

*Kandidatuddannelsen i Socialt Arbejde,
Aalborg Universitet.
Speciale, Forår, 2017*

Tværasektorielt samarbejde om børn og unge med dobbeltdiagnoser



Signe Winther Thønnings (20103663)

Kristine Kjærulff Lyngs (20150861)

Vejleder: Janne Seemann

Anslag: 239.850

Abstract

The purpose of this thesis is to shed light on the intersectoral collaboration concerning children and teenagers with dual diagnoses, to identify which problems and opportunities can occur in aforementioned collaboration. It is important to shed light on this issue, as it is only to a limited degree that the intersectoral collaboration concerning people has been explored. In this thesis, it has been chosen to focus on the intersectoral collaboration concerning children and teenagers with dual diagnoses that in an outright poor degree has been explored, which nonetheless is quite important, as it is problematic that the treatment is inconsistent.

During the creation of this thesis there was a collaboration with *Region Syddanmarks Børne- og ungdomspsykiatriskafsnit in Esbjerg* and Esbjerg municipality's offer for children and teenagers with a drug abuse at, *Ungehuset 3D* and *Center for misbrug for voksne*. These three collaborators are represented by an employee from each agency, which will act as front person for the agency and will contribute with interviews regarding the agencies intersectoral collaboration concerning children and teenagers with dual diagnoses.

The thesis is based on the scientific tradition critical realism, which contributes in giving it depth. The thesis is build methodically as a case study, where critical realism can enrich the thesis through the abductive end process in the use of the literary analysis in the first part of the analysis, which is used to analyze the general tendencies of the intersectoral collaboration concerning people with dual diagnoses. This knowledge can be used as an argument in the second part of the analysis, where the general tendencies from the first part can be aggregated to give a deeper explanation of the challenges the intersectoral collaboration concerning children and teenagers face. Haugland and Brown will be used in both part of the analysis. Haugland will be used to analyze success criteria and pitfalls in the intersectoral collaboration, and Brown will be used to analyze the interorganizational interface and which type of conflicts prevails in the intersectoral collaboration.

Based on the two analysis parts, it can be concluded that some tendencies recur that challenge the intersectoral collaboration, both concerning people with dual diagnoses and children and teenagers. These challenging tendencies are characterized through themes in the two analysis parts and are as follows: the nature of the assignment, organizational structures, sectoral structures, support from management, legislation and incentive structures. These challenging themes should be in focus if a betterment of the intersectoral collaboration concerning children and teenagers with dual diagnoses is sought.

Forord

Vi vil gerne takke, vores vejleder Janne Seemann, som har stået til rådighed, til besvarelse af spørgsmål og faglig sparring. Yderligere vil vi gerne takke, Vibeke Roer Hillerup fra Børne- og ungdomspsykiatrisk afsnit i Esbjerg, for at informerer os, om den manglende viden, om det tværsektorielle samarbejde, om børn og unge med dobbeltdiagnoser, og hjælpe os til at etablere kontakt, til henholdsvis Center for misbrug og Ungehuset 3D.

Derudover vil vi gerne sige tak til interviewpersonerne, Vibeke Roer Hillerup, Jørgen Maibom Dall og Maja Kousgaard Frandsen, som har stået til rådighed med deres ekspertise og viden, som repræsentanter for deres instanser, og besvaret vores spørgsmål, om det tværsektorielle samarbejde om, børn og unge med dobbeltdiagnoser.

Indhold

Del I.....	1
Indledning.....	2
Problemformulering.....	2
Begrebsafklaring.....	2
Afgrænsning.....	5
Præsentation af samarbejdspartnere.....	6
Problemfelt.....	7
Dobbeltdiagnoser og behandling.....	7
Tværsektorielt samarbejde.....	8
Hvad er misbrug og hvad er psykisk lidelse?.....	11
Hvorfor børn og unge?.....	12
Konteksten og forudsætningerne for det tværsektorielle samarbejde i region Syddanmark.....	13
Videnskabsteori.....	15
Kritisk realisme.....	15
Kritisk realismes udvikling.....	15
Transcendental realisme.....	16
Den transitive dimension.....	17
Den intransitive realisme.....	17
Methodology matters.....	19
Abduktion.....	19
Den fortolkende dimension.....	20
Kritiske overvejelser.....	20
Metodeafsnit.....	21
Projektets opbygning.....	21
Casestudie.....	21
Udvælgelsen af empirien.....	23
Interview.....	23
Spørgsmålskonstruktion til interviewguide.....	23
Pilottest.....	26
Citaternes status.....	27
Etiske overvejelser.....	27
Reliabilitet og validitet.....	28

Del II.....	31
Aktuel viden og erfaringer med det tværsektorielle samarbejde	32
Sammenfatning af viden fra de fire udvalgte rapporter	34
Præsentation af første analysedel.....	36
Teoriafsnit.....	37
Sven A. Haugland: Succeskriterier og faldgruber i samarbejdet.	37
Første analysedel 1.....	41
Analyse af succeskriterier og faldgruber i det tværsektorielle samarbejde om mennesker med dobbeltdiagnoser.....	41
Teoriafsnit.....	46
L. David Brown: Managing conflict at organizational interfaces.....	46
Første analysedel 2.....	48
Analyse af grænsefladernes organisering	48
Analyse af konflikt i organiseringens grænseflader	51
Sammenfatning af første analysedel.....	53
Del III.....	55
Præsentation af anden analysedel.....	56
Anden analysedel	56
Analyse af succeskriterier og faldgruber i det tværsektorielle samarbejde om børn og unge med dobbeltdiagnoser.....	56
Analyse af grænsefladens organisering i det tværsektorielle samarbejde mellem region Syddanmark og Esbjerg kommune.....	89
Analyse af konflikt i organiseringens grænseflade.....	92
Sammenfatning af anden analysedel	95
Konklusion	96
Bibliografi.....	98

Del I

Udgangspunkt og problemfelt

Indledning

Der er generelt kommet et større fokus, på det tværsektorielle samarbejde om mennesker med dobbeltdiagnoser, som historisk har været et negligeret område (Johansen & Børsting-Andersen, 2014). Denne opmærksomhed gælder, dog ikke for det tværsektorielle af børn og unge med dobbeltdiagnoser, der fortsat er et meget ubelyst område. Det begrænsede fokus på børn og unge med dobbeltdiagnoser, udfordre det tværsektorielle samarbejde, i den interorganisatoriske grænseflade, mellem region og kommune, og da der ikke er viden om, hvilke muligheder og begrænsninger der eksisterer i samarbejdet. (Seemann & Johansen, 2013, s. 14) Der er i dette speciale, derfor valgt at fokusere på, børn og unge med dobbeltdiagnoser, da vi har en holdning om, at den tidlige opsporing er vigtig, for at effektivisere behandling for målgruppen.

Problemformulering

Nærværende speciale er udarbejdet om følgende tematisering:

Emne: Det tværsektorielle samarbejde om børn og unge med dobbeltdiagnoser.

Der er under dette emne, udvalgt følgende problemformulering, som projektet vil være centreret omkring.

Problemformulering: Hvilke problemer og muligheder kan identificeres i det tværsektorielle samarbejde i behandlingen af børn og unge med dobbeltdiagnoser?

Vi har på baggrund af ovenstående problemformulering, udvalgt følgende underspørgsmål, som vi vil arbejde ud fra:

- Hvilke problemer og muligheder i det tværsektorielle samarbejde kan identificeres i aktuel udvalgt litteratur?
- Hvordan opleves det tværsektorielle samarbejde om børn og unge med dobbeltdiagnoser af udvalgte respondenter fra region Syddanmark og Esbjerg kommunes?

Begrebsafklaring

For at præcisere specialet, er en begrebsdefinition nødvendig, så læseren gives et indblik i, hvad der menes, når de forskellige termer, anvendes i opgaven. Derfor har vi defineret, en række centrale begreber, i nedenstående afsnit.

Dobbeltdiagnoser:

Der vil blive anvendt, WHO's beskrivelse af dobbeltdiagnoser, hvor dobbeltdiagnoser beskrives som: *"samtidig forekomst hos den samme person af forstyrrelser forårsaget af brug af et psykoaktivt stof og andre psykiske forstyrrelser"*. (psykiatriudvalget1, 2013, s. 197) Der findes mange betegnelser, for mennesker med dobbeltdiagnoser, eksempelvis dobbeltbelastede og mennesker med sindslidelse og samtidigt misbrug. Her er den betegnelse man anvender, med til at beskrive den måde man anser disse mennesker på, hvilket kan begrunde, at sektorer og enkeltorganisationer ofte anvender forskellige betegnelser for disse mennesker. Et eksempel på dette, kan være at man i psykiatrien, ofte vil kalde denne målgruppe patienter, og i kommunen vil beskrive dem som borgere eller klienter. (Johansen & Andersen, 2014, s. 7)

Børn og unge, borgeren og målgruppen:

Dette speciale omhandler børn og unge med dobbeltdiagnoser, hvilket begrundes at denne term, hovedsageligt vil blive anvendt, til at beskrive målgruppen. Begrebet målgruppen vil ligeledes, i begrænset omfang, blive anvendt til at henviser, til børn og unge med dobbeltdiagnoser. Derudover vil betegnelsen borgeren og mennesker med dobbeltdiagnoser, især blive anvendt, til at beskrive de tendenser, der hersker i rapporterne, i første analysedel, samt til at belyse retningslinjerne, i samarbejdsaftalen mellem Region Syddanmark og de 22 kommuner i regionen. (Psykiatrien i Syddanmark, 2014).

Organisation:

En organisation beskrives i dette speciale således: *"...et socialt system som er bevidst konstrueret med det formål at løse særlige opgaver og realisere bestemte mål."* (Jacobsen & Thorsvik, 2014, s. 15).

Interorganisation:

I interorganisatorisk kontekst fokuseres, der på interaktionen mellem organisationer, i stedet for interaktionen intern i organisationen. Alter og Hage definerer, interorganisation som: *"...Constitute the basic social form that permits interorganizational interactions of exchange, concerted action, and joint production... that, by definition, are nonhierarchical collectives of legally separate units"*. (Alter & Hage, 1993, s. 46) Overstående definition udtrykker, at fokus ligger på interaktionen, på

tværs af organisationer. I dette speciale, er det grænsefladen mellem region og kommune, der undersøges.

Grænseflade:

Da specialet er centraliseret, omkring den interorganisatoriske grænseflade, vil Browns definition på grænseflader, blive anvendt. Brown beskriver, den interorganisatoriske grænseflade som:

”Organizational interfaces... simply means the meeting grounds where social units come face to face and parties interact. These social units may be groups, departments, or whole organizations, and their contact may be recurrent and well-established or fleeting and episodic. But there is always some kind of interaction between the parties.” (Brown, 1983, s. 1)

Man kan ud fra ovenstående definition af Brown, se at konflikter spiller en central rolle, hvilket leder frem til, næste begrebsafklaring.

Konflikter:

Brown definerer konflikter som: *”Conflict is incompatible behaviour between parties whose interests differ.”* (Brown, 1983, s. 4) Dette vil blive nærmere uddybet, i teori afsnittet.

Interorganisatorisk samarbejde og koordination:

Ifølge Axelsson og Axelsson, hersker der mange forskellige og hyppigt flertydelige og modstridende beskrivelser, af begrebet samarbejde. Samarbejde anvendes ofte, som synonym for koordination og samordning. (Axelsson & Axelsson, 2013, s. 19) Her anvendes der en opdeling mellem horisontal og vertikal integration i samarbejdet, som udmunder i fire forskellige integrationsformer. Derfor vil samarbejde i dette speciale, blive defineret således:

”En hög grad av horisontell integrering och en låg grad av vertikal integrering innebär en integration genom samarbete. Detta är den form av integrering, som förekommer i ett nätverk. Integreringen bygger på en vilja att arbeta tillsammans och implementeras genom intensiva kontakter och kommunikationer, t.ex. i gränseöverskridande team eller arbetsgrupper. (Axelsson & Axelsson, 2013, s. 20)

Generelt kan man argumentere for, at helhedsorienterede og sammenhængende indsatser, for mennesker med dobbeltdiagnoser, på organisatorisk niveau søger at skabe integration, igennem koordinering. Her findes der forskellige måder at koordinere indsatsen på. Her er den samtidige anvendelse af koordinering ofte en integreret indsats, på trods af, at der mangler undersøgelse af, om denne metode, er den ideelle. Man kan her pege på at der:

”Med integreret menes, at behandling og misbrug behandles under samme tag og sideløbende. Med Parallel behandling mens at den psykiske lidelse behandles i psykiatrien, men misbruget f.eks. behandles i misbrugsbehandlingscentret, og med sekventiel behandling menes, at misbrug og psykisk lidelse som i parallel behandling behandles hver for sig, men samtidig at den ene af lidelserne behandles før den anden. (Jensen, SPUK, Hansen, & PIHL INKLUSIVE, 2016, s. 35)

Med dette kendskab til begreberne, vil der blive beskrevet en afgrænsning af specialet.

Afgrænsning

Vi har i projektet valgt at undersøge, det tværsektorielle samarbejde, om børn og unge med dobbeltdiagnoser, i samarbejde med region Syddanmark og Esbjerg kommune. Dette giver os en afgrænsning i målgruppen, som her er børn og unge, i alderen 12-20 år. Denne målgruppe er specielt interessant, da det er et relativt ubelyst område, og fordi der i behandlingen af denne målgruppe, sker et skift i tilbuddene, når de unge fylder 18 år. Generelt er forskning på området, om mennesker med dobbeltdiagnoser begrænset, og det er ganske få, der i dansk kontekst forsker i emnet. En af dem er Katrine Schepelern Johansen, som vil optræde flere gange i den inddragede litteratur, i dette speciale. Dette medfører at Katrine Schepelern Johansens holdning, vil påvirke projektet.

Vi har valgt, at anvende litteratur, der belyser på de generelle tendenser, i det tværsektorielle samarbejde, om voksne med dobbeltdiagnoser, og med udgangspunkt i denne viden, som vi analyserer, i første analysedel, perspektivere til anden analysedel. Med udgangspunkt i kvalitative interviews, vil der blive undersøgt om disse tendenser, eksistere i det tværsektorielle samarbejde, om børn og unge med dobbeltdiagnoser.

Specialet er yderligere afgrænset, til at fokusere på samarbejdet, på tværs af kommune og region, mellem behandlingspsykiatrien, og de to kommunale instanser: misbrugsbehandling og

rusmiddelbehandlingen. Socialpsykiatrien er derfor fravalgt, for at udarbejde et speciale, der er overskueligt, indenfor den fastsatte tidsramme. Grundet separeringen i den kommunale sektor, er de to instanser, ofte placeret i to forskellige forvaltninger, hvilket bevirker at de internt, i den kommunale sektor, kan have vanskeligt ved at koordinere indsatser, på tværs af de kommunale forvaltninger. Her er det vigtigt at fastslå, at dette speciales fokus, er på relationen mellem region og kommune, og derfor inddrages stof og rusmiddel tilbuddene i Esbjerg kommune, og region Syddanmark. Samarbejdspartnerne i dette speciale, vil blive repræsenteret i følgende afsnit.

Præsentation af samarbejdspartnere

Der vil i dette afsnit, blive beskrevet de tre instanser, som har indvilliget i, at samarbejde og bidrage med empiri, hvilket yderligere afgrænser specialet, til at være centraliseret, omkring børn og unge i region Syddanmark.

Ungehuset 3D - Esbjerg kommune: Dette er et kommunalt tilbud, for børn og unge mellem 12 og 18 år, som har et rusmiddelforbrug. (Esbjerg Kommune) I Ungehuset 3D arbejder der fire ungekonsulenter, der er uddannet pædagoger og socialrådgivere, med yderligere specialiseringer indenfor rusmiddelområdet. Rusmiddelbehandlingen foregår ved, at de børn og unge der er tilknyttet dette tilbud, først lærer ungekonsulenten at kende, for at opbygge en relation, og efterfølgende tilbydes barnet eller den unge, støtte gennem forskellige tiltag, tilpasset den enkeltes behov. (Esbjerg Kommune)

Center for misbrug - Esbjerg kommune: Denne institution blev etableret i 1975, og har opbygget erfaring gennem de sidste 40 år (Esbjerg Kommune). På Center for misbrug, tilbyder man borgere fra 18 år, følgende behandlingsformer: “Rådgivning, Medicinsk behandling, Dag- og døgnbehandlingstilbud, Ambulante samtaleforløb” (Esbjerg Kommune)

Herudover samarbejder man med Vejen, Fanø og Varde kommuner, hvor man har indgået en samarbejdsaftale, hvilket betyder at borgere fra disse kommuner, ligeledes modtager rådgivning og behandling, på Center for misbrug i Esbjerg. (Esbjerg Kommune)

Børne- og ungepsykiatrien i region Syddanmark:

På Børne- og ungepsykiatriskafsnit i Esbjerg, tilbyder man dags- og døgnbehandling for børn og unge. Afsnittet har eksisteret siden 2003, og er beliggende i Esbjerg. Dags- og døgnbehandlingsafsnittet, henvender sig til børn og unge, i alderen 13 til og med 19 år, som har behov for

indlæggelse, for at belyse den unges problemer eller behandling. (Psykiatrien I Syddanmark, 2017). Børn i alderen 4 til 13 år, har mulighed for at blive dagsindlagt. (Psykiatrien I Syddanmark, 2017) Herudover tilbyder børne- og ungepsykiatrisk afsnit i Esbjerg ambulans behandling til børn og unge i alderen 14 til 19 år. Dette foregår gennem henvisninger fra instanser, som eksempelvis, praktiserende læge og psykolog, kommune eller en læge fra sygehuset. (Psykiatrien I Syddanmark, 2017) Videre tilbyder Børne- og ungepsykiatriskafsnit i Esbjerg, i forbindelse med dobbeltdiagnoser, forløbskoordination. Det betyder at når et barn eller en ung bliver visiteret til afsnittet, tilbydes de en samtale, om forløbskoordination. Forløbskoordinatoren beskriver proceduren således:

“Altså min opgave det er når der kommer nogen ind i vores hus, i vores regi som er til udredning eller har en psykiatrisk lidelse og et misbrug, det vil sige dobbeltdiagnoser, så skal jeg tage en samtale med den unge, eller de skal tilbydes en samtale, for det er et tilbud det er faktisk ikke en skal ting for dem. De skal have tilbud om forløbskoordination, så tager jeg en samtale med dem og så finder vi ud af om de er interesseret eller om de ikke er interesseret.” (Interview, Ergoterapeut/Forløbskoordinator, Børne- og Ungepsykiatrien, s. 1)

Man kan ud fra ovenstående citat se, at når børn og unge med dobbeltdiagnoser er til udredning, skal de tilbydes en samtale og forløbskoordination.

Problemfelt

Der vil i følgende problemfelt, blive introduceret et dybere kendskab til dobbeltdiagnoser og det tværsektorielle samarbejde, samt kompleksiteten i behandlingen, af børn og unge med dobbeltdiagnoser.

Dobeltdiagnoser og behandling

Dobeltdiagnoser har i gennem tiden, været påvirket af forskellige opfattelser, og det var først i 1980erne i USA, at begrebet dobbeltdiagnoser blev udviklet. I Danmark blev den første undersøgelse af dobbeltdiagnoser, foretaget i 1994 af Jessen-Petersen. Historisk set har dobbeltdiagnoser varieret i relation til samtidens varierende opfattelse. I 1970erne blev patienter med dobbeltdiagnoser betegnet *“...`som svingdørspatienter` og som `behandlingsresistente patienter`”* (Johansen, KABS, 2009, s. 62). I starten af 1980erne blev dobbeltdiagnoser, betegnet under begrebet unge voksne kroniske patienter og efterfølgende som forkortelsen 'MICA', der stod

for Mentally Ill Chemical Abuser, eller 'CAMI' forkortelsen for Chemically Abusing Mentally Ill (Johansen, KABS, 2009, s. 62). I slutningen af 1980'erne, blev begreberne dobbeltdiagnose og dobbeltsygdom introduceret. De mange betegnelser, som gennem tiden har været introduceret, kan opfattes som en usikkerhed om, hvad problemet er og hvorledes behandlingen, skal tilrettelægges. (Johansen, KABS, 2009, s. 62)

Det har længe været et kendt problem, at der i behandlingen af mennesker med dobbeltdiagnoser, er problemer i det tværsektorielle samarbejde, da denne målgruppe er kompleks at behandle, grundet kompleksiteten med dobbeltdiagnoser. Behandlingen af den psykiske lidelse, har fundet sted i det psykiatriske behandlingssystem, og misbruget behandles i misbrugsbehandlingssystemet, som finder sted i henholdsvis den regionale og kommunale sektor. Problematikken i det tværsektorielle samarbejde, opstår i de to instansers forskellige opfattelser, af rækkefølge for behandlingen, da de tager afsæt i forskellige paradigmer. Det psykiatriske behandlingssystem har været af den opfattelse, at misbruget skal behandles, før man kan behandle den psykiske lidelse, da man her tydeligst ser misbruget, og misbrugssystemet har været af modsat opfattelse. Dette stiller mennesker i en situation, hvor de bliver kaste bolde mellem de to instanser, og havner så at sige 'mellem to stole'. (Johansen, 2009, s. 63) Herudover hersker der også en uklarhed om, hvem der har ansvaret, for behandlingen af denne målgruppe, samt at målgruppen nedprioriteres, grundet deres "...adfærdsmæssige problemer...". (Johansen, KABS, 2009, s. 65) Adfærdsmæssige problemer kommer eksempelvis til udtryk ved, at være udadreagerende og truende i sin adfærd, overfor sine omgivelser, når behandling presser individet (Johansen, 2009, s. 53). Disse adfærdsmæssige problemer kan vanskeliggøre det tværsektorielle samarbejde.

Tværsektorielt samarbejde

I 2007 blev der vedtaget, en strukturreform (Betænkning nr. 1434 & Psykiatriudvalget) hvor man bestemte, at man fremadrettet ville fortsætte med, at holde behandlingspsykiatrien regionalt, og socialpsykiatrien inklusiv misbrugsbehandlingen kommunalt. Dette betyder at de to sektorer behandlinger, undergår to forskellige lovgivninger, henholdsvis Sundhedsloven (Lov nr. 543 af 24. Juni 2005) og Socialloven (Lov nr. 1270 af 24. Oktober 2016). Derfor skal de to sektorer, fortsat stå for hver sin behandling, af mennesker med dobbeltdiagnoser. Med kommunalreformens tilblivelse, blev kommuner og regioner forpligtet, til at indgå sundhedsaftaler, for at tydeliggøre opgavefordelingen, i behandlingen af mennesker med psykiske lidelser. Ved kommunalreformen i 2007, blev kommunerne desuden tillagt ansvaret for misbrugsbehandlingen, og regionen fastholdte fortsat ansvaret, for den psykiatriske behandling. (Psykiatriudvalget, 2013, s. 14) Der anvendes

mange forskellige definitioner og forklaringer, på hvad et tværsektorielt samarbejde er. Der er i dette projekt, taget udgangspunkt i region Syddanmarks beskrivelse, af det tværsektorielle samarbejde, da det er relevant at anvende deres definition, til at beskrive det tværsektorielle samarbejde, da de er vores samarbejdspartnere. Derfor har vi valgt at anvende region Syddanmarks beskrivelse af det tværsektorielle samarbejde, hvilket beskrives således:

”Tværsektorielt samarbejde samler regionens opgaver i forhold til samarbejde med kommuner og almen praksis på de sociale, psykiatriske og somatiske områder. Afdelingen understøtter en strategisk sammenkobling af sundhedssamarbejdet, hvad enten det sker i relation til sygehuse, kommuner eller almen praksis.” (Syddanmark, 2017)

Axelsson og Axelsson påpeger, at der eksisterer forskellige definitioner på samarbejde, og begrebet anvendes ofte, som dækkende for begreberne koordination og samordning, som skrevet i begrebsdefinitionen (Axelsson & Axelsson, 2013, s. 19). Man kan endvidere ud fra ovenstående definition, se hvordan der i det tværsektorielle samarbejde, lægges vægt på at samarbejdet, på tværs af sektorer, har det formål at *”...skabe sammenhæng mellem sektorer og bidrage til at sikre borgerne et effektivt og sammenhængende sundhedsvæsen.”* (Syddanmark, 2017) Man kan ud fra ovenstående citat, se at der i det tværsektorielle samarbejde i region Syddanmark, lægges vægt på at samarbejdet mellem sektorerne, skal danne grundlag for en sammenhængende og optimeret behandling, af borgere med en dobbeltdiagnose, uanset hvilke instanser, der samarbejder om behandlingen.

Det tværsektorielle samarbejde er centralt, da dette kan forbedre behandlingen af borgerne, hvilket er tydeligt i ovenstående definition, fra region Syddanmark, hvor man søger at opnå en effektiv og sammenhængende behandling, gennem tværsektorielt samarbejde. Dette kan ses i relation til den samfundsmæssige udvikling, hvor det tværsektorielle samarbejde udgør en markant tendens, da man med dette søger at opnå *”...det sømløse sundhedsvæsen”* (Seemann & Antoft, 2002, s. 3). Denne tendens har medvirket til at skabe opmærksomhed på, udviklingen af det tværsektorielle samarbejde, om mennesker med en dobbeltdiagnose. (Johansen & Børsting-Andersen, 2014) Selvom der har været stor fokus på det tværsektorielle samarbejde, har man endnu ikke opnået et sømløst sundhedsvæsen, hvor det tværsektorielle samarbejde fungerer ideelt, grundet

kompleksiteten i det tværsektorielle samarbejde. Der hersker derimod en kritik, af det tværsektorielle samarbejde, som lyder på at:

”Kritikken af det fragmenterede sundhedsvæsen er pågået i flere årtier, og har herunder inkluderet en kritik af mangel på sammenhæng i en række patientforløb, der kræver et samspil mellem sygehus, primærkommune og praktiserende læge”
(Seemann & Antoft, 2002, s. 3)

Her tydeliggøres det, hvordan tværsektorielt samarbejde udfordres, i de forskellige sektorerers kendskab til at overkomme udfordringer i samarbejdet, som kan danne grundlag for at udvikle et velfungerende tværsektorielt samarbejde. Dette har medført til, at behandlingen i sundhedssystemet, kritiseres for at være fragmenteret og mangle sammenhængskraft, i behandlingen af mennesker med dobbeltdiagnoser. Yderligere er der udfordringer i sektorernes forskellige paradigmer, som påvirker samspillet i samarbejdet, da deres forskellige forståelser fordrer forskellige behandlingsindsatser. (Johansen & Andersen, 2014, s. 5) Det tværsektorielle samarbejde har i flere år, været kritiseret for at mangle den fælles forståelse, for behandlingen og behandlingsansvaret, da der som beskrevet i ovenstående, er forskellige syn på, om det er den psykiske lidelse eller misbruget, der skal behandles først. (Johansen, 2009, s. 61-62) Der foreligger fire anskuelser af dobbeltdiagnoser, der vanskeliggør behandlingen:

“1) At stofmisbruget har skabt den psykiske sygdom; 2) at stofmisbruget skyldes individets forsøg på at selv-behandle psykisk sygdom (selvmedicinering); 3) at stofmisbruget og den psykiske sygdom begge skyldes en fælles bagvedliggende faktor; eller 4) sygdom gensidigt påvirker hinanden i en dynamisk proces og gensidigt faciliteter hinandens opståen.” (Johansen, 2009, s. 61 - 62)

Disse forskellige forklaringer udfordrer det tværsektorielle samarbejde, grundet de forskellige forståelser der hersker, hvilket kan problematisere samarbejdet, da der ikke er enighed om hvad den gode behandling er (Johansen & Andersen, 2014, s. 5-6). Man kan forestille sig, at disse forståelser af årsagssammenhængene, til dels er individuelt betinget, uafhængig af sektor, og dermed vanskeliggør samarbejdet, om mennesker med dobbeltdiagnoser. Dette kan eksempelvis ses, da man tidligere havde stor fokus på, at misbruget er:

“...blevet opfattet som en hindring for den psykiatriske behandling, og mennesker med en dobbeltdiagnose er derfor ofte blevet mødt med et krav om at stoppe

misbruget, før man kunne eller ville iværksætte psykiatrisk behandling.” (Johansen, 2009, s. 126)

Denne forståelse, har udfordret behandlingen af mennesker med dobbeltdiagnoser, og resulteret i, som tidligere nævnt, at mennesker med dobbeltdiagnoser i mange år er havnet ’mellem to stole’. (Johansen, 2009, s. 62)

Hvad er misbrug og hvad er psykisk lidelse?

I det følgende afsnit, vil der kort blive diskuteret, årsagen til kompleksiteten i behandlingen af børn og unge med dobbeltdiagnoser. Det er centralt at reflektere over, hvorledes det faktum, at det kan være svært at adskille, symptomerne fra en psykisk lidelse, med symptomerne fra et misbrug, hvilket kan påvirke det tværsektorielle samarbejde, om børn og unge med dobbeltdiagnoser. Dette er relevant, da man i instanserne, ofte kan overse den problematik de ikke er eksperter i, da man ofte hovedsageligt fokuserer på den problematik som de enkelte instanser, er specialiseret i. Dette beskriver forløbskoordinatoren således: *“...der er altså også en tendens til, jeg synes det bliver bedre, men der har været en tendens til at vi herude fra nærmest ikke har set der har været et misbrug...”* (Interview, Ergoterapeut/Forløbskoordinator, Børne- og Ungepsykiatrien, s. 11) Det kan komme til at betyde, at en misbrugsproblematik overses af psykiatrien, og en psykiatrisk lidelse overses i misbrugsbehandling. Man kan ud fra forløbskoordinatorens udtalelse, derfor gennemgå et behandlingsforløb, i den enkelte instans, uden der hersker viden om at borgeren lider af en dobbeltdiagnose, hvilket er modstridende til Johansens tese, hvor instanserne har fokus på den anden parts behandlingsansvar (Johansen, 2009, s. 63). Et eksempel på denne problematik, kan man se i nedenstående citat, hvor forløbskoordinatoren beskriver, at man ikke tænker på at spørge en 9-årig, der er i behandling for en psykisk lidelse, om barnet har et samtidigt misbrug. Derudover kan det være grænseoverskridende for barnet, at fortælle om sit misbrug, foran sine forældre.

“Jeg tror, det fordi at man ikke... Hvem spørger en niårig. Hvad skal en niårig svare hvis du spørger, eller en tiårig, hvis du spørger når mor og far sidder der, der er ikke ret mange af dem der siger det når forældrene sidder der, jo det er der nogle enkelte der gør.” (Interview, Ergoterapeut/Forløbskoordinator, Børne- og Ungepsykiatrien, s. 11)

Man kan overveje, hvad årsagen kan være, til at det er så svært, at opdage et misbrug i psykiatrien, og en psykisk lidelse i misbrugsbehandlingen. Man kan pege på, at misbrug og psykiske lidelser,

kan være svære at adskille, fordi de kan kamuflere hinanden, så misbruget kan dække over en psykisk lidelse, og ligeledes kan en psykisk lidelse dække over et misbrug, hvilket kan gøre det svært for instanserne, at diagnosticere borgere med dobbeltdiagnoser. Ovenstående afsnit ekspliciterer, nogle af de udfordringer, der hersker i behandlingen, af børn og unge med dobbeltdiagnoser.

Hvorfor børn og unge?

Da der ikke har været litteratur at finde, om det tværsektorielle samarbejde, om børn og unge under 18 år med dobbeltdiagnoser, er der valgt at tage udgangspunkt i litteraturen, om udfordringerne i overgangen fra barn til voksen, når de fylder 18 år. Derfor er fokus for dette speciale, på grænsefladen, da *“Det er et felt, som i mange kommuner er præget af vedvarende problemer.”* (Seemann & Johansen, 2013, s. 14) Disse vedvarende problemer, med børn og unge med dobbeltdiagnoser, kan til dels skyldes, at sektorerne har forskellige grænseflader, hvilket komplicerer behandlingen. Ligeledes kan behandlingen være udfordrende, da der hersker forskellige paradigmer, i sektorerne. Dette indebærer at det regionale og kommunale, tager udgangspunkt i forskellige lovgivninger, har forskellige kulturer, samt værdier og normer. Dette præger det tværsektorielle samarbejde, da man skal forene to forskellige traditioner, og tænke helhedsorienteret i indsatsen, hvilket ses i nedenstående citat:

“Ofte rækker solidariteten ikke ud over egne grænser, fordi der i de involverede parter adskilte funktioner udvikles specielle forståelseshorisonter og forpligtelser, som hæmmer evnen til helhedstænkning og til at forstå og tolke information på en hensigtsmæssig måde i relation til sammenhængende opgaveløsninger.” (Seemann & Johansen, 2013, s. 14)

Det påpeges yderligere, at samspillet mellem instanserne, ikke sker i tilstrækkelig grad, da grænsefladerne ikke er overensstemmende. Dette grundet, at når de unge fylder 18 år, og går fra barn til voksen, i de kommunale instanser, ændres fokuset i behandlingen. Denne udfordring i overgangen, fra barn til voksen, i de kommunale instanser, medfører et skift fra *“...familieperspektiv til et borgerperspektiv.”* (Seemann & Johansen, 2013, s. 16) Dette positionsskifte kan være vanskeligt, da den unge nu anses som bruger, og familiens rolle og ressourcer ikke længere bliver inddraget i behandlingen, af den unge. Organisatorisk udgør denne overgang, ligeledes en udfordring, da samarbejdet mellem instanserne, herved sættes på prøve. Der udvikles

subfagligheder, indenfor de enkelte områder, hvilket medvirker til manglende indsigt, i hinandens metoder, lovgivninger og tilgange, hvilket udfordrer fleksibiliteten, i det tværsektorielle samarbejde, om børn og unge med dobbeltdiagnoser, hvilket beskrives således: *“Men risikoen er, at de forskellige faglige forståelses- og videns-arenaer internt i organisationen etablerer gab til andre afdelinger.”* (Seemann & Johansen, 2013, s. 16) Man kan dermed argumentere for, at denne overgang, både er vanskelig på det personlige niveau, og på det organisatoriske niveau, da grænsefladen her, er uoverensstemmende, og dermed bliver samarbejdet *“...ikke [...] særligt konstruktive.”* (Seemann & Johansen, 2013, s. 17). Uenighederne kommer til at spille en stor rolle, og kan blive en barriere, for vidensdeling og deling af formel information, hvilket bevirker at fordomme og traditionen, i grænsefladen fastholdes. (Seemann & Johansen, 2013, s. 17) Man kan ud fra ovenstående argumenter, se at behandlingen af børn og unge med dobbeltdiagnoser, er kompliceret, grundet det komplekse samarbejde, mellem de to sektorer, hvilket bevirker at udfordringer, i det tværsektorielle samarbejde, kan vanskeliggøre suppleringen, af hinanden i samarbejdet.

Konteksten og forudsætningerne for det tværsektorielle samarbejde i region Syddanmark

Alter og Hage beskriver det interorganisatoriske felt, hvilket anvendes til at betegne, hvilken type samarbejdende netværk, der eksisterer i konteksten, tværsektorielt samarbejde om børn og unge med dobbeltdiagnoser. Alter og Hages påpeger, at det organisatoriske netværk bliver presset af, de fremtidige udfordringer i samfundet, heraf både offentlige og private organisationer. Teknologiens fremmanende udvikling og større viden, gør det udfordrende for organisationer alene, at håndtere denne viden og kompetencer, som er nødsaget for at udføre specifikke opgaver. Dette medfører at organisationer, opnår stor specialisering, men samtidig er nødsaget til, at kombinere sin arbejdsindsats, med andre organisationer. Udformningen af de forskellige typer af samarbejde, karakteriseres af Alter og Hage, af forskellige netværkstyper. (Alter & Hage, 1993, s. 108)

I dette speciale anvendes, Alter og Hages anskuelse, af et systemisk netværk. Det systemiske netværk består af, offentlige organisationer som i samarbejdet, udfører opgaver i fællesskab, på tværs af interorganisatoriske felter. Intentionen i det systemiske netværk, er at udføre opgaverne velkoordineret og integreret. Disse fælles arbejdsopgaver består i netværksprocesser, eksempelvis af visitering, udredning og behandling. (Alter & Hage, 1993, s. 108)

I dette speciale, består det systemiske netværk af, region Syddanmark og Esbjerg kommune, som i det systemiske netværks samarbejde, har ansvaret for børn og unge med dobbeltdiagnoser. Dette

indebærer, at parterne skal være komplementære i opgaveløsningen, hvilket betegnes som symbiotiske relationer. Disse symbiotiske relationer, har tendens til at skabe konflikt, da parternes organisations baggrund er forskellige, herunder strukturer og kulturer, og herudover har forskellige anskuelser af behandlingen, samt forskellige kompetencer, da samarbejdet foregår mellem mange forskellige professioner, hvilket udfordrer opgaveløsningen. I følgende vil der blive beskrevet forudsætningerne, for det tværsektorielle samarbejde, mellem region Syddanmark og Esbjerg kommune, med udgangspunkt i samarbejdsaftalen, der er indgået mellem parterne.

I et forsøg på at overkomme disse udfordringer, har man i det tværsektorielle samarbejde, mellem region Syddanmark og de 22 kommuner i regionen, udarbejdet en samarbejdsaftale. Dette har man valgt, for at overkomme udfordringerne, med adskillelsen af behandlingen af diagnoserne. I dette projekt, består samarbejdspartnerne af region Syddanmark og Esbjerg kommune, som samarbejder ud fra præmisserne i samarbejdsaftalen. Samarbejdsaftalen er udarbejdet i september 2013, af det administrative kontaktforum, da der skulle dannes et fælles grundlag, for det tværsektorielle samarbejde, i forbindelse med sundhedsaftalerne, fra 2015 til 2018. (Psykiatrien i Syddanmark, 2014, s. 4) Essensen for samarbejdsaftalen, er at dele behandlingsansvaret, mellem region og kommune, for borgere med dobbeltdiagnoser (Psykiatrien i Syddanmark, 2014, s. 5). Samarbejdsaftalens mest radikale retningslinje, stammer fra sundhedsstyrelsen og er følgende:

“At den regionale behandlingspsykiatri ikke må afvise at udrede eller behandle borgere med en [b]ehandlingskrævende psykisk lidelse med den begrundelse, at de har et stofmisbrug/alkoholafhængighed. Ligeledes må kommunen ikke afvise at udrede eller behandle personer med stofmisbrug/alkoholafhængighed med den begrundelse, at de har en psykisk lidelse.” (Psykiatrien i Syddanmark, 2014, s. 4)

Denne retningslinje søger at give bedre vilkår, for mennesker med dobbeltdiagnosers behandling, ved at forhindre, at de havner ´mellem to stole´. Et andet formål med samarbejdsaftalen, er at opnå et tættere samarbejde, mellem region og kommune, om mennesker med dobbeltdiagnoser (Psykiatrien i Syddanmark, 2014, s. 4). Dette forsøger man ligeledes at gøre, ved at skabe koordinerede indsatser og vidensdeling, mellem de forskellige instanser (Psykiatrien i Syddanmark, 2014, s. 11). Selvom ovenstående forudsætninger, ligeledes gør sig gældende, for børn og unge med dobbeltdiagnoser, er der også nogle særlige forhold, for børn og unge. Børn og unge med dobbeltdiagnoser, er tilknyttet børne- og ungdomspsykiatrien, til og med det 19. år. (Psykiatrien i

Syddanmark, 2014, s. 11) Dette giver nogle udfordringer, i grænsefladen, da man i de kommunale instanser, bliver myndig, og overgår til voksenafdelingen, ved det 18. år. Derfor forsøger man at lave aftaler i samarbejdet, for den enkelte unge, ved overgangen fra barn til voksen, i de kommunale instanser, når de fylder 18 år (Psykiatrien i Syddanmark, 2014, s. 9). Når den unge overgår til voksen, i den kommunale sektor, tilknyttes misbrugscentret, i forbindelse med dobbeltdiagnoser. Derfor bør der samarbejdes, mellem børne- og ungepsykiatrien, misbrugscentret og ungetilbud i kommunen, om børn og unge med dobbeltdiagnoser.

Videnskabsteori

Der er i dette speciale, valgt den kritiske realisme, som videnskabsteori, da specialet søger at belyse de generative mekanismer, der eksisterer i det tværsektorielle samarbejde, om børn og unge med dobbeltdiagnoser.

Kritisk realisme

Den kritiske realisme bebuder, at der ud over erkendelsen af objekter, eksisterer en realitet, uafhængig af vores erkendelse, om objekterne. Her er det videnskabsmandens opgave, at anskue realiteten kritisk, og spørge indtil de *"...dybereliggende strukturer..."* (Larsen & Pedersen, 2011, s. 341). Denne anskuelse af realiteten, hvor der eksisterer en individuelt erfaret virkelighed og en uafhængig virkelighed, begrundes vores valg af denne videnskabsteoretiske orientering, da der søges at undersøge, de underliggende generative mekanismer, der er årsag til udfordringerne, i det tværsektorielle samarbejde for børn og unge med dobbeltdiagnoser. Dette søger vi, at blive i stand til, ved at forsøge at finde frem til, de underliggende strukturer og mekanismer, der hersker i det virkelige domæne. Det virkelige domæne er underlagt det empiriske domæne, der består af erfaringer og observationer, og det faktiske domæne, der består af begivenheder og fænomener, hvilket vil blive belyst nærmere, i nedenstående afsnit. (Larsen & Pedersen, 2011, s. 341)

Kritisk realismes udvikling

For at være i stand til at forstå, hvad den kritiske realisme indeholder som videnskabsteoretisk position, er det nødvendigt at få et indblik, i hvor positionen stammer fra, hvilket der uddybes for i nedenstående. Den kritiske realisme blev dannet, med udgangspunkt i den naturvidenskabelige videnskabsteoretiske diskussion, og er dermed opstået med udgangspunkt i diskussionen, mellem de videnskabsteoretiske realister, der anfægter den manglende forklaringskraft, der hersker i den kritiske realisme, og antirealisterne der pointerer, at der er plads til fejlbarlighed. (Wad, 2012, s. 377) Her vil den kritiske realisme påpege, at det kun er muligt at opnå indsigt i sandheden, gennem den intransitive virkelighed. (Buch-Hansen & Nielsen, 2012, s. 285) Her var det især Bhaskar, der

beskrev denne nye enhedsvidenskabelige filosofi, der tog udgangspunkt i en omfattende ontologi, med det ontologiske princip, om emergens. (Wad, 2012, s. 380) Med udgangspunkt i dette princip om emergens, må man lade det *"...epistemologiske, metodologiske og forskningsetiske aspekter udformes efter de enkelte genstandsfelters særlige ontologi..."* (Wad, 2012, s. 380). Dermed mener Bhaskar, at den generelle kritiske realisme beskrives som en flerhedsvidenskabelig videnskabsteori, eller som en enhed i forskellighederne. Med dette mener Bhaskar, at den generelle kritiske realisme må tage udgangspunkt, i en transcendent realisme der bygger på at erkendelsen overgår erfaringerne, og dermed anskuer virkelighed, som et resultat og en forudsætning, for virkelighedens mulighedsbetingelser (Wad, 2012, s. 380). I et forsøg på at opnå en sådan enhed i forskellighederne, bebuder den kritiske realisme, at samfundet både består af aktører og strukturer, hvor det er relationen mellem disse, der bør betones, da strukturerne påvirker aktørernes måde at agere på. Ligeledes har aktørerne indvirkning på strukturerne, da aktørerne igennem social interaktion, kan ændre strukturerne. Derfor kan strukturer ikke anses som statiske, men foranderlige, da de ændres med tiden, hvilket man bør tage højde for i undersøgelsen. Her er det væsentligt, at strukturer i nærværende speciale, er særdeles kompliceret, og består af et systemisk netværk af sammenbundede strukturer. Det er umuligt for aktørerne, at opnå en udtømmende viden om deres virke, da de er afhængige af fortolkninger. Da aktører gennem deres aktive samspil med andre, er påvirkelig overfor andre aktørers holdninger og diskurser (Buch-Hansen & Nielsen, 2012, s. 49-51). Man kan ligeledes argumentere for, at dette vil blive anvendt i nærværende speciale, da interviewpersonerne ansues som aktører, med indblik i deres egne unikke fortolkninger af strukturen, som her består af den tværsektorielle behandling af børn og unge med dobbeltdiagnoser.

Transcendental realisme

Den transcendente realisme, beskrives som en hellig treenighed, der består af ontologisk realisme, hvor der eksisterer en virkelighed, uafhængig af den subjektive erfaringsverden, epistemologisk relativisme, hvor vores viden om verden ikke består af fakta, men er fejlbarlig, og metodologisk rationalisme, hvor der eksisterer forskellige hierarkier af viden og man: *"...rationelt kan validere kvaliteten af vores viden..."* (Wad, 2012, s. 381) Denne transcendente realisme bevirker, at Bhaskar kommer til at stå overfor nogle metodiske udfordringer, hvor de empiriske fænomener skal forklares, i en ufortolket og kompleks verden, derfor skal kausaliteten forklares transcendent, hvilket uddybes senere. (Wad, 2012, s. 389)

Den transitive dimension

Den transitive dimension, består af den viden vi har om verden. (Buch-Hansen & Nielsen, 2005, s. 21) Denne dimensions indhold, er med den videnskabsteoretiske term, ofte betegnet som epistemologi. Denne epistemologi kommer i den transitive dimension, til syne gennem teorier, metoder og beskrivelser med mere, som optræder i en given situation. (Buch-Hansen & Nielsen, 2005, s. 22) Bhaskar beskriver disse transitive effekter ”...som videnskabernes råmaterialer” (Buch-Hansen & Nielsen, 2005, s. 22) Med dette mener Bhaskar, at eksisterende viden er nødvendig, for at skabe ny viden. Dette betyder at, for at skabe ny viden må videnskab ”...forstås som en vedvarende social aktivitet; og viden som et socialt produkt, som individer må genskabe og omdanne, og som individer må trække på og bruge i deres egne kritiske udforskninger”. (Buch-Hansen & Nielsen, 2005, s. 22) Dermed sagt at viden er en social aktivitet, der genereres på baggrund af eksisterende viden, og anvendes til at skabe ny viden. I relation til specialets første analysedel, hvor der anvendes eksisterende viden, for at opnå viden om de generative mekanismer, i det tværsektorielle samarbejde, om mennesker med dobbeltdiagnoser. Viden er udviklet gennem anvendelse af anden teori, og erstatter hidtidige forklaringer, som i kritisk realisme er bevidstheden om ”...at viden er fejlbarlig og historisk betinget”. (Buch-Hansen & Nielsen, 2012, s. 285) Dermed er kritiske realister epistemologiske relativister (Buch-Hansen & Nielsen, 2012, s. 285), da de anerkender at al viden er socialt konstrueret, og derfor er der ikke en konstant sandhed, samt at ”...hverken sandhedsværdier eller kriterier for rationalitet eksisterer uden for historisk tid”. (Buch-Hansen & Nielsen, 2012, s. 285) Dette afspejler især specialets anden analysedel, da vi her anvender eksisterende viden, og med dette afsæt beriger specialet med ny empiri, til at udvikle en ny sandhed, dog i en specifik kontekst, og ikke generaliserbart. Der er valgt at inddrage ny empiri, da den kritiske realisme, erkender at viden er fejlbarlig, og at dette kan berige med et nutidigt indblik, i det tværsektorielle samarbejde. Kritiske realister tillægger desuden, rationel drømmekraft stor betydning, da videns gyldighed måles ud fra den forklaringskraft, som leder frem til, den transitive virkelighed. (Buch-Hansen & Nielsen, 2012, s. 286)

Den intransitive realisme

Den intransitive dimension er kritisk realismes ontologiske anskuelse, og indeholder de objekter, der skabes ny viden om. Den intransitive dimension bygger på tre domæner: Det faktiske, det empiriske og det virkelige domæne. Det faktiske og det empiriske domæne, kan sidestilles med empiriske realisternes sandhedsbillede, hvor sandheden er observerbar. (Buch-Hansen & Nielsen, 2012, s. 281) Dette forekommer dog ikke kritiske realister fuldkomment, og de anvender derfor et

tredje domæne, det virkelige domæne, til at skabe viden med. Det faktiske domæne er alle eksisterende begivenheder og fænomener, både erfaret og uerfaret. Det empiriske domæne er erfaringer og observationer mennesket gør sig. (Buch-Hansen & Nielsen, 2012, s. 281) Det tredje domæne, det virkelige er *"...ikke observeret strukturer og mekanismer, som under visse omstændigheder understøtter og forårsager begivenheder og fænomener inden for det faktiske domæne"* (Buch-Hansen & Nielsen, 2012, s. 282) Vekselvirkningen mellem disse domæner er kompliceret, i det omfang, at alle naturens objekter, besidder kausale potentialer. (Buch-Hansen & Nielsen, 2012, s. 282) Disse kausale potentialer er ikke ens for alle, og bliver ikke nødvendigvis anvendt, da de kausale potentialer, ikke nødvendigvis danner en begivenhed, på baggrund af et objekts kausale potentialer, men er kontekstbestemt. Her spiller begrebet mekanisme til gengæld en rolle på det virkelige domæne, da en mekanisme kan skabe effekter eller igangsætte effekter, som en generativ mekanisme. Disse generative mekanismer kan igangsætte, stoppe og udvikle hinanden, og følgende konsekvenser heraf. (Buch-Hansen & Nielsen, 2012, s. 283) Dette eksemplificerer Buch-Hansen og Nielsen i følgende: *"Om forelæseren kommer for sent mandag morgen, afhænger således ikke kun af hendes iboende kausale potentialer, men også af en række andre forhold såsom trafikmængde, vejrforhold, og om hendes vækkeur virker."* (Buch-Hansen & Nielsen, 2012, s. 283) Gennem ovenstående eksempel, bliver vekselvirkningen mellem det faktiske domæne og det virkelige domæne tydeligt. For at finde den generative mekanisme, er det nødvendigt at dykke ned i interviewpersonernes udtalelser, for at komme bag åbenlyse iagttagelser. Det empiriske domæne er de erfaringer, som samarbejdspartner har om det tværsektorielle samarbejde, om børn og unge med dobbeltdiagnoser, i region Syddanmark og Esbjerg kommune. Det faktiske domæne i dette speciale, er det tværsektorielle samarbejde mellem region og kommune. Det virkelige domæne er samarbejdspartnerens opfattelse, af det tværsektorielle samarbejde, som analyseres ved brug af udvalgt teori, for at opnå kausale forklaringer, på udfordringerne i det tværsektorielle samarbejde, om børn og unge med dobbeltdiagnoser. Derigennem vil vi opnå indsigt, i de generative mekanismer der påvirker samarbejdet.

Adskillelse mellem den transitive og intransitive dimension, sker ved en tydelige adskillelse mellem viden og væren, hvor væren vægtes højest, da *"Kritiske realister tager derfor også afstand fra forsøg på at reducere væren til et spørgsmål om vores viden eller diskurser om væren."* (Buch-Hansen & Nielsen, 2012, s. 281) Dette beror på kritiske realisternes anskuelse af, at verden overgår den viden, om verden vi har. (Buch-Hansen & Nielsen, 2012, s. 281)

Methodology matters

Den transcendentale realisme medfører at Bhaskar, kommer i vanskeligheder med den kritiske realisme, da empiriens kompleksitet skal forklares ud fra den åbne verden, og kausaliteten skal forklares transcendentalt. Disse vanskeligheder forsøger Bhaskar, at overkomme metodisk, ved udarbejdelsen af abduktion og retroduktion (Wad, 2012, s. 389-390). Her er det især den abduktive slutningsproces, der har inspireret specialet.

Abduktion

Abduktionen spiller en central rolle, i udførelsen i det metodologiske arbejde i den kritiske realisme. Abduktion er et modstykke til naturvidenskaben, da man ved anvendelsen af abduktion, udfører et tankeeksperiment (Buch-Hansen & Nielsen, 2012, s. 305). Udførelsen af dette tankeeksperiment, har til formål at fortolke på eksisterende viden og ”...rekontekstualisere et fænomen...” (Wad, 2012, s. 391). Man kan her argumentere for, at det indenfor det samfundsvidenskabelige felt, er vanskeligt at udfører eksperimenter. Dette er aktuelt, da sociale fænomener er kontingente, og dermed kan man ikke forudsige udfaldet (Buch-Hansen & Nielsen, 2012, s. 283) Dette udgør en udfordring for denne slutningsproces i specialet, da vi ikke er i stand til at gengive eksperimentet, og determinere konklusionen på forhånd. Man er derfor nødt til, ved anvendelse af denne videnskabsteoretiske position, at anvende en:

”...konkretiserende tænkning og foretage tankeeksperimenter, der teoretisk set simulerer forskellige dynamiske processer forankret i de givne strukturer og kontekstuelle situationer af faktiske og kontrafaktiske påvirkninger.” (Wad, 2012, s. 391)

Man kan ud fra ovenstående citat, se hvordan man med den abduktive slutningsproces, stræber efter at komme ned i det virkelige domæne, og klarlægge årsagerne til samarbejdsudfordringerne, mellem sektorerne, om børn og unge med dobbeltdiagnoser. Man er derved tvunget til at tænke abstrakt, og determinere de generative mekanismer (Buch-Hansen & Nielsen, 2012, s. 305). Dette afspejler sig i anvendelsen af tematiseret sammenfatninger, med udgangspunkt i de teorifunderede analyser, hvor sammenfatningerne udspringer af empiriens virkelighed. Herved kommer man ned i det virkelige domæne, og belyser udfordringerne i det tværsektorielle samarbejde. I nærværende speciale, er der taget udgangspunkt i induktiv tilgang til litteraturen, hvor der blev dannet et kendskab til problemstillingen. I analysen er det en deduktiv tilgang, hvilket interviewguiden bærer

præg af. I takt med at der blev arbejdet dybdegående, med vores problemstilling indså vi at teorien ikke favner empirien, og derfor er anden analysedel udarbejdet abduktivt.

Den fortolkende dimension

I denne videnskabsteoretiske position, anerkendes det at fortolkningen spiller en rolle, og dermed indgår der en fortolkende dimension, i den kritiske realisme, hvilket er aktuelt, da der konstant sker fortolkninger, i det samfundsvidenskabelige felt, da sociale fænomener ikke giver mening, uden at inddrage fortolkninger, grundet fravær af fakta. Dette er en markant afvigelse fra positivismen og naturvidenskab, hvor fortolkninger ikke spiller ind (Wad, 2012, s. 379). Derfor spiller vores livsverden og vores erfaringer en afgørende rolle, for specialets færdige produkt, da *"Den oplevede virkeligheds kompleksitet kan altså fortolkes som en aktualiseret virkelighed der genereres af en række dybereliggende kræfter og kausale mekanismer, der igen er forankret i genstandens basale strukturer."* (Wad, 2012, s. 379) Med dette forklarer Bhaskar, et alternativ til den realistiske fortolkning, som positivismen bærer præg af. Verden består altså af uendeligt mange åbne systemer, med samvirkende årsager og virkeligheder. De åbne systemer er umulige at forklarer ud fra observationer, da der i samfundsvidenskabens ikke er mulighed for, at udfører kontrollerede eksperimenter, til at klarlægge de ontologiske komplekse åbne systemer. Dette overkommer Bhaskar med en dyb ontologi, baseret på emergens, hvor metodologiske og epistemologiske og forskningsetikken må udarbejdes, i relation til det enkelte genstandsfelts ontologi. (Wad, 2012, s. 380) Dette anvendes i søgen efter, de generative mekanismer i behandlingen af børn og unge med dobbeltdiagnoser, og for at undersøge de underliggende strukturer og mekanismer, i det virkelige domæne.

Kritiske overvejelser

Man kan især kritisere, den kritiske realisme for at være uden et normativt standpunkt, da denne videnskabsteoretiske position, ikke forholder sig til, hvordan verden bør være. Dette kan udgøre en udfordring, da det i samfundsvidenskaberne kan være vanskeligt, at udarbejde et speciale, uden at det indeholder et vist element af normativitet. Det er ligeledes vanskeligt i dette speciale, hvor vi overkommer denne udfordring ved at inddrage den historiske kontekst, af begreberne dobbeltdiagnoser og det tværsektorielle samarbejde, om mennesker med dobbeltdiagnoser, da eksisterende erfaringer danner fundamentet for udarbejdelsen af ny viden (Buch-Hansen & Nielsen, 2005, s. 22).

Derudover er det vigtigt at pointere, at dette speciale hovedsageligt, søger at danne en dybere og mere helhedsorienteret forståelse og forklaring af, hvilke udfordringer der eksisterer i det tværsektorielle samarbejde, om børn og unge med dobbeltdiagnoser. Efterfølgende har vi med afsæt i den helhedsorienteret forklaring og forståelse, forsøgt at formulere en normativ forankret forbedring, af det tværsektorielle samarbejde, om børn og unge med dobbeltdiagnoser.

Metodeafsnit

Med udgangspunkt i de videnskabsteoretiske refleksioner, er specialets metodiske tilgang ligeledes overvejet, for at højne validitet og specialets sammenhængskraft.

Projektets opbygning

Specialet er udarbejdet, dels med udgangspunkt i eksisterende empiri, og dels med udgangspunkt i, specialets eget genererede empiri. Dette er valgt, da vi ønsker et dybdegående kendskab til feltet, hvilket vi får gennem litteraturstudier, og udarbejdelsen af første analysedel. Med dette kendskab, til muligheder og begrænsninger, i det tværsektorielle samarbejde, får vi en baggrundsviden, som kan bidrage til, den ønskede dybdegående analyse. Vi anvender denne viden, til at udarbejde en interviewguide, som kan bidrage til, en detaljeret belysning i analysen. Hensigten med specialets er, at kunne belyse det tværsektorielle samarbejde, mellem region Syddanmark og Esbjerg kommune, for at præcisere om der opstår barrierer i samarbejdet. Vi håber, med udgangspunkt i denne viden, at kunne bidrage til videreudvikling, af det tværsektorielle samarbejde, om børn og unge med dobbeltdiagnoser.

Casestudie

Forskningsstrategien i dette speciale, er et casestudie, der ligger til grundlag for en ”...*empirisk analyse, der undersøger et samtidigt eller historisk fænomen i en social kontekst, hvor fænomenet udfolder sig.*” (Antoft, Jacobsen, Jørgensen, & Kristiansen, 2007, s. 32) Casestudie er derfor ideelt i dette speciale, da der undersøges et samtidigt fænomen – det tværsektorielle samarbejde om børn og unge med dobbeltdiagnoser, i en social kontekst – mellem region og kommune. Et casestudie giver frie rammer i udarbejdelsen, og giver mulighed for at kombinere de empiriske metoder. (Antoft, Jacobsen, Jørgensen, & Kristiansen, 2007, s. 32) Dette gør sig ligeledes gældende i specialet, da første analysedel vil være baseret på litterære studier, og anden del på kvalitativ empirisk indsamlede interviews. Der opereres imidlertid, med forskellige typer af casestudier. Kvale og Brinkmann beskriver tre typer casestudier: Det egentlige casestudie, det instrumentelle casestudie

samt det multiple eller kollektive casestudie. (Kvale & Brinkmann, 2015, s. 333) Antoft og Salomonsen beskriver, fire forskellige typer af casestudier: Det ateoretiske studie, teorifortolkende studie, teorigenerende studie samt det teoritestende studie. (Antoft, Jacobsen, Jørgensen, & Kristiansen, 2007, s. 33) I dette speciale, anvendes Kvale og Brinkmanns egentlige casestudie, og Antoft og Salomonsens teorifortolkende studie. Det egentlige casestudie udarbejdes, for at danne et grundlag for en bedre forståelsesramme, af fænomenet i casen. (Kvale & Brinkmann, 2015, s. 333) (Antoft, Jacobsen, Jørgensen, & Kristiansen, 2007, s. 33)Hvilket kan ses i dette speciale, da det tværsektorielle samarbejde, om børn og unge med dobbeltdiagnoser, undersøges for at få et dybere kendskab til, hvilke muligheder og begrænsninger, der eksisterer i samarbejdet, med henblik på at forbedre indsatsen for målgruppen. For at få et yderligere kendskab til casestudiet, og hvad det bidrager med, til specialet, anvendes Antoft og Salomonsen beskrivelse, af casestudiet teorifortolkende studie. Den teorifortolkende case bygger på fortolkninger, med udgangspunkt i empiri eller teori, som rammesætning for fortolkningen. (Antoft, Jacobsen, Jørgensen, & Kristiansen, 2007, s. 38-39) Her anvendes der eksisterende litteratur, for at skabe ny viden ud fra de rammer, som teorien fastsætter ved inddragelsen af empiri. Disse rammer bidrager til afgrænsning og struktur i casen og empirien, som kan lede til en diskussion om, hvorvidt casen genererer generel eller unik viden. (Antoft, Jacobsen, Jørgensen, & Kristiansen, 2007, s. 39) Dette ses i specialets udarbejdelse, idet der her er anvendt Haugland og Brown i analyserne, som bidrager til en afgrænsning i undersøgelsen, af det tværsektorielle samarbejde, samt bidrager til en struktur i opbygningen af analyserne. Dog betyder det imidlertid ikke, at casen bestemmes ud fra valg af teori, da cases ofte udspringer af en induktiv tilgang. Teorien får derimod stor betydning, i det analytiske arbejde, da teorien her, som nævnt i ovenstående, fastsætter rammerne for udarbejdelsen af det empiriske materiale, og bidrager til at tydeliggøre tendenser i empirien. Dette er relevant for dette speciale, da vi i første analysedel, foretager en litteraturanalyse, for at få indblik i feltet, og kunne belyse de generelle tendenser, i det tværsektorielle samarbejde, for videre at kunne analysere, om de generelle tendenser også eksisterer, i det udarbejdede empiriske materiale. Der eksisterer en kritik af det teorifortolkende casestudie, der beror på at man skal være opmærksom på, at valget af teori præger den fortolkning, som udspringer fra empirien. (Antoft, Jacobsen, Jørgensen, & Kristiansen, 2007, s. 40-41) Herudover skal man være opmærksom på, at valget af teori ikke er tilfældigt, da valget baserer sig på interessefeltet i casen, samt valget af empiri. Man kan derfor ikke udlægge forskellige fortolkninger i samme case, da man foretager et standpunkt i valget af sine teorier. (Antoft, Jacobsen, Jørgensen, & Kristiansen, 2007, s. 41) Det betyder for dette speciale, at

anvendelsen af Haugland og Browns teorier, bidrager til en fortolkning, af det tværsektorielle samarbejde, og at et andet teorivalg, ville kunne bidrage til en anden fortolkning, af denne case.

Udvælgelsen af empirien

I det opsøgende arbejde, hvor vi forsøgte at oprette forbindelse til sektorer, der var interesseret i at samarbejde, og undersøge det tværsektorielle samarbejde, har vi kontaktet region Nordjylland og region Midtjylland. Disse to regioner havde imidlertid ikke ressourcer til rådighed, til et samarbejde. Derfor kontaktede vi region Syddanmark, hvor vi hurtigt blev hjulpet videre, til forløbskoordinatoren i psykiatrien. Forløbskoordinatoren informerede os om den manglende fokus og viden om børn og unge med dobbeltdiagnoser, og gav os kontaktinformationer på henholdsvis Ungehuset 3D og Center fra misbrug.

Interview

Vi har i dette speciale valgt, at anvende kvalitative interviews til indhentning af vores empiri, og hermed foretaget et fravalg, af den kvantitative metode, da der med kvalitative interviews, vil kunne belyse interviewpersonernes viden og mening om, det tværsektorielle samarbejde, om børn og unge med dobbeltdiagnoser dybere, hvilket kan bidrage til at generere ny viden. (Kvale & Brinkmann, 2015, s. 19) Ved at anvende kvalitative interviews, får vi mulighed for at få indsigt i, interviewpersonernes oplevelse af fænomenet, som i dette speciale, er det tværsektorielle samarbejde, om børn og unge med dobbeltdiagnoser. Vi har valgt at anvende semistrukturerede interviews, da semistrukturerede interviews ”..forsøger at forstå temaer fra den levede hverdagsverden ud fra subjekternes egne perspektiver” (Kvale & Brinkmann, 2015, s. 49). Hermed giver det semistrukturerede interview, mulighed for at udarbejde en semistruktureret interviewguide, med udvalgte temaer til at afdække vores problemformulering, og mulighed for at bevæge sig væk fra denne struktur, for at kunne give interviewpersonen rum, til at afdække sin subjektive viden og erfaringer om fænomenet. Dette er vigtigt da vi her arbejder med tre instanser, to kommunale og et regionalt, som kan have vidt forskellige oplevelser, af det tværsektorielle samarbejde. Hermed giver det semistrukturerede interview, mulighed for at stille uddybende spørgsmål, inden for de fastlagte temaer, så interviewpersonernes viden, kan afdækkes bedst muligt. Semistrukturerede interviews vil ligeledes give os mulighed, for at udarbejde temaer til interviewpersonerne, så de forinden interviewet har mulighed for at forberede sig.

Spørgsmålskonstruktion til interviewguide

Efter valget af det semistrukturerede interview, er den næste proces i indsamlingen af projektets empiri, udformningen af interviewguide, og dermed konstruktionen af spørgsmål til interviewet.

Der er i forbindelse med denne proces, en række centrale refleksioner, som vil blive beskrevet i følgende afsnit.

I udformningen af interviewguiden, er rækkefølgen på spørgsmål overvejet, da interviewene skal være udformet dynamisk, og dermed danne grundlaget for en samtale, hvor der sker en udveksling af holdninger og meninger, mellem interviewer og interviewperson. (Kvale & Brinkmann, 2009, s. 20) Der er yderligere prioriteret glidende overgange, mellem spørgsmålene og tematiseringerne og deres rækkefølge, således at risikoen for misforståelser mindskes. Ordvalg og sætningskonstruktionen i interviewguiden er overvejet, da der ikke ønskes tvetydige spørgsmål, og ord der er negativt eller positivt ladede, eller bidrager til forkerte associationer. Dette begrundes at interviewguiden, lægger ud med at informere interviewpersonerne om specialet, rettigheder og anonymitet, samt at spørge ind til interviewpersonernes profession, erfaringer og rolle i feltet. (Kvale & Brinkmann, 2009, s. 154)

De yderligere spørgsmål i interviewguiden, er udarbejdet på baggrund af et teoretisk kendskab til Hauglands teori om succeskriterier og faldgruber i samarbejdet, og Browns teori om konflikter og organisering i organisationer, da der ønskes at opnå et kendskab, til succeskriterier og faldgruber i det tværsektorielle samarbejde, samt at få et indblik i organiseringen og de strukturer der eksisterer her.

Der vil i interviewet, blive spurgt ind til relationen, i det tværsektorielle samarbejde, samt de generelle opfattelser, af det tværsektorielle samarbejde, om mennesker med dobbeltdiagnoser, og deres erfaringer om samarbejdet om børn og unge.

Yderligere vil der blive spurgt ind til, hvad interviewpersonerne anser for styrker og svagheder, i det tværsektorielle samarbejde, om børn og unge med dobbeltdiagnoser. Her vil interviewpersonerne blive bedt om at besvare følgende spørgsmål:

1: *"Kan du nævne mindst tre styrker i samarbejdet?"*

2: *"Kan du nævne mindst tre svagheder i samarbejdet?"*

Med de to ovenstående spørgsmål, undersøges deres anskuelse af, styrker og svagheder i det tværsektorielle samarbejde, om børn og unge med dobbeltdiagnoser, og hvordan disse ansuelser, karakteriseres i Hauglands teoretiske virke, om faldgruber og succeskriterier.

Ved anvendelsen af Browns teori om konflikter, er der lavet en operationalisering af begrebet konflikt, som ekspliciteres i nedenstående tabel. Her skal man være opmærksom på, at denne operationalisering, udelukkende vil blive anvendt under interviewet, og i den semistrukturerede interviewguide i bilag 1.

Browns teori:	Konflikt
Interviewguide:	Udfordring

Denne operationalisering er lavet, da begrebet konflikt kan virke negativt ladet. Dette er imidlertid ikke tilfældet ved Browns teori om konflikter, hvor den overensstemmende konflikt, fordrer udvikling og forbedringer i samarbejdet. Derfor har vi valgt i interviewet, at spørge ind til udfordringer, i stedet for konflikter, for at undgå at skabe de forkerte associationer, under interviewene. Dette er valgt, da udfordringer, på trods af at dette ord også kan give negative associationer, er et mere neutralt ordvalg. Der er yderligere i interviewet, fokuseret på de forskellige opfattelser af behandlingen af børn og unge, i de to sektorer, grundet de forskellige paradigmer, der hersker i sektorerne. Her har vi valgt at stille spørgsmålet: *"Der er meget fokus på at mennesker med dobbeltdiagnosers behandling er en udfordring. Hvad tror du det skyldes?"* Vi får med dette spørgsmål, undersøgt om det ligeledes er deres mening, at der eksisterer udfordringer i det tværsektorielle samarbejde. Der vil blive stillet et opfølgende spørgsmål som lyder: *"Er det en udfordring du kan nikke genkendende til, i behandlingen af børn og unge?"*, for at præcisere, hvor disse udfordringer gør sig gældende i samarbejdet, om børn og unge med dobbeltdiagnoser. Dette spørgsmål skal afklare, om der ligeledes hersker forskellige opfattelser, i kraft af de forskellige paradigmer, der er barrierer for det tværsektorielle samarbejde, som belyses i første analysedel. Næste tema i interviewguiden, omhandler kompetencer, for at belyse hvilke kompetencer, der besiddes i det tværsektorielle samarbejde, om børn og unge med dobbeltdiagnoser.

Videre i Interviewet, vil der eksempelvis blive spurgt ind, til Hauglands begreb om positiv gensidig afhængighed og tillid og personlige relationer, med spørgsmålet: *"Kan det her samarbejde karakteriseres som værende et ligeværdigt samarbejde?"*. Med dette spørgsmål undersøges der, om der er en gensidighed, i det tværsektorielle samarbejde om børn og unge. Dette bliver yderligere uddybet, når der efterfølgende spørges ind til, om der eksisterer et tillidsforhold, i det tværsektorielle samarbejde. Derudover er der ræsonneret over Hauglands teori, om faldgruber og styrker i samarbejdet, ved at opstille et uddybende spørgsmål, om hvordan tilliden kommer til udtryk, og hvis ikke, hvilken betydning den manglende tillid har.

Der er i interviewguiden udarbejdet spørgsmål til at afklare parternes tiltag, inden for det seneste år, for at afdække hvilken indsats, de har gjort for at optimere, det tværsektorielle samarbejde, om børn og unge med dobbeltdiagnoser. Yderligere er der spurgt ind til, effekten af disse tiltag, for at undersøge om disse tiltag, reelt set har haft en effekt. Disse spørgsmål er inspireret af, Hauglands teori om succeskriterier og faldgruber, for at undersøge hvordan det tværsektorielle samarbejde, om børn og unge med dobbeltdiagnoser, fungerer. Der er ligeledes spurgt ind til Browns teori, om de forskellige former for organisering, når der spørges ind til ledelsens rolle og deres arbejde. Dette har vi valgt at gøre, ud fra en rationalisering om at strukturen og ledelsens opgaver, siger noget om hvorledes organisationen styres, og dermed hvorvidt der hersker overorganisering, underorganisering eller om der er overensstemmende organisering i samarbejdet. Derudover er der spurgt ind til ledelsens rolle, da en svag ledelse ifølge erfaringerne fra rapporterne, kan problematisere det tværsektorielle samarbejde.

Det afsluttende spørgsmål lyder: *"Hvis der kom en fe ind ad døren, hvad vil dit højeste ønske for det tværsektorielle samarbejde være?"*. Dette spørgsmål skal stilles til interviewpersonerne, for at få deres umiddelbare refleksion af hvad de oplever, kunne fremme det tværsektorielle samarbejde om børn og unge med dobbeltdiagnoser.

Pilottest

Der er udført pilottest af interviewguiden, for at sikre validiteten på spørgsmålskonstruktionen. Dette er gjort, for at undgå misforståelser og tvetydigheder i spørgsmålene. Vores første interviewguide, blev beskrevet at samtlige testpersoner som vanskelig, for lang og med for komplekse formuleringer. Testpersonerne havde vanskeligheder ved, at forstå og beskrive spørgsmålene, da der blev anvendt mange fagtermer, og sproget blev for akademisk. Yderligere gav spørgsmålene ikke mulighed, for den dybere refleksion. Derfor valgte vi, at udforme en ny interviewguide, hvor vi fokuserede på at holde spørgsmålene simple i hverdagsprog, uden mulighed for misforståelser og tvetydigheder. På baggrund af dette, udførtes der fire nye pilottest, for at sikre validiteten. Testpersonernes alder og professioner, spænder vidt fra gymnasialuddannelse til faglærte og akademikere. Ligeledes er der udført pilottest, på både mænd og kvinder, i forskellige aldersgrupper, for at sikre at interviewguiden, er forståelig uafhængigt af alder, køn og uddannelsesbaggrund.

Under pilottesten, blev der af testpersonerne påpeget, at de var i tvivl om, hvem der blev hentydet til, når der i spørgsmålene henvises til I. Dette gælder for eksempel med spørgsmålet: *"Hvilke aktuelle tiltag har I, igangsat det senest år?"*. Vi har i disse tilfælde skønnet, at vores testpersoner er i tvivl om hvem, der henvises til med I, da de ikke er en del af feltet, og den organisatoriske kontekst. Derfor mener vi at disse spørgsmål vil give mening, for vores interviewpersoner under interviewet, på trods af vores testpersoners skepsis og manglende forståelse.

Citaternes status

Når man anvender interview som empiri, er det centralt at reflektere over, hvilken status citaterne tilskrives. Dette er centralt, da empirien og teorien danner fundamentet for analysen, og dermed former den endelige konklusion. I dette speciale, spiller citaterne en central rolle, da interviewpersonerne anses som repræsentanter, for hver deres instans, i det tværsektorielle samarbejde, om børn og unge med dobbeltdiagnoser. Der er i relation til dette valgt, en minimal omskrivning af citater, fra tale til skriftsprog. Dette er valgt, da det ikke ønskes, at fortolkningerne af citaterne, skal give et forkert indtryk, og derfor er der valgt, kun at foretage få omskrivninger (Kvale & Brinkmann, 2009, s. 199). Anskuelsen af interviewpersonerne som repræsentanter, for hver deres instans, stemmer overens med specialets videnskabsteoretiske standpunkt, hvor sondringen mellem aktør og struktur sammentænkes. Gentagelser af citater kan forekomme i analysen, da nogle interviewspørgsmål er udarbejdet, til at favne flere teoretiske begreber.

Etiske overvejelser

Når man indhenter empiri, i form af interviews, er det ifølge Kvale og Brinkmann, vigtigt at have in mente, at man foretager *"...et moralsk projekt"*. (Kvale & Brinkmann, 2015, s. 105) Disse etiske overvejelser, bør foretages forinden interviewundersøgelsen finder sted, for at sikre interviewpersonernes oplevelse, og den viden der kommer frem af undersøgelsen. Der er derfor, i udarbejdelsen af projektet, foretaget nogle etiske overvejelser. (Kvale & Brinkmann, 2015, s. 105)

Interviewpersonerne som deltager i interviewundersøgelserne, besidder en ekspertviden, der ikke er mulig, at tilegne sig gennem litterærstudier, og vi har derfor gjort os overvejelser om det magtforhold, der eksisterer mellem os. Dette betyder at interviewpersonerne er i besiddelse af magten, da de har viden og erfaringer om det tværsektorielle samarbejde, som vi søger at få indsigt i.

Vi har gjort os overvejelser, i forbindelse med selve interviewundersøgelsen, hvor vi vil være opmærksomme på, ikke at stille ledende spørgsmål til interviewpersonerne. Dette er vi

opmærksomme på, da vores baggrundsviden fra første analysedel, hvor der tilegnes en baggrundsviden, om de generelle tendenser, i det tværsektorielle samarbejde.

I bearbejdningen af data, vil alle interviews blive transskriberet fuldt ud. Dette bidrager til at besvarelserne vil blive læst og uddraget, i deres oprindelige kontekst, hvilket sikrer at det undgås at besvarelserne bliver manipuleret.

Vi har i forbindelse med den opsøgende kontakt med interviewpersonerne, givet dem indblik i specialets formål, og har forinden interviewene, fået tilsendt en interviewguide, med temaerne, interviewene vil omhandle. Dette er med henblik på, at interviewpersonerne har mulighed for, at forberede sig på temaerne, og specificere deres viden og erfaringer.

Interviewpersonerne vil forinden interviewet, blive gjort opmærksomme på, at de tilbydes anonymitet, hvilket de alle har fravalgt. Dette til trods for at interviewpersonerne optræder i hver deres instans, og at de i forvejen har kendskab til hinanden, samt at dette speciale, vil blive udleveret til de deltagende instanser, og uploadet på speciale databasen, hvilket alle interviewpersonerne, har givet samtykke til. Vi er opmærksomme på, at dette kan bevirke at interviewpersonerne, ikke delagtiggør os i alle informationer, grundet den fravalgte anonymitet, og at der derfor er mulighed for, at information tilbageholdes.

Reliabilitet og validitet

Reliabilitet er et vigtigt element i et forskningsprojekt. *"Reliabilitet vedrører konsistensen og troværdigheden af forskningsresultater..."* (Kvale & Brinkmann, 2015, s. 318) Dette betyder, at man som forsker, skal være opmærksom på, om forskningsresultat er reproducerbart. Reliabiliteten bliver her en vigtig faktor at betænke, hvorvidt interviewpersonerne vil ændre deres besvarelser i interviewet, eller hvis undersøgelsen skulle gengives. (Kvale & Brinkmann, 2015, s. 318) Dette er der gjort overvejelser om i dette speciale. Specialets empiri er baseret på kvalitative interviews, hvilket betyder, som beskrevet i ovenstående, at det berører konsistensen og troværdigheden. Kvalitative interviews er meget svære at reproducere med oprindelige besvarelser. Samarbejdspartnerne i specialet, er Esbjerg kommune og region Syddanmark, som samarbejder om børn og unge med dobbeltdiagnoser, hvilket betyder at interviewpersonerne har besvaret på baggrund af, deres opfattelse af det tværsektorielle samarbejde på interviewtidspunktet, og denne opfattelse kan have ændret sig, hvis man ønsker at foretage endnu en undersøgelse. Dermed kan man sige at specialet, er præget af en lav reliabilitet, men et speciale, som ikke lader sig begrænse af dette.

Validiteten i et projekt er *"...hvorvidt en metode undersøger det, den påstås at undersøge."* (Kvale & Brinkmann, 2015, s. 318) Validitet har længe været tænkt, i en positivistisk kontekst, hvor validitet var målbare resultater. (Kvale & Brinkmann, 2015, s. 318) Dette har samfundsvidenskaber udviklet til *"...i hvilket omfang vores observationer faktisk afspejler de fænomener eller variable, vi interesserer os for..."* (Kvale & Brinkmann, 2015, s. 318) Da der i dette speciale, er anvendt kvalitativ empiri, i form af interviews, er der for at højne validiteten, udarbejdet en interviewguide, for at sikre at empirien er fyldestgørende til analyse. interviewpersonernes har endvidere forinden interviewene, fået tilsendt temaerne, som interviewet vil omfatte, med henblik på at interviewpersonerne, har mulighed for at forberede sig, for at empirien opnår højest mulig kvalitet.

I relation til valget af anvendelse af casestudie og kritisk realisme, er det relevant når man skildrer specialet validitet, at have generaliserbarheden in mente. Generaliserbarhed er en vigtig dimension i et speciale, grundet den kvalitative empiris kvalitet og konklusioner der anses som valide, samt hvorvidt disse konklusioner er enkeltstående fænomener, eller er generaliserbare i andre kontekster. (Kvale & Brinkmann, 2015, s. 332) Til spørgsmålet om hvorvidt casestudiers resultater kan generaliseres, er betinget af hvilken generaliseringsform casestudiet er baseret på; naturalistisk generalisering, statistisk generalisering eller analytisk generalisering. (Kvale & Brinkmann, 2015, s. 333-334) I dette speciale, vil der blive argumenteret for, at specialet er analytisk generaliserbart. Den analytiske generaliseringens kraft, beror på hvorvidt konklusioner i specialet, kan gentages, hvis man undersøgte det i en anden kontekst. Analytisk generalisering *"...er baseret på en analyse af lighederne og forskellene mellem de to situationer"*. (Kvale & Brinkmann, 2015, s. 334) Hvorvidt et projekt vurderes generaliserbart, afhænger af forskeren og læserens vurdering, af den kvalitative undersøgelse, hvilket beskrives i nedenstående citat:

"Validiteten af generaliseringen afhænger af en analyse af lighederne og forskellene mellem den oprindelige og den nuværende sag, af, hvor relevante de sammenlignede kendetegn er, hvilket igen forudsætter righoldige, tætte og detaljerede beskrivelser af sagerne..." (Kvale & Brinkmann, 2015, s. 335)

I dette speciale, er analyserne baseret på henholdsvis, aktuel udvalgt litteratur og kvalitative interviews. Den aktuelle udvalgte litteratur, bliver anvendt til at danne et billede af de generelle tendenser, der hersker i det tværsektorielle samarbejde, om børn og unge med dobbeltdiagnoser. Årsagen til at litteraturen er møntet på voksenalderen, er den manglende forskning på børne- og ungeområdet. Denne analyse af de generelle tendenser, kan højne validiteten og

generaliserbarheden af den empiriske analyse. Dette speciale, bærer præg af en vis grad af generaliserbarhed, da den empiriske analyse vil blive sammenlignet med, de generelle tendenser. Dette medfører, at specialet med udgangspunkt i, region Syddanmark og Esbjerg kommune, vil kunne bidrage til et indblik i, de muligheder og udfordringer, det tværsektorielle samarbejde står overfor, på børne- og ungeområdet. Dette vurderes, da konteksten, region og kommune, begge er politiskstyret organisationer, hvilket bidrager til at den viden der produceres, kan give et indblik i de udfordringer, det tværsektorielle samarbejde står overfor, men grundet kommuner og regioners forskellige udformninger af tilbud og behandling, ikke kan give et fuldstændigt billede heraf, men inspiration og vidensdeling.

Del II

Hvilke problemer og muligheder i det tværsektorielle samarbejde kan identificeres i aktuel udvalgt litteratur?

Aktuel viden og erfaringer med det tværsektorielle samarbejde

Der er for at få indsigt, i tendenserne i det tværsektorielle samarbejde, om mennesker med dobbeltdiagnoser, udvalgt fire rapporter. Disse fire rapporter er valgt, da det er det nyeste og mest omfattende danske litteratur, om det tværsektorielle samarbejde, om mennesker med dobbeltdiagnoser. Derfor belyser disse rapporter, de aktuelle tendenser, indenfor for de sidste par år. Rapporterne er baseret på forskning, af det tværsektorielle samarbejde om voksne med dobbeltdiagnoser, og ikke børn og unge, som specialet vil undersøge. Dette grundede aktuel viden, på børne- og ungeområde ikke eksistere, og det er derfor ikke muligt at anvende, til at belyse de aktuelle tendenser, som er intentionen med første analysedel. Det er fravalgt at give et dybere indsigt i rapporterne, grundet begrænset anslag. Der vil blive foretaget et samlet resume af rapporterne, for at lette læsningen af første analysedel. Der vil kort blive givet en introduktion, til de anvendte rapporter i nedenstående afsnit.

Rapporten *"Tværsektorielt samarbejde i psykiatrien"*, er en videns- og erfaringsopsamling, foretaget af KORA. Denne rapport er udarbejdet i 2012, og giver et opsamlende indblik i de tendenser, der er set i det tværsektorielle samarbejde, om mennesker med dobbeltdiagnoser (Johansen, Larsen, & Nielsen, 2012, s. 4).

Af nyere litteratur, anvendes der rapporterne *"Tværsektorielt samarbejde om mennesker med dobbeltdiagnoser"* og *"Deloitte Social og Socialstyrelsen"*, hvor man gennem samarbejdsmodellen har forsøgt, at etablere en integreret indsats. Disse rapporter er udarbejdet i perioden 2011-2014 og 2011- 2015, og er relateret, da de til dels er udarbejdet i forlængelse af hinanden. Her er det bemærkelsesværdigt, at slutresultaterne er meget forskellige, i de to rapporter, da der kun er et år mellem rapporternes afslutning. Disse to meget forskellige konklusioner af rapporterne, kan skyldes at der i projektet *"Tværsektorielt samarbejde om mennesker med dobbeltdiagnoser"*, samarbejdes med region Hovedstaden, Ballerup kommune og Egedal kommune (Johansen & Andersen, 2014, s. 2). Disse instanser er gengangere i *"Deloitte Social og Socialstyrelsen"*, men her samarbejdes der yderligere med region Midtjylland og Hedensted kommune og Syddjurs kommune. Man kan derfor overveje, om det er muligt at de tre nye instanser, har påvirket samarbejdet i så positiv grad, så udfaldet af rapporterne, adskiller sig så markant fra hinanden. Denne difference mellem rapporterne bør ansues kritisk, da muligheden for en så stor forskel virker overraskende. Man bør her være opmærksom på, at rapportererne er udarbejdet af henholdsvis Kora og Deloitte social og

socialstyrelsen. Man kan derfor overveje, om de forskellige resultater skyldes, at der hersker forskellige anskuelser, af det tværsektorielle samarbejde, hos de to afsendere.

Rapporten *"Tværsektorielt samarbejde om mennesker med dobbeltdiagnoser"* er en pjecen udarbejdet som en inspirationsguide, og er *"...et metodeudviklingsprojekt..."* (Johansen & Andersen, 2014, s. 2). Indsatsen er skabt af socialstyrelsen, og udarbejdet i samspil mellem Psykiatrisk Center Ballerup, Ballerup kommune og Egedal kommune. Kultursporet er et projekt, der søger viden, samt *"...erfaringer om kulturelle barrierer i det tværsektorielle samarbejde."* (Johansen & Andersen, 2014, s. 2). Inspirationsguiden beskriver erfaringerne fra Kultursporet, og opstiller en række spørgsmål til refleksion, for at optimere samarbejdet, omkring mennesker med dobbeltdiagnoser.

Deloitte Social og Socialstyrelsen har udarbejdet en rapport, om projektet *"En integreret indsats"*, der har skabt, afprøvet og evalueret en model, for hvordan kommuner og regioner kan samarbejde, om en tværsektoriel indsats, for personer med misbrug og en sindslidelse (Socialstyrelsen, 2015, s. 4). Socialstyrelsen søgte at udvikle en metode, hvorpå man kunne forbedre indsatsen, for borgere med misbrug og en samtidig sindslidelse, ved at udvikle metoder, der skal integrere indsatsen på tværs af regionspsykiatri, socialpsykiatri og misbrugsbehandling (Socialstyrelsen, 2015, s. 10). Projektet har to formål; på det organisatoriske niveau, søges der at sikre og udvikle indsatsen for mennesker med et misbrug og samtidig en sindslidelse, ved at udarbejde metoder til at integrere indsatsen på tværs af behandlingspsykiatri, socialpsykiatri og misbrugsbehandling, og på individniveau ønskede man at forbedre individets muligheder, for at have indflydelse på og ansvar for sit liv. Projektets udviklingsfase blev forsøgt i fire kommuner og to regioner, som forløb fra 2011-2013. De fire kommuner og to regioner er følgende; Ballerup og Egedal kommuner i samarbejde med region Hovedstaden, og Hedensted og Syddjurs Kommuner i samarbejde med region Midtjylland. (Socialstyrelsen, 2015, s. 11-12)

Rapport *"Tværsektorielt samarbejde om mennesker med ikke-psykotiske sindslidelse og misbrug"* er ligeledes udarbejdet i 2015, og bygger på et selvstændigt projekt, mellem region Hovedstaden, 7 kommuner og 3 misbrugsbehandlingstilbud, hvor man har udarbejdet en række procedurer, i et forsøg på at styrke det tværsektorielle samarbejde. Dette projekt har forløbet over perioden 2013-2014, og er et behandlingstilbud til mennesker med dobbeltdiagnoser¹. Hensigten med projektet er at tilrettelægge et forløb, hvor patienterne bliver udredt og behandlet for begge deres diagnoser, og

¹ Projektet vil efterfølgende blive betegnet som DD-projektet.

at dette foregår i et kombineret forløb. Projektet har fundet sted i region Hovedstadens psykiatri, og er ligeledes herfra blevet administreret økonomisk og ledelsesmæssigt. Region Hovedstadens Psykiatris intention med dette projekt, var at fremme det tværsektorielle samarbejde, omkring arbejdet med denne målgruppe. Det tværsektorielle samarbejde foregår mellem: Psykiatricenter Glostrup² som er den udførende instans, hvor udredning og behandling foregår. Der er endvidere tre misbrugsbehandlingstilbud tilknyttet: ”KABS, Lænken og Blå kors samt de syv kommuner i PC-Glostrups optageområde: Albertslund, Glostrup, Brøndby, Rødovre, Høje Taastrup, Ishøj og Vallensbæk kommuner.” (Buch, Thygesen, & Johansen, 2015, s. 13). Samtidig er der deltagelse fra praktiserende læger, private psykiatere og behandlingspsykiatriens læger i projektet. (Buch, Thygesen, & Johansen, 2015, s. 13) Der er i projektet dannet en tværsektoriel styregruppe, hvor udvalgte aktører i projektet er repræsenteret, her i blandt er repræsentanter fra kommunen, psykiatricenter Glostrup, almen praksis, samt kompetencecentret, som beskæftiger sig med dobbeltdiagnoser, hos region Hovedstaden som rådgivere. For at fremme det tværsektorielle samarbejde, har der i projektets forløb været nedsat en projektgruppe, bestående af repræsentanter fra Psykiatricenter Glostrup, kommunerne og de tre behandlingstilbud. Deres opgaver har blandt andet bestået i at formidle beslutninger ud til styregrupperne. (Buch, Thygesen, & Johansen, 2015, s. 14)

Det er centralt at være opmærksom på, at ikke alle rapporter belyser deres udarbejdelse og opsamling af empiri. Derfor er det vigtigt at forholde sig kritisk til rapporterne, da resultaterne heri er fortolket, og dermed bygger vores analyse ikke på informanternes subjektive viden og erfaringer. Derfor ved vi ikke hvordan dataene i rapporterne, er blevet genereret, og om gennemgangen af databehandling har været identisk.

Sammenfatning af viden fra de fire udvalgte rapporter

Man kan ud fra de fire ovenstående rapporter se, at samarbejdet om mennesker med dobbeltdiagnoser, mellem den regionale og kommunale sektor er udfordret. I rapporten ”Tværsektorielt samarbejde om mennesker med ikke-psykotisk sindslidelse og misbrug” kan man se, at tilbud og behandlingsindsatser er overlappende, hvilket medfører en usikkerhed for, hvem der skal varetage behandlingen i konkrete situationer (Buch, Thygesen, & Johansen, 2015, s. 23). Her kan der opstå frustration, da der i hver sektor opleves at anden part ikke opfylder sit ansvar. Derudover skaber de to sektors tilgange til behandling også barriere for samarbejdet, hvilket kan

² Psykiatricenter Glostrup vil fremover blive beskrevet som PC-Glostrup.

ses i rapporten *“Tværsektorielt samarbejde om mennesker med ikke-psykotiske lidelse og misbrug”*, hvor misbrugscentrene i DD-projektet har svært ved at skelne, mellem hvilke borgere der skal visiteres til projektet, da de på centrene selv har tilbud til mennesker med dobbeltdiagnoser (Buch, Thygesen, & Johansen, 2015, s. 6). Ligeledes bliver det tydeligt i rapporten *“Tværsektorielt samarbejde om mennesker med en dobbeltdiagnose”*, hvor det beskrives hvordan de to sektorer har hver deres opfattelse af behandling, grundet deres forskellige paradigmer.

Det faktum at de to sektorer traditionelt har forskellige paradigmer, har betydning for deres forståelser og dermed også den måde de italesætter problematikker. (Johansen & Andersen, 2014, s. 5) I rapporten *“Tværsektorielt samarbejde om mennesker med ikke-psykotisk sindslidelse og misbrug”* spiller kommunikationen en central rolle, da det tværsektorielle samarbejde mellem de to sektorer generelt er præget af manglende kommunikation. Denne manglende kommunikation mellem de to sektorer, bidrager til at det er vanskeligt at danne en fælles forståelse for behandlingen og indsatsen for mennesker med dobbeltdiagnoser. Der er ikke en grundlæggende forståelse for retningslinjerne for samarbejdet, og dette kan bidrage med en oplevelse af at parterne kommunikerer envejskommunikation. (Buch, Thygesen, & Johansen, 2015, s. 30) Den manglende kommunikation kan desuden skyldes, at de samarbejdende parter, nedprioriterer det tværsektorielle samarbejde, fordi der i deres egne organisationer er forandringer, der fylder mere i deres arbejde. Herudover er den manglende ansvarsfølelse for det tværsektorielle samarbejde, en faktor der spiller ind. (Buch, Thygesen, & Johansen, 2015, s. 22) En yderligere barriere der bidrager til at forhindre det gode tværsektorielle samarbejde, er manglen på anerkendelse og anvendelse af hinandens viden og kompetencer. Dette kan til dels skyldes den manglende kommunikation og kendskab til hinandens fagligheder på tværs af organisationerne, hvilket bevirker, at der ikke er viden om, hvad de andre fagligheder kan tilbyde. (Buch, Thygesen, & Johansen, 2015, s. 33) Dette kan bidrage til en barriere i forhold til rollekonflikter i det tværsektorielle samarbejde, hvor parter ikke føler de opfylder deres fulde potentiale. (Buch, Thygesen, & Johansen, 2015, s. 26) Erfaringerne fra projekterne er dog ikke udelukkende negative, da det i projektet *“Deloitte social og socialstyrelsen”* opleves at den tværsektorielle koordinering fremmes. De tværsektorielle teams, har bidraget med et styrket samarbejde og en effektivisering i opsporingen af mennesker med dobbeltdiagnoser (Socialstyrelsen, 2015, s. 80). Den integrerede indsats har medvirket til at fremme den tværsektorielle koordinering, samt forbedre kommunikationen i samarbejdet. Derudover er der sket en forøgelse i medarbejdernes kendskab til mennesker med dobbeltdiagnoser, både i den kommunale og den regionale sektor, samt hinandens terminologi og faglighed, hvilket fremmer

kommunikationen. (Socialstyrelsen, 2015, s. 80) I videns- og erfaringsopsamlingen *”Tværsektorielt samarbejde i psykiatrien”*, belyses det hvordan organisationskultur præger det tværsektorielle samarbejde negativt. Desuden belyser rapporten ligeledes, hvordan manglende tværgående ledelse i samarbejdet, ofte er en barriere (Johansen, Larsen, & Nielsen, 2012, s. 21). Der vil i det følgende blive anvendt de ovenstående erfaringer fra rapporterne, til at analysere faldgruber og succeskriterier, organiseringen og konflikttypen i det tværsektorielle samarbejde.

Præsentation af første analysedel

Følgende analyse, søger at lokalisere faldgruber og succeskriterier, i rapporterne ud fra Hauglands teori. Dette skal bidrage til at belyse de generelle tendenser, der hersker i det tværsektorielle samarbejde, og til videre analyse af Browns teori, om organisering af grænsefladen, og typen af konflikter, i det tværsektorielle samarbejde. Valget af Hauglands teoretiske virke er truffet, da der med denne teori, ønskes at give et nuanceret billede, af de faktorer der fremmer og hæmmer det tværsektorielle samarbejde, hvilket bliver belyst gennem denne teori. Valget af Hauglands teori er truffet, på trods af hans fokus på private virksomheder, da han er en af de eneste teoretikere, der beskæftiger sig med faldgruber og succeskriterier i samarbejdet. Dette har ligeledes ført til kritiske overvejelser, da dette projekt beskæftiger sig med organisationer i det offentlige, og derfor, modsat det private, ikke har de samme muligheder i valget af samarbejdspartnere. Vi vil dog argumentere for, at hans teori, trods sit fokus på private virksomheder, stadig er anvendelig i analysen af det tværsektorielle samarbejde, da kriterierne for et vellykket samarbejde er ens, uanset om det foregår i private virksomheder eller offentlige organisationer. At Hauglands teori oprindeligt er tiltænkt private virksomheder, ses ligeledes i teorigennemgangen, da der her henvises til virksomheder og ikke organisationer. Vi har valgt i specialets teori afsnit, at anvende virksomheder for at forblive tro mod hans teori.

Browns teori om organisering af grænsefladen og konflikt, bidrager med en vigtig belysning, af det tværsektorielle samarbejdes grundlæggende vilkår for samarbejdet. Derfor er det vigtigt at analysere, hvor der i samarbejdet hersker en overorganisering, underorganisering eller overensstemmende organisering, for at præcisere hvordan organiseringen, bidrager til at fremme og hæmme, vilkårene i det tværsektorielle samarbejde.

For at lette overblikket og læsningen for læseren, har vi valgt at beskrive teori og analysen ad hoc. Opbygning af første analysedel, lægger ud med en teoretisk gennemgang af Hauglands teori, og

efterfølgende analyse. Herefter vil Browns organisering og konflikt teorier blive gennemgået, og efterfølgende anvendt til analyse.

Teoriafsnit

For at analysere hvilke faktorer, der hæmmer og fremmer det tværsektorielle samarbejde, om mennesker med dobbeltdiagnoser, vil der blive taget udgangspunkt i Hauglands teoretiske virke, om succeskriterier og faldgruber i samarbejdet mellem virksomheder.

Sven A. Haugland: Succeskriterier og faldgruber i samarbejdet.

Hauglands teoretiske virke, påpeger at det gode samarbejde består af, at virksomheder samarbejder på områder, der er tilknyttet den strategiske kerne i virksomheden, samt at der i dette samarbejde bliver investeret i relationer, relateret til kompetencer, organisation og strategi. I det gode samarbejde, er der mindre kompleksitet i arbejdsopgaverne, da de involverede virksomheder, har kompetencer til at løse opgaverne, hvilket medfører mindre usikkerhed om arbejdsopgaverne. I det gode samarbejde spiller de tillidsbaserede styringsmekanismerne, en afgørende rolle. (Haugland, 2004, s. 124) Man kan ud fra den praktiske erfaring, se at samarbejde på strategiske centrale område, medfører et større udbytte, end hvis samarbejdet foregår på mere perifere områder, og man kan derfor være af den overbevisning, at komplementære samarbejdsrelationer har større udbytte. Man kan derfor argumentere for, at samarbejdet ikke bør bestå af komplekse samarbejdsopgaver, og samarbejdet og dets relationer bør prioriteres. Relationen mellem de samarbejdende virksomheder bør bygge på *positiv gensidig afhængighed* og ledelsen, styring og organiseringen skal fundere på tillidsbaserede mekanismer (Haugland, 2004, s. 125).

Positiv gensidig afhængighed og tillid og personlige relationer

Der vil i dette speciale ikke blive adskilt Hauglands to begreber *positiv gensidig afhængighed* og *tillid*. Dette er valgt af praktiske årsager, da det er vanskeligt at fastslå kausalitet, mellem de to begreber. Der kan ikke på baggrund af vores teori argumenteres for, om den *positive gensidige afhængighed* fordrer *tillid* eller omvendt. Derudover vil sondringen medfører, praktiske problemer under analysen, da det kan være vanskeligt at afgøre, grænsen mellem tillid og positiv gensidig afhængighed ud fra empirien. Yderligere operationaliseres *personlige relationer og tillid* ind som et samlet begreb, da *tilliden og de personlige relationer* fordrer den *positive gensidige afhængighed*, og derfor kan det ikke adskilles, ud fra specialets udvalgte litteratur og indsamlet empiri.

Hvis der i samarbejdet mellem virksomheder, skal opnås den positive gensidige afhængighed, skal der samarbejdets på væsentlige områder, i relation til virksomhedernes strategiske kerne, da dette vil medvirke til, at samarbejdet kan videreudvikle virksomhederne, og illustrere at samarbejdet prioriteres. Samarbejdet kan dermed berige virksomhederne med nye komplementære ressourcer og kompetencer, hvilket argumenterer for at de samarbejdende virksomheder, bør kunne bidrage med komplementære ressourcer og kompetencer, uden der er markant forskel, mellem de samarbejdende virksomheders strategier. Formålet er at virksomhederne skal samarbejde, for at opnå deres individuelle mål, og dermed blive afhængig af hinanden, og derfor få en positiv gensidig afhængighed. (Haugland, 2004, s. 125)

Den positive gensidige afhængighed definerer samarbejdet, og de investeringer og reguleringer som virksomhederne udfører, for at etablere et velfungerende samarbejde. Samarbejdet *"...handler om å koordinere aktiviteter mellom bedrifter uten å vite nøyaktig hvordan dette skal skje."* (Haugland, 2004, s. 126). Derfor er tillid afgørende, da tilliden knytter bånd mellem virksomhederne, ved at skabe en fælles forståelse af samarbejdet, og dermed en fælles identitet og enighed om bidragene til samarbejdet. Den fælles forståelse og identitet er central, da ændringer er hyppige, og der er derfor behov for at samarbejdspartnerne skal være fleksible, tilpasse sig hinanden, og ved udfordringer skal der fra begge parter, tages hensyn til modpartens interesser. Samarbejdet skal udvikle en fælles platform, ved at opstille en række mål, som parterne kun kan opnå ved at anvende hinandens kompetencer. Platformen er dannet, når virksomhederne har opnået en positiv gensidig afhængighed til hinanden. Med samarbejdet afgiver virksomheden kontrollen, hvilket er lettest at gøre, hvis virksomhederne har tillid til hinanden. (Haugland, 2004, s. 126-127)

Succeskriterier

Da samarbejde er meget varierende, er det vanskeligt at beskrive almengyldige kriterier, der bidrager til succes. Der er dog faktorer, med central betydning, hvis samarbejdet skal lykkes. (Haugland, 2004, s. 127) Disse faktorer vil kort blive beskrevet i det følgende:

Samarbejde på strategisk vigtige områder: Virksomheder bør samarbejde på strategisk vigtige områder, da dette medfører en forbedring, i virksomhedernes konkurrenceposition på markedet, og dermed bliver samarbejdet, et redskab for at videreudvikle virksomheden. Generelt vil virksomheder dog danne samarbejdsrelationer med forsigtighed, af frygt for at miste ressourcer. (Haugland, 2004, s. 127)

Invester i samarbejdet: Der bør investeres i samarbejdet fra virksomhedernes side, og samarbejdet skal tildeles de nødvendige ressourcer, i form af tid, kapital og kompetencer. Når virksomhederne investerer i samarbejdet synliggøres det, at samarbejdet er vigtigt, hvilket knytter virksomhederne sammen. Det er dog vigtigt, at der er balance i virksomhedernes anvendelse af ressourcer. (Haugland, 2004, s. 127)

Alle parterne skal have værdifulde bidrag: Samarbejdet skal være præget af komplementaritet, og alle parter i samarbejdet skal kunne bidrage til samarbejdet og dets realisering. Derudover er en fælles målsætning, der opnås gennem fælles kompetencer og ressourcer, central. (Haugland, 2004, s. 127 - 128)

Begynd nøgternt og lad samarbejdet udvikle sig: Når et samarbejde skal etableres, skal man være opmærksom på at samarbejdet skal påbegyndes nøgternt, da det bliver for komplekst, hvis man starter samarbejdet for omfattende. Det kan derfor være gavnligt at etablere samarbejdet i etaper. (Haugland, 2004, s. 128)

Åben kommunikation: For at samarbejdet kan lykkes, skal kommunikationen være åben mellem samarbejdspartnerne. For at virksomhederne kan koordinere deres arbejde, kræver dette åben kommunikation, da en lukket kommunikation, kan signalere mistillid, og dermed begrænse motivationen, hvis informationer og viden ikke deles. (Haugland, 2004, s. 128)

Tillid og positiv gensidig afhængighed, og tillid og personlige relationer: Tillid mellem parterne er den vigtigste forudsætning, for at samarbejdet kan lykkes. Med samarbejdet afgiver virksomheden sig kontrol, og gør sig afhængig af den eller de andre virksomheder (Haugland, 2004, s. 125-126) Haugland beskriver videre hvordan tillid, personlige relationer og positiv gensidig afhængighed er fundamentale elementer, for at etablere et godt samarbejde. (Haugland, 2004, s. 128)

Faldgruber

Ofte når virksomheder ikke de ønskede resultater, hvilket kan skyldes at ledelsesmæssige og styringsmæssige aspekter, ikke håndteres optimalt. Der vil i det følgende blive belyst en række faldgruber, der kan være årsag til at samarbejdet mislykkedes. (Haugland, 2004, s. 128)

Samarbejdet bliver for komplekst: Et problem i samarbejdet der etableres, er at det bliver for komplekst. Ved en øget kompleksitet stiger kravene til organisering, styring og ledelsen. Når

samarbejdet er komplekst, er det svært at etablere et samarbejde mellem parterne, når der ikke er tidligere erfaringer, kendskab og viden om hvordan man kan løse udfordringerne sammen. Derfor kan man foretrække, at samarbejdet skal reduceres til noget håndterbart, hvor kompleksiteten stiger i takt med, at erfaringer for at løse fælles udfordringer øges. (Haugland, 2004, s. 129)

Mangel på gensidig tilpasningsevne: Parterne bør tilpasse hinanden gensidigt, når der indledes et samarbejde, selvom der ikke på forhånd er gennemskuelighed om, hvilke tilpasninger der skal foretages. Derfor er en fleksibilitetsmekanisme i samarbejdet relevant, og parterne må tilpasse sig gensidigt, i takt med at omstændighederne ændre sig. Er der ikke en velvilje til den gensidige tilpasning, bliver det udfordrende at opnå et godt samarbejde i mellem virksomhederne. (Haugland, 2004, s. 129)

Ubalance i samarbejdet: Denne faldgrube sker, når der ikke er samme interesse for at samarbejde og der bidrages forskelligt med kompetencer og ressourcer til samarbejdet. Der skal være mest mulig balance, da ubalance præger samarbejdet og medfører en oplevelse af, at modparten ikke yder deres indsats, hvilket har indvirkning på samarbejdet. Her skal man være opmærksom på, at samarbejdspartnerne bidrag ikke skal være ens, men over længere tid skal der være en balance og gensidighed. (Haugland, 2004, s. 129)

En af parterne føler sig udnyttet: Man kan ikke etablere et godt samarbejde, hvis en af parterne bevidst søger at udnytte den anden, og derfor er det afgørende, at der er en jævnbyrdig fordeling mellem samarbejdspartnerne. (Haugland, 2004, s. 129)

Mangel på dynamik og udvikling: Samarbejdsrelationen skal blive vedligeholdt, da relationen mellem virksomheder ellers forringes og forsvinder. Derfor skal dynamikken og udviklingen prioriteres, for at samarbejdet kommer til at fungerer optimalt. (Haugland, 2004, s. 130)

De ovenstående succeskriterier og faldgruber er vejledende anbefalinger, der kan være til nytte ved samarbejde mellem virksomheder. I dette speciale, bliver Hauglands teori anvendt, til at analysere succeskriterier og faldgruber, i det tværsektorielle samarbejde, mellem kommune og region, og dermed ikke virksomheder som teorien er målrettet, hvilket medvirker til lidt anderledes vilkår for samarbejdet. Dette grundet at offentlige organisationer, er underlagt politiskstyring, hvilket har betydning for organisationernes udformning. (Haugland, 2004, s. 130)

Første analysedel 1

Analyse af succeskriterier og faldgruber i det tværsektorielle samarbejde om mennesker med dobbeltdiagnoser

Ifølge Hauglands teori er der en række faktorer, der har indvirkning på hvorledes det er muligt, at opnå det gode samarbejde. Der vil i følgende analyse, blive opstillet Hauglands succeskriterier og faldgruber, til at analysere de generelle tendenser, i det tværsektorielle samarbejde om mennesker med dobbeltdiagnoser, ud fra rapporterne, i en systematisk rækkefølge.

Samarbejde på strategiske vigtige områder: Det første succeskriterie eksisterer generelt i rapporterne. Man kan argumentere for at dette succeskriterie eksisterer, da indsatserne i projekterne forsøger at optimere samarbejdet, på forskellige måder. Når samarbejdet bliver belyst ud fra dette succeskriterie, er det for at belyse om der er en grænseflade, med potentiale for at videreudvikling det tværsektorielle samarbejde, om mennesker med dobbeltdiagnoser. Man kan i rapporterne se dette succeskriterie, og påpege at samarbejdet, om mennesker med dobbeltdiagnoser, sker på et strategisk vigtigt område, hvor alle parter vil profitere, ved et velfungerende samarbejde. Man søger eksempelvis med projektet ”*Tværsektorielt samarbejde om mennesker med en dobbeltdiagnose*”, at sikre og videreudvikle indsatsen, på tværs af misbrugsbehandling, regionspsykiatri og socialpsykiatrien, da man ønsker at borgerne skal behandles mere sammenhængende. (Johansen & Børsting-Andersen, 2014, s. 3)

Invester i samarbejdet: Når man skal belyse dette succeskriterie, kan man se at parterne har investeret i samarbejdet, i forskellig grad. Her kan man til dels argumentere for, at udformningen af projekterne, og det at stå til rådighed til nærmere undersøgelse, er en ressourcemæssig prioritering, der signalerer at man søger at forbedre, den tværsektorielle indsats, for mennesker med dobbeltdiagnoser. Når dette er pointeret, er det ligeledes vigtigt at være opmærksom på, at alle projekter har investeret forskelligt i samarbejdet. I rapporten ”*Tværsektorielt samarbejde omkring mennesker med ikke-psykotisk sindslidelse og misbrug*” har man investeret anderledes i samarbejdet, da man i DD-projektet, søger at opspore mennesker med en dobbeltdiagnose, og behandle dem, i en sammenhængende indsats. I dette projekt, er der investeret i samarbejdet, mellem PC-Glostrup og misbrugscentrene, eksempelvis i forsamtalerne, hvor man forsøger at undersøge, om kriterierne for DD-projektet passer på borgerens behov. (Buch, Thygesen, & Johansen, 2015, s. 26) I Projektet ”*Tværsektorielt samarbejde om mennesker med dobbeltdiagnose*”

ønsker man at opnå kendskab til ”...erfaringer om kulturelle barrierer i det tværsektorielle samarbejde” (Johansen & Andersen, 2014, s. 2). Man har investeret i dette samarbejde, ved at forsøge at opnå en fælles forståelse, for behandlingen af mennesker med dobbeltdiagnoser, samt at opbygge en fælles kultur i teamene. Udformningen af erfaringerne og refleksionsspørgsmålene i pjecen, signalerer derudover at der investeres i samarbejdet, og at projektet og dets erfaringer, er vigtige. Dette afspejler sig ligeledes, i rapporten ”Deloitte social og socialstyrelsen” hvor man har investeret meget i samarbejdet, men formår ikke at opnå en integreret indsats, men derimod en styrket tværsektoriel koordineret indsats. (Socialstyrelsen, 2015, s. 80) Her kan man reflektere over, om dette skyldes kompleksiteten, i det tværsektorielle samarbejde. Der er ligeledes investeret i de tværsektorielle teams, der i dette projekt har fremmet samarbejdet på tværs af sektorerne, gennem udbredelsen af kendskab, til hinandens fagligheder og kompetencer.

Alle parterne skal have værdifulde bidrag: Generelt kan man i projekterne se, at hver sektor i projekterne har værdifulde bidrag til samarbejde, dog bliver de ikke i projektforsløbene udnyttet til fulde, da det er vanskeligt, at koordinere kompetencerne i sektorerne, hvilket udfordrer samarbejdet. Disse vanskeligheder ved et at koordinere hinandens kompetencer, kan for eksempel være forårsaget af dårlig kommunikation, manglende kendskab til hinandens arbejde og kompetencer. I projektet ”Deloitte social og socialstyrelsen” har man gennem samarbejdets vidensdeling, udviklet en styrket tværsektoriel koordinering af indsatsen, ud fra kombinationen af hinandens kompetencer. Derudover har man forsøgt at styrke det tværsektorielle samarbejde, med en tværgående ledelsesstruktur, for at sikre en ensartet målsætning. Dog er intentionen med projektet, som tidligere beskrevet, at opnå en integreret indsats, mellem Kommune og Region. (Socialstyrelsen, 2015, s. 100)

Begynd nøgternt og lad samarbejdet udvikle sig: I forhold til dette succeskriterium, kan man ikke fremhæve, at rapporterne entydigt arbejder sig nøgternt frem i samarbejdet. Dette skyldes, at man i samtlige rapporter forsøger at etablere, et forbedret tværsektorielt samarbejde, om mennesker med dobbeltdiagnoser. Dermed kan man argumentere for, at samarbejdet ikke påbegyndes nøgternt og gradvist udvikles, da der er fastlagte procedurer for hvordan samarbejdet skal etableres, hvilket fører til et komplekst og ufleksibelt, da samarbejdspartnerne skal forholde sig til de mange retningslinjer og procedurer, udover medarbejdernes daglige arbejdsopgaver.

Åben kommunikation: Kommunikationen er som beskrevet i *sammenfatningen af viden*, en af de store problematikker, i det tværsektorielle samarbejde. Det belyses dog i rapporten ”*Deloitte social og socialstyrelsen*”, at de gennem etableringen af en integreret indsats, har formået at skabe en forbedring af kommunikationen mellem sektorerne, ved at etablerer et større kendskab til hinandens fagligheder og kompetencer. (Socialstyrelsen, 2015, s. 98) Det belyses ligeledes hvordan kommunikationen, er en faldgrube for DD-projektet, hvor parterne misforstår hinanden i kommunikationen. (Buch, Thygesen, & Johansen, 2015, s. 6+30) I rapporten ”*Tværsektorielt samarbejde om mennesker med en dobbeltdiagnose*”, spiller kommunikationen endvidere en stor rolle, da man med denne rapport søger at mindske, de faglige barrierer, der problematiserer en fælles forståelse. Man søger med denne inspirationsguide at pointerer, at det er nødvendigt at opløse de rodfaste paradigmer, og på denne baggrund, dannes en fælles forståelse. (Johansen & Andersen, 2014, s. 5) Derfor eksisterer den åbne kommunikation, kun i begrænset omfang i rapporterne, og derfor er dette succeskriterie ofte i det tværsektorielle samarbejde særdeles udfordret.

Tillid og positiv gensidig afhængighed, og tillid og personlige relationer: De centrale elementer for at opbygge den positive gensidige afhængighed, tillid og personlige relationer, eksisterer kun i begrænset i rapporten ”*Deloitte Social og Socialstyrelsen*”, hvilket har bidraget til en forbedret kommunikation mellem de to sektorer, hvilket har haft en positiv effekt på den gensidige forståelse. I kraft af, at den gensidige forståelse er forbedret, er potentialet for at skabe et tillidsfuldt og gensidigt afhængigt tværsektorielt samarbejde, præget af personlige relationer større. (Socialstyrelsen, 2015, s. 79) I ”*Tværsektorielt samarbejde omkring mennesker med ikke-psykotisk sindslidelse og misbrug*”, formår man ikke at etablerer den positive gensidige afhængighed og tillid, mellem samarbejdspartnerne. Dette er forårsaget af manglende klarhed i projektets opbygning, hvilket betyder at der fra start i projektet, eksisterer barrierer som skal overkommes, før samarbejdspartnerne i det tværsektorielle samarbejde kan skabe denne udvikling. (Buch, Thygesen, & Johansen, 2015, s. 6)

Faldgruber

I relation til at Hauglands teori, opstiller en række succeskriterier, er der ligeledes opstillet en række faldgruber, der vanskeliggør det tværsektorielle samarbejde, og dermed begrænse udviklingen, i det

gode tværsektorielle samarbejde. Der vil i det følgende blive belyst, hvor der i rapporterne, er eksempler på Hauglands faldgruber i projekterne.

Samarbejdet bliver for komplekst: Der er generelt en tendens til at det tværsektorielle samarbejde, bliver for komplekst i rapporterne, til trods for at projekterne er udarbejdet for at fremme det tværsektorielle samarbejde. Projekterne bliver ofte for omfattende og komplekse, hvilket resulterer i at samarbejdet vanskeliggøres, og ikke udvikle sit fulde potentiale. Når samarbejdet bliver meget komplekst, stiger kravene til organisationen, ledelsen og styringen, og et komplekst samarbejde kan være vanskeligt at indfri, uden tidligere erfaringer indenfor området. Dette begrundes at et tværsektorielt samarbejde, bør implementeres nøgternt, da dette gør det lettere at tilpasse og udvikle, det tværsektorielle samarbejde, mellem sektorerne. I projektet *”Tværsektorielt samarbejde om mennesker med ikke-psykotiske sindslidelse og misbrug”* er der udformet klare retningslinjer og procedurer, der alle indføres ad en gang. Dette komplicerer samarbejdet, da der stadig er uklarheder om projektet, i forhold til præcisering af målgruppen, samt de mange procedurer hos de mange forskellige samarbejdspartnere, som der ikke bliver fulgt op på. Dette skaber et usikkert grundlag for projektets arbejde og udfald, og dette afspejler sig ligeledes i projektets resultat, hvor der blot er seks henvisninger fra misbrugscentrene. (Buch, Thygesen, & Johansen, 2015, s. 6) Man kan fremhæve rapporten *”Deloitte social og socialstyrelsen”*, da der her erkendes at samarbejdet om mennesker, med dobbeltdiagnoser er komplekst, hvilket resulterer i at projektet opnår en koordineret indsats, i stedet for en integreret indsats, hvilket er det bedste resultat i de udvalgte rapporter. (Socialstyrelsen, 2015, s. 100)

Mangel på gensidig tilpasningsevne: Manglende tilpasningsevne har været en af de store barrierer i projektet *”Tværsektorielt samarbejde om mennesker med ikke-psykotiske sindslidelse og misbrug”*, hvor de kommunale sagsbehandlere, har nedprioriteret samarbejdet til fordel for deres daglige arbejdsopgaver. (Buch, Thygesen, & Johansen, 2015, s. 22) Dette har betydet, at opsporingen af borgere i projektet, er havnet hos misbrugscentrene, som har haft svært ved at gennemskue, hvilke borgere der har opfyldt kriterierne til projektet. (Buch, Thygesen, & Johansen, 2015, s. 6) Det manglende ejerskab for det tværsektorielle samarbejde, er ligeledes en faktor som beskrives i rapporten *”Tværsektorielt samarbejde om mennesker med ikke-psykotiske sindslidelse og misbrug”*, som er en faldgrube der forhindrer samarbejdet i at fungere. (Buch, Thygesen, & Johansen, 2015, s. 22) PC-Glostrup står derfor tilbage, med en følelse af at have bidraget meget til projektet, men

har manglet respons fra sine samarbejdspartnere. Man kan i relation til denne faldgrube overveje, hvorvidt den manglende gensidige tilpasningsevne, er en barriere eller det er den manglende fælles forståelse, der forhindrer det tværsektorielle samarbejde i at fungerer, når parterne ikke har samme grundlæggende afsæt for samarbejdet. Foruden dette fælles afsæt, har parterne fortsat forskellige forståelser i arbejdet, hen mod det fælles mål.

Ubalance i samarbejdet: I rapporten ”*Tværsektorielt samarbejde om mennesker med ikke-psykotiske sindslidelse og misbrug*” belyses det hvordan overlappende tilbud mellem region og kommune, kan udløse en frustration og beskyldninger på tværs af sektorer om manglende varetagelse af arbejdsopgaver, hvilket ender med at størstedelen af arbejdsbyrden er placeret hos PC-Glostrup. (Buch, Thygesen, & Johansen, 2015, s. 23) Dette er aktuelt da der ofte i det tværsektorielle samarbejde, hersker forskellige paradigmer, som der står beskrevet i rapporten ”*Tværsektorielt samarbejde om mennesker med en dobbeltdiagnose*”. Det er ikke blot de overlappende indsatser, der bliver som problematiske, men ligeledes de forskellige paradigmer som dikterer forskellige forståelser af behandlingsindsatser i organisationerne, som forekommer som en barriere, mellem de to sektorer og faggrupperne. (Johansen & Andersen, 2014, s. 5) Her er det centralt at være opmærksom på, at der muligvis ville kunne findes en balance i samarbejdet, ved at parterne bidrager ligeligt til samarbejdet over tid, og etablerer en fælles forståelse, gennem kendskab til hinandens paradigmer og herigennem opbygge en gensidig positiv afhængighed, tillid og personlige relationer.

En af parterne føler sig udnyttet: I projektet ”*Tværsektorielt samarbejde om mennesker med ikke-psykotiske sindslidelse og misbrug*”, belyses det at de frikøbte misbrugskonsulenterne, i samarbejde med PC-Glostrups ansatte, deltager i forsamtalerne. Her skal de bidrage med deres viden til udredningen af de henviste borgere. Misbrugscentrenes konsulenter føler, at deres afgrænsede rolle er utilfredsstillende, da de intet feedback får på samtalerne, om hvorvidt borgerne bliver inkluderet i projektet, og om deres udtalelser bliver anvendt i afgørelsen herom. Ligeledes oplever PC-Glostrup at de bidrager med meget til samarbejdet og varetager det primær ansvar, uden at deres samarbejdspartnere tager del i dette ansvar for behandlingen af mennesker med dobbeltdiagnoser. (Buch, Thygesen, & Johansen, 2015, s. 26) Denne ubalance af opgavevaretagelsen i projektet, medfører at nogle af parterne føler sig udnyttede.

Mangel på dynamik og udvikling: Manglen på disse elementer er konsekvensen af et for komplekst samarbejde, som rapporterne er præget af, da barrierer i samarbejdet forhindrer, at det udvikles og bliver dynamisk. Man kan dermed argumentere for, at manglen på dynamik og udvikling er generelt for projekterne, da det tværsektorielle samarbejde er komplekst, hvilket der ikke tages højde for i projekterne. Dette afspejles tydeligt i projektet ”*Tværsektorielt samarbejde om mennesker med ikke-psykotiske sindslidelse og misbrug*”, hvor de mange nye procedurer, aldrig opnår at blive implementeret hos alle parter, og projektet derfor aldrig formår at opbygge et dynamisk tværsektorielt samarbejde, hvilket bevirker at projektets udvikling går i stå. (Buch, Thygesen, & Johansen, 2015, s. 21 + 22)

Teoriafsnit

For at præcisere succeskriterierne og faldgruberne i det tværsektorielle samarbejde om mennesker med dobbeltdiagnoser, vil den interorganisatoriske grænseflade blive analyseret, for at undersøge hvilken type konflikt, der hersker i det tværsektorielle samarbejde.

L. David Brown: Managing conflict at organizational interfaces

Ifølge Brown eksisterer der tre former for organisering i grænsefladen: Underorganisering, overorganisering og overensstemmende organisering, hvoraf den overensstemmende organisering er den ideelle organiseringsform, da denne organisering medfører en overensstemmende konflikt, som er positiv for samarbejdet, hvilket vil blive beskrevet yderligere i nedenstående (Brown, 1983, s. 221). Når en grænseflade er underorganiseret, betyder det at der er for få eksterne grænser, fordi organisationernes grænser er for flydende, og der er ingen rammer mellem organisationerne og omverden. Dette medfører at der er lille informationsudveksling, samt at der ingen fastlagte målsætninger er, og ingen entydig ledelse, som determinerer rammerne i organisationen. Ulempen ved underorganisering bliver tydelig, grundet for lidt konflikt i grænsefladen, grundet manglende rammesætning. Ligeledes kan det i relationen mellem to organisationer ses konflikt, på tværs af organisationerne, hvor den manglende rammesætning for samarbejdet leder til lille konflikt, med manglende italesættelse af udfordringerne. (Brown, 1983, s. 225) Modsætningen til denne organisering, er overorganiseringen, hvor der er en høj grad af struktur og rammer i organiseringen. Ved overorganiseringen er procedurer og retningslinjer dominerende, og der hersker en overstyring fra ledelsen. En ulempe ved overorganisering er at der ikke eksisterer en ansvarsfølelse hos de ansatte, grundet de manglende frie rammer i arbejdet. Fraværet af selvstændighed i arbejdet kan i yderste konsekvens medføre uengagerede ansatte, uden ansvarsfølelse for udførelsen af arbejdet. Dette kan i samarbejdsrelationer medføre sammenstød mellem procedurer og ansvar, som kan

udmunde i for meget konflikt, i en krigsførelses tilstand, hvor parterne strides, i stedet for at samarbejde.

Yderligere kan samarbejdet variere alt efter mængden af konflikt i grænsefladerne. Der kan forekomme to negative udfald af konflikt som er problematiske: for meget eller for lidt konflikt. For meget konflikt opstår når grænsefladens konflikt vendes til det negative, og samarbejdet bliver præget af modstand og fjendtlighed. Denne negative konflikt, vanskeliggør informationsudveksling, bidrager med beslutninger baseret på manglende information, samt giver ensporet fokus på egne interesser, som ender med for meget konflikt. For meget konflikt nedsætter effektivitet i samarbejdet i grænsefladen, og hvilket kan udvikle sig til interorganisatorisk krigsførelse mellem parterne, som medfører forøget konflikt, der besværliggør fremadrettet samarbejde i grænsefladen. (Brown, 1983, s. 7-8 + 224-225) Dette ses i ovenstående, hvor overorganiseringen bidrager til den store mængde konflikt.

For lidt konflikt i samarbejdet medvirker til, at beslutningerne bliver taget med udgangspunkt i begrænset interaktion. Hvis samarbejdet mellem organisationer er præget af for få konflikter, bliver beslutningerne taget i et forsøg på at forebygge uenigheder. Dette medfører dog også, at beslutningerne bliver taget med udgangspunkt i utilstrækkelig viden, da informationer ikke bliver delt ved for få konflikter. Dette medvirker til at samarbejdet bliver skrøbeligt, fordi der fastholdes uantastede traditioner, da forandringer er vanskelige at håndtere. (Brown, 1983, s. 8) Dette kan ligeledes ses i ovenstående, hvor underorganiseringen medfører at konflikter ikke blive italesat, og dermed bliver samarbejdet ikke udviklet. Brown anvender to sondringer af for lidt konflikt, interorganisatorisk isolation og interorganisatorisk aftalt spil-relation. Isolation er udfaldet af samarbejdspartner, som ikke erkender udfordringerne i samarbejdet, og udfordringerne italesættes derfor ikke, og bliver dermed heller ikke løst. Aftalt spil-relationen opstår når samarbejdspartnerne har erkendt at der eksisterer udfordringer, men ikke formår eller orker at få dem løst. Denne sondring har i dansk kontekst, fået tilnavnet enig slendrian, som vil blive anvendt fremover. (Seemann & Antoft, 2002, s. 47)

Overensstemmende konflikt, er det ønskelige grundlag for et samarbejde. Overensstemmende konflikt udmønter sig i to genrer, henholdsvis interorganisatorisk forhandling og problemløsning. Begge bygger på en overensstemmende organiseret grænseflade, som bidrager til at styre input og output, samt begrænse interaktionen mellem repræsentanterne. Forhandlinger er ofte konfliktfyldte, da hver organisation har sin egen interesse. Her bidrager den overensstemmende organiserede

grænseflade til, at repræsentanterne anerkender hinandens grænser og indgår kompromiser. Interorganisatorisk problemløsning arbejder med en forholdsvis åben kommunikation, der bidrager til et favorabelt udbytte for begge parter. Gennem den forholdsvis åbne kommunikation opnår repræsentanterne en gensidig forståelse og grænseflade. (Brown, 1983, s. 226)

Første analysedel 2

Analyse af grænsefladernes organisering

I denne analyse vil der blive analyseret, hvilke elementer de interorganisatoriske grænseflader indeholder, ud fra Browns teori. Der vil derfor blive analyseret, hvor der i grænsefladerne, i rapporterne, hovedsageligt hersker elementer fra den overorganiserede, den underorganiserede eller den overensstemmende organiserede grænseflade.

Underorganiserede grænseflade: I det tværsektorielle samarbejde om mennesker med dobbeltdiagnoser, ses der hovedsageligt underorganisering. Det gør sig gældende i *“Tværsektorielt samarbejde om mennesker med ikke-psykotiske sindslidelse og misbrug”*, hvor et svagt ledelsesengagement udgør en barriere, for det tværsektorielle samarbejde. Det manglende ledelsesengagement medvirker til manglende struktur og rammer, som påvirker det tværsektorielle samarbejde, og leder til konflikter, som ikke bliver italesat, og udfordrer medarbejderne som skal samarbejde. (Buch, Thygesen, & Johansen, 2015, s. 21) I *“Tværsektorielt samarbejde om mennesker med en dobbeltdiagnose”* bliver det manglende ledelsesengagement tydeligt, da inspirationsguiden udpeger en række faglige barrierer, som udfordrer det tværsektorielle samarbejde. Disse faglige barrierer udspringer af manglende retningslinjer og kendskab, som bidrager til en manglende fælles forståelse for behandlingen af mennesker med dobbeltdiagnoser. (Johansen & Andersen, 2014, s. 5) Med det manglende ledelsesengagement, bliver frontpersonerne påvirket af underorganiseringen. Efterspørgsel efter en tydeligere og støttende ledelse ses i *“Tværsektorielt samarbejde i psykiatrien”*, som en hyppig tendens i udfordringerne i det tværsektorielle samarbejde. (Johansen, Larsen, & Nielsen, 2012, s. 21) I rapporten *“Tværsektorielt samarbejde om mennesker med ikke-psykotiske sindslidelse og misbrug”* eksisterer der flere aspekter af underorganisering. Dette kommer til syne i de mange henvisningsprocedurer, der er opsat i projektet, hvor de mange procedurer ikke bliver implementeret hos alle samarbejdspartnerne. (Buch, Thygesen, & Johansen, 2015, s. 22) Dette ses eksempelvis hos jobcentrene, hvor de nedprioriterer denne opgave, og henviser borgerne til misbrugscentrene i stedet. Misbrugscentrene står imidlertid i en situation, hvor kriterierne for målgruppen der skal henvises til DD-projektet,

ikke er blevet tydeligt beskrevet, og misbrugscentrene benytter derfor deres egne tilbud i stedet. (Buch, Thygesen, & Johansen, 2015, s. 23) Disse situationer kunne have været undgået, hvis der ikke var så store udfordringer med kommunikationen i projektet. Styregrupperne i kommunerne har i PC-Glostrups optik skullet varetage opgaven med at informere samarbejdspartnerne løbende. Dette har der imidlertid været uenighed om, og det er derfor ikke blevet gjort. (Buch, Thygesen, & Johansen, 2015, s. 21) Den manglende opgavefordeling, kan ansues som underorganisering, da det bunder i manglende retningslinjer og ledelsesinvolvering, som leder til frustration og ikke påtalte konflikt mellem samarbejdspartnerne.

Den manglende italesættelse, der hersker i projektet "*Tværasektorielt samarbejde om mennesker med ikke-psykotiske sindslidelse og misbrug*" skyldes en underorganiseret grænseflade, da der er en ringe grad af informationsudveksling. (Buch, Thygesen, & Johansen, 2015, s. 22 + 30) Den begrænsede deling af informationer fører til, at retningslinjerne i henvisningsproceduren i projektet ikke bliver implementeret. Dette kan påpeges ved at jobcentrene ikke udfylder deres opgave, og henviser til misbrugscenteret, da informationsudvekslingen ikke har været tilfredsstillende, da DD-Projektet ikke er blevet beskrevet tydeligt, til de involverede parter. Derudover er projektet præget af manglende ejerskab, hvilket ligeledes kan skyldes en intern stærk struktur, men en manglende fælles kultur i den interorganisatoriske grænseflade. (Buch, Thygesen, & Johansen, 2015, s. 22) Denne stærke struktur og kultur fører til undertrykkelse, og manglende erkendelse af problemerne, hvor man kan påpege de utallige misforståelser, og den manglende italesættelse der har påvirket DD-projektet. En anden generel tendens der hersker i det tværasektorielle samarbejde, er de faglige barrierer, som man ser i projektet "*Tværasektorielt samarbejde om mennesker med dobbeltdiagnoser*". I projektet udgør de kulturelle forskelle, der hersker i de tre organisationer, en klar udfordring for samarbejdet. Dette er i høj grad tilfældet, da de tre organisationer tilhører henholdsvis den socialfaglige og det lægevidenskabelige paradigme, og dermed har helt forskellige anskuelser af behandlingen, hvilket udgør faglige barrierer. (Johansen & Andersen, 2014, s. 5) Når man anskuer dette ud fra Browns teori om en underorganiseret grænseflade, vil man kunne forklare dette med, at der eksisterer en stærke intern kultur, og ingen fælles kultur mellem sektorerne, der forhindrer det tværasektorielle samarbejde i at udvikle sig. Dette resulterer i en underorganisering da man ikke får italesat udfordringerne med paradigmerne, og herigennem får etableret en fælles forståelse, positiv gensidig afhængighed og tillid i behandlingen af mennesker med dobbeltdiagnoser. Denne tendens, med undertrykkelse og manglende erkendelse af problemerne, vil blive analyseret yderligere i den kommende analyse af konflikttypen i samarbejdet.

Overorganiserede grænseflader: Der ses generelt ikke overorganisering i rapporterne, da det tværsektorielle er præget af manglende kommunikation, hvor udfordringer i det tværsektorielle samarbejde ikke bliver italesat.

Overensstemmende organiserede grænseflader: Den overensstemmende organiserede grænseflade giver det tværsektorielle samarbejde ideelle betingelser, for at eksistere og udvikle sig. Man kan i rapporterne kun i begrænset omfang se elementer fra denne organisering. Generelt søger man at opnå en overensstemmende interorganisatoriske grænseflade, hvilket begrundes at disse forsøg vil blive beskrevet i afsnittet, selvom indsatsen ikke lykkes. Det projekt hvor etableringen af en overensstemmende organisering, opnår de bedste resultater er i ”*Deloitte social og socialstyrelsen*”, hvor man med indsatsen udvikler en styrket tværsektoriel koordinering. Udgangspunktet for denne koordinering, opstår med udgangspunkt i kendskabet, og måden hvorpå der kan kombineres kompetencer på tværs af sektorerne i indsatsen. (Socialstyrelsen, 2015, s. 98+100) Her skal man dog være opmærksom på, at projektet ikke udmønter sig i det ønskede resultat, da der ikke opnås en integreret indsats i behandlingen af mennesker med dobbeltdiagnoser, mellem de to sektorer. Man kan dog argumentere for, at med udformningen af den koordinerede indsats, er grundlaget for det tværsektorielle samarbejde lagt, hvilket giver mulighed for at samarbejdet kan udvikles, og blive etableret som den ønskelige integrerede indsats.

I forsøget på at opnå et tværsektorielt samarbejde, har kommunikationen en central rolle, da det i høj grad er her, den overensstemmende organiserede grænseflade realiseres. Derfor er kommunikationen i høj grad beskrevet som en generel tendens som fastholder de faglige barrierer. I rapporten fra ”*Deloitte social og socialstyrelsen*”, er det lykkedes at skabe en forbedring af kommunikationen mellem sektorerne, ved at etablere et bedre kendskab til hinandens fagligheder og kompetencer. (Socialstyrelsen, 2015, s. 98) I rapporten ”*Tværsektorielt samarbejde om mennesker med en dobbeltdiagnose*” forsøger man at belyse de faglige barrierer, der forhindrer etableringen af den fælles forståelse for samarbejdet. Dermed inspireres der i rapporten, til at bryde op med de faglige paradigmer mellem socialfaglige og den lægevidenskabelige tradition. (Johansen & Andersen, 2014, s. 5) Man kan ud fra ovenstående analyse, se hvordan rapporterne indeholder elementer fra en overensstemmende- og underorganisering i grænsefladen.

Analyse af konflikt i organiserings grænseflader

Der vil i følgende blive anvendt Brown, til at analysere hvilken type konflikt, der hersker i det tværsektorielle samarbejde om mennesker med dobbeltdiagnoser.

For lidt konflikt af typerne aftalt spil-relationen og isolation.

Kommunikationen er, som tidligere nævnt, et område, der hyppigt bliver beskrevet som problematisk i rapporterne. Her kan man se at der i projektet ”*Tværasektorielt samarbejde med mennesker med ikke-psykotiske sindslidelse og misbrug*”, hvor den manglende kommunikation bliver beskrevet i rapporten, som problematisk og løsningen af de kommunikative udfordringer i rapporten, er ikke blevet italesat, hvilket medfører en for lille konflikt type, der udmønter sig i ’aftalt spil-relationen’, som også bliver beskrevet som den ’enig slendrian’, da alle samarbejdspartnerne i rapporten giver udtryk for erkendelsen af udfordringerne, men ingen italesættelse af disse (Buch, Thygesen, & Johansen, 2015, s. 30). Dette ses ligeledes i ansvaret for varetagelsen af opsporingen af borgere til projektet, som et område hvor konflikten er for lille, og ikke bliver italesat, før evalueringen af rapporten bliver udarbejdet. PC-Glostrup føler de gør en stor indsats, for at løse dette, ved personligt at møde op hos samarbejdspartnerne, men føler samtidig ikke, at de får et udbytte af dette (Buch, Thygesen, & Johansen, 2015, s. 21). Samarbejdspartnerne føler imidlertid at de har brug for noget mere konkret, eksempelvis handlingsanvisninger, hvor deres rolle beskrives (Buch, Thygesen, & Johansen, 2015, s. 26+30). Parterne på tværs forsvare deres indsats i det tværsektorielle samarbejde i evalueringen, og fralægger sig ansvaret. Dette udfolder sig til en for lille konflikt af typen isolation, da ingen af parterne under projektet erkender de egentlige udfordringer, og tager ansvaret for hvordan udfordringerne i samarbejdet løses. For lidt konflikt kan ligeledes ses i eksemplet med de få henvisninger fra misbrugscentrene til DD-projektet (Buch, Thygesen, & Johansen, 2015, s. 6+23). Her ses der i den manglende konflikt, at misbrugscentrene har svært ved at gennemskue kriterierne, for de borgere der skal henvises til projektet, samtidig med at misbrugscentrene føler at indsatserne er overlappende, da de i forvejen har tilbud til mennesker med dobbeltdiagnoser. (Buch, Thygesen, & Johansen, 2015, s. 6+23) Denne lille konflikt afspejler at misbrugscentrene er præget af den konflikt typen enig slendrian, da man ikke italesætter de overlappende tilbud som en udfordring, hvilket medfører en domæneproblematik, som kan udfolde sig i det tværsektorielle samarbejde. (Seemann & Gustafsson, 2016, s. 4)

For lidt konflikt i det tværsektorielle samarbejde medfører manglende resultater, der kunne blive løst gennem en overensstemmende konflikt, hvor parterne mødes og italesætter samarbejdets

vanskeligheder, og løser barriererne for samarbejdet. Dette kan man argumentere for, at man har forsøgt at gøre i flere af rapporterne, hvilket dog ikke er lykket, da det ikke sker på en konstruktiv måde. Dette kan man belyse i projektet *”Tværsektorielt samarbejde om mennesker med dobbeltdiagnose”*, hvor man anvender samarbejdsmodellen, som går igen i rapporten *”Deloitte social og socialstyrelse”*, men endnu ikke har opnået et positivt resultat, da projektet er præget af forskellige forståelser, som udgør en faglig barriere for samarbejdet. (Johansen & Andersen, 2014, s. 5) Disse forskellige forståelser kan man argumentere for, kan udmønte sig i for lidt konflikt, hvor der ikke bliver dannet en fælles forståelse. Her bliver en af de centrale problematikker beskrevet som de forskellige forståelser der hersker, i den socialfaglige tradition og den lægevidenskabelige tradition. De to forskellige paradigmer der hersker i behandlingen af mennesker med dobbeltdiagnoser, er i dette tilfælde med til at skabe en barriere, da man ikke får kommunikeret med det modsatte paradigme, og dermed ikke får skabt en fælles forståelse, hvilket er udtryk for at der hersker isolation i samarbejdet (Johansen & Andersen, 2014, s. 5).

Overensstemmende konflikt.

I projektet *”Deloitte social og socialstyrelsen”* har man italesat paradigmatisk og kommunikative udfordringer som præger det tværsektorielle samarbejde. Dette er man overkommet ved anvendelse af den overensstemmende konflikt, ved konstruktivt at forsøge at løse disse udfordringer. Dette har resulteret i en forbedret kommunikation, og et større kendskab til hinandens fagområder, hvilket har ført til en koordineret indsats for mennesker med dobbeltdiagnoser (Socialstyrelsen, 2015, s. 79-80). Herudover har man italesat, de problematikker der eksisterer, eksempelvis vanskeligheder med IT-systemerne, og manglende bidrag fra ledelsesniveau (Socialstyrelsen, 2015, s. 75+99). Dette afspejler en overensstemmende konflikt, hvor parterne er opmærksomme på barrierer i samarbejdet, og hermed kan arbejde løsningsorienteret for at optimere samarbejdet, hen mod en integreret indsats (Socialstyrelsen, 2015, s. 76) Hermed skabes grundlaget for at udvikle samarbejdet, gennem en overensstemmende konflikt. I rapporterne ses ikke den overensstemmende konflikttype, forhandling i dette samarbejde, derimod eksisterer der konflikt, af typen problemløsning. Dette kommer til syne gennem den forbedrede kommunikation, hvor igennem man søger at nedbryde de herskende paradigmer, og etablere en gensidig forståelse i det tværsektorielle samarbejde.

For meget konflikt.

Der hersker ikke for meget konflikt i rapporterne om det tværsektorielle samarbejde om mennesker med dobbeltdiagnoser. Dette ses, da ingen af rapporterne belyser, at der direkte hersker en mistillid mellem parterne og der ikke ses krigsførelse, mellem de samarbejdende parter, i det tværsektorielle samarbejde.

Sammenfatning af første analysedel

Man kan ud fra ovenstående analyse, se at der er fem empiriske tematiseringer der er gennemgående i analysen. Derfor vil disse generelle tendenser, blive opstillet vilkårligt i temaer i følgende sammenfatning.

Opgavens karakter:

I det tværsektorielle samarbejde, ses der som de generelle tendenser at samarbejdet bliver indgået med intentioner om at samarbejde, da alle parterne kan se at det er et strategisk vigtigt område, og alle parter vil kunne profitere ved at samarbejde. Dog forekommer det tværsektorielle samarbejde ofte for komplekst, da der mangler en tydelig opgavefordeling mellem sektorerne, grundet den manglende kommunikation.

Organisationskultur/ Grænseflader:

Det ses som en generel tendens i det tværsektorielle samarbejde, at fagområder begrænses ved ikke at have kendskab til hinandens viden og kompetencer. Vidensdeling er ofte negligeret, til trods for at det kunne bidrage til en fælles forståelse, for behandlingen af mennesker med dobbeltdiagnoser.

Sektorkultur:

Sektorkulturene i det tværsektorielle samarbejde, er i høj grad paradigme præget. Dette er en stor barriere i det tværsektorielle samarbejde, da man ikke får etableret en fælles forståelse, og derfor ikke arbejder målrettet sammen mod et tværsektorielt samarbejde.

Ledelsesmæssig opbakning:

Den ledelsesmæssige opbakning, ses i ovenstående analyse, som en stor udfordring for det tværsektorielle samarbejde. Manglende ledelsesmæssig opbakning, medfører manglende tydelighed i prioritering af det tværsektorielle samarbejde, overfor medarbejderne.

Lovgivning og incitamentsstruktur:

Politiskstyret organisationer er præget af stor foranderlighed, og er ofte tynget af stor arbejdsbyrde internt i instanserne. Dette betyder at, når der skal etableres et tværsektorielt samarbejde, som ligger ud med en omfattende projektbeskrivelse og mange retningslinjer, bliver projekterne for komplekse, og incitamentet for at deltage forringes. Der er ligeledes begrænset kommunikation mellem instanserne, hvilket leder til en barriere for det tværsektorielle samarbejde.

Der vil i det følgende blive analyseret på den indsamlede empiri, for at undersøge om de generelle tendenser, ligeledes eksistere i det tværsektorielle samarbejde, om børn og unge med dobbeltdiagnoser, mellem region Syddanmark og Esbjerg kommune.

Del III

Hvordan opleves det tværsektorielle samarbejde om børn og unge med dobbeltdiagnoser af de udvalgte respondenter fra region Syddanmark og Esbjerg kommune?

Præsentation af anden analysedel

I følgende analyse, vil der endnu en gang blive anvendt Haugland, til analyse af empirien i undersøgelsen, af det tværsektorielle samarbejde, mellem region Syddanmark og Esbjerg kommune. Her vil der blive analyseret, succeskriterier og faldgruber, som fremmer og hæmmer det tværsektorielle samarbejde, til videre analyse med Browns interorganisatoriske grænsefladeanalyse. Da Hauglands teoretiske begreber, ikke kan favne empirien, vil der udover Hauglands teoretiske virke, blive tilføjet yderligere to empirisk tematiseringer.

Browns grænsefladeanalyse, vil blive anvendt på empirien, for at analysere organiseringen, af det tværsektorielle samarbejde, om børn og unge med dobbeltdiagnoser, mellem region Syddanmark og Esbjerg kommune. Disse udfald, skal videre anvendes til, analyse af mængden af konflikt, i det tværsektorielle samarbejde. Udover den indsamlede empiri, vil der blive inddraget eksisterende viden, om det tværsektorielle samarbejde, for at støtte op om de empiriske og teoretiske resultater, i analysen.

Anden analysedel

Analyse af succeskriterier og faldgruber i det tværsektorielle samarbejde om børn og unge med dobbeltdiagnoser

For at analysere hvilke succeskriterier og faldgruber, der eksisterer i det tværsektorielle samarbejde, om børn og unge med dobbeltdiagnoser, mellem region Syddanmark og Esbjerg kommune, vil der blive anvendt Hauglands teori. Vi havde forsøgt at skrive det ud fra Haugland, men empirien rækker langt ud over hans begreber, og vi har derfor valgt at tilføje yderligere tematiseringer: kultur og struktur. Disse to tematiseringer vil blive beskrevet efter Hauglands succeskriterier og faldgruber.

Samarbejde på strategiske vigtige områder: Man kan karakterisere samarbejdet om børn og unge med dobbeltdiagnoser, mellem Børne- og ungespsykiatrien i region Syddanmark, Ungehuset 3D og Center for misbrug, som et samarbejde på et strategisk vigtigt område. Dette gør sig gældende, da psykiatrien behandler den psykiatriske diagnose, og Ungehuset 3D og Center for misbrug står for behandlingen af rusmiddel og misbrugsproblematikken. Dette gør samarbejdet særdeles vigtigt, for at sikre en effektiv indsats og et ideelt forløb, for børn og unge med dobbeltdiagnoser. Det tværsektorielle samarbejde bliver anerkendt hos alle parterne, da de har indgået en samarbejdsaftale, som omfatter retningslinjer for samarbejdet. Samarbejdsaftalen er af stor betydning, da denne aftale danner fundamentet, for at kombinere Region og Kommunens lovgivningsmæssige rammer og behandling, samt samarbejdspartnerne tillægger den stor værdi for samarbejdet, da der ofte i

interviewene henvises til den rammer. (Psykiatrien i Syddanmark, 2014, s. 5) (Interview, Ergoterapeut/Forløbskoordinator, Børne- og Ungepsykiatrien, s. 4) (Interview, Socialrådgiver/Misbrugsbehandler/Fagkoordinator, Center for misbrug, s. 1) At denne målgruppe af børn og unge er kompleks, gør det tværsektorielle samarbejde særdeles vigtigt, for at fremme børn og unge med dobbeltdiagnoser. Tilsvarende kan man i første analysedel, se at de generelle tendenser er at samarbejdet prioriteres, og det tværsektorielle samarbejde om mennesker med dobbeltdiagnoser, anses som et strategisk vigtigt område.

Investering i samarbejdet: Man kan ud fra det ovenstående succeskriterium argumentere for, at det er vigtigt, at prioritere det tværsektorielle samarbejde om denne målgruppe, da samarbejdet sker på et strategisk vigtigt område. Men for at få et velfungerende tværsektorielt samarbejde, er det ikke nok at prioritere det, man må også investere i samarbejdet. Man kan ud fra empirien, se at der bliver investeret i samarbejdet, men på forskellige måder, hvilket stemmer overens med første analysedel, hvor man kan se at parterne investerer forskelligt i samarbejdet. I det tværsektorielle samarbejde mellem region Syddanmark og Esbjergs investeres der på følgende:

Ungehuset 3D har investeret i det tværsektorielle samarbejde om børn og unge med dobbeltdiagnoser, ved at give samarbejdspartnerne indblik i deres virke og metoder. Ungehuset 3D består kun af tre medarbejdere, og de har derfor ikke de samme ressourcer, som deres samarbejdspartnere, hvor ungekonsulenten udtaler:

“Altså vi er tre mennesker her i 3D, og vi to af os vi har jo arbejdet med det her i mange år og vi har faktisk, vi har sådan set en oplevelse af at vi har forsøgt, og vi har faktisk lige snakket om at skulle derud igen og fortælle hvad vi laver. Men også i misbrugscentret har vi også været derude og holde møder med dem nogen gange, men det er ved at være lang tid siden. Og vi har også spurgt om vi kunne få lov til og tage noget kognitiv misbrugsuddannelse sammen med dem. Det lød til de også synes det var en god ide, men så alligevel kom vi ikke med, så var der ikke plads til os. Det er sådan den fornemmelse, de[n] følelse vi er blevet mødt, eller det vi oplever vi er blevet mødt lidt med, og at det er svært. Måske fordi vi er så små, at de glemmer os lidt...” (Interview, Ungekonsulent, Socialpædagog, Ungehuset 3D, s. 22)

Ungehuset 3Ds oplevelse er, at de har forsøgt at gøre sig bemærket, ved at komme ud til deres samarbejdspartnere og fortælle, om deres arbejde og deres kompetencer, som de kan investere i samarbejdet. De har imidlertid en oplevelse af, at de ikke prioriteres i samarbejdet, da de ikke inkluderes i det kognitive uddannelsesforløb, som beskrevet i citatet. Dette kan afspejle, at de føler deres bidrag i det tværsektorielle samarbejde om børn og unge med dobbeltdiagnoser, bliver negligeret af samarbejdspartnerne. Det er dog vigtigt, at være opmærksom på, at Center for misbrug er positive overfor ideen om, at de skal tage uddannelsen sammen, hvilket også ses i ungekonsulentens udtalelse, om at de synes at det var en god idé. At de alligevel ikke kommer med, kan tolkes som en forglemmelse fra Center for misbrugs side, som udmunder sig i Ungehuset 3Ds oplevelse af, at etableringen af det tværsektorielle samarbejde, er svært.

Modsat Ungehuset 3D, har man hos region Syddanmarks Børne- og ungepsykiatri, investeret i flere tiltag, i det tværsektorielle samarbejdet. Børne- og ungepsykiatrien er desuden i dette tværsektorielle samarbejde, den største behandlingsinstans, og det derfor kan antages at de ressourcemæssigt er mere privilegeret, end Ungehuset 3D og Center for misbrug. Børne- og ungepsykiatriens forløbskoordinator og afsnittets leder, deltager i en implementeringsgruppe, sammen med repræsentanter fra kommunerne i region Syddanmark, om udviklingen af det tværsektorielle samarbejde, som det beskrives af forløbskoordinatoren i nedenstående citat.

“Der er en implementeringsgruppe som skal implementere det her tværsektorielle samarbejde, og den implementeringsgruppe den består af ledelsen for voksenpsykiatrien og børn[e-] og ungepsykiatrien i den her del af området, og så for de fem kommuner vi samarbejder med. Jeg sidder der som repræsentant herfra sammen med min leder.” (Interview, Ergoterapeut/Forløbskoordinator, Børne- og Ungepsykiatrien, s. 9-10)

Forløbskoordinatoren beskriver videre implementeringsgruppens opgaver således:

”Og i det forum der snakker vi samarbejde, om hvordan vi kan højne det her, hvad der skal til for og lave et fælles samarbejde, plus at det så er der vi også er ved at arrangere den her fælles temadag omkring det tværsektorielle samarbejde om

dobbeltdiagnoser.” (Interview, Ergoterapeut/Forløbskoordinator, Børne- og Ungepsykiatrien, s. 10)

Her bliver psykiatriens engagement, i det tværsektorielle samarbejde tydeligt, da de i samarbejdet med kommunerne arbejder aktivt, for at fremme det tværsektorielle samarbejde. Dette indikerer Børne- og ungepsykiatrien i region Syddanmark i ovenstående citat, i kraft af deres deltagelse og planlægning af de fælles temadage og deres implementeringsgruppe, hvilket tydeligt pointerer, at det tværsektorielle samarbejde om børn og unge med dobbeltdiagnoser prioriteres, hvilket bliver uddybet senere. Ud af de generelle tendenser i første analysedel, vægtes en tydelig og engageret ledelse, hvilket Børne- og ungepsykiatrien har valgt. Der kan dog generelt i det tværsektorielle samarbejde, mellem region Syddanmark og Esbjerg kommune, forekomme manglende fokus på medarbejdernes interaktion og relationsdannelse.

Psykiatrien har desuden, i overensstemmelse med deres fortolkning af samarbejdsaftalen, ansat forløbskoordinatorer. I Børne- og ungepsykiatrien sidder der to forløbskoordinatorer. Forløbskoordinatorerne skal bidrage til at samarbejdet mellem instanserne forbedres. Forløbskoordinatoren beskriver sin forløbskoordinatorrolle således:

“...Dem vi samarbejder med ude i kommunerne nu ved de godt det er [forløbskoordinatoren] de skal have fat i herinde i børn[e-] og ungepsykiatrien og hvis der er nogle samarbejdsvanskeligheder, så kontakter de mig og så går jeg ind i [det]. [...] Det er ofte nogle misforståelser i forhold til, hvad det er for nogle lovrammer vi har. At socialloven er så meget anderledes end psykiatriloven, og der er nogle ting man skal være opmærksomme på, så det er faktisk vigtigt at man i min rolle, kender til lovgivningerne rundt omkring og hvor man skal finde informationerne.” (Interview, Ergoterapeut/Forløbskoordinator, Børne- og Ungepsykiatrien, s. 2)

og

“Altså nogle gange så fungerer jeg jo også som katalysator³ altså man kan godt høre når tingene begynder og køre op i en spids fordi der ikke er nogen [...] der vil tage ansvar eller også er der for mange der vil.” (Interview, Ergoterapeut/Forløbskoordinator, Børne- og Ungepsykiatrien, s. 5)

Man kan i de ovenstående citater, se hvordan forløbskoordinatoren beskriver sin rolle, da hendes rolle bliver at navigere mellem samarbejdspartnere i kommunerne og kollegaer i egen sektor. Hermed får forløbskoordinatoren en rolle, som både katalysator og tovholder. Der pålægges derved et stort ansvar på forløbskoordinatorene i psykiatrien. Dette ansvar bør ifølge rapporten *”Tværsektorielt samarbejde i psykiatrien”* tillægges ledelsesniveau, som bør have fokus på at alle frontmedarbejdere inkluderes i det tværsektorielle samarbejde, så begge parter tager del i ansvaret, for det tværsektorielle samarbejde. Dette gør det tværsektorielle samarbejde mellem region Syddanmark og Esbjerg kommune skrøbeligt, da der pålægges forløbskoordinatorene et stort ansvar, og deres fravær kan hæmme interaktionen mellem de øvrige medarbejdere i instanserne. Dette betyder at prioritering af interaktion og relationsdannelse, mellem alle medarbejdere i det tværsektorielle samarbejde er vigtig, som belyses i første analysedel.

Man har yderligere fra Børne- og ungepsykiatrien, region Syddanmark, valgt at investere i det tværsektorielle samarbejde, gennem vidensdeling, som nedenstående citat beskriver:

“Sådan at de kan få noget mere information omkring hvad vil det sige og have en borderline og hvordan passer jeg på mig selv, som en der skal arbejde med en borderline, hvad vil det sige og være skizofren, hvad er [...] ens evner, hvad er ens begrænsninger og ressourcer og sådan noget. Hvad vil det sige og have ADHD. [...] Altså undervisning i de forskellige diagnosegrupper og leje i vores lovgivning, hvad er det, hvordan er det og hvordan er system[et] og sådan nogle ting? Hvor vi kommer ud og kommer i dialog med dem. Det synes jeg er en ressource vi er kommet igennem med.” (Interview, Ergoterapeut/Forløbskoordinator, Børne- og Ungepsykiatrien, s. 7)

Herved deler psykiatrien ud af deres viden, om diagnoser og psykiatriloven, som præger deres

³ Med katalysator mener forløbskoordinatoren en form for igangsætter, der påbegynder forløbene. (ordbog, 2017)

arbejde, for at give deres samarbejdspartnere indblik i deres arbejdsgange, for at skabe forståelse for hinandens arbejde. (Interview, Ergoterapeut/Forløbskoordinator, Børne- og Ungepsykiatrien, s. 7)

Hos Center for misbrug investerer man i det tværsektorielle samarbejde, ved at prioritere temadagene og socialrådgiveren ser frem til at deltage. Derudover holder man fast i de aftaler og tiltag, der blev etableret under screeningsprojektet, hvilket man kan se i følgende citat:

“Så kommer den her temadag til efteråret. Det er så et led i sundhedsaftalen, der er faktisk et afsnit omkring implementering. Hvor der også står, man skal [...], ja kort fortalt, så skal man lave e[t] eller ande[t] for det faglige niveau, og det kommer så til efteråret. Det tror jeg faktisk vil være godt. Jeg tror generelt, det [vil] være vejen frem, hvis man skal ind og styrke et samarbejde.” (Interview, Socialrådgiver/Misbrugsbehandler/Fagkoordinator, Center for misbrug, s. 13)

Denne relationsdannelse som kan skabes på temadage, er ligeledes fremhævet i første analysedel, som et vigtigt element, da kendskabet i det tværsektorielle samarbejde, er centralt for at skabe en fælles forståelse af arbejdet.

Alle parter skal have værdifulde bidrag: For at samarbejdet mellem Børne- og ungepsykiatrien i region Syddanmark, Ungehuset 3D og Center for misbrug i Esbjerg kommune bliver succesfuldt, skal alle parter bidrage til samarbejdet. Dette er centralt, da fælles bidrag af kompetencer og viden, mellem instanserne, medvirker til at opnå en effektiv behandling. På trods af at det tværsektorielle samarbejde, om børn og unge med dobbeltdiagnoser, er blevet styrket gennem samarbejdsaftalen, er det vigtigt at have for øje, at samarbejdsaftalen ikke kan overkomme alle konflikter i samarbejdet, herunder konflikter som *”...domæne-, behandlings-, kultur- og professionskonflikter.”* (Seemann & Gustafsson, 2016, s. 4). Derfor er det vigtigt, at alle partner bidrager med relevante ressourcer, kompetencer og viden ind i samarbejdet, for at nedbryde domæne og kulturkonflikter, som i høj grad præger de generelle tendenser i første analysedel.

Ungehuset 3D bidrager til det tværsektorielle samarbejde, med deres viden om rusmidler og effekten her af. De har ikke blot øje for konsekvenserne, af den enkelte unges forbrug af rusmidler, men også den effekt det har på den unges netværk. Med denne viden om unges rusmiddelproblematikker og indvirkningen på netværket, kan Ungehuset 3D bidrage til samarbejdet

med en meget dybdegående viden. Dermed har Esbjerg kommune en mulighed for, at opspore og behandle børn og unges rusmiddelforbrug. Dette beskrives af ungekonsulenten i følgende citat:

“Det er at have kendskab til hvad rusmidler de kan gøre i forhold til de unges liv og i forhold til familiens liv. Den mistrivsel, der kommer til at ske hele vejen rundt, både for den unge selv og forældrene, det tror jeg er godt og gør[e] tydelig ind i det her [samarbejde], for det har vi en viden om. Vi har en viden om hvad effekt det har ind i en familie og at der er en som ung der indtager rusmidler, fordi det betyder både løgn og kriminalitet og bedrag i en familie, så det bliver tit og ofte dysfunktionelle.”
(Interview, Ungekonsulent, Socialpædagog, Ungehuset 3D, s. 20)

Når man skal belyse, hvorledes Børne- og ungepsykiatrien i region Syddanmark bidrager, til det tværsektorielle samarbejde, om børn og unge med dobbeltdiagnoser, er det i høj grad tilbuddet om forløbskoordination. Her er forløbskoordinatorens rolle i det tværsektorielle samarbejde central, da børn og unge med dobbeltdiagnoser skal tilbydes en samtale, for at afklare om de ønsker tilbuddet om forløbskoordination. Tages der imod tilbuddet, har forløbskoordinator ansvaret for de koordinerende indsats møder. *(Interview, Ergoterapeut/Forløbskoordinator, Børne- og Ungepsykiatrien, s. 1)*

Derudover bidrager psykiatrien ligeledes til det tværsektorielle samarbejde ved, som tidligere nævnt, at tage ud og undervise arbejds partnere i den viden om diagnoser og behandling, som de besidder i psykiatrien. Ved at dele denne viden med deres samarbejdspartnere, får samarbejdspartnere en indsigt og forståelse for diagnoser og behandling, som kan gavne det tværsektorielle samarbejde. Denne undervisning og vidensdeling er vigtig at berige sine samarbejdspartnere med, da manglende kendskab til hinandens roller og kompetencer, kan gøre det næsten umuligt at samarbejde tværsektorielt. Denne indsigt i samarbejdspartneres roller, etableres gennem relationen, imellem samarbejdspartnerne. (Lauvås & Lauvås, 2013, s. 80)

Udover socialrådgiverens store faglige viden om screeningsprojektet, bidrages der til det tværsektorielle samarbejde om børn og unge med dobbeltdiagnoser, ved at give sparring på de sager, der er særlig problematiske. Dette beskrives i følgende citat:

“Jeg sidder både som almindelig medarbejder og halvdelen af tiden, der sidder jeg som fagkoordinator og går også ind i nogen af de sager, der er lidt mere problematiske, og giver noget sparring på dem.” (Interview, Socialrådgiver/Misbrugsbehandler/Fagkoordinator, Center for misbrug, s. 1)

Center for misbrug besidder, ligesom Ungehuset 3D, en viden om misbrugsproblematikken. Center for misbrug kan, som sine samarbejdspartnere, berige det tværsektorielle samarbejde ved at bidrage med viden om misbrugsproblematikker, og en dybere indsigt i målgruppen. Herudover kan de hos Center for misbrug, hjælpe til at informere om, og italesætte denne tabubelagte problematik. Dette uddyber socialrådgiveren i følgende citat:

”Det kan vi med hele misbrugsproblematikken og vi kan det også i forhold til at aflade og afmystificere, det begreb der hedder misbrug. Fordi det er så tabubelagt stadigvæk. Jeg synes faktisk at vi kan bidrage med en masse. [...] Der er ca. 25.000 misbrugere, stofmisbrugere i Danmark, om året. Og [...] 350.000 med alkoholmisbrug. Men det er som regel ikke, [...] alkoholikeren man kigger på. Det er stofmisbrugeren man kigger på. Hvis folk er afhængige af hash, så er det mere [...] negativt ladet, end hvis der er en der drikker 10 bajere om dagen. Så det kan vi også bidrage med, at prøve at sætte tingene lidt i perspektiv. At sige misbrug, og misbrug det er godt nok forskellige ting...” (Interview, Socialrådgiver/Misbrugsbehandler/Fagkoordinator, Center for misbrug, s.11)

Begynd nøgtern og lad samarbejdet udvikle sig: Generelt kan man argumentere for, at samarbejdet mellem Børne- og ungepsykiatrien i region Syddanmark, Center for misbrug og Ungehuset 3D i Esbjerg kommune påbegyndes nøgternt. Dette afspejler sig i samarbejdsaftalen der er indgået mellem parterne, hvor de har retningslinjer der skal opfyldes, og der er nedsat en implementeringsgruppe, som repræsenteres af regionspsykiatrien og kommunerne, som mødes løbende og evaluerer og planlægger fremadrettede arrangementer, eksempelvis temadagen, som tidligere beskrevet. Herudover danner samarbejdsaftalen rammerne om værdier til at etablere et tværsektorielt samarbejde, som bygger på følgende: *“For denne aftale betyder det, at de 22 kommuner og Region Syddanmark ønsker et kompetent og tillidsbaseret samarbejde med borgere med psykisk lidelse og misbrug.”* (Psykiatrien i Syddanmark, 2014, s. 4) Dette tydeliggør, at man

bestræber sig på at skabe et ligeværdigt samarbejde, hvor parternes viden og kompetencer anerkendes. Dog skal man være opmærksom på, at definitionen af værdierne i samarbejdet, ikke er klart defineret, hvilket gør at det tværsektorielle samarbejde, kan udvikles og tilpasses løbende, og dermed etableres samarbejdet nøgternt. Der kan imidlertid opstå udfordringer, da arbejdet i implementeringsgruppe er møntet på ledelsesniveau, hvilket kan resultere i manglende input fra frontmedarbejderne, samt at de udefinerede værdier i samarbejdsaftalen, kan bidrage til udfordringer i fortolkningen af samarbejdsaftalen. Det tværsektorielle samarbejde mellem region Syddanmark og Esbjerg kommune, bryder med de generelle tendenser, set i første analysedel, da det tværsektorielle samarbejde ofte har tendens til, at starte ud for omfattende og blive for komplekst.

Åben kommunikation: Kommunikationen i det tværsektorielle samarbejde bør være åben, da det har en demotiverende effekt på samarbejdet, hvis kommunikationen er lukket. Desuden kan det give et indtryk af, at man ikke har tillid til sin samarbejdspartner, og dermed forhindrer at der opstår en gensidig positiv afhængighed og personlige relationer i samarbejdet.

Forløbskoordinatoren fra Børne- og ungepsykiatrien, sidder to timer om måneden, i Ungehuset 3D. Dette bidrager til muligheden for en direkte kontakt mellem region og kommune, hvor samarbejdspartnerne kan sparre på sager, hvis der er opstået tvivl. Herudover mener ungekonsulenten at Ungehuset 3D og Børne- og ungepsykiatrien har en god dialog, da man altid kan kontakte hinanden på telefon, og få afklaret tvivlsspørgsmål. Ungekonsulenten uddyber dette i følgende citat:

“...[Forløbskoordinatoren] kommer herved, og er to timer [...] hver måned faktisk hvor [...] vi altid [kan] ringe til hende, og gør det også(...). Man kan henvende sig med noget man kan være i tvivl om (...). Så det foregår ved at vi via dialog med faghold eller med koordinator derude, hvor de så er med til sammen med os og vurdere om hun skal visiteres ind i børnepsyk eller om de ikke skal.”(Interview, Ungekonsulent, Socialpædagog, Ungehuset 3D, s. 19 - 20)

Denne mulighed for åben kommunikation, fremmer det tværsektorielle samarbejde, da man altid har adgang til viden og sparring hos sin samarbejdspartner. Den åbne kommunikation letter

samarbejdet, og bidrager til et mere flydende forløb for borgerne og samarbejdspartnere. Ydermere vil Ungehuset 3D gerne etablere et tættere samarbejde med Center for misbrug, for at kunne sparre og udveksle erfaringer. (Interview, Ungekonsulent, Socialpædagog, Ungehuset 3D, s. 23)

Forløbskoordinatoren fortæller hvordan hendes arbejdsopgaver, har forskellige funktioner med kommunikationen i det tværsektorielle samarbejde. Forløbskoordinatoren fortæller blandt andet om hendes rolle som mægler i følgende citat:

“Jeg kan godt være den der skal sidde og mægle på en eller anden måde, fordi der sidder nogle familier og nogle unge med, og så kan jeg også nogle gange godt høre, hvad det er mine kollegaer siger, og jeg kan også godt høre hvad det er de siger, når jeg snakker med dem ude fra kommunen af, og så kan jeg korrigere dem...”
(Interview, Ergoterapeut/Forløbskoordinator, Børne- og Ungepsykiatrien, s. 5-6)

Forløbskoordinatorens rolle øger mængden af kommunikation, i det tværsektorielle samarbejde, og er med til at mindske risikoen for misforståelser mellem parterne. Ligeledes udtaler forløbskoordinatoren: *“Men jeg synes efter vi er startet op på det her og der er blevet en vej ind i gennem mig, i forhold til samarbejdet og vi har fået snakket og har fået afklaret nogle ting...”* (Interview, Ergoterapeut/Forløbskoordinator, Børne- og Ungepsykiatrien, s. 6) Med dette tydeliggør forløbskoordinatoren, at når kommunikationen går gennem hende medvirker det til, at både region og kommune har mulighed for at få afklaret tvivlsspørgsmål, og dermed mindskes risikoen for at der opstår misforståelser mellem sektorerne. Dette tydeliggør det manglende kendskab i sektorerne, da der er behov for at Forløbskoordinatoren mægler mellem samarbejdspartnerne, og samarbejdet bliver skrøbeligt i fraværet af forløbskoordinatorerne, som tidligere beskrevet.

Den åbne kommunikation er en betingelse for at det tværsektorielle samarbejde, som udspringer af samarbejdspartneres kendskab til hinandens fagligheder og kompetencer, som etableres igennem kommunikation. I det tværsektorielle samarbejde mellem region Syddanmark og Esbjerg kommune er der en forholdsvis god kommunikation, men der efterspørges mere kommunikation for at etablere en tættere relation, fra Ungehuset 3D. Dette stemmer overens med første analysedel, hvor kommunikationen har to udfald, hvor man ved *“Deloitte social og socialstyrelsen”*, har forbedret samarbejdet gennem kommunikationen, ved et større kendskab mellem samarbejdspartnerne og i

rapporten *"Tværsektorielt samarbejde om mennesker med en dobbeltdiagnose"*, har haft vanskeligheder ved at nedbryde de faglige barrierer, grundet dårlig kommunikation. Socialrådgiveren beskriver en barriere i det tværsektorielle samarbejde, nogle medarbejdere ikke er indstillet, på at samarbejde på tværs af sektorerne, hvor man på ledelsesniveau bør tage ansvar, og tydeliggøre prioriteringen og vigtigheden af det tværsektorielle samarbejde, overfor medarbejderne.

Tillid og positiv gensidig afhængighed, og tillid og personlige relationer: I Hauglands teori, er tillid, positiv gensidig afhængighed, tillid og personlige relationer elementært, for at samarbejdet kan blive karakteriseret som succesfuldt. Dette bliver anset som elementært for samarbejdet, da dette er den vigtigste forudsætning, for at det tværsektorielle samarbejde kan lykkes, da instanserne i kraft af, det tværsektorielle samarbejde afgiver kontrol, og dermed bliver afhængige af hinanden. Dette bliver ligeledes belyst i litteraturen, hvor Seemann og Gustafsson beskriver vigtigheden i den gensidige tillid og professionelle relationer. (Seemann & Gustafsson, 2016, s. 8) Dette kan perspektiveres op til at samarbejdet skal udvikles nøgternt, da parterne i det tværsektorielle samarbejde, skal afdække hinandens normer og værdier, for at kunne opbygge et ligevægtigt samarbejde. Etableringen af tillid mellem samarbejdspartnerne er essentielt, for at kunne skabe et godt tværsektorielt samarbejde. (Seemann & Gustafsson, 2016, s. 9) Den positive gensidige afhængighed og tillid udspringer af, at der etableres en åben kommunikation, og at samarbejdspartnerne har dannet relationer på tværs af sektorerne, hvilket begrundes at disse succeskriterier komplementere hinanden.

Ungehuset 3D oplever i det tværsektorielle samarbejde, at der er stor tillid til både Børne- og unge psykiatrien og til Center for misbrug. Ungekonsulenten påpeger dog, at dét der komplicerer samarbejdet mellem Center for misbrug og Ungehuset 3D, er at se mulighederne i at bruge hinanden.

"...Jeg oplever helt klart at der er tillid med børnepsyk., og i forhold til misbrugscentret.[...] der tror jeg også der er det. Det tror jeg faktisk. Jeg tror bare at vi har [...] nogen gange svært ved og se, hvad det er vi skal bruge hinanden til."
(Interview, Ungekonsulent, Socialpædagog, Ungehuset 3D, s.22)

Ungekonsulenten uddyber endvidere, at Ungehuset 3D godt kan se, hvad de skal bruge Center for misbrug til, i følgende citat: *"...Jeg kan tydeligt se, hvad jeg skal bruge dem til i hvert fald, men jeg*

tror de har svært ved og se, hvad de skal bruge os til.” (Interview, Ungekonsulent, Socialpædagog, Ungehuset 3D, s.23) Dette betyder ikke nødvendigvis at der eksisterer mistillid, men at ungekonsulenten har en oplevelse af, at Center for misbrug ikke har kendskab til, hvad de gensidigt kan berige hinanden med i et samarbejde. Endvidere anerkender ungekonsulenten, psykiatriens ønske om at de gerne vil have, at de unge er stoffrie, når de skal modtage behandling, da hendes viden om rusmidlers effekt, gør hende bevidst om at rusmidler kan forhindre en effektiv behandling, hvilket ungekonsulenten udtaler: ”Hvis du er påvirket [...] så husker du jo heller ikke, så lærer du ikke ret meget...” (Interview, Ungekonsulent, Socialpædagog, Ungehuset 3D, s.17) Dette indikerer en forståelse fra ungekonsulenten, om de udfordringer det er for psykiatrien at behandle børn og unge, som er påvirket. Dette kan imidlertid ikke imødekommes, da man i samarbejdsaftalen, har indgået en aftale om at:

”At den regionale behandlingspsykiatri ikke må afvise at udrede eller behandle borgere med en [b]ehandlingskrævende psykisk lidelse med den begrundelse, at de har et stofmisbrug/alkoholafhængighed. Ligeledes må kommunen ikke afvise at udrede eller behandle personer med stofmisbrug/alkoholafhængighed med den begrundelse, at de har en psykisk lidelse”. (Psykiatrien i Syddanmark, 2014, s. 4)

For at etablere en styrket tillid, positiv gensidig afhængighed og personlige relationer mener ungekonsulenten at det ville være gavnligt med nogen fælles temadage, så medarbejderne i de tre instanser kunne arbejde sig ind på hinanden, og dermed opnå en højere grad af personlige relationer til hinanden. Dette mener ungekonsulenten vil styrke samarbejdet, da det derved vil være nemmere at kontaktes hinanden, hvilket man kan se i følgende citat:

“Det kan godt være det der skal til, det er simpelthen at vi får [...] nogle fælles temadage med den her målgruppe, i forhold til dobbeltdiagnoser. [...] Det synes jeg kunne være e[t] fed[t] initiativ fra ledelsen, at os der arbejder med den her unge målgruppe, som har dobbeltdiagnoser, fik nogen fælles temadage, og kom ind i nogle arbejdsgrupper og fik snakket os ind på hinanden. Fordi det er [...] i daglige [det] har en effekt i forhold til lige og ringe. Det at [Forløbskoordinatoren] kommer her og, [...] at vi er i en jævnlig kontakt, og vi ved hvem det er og vi ved hvad de står for de her mennesker, det er jo det der har en betydning i hverdagen. Det er det der

gør til at man lige tager knoglen og siger, ”hey, jeg står lige med det her og det her hvad tænker du om det?””(Interview, Ungekonsulent, Socialpædagog, Ungehuset 3D, s.24-25)

I ovenstående citat, kan man se at relationen øger kendskabet til hinanden og fremmer det tværsektorielle samarbejde, hvilket også ses i første analysedel, og ungekonsulenten udtrykker hvordan det både vil fremme samarbejdet, men også kontakten og kommunikationen til samarbejdspartnerne, hvis man ved, hvem man taler med. Dette kommer ligeledes til udtryk, da ungekonsulenten bliver spurgt til, hvad hendes højeste ønske for det tværsektorielle samarbejde vil være, som står beskrevet i nedenstående citat:

“I hvert fald fik en, jeg ved ikke om det skulle være en uddannelse, me[n] en fælles [...] tema række, hvor vi er samlet omkring det og netop finder ud af hvad mener vi når vi siger dobbeltdiagnoser, og hvad mener vi når vi siger misbrug. Hvad mener vi så vi får en forståelse, fordi vi har [...] to vidt forskellige retorikker.” (Interview, Ungekonsulent, Socialpædagog, Ungehuset 3D, s.27)

Her pointerer ungekonsulenten, at det tværsektorielle samarbejde, vil fremmes af et øget kendskab til hinanden og hinandens holdninger, og at disse temadage kan bidrage til at: *“... vi får en fælles faglig forståelse.”* (Interview, Ungekonsulent, Socialpædagog, Ungehuset 3D, s.27) Som tidligere beskrevet af Seemann og Gustafsson, er tilliden og relations opbygning vigtig for etableringen af det gode tværsektorielle samarbejde, hvilket ungekonsulenten efterspørger i ovenstående udtalelser. (Seemann & Gustafsson, 2016, s. 9)

Forløbskoordinatoren beskriver at der i kommunikationen, eksisterer stor respekt for hinandens viden og kompetencer. Denne respekt skaber tillid mellem samarbejdspartnerne, gennem øget kendskab til hinandens fagligheder. Til spørgsmålet om hvorvidt forløbskoordinatoren oplever tillid i det tværsektorielle samarbejde, besvares der:

“Det handler meget om respekt faktisk. At vi har respekt for hinandens områder og muligheder og begrænsninger. Jeg har dyb respekt for deres viden omkring, ligesom inde på Center for misbrug, eller 3D, omkring rusmidler, rusmiddelbehandling og

misbrugsbehandling. Altså dyb respekt for det, jeg ringer også nogle gange og taler med dem for og [at] blive klogere, for jeg sidder også med de her unge mennesker, det gør mine kollegaer også.“ (Interview, Ergoterapeut/Forløbskoordinator, Børne- og Ungepsykiatrien, s.11)

Her tydeliggøres det, at relationen skaber grobund for den gode kommunikation, hvor man kontakter hinanden, for at udvide sin viden om den fælles målgruppe. Dette øgede kendskab til hinanden og respekt for hinandens viden og kompetencer som forløbskoordinatoren beskriver, kan indikere at der er stor tillid til samarbejdspartnerne, hvilket også blev beskrevet af ungekonsulenten. Dette kan ses ligeledes i første analysedel, som centralt for at opnå et velfungerende tværsektorielt samarbejde.

Forløbskoordinatoren er ansigtet ud af til for psykiatrien, hvilket bidrager til en større personlig relation, og skaber en tillid mellem samarbejdspartnerne i det tværsektorielle samarbejde øges. Dette mener forløbskoordinatoren medvirker til, at samarbejdet begynder at fungere bedre, hvilket man kan se i følgende citat:

“...Det begynder og køre bedre og bedre, fordi vi lære hinanden og kende, og det er et spørgsmål om og komme ud og få ansigter på hinanden. Nu ved dem [...] vi samarbejder med ude i kommunerne, nu ved de godt det er [Forløbskoordinatoren] de skal have fat i herinde i børn[e-] og ungepsykiatrien, og hvis det er nogle samarbejdsvanskeligheder så kontakter de mig og så går jeg ind i [det]. [...] Det er ofte nogle misforståelser i forhold til, hvad det er for nogle lovrammer vi har.”
(Interview, Ergoterapeut/Forløbskoordinator, Børne- og Ungepsykiatrien, s. 2)

Forløbskoordinatorerne har en god effekt på det tværsektorielle samarbejde, og kommunikationen mellem de to sektorer. Som tidligere beskrevet, udgør det en skrøbelighed at meget kommunikation foregår gennem forløbskoordinatorerne, og det ville være ideelt at man udbredte kendskabet til hinanden i sektorerne, hvilket ville styrke det tværsektorielle samarbejde, i fraværet af forløbskoordinatorerne, som tidligere beskrevet.

God kommunikation kan bidrage til en øget tillid, mellem de samarbejdende partere, i det tværsektorielle samarbejde, hvilket socialrådgiveren mener kommer til udtryk således:

“Jeg synes helt klar[t], det er når det skrider fra et formelt samarbejde til et uformelt samarbejde. Det er nok der jeg kan sige, at det næsten [er] det bedste parameter på det. Fordi nu hende jeg nævnte der, det sure løg, vi vil nok ikke komme ind i et uformelt samarbejde. Til gengæld sidder der en masse på børne- og ungepsyk., [og] andre steder, hvor vi har et udmærket uformelt samarbejde. Jeg synes for mig, er det de[t] bedste parameter på: Jamen hvordan fungerer tingene? Fungerer det kun hvis [...] man er pisket ind i et samarbejde, eller kan man også tale i telefon og så ringe og sige, jeg har lige brug for lidt sparring her, [og] sende en mail i den her sag. Det er der jeg synes man kan måle kvaliteten ved et samarbejde. Det er at det går fra det formelle til det uformelle...” (Interview, Socialrådgiver/Misbrugsbehandler/Fagkoordinator, Center for misbrug, s.15)

Her lægges der vægt på, at et godt samarbejde er, når det skrider fra formelt til uformelt, samt anerkendelsen af at ikke alle vil prioritere det tværsektorielle samarbejde. Etableringen af personlige relationer er vigtig, da der her opstår en uformel relation, hvor parter har kendskab til hinanden og hvem der er samarbejdsvillige, som beskrevet i citatet. Denne uformelle relation mener Seemann og Gustafsson, bør udspringe af en løs styring, uden fastlagte rammer, hvilket kan gøre det lettere at etablere en bedre relation, og dermed opnå det uformelle samarbejde, som socialrådgiveren karakteriserer som et succeskriterium. (Seemann & Gustafsson, 2016, s. 8) Når man sammenligner region Syddanmark og Esbjerg kommunes resultater, med de generelle tendenser, ses det, at man mellem region Syddanmark og Esbjerg kommune, har opnået en tillid til hinanden i samarbejdet, hvor de generelle tendenser viser at dette er et kriterium som det tværsektorielle samarbejde ofte bliver udfordret på. Den gensidige afhængighed er endnu ikke etableret i samme omfang som tilliden, men dette kan være et spørgsmål om at kende hinandens ressourcer, og etablere en fælles kultur, hvor samarbejdspartnerne i større omfang kan bruge hinanden.

Faldgruber

Efter at have analyseret Hauglands succeskriterier i det tværsektorielle samarbejde mellem Børne- og ungepsykiatrien i region Syddanmark, Center for misbrug og Ungehuset 3D, vil der blive anvendt Hauglands teori, for at undersøge hvilke faldgruber der eksisterer. Dette vil blive analyseret, for at danne et billede af hvor der er mulighed for forbedring, eller bygge videre på de positive elementer, i samarbejdet om børn og unge med dobbeltdiagnoser.

Samarbejdet bliver for komplekst: En af de udfordringer der ofte vanskeliggør samarbejdet, er at samarbejdet bliver for komplekst. Det er især udfordrende, når samarbejdspartnerne ikke tidligere har erfaring med at samarbejde, da man herved mangler indblik i hinandens kompetencer og dermed ikke har overblik over, hvordan man kan løse problemerne sammen.

Ungekonsulenten pointerer i nedenstående citat, hvordan de arbejder på forskellige måder, og forklarer at, der ikke er nogle af de andre som anvender den narrative tilgang, og erkender at samarbejdet sagtens kan fungere, selvom de ikke anvender samme tilgange, men påpeger at det gør det svært at samarbejde, da det kræver at alle har forståelse for hinandens kompetencer.

”Vi arbejder på forskellige måder, og det er jo det der med at have respekt for hinandens tilgange. Den narrative tilgang, er der ikke nogen af de andre der bruger og det behøves de heller ikke. Ikke for mig, overhovedet. Derfor kan vi sagtens samarbejde. Det skal der være en forståelse af, hele vejen rundt. At vi kan bruge hinandens færdigheder. Men det kan være rigtig svært nogen gange.” (Interview, Ungekonsulent, Socialpædagog, Ungehuset 3D, s. 11)

Ungekonsulenten fortæller yderligere at intentionerne for samarbejdet, ikke altid matcher udfaldet, og at det kan føles udfordrende at få etableret. Komplexiteten opstår i fortvivlelsen over, at den indsats og ressource man ligger i samarbejdet, ikke afspejler sig i resultatet af samarbejdet. En etablering af et kendskab til hinandens viden og kompetencer, vil kunne bidrage til at se mulighederne i hinanden, frem for begrænsninger som gør samarbejdet komplekst. Yderligere påpeger ungekonsulenten, at samarbejdet er vanskeligt at etablere på tværs, når det man samarbejder om, kun er at overlevere unge til Center for misbrug. Dette citat indikerer, at det kan være svært for ungekonsulenten at se, hvordan man skal udbygge samarbejdet, på tværs af indsatserne.

“Men det er på en eller anden måde tungt, at få sat i gang det her samarbejde. Vi har været der ude nogen gange, med de intentioner om at skulle fremme samarbejdet, og alligevel så sker det ikke i praksis. Altså, det nærmeste vi kommer [...] at samarbejde, det er at vi følger de unge derud, hvis de vil. Det er der rigtig mange unge der ikke vil, ud på misbrugscenteret, fordi bare ordet, det får dem til at tænke, jeg skal sku ikke derud.” (Interview, Ungekonsulent, Socialpædagog, Ungehuset 3D, s.12)

Som man kan se i ovenstående citat, kan det være svært at udbygge samarbejdet på tværs af instanserne, hvilket ungekonsulenten uddyber i følgende citat, hvor det påpeges at Ungehuset 3D har en forståelse for, at det kan være svært for Center for misbrug at se, hvad de kan bruge dem til. Dette udsagn kan indikere kompleksiteten af manglende gensidighed i det tværsektorielle samarbejde.

“Hvad skal de så bruge os til andet end og få en overlevering, og det er meget begrænset hvor meget du egentlig kan overlevere [...], det gør vi så også, men skal der samarbejde til for det, for at tage med en ung ud og så overlevere til et enkelt møde. Det behøves der jo egentlig ikke...” (Interview, Ungekonsulent, Socialpædagog, Ungehuset 3D, s.23)

Videre pointerer ungekonsulenten dog, at de godt kan se, hvad de skal bruge Center for misbrug til, i forhold til at blive fagligt inspireret, og have noget mere faglig sparring med dem, men tror at Center for misbrug har svært ved, at se hvad de skal bruge Ungehuset 3D til. (Interview, Ungekonsulent, Socialpædagog, Ungehuset 3D, s. 23) Dette indikerer en manglende gensidighed, eller at det ikke anses som et strategisk vigtigt område at samarbejde om, hvilket kan udfordre det tværsektorielle samarbejde, og medvirke til at samarbejdet om børn og unge med dobbeltdiagnoser bliver for komplekst.

For Børne- og ungepsykiatrien i region Syddanmark, opleves det at samarbejdet bliver for komplekst, da lovgivningerne sommetider er modstridende. Forløbskoordinatoren udtaler således: *“... Lovgivningen bliver nogen gange, eller ret ofte det, der gør at det bliver svært at samarbejde,*

så må vi jo snakke sammen.” (Interview, Ergoterapeut/Forløbskoordinator, Børne- og Ungepsykiatrien, s. 13) Hermed udgør lovgivningerne en barriere i det tværsektorielle samarbejde, da de modarbejder hinanden, imod at opnå det fælles mål mellem region og kommune. Lovgivningen bliver ofte i det tværsektorielle samarbejde, opfattet som en barriere mellem sektorerne, og her må lovgivningen anskues som en formalitet, man må forholde sig til, for borgernes retssikkerhed. Oplevelsen af lovgivningen som en barriere, er imidlertid ingen hindring, men det kræver at udveksling af informationer sker med samtykke. (Lauvås & Lauvås, 2013, s. 44) Ligeledes kan denne barriere overkommes af kendskab til hinandens lovgivningers muligheder og begrænsninger, hvilket kan skabes gennem kendskab til hinandens fagområder. (Seemann & Gustafsson, 2016, s. 8)

Når man skal analysere hvad socialrådgiveren mener, gør det tværsektorielle samarbejde om børn og unge med dobbeltdiagnoser komplekst, peger socialrådgiveren i høj grad på, at det er de individuelle tilgange, til det tværsektorielle samarbejde. Her mener socialrådgiveren at der er nogen fagpersoner, uanset profession, der er mere indstillet på at samarbejde end andre, og mener at man fra uddannelsernes side, burde tillægge det tværsektorielle samarbejde større værdi, og dermed inkorporere det i undervisningen under uddannelserne.

“Men det der er pudsigt, [...] det er at når vi snakker det her, så er der faktisk nogen på psykiatrien, som jeg arbejder godt sammen med. Og det er menigmand og det er læger. Det går skide godt, og så sidder der også en håndfuld, de vil ikke samarbejde. Og der tror jeg, det hænger sammen med hvad det [er] for en kultur man kommer med, hvad er det for en faglig opdragelse man har fået, er man skolet fra skolens side, til at gå ind i et samarbejde, [...] uanset om man så er læge, socialrådgiver eller sygeplejerske, bliver man så skolet godt nok fra skolernes side, til at gå ind og arbejde med det emne, der hedder tværfaglighed?” (Interview, Socialrådgiver/Misbrugsbehandler/Fagkoordinator, Center for misbrug, s.4)

Endvidere gør socialrådgiveren klart, at det ikke er møntet på bestemte professioner, som udfordrer det tværsektorielle samarbejde, men at det ligger i den mentalitet, den enkelte tillægger det tværsektorielle samarbejde.

“Jeg tror det er meget grundlæggende funderet, det at nogen kan godt følge med og nytænke, og så er det let at samarbejde og andre kan ikke gøre det. Jeg sidder som socialrådgiver. Jeg har da mødt nogle socialrådgivere, ved psykiatrien, der er gode at arbejde sammen med og jeg har mødt nogen de er kedelige at arbejde sammen med.”
(Interview, Socialrådgiver/Misbrugsbehandler/Fagkoordinator, Center for misbrug, s. 4)

Den individuelle tilgang til at arbejde tværsektorielt, kan have ulempen ved, at nogle ikke vil samarbejde tværsektorielt, som socialrådgiveren beskriver i ovenstående citat. Her kan der argumenteres for, at det er en styrke at det tværsektorielle samarbejde, pålægges enkle medarbejdere i hver instans, da det vil være muligt, at ansvaret tillægges medarbejdere som er engageret, og ikke et ansvar som tillægges alle medarbejdere, uanset hvad deres holdning til det tværsektorielle samarbejde er.

Man kan argumentere for at dette faktum, at nye fagpersoner bliver ansat, kan gøre samarbejdet komplekst, da man herved konsekvent er nødt til at oplære nye fagpersoner i at arbejde tværsektorielt, da man fra grunduddannelserne ikke har tillagt det tværsektorielle samarbejde nok værdi. (Interview, Socialrådgiver/Misbrugsbehandler/Fagkoordinator, Center for misbrug, s. 17) Dermed bliver det svært at gøre samarbejdet konstant, da man hele tiden skal oplære nye fagpersoner i det tværsektorielle samarbejde, hvilket man ligeledes kan se i ungekonsulentens højeste ønske, for det tværsektorielle samarbejde, hvor ungekonsulenten ønsker *“...at medarbejder blev på deres pind, sådan at man vidste, at man ikke skal starte forfra hele tiden.”* (Interview, Ungekonsulent, Socialpædagog, Ungehuset 3D, s. 28) Ifølge Lauvås og Lauvås er det individuelt i hvor høj grad, professioner er præget af deres felt. En høj grad af identificering kan på nogle områder vanskeliggøre samarbejdet, da man ikke kan se ud over ens egne faggrænser. (Lauvås & Lauvås, 2013, s. 53-54) Man kan derfor argumentere for, at det er meget individuelt, om man har kompetencer, til at samarbejde tværsektorielt.

Manglen på gensidig tilpasningsevne: Endnu en faldgrube i det tværsektorielle samarbejde, er manglen på gensidig tilpasningsevne. Dette udfordrer det tværsektorielle samarbejde, da det kræver at man på forhånd, er åben overfor ændringer løbende i samarbejdet. Er man ikke indstillet på dette, kan det udløse problemer i samarbejdet, og man bør overveje om samarbejdet bør indledes.

Det tværsektorielle samarbejde mellem region Syddanmark og Esbjerg kommune, udfordres på manglende tilpasningsevne, da der opstår udfordringer, fordi lægevikarerne som kommer til, er meget paradigmepræget, hvilket udgør en barriere for de eksisterende samarbejdsrelationer, som man har etableret. Socialrådgiveren beskriver, som tidligere nævnt, hvordan nogle fagpersoner ikke er indstillet på at arbejde tværsektorielt, eller ikke besidder kompetencerne til det, hvilket udgør en manglende tilpasningsevne. Dette kan som beskrevet ovenfor gøre samarbejdet komplekst. Dette udgør en faldgrube, som ligeledes ses i de generelle tendenser i det tværsektorielle samarbejde, i første analysedel. Den manglende tilpasning i samarbejdet, bevirker at samarbejdet bliver for komplekst, og forhindrer at samarbejdet udvikler sit fulde potentiale.

Ubalance i samarbejdet: For at etablere et velfungerende tværsektorielt samarbejde om børn og unge med dobbeltdiagnoser, bør instanserne have værdifulde bidrag til samarbejdet. Det er ikke et krav at bidragene skal være konstante, men over tid skal samarbejdspartnerne bidrage ligeligt.

Ungekonsulenten opfatter at der er ubalance i samarbejdet, da psykiatrien har stor anseelse, hvilket bidrager til at folk ikke tør tro på deres egen intuition. Man kan i nedenstående citat se, at ungekonsulenten mener at psykiatrien i høj grad præger folks opfattelse. Derfor mener ungekonsulenten ikke at samarbejdet er helt lige, da psykiatrien har en stor autoritet, hvilket også kan begrundes med psykiatriens historiske afsæt. (Interview, Ungekonsulent, Socialpædagog, Ungehuset 3D, s. 21)

“Hvor psykiatrien kan sige, der skal kun være en ting i gang, så der skal ikke være psykologsamtaler samtidig med [...] at hun får medicin for eksempel eller hvad det nu kan være. Nogen gange så kommer der nogen ting hvor jeg tænker [...] De har så meget autoritet psykiatrien, det er egentlig bare det jeg vil sige overfor alle tror jeg. At ingen tør helt eller der er mange mennesker der ikke tør tro på egen intuition, og det er bare vigtig, også i forhold til os, og i forhold til alle. Men der har de bare, når du så spørger om det er lige eller ikke er lige, så nej er det ikke helt lige. Det synes jeg ikke helt det er. De har simpelthen stor autoritet stadigvæk, ligesom en læge har.” (Interview, Ungekonsulent, Socialpædagog, Ungehuset 3D, s. 21)

Ungekonsulentens oplevelse af at det tværsektorielle samarbejde, ikke er helt lige, kan indikere en ubalance i samarbejdet, som er relevant at have opmærksomhed på, for at det ikke skal udvikle sig til en reel barriere i det tværsektorielle samarbejde. En af årsagerne til at samarbejdet kan opfattes som ubalanceret, kan være forårsaget af de forskellige faglige indgangsvinkler, som ungekonsulenten beskriver i følgende citat: *“...Men min oplevelse er, at [...] vi har forskellige faglige indgangsvinkler, som gør til at det kan være svært at mødes, og noget andet er også at der kan være økonomi...”* (Interview, Ungekonsulent, Socialpædagog, Ungehuset 3D, s. 16) Relation og kommunikation kan bidrage til at imødekomme hinanden, på deres faglige forskelligheder. Dette ligger ungekonsulenten selv op til, ved at udtale at de gerne ville have nogle temadage, hvor medarbejderne kunne mødes og skabe en fælles forståelse, samt få et større kendskab til hinanden. (Interview, Ungekonsulent, Socialpædagog, Ungehuset 3D, s. 25) Hvilket ungekonsulenten beskriver således:

“Så vi jo også får lidt en fælles... Lige nu, det kan jeg også høre når jeg snakker om det så tænker jeg det, som om vi har tre forskellige faglige indgange, og ja, det har vi også, men vi har også en masse fælles, men det [er] det der er forskelligt, vi kommer til at fokusere på tror jeg, og ikke det som vi har fælles.” (Interview, Ungekonsulent, Socialpædagog, Ungehuset 3D, s. 25)

Selvom ungekonsulenten oplever de forskellige indgangsvinkler som udfordrende, er Ungehuset 3D særdeles opsat på, at der bliver etableret et stærkere tværsektorielt samarbejde, og mindre fokus på samarbejdspartners forskelligheder. Udfordringerne ved et tværsektorielt samarbejde med to forskellige paradigmer, ses som en hyppig barriere, i de generelle tendenser i første analysedel. Ungekonsulenten tilføjer videre til denne udfordring at: *“Det er der vi skal have et eller andet bindeled, [og] se at vi rent faktisk også tænker ens om rigtig meget, og vi er faktisk enige om rigtig meget.”* (Interview, Ungekonsulent, Socialpædagog, Ungehuset 3D, s. 25) Hermed indikerer ungekonsulenten, at der skal være mere fokus på lighederne, frem for forskellighederne, for at fremme det tværsektorielle samarbejde, og forhindre at der opstår ubalance.

I nedenstående citat af forløbskoordinatoren, beskrives det hvordan en ubalance opleves, grundet kommunernes manglende ansvar, for at ansætte forløbskoordinator i deres sektor. Dette skaber en

ubalance i samarbejdet, da kommunerne i samarbejdsaftalen har forpligtet sig til dette. Forløbskoordinatoren beskriver det således:

“Så synes jeg der kan være en svaghed, i at kommunerne ikke har taget ansvaret endnu for at ansætte forløbskoordinator, det er de faktisk forpligtet til, det har de indgået samarbejdsaftale omkring. Så det hele hænger sådan set på mig og det bliver jeg bliver en meget, nu er vi så to, men ellers var der kun en, de andre steder er der faktisk kun en og nogen steder kun en halv stilling, så bliver det meget skrøbeligt hvis man ikke er her.” (Interview, Ergoterapeut/Forløbskoordinator, Børne- og Ungepsykiatrien s.3-4)

Forløbskoordinatoren beskriver, at de manglende forløbskoordinatorer i kommunen, kan medføre, at det tværsektorielle samarbejde bliver skrøbeligt, da forløbskoordinatoren og hendes kollega i deres afsnit, pålægges hele ansvaret for at bære det tværsektorielle samarbejde på tværs af region og kommune. Dette er en udfordring ved samarbejdsaftalen, da den er meget åben for fortolkning, så den kan blive en barriere for det tværsektorielle samarbejde, på trods af, at samarbejdsaftalen er udarbejdet som et forsøg, på at overkomme paradigmers forskelligheder.

Hos Center for misbrug beskriver socialrådgiveren ligeledes sin oplevelse af, at det tværsektorielle samarbejde, er præget af en ubalance i samarbejdet. Dette kommer til syne ved måden, fagpersoner taler til hinanden og borgerne på. Dette beskrives i nedenstående citat:

“Det er så nemt for mig at mærke, når jeg kommer fra et misbrugscenter, hvordan er det man kommunikerer med folk, når man sidder i andre systemer. Jeg oplever utrolig tit at der bliver talt ned, og jeg oplever i hvert fald at der bliver talt ned til folk der har et misbrugsproblem. Mange fagpersoner er fordømmende overfor dem.” (Interview, Socialrådgiver/Misbrugsbehandler/Fagkoordinator, Center for misbrug, s. 8)

Socialrådgiveren beskriver i ovenstående citat, sin oplevelse af fagpersoner, der er fordømmende overfor målgruppen de skal samarbejde om. Dette kan skabe en ubalance i samarbejdet, når en af parterne marginaliserer borgerne der skal samarbejdes om, og der kan der opstå konflikter mellem

fagpersonerne. Det er derfor en udfordring for det tværsektorielle samarbejde, at fagpersonerne ikke går ind i samarbejdet med en fælles forståelse for målgruppen og deres behov. Dette kan man ligeledes se, i de generelle tendenser i første analysedel, som tidligere nævnt, er præget af barriere grundet de forskellige paradigmer som udspringer i sektorerne.

Endvidere opstår der en ubalance i samarbejdet, som tidligere nævnt, når nogle fagpersoner ikke vil indgå i et tværsektorielt samarbejde, eller direkte ikke er kompetente eller oplærte til det. Denne ubalance i villighed og kompetence, kan skabe ubalance og splid mellem de samarbejdende parter, hvilket åbenlyst ikke medfører et balanceret samarbejde.

En af parterne føler sig udnyttet: For at opnå et succesfuldt tværsektorielt samarbejde, er det vigtigt at ingen af parterne, føler sig udnyttet i samarbejdet. Dette er en faldgrube for det tværsektorielle samarbejde, da man ikke kan opnå et jævnybyrdigt tværsektorielt samarbejde, hvis en af parterne bevidst forsøger at udnytte de andre parter. Denne følelse af udnyttelse, kan udspringe af manglende kendskab til hinandens roller og opgaver. Dette kan skyldes at, forventningerne til hinanden i det tværsektorielle samarbejde ikke stemmer overens. (Lauvås & Lauvås, 2013, s. 80)

Vi har ud fra interviewet med ungekonsulenten, ikke fået et indtryk af at Ungehuset 3D, føler sig udnyttet i det tværsektorielle samarbejde, om børn og unge med dobbeltdiagnoser.

Man kan ud fra nedenstående citat, se at forløbskoordinatoren føler det som en svaghed at kommunerne ikke har ansat forløbskoordinatorer, på trods af at de er forpligtet til dette, i henhold til samarbejdsaftalen. (Psykiatrien i Syddanmark, 2014, s. 9) Dette manglende tiltag fra den kommunale sektor, får konsekvenser for forløbskoordinatoren, da der hviler et stort ansvar på forløbskoordinatoren og hendes kollega, for at etablere og udvikle det tværsektorielle samarbejde om børn og unge med dobbeltdiagnoser. Dette medfører ifølge forløbskoordinatoren at samarbejdet bliver meget skrøbeligt, som tidligere beskrevet, hvilket ligeledes ses i nedenstående citat:

“Så synes jeg der kan være en svaghed, i at kommunerne ikke har taget ansvaret endnu for at ansætte forløbskoordinator, det er de faktisk forpligtet til, det har de indgået samarbejdsaftale omkring. Så det hele hænger sådan set på mig og det bliver jeg bliver en meget, nu er vi så to, men ellers var der kun en, de andre steder

er der faktisk kun en og nogen steder kun en halv stilling, så bliver det meget skrøbeligt hvis man ikke er her.” (Interview, Ergoterapeut/Forløbskoordinator, Børne- og Ungepsykiatrien, s. 3-4)

Man kan i ovenstående citat argumentere for, at forløbskoordinatoren føler sig udnyttet, da Børne- og ungepsykiatrien ikke oplever, at kommunerne lever op til deres forpligtelser i samarbejdsaftalen. Her kan man dog overveje om det er muligt at denne følelse af udnyttelse, skyldes at der eksisterer forskellige fortolkninger af aftalen, der er indgået i samarbejdsaftalen. (Lauvås & Lauvås, 2013, s. 80) Dette er muligt, da der i samarbejdsaftalen står følgende, hvilket der kan forekomme forskellige fortolkninger af:

“Hver kommune udpeger en kontaktperson i forhold til børne- og ungdomspsykiatrisk afdeling. Kontaktpersonen fungerer som indgang til kommunen i de tilfælde, hvor den børne- og ungdomspsykiatriske afdeling er i tvivl om, hvem i kommunen der skal kontaktes. Kontaktpersonen har ikke sagsansvar i forhold til den konkrete sag, men fungerer som vejleder/guide for afdelingen for at sikre effektive forløb, og at henvendelsen ender det rigtige sted i kommunen.” (Psykiatrien i Syddanmark, 2014, s. 9)

Man kan i ovenstående passage i samarbejdsaftalen argumentere for, at der kan være flere fortolkninger på kommunernes forpligtelser i det tværsektorielle samarbejde. Det er dog centralt, at være opmærksom på at samarbejdsaftalen, kan være blevet suppleret med en intern aftale, hvilket vi ikke har mulighed for at opnå kendskab til.

Hos Center for misbrug beskriver socialrådgiveren oplevelsen af, at man fra psykiatriens side, bryder med de aftaler som er blevet indgået i samarbejdsaftalen. Dette hviler specielt på aftalen om, at man ikke må afvise at behandle borgere med dobbeltdiagnoser, hvilket socialrådgiveren beskriver i nedenstående citat:

“Det er ligesom nogen af de tiltag, vi lavede dengang, med at prøve og nedbryde nogle fagbarrierer og opdrage folk til at arbejde sammen, [...] de er blevet glemt. De blev primært glemt fra psykiatriens side. Det vil sige nogen af de gamle

holdninger, der eksisterede for 10 år siden, kunne [vi] mærke at de stille og roligt begyndte at smitte af. For eksempel, så mødte vi den der med at ”jamen folk skal være clean 3 måneder inden vi begynder at arbejde med dem.” Hvis du tager sundhedsaftalen og læser den, det er direkte i strid med sundhedsaftalen.” (Interview, Socialrådgiver/Misbrugsbehandler/Fagkoordinator, Center for misbrug s. 3-4)

Socialrådgiveren påpeger, at det tværsektorielle samarbejde er præget af tilbagegang, da nogle af de tiltag man dannede under screeningsprojektet og i samarbejdsaftalen, er begyndt at blive negligeret af psykiatrien. Her henviser socialrådgiveren til passagen i samarbejdsaftalen, hvor borgeren er et fælles ansvar, og psykiatrien ikke må afvise at behandle børn, unge og voksne for deres psykiske lidelse, på grund af deres misbrugsproblematik, og ligeledes må Center for misbrug og Ungehuset 3D ikke afvise at behandle borgere, på grund af deres psykiske lidelse. Dette kan man se i nedenstående uddrag fra samarbejdsaftalen:

“Endvidere har Sundhedsstyrelsen udarbejdet retningslinjer for udarbejdelse af koordinerende indsatsplaner, som er en del af grundlaget for samarbejdsaftalen. Her understreger Sundhedsstyrelsen: At den regionale behandlingspsykiatri ikke må afvise at udrede eller behandle borgere med en [b]ehandlingskrævende psykisk lidelse med den begrundelse, at de har et stofmisbrug/alkoholafhængighed. Ligeledes må kommunen ikke afvise at udrede eller behandle personer med stofmisbrug/alkoholafhængighed med den begrundelse, at de har en psykisk lidelse.” (Psykiatrien i Syddanmark, 2014, s. 4)

Tilsvarende kan man i de generelle tendenser om mennesker med dobbeltdiagnoser, se at de forskellige forståelser af paradigmer udgør en barriere, i de to sektorer. I det tværsektorielle samarbejde, om børn og unge med dobbeltdiagnoser, i region Syddanmark, forsøger man at overkomme denne barriere, med samarbejdsaftalen. Dette ændrer problematikken til et tolkningsproblem af samarbejdsaftalen, og et opgør med de klassiske paradigmer. Dette opgør med paradigmerne er forsøgt løst med screeningsprojektet, men er endnu ikke overkommet.

Mangel på dynamik og udvikling: Den sidste faldgrube er mangel på dynamik og udvikling, da dette vil ske som en følge af at samarbejdspartnerne ikke satser på samarbejdet. Dette resulterer i at samarbejdet stagnerer, da der ikke formås, at skabe dynamik og udvikling.

Denne faldgrube er let at falde i, specielt i et felt som er så flygtigt som dette, hvor der hele tiden sker forandringer. Dette gør sig gældende, da der er stor udskiftning af personale i sektorerne, og dermed kræves der en kontinuerlig indsats, for at fastholde etableringen af det tværsektorielle samarbejde. Det kan derfor være nødvendigt med hyppigere undervisning, som psykiatrien tilbyder, som tidligere nævnt. Både Center for misbrug og Ungehuset 3D har ligeledes været ude og fortælle om deres metoder, men man kan argumentere for, i forhold til udskiftning af personale, at dette bør gøres årligt, eller oftere, for at fastholde kontakten mellem medarbejderne i de samarbejdende sektorer. Det er derfor ikke fordi der ikke er villighed, til at satse på det tværsektorielle samarbejde om børn og unge med dobbeltdiagnoser, men fordi man ikke er opmærksomme på, at vidensdelingen bør ske ofte, for at etablere den nødvendige dynamik og udvikling i det tværsektorielle samarbejde. Overraskende er det tværsektorielle samarbejde mellem region Syddanmark og Esbjerg kommune ikke i så høj grad præget af denne faldgrube, som ellers ses i de generelle tendenser i første analysedel. Her ses det tværsektorielle samarbejde i høj grad præget af kompleksiteten, der bliver en barriere for udviklingen og dynamikken.

Der er yderligere udfordringer, som Hauglands teori ikke favner, som tidligere beskrevet. Derfor er der valgt at inddrage tematiseringerne, struktur og kultur, for at udnytte empiriens potentiale fuldt ud. Disse tematiseringer vil blive analyseret i det følgende.

Struktur:

Der er valgt at inddrage tematiseringen struktur, da strukturerne danner væsentlige rammer for instansernes handlemuligheder og vilkår, for det tværsektorielle samarbejde. Der vil i nedenstående, blive beskrevet, strukturerne styrker og udfordringer i det tværsektorielle samarbejde, og ikke blive adskilt, hvorvidt de er succeskriterier og faldgruber, som der er blevet i Hauglands teori.

Et eksempel på at strukturen udfordre, det tværsektorielle samarbejde, beskrives af forløbskoordinatoren, der oplever en manglende ensartethed, i de kommunale tilbud, som en udfordring, da det kun er Esbjerg kommune, der har et regulært tilbud til børn og unge med rusmiddel problematikker. Dette ses i følgende citat:

“Min erfaring er at [...] for unge under atten, er der ikke ret mange tilbud når der er dobbeltdiagnoser. Esbjerg Kommune har som de[n] eneste kommune, tilbud til unge under atten år og det 3D. De andre fire kommuner,[...] Varde, Vejen og Billund kommune, de har ikke et regulær tilbud til unge under atten år, i forhold til misbrugsbehandlingen...” (Interview, Ergoterapeut/Forløbskoordinator, Børne- og Ungepsykiatrien s.2)

Man kan ud fra ovenstående citat, se at de kommunale forskelle i tilbuddene til børn og unge med dobbeltdiagnoser, gør samarbejdet komplekst set fra psykiatriens side, da det kan virke ulogisk at disse børn og unge har forskellige vilkår, alt efter hvilken kommune de er bosiddende i.

Ungehuset 3Ds tilbud består, som tidligere nævnt, af tre medarbejdere, og dette kan være årsag til at Ungehuset 3D ikke har investeret i tiltag i det tværsektorielle samarbejde. Dette kan man tydeligt se i udtalelsen, til spørgsmålet om hvilke tiltag de har igangsat indenfor det sidste år, hvortil ungekonsulenten udtalte:

“Ingen. Altså børnepsyk har gjort det med de koordinerende indsatsmøder og det med at [Forløbskoordinatoren] kommer her og vi er blevet bedre til at benytte os [af det]. Men jeg synes faktisk det er dem der har taget initiativet. Det er noget der er sket, jeg ved ikke om det er indenfor det sidste år, det er måske lidt længere tid siden, halvandet år siden eller sådan noget.” (Interview, Ungekonsulent, Socialpædagog, Ungehuset 3D, s. 22)

Man kan argumentere for, at strukturen gør det vanskeligt for Ungehuset 3D at iværksætte nye tiltag, da de består af tre medarbejdere i Ungehuset 3D, og de derfor kan være begrænset i ressourcer. Hvilket ungekonsulenten, henviste til i det foregående citat, som årsagen til at de bliver glemt, fordi de er et lille tilbud. Dette faktum kan ligeledes forklare, hvorfor Ungehuset 3D har svært ved at igangsætte nye tiltag, da de er et lille tilbud i Esbjerg kommune.

I Center for misbrug er man i gang med at implementere nye handleplansprocedurer, hvilket bevirker, at man begynder at arbejde efter en anden model, som minder mere om den model, Forløbskoordinatoren arbejder efter i psykiatrien, hvilket man kan se i følgende citat:

“...Men man begynder faktisk at arbejde lidt på en anden model, så i løbet af et halvt år. 1/3 år, der får vi henede i vores afdeling eller Center for misbrug også en rolle, med at lave nogen fælles koordinerede handleplansmøder. Det kommer mere til at ligne det [forløbskoordinatoren] står for, for eksempel. Altså, jeg skal indkalde alle samarbejdspartnere...” (interview, Socialrådgiver/Misbrugsbehandler/Fagkoordinator, Center for misbrug, s. 2-3)

Ved udviklingen af deres handleplansprocedure, som minder om psykiatriens, skabes der i samarbejdet en mere ensartet arbejdsgang, hvilket ressourcemæssigt, kan lette samarbejdet mellem de to instanser, ved at etablere en mere ens struktur, i udførelsen af arbejdet. Denne investering kan bidrage til en øget forståelse for hinandens fagligheder, da udførelse af det administrative arbejde, bliver mere ensartet og gennemskueligt i begge sektorer. Dette tiltag kombineret med at man i det tværsektorielle samarbejde mellem region Syddanmark og Esbjerg kommune, underviser samarbejdspartnerne i hinandens fagligheder, metoder og tilgange, hvilket af blevet anvendt af alle samarbejdspartnere, dog ikke i ensartet omfang, har stor betydning for etablering af en fælles kultur og forståelse, hvilket ses i første analysedel, som vigtige faktorer for et velfungerende tværsektorielt samarbejde.

Ungekonsulenten beskriver, hvordan det kan udfordre strukturen og gøre samarbejdet komplekst, grundet manglende tydelig rollefordeling, selvom de koordinerende møder har bidraget, til at skabe en større tydelighed i rollefordeling. Ungekonsulenten mener, at der mangler et dybere kendskab til hinandens felt, så de ikke kommer til at overlape hinandens indsats, men kan komplementere hinandens arbejde. Dette kan man se i de nedenstående citater:

“Vi skal måske blive mere tydelige over [...] hvad for en rolle vi har hver i sær. [...] Selvom de koordinerende møder de har hjulpet egentlig, synes jeg. Men måske lidt tættere. Altså, ligesom du(interviewer) siger ”jeg vil egentlig gerne vide hvordan for eksempel arbejder i med identitet”, at så ved vi, overordnet at børnepsyk de gør sådan og vi gør sådan her, men hvad er det egentlig lige de gør. [...] Det kunne være godt at vide, at vi ikke går ind og arbejder med akkurat det samme for eksempel. Men det er jo på den måde, vi nogen gange har sat os sammen og fundet ud af, hvad

er det egentlig i arbejder på og det kan også være, hvad er det for en medicin og hvad for en effekt har det, ikke, og den her diagnose, hvad er det i mente lige præcis i forhold til den her pige...” (Interview, Ungekonsulent, Socialpædagog, Ungehuset 3D, s.15)

Udfordringer i rollefordeling er ligeledes en generel tendens, som ses i første analysedel, og har en hæmmende effekt på kommunikation og samarbejdet generelt, da der her kom opstå uenigheder og konflikter. Ungekonsulenten mener at en klar rollefordeling, vil tydeliggøre hvad de samarbejder om, hvilket muligvis ville kunne mindske barrieren af uvished og strukturere samarbejdet, og dermed hjælpe Ungehuset 3D og Center for misbrug til at etablere et samarbejde. Den tydelige rollefordeling, mener ungekonsulenten, desuden vil have en positiv effekt på den gensidige forståelse for hinandens arbejde i sektorerne, og her er kommunikationen en vigtig faktor, for udarbejdelsen af de klare rolledelinger. (Interview, Ungekonsulent, Socialpædagog, Ungehuset 3D, s.18)

Kultur:

Der er valgt at inddrage tematiseringen kultur, da dette ses om et vigtigt tema, at få belyst i det tværsektorielle samarbejde, og her er Hauglands teori ikke tilstrækkelig. Der vil som i strukturer tematiseringen ikke blive adskilt, hvorvidt de er succeskriterier og faldgruber, som der er blevet i Hauglands teori.

Kulturen har stor betydning for det tværsektorielle samarbejde, men er ligeledes, som set i første analysedel, en udfordring, grundet de forskellige paradigmer. Her kan Ungehuset 3D bidrage til behandlingen af børn og unge med dobbeltdiagnoser, i kraft af, deres forskellige tilgange i behandlingen. Ungehuset 3D arbejder med tre forskellige tilgange, hvilket bidrager til en alsidig behandling, hvor man kan vælge den tilgang der passer til den enkeltes problematikker. Dette ses i følgende citat: *“Ja og det er jo det der er fordelene ved at have de her tre forskellige, narrativ, kognitiv og psykodynamisk, at man kan benytte sig af det som der passer til den enkelte.” (Interview, Ungekonsulent, Socialpædagog, Ungehuset 3D, s. 8)* Ved at kunne målrette behandlingen til den enkelte, kan Ungehuset 3D bidrage til det tværsektorielle samarbejde, ved at

imødekomme barnet eller den unges individuelle behandlingsbehov, hvilket kan fremme den fremadrettede behandling.

Forløbskoordinatoren beskriver, tillid og respekt som vigtige elementer, for at etablerer en kultur med åben kommunikation. At man er imødekommende og åben, overfor hinandens viden og kompetencer, fremmer kommunikationen i det tværsektorielle samarbejde. Dette beskriver Forløbskoordinatoren i følgende citat:

“Vi har respekt for hinandens arbejde. Vi har også erfaring [med at] vi mødes. Jeg mødes med dem fra 3D en gang om måneden, hvor vi vender, er der noget her vi skal have vendt, er der noget vi skal have rettet ind i forhold til samarbejde. I Center for misbrug mødes vi med alle lederne [...] og så alle os forløbskoordinator der samarbejder med Center for misbrug. Vi mødes tre gange om året og forventningsafstemmer, er der [...] noget der er ved at køre af sporet her, som vi skal have rettet ind, og hvem tager sig så af det. Vi prøver og forebygge at tingene går galt. Jeg synes vi har et ligeværdigt samarbejde og jeg synes når jeg kontakter [Ungekonsulenten] eller Jørgen, [...] når jeg kontakter en af dem, så tager de det meget alvorligt og vi kan snakke sammen omkring, ”prøv og hør jeg har en ny ung her, han er ikke lige helt klar, men kunne jeg sende ham ned til dig til en snak, sådan en uforpligtende [snak].” (Interview, Ergoterapeut/Forløbskoordinator, Børne- og Ungepsykiatrien, s. 9)

Hermed tydeliggøres det, at den gensidige respekt og tillid til hinanden, er vigtig for kulturen, og fremmer kommunikationen og samarbejdet. Relationen og kendskabet til hinanden, fremmer den tillid som er vigtig i samarbejdet, hvilket afspejler sig i forløbskoordinatorens oplevelse af, at de har et ligeværdigt samarbejde. I følgende citat, beskriver forløbskoordinatoren ligeledes åbenheden overfor hinandens viden og kompetencer, som et bidrag til den åbne kommunikation:

“Det handler meget om respekt faktisk. At vi har respekt for hinandens områder og muligheder og begrænsninger. Jeg har dyb respekt for deres viden, ligesom inde på Center for misbrug, eller 3D, omkring rusmidler, rusmiddelbehandling og misbrugsbehandling. Altså dyb respekt for det, jeg ringer også nogle gange og taler

med dem for og [at] blive klogere, for jeg sidder også med de her unge mennesker, det gør mine kollegaer også...” (Interview, Ergoterapeut/Forløbskoordinator, Børne- og Ungepsykiatrien, s. 11)

Socialrådgiveren fra Center for misbrug, har tidligere været projektleder for et screeningsprojekt, som forløb i perioden 2012 - 2015 for voksne med dobbeltdiagnoser. Her fik de indledt et så tæt samarbejde med psykiatrien, at de i dag har muligheden for at screene borgere, og henvise dem direkte ind i det lægeledede system, som socialrådgiveren selv beskriver i følgende citat:

“Det har mest været omkring voksenpsykiatrien. Vi fik udbygget samarbejdet, og så fik vi også mulighed for, noget der faktisk er rimelig unikt, [at] jeg kan som socialrådgiver i dag, screene en borger og så henvise dem direkte til de[t] lægeledet system. Det vil sige centralvisitation[en] ude på Spangsbjerg. Jeg ved ikke om man kan det andre steder i Danmark idag, men det kunne man ikke dengang vi startede det. Hvis I kender noget til de systemer, så ved i at [...] de[t] [er] lidt usædvanligt, at en socialrådgiver kan visiterer eller henvis[e] til et lægeledet system...”(Interview, Socialrådgiver/Misbrugsbehandler/Fagkoordinator, Center for misbrug, s. 1-2)

Denne kompetence er unik, og er et bidrag der fremmer det tværsektorielle samarbejde, i det parterne har skabt et tæt samarbejde. Muligheden for at socialrådgivere kan screene borgere og henvise direkte ind i psykiatrien, bryder op med nogle af de fagbarrierer, som der i første analysedel eksisterer, og udfordrer det tværsektorielle samarbejde om mennesker med dobbeltdiagnoser.

Socialrådgiverens opfattelse er, at det tværsektorielle samarbejde om børn og unge med dobbeltdiagnoser, er blevet bedre indenfor de sidste 20 år, hvor socialrådgiveren har været ansat på Center for misbrug. Socialrådgiveren mener at screeningsprojektet har været en løftestang for samarbejdet, og at der er ved at ske et paradigmeskifte, i forhold til det tværsektorielle samarbejde, med den relationelle koordinering, hvor fagpersoner er tvunget til at arbejde sammen om borgerne. Dette udtrykkes i følgende citat:

“...Jeg tror efterhånden er der en gensidig forståelse. Jeg har været her ude på centret i 20 år. Der er sket rigtig meget i de 20 år og jeg synes det var en løftestang,

da vi havde screeningsprojektet fra 12-15. Det er ligesom at vindende begynder at blæse anderledes nu, også med relationel koordinering [...]. Det er også mantraet i Esbjerg kommune i øjeblikket. Det er lidt ligesom de fælles koordinerede handleplaner. Hvor alle fagpersoner bliver tvunget til at sætte sig ned, og [...] finde nogle løsninger i forhold til, de pågældende borgere. Hvis man skal gøre det lidt hurtigt, så er det meget over i den retning, som [...] de laver både [Forløbskoordinatoren] og Helle Pedersen, med de fælles koordinerede handleplaner.”(Interview, Socialrådgiver/Misbrugsbehandler/Fagkoordinator, Center for misbrug - Center for misbrug, s. 11)

Derudover mener Center for misbrug, at man kan definere et godt samarbejde, når kulturen i samarbejdet skrider fra et formelt samarbejde, til et uformelt samarbejde, som tidligere nævnt, da man ved det uformelle samarbejde ikke er tvunget til at arbejde sammen, men kontakter hinanden, ved at sende en mail eller ringe til hinanden, når man har brug for sparring i en sag. Derudover mener socialrådgiveren at det er meget varierende og individuelt, om andre fagpersoner ønsker at skabe grobund for et tværsektorielt samarbejde i alle sektorer, hvilket man kan se i nedenstående citat:

“Jeg synes helt klar[t], det er når det skrider fra et formelt samarbejde til et uformelt samarbejde. Det er nok der jeg kan sige, at det næsten [er] det bedste parameter på det. Fordi nu hende jeg nævnte der, det sure løg, vi vil nok ikke komme ind i et uformelt samarbejde. Til gengæld sidder der en masse på børne- og ungepsyk., [og] andre steder, hvor vi har et udmærket uformelt samarbejde. Jeg synes for mig, er det de[t] bedste parameter på: Jamen hvordan fungerer tingene? Fungerer det kun hvis [...] man er pisket ind i et samarbejde, eller kan man også tale i telefon og så ringe og sige, jeg har lige brug for lidt sparring her, [og] sende en mail i den her sag. Det er der jeg synes man kan måle kvaliteten ved et samarbejde. Det er at det går fra det formelle til det uformelle...” (Interview, Socialrådgiver/Misbrugsbehandler/Fagkoordinator, Center for misbrug - Center for misbrug, s. 15)

I nedenstående citat giver socialrådgiveren, et eksempel på kompleksiteten i det tværsektorielle samarbejde, hvor betydningen af viljen til at arbejde tværsektorielt får stor betydning. Her pointerer han, at der kan være store individuelle forskelle på, hvordan folk arbejder tværsektorielt. Man kan i følgende citat, se hvordan socialrådgiveren pointerer at, der er nogen man arbejder godt sammen med, og der er nogen, hvor det virker som at de ikke vil samarbejde:

“Men det der er pudsigt, [...] det er at når vi snakker det her, så er der faktisk nogen på psykiatrien, som jeg arbejder godt sammen med. Og det er menigmand og det er læger. Det går skide godt, og så sidder der også en håndfuld, de vil ikke samarbejde.”(Interview, Socialrådgiver/Misbrugsbehandler/Fagkoordinator, Center for misbrug - Center for misbrug, s. 4)

Yderligere uddyber socialrådgiveren med endnu et eksempel, fra sine erfaringer på velviljen i at samarbejde tværsektorielt. Her mener socialrådgiveren, at denne velvilje er uafhængig af hvilken profession man har, hvilket kan ses i nedenstående citat:

“Jeg sidder som socialrådgiver. Jeg har da mødt nogle socialrådgivere, ved psykiatrien, der er gode at arbejde sammen med, og jeg har mødt nogen de er kedelige at arbejde sammen med.”(Interview, Socialrådgiver/Misbrugsbehandler/Fagkoordinator, Center for misbrug - Center for misbrug, s. 4)

Dette kan muligvis løses ved at der etableres en fælles kultur og forståelse på tværs af sektorerne, hvor man på ledelsesniveau, påpeger vigtigheden af samarbejdet. Dette kan relateres til vigtigheden af vidensdeling på tværs af instanserne, så nyuddannede og vikarer har mulighed for at tilegne sig denne viden og færdigheder. Socialrådgiveren uddyber om mentaliteten til det tværsektorielle samarbejde at:

“Jeg fik at vide på et tidspunkt, og det var faktisk en inde i hans eget system, at de også henter vikarer. Der var det primært lægevikarer, [de] hentede fra København for eksempel. Esbjerg var faktisk milevidt fremme i forhold til København. Så når de så fik vikarer over, så var de selvfølgelig præget af det de sad med derovre. Det var

faktisk ret vanskeligt [...]. Vi var inde i et forløb, der hed at vi havde nogle gode samarbejdsrelationer. Så kommer der nogen der ikke har haft tradition for, at have nogen som helst samarbejdsrelation. Det kan godt være det lyder forvirrende, det er det også, fordi hvor vi havde lavet noget der egentlig fungerer nogenlunde. Ikke perfekt, men nogenlunde, så er der bare begyndt at komme nogen, der ikke har den der faglige tradition. Så er det jeg siger at kurven har været for nedadgående og vi så er endt med noget, som jeg har synes var utilfredsstillende. “ (Interview, Socialrådgiver/Misbrugsbehandler/Fagkoordinator, Center for misbrug, s. 5)

Man kan ud fra ovenstående citat se, hvordan socialrådgiveren ligeledes mener at det gør samarbejdet komplekst, når der kommer vikarer til samarbejdet, der ikke er vant til at arbejde med samarbejdsrelationer, grundet manglende erfaring, eller at vikarerne er præget af andre paradigmer, som kan være svære at bryde op med, hvilket er en generel tendens som ses i første analysedel.

Analyse af grænsefladens organisering i det tværsektorielle samarbejde mellem region Syddanmark og Esbjerg kommune

Det er vanskeligt at analysere alle faggrupperes virke i det tværsektorielle samarbejde, da der kan forekomme hierarkier blandt de forskellige faggrupper, som kan have en effekt på organiseringen i grænsefladen. Derfor vil der i nedenstående analyse, blive analyseret hvilken grænseflade organisering, der deler flest elementer med det tværsektorielle samarbejde, om børn og unge med dobbeltdiagnoser. Dette udfald vil videre blive anvendt til en analyse af, typen af konflikt i grænsefladen.

Underorganisering:

Man kan se, at der udspiller sig en intern underorganisering i Ungehuset 3D, da de udtrykker et ønske om en tydeligere ledelse, hvilket ville kunne øge deres bidrag til det tværsektorielle samarbejde (Interview, Ungekonsulent, Socialpædagog, Ungehuset 3D, s. 24). En tilbagetrukket ledelse, kommer til udtryk ved at man i Ungehuset 3D, ikke har igangsat nye tiltag, i det tværsektorielle samarbejdet om børn og unge med dobbeltdiagnoser. Dette betyder ikke, at Ungehuset ikke tidligere har igangsat tiltag. Ungehusets leder har tidligere igangsat et kommissorium, med henblik på at fremme det tværsektorielle samarbejde, om børn og unge med dobbeltdiagnoser. (Interview, Ungekonsulent, Socialpædagog, Ungehuset 3D, s. 6+22). I denne passage ekspliceres det, hvorledes ledelsens manglende tydelighed, udfordrer samarbejdet og

vanskeliggør etableringen af medarbejdernes samarbejde med de øvrige instanser, til trods for at medarbejderne føler at de har gjort en indsats. Her er det centralt at nævne at den manglende tydelighed fra ledelsen muligvis kan skyldes, at Ungehuset 3D er en lille afdeling, og derfor er ledelsen ikke nødvendigvis i besiddelse af ressourcer, til at prioriterer det tværsektorielle samarbejde om børn og unge med dobbeltdiagnoser. (Interview, Ungekonsulent, Socialpædagog, Ungehuset 3D, s. 22) Ungehuset 3Ds størrelse, kan derfor forårsage, at de skal ligge mange ressourcer i, at etablere sig i samarbejdet, da de ellers kan risikere at blive glemt (Interview, Ungekonsulent, Socialpædagog, Ungehuset 3D, s 22).

Udover ledelsesperspektivet, reflekterer Ungehuset 3D over hvor stort et samarbejde, der skal til for at overlevere de unge til Center for misbrug, når de fylder 18 år. Her påpeges videre, som tidligere beskrevet, at man fra Ungehuset 3D, ønsker at bruge Center for misbrug til sparring. (Interview, Ungekonsulent, Socialpædagog, Ungehuset 3D, s. 23) Ungehuset 3Ds usikkerhed i etableringen af et samarbejde, kan være en indikation på en isolation af hver instans´ indsats for børn og unge med rusmiddel og misbrugsproblemer. Et andet eksempel på en underorganisering eksisterer, da parterne, som belyst i ovenstående Haugland analyse, mangler indsigt i hinandens tilgange, metoder og handlemuligheder og begrænsninger i lovgivningerne. Børne- og ungepsykiatrien tager ud og underviser samarbejdspartnere i deres arbejde, og dette er ligeledes gjort hos Center for misbrug og Ungehuset 3D, men ikke i samme kontinuerlige omfang, som hos Børne- og ungepsykiatrien. Grundet den store udskiftning i sektorerne, specielt psykiatrien, er det vigtigt at parterne ofte kommer ud og manifesterer sig, og ikke blot isolerer deres viden i deres egne afdelinger.

I et forsøg på at overkomme underorganisering kan man, ifølge Seemann og Gustafsson, optimere samarbejdet ved at det tværsektorielle samarbejde, etableres med en engageret tværgående ledelse (Seemann & Gustafsson, 2016, s. 8). Underorganisering er ligeledes en generel tendens, som præger det tværsektorielle samarbejde. I første analysedel ses det, hvordan der i alle rapporterne er en tendens til, at samarbejdet bliver underorganiseret, ofte grundet manglende bidrag på ledelsesniveau.

Overensstemmende organisering:

I det tværsektorielle samarbejde om børn og unge med dobbeltdiagnoser, er der elementer af en overensstemmende organisering. Dette oplever man i Børne- og ungepsykiatrien, hvor ledelsen udviser stor interesse, for det tværsektorielle samarbejde, og ledelsen bliver informeret løbende af

forløbskoordinatorene, om hvordan det tværsektorielle samarbejde forløber (Interview, Ergoterapeut/Forløbskoordinator, Børne- og Ungepsykiatrien, s. 13-14). Dette indikerer at ledelsen udviser interesse for dette samarbejde, til trods for at de ikke er involveret i den praktiske udførelse. Børne- og ungepsykiatrien oplever at man på tværs af sektorerne, på ledelsesniveau har etableret en overensstemmende organisering, i det tværsektorielle samarbejde, i form af implementeringsgruppen med repræsentanter fra region og kommunerne i region Syddanmark. (Interview, Ergoterapeut/Forløbskoordinator, Børne- og Ungepsykiatrien, s. 9-10) Dette kan tolkes som velvilje og anerkendelse af vigtigheden af, det tværsektorielle samarbejde, om børn og unge med dobbeltdiagnoser, på ledelsesniveau. (Interview, Ergoterapeut/Forløbskoordinator, Børne- og Ungepsykiatrien, s. 10). Velviljen kommer også til udtryk hos repræsentanterne fra instanserne i det tværsektorielle samarbejde, meget er dog en administrativ skrivelse, og ikke i decideret handlinger (Psykiatrien i Syddanmark, 2014). Det kan være en længerevarende proces, at etablere et velfungerende samarbejde på tværs af sektorerne, og samarbejdet bør gives tid til at udvikle sig til et veletableret og fungerende samarbejde. Center for misbrug er opmærksom på, at det kan tage lang tid at etablere et godt samarbejde, når man har brugt mange år på at etablere et dårligt samarbejde. (Interview, Socialrådgiver/Misbrugsbehandler/Fagkoordinator, Center for misbrug, s. 15)

Man har hos Center for misbrug en forståelse af, at ledelsens rolle har en stor betydning for etableringen af det tværsektorielle samarbejde. Her mener man, at det er altafgørende, at man bliver tydelig fra ledelsens side, om hvilke intentioner samarbejdet skal præges af (Interview, Socialrådgiver/Misbrugsbehandler/Fagkoordinator, Center for misbrug, s. 16). Denne ledelsesstyring karakteriserer den overensstemmende organisering, hvor der er rum til diskussioner, og samtidig til klarhed i hvordan man fra ledelsens side ønsker, at medarbejderne skal samarbejde. Dette stemmer overens med de øvrige instansers opfattelse af ledelsens rolle i det tværsektorielle samarbejde. (Interview, Ergoterapeut/Forløbskoordinator, Børne- og Ungepsykiatrien, s.11) (Interview, Ungekonsulent, Socialpædagog, Ungehuset 3D, s. 24).

Overorganisering:

Generelt er der ikke i det tværsektorielle samarbejde, mellem region Syddanmark og Esbjerg kommune, tendens til overorganisering, da der eksisterer en underorganisering. Der kan være en risiko for det tværsektorielle samarbejde, udvikler en tendens til overorganisering, da samarbejdsaftalen ofte inddrages, til at argumentere med. Dette kan medvirke til at samarbejdet

bliver ufleksibelt, hvilket medfører at samarbejdspartnerne ikke udvikler sig. Dette ses imidlertid ikke som tilfældet i det tværsektorielle samarbejde mellem region Syddanmark og Esbjerg kommune, da samarbejdsaftalen er uspecificeret, hvilket giver parterne stort handlerum. At der ikke eksisterer overorganisering i samarbejdet mellem region Syddanmark og Esbjerg kommune, stemmer overens med den tendens, som ses i første analysedel, hvor der heller ikke spores elementer af overorganisering.

Analyse af konflikt i organiserings grænseflade.

Efter at have analyseret organiseringen i grænsefladen, vil der i følgende analyseafsnit blive analyseret på typen af konflikt, i det tværsektorielle samarbejdes interorganisatoriske grænseflade. Browns teoretiske virke opererer med tre niveauer af konflikt: for meget konflikt, for lidt konflikt og overensstemmende konflikt. Disse begreber vil blive anvendt som en indikation af, hvor samarbejdet udfordres, og hvor samarbejdet er overensstemmende.

For lidt konflikt af typen isolation og aftalt spil-relationen:

Når man skal præcisere hvor der i det tværsektorielle samarbejde om børn og unge, hersker for lidt konflikt, er det centralt at være opmærksom på ledelsen. Ledelsen har en afgørende rolle, da det er ledelsen der skal tydeliggøre vigtigheden af det tværsektorielle samarbejde overfor medarbejderne. Derudover ligger der ligeledes et ansvar på ledelsen, om at igangsætte tiltag, for at optimere medarbejdernes samarbejds muligheder på tværs af sektorerne. Både Center for misbrug og Børne- og ungepsykiatrien oplever deres ledelser som engageret. Ungehuset 3D oplever også at ledelsen har velvilje, men at ledelsen gerne må være tydeligere. Dette afspejler en underorganisering, som tidligere nævnt, hvilket kan lede til for lidt konflikt. Dette gør sig også gældende, da Ungehuset 3D har oplevelsen af, at de bliver glemt i det tværsektorielle samarbejde. Denne underorganisering udmunder i for lidt konflikt, som kan afspejle en isolation i det tværsektorielle samarbejde, med en oplevelse af at de bliver glemt, men ikke italesætter isolationen, hvilket forhindrer samarbejdet i at udvikle sig. (Interview, Ungekonsulent, Socialpædagog, Ungehuset 3D s. 21)

For lidt konflikt kan lede til to udfald, isolation og ´enig slendrian´. Begge udfald præger det tværsektorielle samarbejde mellem region Syddanmark og Esbjerg kommune, da det manglende ledelsesengagement, som skrevet i ovenstående, ikke fordrer en overensstemmende konflikt, da samarbejdet bliver meget isoleret. Herudover præger den enig slendrian sig i samarbejdet mellem Ungehuset 3D og Center for misbrug, da der her er en meget opdelt arbejdsfordeling i forbindelse med overleveringen af de unge fra Ungehuset 3D til Center for misbrug. Ungehuset 3D påpeger, at

de godt kan se hvordan samarbejdet kan udbygges, og hvordan de kan gøre mere brug af hinanden, hvilket vil kunne lede til en overensstemmende organisering og konflikt. (Interview, Ungekonsulent, Socialpædagog, Ungehuset 3D, s. 22-23)

Generelt set, bør kommunikation tillægges en større værdi, for at bryde op i den manglende konflikt, og for at etablere en tradition for at samarbejde på tværs af sektorer. Dette kan lede op til en løsning på udfordringerne, om at parterne skal blive bedre til at vidensdele og holde hinanden ajourført, da en af de uløste konflikter, som ikke blive italesat er manglende kendskab til hinandens tilgange, metoder og lovgivninger. Det gode tværsektorielle samarbejde som er samarbejdsaftalen intention, kommer derfor til at have karakter af enig slendrian, da man endnu ikke har udviklet det tværsektorielle samarbejde til sit fulde potentiale, og forekommer derfor som en skueværdi. For lidt konflikt i samarbejdet mellem region Syddanmark og Esbjerg kommune, stemmer overens med de generelle tendenser, som ofte er præget af for lidt konflikt, grundet forskellige paradigmer og ikke har en tværgående ledelse. Man har i samarbejdet mellem region Syddanmark og Esbjerg kommune etableret en implementeringsgruppe, men for at løse de paradigmatisk udfordringer, er det nødvendigt for medarbejderne, at skabe en fælles forståelse i samarbejdet om børn og unge med dobbeltdiagnoser, for at opnå en overensstemmende konflikt.

Overensstemmende konflikt af typen forhandling og problemløsning:

For at opnå en overensstemmende organisering, er det centralt at der er en overensstemmende konflikt i grænsefladen. Dette er vigtigt, da konflikterne gennem konstruktiv italesættelse, kan udvikle det tværsektorielle samarbejde om børn og unge med dobbeltdiagnoser. Et eksempel på en overensstemmende konflikt er, når Center for misbrug gør opmærksom på, at samarbejdsaftalen ikke bliver overholdt, når psykiatrien afviser at behandle børn og unge med dobbeltdiagnoser, før de har været stoffri i 3 måneder, hvilket man kan se i nedenstående citat:

“Den begyndte faktisk at poppe op igen. Der har vi faktisk haft nogle rimelig gedigne kampe henover efteråret og hen i foråret, for at gøre opmærksom på, at det må man ikke. Det er så lidt der, den kører i dag. Jeg oplever at det er blevet lidt bedre[...]. [Jeg] synes, vi har kørt på et fornuftigt niveau, og så synes jeg faktisk at det faldt i løbet af efteråret, henover foråret. Nu synes jeg i hvert fald, om ikke andet, er [kurven] begyndt at flade sig ud, på en eller anden måde, så skurven er lidt for

opadgående i forhold til, at jeg synes det er et godt samarbejde.” (Interview, Socialrådgiver/Misbrugsbehandler/Fagkoordinator, Center for misbrug, s. 4)

Med dette citat kan man se, at Center for misbrugs italesættelse overfor psykiatrien, medfører nogle gedigne kampe, men forhindres ved en problemløsende konflikttype. Det tydeliggør at man prioriterer samarbejdsaftalens retningslinjer, og man derfor ikke hos Center for misbrug, lader uoverensstemmelsen blive en barriere for samarbejdet. Et andet eksempel på en problemstilling der kan lede til en konflikt, er når Børne- og ungepsykiatrien pointerer, at de hos kommunerne ikke har ansat forløbskoordinatorer, hvilket de mener kommunerne er forpligtede til, i henhold til samarbejdsaftalen.

“Så synes jeg der kan være en svaghed, i at kommunerne ikke har taget ansvaret endnu for at ansætte forløbskoordinator, det er de faktisk forpligtet til, det har de indgået samarbejdsaftale omkring. Så det hele hænger sådan set på mig og det bliver jeg bliver en meget, nu er vi så to, men ellers var der kun en, de andre steder er der faktisk kun en og nogen steder kun en halv stilling, så bliver det meget skrøbeligt hvis man ikke er her.” (Interview, Ergoterapeut/Forløbskoordinator, Børne- og Ungepsykiatrien s. 3-4)

Udfaldet for typen af konflikt, afhænger af hvordan konflikten håndteres og løses mellem samarbejdspartnerne. Hvis denne konflikt ikke italesættes, kan det resultere i isolation og for lidt konflikt. Hvis samarbejdspartnerne ikke reagerer konstruktivt på italesættelse, vil det potentielt kunne lede til for meget konflikt. Udfaldet kan være påvirket af flere af de belyste udfordringer i ovenstående analyse med Haugland, blandt andet risikoen af forskellige fortolkninger af lovgivningen. Vi er ikke informeret, om udfaldet af denne konflikt. For at forebygge at det tværsektorielle samarbejde bliver skrøbeligt, er det vigtigt at denne udfordring italesættes i implementeringsgruppen. Det er netop her styrken i implementeringsgruppen ligger, da ledelserne mødes på tværs af sektorerne. Dette stemmer overens med Seemann og Gustafssons artikel, hvor der efterspørges mere tværgående ledelse, og skaber rammerne for en overensstemmende organisering og konflikt i det tværsektorielle samarbejde. (Seemann & Gustafsson, 2016, s. 3)

For meget konflikt:

Som tilsvarende ved overorganisering, ser vi ikke for meget konflikt i det tværsektorielle samarbejde om børn og unge med dobbeltdiagnoser i region Syddanmark. Man kan ligeledes her argumentere for, at der er risiko for, at grænsefladen i det tværsektorielle samarbejde om børn og unge med dobbeltdiagnoser, udvikler sig til en overorganisering, på længere sigt, hvilket kan bevirke at der opstår for meget konflikt. Dette kunne være en udvikling, da alle tre instanser, henviser til samarbejdsaftalen, som tidligere nævnt.

Sammenfatning af anden analysedel

Tilsvarende første analysedel, kan man ligeledes opstille, en empiriske tematisering af analysen i det tværsektorielle samarbejde om børn og unge med dobbeltdiagnoser, mellem region Syddanmark og Esbjerg kommune i fem punkter, som ses i nedenstående afsnit.

Opgavens karakter:

I det tværsektorielle samarbejde om børn og unge med dobbeltdiagnoser mellem Region Syddanmark og Esbjerg, anerkendes det at samarbejdet er på et strategisk vigtigt område. Samarbejdsaftalen lægger ligeledes op til vigtigheden af det tværsektorielle samarbejde, og at det af de samarbejdende parter skal prioriteres. Der eksisterer nogle kommunikationsvanskeligheder, og kommunikationen og relationen mellem alle medarbejderne i instanserne bør forbedres, for at undgå at der opstår misforståelser, og at samarbejdet bliver skrøbeligt.

Organisationsstrukturer (grænseflade):

Samarbejdet på tværs mellem instanserne er eksisterende, men Ungehuset 3D og Center for misbrug samarbejder kun om det absolut nødvendige. Her efterspørges der fra Ungehuset 3D et tættere samarbejde, eventuelt gennem vidensdeling og sparring. Vidensdeling og undervisning er et redskab Børne- og ungepsykiatrien anvender i høj grad, og dette ses som et godt redskab til at klæde alle medarbejder på til at samarbejde, på tværs af instanser og sektorer. Herigennem kan der etableres en fælles forståelse, og opbygges en relation som fremmer kommunikationen og samarbejdet.

Sektorkultur:

Sektorkulturen er præget af sektorernes forskellige paradigmer, men også af interviewpersonernes engagement og velvilje til at samarbejde. Samarbejdsaftalen forsøger at etablere et fælles ståsted for sektorerne, men bliver udsat for forskellige fortolkninger, hvilket kan lede til at samarbejdet bliver

vanskeligt. Kommunikation, relationsdannelse og en fælles forståelse er vigtige elementer, for at skabe et godt tværsektorielt samarbejde.

Ledelsesmæssig opbakning:

Man har i samarbejdet mellem region Syddanmark Esbjerg og de fem tilhørende kommuner, etableret en implementeringsgruppe, som har til opgave at fremme det tværsektorielle samarbejde mellem sektorerne. Dette udviser en positiv grad af engagement. Det kræver ligeledes at lederne i sektorerne, er opdateret på hvordan samarbejdet forløber i de forskellige instanser. Børne- og ungepsykiatriens ledere har stor indsigt i medarbejdernes arbejde, og prioriterer det tværsektorielle samarbejde. For at etablere et godt samarbejde på tværs af sektorerne, skal lederne i instanserne hele tiden være opdateret i samarbejdets udvikling.

Lovgivning/incitamentsstruktur:

Børne- og ungepsykiatrien oplever, at lovgivningerne er modstridende, og bliver en barriere for det tværsektorielle samarbejde. For at løse lovgivningsmæssige udfordringer, skal der i højere grad kommunikeres mellem medarbejderne. På nuværende tidspunkt har forløbskoordinatorerne en mægler funktion, for at undgå at der opstår misforståelser. Her skal medarbejderne i højere grad kommunikere på tværs af sektorerne, for at samarbejdet ikke bliver skrøbeligt, når forløbskoordinatorerne ikke har mulighed for at mægle.

Samarbejdet bliver af Center for misbrug oplevet som tilbagegående, og dette nedsætter incitamentet for at samarbejde. Der er stor velvilje blandt interviewpersonerne for at samarbejde, men denne velvilje kan blive udfordret, når samarbejdet bliver vanskeligt. For at skabe et kontinuerligt og stabilt samarbejde skal ledelsen i højere grad involveres, og prioritere kommunikationen og relationen mellem alle medarbejdere, i det tværsektorielle samarbejde.

Konklusion

Man kan konkludere, at der hersker muligheder og begrænsninger, i det tværsektorielle samarbejde om børn og unge med dobbeltdiagnoser. Der er ligesom i de generelle tendenser, der ses i første analysedel, af den aktuelle danske litteratur, gode intentioner mellem region Syddanmark og Esbjerg kommune om at etablere, et tværsektorielt samarbejde om børn og unge med dobbeltdiagnoser. Man kan tydeligt se, denne velvilje med skabelse af samarbejdsaftalen og implementeringsgruppen.

Ledelsen har en afgørende rolle, i skabelsen af muligheder og begrænsninger, i det tværsektorielle samarbejde. Da ledelsen skal give medarbejderne muligheden og kompetencerne, til at øge kendskabet til deres samarbejdspartnere i de andre instanser. Det vil være aktuelt, at afholde temadage ofte, hvor frontmedarbejderne mødes, og etablere en relation og opnår en fælles forståelse, de kan kommunikere ud fra. Udfordringerne skal italesættes, gennem kommunikation og det tætte samarbejde. Eksempelvis Børne- og ungepsykiatrisk udtalte udfordringer med de modstridende lovgivninger, som fører til barrierer i samarbejdet, grundet medarbejdernes manglende kendskab i hinandens muligheder og begrænsninger. Man skal dog være opmærksom på at udbygge samarbejdet nøgternt, for ikke at lande i en faldgrube, hvor samarbejdet bliver for komplekst, som de generelle tendenser peger på.

Man kan argumentere for, at det kan begrænse, det tværsektorielle samarbejde om børn og unge med dobbeltdiagnoser, at ansvaret tillægges enkelte personer. En mulighed for at overkomme denne begrænsning, er ved at udbrede det tværsektorielle samarbejde, til alle berørte medarbejdere, hvilket betyder at forløbskoordinatorerne, ikke skal påtage sig hele ansvaret, for at samarbejdet ikke skal blive skrøbeligt. Dette betyder at forløbskoordinatorerne, fortsat skal koordinere indsatserne, men ikke som mægler mellem sektorerne. Medarbejderne i sektorerne skal i stedet, gennem vidensdeling og relationsdannelse, bidrage til det tværsektorielle samarbejde gennem etablering af en fælles forståelse, for at bryde op med sektorernes kulturer og paradigmer, hvilket kan problematisere det tværsektorielle samarbejde om børn og unge med dobbeltdiagnoser. Dette er centralt, for at undgå at følge de generelle tendenser, som ses i første analysedel, hvor manglende kendskab til samarbejdspartnere, store paradigmatisk forskelle og manglende tydelig ledelse, udfordrer det tværsektorielle samarbejdet

Bibliografi

- Alter, C., & Hage, J. (1993). *Organizations Working Together*. Newbury Park, California : SAGE Publications, Inc. .
- Antoft, R., Jacobsen, M. H., Jørgensen, A., & Kristiansen, S. (2007). *Håndværk & Horisonter - Tradition og nytænkning i kvalitativ metode*. Odense: Syddansk Universitetsforlag.
- Axelsson, R., & Axelsson, S. B. (2013). *Om samverkan - för utveckling av hälsa och välfärd*. Lund: Studentlitteratur.
- B. o. (14.. Februar 2017). *Psykiatrien I Syddanmark*. Hentet fra www.psykiatriensyddanmark.dk: <http://www.psykiatriensyddanmark.dk/wm266741>
- B. o. (14.. Februar 2017). *Psykiatrien I Syddanmark*. Hentet fra www.psykiatriensyddanmark.dk: <http://www.psykiatriensyddanmark.dk/wm283990>
- B. o. (14.. Februar 2017). *Psykiatrien I Syddanmark*. Hentet fra www.psykiatriensyddanmark.dk: <http://www.psykiatriensyddanmark.dk/wm472529>
- Betænkning nr. 1434, 2., & Psykiatriudvalget, 2. (u.d.).
- Brown, D. L. (1983). *Managing Conflict at Organizational Interfaces*. Boston: Addison-Wesley Publishing Company.
- Buch, M. S., Thygesen, P., & Johansen, K. S. (Marts 2015). *KORA*. Hentet fra www.kora.dk: <http://www.kora.dk/udgivelser/udgivelse/i10793/Tvaersektorielt-samarbejde-omkring-mennesker-med-ikke-psykotisk-sindslidelse-og-misbrug>
- Buch-Hansen, H., & Nielsen, P. (2005). *Kritisk realisme*. Frederiksberg C: Roskildes Universitetsforlag.
- Buch-Hansen, H., & Nielsen, P. (2012). Kritisk Realisme. I S. Juul, & K. B. Pedersen, *Samfundsvidenskabernes Videnskabsteori - En indføring*. (s. 277-318). København K: Hans Reitzels Forlag.
- Haugland, S. A. (2004). *Samarbeid, allianser og nettverk*. Oslo: Universitetsforlaget.
- Jacobsen, D., & Thorsvik, J. (2014). *Hvordan organisationer fungerer- en indføring i organisation og ledelse*. København: Hans Reitzels Forlag.
- Jensen, P., SPUK, Hansen, S. P., & PIHL INKLUSIVE. (2016). *Unge med dobbeltdiagnose/ dobbelt belastning - Afdækning af viden og erfaringer på området*. Værløse: PIHL INKLUSIVE.
- Jespersen, J. (2009). Kritisk realisme- teori og praksis. I L. Fulgsang, & P. B. Olsen, *Videnskabsteori i samfundsvidenskaberne- På tværs af fagkulturer og paradigmer* (s. 145-171). Frederiksberg C: Roskilde Universitetsforlag.
- Johansen, K. S. (Juli 2009). *KABS*. Hentet fra www.kabs.dk: <http://www.kabs.dk/soeg/?q=dobbelt%20diagnoser%20-%20dobbelt%20behandling>

- Johansen, K. S., & Andersen, S. B. (2014). *Tværasektorielt samarbejde om mennesker med en dobbeltdiagnose*. København K: Kora.
- Johansen, K. S., & Børsting-Andersen, S. (2014). *Socialpædagogerne*. Hentet fra www.sl.dk: <http://viden.sl.dk/artikler/socialpaedagoger/rammebetingelser/tvaersektorielt-samarbejde-om-mennesker-med-dobeltdiagnose/>
- Johansen, K. S., Larsen, J., & Nielsen, A. (September 2012). *KORA - Det Nationale Institutet for kommunernes og Regioners analyse og forskning*. Hentet fra www.KORA.dk: <http://www.kora.dk/udgivelser/udgivelse/i3816/Tvaersektorielt-samarbejde-i-psykiatrien>
- Kommune, E. (u.d.). *Esbjerg Kommune*. Hentet fra www.esbjergkommune.dk: <http://www.esbjergkommune.dk/borger/familie-og-b%C3%B8rn/b%C3%B8rn-og-unge-med-s%C3%A6rlige-behov/st%C3%B8tte-til-b%C3%B8rn-og-unge-med-s%C3%A6rlige-behov/3d-ungeprojekt.aspx>
- Kommuner., R. S. (28. Oktober 2014). *Psykiatrien i Syddanmark*. Hentet fra www.psykiatriensyddanmark.dk: www.psykiatriensyddanmark.dk/dwn452094
- Kvale, S., & Brinkmann, S. (2009). *Interview*. København: Hans Reitzels.
- Kvale, S., & Brinkmann, S. (2015). *Interview - Det kvalitative forskningsinterview som håndværk*. København: Hans Reitzels Forlag.
- Larsen, S. N., & Pedersen, I. K. (2011). *Sociologisk Leksikon*. København K: Hans Reitzels Forlag.
- Lauvås, K., & Lauvås, P. (2013). *Tværfagligt samarbejde - Perspektiv og strategi*. Aarhus: Forlaget Klim.
- Lov nr. 1270 af 24. Oktober 2016. (u.d.).
- Lov nr. 543 af 24. Juni 2005. (u.d.).
- misbrug, C. f. (u.d.). *Esbjerg Kommune*. Hentet fra www.centerformisbrug.esbjergkommune.dk: <http://centerformisbrug.esbjergkommune.dk/om-centret.aspx>
- ordbog, D. d. (19. Juni 2017). *Den danske ordbog - Moderne dansk sprog*. Hentet fra www.ordnet.dk: <http://ordnet.dk/ddo/ordbog?query=katalysator>
- Psykiatrifonden. (2016). *Psykiatrifonden*. Hentet fra www.psykiatrifonden.dk: <http://www.psykiatrifonden.dk/aktiviteter/nyheder/2016/mennesker-med-dobbelt-diagnoser-skal-have-bedre-behandling.aspx>
- Psykiatriudvalget. (2013). *En moderne, åben og inkluderende indsats for mennesker med psykiske lidelser*. København K: Regeringens udvalg om psykiatri.
- psykiatriudvalget1. (2013). *Indsatsen for mennesker med psykiske lidelser- udvikling i diagnoser og behandling*. København K: Regeringens udvalg om psykiatri.

- Regioner, D. (2012). *Danske Regioner*. Hentet fra www.bedrepsykiatri.dk:
http://www.bedrepsykiatri.dk/media/11496/to-dianoser-et-menneske_2012ashx-regioner.pdf
- Seemann, J., & Antoft, R. (2002). Hentet fra
<http://openarchive.cbs.dk/bitstream/handle/10398/6833/2002%20-3flos.pdf?sequence=1>
- Seemann, J., & Gustafsson, J. (3. April 2016). Smid >>pyramidebrillerne<<! *Tidsskrift for Dansk Sundhedsvæsen.*, s. 4-13.
- Seemann, J., & Johansen, M. (2013). Unge i organisatorisk grænseland - organisering, samarbejdestrategier, tillid og ledelse. *Uden for nummer nr. 27, 14. årgang.*, s. 14 - 19.
- Socialstyrelsen, D. S. (2015). *Model for integreret indsats for borgerer med sindslidelse og misbrug*. Odense: Socialstyrelsen.
- Syddanmark, R. (3.. Marts 2017). *Region Syddanmark*. Hentet fra www.regionsyddanmark.dk:
<https://regionsyddanmark.dk/wm483980>
- Wad, P. (2012). Realistisk videnskabsteori og kritisk realisme. I M. H. Jacobsen, K. L. Rasmussen, & P. Nedergaard, *Videnskabsteori i statskundskab, sociologi og forvaltning* (s. 375-420). København K: Hans Reizels Forlag.
- Kreditering af forsidefoto: http://all-free-download.com/free-photos/download/creative-clouds-05-hd-pictures_165816.html