder

innebærer at en også må jobbe aktivt med å etablere ulike former samhandling og samarbeidsarena. Spurkeland (1998) sier tydelig at en leder som ikke tar initiativ til å etablere de nevnte arenaene, burde ikke få være leder.

Det betyr slik jeg tolker det, at jeg som leder og de lederne jeg har intervjuet har et stort ansvar for å sikre samarbeid mellom offentlige og private, og da helst et godt samarbeid. Spurkeland er nokså drastisk i sine krav til lederne, men jeg er langt på vei enig med han. Dersom jeg som leder ikke klarer å forholde meg til de ulike aktørene som er involvert i behandlingen av pasient gruppen, vil jeg heller ikke gjøre noen god innsats for pasientene.

Ved å være leder i en offentlig eller privat bedrift innen TSB er det pasientene vi er der for først og fremst, og det er for å styrke tilbudet til dem at samarbeid mellom privat og offentlig er viktig.

2.2.4. Felles mål

Mål er ikke noe en organisasjon har i kraft av å være en organisasjon, men et mål bør utformes og det kan endres. Det må avgjøres hvem skal vi ha som målgruppe, og hvilke mål som skal settes for å kunne nå den aktuelle målgruppen (Strand 2007). Mål i samstyring vil ha to vektlegginger, det ene er hva samarbeidet skal omfatte og det andre er relasjonene mellom deltakerne og måten det samarbeides på.

«Målsetninger i et samarbeid er ofte et offentlig uttrykk for felles hensikter, og dermed ikke genuine mål som forplikter deltakerne» (Røisland&Vabo 2016,80). Målsetninger ved samstyring handler om hvorvidt de overordnede målsetningene for de ulike organisasjoner som skal samarbeide er kompatible. Ved store forskjeller i målsetting kan samarbeid vise seg vanskelig. Dersom private organisasjoner innen TSB har en målsetting om størst mulig overskudd, mens de offentlige organisasjonene har et mål om en best mulig pasientbehandling vil det gi utfordringer i et eventuelt samarbeid. Da vil de private neppe ha motivasjon for å samarbeide om å sikre best mulig tilbud til pasientene og dele på erfaringsutveksling og kompetanseheving.

Har derimot privat og offentlig et mål om å gi den beste pasientbehandlingen vil de kunne styrke egen målsetting gjennom samarbeid. Ved å være i dialog vil det gi en mulighet for utvikling av begges forståelse og kompetanse, noe som vil ha direkte innvirkning på målsetting. Det å formulere mål vil være en del av samstyringsprosessen, hvor de samarbeider om å tolke og presisere målsetting (Røisland&Vabo 2016).

I mitt virke som leder av en poliklinikk blir jeg målt på hvorvidt vi produserer våre krav om tre konsultasjoner pr behandler pr dag. Det er ikke utarbeidet mål på hvorvidt jeg som leder evner å etablere god kontakt med samarbeidspartnere. Dersom en skal gå mer i retning av samstyring burde et mål være å etablere gode samarbeidsrelasjoner med naturlige samarbeidspartene, for på den måten å sikre en best mulig pasientbehandling.

2.2.5. Tillit

En undersøkelse gjennomført blant 12 av norsk næringslivs mest sentrale ledere viste at tillit ble ansett som en grunnleggende forutsetning for lederskap. Menneskene er ressursene i en bedrift, og en gjensidig tillit mellom leder og ansatte er helt avgjørende for å skape et samarbeidsklima (Fische 1998).

Ved samstyring må en lykkes å etablere en personlig tillit mellom de ulike aktørene. Tillit er helt sentralt, for ikke å si helt nødvendig når det kommer til samarbeid. Man må etablere en gjensidig forståelse og tillit om at de investeringer som gjøres, enten de er av økonomisk, organisatorisk og/eller personlig art vil gi gevinst i samarbeidet. Ved å gi og få tillit må en tørre å engasjere seg og stole på at den samarbeidene part ikke vil misbruke den tilliten. Når en da erfarer og ser at samarbeidet fungerer og bærer frukter, vil det igjen skape flere tillitsrelasjoner. Disse vil være med på å bidra til økt kunnskap for de ulike aktørene i samarbeidet, og muligheter for innovasjon og nye måter å løse arbeidsoppgavene på vil kunne oppstå (Røisland&Vabo 2016).

Vi kan konkludere med at der det er tillit mellom aktørene vil det gi et bedre grunnlag for samstyring, enn dersom det ikke hadde vært det. Ved at ulike aktører har en kjennskap til hverandre, enten den er formell eller uformell, vil det bidra til å bygge og styrke tillit. Gjennom min forskning ble jeg kjent med at de private og offentlige i liten grad kjente til hverandres tilbud til pasientgruppen. Det gjør det utfordrende å skulle etablere tillit. Å kjenne til hverandres kompetanse, erfaringer og felles mål vil være viktige komponenter for å bygge tillit.

Per Fugelli har sagt følgende om tillit:

«Tillit medfører ofte en overføring av makt til en person eller til et system, makt til å handle på mine vegne, til mitt beste. Tillit deles gjerne i personlig tillit og sosial tillit. Personlig tillit oppstår mellom mennesker med navn, følelser, ansikt. Personlig tillit må vinnes, aktivt. Sosial tillit er tillit til institusjoner for eksempel Stortinget, politi, helsevesenet. Sosial tillit utvikler seg mellom mennesker og ansiktsløse, følelsesløse abstraksjoner. Sosial tillit er ofte passiv og nedarvet» (Fugelli 2001)

I min forskning er jeg primært opptatt av tillit mellom organisasjoner, men tillit er også viktig å etablere mellom ledere og medarbeidere. Behandlingen av pasientene er oppgaven til partene, og for å få det til på en best mulig måte må tillit fokusere på gjennom alle nivå.

Rudi Kirkhaug viser til at tillit kan deles inn i tre kategorier når en skal knytte det til ledelse.

Disse er:

- Institusjonell tillit hvor de ansatte opplever trygghet og forutsigbarhet i jobben
- Kalkylebasert tillit hvor de ansatte opplever at det er en rimelig balanse mellom det de gjør og det de får
- Relasjonell tillit, som kanskje er den vanskeligste formen, og som handler om gjensidig lojalitet, sosial støtte, avhengighet, intimitet, sårbarhet og vilje til å være avhengig av andre

(Kirkhaug, 07.02. 2017)

Når en skal bygge og etablere tillit mellom organisasjoner vil relasjonell tillit være viktigst å fokusere på slik jeg vurderer det. Det å tro og stole på at det de andre gjør er like riktig som det en selv holder på med, og det å tørre å gi og dele av seg selv er sentralt for å bygge tillit mellom organisasjoner. Jeg vil tenke at Kirkhaug har rett når han sier at relasjonell tillit er den vanskeligste formen for tillit å skape, men kanskje desto viktigere å etablere.

Oppsummert vil jeg kort si at kommunikasjon, relasjon, mål og tillit henger tett sammen med hverandre. Det kan være at målet er klart for begge parter, men skulle de da ikke lykkes med å etablere relasjon, kommunikasjon og tillit til hverandre, så vil samarbeid og samstyring bli vanskelig.

3.0. Metode

I dette kapitlet vil jeg redegjøre for metoden jeg har valgt for å kunne utforske mitt forskningsspørsmål. Jeg vil beskrive og begrunne valg av metode til datainnsamlingen, og jeg vil si hvordan jeg opplever empiriens validitet og reliabilitet. Til slutt vil jeg gjøre noen kritiske refleksjoner til mine valg av metoder.

3.1. Valg av metode

Jeg valgte å benytte kvalitativ metode når jeg skulle gjøre mine undersøkelser, fordi jeg ønsket å studere forståelsen av et sosialt fenomen, her samarbeid. Ved å gjennomføre semistrukturerte intervjuer med informanter fra de ulike aktørene, kunne jeg belyse problemstillingen ved hjelp av teori og empiri fra informantens erfaringer og opplevelser. I tillegg til egen erfaring fra feltet.

Epistemologi er «læren om kunnskap». I min oppgave innebærer dette at ulike aktører har en opplevelse av hvordan samarbeid mellom offentlig og privat fungerer, og jeg benytter egen og andres kunnskap for å studere dette fenomenet. Ontologi handler om «å uttale seg om verden, om hvordan ting faktisk er». Gjennom min kvalitative undersøkelse var svarene jeg fikk både til dels lik og noen ulike. Det er ingen absolutte sannheter i det jeg fant, og jeg kan således ikke bevise noe med min undersøkelse, men svarene kommer fra personer som har til dels stor erfaring og kjennskap til feltet (Nyeng 2012,37).

Valg av kvalitativ metode ble gjort for å kunne være utforskende i intervju situasjonen og for å ha en mulighet til å kunne tilpasse fokus og finne informanter underveis. Problemstillingen og mitt forskningsspørsmål hadde jeg noen antakelser om, men lite kunnskap, og ved å benytte kvalitativ metode kunne jeg studere fenomenet samarbeid mer inngående. I tillegg hadde jeg en antakelse om at personlige intervjuer kunne ha en positiv effekt på videre kontakt mellom det foretaket jeg representerer og de ulike informantene fra de private.

3.2. Forskerens ståsted

Jeg er en voksen dame, som har arbeidet i ca 22 år innen TSB, og i 20 av dem har jeg jobbet som leder på ulike nivå i organisasjonen. Gjennom min stilling har jeg vært forholdsvis tett på samarbeid med de private, og min erfaring er at samarbeidet har vært av varierende grad. Både med hensyn til hvorvidt det har vært ansett som hensiktsmessig, på hvilken måte det skulle være og våre holdninger til samarbeid. På disse årene har jeg opplevd en reise i mine egne holdninger til de private. Tidligere tenkte og til en viss grad mente jeg at de private bare

var ute etter å «lokke» til seg pasientene, at det var lite fagfolk som arbeidet der, og at vi i det offentlige hadde et mye bedre kvalitetsmessig tilbud enn de.

I de senere årene har min tankegang snudd radikalt i forhold til hvordan jeg tenker om det tilbudet som de private har. Helse Nord gjør avtale med de private, som da blir en del av spesialisthelsetjenesten, og slik ønsker jeg å forholde meg til de private, som kollegaer på feltet. Min opplevelse er at de holdningene jeg selv hadde fortsatt eksisterer blant medarbeiderne i vår organisasjon, og min forskning vil kanskje bekrefte om det fortsatt er slik eller ikke.

3.3. Datainnsamling

Jeg valgte meg ut 7 informanter, alle på ledernivå. Utvelgelsen ble gjort på bakgrunn av egen erfaring og kjennskap til de ulike informantene. For meg var det viktig at brukerstemmen også skulle være en del av forskningen, og det var tidlig klart at brukerorganisasjoner også måtte være en del av informantene.

Jeg informerte egen klinikkssjef og avdelingsleder om oppgavens hensikt og hvem jeg ønsket å intervju. Klinikksjef ved Kvalitet, fag og forskning ble også informert. Sist nevnte gav sin støtte til forskningen. Jeg søkte til Norsk senter for forskningsdata AS og redegjorde for mitt forskningsspørsmål og metoden jeg hadde valgt for og utforske det på.

Jeg utarbeidet en semistrukturert intervjuguide, hvilket innebærer at jeg hadde formulert en del spørsmål på forhånd, hvor tema var hentet fra teoridelen i oppgaven. Jeg valgte å ha en semistrukturert intervjuguide fordi jeg ønsket å stille de samme spørsmålene til alle sammen, men samtidig ha en mulighet til å spørre mer der jeg ønsket en mer utdyping av spørsmålet. Jeg gjennomførte et pilot intervju, og gjorde en liten endring som følge av det. Intervjuguiden og informasjonsskrivet som ble sendt til informantene ligger vedlagt (vedlegg 1 og 2).

3.3.1. Informantene

Alle informantene ble på forhånd kontaktet av meg pr telefon, bortsett fra en som ble spurt ansikt til ansikt da vi deltok i et møte. I tillegg ble de alle forespurt formelt pr mail. De fikk tilsendt informasjonsskrivet og den semistrukturerte intervjuguiden noen dager før selve intervjuet. En av informantene var tydelig på at han ikke kom til å si hverken ja eller nei til å bli intervjuet før han hadde sett intervjuguiden.

Der jeg benytter direkte sitater fra informantene i teksten, er det godkjent av dem. Alle informantene vil i oppgaven bli referert til som «han» for å anonymisere svarene. Dersom den ikke benevnes som «han» benyttes for eksempel offentlig leder 1 eller informanten/e.

Noen av disse informantene er altså ledere på private avtaleinstitusjoner. I oppgaven vil jeg trekke frem avtalene som Helse Nord har gjort med de private, men de vil ikke være referert til av hensyn til anonymiteten.

Alle informantene hadde utdanning på høyskolenivå eller høyere og/eller lang erfaring fra feltet. Dette indikerer at de har god bakgrunnsforståelse og kjennskap til feltet. 6 av intervjuene ble gjennomført på stedet der informanten arbeider, et ble gjennomført på skype. Det virket som om alle informantene hadde forberedt seg godt til intervjuene, noen hadde notert seg punkt de ønsket å svare på de ulike spørsmålene, og jeg ble tatt godt i mot da jeg kom for å gjøre intervjuene. De private aktørene hadde lagt opp til en omvisning og lunsj i forbindelse med intervjuene. Brukerorganisasjonene ønsket også at jeg skulle spise lunsj hos dem.

Tabell 1- viser oversikt over informantene

Rolle	Nivå/enhet	Utdanning	Intervju dag/hvor/	Lengde på intervju	Benevnelse på informant i oppgaven
Rådgiver	Regionalt helseforetak	Høyskole	Tirsdag 20.02. via skype	44 minutt	Representant Helse Nord
Leder	Privat behandlingstilbud	Høyskole	Tirsdag 27.02. Leders kontor	58 minutt	Privat leder 1
Styreleder	Privat behandlingstilbud	Profesjons-utdanning	Onsdag 28.02. Leders kontor	59 minutt	Privat leder 2
Daglig leder	Brukerorganisasjon	Egen erfaring	Fredag 23.02. Møterom hos brukerorganisasjon	50 minutt	Brukerorg.1
Brukerrepresentant	Brukerorganisasjon	Egen erfaring	Fredag 23.02. Møterom hos brukerorganisasjon,	40 minutt	Brukerorg.2
Enhetsleder	Offentlig behandlingstilbud	Høyskole	Onsdag 28.02. Leders kontor	50 minutt	Offentlig leder 1
Enhetsleder	Offentlig behandlingstilbud	Høyskole	Onsdag 28.02. Leders kontor	42 minutt	Offentlig leder 2

3.4. Validitet og reliabilitet

Reliabilitet handler om hvorvidt en kan si at det er holdbarhet på det datamaterialet en samler inn, altså om dataene er til å stole på og/eller er tillitvekkende (Nyeng 2012). Jeg har gjennomført intervjuer med personer som jeg mener er sentrale for de spørsmålene jeg ønsket å stille. Alle informantene har jobbet i sine respektive organisasjoner i flere år, og de har høy kompetanse i sentrale stillinger, med store muligheter for å innvirke og påvirke på mitt forskningsspørsmål. Med informantens og egen erfaring fra feltet vurderer jeg det som gode indikatorer for å gi høy reliabilitet i forskningen.

Datainnsamlingen i oppgaven, empirien, kan ikke beskrives som virkeligheten, men representasjoner av den. Et ord som brukes for å beskrive dette er validitet. Det er et engelsk ord av begrepet validity, som igjen betyr gyldighet. Validitet representerer ikke en absolutt sannhet om det fenomenet en undersøker, men at de indikatorene en benytter kan en til en viss grad måle om de vil være funksjonelle eller ikke. Dersom de ikke kan måles må en rett og slett bruke sunn fornuft for å kunne vurdere om de indikatorene en har valgt vil gi god validitet til forskningen (Johannessen, Tufte, Christoffersen 2016).

I min forskning vil informantene være indikatorene, og da de alle har lang erfaring fra fagfeltet TSB vurderer jeg det som god validitet for å studere fenomenet samarbeid. I tillegg er valgt teori som bygger på andre forskers erfaringer med og styrker validiteten. Forskeren selv har lang erfaring fra fagfeltet, noe som indikerer at relevante forhold er spurt om, og egen erfaring vil også være et viktig bidrag i oppgaven.

3.5. Kritiske refleksjoner

Jeg kunne valgt å studere fenomenet i andre deler av landet for å kunne være helt uavhengig til informantene, men da ville ikke oppgaven vært like interessant. Da fagmiljøet innen TSB ikke er så stort i Helse Nord, er det mange på ledernivå som kjenner meg eller kjenner til meg i kraft av at jeg har jobbet lenge innenfor TSB. Kjennskap til meg som person vil her kunne sees på som både positiv og negativ.

Positivt fordi informantene har et forhold til meg eller min organisasjon, noen kjenner meg bedre enn andre. Det gjorde at de var trygge på meg som person. På den annen side så kan dette også være negativt i møte med informantene. De kan være engstelig for at jeg ikke skal klare å skille mellom mine roller som leder i organisasjonen og studentrollen. Noe som igjen kan ha hemmet deres besvarelse til meg under intervjuene.

Da jeg gjennomførte intervjuene opplevde jeg det som en styrke å kjenne godt til TSB, for så å kunne spørre mer utdypende ved behov. Jeg kunne ikke merke noe som skulle tilsi at informantene ikke turte å besvare spørsmålene slik de ønsket å gjøre, uavhengig av hvem jeg er. Likevel kan jeg ikke utelukke at de var påvirket av at de vet hvilken lederposisjon jeg har, og noen av dem ville nok også kjenne til hvilke holdninger jeg til en viss grad representerer. Jeg kan heller ikke utelukke at mine tolkninger er påvirket av egen kjennskap til informantene.

Dersom jeg hadde valgt å benytte en kvantitativ undersøkelse og gått bredt ut til flere helseforetak og flere ledere ville jeg fått et større materiale for å studere problematikken. Jeg ville fortsatt ikke kunne konkludert i forhold til problemstillingen, men jeg ville kanskje kunne oppnådd et bredere perspektiv på den.

Den semistrukturerte guiden jeg hadde utarbeidet fungerte bra, og gav meg mye materiale å jobbe med. Likevel ser jeg at det var noen spørsmål jeg kunne stilt annerledes, da særlig under temaet tillit. Guiden hadde ganske mange spørsmål, og jeg opplevde at noen av informantene ble litt opphengt i at vi skulle følge guiden og ville ikke at jeg skulle stille oppfølgingsspørsmål.

Jeg har valgt å benytte norsk litteratur for å forklare samstyring, fordi jeg vurderte det som viktig å ha en teoretisk ramme som er mest mulig lik de norske organisasjonsforholdene. Den norske litteraturen er i riktignok i vekst, men hadde jeg henvendt meg til amerikansk litteratur ville jeg fått en betydelig større teoretisk ramme å forholde meg til.

4.0. Empiri

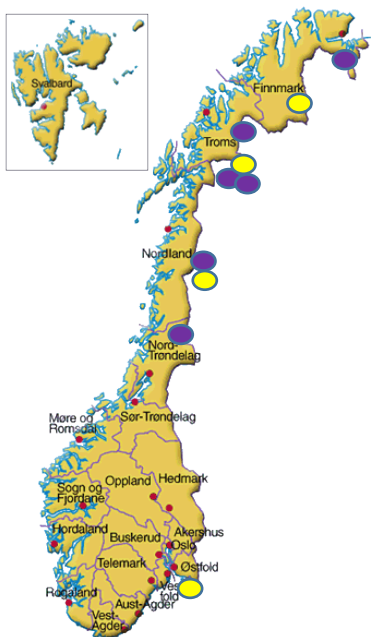
I dette kapitlet vil en kontekst bli presentert, og jeg vil redegjøre for de funnene som fremkom under intervjuene. De syv informantene vil bli titulert slik beskrevet i metoddelen. Spørsmålene ligger som vedlegg i oppgaven.

4.1. Kontekstbeskrivelse

Alle lederne jeg intervjuet jobber med døgn behandling til rusavhengige, de har ingen polikliniske tilbud. Behandlingslengden varierer mellom de ulike tilbudene. Det offentlige behandlingstilbudet har en liggetid på max 3 måneder, mens tilbudet til de private gir en liggetid på opptil 12 måneder, og noen ganger mer. Den ene lederen fra det private er ansvarlig for hele driften, og har jobbet der over mange år. Den andre lederen fra det private er sjefpsykolog og arbeidende styreleder, og har vært tilknyttet bedriften siden dens oppstart for mange år siden. Lederne fra det offentlige er ledere på laveste nivå i organisasjonen, og er relativt nye som ledere, med henholdsvis 1 og 2,5 års erfaring som ledere, men begge har jobbet flere år i enheten før de ble ledere.

Brukerrepresentantene har begge mange år bak seg som representanter, og kjenner relativt godt til de ulike behandlingstilbudene i regionen. De gav begge uttrykk for at det var behov for å kjenne de ulike tilbudene bedre, men ut i fra alle de jeg intervjuet ble det tydelig for meg at brukerrepresentantene var de som kjente best til de ulike stedene. De kunne referere til at på det behandlingsstedet jobber de slik, og på det andre jobber de på den måten.

Rådgiveren fra Helse Nord kommer fra en organisasjon som har ansvaret for all pasientbehandling i regionen, hvilket innebærer Nordland, Troms, Finnmark og Svalbard. Det være seg somatikk, psykisk helsevern, habilitering, rehabilitering og TSB. Hans arbeidsområde er knyttet til psykisk helsevern og TSB, og det har han jobbet med over flere år. Helse Nord har hatt avtale med de private som jeg snakket med, i mange år.



Kartet viser en oversikt over hvor de ulike døgninstitusjonene i Helse Nord er plassert. Gult er private og lilla er offentlige døgnplasser.

Jeg velger å vise kartet for at leser skal få en forståelse av spredningen på de ulike plassene rent geografisk, og at denne spredningen kan ha innvirkning på samarbeid. Det interessante er at få av informantene trakk frem geografi som en mulig utfordring for å få til samarbeid. De fleste var innstilt på å benytte seg av teknologi for å knytte kontakter og vedlikeholde samarbeidet.

4.2 Rammebetingelser for Samarbeid

Det er ulike rammebetingelser for de private og de offentlige. Jeg har tidligere nevnt at de private inngår egne avtaler med Helse Nord, disse har en varighet på 4 år, og siste inngåtte avtaler har en varighet fra mai 2017 til 2021. Flere av avtalepartene har over mange år forlenget sine avtaler med Helse Nord, slik at de i lang tid har vært en del av tilbudet til pasientgruppen.

4.2.1. De private aktørenes vilkår

Det er lagt inn i avtalene at de private i likhet med de offentlige skal jobbe aktivt for å unngå fristbrudd. Konsekvensen for de private er at merkostnader for Helse Nord som følge av et fristbrudd, vil bli belastet den avtalepart som har pasienten på sin venteliste. Det at fristbrudd får konsekvenser for de private er helt nytt, og er tatt inn som eget punkt på de siste avtalene. Før var det slik at det ikke hadde noen konsekvenser for de private dersom det ble et fristbrudd, det var de offentlige som måtte sikre at det ikke ble fristbrudd. Jeg tror det er positivt for samarbeidsklimaet mellom offentlige og private at fristbrudd konsekvenser er tatt inn i avtalene.

I avtalene er det spesifisert at de private skal samhandle med kommunen, og at det forventes at de skal ha minst to samarbeidsmøter med kommunen før avslutning av behandlingen. Det står lite nevnt i avtalene om samhandling med øvrig spesialisthelsetjeneste, utover at de må være tilknyttet Norsk Helsenet og kunne kommunisere elektronisk med helseforetak og andre aktører gjennom hele avtaleperioden. Det er ikke tydelig for meg ut i fra avtalen hva denne kommunikasjonen skal omhandle.

Det er også lagt inn i avtalene at dersom de ikke har et belegg på 95% til enhver tid, skal Helse Nord straks varsles og mulige konsekvenser kan være at utbetalingen avkortes eller at det blir lagt inn krav om tilbakebetaling. Deres økonomiske oppgjør er i henhold til 95% belegg pr år. De har også et rapporteringsansvar til Helse Nord, både på fast basis og dersom spesielle hendelser skulle oppstå. Det kan være tilsynssaker eller alvorlige avvik i pasientbehandlingen.

4.2.2 De offentlige aktørenes vilkår

De offentlige institusjonene mottar som nevnt i innledningen årlig oppdrag fra Helse Nord, oppdragsdokumentet, der er det spesifisert årets krav og forventninger til hele helsetjenesten i de ulike helseforetakene. I årets oppdragsdokument, under punktet for TSB står det ingenting nevnt om samarbeid med de private aktørene, slik det heller ikke har gjort de andre årene.

Det er utarbeidet flere digitale verktøy for rapportering av driften, og disse har Helse Nord tilgang til. Det offentlige har utformet seg et krav om 90% belegg. Helse Nord kjenner til kravet, og har ikke bedt det offentlige tilbudet om å øke det tilsvarende likt de private sitt beleggskrav.

Min forståelse av at det er ulike krav til beleggsprosent hos privat og offentlig er basert på at de offentlige har et opplæringsansvar for fremtidige nye fagfolk, plikt til å veilede samarbeidspartnere og de har ansvar for den akutte beredskapen. Myndighetene sammenligner pris pr døgn, og da er ofte døgnprisen hos de private lavere enn hos de offentlige, noe som blant annet kan knyttes til en høyere bemanningsfaktor i det offentlige for at de skal ha tilstrekkelige ressurser til oppgavene nevnt ovenfor.

4.3. Opplevelsen av samarbeid mellom offentlige og private tilbud

Vi vet nå at rammebetingelsene for samarbeid er til dels ulike, men også med noen likheter blant offentlig og private tilbydere.

4.3.1. Lite samarbeid pr i dag

Gjennom intervjuene kom det frem at det i liten grad eksisterer noen etablerte former for samarbeid.

«så har vi egentlig ikke noe fora der offentlig og privat møtes og snakker om felles utfordringer eller drøfter saker av felles interesse» (Offentlig leder 1)

Denne oppfatningen ble understøttet, samtidig som det kom frem at kontakten mellom de private var meget begrenset.

«Jeg har mer kontakt med de offentlige enn de private i nord, kan ikke huske når jeg var i kontakt med privat i nord.» (Privat leder 1)

De offentlige hadde i mye større grad kontakt med andre offentlige tilbud, mens kontakten med de private var omtrent fraværende.

«jeg har så vidt jeg vet aldri hatt et formelt møtepunkt med ansatte i det private TSB» (Offentlig leder 2)

Derimot var treffene mellom de offentlige betydelig mer ofte og på ulike nivå, men da innen samme helseforetak.

«Vi har jo kontakt siden vi har mange formelle møter innad i rusavdelinga der vi møter ledere fra andre seksjoner og enheter» (Offentlig leder 2)

I mitt forskningsarbeid kom det frem en ting som jeg ikke har kjent til, og det er at private i svært liten grad har kontakt med hverandre, og at de så på hverandre som konkurrenter.

«ja, det er jo slik at vi private er i anbud så vi er jo i konkurranse, og det i seg selv gjør at vi ikke snakker så mye sammen, og vi ser på hverandre som konkurrenter, og det er en utfordring.» (Privat leder 1)

De private oppgav at de hadde en viss grad av kontakt med de offentlige, da i forbindelse med pasientsaker. Selv om de så på hverandre som konkurrenter, var de åpne for at en også måtte tenke samhandling dem i mellom, ikke bare mellom privat og offentlig.

Der det til en viss grad er en form for samarbeid er i forbindelse med henvisningsflyten, men jeg oppfattet også at selv der kunne det være utfordrende å få til et godt samarbeid.

«jeg tror at det er en vei å gå for at det skal bli bedre samhandling, tror det er viktig at vi er nødt til å kjenne til hverandre skal vi få god pasientflyt.» (Privat leder 1)

Jeg fikk en tydelig opplevelse av at ved å sette temaet samarbeid private og offentlige på dagsorden førte det til refleksjoner hos de enkelte, noe blant annet den ene offentlige lederen bekreftet.

«det er ikke et tema som jeg har reflektert veldig mye over, men samtidig må jeg si at jeg tror at jeg vil gjøre det mere fremover» (Offentlig leder 1)

Samtidig kom det frem et ønske fra de private om at det ikke skal være forskjell på offentlig og privat i spesialisthelsetjenesten.

«Kanskje at man skal være forsiktige med å skille at de private er sånn og de offentlige sånn. Når du først er blitt en del av Helse Nord sin portefølje innenfor TSB, så synes jeg at man skal viske ut skillet mellom privat og offentlig. Vi har akkurat samme oppdraget.» (Privat leder 2)

Min tolkning av dette utsagnet er at det oppleves noen forskjeller mellom privat og offentlig, som ikke er positive, og som således også påvirker samarbeidet.

4.3.2. Mulig utfordringer i samarbeidet

De private tilbudene ønsket å bli sett på som likeverdige med de tilbudene som de offentlige har. Under min forskning ble det avdekket at det fortsatt er en holdning blant de offentlige som tilsier at de anser deres tilbud som kvalitativt bedre enn de private.

«at det offentlige kanskje sliter litt med å ha tillitt til at det private har tilbud som er faglig god nok, tvil om at det private er i stand til å gi tjenester på samme nivå som det offentlige» (Offentlige leder 1)

En slik holdning er motstridende i forhold til hva representanten fra Helse Nord uttalte.

«Forventninger at når vi omtaler TSB så omtaler vi tilbudet i det offentlige og det private som en integrert tjeneste der begge aktørene gir utredning og behandling på spesialisthelsetjenestenivå og at vi omtaler hverandre som et lag.» (Representant Helse Nord)

Brukerorganisasjonen påpekte også at holdninger til hverandre kunne vanskeliggjøre et samarbeid.

«Hvis man ikke har respekt for hverandres kompetanse og hva den andre står for, altså holdninger» (Brukerorg. 1).

Gjennom teori og erfaring vet jeg at det å etablere tillit er svært viktig for kommunikasjon og samarbeid. Her er det fremkommet utsagn som tilsier at det kan bli utfordrende å få det til.

Privat leder 2 var tydelig på at en ulikhet som kunne slå negativt ut er at de må levere anbud for å få forlenget sine avtaler med et regionalt helseforetak, og de må da dokumentere og bekrefte sitt tilbud til det regionale helseforetaket.

«de offentlige lettere kan sovne i sokkene, enn de private, som er nødt til å skjerpe seg. Du kan ikke bare pynte brura til et anbud, det må jo være hold i det». (Privat leder 2)

De offentlige har ikke noen plikt på å rapportere til det regionale helseforetaket i det formatet som jeg forstod at de private må gjøre for å berettige sin eksistens. De etablerte digitale verktøyene i helseforetakene sikrer at Helse Nord får tilgang til ulike rapporteringene fra hvert enkelt helseforetak.

Representanten fra Helse Nord påpekte at det er viktig at de ulike aktørene kjenner til og forstår hverandres styringsbetingelser.

«Ulike styringsmekanismer gjør en forskjell og ulike eksistensbetingelser. Har man ikke tilstrekkelig forståelse for hverandres vilkår er det en trussel og risiko for godt samarbeid» (Representant fra Helse Nord)

Sitatet beskriver det som også samstyring fokuserer på, nemlig det å bringe inn de ulike ressursene til samarbeidspartene for så å løfte i fellesskap. Det vil kreve at de ulike partene har gjensidig respekt og forståelse for hverandre.

Informantene uttalte at de har ingen arenaer hvor utvikling av samarbeid og drøfting av felles utfordringer er i fokus, men de var positiv til å få slike etablert. Flere av informantene løftet frem at det var det offentlige sitt ansvar å iverksette en type arena for samarbeid.

«men slik det har vært tidligere følte jeg at de private har fått en kald skulder fra det offentlige, og at de offentlige kan ta det første steget» (Brukerorg. 1)

En av informantene gav uttrykk for at det er ingen av institusjonene som har ansvar for å etablere samarbeid, og sa;

«jeg ser nok at det kanskje er Helse Nord som best kan få det i gang» (Privat leder 2)

Min forståelse ble at de fleste av informantene anså at å lage rammer for samarbeid var Helse Nord sitt ansvar, samtidig som de var tydelig på at de ville bidra til at det skulle bli et godt samarbeid. Pasientforløp ble løftet frem som viktig å samarbeide om.

4.3.3. Pasientforløp

Når en pasient ikke helt passer inn i et tilbud eller at en ikke opplever at tilbudet hjelper pasienten, da burde den overføres til et annet behandlingstilbud.

«en av de tingene jeg synes er veldig merkelig er at det er så vanskelig å få byttet behandlingssted» (Brukerorg. 2)

Under intervjuene fremkom det at flere av informantene til en viss grad opplevde at pasientene bytter behandlingssted, men flere gav uttrykk for at her må det være mer å hente for å bedre tilbudet til pasientene.

«Tror at pasienter som kommer fra andre steder, og som har en dårlig opplevelse, så er det demmes opplevelse, og at man kan henge seg litt på det, og det trenger en jo ikke. Hadde man hatt godt samarbeid kunne en hatt samarbeidsmøte med den institusjonen pasienten kommer fra, og da kunne man avklart mange ting» (Privat leder 1)

«samarbeid som gjorde det mulig å få til gode overganger hvis det var behov for å bytte institusjon»(Offentlig leder 2)

For at en skal få dette til vil det kreve at en både har kjennskap til hverandres tilbud, har tillit til de ulike tilbudene og at det etableres et samarbeid som gjør det enkelt å ta kontakt med hverandre.

4.3.4. Foreslåtte tiltak fra informantene for å øke samarbeid

Informantene ble spurt om hvilke arena som ville være egnet for å etablere en relasjon mellom partene. Det fremkom litt ulike tilbakemeldinger, men alle ønsket å få til noe mer enn det som er pr i dag.

«Felles fagdager ville vært et slikt, og som man delvis kunne benyttet til å gi de andre innsikt i de enkelte behandlingstilbudene»(Brukerorg. 2)

«tenker på regionalt nivå, samhandlingsmøter i utgangspunktet og tettere samhandling mellom institusjonene» (Brukerorg. 1)

Lederne hadde omtrent tilsvarende forslag, men var også opptatt av at det kunne være både formelt og uformelt.

«type samarbeidsforum, type nettverksgrupper» (Offentlig leder 1)

«Kanskje bare ta seg en lunsj en gang i blant og prate om forskjellige problemstillinger» (Privat leder 2)

Informantene var i stor grad enige om at dersom regionalt helseforetak løfter frem betydningen av samarbeid mellom offentlige og private tilbud, vil det være enklere å få det til å fungere.

«samarbeidet er i forbedring, og jeg opplever at alle aktørene vil ha mer samarbeid, dette er positivt.» (representant Helse Nord)

Utsagnet viser slik jeg tolker det, at Helse Nord er oppmerksom på at samarbeidet har et utviklingspotensial, men hvorvidt de har forstått at det er mange forventninger til dem i så henseende, er jeg usikker på.

«UNN planlegger en TSB konferanse i Helse Nord, kan være en start på om ikke årlig, men at man kan ha en konferanse i regionen annethvert år.» (Representant fra Helse Nord)

En slik konferanse vil kunne bidra til en arena for felles kompetanseheving og utveksling av kunnskap og erfaring.

4.4. Faktorer som ifølge teori påvirker samarbeid

Ledere er sentrale for å kunne lykkes med samstyring, og jeg har tidligere nevnt at det er ulike momenter som må være på plass for å sikre denne form for styring. Samarbeid er vesentlig for samstyring, og i tillegg er disse faktorene grunnleggende for å lykkes med samstyring; felles mål, kommunikasjon og tillit.

4.4.1. Felles mål

Representanten fra Helse Nord var tydelig på at målene i offentlige og private tilbud var helt like;

«å gi god pasientbehandling, gjør de ikke det blir deres eksistens truet, så enkelt er det.» (representant Helse Nord)

Jeg fikk en oppfatning av at de øvrige informantene langt på vei delte denne forståelsen, samtidig som det kom opp litt andre tanker i forhold til målsetting.

«helt sikker på at vi kan klare å isolere noen felles mål, selv om de private har et sterkere økonomisk fokus enn det offentlige, vil jeg tro, uten at man skal dra det ned til å kalle det profitt» (Offentlig leder 1)

«Det er pasienten i sentrum, og det samme målet har de private, men samtidig er de litt mer sånn at de skal drive butikk, og sånn er det blitt i det offentlige også, men kanskje det er enda mer tydelig i det private, men det er bare en hypotese» (Offentlig leder 2)

De offentlige antydte en holdning om at de private er opptatt av å tjene penger, og til en viss grad delte den ene brukerrepresentanten denne holdningen.

«I utgangspunktet startet de private med et ønske om å hjelpe folk. Etter rusreformen i 2004 så er det blitt veldig mye spørsmål om penger og om å opprettholde eget sted» (Brukerorg. 2)

Under intervjuene kom det også frem at de fleste av informantene innså at økonomi hadde en vesentlig betydning enten en driftet offentlig eller privat institusjon. Den andre brukerrepresentanten mente at målet er nokså likt for offentlig og privat, men trakk frem faglig ulikhet mellom privat og offentlige mål.

«Ja, de har nesten samme mål, det private har mer fokus på rusfrihet» (Brukerorg. 1)

Privat leder 1 knyttet mål til antall liggedøgn/beleggsprosent, og han mente at det er stort press særlig i det private på å holde oppe beleggsprosenten. Vedkommende sa også at konsekvensene er større for de private dersom de ikke klarer å opprettholde beleggsprosenten enn den vil være i det offentlige.

«konsekvensen for en privat er at man blir lagt ned, konsekvensen for en offentlig er at dere kan bli fratatt plasser» (Privat leder 1)

Privat leder 2 var tydelig på at økonomi er viktig for å kunne drifte, men sa også at;

«Det betyr jo ikke at vi ikke setter det faglige først, det blir jo slik at skal bakeren tjene penger, må han bake gode brød.» (Privat leder 2)

Jeg tolker dette dithen at dersom ikke tilbudet som denne private lederen drifter er et godt faglig tilbud, vil de heller ikke få pasienter.

Det var en unison enighet om at det aldri har vært diskutert hva som skal være felles mål for rusbehandlingen i private og offentlige tilbud, men at det burde vært drøftet i de riktige foraene, noe jeg oppfattet betydde høyt nivå i organisasjonen.

Privat leder 1 pekte på oppdragsdokumentet som det offentlige får, og undret seg over at det ikke er et oppdrag som blir gitt til offentlige og private på lik linje.

«Likheten mellom de offentlige og private er større sørpå enn her. Helse Sørøst jobber med at det ikke skal være så store skiller, alle skal jobbe sammen mot et felles mål.»(Privat leder 1)

Denne uttalelsen er den private lederen sin oppfatning, hvorvidt det faktisk er slik som han beskriver vil en kunne belyse ved videre forskning.

Alle informantene var i stor grad enige om at pasienten ikke bryr seg mye om hvorvidt privat og offentlig har felles mål eller ikke, men påpekte at dersom en mangel på felles mål gir konsekvenser for behandlingen så vil det være negativt for pasientene.

«hvis jeg var pasient ville jeg ha satt pris på at det offentlige og det private hadde en målsetting om å få til glidende overganger dersom behov for å bytte institusjon».
(offentlig leder 2)

Det var tydelig at flere så på felles målsetting som positivt for pasientene. Det var også en oppfatning om at pasientene ville oppleve det som trygt å vite at private og offentlige tilbud ikke motarbeider hverandre, men samarbeider.

«Tror at det ville vært mye bedre, tror vi ville forhindre noe av dropouten, hvis en ser helhetlig på både offentlige, private og kommunale tilbud. Den helhetlige behandlingen, alt hadde hengt sammen».(privat leder 1)

Dropout betyr at en gir opp noe før det er ferdig. Det er et faktum at innen TSB er dropout av pasienter som er under behandling høy. Internasjonal forskning viser at ca 50% av de som starter opp med rusbehandling avslutter behandlingen før den planlagte avslutningsdatoen. En har over tid fokusert på at årsaken til dropout ligger hos pasienten, men en har nå også begynt å se at årsakene kan ligge hos terapeuten og/eller behandlingsstedet (Kvaal, Øyern, Harwiss 2016) Ved å unngå dropout vil det være bedre behandling for pasientene.

4.4.2. Kommunikasjon

Kommunikasjon er som tidligere nevnt grunnlaget for samarbeid, og jeg var spent på hvordan de ulike informantene opplevde kommunikasjonen. Representanten fra Helse Nord var mest positiv og beskrev at den er i utvikling. Brukerorganisasjon 2 sa mer eller mindre rett ut at han synes den er dårlig.

«Jeg synes den er dårlig, dårlig internt også, mellom helseforetakenes sine egne behandlingssteder, de offentlige, men også i forhold til de private» »(Brukerorg. 2)

Brukerorganisasjon 1 mente at det er et stort forbedringspotensial, og at presset på beleggprosenten er med på å ødelegge for kontakt mellom offentlig og privat.

«opplever at kravet er så høyt at private behandlere kanskje holder på pasientene lengre enn de skal, kanskje ikke søker de overflyttet til offentlig eller annet type behandlingssted selv om det hadde vært det beste for pasienten» (Brukerorg. 1)

Min oppfatning er at siden de private er i konkurranse med hverandre, blir kommunikasjonen dem i mellom dårlig. De beskriver at de har litt kontakt med de offentlige tilbudene, men at det varierer hvor mye. De to offentlige lederne opplever at det er lite kommunikasjon med de private, og oppgir en forklaring til hvorfor det kan være slik;

«En utfordring jeg som leder ser er at jeg må kjempe hardere om fagressursene, om fagkompetanse, å få tak i de rette folkene til de rette funksjonene her inne, fordi vi står i en stadig sterkere konkurranse med de private om relativt få fagutdannende.»

(offentlig leder 1)

Det var ingen av de andre informantene som trakk frem at konkurranse om ressurser kan gjøre kommunikasjonen vanskelig, likevel kan en ikke utelukke at det faktisk kan ha en betydning. Enten det er bygd eller by kan det være en utfordring å rekruttere fagfolk.

En annen årsaksforklaring som ble trukket frem i forhold til liten kontakt mellom offentlige og private er kultur.

«Hvis man hadde greid å skape en kultur der det var litt høyt under taket, der man hadde møttes og forstått hva man holdt på med, så tror jeg at kommunikasjon og samhandlingen ville vært mye bedre.» (privat leder 1)

Pr i dag eksisterer det ingen felles kultur hverken for kommunikasjon eller samhandling mellom private og offentlige aktører, og viktigheten for begge aktører å kjenne til de ulike tilbudene oppleves ikke vektlagt.

Noe annet som jeg ble litt overrasket over var å oppdage at ledere i det offentlige ikke kjenner til hvilke private avtaleparter som er i Helse Nord.

«jeg har ikke tydelig nok for meg hvem er det og hva de står for» (Offentlig leder 2)

Det at lederen ikke kjenner til hvilke private som Helse Nord har avtale med, kan bety at vedkommende heller ikke ser behov for kontakt med dem.

Selve kommunikasjonen foregikk på ulike måter, fra bruk av telefon, mail og skype til personlige møter. Informantene fra brukerorganisasjonene var de som hyppigst var på møter hos de ulike behandlingstilbudene.

«I 2004 var jeg på et møte og da var det sagt at alle som jobber med rusbehandling skal ha DIPS som er felles journalsystem, men i dag i 2018 sitter vi med Rusdata som journalsystem, og bare det gjør jo at samhandling og kommunikasjon mellom de ulike systemene i privat og offentlig blir vanskelig.»(privat leder 1)

Utsagnet viser at det også er tekniske utfordringer i kommunikasjonen, selv om viljen er tilstede fra offentlige myndigheter, men det å sette de gode intensjonene i verk rent praktisk, tar ofte lang tid. Det er helt klart at vi ville hatt en genuin måte å kunne samhandle om pasientene dersom vi hadde samme journalsystem.

Brukerorganisasjonene løftet frem at en bedre kommunikasjon mellom de ulike behandlingstilbudene ville gitt et bedre og mer korrekt behandlingstilbud til pasientene, og de påpekte at overføring av pasienter mellom tilbudene skjer i altfor liten grad. Min erfaring er at brukerrepresentantens opplevelse langt på vei medfører riktighet, selv om det skjer overføring av pasientene, både mellom de offentlige tilbudene og mellom offentlig og privat.

Alle informantene var i stor grad enige om at pasientene ikke er opptatt av om de er innlagt til behandling hos offentlig eller privat behandlingstilbud.

«Og for pasientene er det bare en hel masse ulike klinikker og behandlingsplasser, så uansett hvem vi har avtale med eller ikke er det viktig å vite hva som finnes der ute for å kunne råde pasienten til hva som er rett vei» (Offentlig leder 2)

Brukerorganisasjon 2 sa at han tenkte at det var irrelevant for pasientene hvem som drifter en behandlingsinstitusjon, pasienten er opptatt av at de får den hjelpen de ønsker.

Brukerorganisasjon 1 nyansert det litt, og sa at de fleste ikke bryr seg, noe som kan skyldes at pasientgruppen ikke er vant til å tenke at de skal bry seg og/eller at deres stemme skal ha en betydning. Privat leder 1 pekte på at pasientene var opptatt av hvordan de ble møtt ved institusjonen og innholdet i tilbudet, ikke hvorvidt det var offentlig eller privat.

4.4.3. Tillit

Jeg har trukket frem i teorien delen at tillit er viktig for å lykkes å etablere samarbeid.

Dersom ikke de ulike partene har en tillit til hverandre vil det bli svært vanskelig å skulle etablere samarbeid.

«vi har en ide om at vi på en måte er mer seriøse enn de private, og jeg tror ikke det er sant, men jeg bare merker at det er en holdning.» (offentlig leder 1)

En slik holdning vil gi utfordringer i kommunikasjon og samhandling, og slik som jeg kjenner de offentlige aktørene er det en holdning jeg kan kjenne igjen.

Informantene ble bedt om å si noe om hva de mener om behandlingstilbudet innen offentlig og privat, og da ble det litt vanskelig å være konkret slik jeg oppfattet det.

«det er både gode og dårlige innenfor begge kategorier». (privat leder 2)

Lederen her mener slik jeg forstår det at en finner gode og dårlige tilbud både i det private og det offentlige. Representanten fra Helse Nord mente at det er for utydelig hvilke tilbud de ulike aktørene representerer, og at de ulike tilbudene burde spesialiseres i større grad enn det gjøres pr i dag. Mens privat leder 1 på sin side mente at tilbudet er veldig bra, og at det skyldes det mangfoldet som vi har i tilbudet.

«jeg tenker at de burde hjelpe folk til å finne en annen behandlingsplass» (Brukerorg. 2)

Brukerorganisasjonene var de som fremhevet viktigheten av at pasientene burde kunne overføres mellom de like tilbudene dersom behandlingen ikke var virksom, og ikke avslutte den. Brukerorganisasjon 1 nevnte at samarbeidet med kommunene også er viktig for behandlingstilbudene, at både offentlig og privat må samarbeide mer med kommunene.

«det jeg brenner aller mest for er det her uansett offentlig eller privat skal pasienten få gå fritt i mellom hele veien og at man skal bli flinkere til å jobbe ut mot kommunene»

(Brukerorg.1)

Jeg tolker dette dithen at brukerorganisasjonene har en oppfatning av at pasienter til tider er på feil behandlingssted. Dersom det var en gjensidig tillit mellom de ulike aktørene ville en i større grad fokusert på at pasientene kunne bytte behandlingssted.

Informantene ble spurt om hvor de ville fått henvist et nært familiemedlem som fikk rusproblemer. De fleste sa at det ville være det samme om det var innen offentlig eller privat rusbehandling, men kravet var at de måtte kjenne til institusjonen. Brukerorganisasjonene sa begge med en gang at de ville lagt sine inn hos en privat institusjon, dette primært på grunn av behandlingsslengde. Representanten fra Helse Nord sa at det ville ikke ha noen betydning om det var privat eller offentlig, fokuset ville være om tilbudet matchet behovet.

«.. når vi omtaler TSB så omtaler vi tilbudet i det offentlige og private som en integrert tjeneste der begge aktører gir utredning og behandling på spesialisthelsetjenestenivå, og at vi omtaler hverandre som et lag. Temaet offentlig/privat handler om å få enda mer forståelse for hverandre» (representant Helse Nord)

Det er fine, viktige ord, men med det som har fremkommet i empirien er det ikke alle som deler representanten fra Helse Nord sin mening. For at de private og offentlige skal kunne dele denne beskrivelsen må de lykkes med å opprette en gjensidig forståelse for hverandre.

4.5. Oppsummering av funn i empirien

Etter å ha studert og tolket empirien har jeg gjort flere funn om hvordan samarbeidet mellom offentlige og private organisasjoner innen TSB oppleves av lederne, og jeg har også sett hvilke faktorer som hemmer eller fremmer samarbeid. Jeg har plukket ut tre hovedfunn som jeg vil drøfte i analysedelen for å kunne svare på problemstillingen. Kort skissert er disse;

1. Opplevelse av at det er lite samarbeid, både formelt og uformelt, men et bredt ønske om å etablere det.
2. Manglende kommunikasjon og relasjon mellom ledere ved private og offentlige behandlingstinstitusjoner hindrer samarbeid.
3. Det fremkom et felles ønske om å ha tillit til hverandre, men lav grad av tillit mellom partene hemmer samarbeid.

5.0. Analyse

Utgangspunktet for min analyse er de tre hovedfunnene som jeg oppsummerte empirien med. Resultatene av disse vil sees i sammenheng med valgte problemstilling, teori, empiri og egen erfaring og kunnskap.

5.1. Opplevelse av at det er lite samarbeid, både formelt og uformelt, men et bredt ønske om å etablere mer.

Det fremkom tydelig at det omtrent ikke eksisterer noen form for samarbeid mellom de ulike aktørene. Det var litt samarbeid mellom offentlig og offentlig og til en viss grad mellom privat og offentlige. Mellom de private var det ingen form for samarbeid. Det som var av samarbeidet mellom de ulike handlet om pasient forløpene. Lederne hadde ingen etablerte fora for samarbeid, men alle gav uttrykk for at de ønsket det. Brukerorganisasjonene var tydelig på at de også opplever at det er lite samarbeid, og at det er ønskelig at det etableres samarbeid for å sikre best mulige tilbud til pasientene.

Under intervjuene ble det uttalt at det var ønskelig med samarbeid på arenaer hvor de ulike lederne kunne bygge tillit og relasjoner. Viktigheten av å bli kjent med hverandres tilbud for å sikre riktig pasientbehandling ble også trukket frem som sentralt for bedre samarbeid. I den anledning ble det også påpekt at det ville vært hensiktsmessig med samarbeidsmøter dersom en pasient skulle overføres mellom behandlingstilbudene, noe som ikke skjer grunnet manglende samarbeid. Samarbeidsmøtene ville bidra til å avklare pasientens situasjon og videre behandlingsbehov. I tillegg var det ønskelig med felles fagdager, noe jeg forstår som at det er behov for felles kunnskapsdeling.

Det er et paradoks at TSB som handler om tverrfaglig samarbeid, bare til en viss grad lykkes å få dette til mellom private og offentlige aktører i Helse Nord, slik min empiri viser. Nå skal en være bevisst at det kun er et utvalg informanter som har uttalt seg, men likevel opplever jeg at funnene er relevante. Jeg kan kjenne funnene igjen i egen organisasjon. Representanten fra Helse Nord som kjenner til TSB ved alle foretakene i Helse Nord, gir uttrykk for at samarbeid har et forbedringspotensial.

James D. Thompson (Jacobsen&Thorsvik 2013) har anbefalt at arbeidsoppgaver som krever tett samarbeid bør samles i formelle enheter. Hvis en følger hans tanke videre, vil en kunne si at private og offentlige som jobber med TSB har en felles oppgave, nemlig det å behandle pasientene slik at de kan få en bedre hverdag. For at vi skal få det til på en best mulig måte bør det være god kommunikasjon, koordinering og samhandling mellom de ulike enhetene. Min forskning viser at slik er det i liten grad pr i dag. De ulike partene har en viktig oppgave i

å gjøre seg kjent med de ulike tilbudene slik at vi kan sikre at pasienten får det riktige tilbudet.

Organisasjonsteori viser til at organisasjoner er et sosial system, og at dette systemet er avhengig av å kunne produsere en vare eller en tjeneste som et marked etterspør (Jacobsen&Thorsvik 2013). Behandling av pasienter med ulike rus avhengigheter er et eksempel på et slikt marked. På dette markedet er det både private og offentlige aktører. Min oppfatning etter å ha gjennomført intervjuene er at organisasjonsstrukturen ikke er et hinder for å få til et bedre samarbeid. Det som derimot er viktig for samarbeid er å etablere arenaer på tvers av organisasjoner for å skape mulighet for vekst og utvikling for TSB som et felles fagfelt i nord. Her har Helse Nord en sentral rolle for å legge til rette for at vi skal få det til slik jeg vurderer det, og lederne må være aktive og positive til samarbeid.

Spurkeland (1998) viste til at ledere må være bevisste sitt ansvar med hensyn til å skulle skape muligheter for å etablere relasjoner og samspill. Jeg vil mene at dette er et ansvar uansett på hvilket ledernivå en befinner seg i en organisasjon. En leder må være bevisst på og løfte blikket ut fra egen hverdag og drift, samtidig som en også skal jobbe for at gode relasjoner og samspill er på plass i egen enhet. Ved å fokusere på samarbeid med andre enheter både innen offentlig og privat tilbud, og samarbeide med brukerorganisasjoner vil en kunne sikre at behandlingstilbudet er bærekraftig, viktig og riktig for pasientgruppen.

Noe av det som vil være med på å sikre et riktig tilbud er mål for behandlingen. I min forskning har jeg vært opptatt av å se på hvilke faktorer som kan fremme eller hemme samarbeid. En faktor som kan fremme samarbeid i følge Røisland&Vabo (2016) er felles målsetning. Jeg fikk en oppfattelse av at de ulike partene var enige om at de hadde felles mål selv om det ikke hadde vært drøftet i noen fora, nemlig det å gi god pasientbehandling. En slik felles målsetning vil helt klart være med på å fremme samarbeid.

Jeg har tidligere nevnt at det ikke er utarbeidet noen avtaler mellom offentlig og private aktører for å sikre pasientflyt og behandling. Ved å utarbeide tillitsskapende samarbeidsavtaler mellom private og offentlige aktører innen TSB, som ivaretok målsetting for behandlingen og kommunikasjon mellom de ulike aktørene, ville det kunne ført til et bedre utgangspunkt for samarbeid.

5.2. Manglende kommunikasjon og relasjon mellom ledere ved private og offentlige behandlingsinstitusjoner hindrer samarbeid.

Jacobsen&Thorsvik (2013) sier i sin bok at uten kommunikasjon er det vanskelig å skulle klare å skape noe sammen. At ledere erfarer at det er liten kommunikasjon er et dårlig utgangspunkt for samarbeid. Brukerorganisasjonene var de som var tydelig på hvordan de opplever at kommunikasjonen er mellom privat og offentlig, de sa rett ut at den er for dårlig. De er nok også i en posisjon til å kunne si det. De har en uavhengig rolle til de ulike organisasjonene, og står derfor mer fritt til å si det de mener i klartekst.

Min og flere av informantens opplevelse av kommunikasjonen mellom de private og offentlige er at den er beskjeden, mens representanten fra Helse Nord mente at den ikke var så aller verst, og i bedring. Beskjeden her betyr at det er lite kommunikasjon. Jeg fikk ingen opplevelse av at kvaliteten på kontakten var dårlig, det var bare lite av den. Helse Nord har kontakt med både private og offentlige institusjoner, og har sånn sett et godt innblikk i hvordan kommunikasjonsbilde ser ut.

Strand (2007) sier at ledere har et stort ansvar for å bidra til kommunikasjon og relasjon. For å klare å bygge relasjoner må ledere være villige til å dele av seg selv for å skape god samarbeidsvilje. Vi vet at kommunikasjon på tvers av enheter er utfordrende innen egen organisasjon, desto mer utfordrende når det også skal skje med sidestilte organisasjoner (Jacobsen&Thorsvik 2013), slik som private og offentlige behandlingstilbud innen TSB er organisert. Både lederne og brukerorganisasjonene gav uttrykk for stor vilje til å bidra for å øke samarbeid, kommunikasjon og relasjon.

Selv om studier har vist at det er bedre kommunikasjon horisontalt mellom enheter i samme organisasjon enn det er horisontalt mellom enheter på tvers av organisasjonsenheter, så tenker jeg at det er viktig å fokusere på muligheten for å endre på et tradisjonelt mønster. Dersom en våger å endre på teoretisk retning internt i organisasjonene, og ta i bruk samstyring vil det kunne bidra til å endre tankemønstre og handlingsmåter som pr i dag er etablerte. I tillegg vil det å sette kommunikasjon på dagsorden tvinge frem en bedring i forhold til dagens kontaktpunkter.

For å få til en samstyring er det som tidligere nevnt tre aspekter som er viktige. Et av de er gjensidig avhengighet (Røisland&Vabo 2016). Hvilket innebærer at det en ønsker å få til kan en bare få til i et fellesskap. For at en skal lykkes å få til noe i fellesskap må en starte med å kommunisere med hverandre, og kommunikasjonen må bære preg av gjensidig tillit og respekt. Her kan dette bety for eksempel det å få til en bedre pasientflyt mellom de ulike

tilbudene. Alle parter må ha et ønske om å få det til, hvis ikke vil det vanskelig la seg gjennomføre.

Det var en bred enighet blant informantene om at det av hensyn til pasient tilbudet er viktig å ha samarbeid mellom private og offentlige behandlingstilbud, og at godt samarbeid også fordrer god kommunikasjon, respekt, kjennskap til og forståelse for hverandre. På den annen side var det ikke fullt så betryggende å oppdage at det var mangelfull tillit, noe som vil vanskeliggjøre samarbeid.

5.3. Det fremkom et felles ønske om å ha tillit til hverandre, men lav grad av tillit mellom partene hemmer samarbeid.

I teoridelen har vi sett at tillit er sett på som en grunnleggende forutsetning for lederskap, da mellom ledere og medarbeidere (Fische 1998). Det er også fundamentalt viktig å etablere mellom ledere og ledere, fra en organisasjon til en annen, fra kommune til spesialisthelsetjeneste. Ved samstyring må en lykkes i å etablere en personlig tillit mellom de ulike aktørene, noe som vil være utfordrende å få til siden de ulike aktørene ikke har kjennskap til hverandres tilbud.

Troverdighet er viktig i møte med den annen part, og det vil kreve både innsikt og forståelse for den andres tilbud. Når det fremkommer at det offentlige er usikker på fagligheten og seriøsiteten til de private, da er det vanskelig å opptre troverdig i møte med de andre aktørene. Skal vi lykkes å få til et samarbeid må det jobbes med å bygge opp en tro på at de tilbudene som eksisterer i Helse Nord er faglig likeverdige enten de er fra en privat eller en offentlig aktør. Jeg mener at vi må endre tankemåte om vårt forhold til de private avtaleleverandørene i Helse Nord. Ved å gjøre det vil en skape en bedre forutsetning for kommunikasjon.

En klar indikasjon på utrygghet og manglende tillit slik jeg ser det, er at de fleste av informantene ville ikke legge inn en nær slektning til behandling i offentlig tilbud dersom de jobbet i det private, og vise versa. Dette fordi de private ikke var helt sikker på hva de offentlige representerte og vise versa. Dersom de kjente til de ulike tilbudene, ville de kunne vurdert behovet til slektningen opp mot tilbudene. Slik også representanten fra Helse Nord ville gjort det dersom hans slektning trengte behandling.

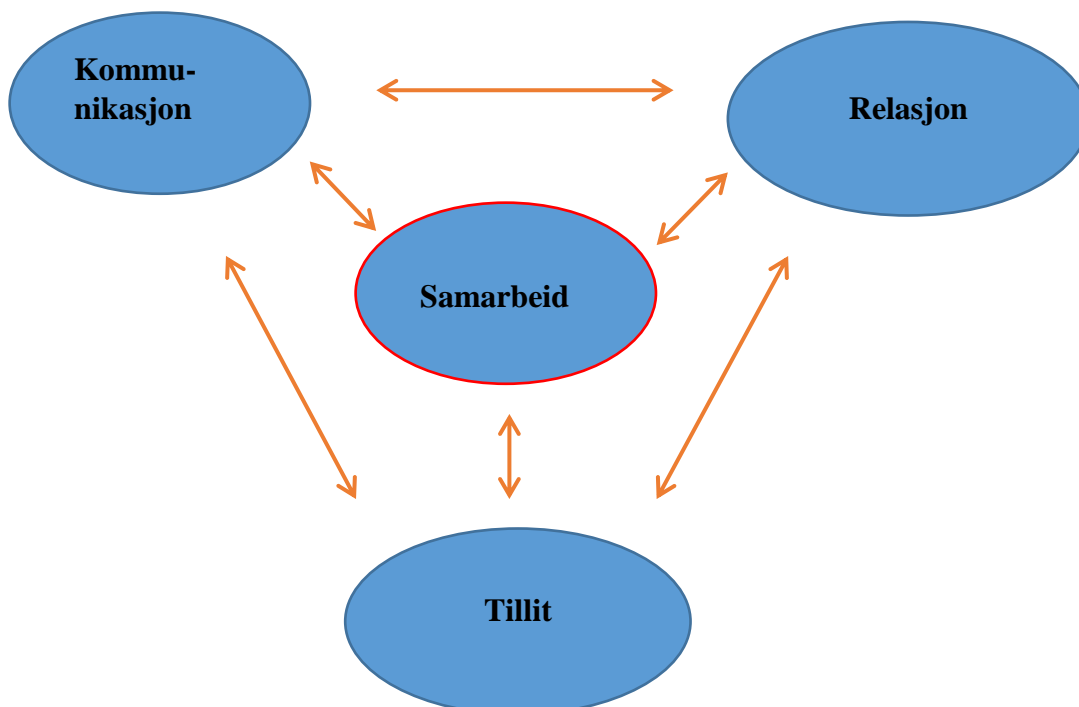
Brukerorganisasjonene var nokså enige om at de ville foretrekke at deres slektning ble lagt inn i det private, og det med begrunnelse i behandlingens lengde. Det synes jeg er synd, da jeg mener det er viktig for alle parter å vurdere innleggelse ut i fra behov, og alle pasienter

trenger ikke ett års innleggelse for å bli godt habilitert eller rehabilitert. Det blir for ensidig å kun ha behandlingstid som kvalitets indikator for om et tilbud gir god behandling, slik jeg vurderer det.

Mintzberg viser til i sin organisasjonsmodell at det er flere ulike mekanismer som må koordineres i en organisasjon (Pettersen 26.10.2016) . Jeg opplever at i en stor sykehusorganisasjon har vi en stor støttestruktur, noe jeg ikke oppfattet at de private har i like stort omfang, men her også sett i forhold til størrelsen på organisasjonen. Samstyring viser til at slik koordinering også må skje på tvers av organisasjonene. Dersom private og offentlige kunne standardisere arbeidsprosesser og kjenne til de ulike arbeidernes kompetanse og kunnskap, ville det være med på å bygge tillit mellom organisasjonene.

5.4. Illustrasjon av funnene

Samarbeid handler altså om at det må foreligge kommunikasjon, tillit og relasjon mellom partene. Vedlagte figur illustrerer dette.



Figur 3. Samarbeid

6.0. Konklusjon

Gjennom min forskning har jeg undersøkt hvordan ledere innen TSB opplever samarbeidet mellom private og offentlige tilbud. Jeg hadde også et forskningsspørsmål om hvilke faktorer som vil fremme eller hemme samarbeid.

Overskriften på oppgaven er «Samarbeid – til glede og/eller besvær? Opplevelsen som de ulike informantene deler er at selv om det ikke er så mye av samarbeid, er det positivt det som er. Ingen av informantene sa at de anså behovet for samarbeid som ikke eksisterende, men at de tvert imot ønsket mer av det, men det kan vise seg litt besværlig å få til.

I følge Røisland&Vabo (2016) er ikke de grunnleggende forutsetningene på plass i de organisasjonene jeg har undersøkt for å få til samarbeid. Partene har ikke en relasjon til hverandre, de har lite og til dels dårlig kommunikasjon og de har manglende tillitt til hverandre. Dette er faktorer som vil bidra til å hemme samarbeid. Det betyr likevel ikke at det er umulig å få det til, men det vil kreve innsatsvilje fra alle parter.

Det at partene hadde samme mål om god pasientbehandling, er derimot en faktor som vil være med til å fremme samarbeidet. I Helse Nord er det nesten like mange private døgnplasser, som det er offentlige døgnplasser. Det betyr at de private er en betydelig aktør innen rusbehandling i Helse Nord. En skulle da anta at fokuset på samarbeid og samhandling burde settes på dagsorden, og at Helse Nord aktivt tar inn formelle krav om samarbeid mellom private og offentlige, både i avtalene med de private og i oppdragsdokumentet til de offentlige.

Brukerorganisasjonene er sentrale aktører for alle oss som arbeider innenfor TSB, for meg ble det derfor viktig og riktig at deres stemme også skulle være en del av min forskning. Jeg ble litt overrasket over at også de hadde merket at det er noe med holdningene mellom de ulike partene som kan gi utfordringer i et samarbeid. Samtidig som de selv er en bærer av sine holdninger til private versus offentlige.

De funnene jeg har gjort vurderer jeg som viktig for sentrale myndighetspersoner å bli kjent med, herunder Helse Nord og ledelse i eget foretak. Min forskning indikerer at det er mye spennende å ta tak i gjennom samarbeid for å gjøre tilbudet til spesialisthelsetjenesten innen TSB i Helse Nord enda bedre. Samstyring som begrep og redskap kommer til å bli mer sentralt fremover for å sikre kontinuitet og samarbeid mellom ulike organisasjoner og organisasjonsformer.

6.1. Implikasjoner for videre forskning

Undersøkelsen jeg har gjort viser at samarbeid mellom to private og to offentlige behandlingsinstitusjoner er utfordrende når det ikke er gitt rammebetingelser for det. Materialet er ikke stort nok til å kunne fatte noen endelige konklusjoner, og en mulighet for videre forskning kunne være og utforske hvordan samarbeid oppleves i de andre regionale helseforetakene i landet, da mellom private og offentlige aktører. Dette for å undersøke om offentlige og private opplever samarbeid, og ser de på hverandre som likeverdige, slik at helsetilbudet til pasientgruppen er en helhetlig og sammenhengende tjeneste.

6.2. Avslutning

Jeg har vært leder innen TSB i nesten 20 år og har fulgt den spennende utviklingen som faget har og har hatt. Denne undersøkelsen har gitt meg mye innsikt i et område som jeg synes er viktig og oppbyggende for utøvelsen av faget.

Jeg velger å avslutte min oppgave med Løgstrup sin beskrivelse av relasjon da denne gir en innsikt og en ettertanke om relasjon som jeg synes det er verdt å ha med seg som leder når en skal tenke samarbeid og samhandling.

«Den enkelte har aldrig med et andet menneske at gøre uden at han holder noget af dets liv i sin hånd. Det kan være meget lidt, en forbigående stemning, en opplagthed man får til at visne, eller som man vækker, en lede man uddyber eller hæver. Men det kan også være forfærende meget, så det simpelthen står til den enkelte, om den andens liv lykkes eller ei» (Løgstrup 1956, 25)

Litteraturliste

- Berg, Ole. 2016. *Å lede i helsevesenet: Å bestemme formålet-verdier, prinsipper, mål og regler*. Artikkel i kompendium til modul 2, EK328E, Rammebetingelser for helsesektoren, lederroller og bruk av støttesystemer for ledelse. Nord Universitet. 2016
- Berg, Ole, forelesning, modul 2, EK328E, Rammebetingelser for helsesektoren, lederroller og bruk av støttesystemer for ledelse. Nord Universitet. 25.10.2016
- Berg, Ole. 2014. New public management til New public governance. *Sykepleien*. 12.11.2014.
<https://sykepleien.no/fra-new-public-management-til-new-public-governance>
- Fische, Caroline. 1998. Tillit: En grunnleggende forutsetning for lederskap. *Magma* 3/1998
<https://www.magma.no/tillit-en-grunnleggende-forutsetning-for-lederskap?tid=213203>
- Fugelli, Per. 2001. Tillit. *Kronikk Tidsskriftet den norske legeforening*. 121:3641-4
<http://tidsskriftet.no/2001/12/kronikk/tillit>
- Helsedirektoratet. 2015. *Prioriteringsveileder, Tverrfaglig spesialisert rusbehandling (TSB)*.
<https://helsedirektoratet.no/retningslinjer/tverrfaglig-spesialisert-rusbehandling-tsb>
- Helsedirektoratet. 2017. *Pakkeforløp for tverrfaglig spesialisert rusbehandling (TSB)*.
Høringsutkast.
<https://helsedirektoratet.no/Documents/NFR/pakkeforl%C3%B8p%20psykisk%20helse%20og%20rus/TSB%20%E2%80%93%20pakkeforl%C3%B8p-%20h%C3%B8ringsutkast.pdf>
- Helsedirektoratet. 2018. *Samhandlingsreformen*.
<https://helsedirektoratet.no/samhandlingsreformen>
- Helsedirektoratet. *Private aktører i spesialisthelsetjenesten – omfang og utvikling 2010-2014*. IS2450
- Helsekompetanse. *Aktivitet og mestring*
<http://kurs.helsekompetanse.no/hverdagsrehabilitering/42785>
- Jacobsen, Dag Ingvar og Thorsvik, Jan. 2013. *Hvordan organisasjoner fungerer*. Bergen: Fagbokforlaget, 4.utgave, 4. opplag 2016

- Johannessen, Asbjørn, Per Arne Tufte og Line Christoffersen. 2003. *Introduksjon til Samfunnsvitenskapelig metode*. Oslo: Abstrakt forlag AS, 5 utgave 2016, 2 opplag 2017
- Kirkhaug, Rudi, forelesning, *Verdibasert ledelse*. Modul 3, OR312E. Ledelse i helsesektoren som kunnskapsorganisasjon, kvalitetsledelse og lederrollene. 07.02.2017
- Kvaal, Bjørn, Tone Øiern og Hilde Lytomt Harwiss. 2016. *Erfaringer fra et nasjonalt prosjekt- Hindre drop-out fra rusbehandling*. Nasjonal kompetansetjeneste TSB Skriftserie nr 2
- Ladegård, Gro og Signy Irene Vabo. 2011. Ledelse, styring og verdier. *Magma* 1:23-31
<https://www.magma.no/ledelse-styring-og-verdier>
- Læg Reid, Per og Lise H. Rykkja: Hybrid Collaborative Arrangements: *The welfare administration in Norway – between hierarchy and network*. Public Management Review, 17:7, 960-980, DOI: 10.1080/14719037.2015.1029349
- Løgstrup, Knud Ejler. 1956. *Den etiske fordring*. København: Nordisk Forlag A.S. 2 utgave 1991, 5 opplag
- Ness, Ottar. 2014. *Samarbeid eller samhandling? Er det noen forskjell?*
<https://www.napha.no/content/14929/Samarbeid-eller-samhandling-Er-det-noen-forskjell>
- Nyeng, Frode. 2012. *Nøkkelbegreper i forskningsmetode og vitenskapsteori*. Bergen: Fagbokforlaget
- Pettersen, Inger Johanne, forelesning, *Rammebetingelser og ledelse*. Modul 2, EK328E. Rammebetingelser for helsesektoren, lederroller og bruk av støttesystemer for ledelse. Nord universitet. 26.10.2016
- Regjeringen. Helse og omsorgsdepartementet. 2016. *Oppdragsdokument*.
<https://www.regjeringen.no/no/tema/helse-og-omsorg/sykehus/styringsdokumenter1/oppdragsdokument/id535564/>
- Røisland, Asbjørn og Vabo, Signy Irene. 2012. *Styring og samstyring - governance på norsk*. Bergen: Fagbokforlaget, 2 utgave, 2016
- Spurkeland, Jan. 1998. *Relasjonsledelse*, Oslo: Tano Aschehoug, 1998

Strand, Torodd. 2007. *Ledelse, organisasjon og kultur*, Bergen: Fagbokforlaget, 4. opplag, 2015

Thorsvik, Jan, forelesning, *Endringsledelse*. Modul 6, OR315E. Endringsledelse. Nord universitet. 25.10.2017

Thorsvik, Jan, forelesning, *Endringsledelse*. Modul 6, OR315E. Endringsledelse. Nord universitet. 21.11.2017

Veggeland, Noralv. 2013. *Reformer i norsk helsevesen, veien videre*. Bergen: Fagbokforlaget, 2 opplag, 2015

Tabelloversikt

Tabell 1: Oversikt over informantene

Figuroversikt

Figur 1: Mintzbergs organisasjonsfigur

Figur 2: Skjematisk oversikt organisering privat/offentlig Helse Nord

Figur 3: Samarbeid

Vedlegg 1 Intervjuguide

Semistrukturert intervju – guide

Hvor lenge har du arbeidet ved denne bedriften?

Hvor ofte har du i løpet av den tiden vært i møter/dialog med de private/offentlige tilbudene?

Dersom du har hatt møter/dialog med de private/offentlige – hvordan opplevde du de?

Kommunikasjon

Hva tenker du om den kontakten som vi har pr i dag mellom privat og offentlig behandlingstilbud?

Hvor ofte er du i kontakt med privat/offentlig tilbud? Hvordan kommuniserer du med dem? Eks. mail? Tlf? møter? Faste møtepunkt? Tilfeldige møter o.l.?

Hvem er du i kontakt med i det private/offentlige? Hva handler kontakten om?

Hvordan vil du karakterisere kommunikasjonen mellom offentlig og privat generelt?

Har du noen tanker om hvilke konsekvenser kommunikasjon mellom offentlig og privat har? Kan du si litt mer om det?

Tror du at pasientene er opptatt av hvorvidt privat og offentlig tilbud kommuniserer med hverandre, f.eks gjennom felles møtepunkter o.l.? Dersom ja, på hvilken måte tror du at pasienten er opptatt av det? Dersom nei, hva tror du det handler om?

Relasjon

Hvordan opplever du samarbeidet mellom det privat og offentlig tilbudet?

Hvilke forventninger har du til samarbeid mellom privat og offentlig?

Tror du at samarbeid mellom privat og offentlig har noen betydning for tilbudet til pasienten? På hvilken måte?

Hvilken rolle har du i møte mellom privat og offentlig helsetilbud?

Hvem mener du vil ha et ansvar for at samarbeid mellom privat og offentlig skal fungere?

Hvilke arena tenker du det vil være naturlig at det etableres en relasjon mellom privat og offentlig tilbud?

Hva tror du kan vanskeliggjøre et samarbeid mellom private og offentlige behandlingsinstitusjoner?

Tror du at pasientene er opptatt av hvorvidt privat og offentlig tilbud har en relasjon til hverandre? Dersom ja, på hvilken måte tror du at pasienten er opptatt av det? Dersom nei, hva tror du det handler om?

Felles mål

Hvilke målsetninger mener du de private har for sin drift?

Hvilke målsetninger mener du de offentlige har for sin drift?

Hva vil du si er felles mål for offentlig/private sine tilbud? Har det noen gang blitt diskutert hva felles mål skal være/er?

Hva mener du er konsekvensen av forskjeller/likheter mellom privat og offentlig tilbud?

Tror du at pasientene er opptatt av hvorvidt privat og offentlig tilbud har et felles mål? Dersom ja, på hvilken måte tror du at pasienten er opptatt av det? Dersom nei, hva tror du det handler om?

Tillit

Hvilke tanker gjør du deg om det behandlingstilbudet som de private/offentlige har?

Hvordan vil du bedømme kvaliteten i tilbudet fra privat/offentlig?

Hvordan vil du beskrive kvaliteten på tilbudet til de private/offentlige?

Hva er din erfaring med privat/offentlig tilbud?

Opplever du at de offentlige/private gjør det de sier de skal gjøre jmf dine erfaringer med dem?

Tror du at de private/offentlige er opptatt av hva de offentlige/private mener om kvaliteten på deres tilbud?

Dersom noen av dine nære utviklet et avhengighetsproblem knyttet til rusmidler, ville du da anbefalt behandling til vedkommende i de private/offentlige tilbudene?

Ønsker du å si noe utover det vi har snakket om når det gjelder ditt forhold til private/offentlige tilbud om rusbehandling?

Forespørsel om deltakelse i forskningsprosjektet

Relasjon mellom offentlig og privat behandlingstilbud til rusavhengige i Helse Nord

Bakgrunn og formål

I Helse Nord har vi i flere år hatt offentlige og private tilbud om tverrfaglig spesialisert behandling av rusmiddelavhengige (TSB). Jeg gjennomfører nå en master i Helseledelse ved Nord universitet, og i min masteroppgave ønsker jeg å undersøke nærmere hvordan relasjonen mellom disse oppleves. Problemstillingen min er;

Hvilke utfordringer møter ledere i relasjon mellom offentlig helsetilbud og private behandlingstilbud innen TSB?

For å kunne belyse min problemstilling har jeg vurdert det som viktig å intervjuere ledere innen privat og offentlige behandlingstilbud til rusmiddelavhengige, brukerorganisasjoner og representanter fra Helse Nord.

Hva innebærer deltakelse i studien?

Jeg ønsker å gjennomføre et personlig intervju på ca 1 time, hvor jeg tar opp intervjuet, transkriberer det, og sender det til deg for å få en tilbakemelding på om oppfattelsen er blitt riktig. I min oppgave vil jeg ikke referere til deg som informant med navn eller arbeidssted, men jeg vil referere til at leder innen privat, offentlig behandlingstilbud sier slik og sånn. Eller brukerorganisasjon gav uttrykk for sånn og slik, og representanten fra Helse Nord viste til at sånn og sånn. Dersom jeg ønsker å benytte direkte sitater i teksten vil jeg spørre om det eksplisitt.

Spørsmålene jeg ønsker å stille vil primært være knyttet til temaene relasjon, samarbeid, felles mål og tillitt.

Hva skjer med informasjonen om deg?

Jeg vil ikke ha behov for direkte personopplysninger, så som navn, alder, fødselsnummer, men jeg vil spørre om hvor lenge du har arbeidet ved den aktuelle plassen. Alle personopplysninger i den grad det skulle fremkomme vil bli behandlet konfidensielt.

Opplysningene som jeg innhenter gjennom intervjuene vil det kun være meg selv som har tilgang til i sin helhet. Deler av materialet vil bli drøftet med min veileder og med mine kollegaer på studiet. I tillegg vil en person transkribere alle intervjuene for meg.

Prosjektet skal etter planen avsluttes 20.06.2018. Etter innlevering og godkjenning av masteroppgaven vil all innsamlet data bli slettet, både opptak og det transkriberte.

Frivillig deltakelse

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 ønsker å delta eller har spørsmål til studien, ta kontakt med Jorunn Lorentsen, tlf 93855280, e-mail: jorunn.lorentsen@unn.no.

Veileder for oppgaven er Kari Nyland, tlf 92850786, e-mail: kari.nyland@ntnu.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)