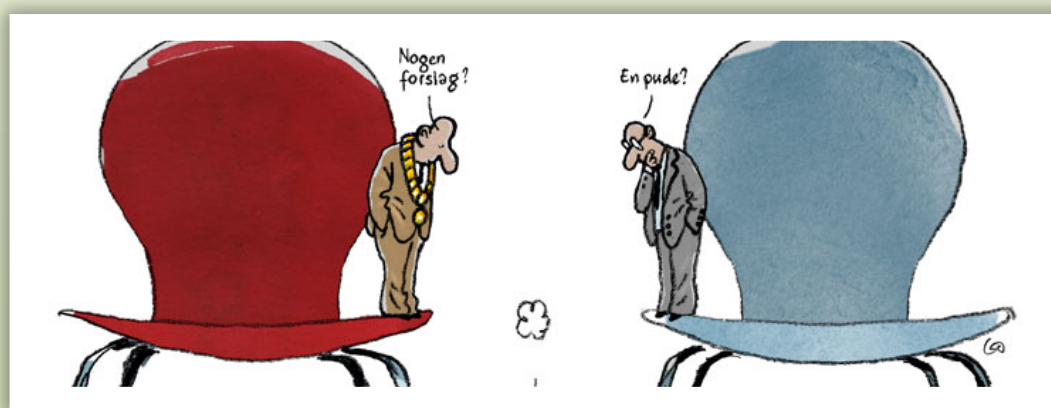


Koordination i indsatsen overfor mennesker med dobbeltdiagnose

Virkningsevaluering som analyseredskab

Charlotte Lomholdt



Gitte Skov for Socialpædagogen nr. 18 2013

Kandidatuddannelsen i Socialt arbejde Modul 6
Aalborg Universitet
Charlotte Lomholdt Studie nummer 20110631
Anslag : 208.747

Indholdsfortegnelse

ABSTRACT	4
INDLEDNING	6
KAPITEL 1	7
IDENTIFICERING AF ET SOCIALT PROBLEM	7
AT FALDE MELLEM TO STOLE	8
HVORDAN FINDES VIDEN OM OG MED KVALITET?	11
HVORFOR KRITISK REALISME	14
HVAD VED VI OM, HVAD DER VIRKER FOR HVEM – OG UNDER HVILKE BETINGELSER?	16
MENNESKER MED DOBBELTDIAGNOSE	18
VIRKNINGSFULDE INDSATSER	20
KOORDINATION	22
SUNDHEDSAFTALERNE	23
TVÆRFAGLIGT OG TVÆRSEKTORIELT SAMARBEJDE	24
PROBLEMFORMULERING	27
PRÆSENTATION AF FÆLLESTEAMET	27
KAPITEL 2	30
KRITISK REALISME	30
DET ONTOLOGISKE SPØRGSMÅL	31
VIRKELIGHEDENS ONTOLOGI	32
VIDENSKABENS ONTOLOGI	33
DEN TRANSITIVE DIMENSION	33
DEN INTRANSITIVE DIMENSION	34
DET EPISTEMOLOGISKE SPØRGSMÅL	36
ONTOLOGISK REALIST OG EPISTEMOLOGISK RELATIVIST	38
VIRKNINGSEVALUERING SOM METODE	38
MEKANISME + KONTEKST = UDFALD	40
DESIGN	42
METODE	43
DET HALVSTRUKTUREREDE LIVSVERDENSINTERVIEW OG SPØRGEGUIDE	43
VALG AF INFORMANTER	44
INTERVIEWSITUATIONEN	46
KVALITATIVE OVERVEJELSER	47
ANALYSESTRATEGI	49
BETINGELSER FOR ANALYSEN	50
KAPITEL 3	52
KOMMUNALE MEDARBEJDERE	52
VIDEN	52
BINDELEDDET TIL VIDEN	58
FÆLLESTEAMETS SAMMENSÆTNING	62
KOMMUNALE MEDARBEJDERE: HVAD VIRKER FOR HVEM UNDER HVILKE BETINGELSE	65
SYGEPLEJERSKEN	71
VIDEN	71
BINDELEDDET TIL VIDEN	72

FÆLLESTEAMETS SAMMENSÆTNING	75
PATIENTERNE	77
SYGEPLEJERSKEN: HVAD VIRKER FOR HVEM UNDER HVILKE BETINGELSER	79
KAPITEL 4	84
LIGHEDER OG FORSKELLE I DEFINERINGEN AF INDSATS	84
LIGHEDER OG FORSKELLE I DEFINERINGEN AF BETINGELSER	87
MOTIVATION	87
KASSETÆNKNING	89
NETVÆRKSPERSPEKTIV	91
3. ORDENS SYSTEM	92
LIGHEDER OG FORSKELLE I DE IDENTIFICEREDE MEKANISMER	94
KAPITEL 5	102
KONKLUSION	102
PERSPEKTIVERING	105

Abstract

Coordination of social interventions for people with dual diagnosis

This study focuses on the phenomenon *coordination* in social work and more specifically on coordination of social interventions for people with dual diagnosis, which in this case mean people who have a mental disorder and an active abusive of alcohol and/or drugs.

The purpose of this study is to focus on coordination as a method in social work and also to study how coordination can qualify social work. Specifically in relation to ensure a holistic approach to people with a mental disorder and an abuse of alcohol and/or drugs.

Each municipality is according to an agreement between Danske Regioner and Kommunernes Landsforeningen committed to have a Fællesteam. This Fællesteam is responsible for the coordination of treatment of people with dual diagnosis and the members of the represent the social centre, the misuse centre and the psychiatric unit.

Linking coordination and the Fællesteam leads me to the following question for further examination in my study:

How does the Fællesteam work as a coordinated initiative in relation to ensure that the users of the Fællesteam receive a holistic approach?

The study is written in a critical realistic approach and the design and method is strongly inspired of Pawson and Tilley's Realistic Evaluation (1997). Therefore the question of "What works for whom in What circumstances?" is a guideline through the study and it is used to establish a model describing how Context plus Mechanism can generate an Outcome.

The first part of the study is at short review of what we already know about, what works for people with dual diagnosis. The second part of the study is a qualitative study of the Fællesteam using the guidelines for semi-structured interviews from Kvale (1997). The third part of the study is the analysis of empirical data.

The analysis attends the empirical data with inductive reasoning, to find how the informants describe the circumstances for the Fællesteam. Then the empirical data is the

object for a deductive reasoning, to find the What and the Who in the question of What works for Whom in what circumstances.

The findings in these analyses is then the object of a retroductive reasoning, to find what causal mechanisms in the intransitive dimension generates the way, that the Fællesteam works for people with dual diagnosis and in what circumstances. This analysis uses theories from Per Revstedt (2001), Janne Seemann (2008), La Cour & Højlund (2008) and Michel Foucault (in Dag Heede, 2002).

The study shows, that economy and a discourse of shortage of financial resources to social work can have influence on how the Fællesteam works. It also shows, that it is not predictable how the influence of the economy impacts the Fællesteam. One scenario is that, the team keeps a low profile (Seemann, 2008) and as such doesn't require more resources. Another scenario is that the members of the team by motivation and knowledge mobilise enough power to expand the awareness of the team. By doing so they might, paradoxically, form a basis of needs for even more economic resources.

Indledning

Dette speciale er et studie af koordinering og de betingelser, som koordinering virker under. Studiet udføres som en virkningsevaluering med udgangspunkt i det kritisk realistiske standpunkt og formålet er at give et bud på, hvordan koordinering virker, hvem koordinering virker overfor og hvilke betingelser koordinering virker under.

Specifikt tages udgangspunkt i Fællesteamet i Holstebro Kommune, som varetager en koordineringsopgave, der er rettet mod mennesker med dobbeltdiagnose. Specialet begynder derfor med en argumentation for en kobling mellem koordinering og mennesker med dobbeltdiagnose og leder videre til en problemformulering om, hvordan Fællesteamet i Holstebro Kommune virker som et koordinerende tiltag i forhold til at sikre, at borgerne modtager en helhedsorienteret indsats.

Opbygningen af specialet præges af valget af en kritisk realistisk tilgang, hvilket her medfører, at specialets problemfelt kan beskrives som en, ikke udtømmende men dog relevant, gennemgang af genstandsfeltets ontologi, der viser hvor der mangles viden i forhold til koblingen mellem mennesker med dobbeltdiagnose og koordinering som indsats.

Til besvarelse af problemformuleringen foretages en kvalitativ undersøgelse af Fællesteamet samt observationer under tre fællesteammøder.

Kapitel 1

Identificering af et socialt problem

Dette speciale skrives på Kandidatuddannelsen i socialt arbejde og som følge deraf, findes mit problemfelt indenfor et område, hvor en problematik kan beskrives som et socialt problem, og hvor der udføres et stykke socialt arbejde som modspil til problemet.

Mit praktikforløb i en socialafdeling i Holstebro Kommune har vækket min interesse for den gruppe mennesker, der daglig omtales som dobbeltdiagnose patienter. Jeg har ligeledes stiftet bekendtskab med Holstebro Kommunes fællesteam, som har til opgave at sikre koordinationen i behandlingen af netop denne gruppe borgere. Behovet for koordination i behandlingen underbygges af, at disse borgere i flere tilfælde modtager behandling for et misbrug i kommunalt regi, behandling for en psykiatrisk lidelse i regionalt regi samt støtte til at afhjælpe en social situation, også i kommunalt regi.

Umiddelbart dækker "dobeltdiagnose patienter" over mennesker, som har en psykiatrisk lidelse og på samme tid et aktivt misbrug af enten stof eller alkohol eller begge dele. Koblingen mellem denne gruppe borgere og et speciale på Kandidatuddannelsen i socialt arbejde må derfor findes i, at dobbeltdiagnose patienter kan beskrives som et socialt problem. Hvordan et socialt problem defineres afhænger af øjnene der ser. I dette speciale anlægger jeg en kritisk realistisk tilgang til viden og anvender den kritiske realistiske ontologi i valget af en definition af sociale problemer. Yderligere argumentation for dette valg og relevansen af en kritisk realistisk videnskabsteoretisk tilgang findes længere fremme i problemfeltet.

En definition, som læner sig op af netop det kritisk realistiske videnskabssyn er her gengivet af Svend Aage Andersen (2007) fra Simon;

"Hvis der er grupper af mennesker med bestemte karakteristika og under specifikke historiske omstændigheder, der regelmæssigt lider skade i høje rater, så kan man sige, at skaderne har et socialt mønster. Hvis skader er socialt mønstrede, så må de, følger det, være forårsaget af sociale betingelser" (Andersen, 2007 s. 90).

Endvidere gøres klart, at sociale problemer er objektivt eksisterende, uden hensyn til offentlig anerkendelse. Med denne specificering gøres det allerede nu klart, at både specialet og den

kritiske realisme tager afstand fra en mere relativistisk og konstruktivistisk tilgang til viden og derfor også til opfattelse af verden.

Dobeltdiagnosepatienter er en gruppe borgere, som har et igangværende misbrug af alkohol og/eller stoffer og som samtidig har en psykiatrisk lidelse. Disse bestemte karakteristika, den objektive regelmæssige skade som disse karakteristika kan medføre i form af afhængighed, abstinenser og medicineringsbehov, samt en socialpolitisk situation, hvor det gennem flere år er blevet diskuteret, hvor ansvaret for koordinering af gruppen bør ligge (Rådet for socialt udsatte, 2012), skaber et socialt mønster, som jeg mener jf. Simons definition kan identificere et socialt problem (Andersen, 2007).

Min videnskabsteoretiske tilgang får udover en definition på sociale problemer også yderligere konsekvenser for mit speciale allerede i problemfeltet. Det er i denne vidensposition yderst vigtig at tage udgangspunkt i det felt, der undersøges og stille et velbegrunderet forskningsspørgsmål, som udspringer af et en beskrivelse af *det vi allerede ved*, og dermed også søge at svare på *det vi ikke ved*. Derfor vil mit problemfelt først dokumentere, at vi på nuværende tidspunkt *ikke* ved alt hvad der er at vide om mennesker med dobbeltdiagnose, og sidenhen vise, at der eksisterer et videnshul med hensyn til at vide, hvordan man skaber en koordinerende indsats for mennesker med dobbeltdiagnose.

At falde mellem to stole

Den første danske undersøgelse (Johansen, 2009) med fokus på mennesker med dobbeltdiagnose fra 1994 italesætter metaforen om, at mennesker med dobbeltdiagnose "falder mellem to stole". Metaforen dækker over situationen, hvor mennesker med dobbeltdiagnose ikke kan behandles i psykiatrisk regi, fordi de har et misbrug og samtidig heller ikke kan behandles for deres misbrug, fordi de lider af en ubehandlet psykiatrisk lidelse. I 1996 stiller Tina Ussing Bømler skarpt på problematikken ved at have et specialiseret behandlingssystem, som skal finde løsninger, på det man kan kalde for et bredspektret problem, og hun konstaterer kritisk, at "psykisk syge misbrugere primært tilbydes hjemløshed, depotmedicin og ingenting" (Johansen, 2009 s. 41). Igen i 2003 (Meuser et. al) samles op på problematikken ved behandling af mennesker med dobbeltdiagnose og

Meuser et al. forklarer at behandlingen ofte ikke lykkes, fordi brugerne ikke kan koordinere mellem behandlingstilbuddene og fordi behandlingssystemet ikke formår at koordinere behandlingen af to forskellige sygdomme (Johansen, 2009 s. 40). Så sent som i Rådet for Socialt Udsattes årsrapport for 2012 beskrives igen en problematik omkring behandling af mennesker med dobbeltdiagnose, som kan ledes tilbage til metaforen om "at falde mellem to stole",

"Mennesker med sindslidelse og misbrug oplever stadig, at der stilles gensidige krav om stoffrihed/have styr over misbruget, inden sindslidelsen behandles og omvendt, at der stilles krav om, at de skal være udredt psykiatrisk, før en egentlig misbrugsbehandling kan indledes. Problematikken har været diskuteret blandt brugere og fagprofessionelle i mere end 15 år. Det er en uholdbar situation, hvis løsning bør prioriteres endnu højere af politikere og fagprofessionelle. Det er uhensigtsmæssigt, at misbrugere med en sindslidelse bliver kastebold mellem den regionale behandlende psykiatri og den kommunale misbrugsbehandling, fordi de to systemer ikke i tilstrækkelig grad formår at koordinere og samarbejde om målgruppen. Dette bør i højere grad gøres til et tilbagevendende tema i sundhedsaftalerne"
(Rådet for Socialt Udsatte, 2012 s. 27) .

Det kan undre, at en problematik, som sættes på dagsordenen i Danmark første gang i 1994, som i 1996 pointeres som en problematik ved et specialiseret behandlingssystems formåen til at behandle ikke-specialiserede lidelser og som i 2003 specificeres til at omhandle koordineringsproblemer blandt både brugere og behandlingssystemer fortsat i 2012 ikke har fundet en løsning.

Løsningsforslag på problematikken kunne man se i Morgenavisen Jyllandsposten 29. Januar 2013, hvor både patientforeninger, KL og De Danske Regioner enes om at kritisere den nuværende situation. Patientforeninger og De Danske Regioner ønsker begge en samling af ansvaret og behandlingen af mennesker med dobbeltdiagnose, mens KL henleder fokus på lange ventetider til udredning af en psykisk lidelse og ønsker et bedre samarbejde mellem region og kommune. Kommunernes behov for bedre samarbejde er indfanget i *En tværfaglig udfordring – Undersøgelse af kommunernes indsats for mennesker med sindslidelse og misbrug* (Hagensen et. al, 2011), hvor den opsamlende konklusion peger på, at kommuner for at kunne

tilbyde et helhedsorienteret sagsarbejde for mennesker med dobbeltdiagnose ønsker et forbedret samarbejde på tværs af fagligheder, afdelinger og sektorer ved brugen af eksempelvis handleplaner. Fra denne undersøgelse fremsættes følgende citat;

"Ca. 12 kommuner (27 % af dem, der har besvaret spørgsmålet) oplever det som en udfordring at koordinere den tværfaglige indsats på en måde, som sikrer, at den enkelte borger bliver mødt med et helhedssyn og ikke med modstridende synspunkter" (Hagensen et. al, 2011 s. 54). Og længere fremme i teksten findes ligeledes en relevant udsagn;

"Kommunerne tegner således et billede af, at kommunikationen, koordinationen og samarbejdet med psykiatrien fungerer uhensigtsmæssigt" (Hagensen et. al, 2011 S. 58).

Disse fremhævnninger er undersøgelsens opsamling på empiri indhentet ved hjælp af både en kvantitativ og en kvalitativ undersøgelse blandt kommunale medarbejdere. Denne undersøgelse peger i retningen af, at problematikkerne omkring en helhedsorienteret behandling til mennesker med dobbeltdiagnose ikke blot er en diskussion mellem KL og De Danske Regioner, men en problematik som opleves dagligt hos kommunalt ansatte, som har berøringsflade med denne persongruppe.

Mit formål med at inddrage denne undersøgelse er, at henlede opmærksomheden på, at der hos kommunerne i undersøgelsen ikke udelukkende er fokus på manglende tilbud og ventelister, men et særligt fokus på, at en helhedsorienteret indsats bliver problematisk til trods for det rigtige tilbud eller en hurtigt behandling/udredning. Samtidig tyder det på, at kommunerne i undersøgelsen forklarer problemerne i at sikre en helhedsorienteret indsats, med koordineringsudfordringer mellem afdelinger og sektorer.

Med undersøgelsen kan følge, at en manglende helhedsorienteret indsats muligvis er en konsekvens af problemer med koordinering mellem kommune og region, og derfor kan koordineringen i dette tilfælde formodes at være en betingelse for, at borgeren modtager en helhedsorienteret indsats.

Pawson og Tilley (1997) er fortalere for, at betingelserne for en indsats bliver forskningens fokuspunkt, og de tager dermed afstand fra at måle effekterne af en indsats. Fokus bliver, med Pawson og Tilley's (1997) metode, at forklare, hvordan betingelserne har betydning for udfaldet af en given indsats. Denne metode står i skarp kontrast til klassiske

effektmålinger og eksperimentelle tilgange, hvor årsag og virkning søges isoleret, for dermed at måle effekten af årsagen(indsatsen) (Krogstrup, 2011).

I forhold til koordinering som undersøgelsesområde kan det være vanskeligt at måle på effekterne, da koordinering kan ses som et redskab eller en betingelse, der kan hjælpe til en ønsket effekt. I dette speciale er den ønskede effekt en sikring af en helhedsorienteret indsats overfor mennesker med dobbeltdiagnose, hvilket muligvis kunne afdækkes med en måling af antallet af tilfælde, hvor borgeren falder mellem to stole. Fokus i specialet er dog ikke effekten af Fællesteamets koordinering, men i stedet kvaliteten af koordinering i Fællesteamet, hvilket en effektmåling ikke beskriver (Krogstrup, 2011).

Hvordan findes viden om og med kvalitet?

I Danmark foretages kvalitetsvurdering af primærforskning på det sociale område af Campbell-instituttet, hvis hovedformål er at udarbejde forskningsoversigter, som systematisk sammenfatter viden om et bestemt emne (Hansen og Rieper, 2007). I tilfældet med mennesker med dobbeltdiagnose udarbejdes forskningsoversigter og kvalitetsvurderinger dog af The Nordic Cochrane Centre, hvis hovedfokus er systematiske forskningsoversigter på sundhedsområdet. Ved et nærmere studie af henholdsvis Campbells og Cochranes hjemmesider ses det, at misbrugsproblematikken behandles af Campbell og at psykiatrisk lidelse behandles af Cochrane, hvilket understreger, at mennesker med dobbeltdiagnose befinder sig i et grænseland mellem sociale problemer og sundhedsproblemer.

Forskningsoversigterne fra Campbell og Cochrane bidrager begge til at skabe evidens, defineres således på Sundhedsstyrelsens hjemmeside med råd om alternativ behandling:

"Evidens handler om videnskabelig dokumentation og om at finde årsagssammenhænge. Hvad virker, hvad har ingen virkning, og hvad har eventuelt negative, utilsigtede virkninger"

Essensen i diskussionen om evidens handler ifølge Hansen og Rieper ikke om god eller dårlig forskning i betydningen af, om forskningen bidrager med ny brugbar viden. I stedet handler diskussionen om metodologien bag kvalitetsvurderingen, som afgør hvorledes viden bør være frembragt, for at den bliver betragtet som valid og legitim (2007). Dermed lægges op til, at en vurdering af kvaliteten afhænger af, hvorledes en viden er frembragt og ikke hvorledes den

bidrager med ny viden eller om denne viden er brugbar. Et sådant syn på kvalitet kan problematiseres med udgangspunkt i Peter Dahler-Larsens bog om Kvalitetens beskaffenhed (2008). Såfremt kvalitet begrundes i, at et objekt lever op til en fast kvantitativ eller kvalitativ forskrift, en standard, er det muligt at problemforståelsen bag vurderingen jf. Dahler-Larsen kan sidestilles med, at en afvigelse fra standarden er problematisk og tegn på, at der er noget galt med kvaliteten (Dahler-Larsen, 2008 s. 109-110). Perspektivet betegnes, *At fjerne variationer omkring en standard*, og kan sammenlignes med Hansen og Riepers (2007) kritik mod, at metodologien bag primærforskning er afgørende for kvalitetsvurderingen. Metodologien bliver med denne optik til en standard, og det bliver derfor afgørende for kvalitetsvurderingen, at primærforskningen følger netop denne metodologi og dermed ikke afviger fra standarden. Dahler-Larsens (2008) pointe og muligvis også Hansen og Riepers (2007) er, at vel udført forskning om velfærdsydelse, som lever op til visse metodologiske kvalitetsstandarder ikke nødvendigvis er ensbetydende med kvalitet i velfærdsydelsen.

Dahler-Larsen (2008 s. 115-116) oplister kritikken mod en forståelse af kvalitet som overholdelse af en standard i fem hovedproblemer; standarden kan være normativt begrundet, tolkninger af forskellig score på variablen kan diskuteres, standarden passer muligvis ikke rimeligt på enhver situation, standardsætningen kan have uhensigtsmæssige konsekvenser og standarden kan paradoksalt nok føre til abeparkering og ansvarsforflygtigelse.

Faren ved denne måde at kvalitetssikre på er, at man kan overse eventuelle fornuftige og bevidste valg om at fravige standarden for at fremme kvaliteten, og dermed lader man metodologien få afgørende betydning fremfor viden om eller en vurdering af kvalitet (Dahler-Larsen, 2008).

Hanne Katrine Krogstrup (2011) påpeger, at evidensbølgen kan ses som et spring tilbage i historien, idet det eksperimentelle design, med det randomiserede kontrollerede forsøg på toppen af kransekagen, er blevet udnævnt til "Golden Standard", og opfattes dermed som den type af primærforskning, der er af bedst kvalitet. Det betyder, at det eksperimentelle design har fået forrang over andre designs, når det gælder opnåelse af sikker viden.

Ifølge Krogstrup (2011) findes diskussionens omdrejningspunkt i antagelsen om, at et tiltag, en indsats eller et forsøg kan være kontekstafhængig. I det randomiserede kontrollerede forsøg isoleres indsats og effekt fra konteksten, hvormed det antages, at det kan

dokumenteres om den specifikke indsats har den ønskede effekt. I andre designs, såsom casestudier og kvalitative undersøgelser, der befinder sig nederst i evidenshierakiet (Hansen og Rieper, 2007) isoleres indsats og effekt ikke fra konteksten, hvorfor kausaliteten mellem indsats og effekt bliver kontekstafhængig.

Evalueringsbølgerne kan betegnes som uenigheder på det før-videnskabelige niveau, altså en diskussion, som kan beskrives ved hjælp af et epistemologisk kontinuum, der spænder fra positivisme, som den ene yderpol, til konstruktivisme, som den anden yderpol. Christie og Fleicher (Krogstrup, 2011) er fortalere for et kompromis mellem de to yderpunkter med en pragmatisk tilgang til det epistemologiske spørgsmål. De argumenterer for, at på et givent tidspunkt må en forklaring af virkeligheden være mere sand end en anden, hvorfor også valget af epistemologisk ståsted i nogle tilfælde kan være mere relevant end en anden. Pawson (Krogstrup, 2011 s. 141) er også tilhænger af den pragmatiske retning, og han betegner casestudiet som et eksempel på den pragmatiske tilgang til tilvejebringelsen af en forklaring på en årsags-virknings-sammenhæng, hvilket understreger fokus på kontekstens betydning for videnserfaring.

Pawson og Tilley (1997) er skarpe kritikere af eksperimentel evaluering og de argumenterer mod, at observationer af forsøgsgruppe og kontrolgruppe kan bevise en kausalsammenhæng mellem indsats og virkning. De peger både på problemer ved at have fuldstændig identiske grupper og antagelsen om, at al ændring i virkningen grupperne imellem er skabt af indsatsen. Således beskriver Pawson og Tilley (1997), at eksperimentelle designs ser den kausale sammenhæng som noget eksternt, der ikke kan ses, men som kan bevises ved hjælp af før- og efter-tests samt kontrolgrupper. Argumentet mod en sådan bevisførelse for en kausal sammenhæng finder Pawson og Tilley i de situationer, hvor den forventede ændring ikke finder sted. Eksempelvis når krudt ikke antændes til trods for tilførsel af en gnist og der derfor må der søges efter en iboende forklaring i krudtets indre egenskaber, hvilket i dette tilfælde kan forklares ved at kruddet er vådt (Pawson og Tilley, 1997). Endvidere kan konflikten om kontekst-afhængighed eller ej fra evidensdiskussionen ligeledes kobles med Pawsons og Tilleys kritik af den eksperimentelle forskning. *"In realist terms, it is the contextual conditioning of causal mechanisms which turn (or fails to turn) causal potential into a causal outcome"* (Pawson og Tilley, 1997 s. 69), hvor det slås fast, at det er konteksten, som er afgørende for, om den kausale mekanisme udløser et kausalt udfald.

Pawson (2006) bekender sig til det kritisk realistiske videnskabsteoretiske standpunkt, hvor genstandsfeltets ontologi har en særstatus, der medfører, at en forsker altid bør knytte an til eksisterende viden og herfra udlede eget forskningsfokus. Herefter begrundes selvstændigt for valg af forskningsmetode og dermed kan kritiske realister argumentere for, at det er spørgsmålet, der er styrende for, hvordan man søger svaret på sit spørgsmål (Buch-Hansen & Nielsen, 2005).

Hvorfor kritisk realisme

Inspirationen til anvende den kritiske realistiske tilgang, kommer fra rapporten af Brasch et. al (2011) for Socialt Udviklingscenter SUS vidensbase om indsatsen for mennesker med sindslidelse og misbrug. I vidensbasen anlægges følgende definition af mennesker med dobbeltdiagnose;

"mennesker med sindslidelse og misbrug (...) præget af yderst komplekse psykiske, misbrugsrelaterede og sociale problemstillinger, hvor årsags-virkningsforhold er langt fra entydige" (Brasch et. al, 2011 s. 7).

Beskrivelsen specificerer, at årsagsvirkningsforholdet hos denne gruppe borgere er komplekst og at man derfor ikke entydigt kan forklare, hvorfor de har de problemer, som de har, eller hvordan indsatsen virker. Det kan måske også være for idealistisk at søge en entydig forklaring på, hvorfor nogle personer udvikler både stof/alkoholmisbrug og psykiatrisk lidelse, og det er heller ikke fokus i dette speciale. Mit fokus omhandler en afdækning af, hvordan *koordinering virker overfor hvem og under hvilke betingelser*, og det er derfor også relevant at tage udgangspunkt i, at nuværende viden, ikke kan forklare hvordan fænomenet dobbeltdiagnose opstår. Mennesker med dobbeltdiagnose står i en meget kompleks problemstilling, og idet årsagsvirkningsforholdene for problemets start ikke er entydige, er mit argument, at det dermed heller ikke er entydigt hvilken indsats, der virker overfor hvem.

Med henvisning til Ejrnæs og Guldagers bog "Helhedssyn og forklaring" fra 2010 giver kendskab til en kausal årsagsvirkningssammenhæng bedre mulighed for bevidst at påvirke en udvikling, idet en social indsats bør være specifik rettet mod den mekanisme, der generer kausaliteten og dermed er årsag til udviklingen (Ejrnæs og Guldager, 2010 s. 131, 171). Jeg vil igen pointere, at det ikke er fokus at identificere en kausal

årsagsvirkningssammenhæng for udviklingen af dobbeltdiagnose. Inddragelse af "Helhedssyn og forklaring" anvendes her udelukkende til at understrege vigtigheden af, at gøre sig klart, hvilken generativ mekanisme en specifikt indsats er rettet mod.

I specialet inddrager jeg Pawson og Tilley (1997) virkningsevaluering, som har fokus på anvendelse af eksisterende viden i en søgen efter en kontekstafhængig forklaring på sociale fænomener. Med hensyn til sikring af en helhedsorienteret indsats gennem Fællesteamets koordinerende tiltag, vil Pawson og Tilley (1997) derfor inddrage eksisterende viden om; Hvad der virker i koordineringen, Hvem koordineringen virker overfor samt Hvilke betingelser koordineringen virker under. Disse Hvad-, Hvem-, Hvilke-parametre danner en analysegrund, som forskeren kan anvende til at afdække, hvilken mekanisme, der kan antages at binde parametrene sammen til en kausal årsagsvirkningssammenhæng.

Jeg har ikke kendskab til en kausal forklaring på forholdet mellem koordinering som indsats Fællesteamet og en helhedsorienteret sagsbehandling til borgere med dobbeltdiagnose. I stedet har jeg her i problemfeltet belyst, at koordinering kan være afgørende for, hvordan Fællesteamet virker som indsats rettet mod personer med dobbeltdiagnose.

Jeg vil derfor ved anvendelse af tankerne bag kritisk realisme analysere på koordinering i Fællesteamet og søge at finde indsatsens indlejrede forklaring på problematikken om at falde mellem to stole. Som fremgangsmetode anvender jeg Pawson og Tilley (1997) virkningsevaluering, således at jeg analyserer mig frem til, hvordan koordineringen i Fællesteamet virker overfor hvem og under hvilke betingelser.

Jeg vælger desuden denne tilgang, da fokus i den kommende problemformulering er at finde en underliggende forklaring på, hvordan koordinering i Fællesteamet virker, hvilket stemmer overens med den kritiske realismes intention om at afdække hvilke underliggende mekanismer, der generer hvilket udfald. Således bliver mit mål, at afdække hvilke underliggende mekanismer, der genererer en koordinering, som forebygger, at borgere med dobbeltdiagnose falder mellem to stole og dermed modtager en helhedsorienteret indsats.

Hvis vi vil vide noget mere om, hvordan den koordinerende indsats i Fællesteamet virker overfor mennesker med dobbeltdiagnose, må vi derfor tage udgangspunkt i konteksten for koordineringen.

Hvad ved vi om, hvad der virker for hvem – og under hvilke betingelser?

Der er tidligere lavet forskning om mennesker med dobbeltdiagnose og hvilke indsatser de tilbydes. I følgende gennemgang af forskningen vises samlet set, at koordinering kan have en afgørende betydning for indsatsens udfald.

Henover perioden april 2010 til januar 2011 udarbejdede SUS et litteraturstudie over indsatsen for mennesker med sindslidelse og misbrug (Brasch et. al, 2011) samt en undersøgelse af kommunernes indsats for mennesker med sindslidelse og misbrug under titlen "En tværfaglig udfordring" (Hagensen et al.,2011).

Litteraturstudiet anvendte en metode, hvor der specifikt er søgt efter litteratur, der omhandler begrebet dobbeltdiagnose og indsatsen i forhold til dette, hvor der har været følgende eksklusionskriterier

- Ensidig fokus på enten misbrug eller sindslidelse
- Litteratur udgivet før år 2000
- Neurobiologiske årsager til dobbeltdiagnose samt medicinske interventioner
- Snævert retspsykiatrisk litteratur
- Litteratur om børn
- Sprog (kun dansk-, svensk-, norsk- og engelsksproget litteratur blev inkluderet)
- Selvhjælpslitteratur
- Søgningen medførte endvidere en del irrelevant litteratur såsom afhængighed i parforhold, ludomani, internetafhængighed mm.

(Brasch et. al, 2011 s. 13).

Litteratursøgning gav 192 relevante tekster, som danner grundlag for SUS' Vidensbase om indsatsen for mennesker med sindslidelse og misbrug.

Undersøgelsen af indsatsen for mennesker med sindslidelse og misbrug som en tværfaglig udfordring bygger på en kvantitativ undersøgelse blandt 57 kommuner samt kvalitative interviews med relevante medarbejdere og ledere fra fire kommuner. Fokus i undersøgelsen var

- Målgruppen – hvor mange borgere med sindslidelse og misbrug er der i den enkelte kommune og hvilke udviklingstendenser ser ledere og medarbejdere
- Borgere med sindslidelse og misbrug i eksisterende tilbud i forhold til:
 - Social støtte
 - Sundhedsfaglig støtte/behandling
 - Økonomisk støtte og beskæftigelse
- Udfordringer i indsatsen og udviklingsbehov

(Hagensen et. al, 2011 s. 8)

Endvidere inddrages antologien "Dobeltdiagnose – dobbelt behandling" af Katrine Schepelern Johansen (2009), som beskriver et treårigt antropologisk studie af KASA, som er et misbrugspsykiatrisk dagtilbud til mennesker, der lider af en psykisk sygdom og samtidig har et misbrug. Denne antologi viser et mere beskrivende billede af personer med dobbeltdiagnose og forholder sig endvidere til, hvorledes det integrerede tilbud lever op til forskningsanbefalinger til behandling af mennesker med dobbeltdiagnose.

Samlet giver ovenstående forskning et billede af, hvem mennesker med dobbeltdiagnose er, hvilke problematikker de har som følge af deres sindslidelse og misbrug samt et bud på, hvor udbredt dobbeltdiagnoseproblematikken er i Danmark. Forskningen giver endvidere et rimeligt realistisk billede på, hvilken indsats personer med dobbeltdiagnose tilbydes, hvilke tilbud, der vurderes at have den bedste effekt og hvilke områder, der vurderes at behøve øget fokus for at sikre en bedre succesrate. Til min fordel kan det også understreges, at forskningen er ny (2010 og 2011), således resultaterne fortsat må anses for at være gyldige og anvendelig.

Forskningen kan sige noget, *hvad vi ved der virker for hvem under hvilke betingelser?* Overføres denne tankemåde fra realistisk evaluering til mit undersøgelsesområde, kan forskningen sige noget om; Hvad vi ved om, hvilken indsats, der

virker for mennesker med dobbeltdiagnose i Danmark og hvilke betingelser i konteksten, der skal være opfyldt for at indsatsen har det ønskede udfald.

En betingelse for en indsats virke drejer sig også om de mennesker indsatsen handler om, hvorfor følgende afsnit redegør for, hvordan mennesker med dobbeltdiagnose beskrives i forskningen.

Mennesker med dobbeltdiagnose

Mennesker med dobbeltdiagnose beskrives i forskningslitteraturen som *"mennesker med sindslidelse og misbrug (...)præget af yderst komplekse psykiske, misbrugsrelaterede og sociale problemstillinger, hvor årsag-virkningsforhold er langt fra entydige"* (Brasch et. al, 2011 s. 7). Dette understøttes af en forskningsoversigt fra Social Care Institute for Excellence, (SCIE) hvor det påpeges at mennesker med dobbeltdiagnose oplever en række sociale problemer, hvor de kæmper med at få hverdagen til at hænge sammen og oplever mange tab i forhold til rutiner i hverdagen, sociale netværk og beskæftigelse (Brasch et. al, 2011 s. 29). Således kan mennesker med dobbeltdiagnose have faktiske problemer med håndtering af et misbrug, følger af en sindslidelse samt opretholdelse af en hverdag, et socialt netværk og et job. Som påpeget i ovenstående, er der ikke et entydigt årsags-virkningsforhold mellem misbrugs-psykiske og sociale problematikker. Dermed også sagt, at diskussionen om hønen eller ægget også har sin relevans i forhold til dobbeltdiagnose og sociale problemer. Alligevel understreger SCIE i 2009, at omsorgssvigt og overgreb i barndoms- og ungdomsårene øger risikoen for at udvikle sindslidelse og misbrug (Brasch et. al, 2011 s. 29).

En vigtig pointe i Brasch et. al (2011) er en opdeling af personer med dobbeltdiagnose. Vidensbasen opererer med fire målgrupper; A svær sindslidelse og stof/blandingsmisbrug, B svær sindslidelse og alkoholmisbrug, C let sindslidelse og stof/blandingsmisbrug og D let sindslidelse og alkoholmisbrug. Vidensbasen konkluderer, at svær/let sindslidelse og alkoholmisbrug er minimalt beskrevet i litteratur, let sindslidelse og stof/blandingsmisbrug er bedst beskrevet og svær sindslidelse og stof/blandingsmisbrug er mest behandlingskrævende. Opdeling af målgruppen er vist i nedenstående figur.

Figur 1: Målgruppe

Misbrug Lidelse	Stof/blandet	Alkohol
Svær	A	B
Let	C	D

Dagtilbuddet KASA er målrettet personer som tilhører målgruppe D og der henvises i Johansens antologi (2009) til Ejven et al. 2003, idet der opstilles en liste over karakteristiske træk ved gruppen:

- Kastebold i behandlingssystemet
- Nedslidte familier og sociale netværk
- Hyppige akutindlæggelse og afgiftninger
- Hurtigere sygdomsudvikling (f.eks. udvikling af psykose) end andre psykiatriske patienter
- Høj risiko for selvmord
- Meget kontakt med politi og kriminalforsorg
- Ofte udadreagerende adfærd
- Overdødelighed
- Manglende sygdomsindsigt
- Marginal position i misbrugsmiljøet
- Dårlig boevne

(Johansen, 2009 s. 39)

Til trods for inddeling i mindre målgrupper og opstilling af karakteristiske træk, bliver der i litteraturstudiet tydeligt gjort opmærksom på, at gruppen af mennesker med dobbeltdiagnose ikke er en heterogen samling. Derfor bør indsatsen overfor det enkelte menneske være individuelt tilrettelagt (Brasch et al., 2011).

En samling af forskningens beskrivelser af mennesker med dobbeltdiagnose kan se således ud; en person, som betegnes med en dobbeltdiagnose har en sindslidelse og et misbrug af enten stof, alkohol eller begge. Endvidere har personen i næsten alle tilfælde sociale problemer i form af arbejdsløshed, ustabilitet, mangel på sociale netværk eller i sidste instans hjemløshed. Forskningen er ikke enig i vurderingen af, om sociale problemer fører til sindslidelse og misbrug eller om sindslidelse og misbrug fører til sociale problemer. Denne diskussion kan have betydning for valget af rækkefølgen af behandlingen af misbrug og sindslidelse og dermed har diskussionen stor betydning for den behandlingsplan, som det enkelte menneske tilbydes (Brasch et al., 2011).

Som en yderligere problematisering af en definering af mennesker med dobbeltdiagnose, kunne inddrages diskussionen om, om sindslidelse fører til misbrug eller om misbrug fører til sindslidelse. Steen Guldager (2013) slår i sit oplæg om *Psykiatri og Misbrug – Forståelse og Håndtering* fast, at en meget stor del af mennesker med dobbeltdiagnose har en sindslidelse i en længere periode inden de tyer til misbrug af alkohol eller stoffer. Han underbygger denne tese med en undersøgelse fra 2009-2010 mellem Fredericia Misbrugscenter og Århus Universitets Center for Rusmiddelforskning, hvor næsten 60 % af deltagerne havde diagnosticerbare symptomer på psykiske lidelser flere år før misbrugsdebut. Om en forebyggende indsats og øget behandling af psykiske lidelse derfor kan hindre opstart af et misbrug lades stå i det uvisse. Diskussionen om misbrug før eller efter sindslidelse har jf. Guldager(2013) alligevel stor betydning for valg af behandlingstilbud, og bør ligeledes have stor betydning i forhold til at vælge et integreret tilbud, som sikrer at misbrugere ikke blot hjælpes til at stoppe et skadeligt misbrug, men også hjælpes med at håndtere sin psykiske lidelse.

Virkningsfulde indsatser

I dette afsnit søges det, med udgangspunkt i den præsenterede forskning, at vise, at koordinering er en vigtig kontekstuel betingelse for indsatser rettet mod mennesker med dobbeltdiagnose.

I SUS' litteraturstudie (Brasch et al., 2011) af effektive indsatser og i Johansens (2009) antologi bygger vurderingen af virkningsfulde indsatser på undersøgelser baseret på randomiserede kontrollerede forsøg, især på det medicinske område. Forskellen mellem Johansens (2009) og Brasch et al.(2011) anbefalinger til effektive indsatser ligger i anbefalingens fokus. Johansens sammenskrivning af forskningens anbefalinger fokuserer på metoden til en effektiv indsats og Brasch et al. sammenskrivning af forskningens anbefalinger fokuserer mere entydigt på hvilken specifik indsats, der beviseligt har haft en positiv effekt i behandlingen af mennesker med dobbeltdiagnose. Derfor kan Johansens anbefalinger ses som nogle overordnede principper for behandlingen af mennesker med dobbeltdiagnose, som bør være tilstede sideløbende med en specifik indsats.

Som overlægger for en given indsats beskriver Johansen (2009) følgende metoder:

- Behandlingen skal foregå i ét regi (integreret behandling)
- Der skal være diagnosticerings- og behandlingskompetence inden for både psykiatri og misbrug
- Behandlingen skal være tilpasset brugernes problemkompleks og funktionsniveau
- Det skal være mulighed for at opsøge brugerne
- Der skal være et langsigtet perspektiv
- Behandlingsmålene vil være små

(Johansen, 2009 s. 23)

Indholdet i den specifikke indsats bør ifølge Brasch et al.(2011) have følgende fokuspunkter:

- Koordination og integration
 - Integreret behandling
 - Koordination
 - Motivationsstrategier
 - Kognitiv adfærdsterapi
- Gruppebehandling
 - Psykoedukation
 - Psykosociale interventioner
- Social støtte og behandling

- Andre behandlingsindsatser
 - Familiebehandling
 - Effektive behandlingstilbud til unge
 - Skadesreduktion
 - Kompetenceudvikling

(Brasch et al., 2011 ss 41-50)

Jeg hæfter mig her ved begrebet koordinering, og minder om, at netop en mangelfuld koordinering indgik i kommunernes forklaring på, hvorfor mennesker med dobbeltdiagnose ikke bliver mødt med en helhedsorienteret tilgang (Hagensen et. al, 2011). Som tidligere nævnt, kan koordination således ses som en betingelse for den helhedsorienterede indsats, hvorfor næste afsnit yderlig vil redegøre for koordineringens betydning for mennesker med dobbeltdiagnose.

Koordination

Koordination ses i forskningen som et vigtigt begreb og redskab til at sikre en positiv virkning af et behandlingstilbud. Begrebet har sin egen overskrift i ovenstående opstilling, sit eget punkt og ved nærmere læsning af Vidensbasen (Brasch et al., 2011) opererer begrebet også som en vigtig del af arbejdet med social støtte og behandling.

I Johansens (2009) antropologiske undersøgelse af KASA beskriver hun en case management funktion, som i udpræget grad indebærer en koordineringsopgave. I KASA fungerer en case manager som personlig organisator og behandler og derfor kræves også en meget tæt kontakt mellem bruger og behandler.

En vigtig betingelse i arbejdet med mennesker med dobbeltdiagnose er det tværfaglige og tværsektorielle snit. Hagensen et al. (2011) beskriver i deres undersøgelse, "En tværfaglig udfordring", hvordan ansvaret for arbejdet med mennesker med dobbeltdiagnose i næsten alle tilfælde i Danmark deles mellem Regionspsykiatrien og den kommunale misbrugsbehandling og andre kommunale afdelinger eks. socialafdelinger, jobcentre o. lign. Undersøgelsen er den eneste af sin art som omhandler betingelserne for behandling af mennesker med dobbeltdiagnose i Danmark, og dens konklusion er tydelig. Såfremt

behandlingen af mennesker med dobbeltdiagnose skal lykkes, er det nødvendigt at overvinde koordineringsudfordringen. I den kvalitative del af undersøgelsen ses det også, at de interviewede repræsentanter fra kommunerne ønsker fokus på koordineringen mellem regionspsykiatri og kommune og ser en bedre koordinering af samarbejdet som en nødvendighed for at kunne yde en optimal indsats.

Koordineringsudfordringen på området for mennesker med dobbeltdiagnose er altså ikke ukendt. I det følgende inddrages Sundhedsaftalerne, idet disse aftaler har til formål at fordele opgaver og ansvar mellem hver enkelt kommune og region. Jævnfør ovenstående diskussion mellem KL og De Danske Regioner om en løsning på det sociale problem med mennesker med dobbeltdiagnose ses det, at denne problematik kan benyttes som eksempel på behovet for fordeling af opgaver og ansvar mellem hver enkelt kommune og region.

Sundhedsaftalerne

De første sundhedsaftaler blev underskrevet tilbage i 2007. Formålet er at have en aftale, som beskriver samarbejdsrelationer og fordeling af opgaver mellem Region og Kommune på de områder, hvor begge instanser har et ansvar for at løfte en given opgave. Mennesker med dobbeltdiagnose og de deraf afledte problematikker hører til i dette snitfladeområde mellem Region og Kommune. Regionerne har ansvaret for somatisk og psykiatrisk behandling og kommunerne har ansvaret for misbrugsbehandlingen, støtte til sociale problemer og evt. forsørgelse.

Gældende aftale for Region Midtjylland 2011-2014 (s. 38) beskriver i "*Aftalen om indsatsen for mennesker med psykisk sygdom*", at der forudsættes et samarbejde, som er helhedsorienteret, tværfagligt og tværsektorielt. Ligeledes pointeres, at håndbogen er udarbejdet som et opslagsværk, der skal være let anvendelig for de personer, som i dagligdagen skal sikre et sammenhængende og koordinerende patientforløb. I dette afsnit findes underaftalen, som omhandler patienter med misbrug og psykisk sygdom, hvori målgruppen og det delte behandlingsansvar beskrives. Det mest bemærkelsesværdige i sundhedsaftalen for mennesker med dobbeltdiagnose er kravet om etableringen af lokale fællesteams, der er den

praksis, som skal bære princippet for indsatsen (Sundhedsaftale 2011-2014). Beskrivelse af Fællesteamet ses i følgende uddrag af Sundhedsaftalen 2011-2014.

Fællesteamets opgave

- *At lægge en fælles koordinerende handleplan for henviste dobbeltdiagnosepatienter, som omfatter behandling for både den psykiske lidelse og misbruget og tager hånd om patientens sociale situation i øvrig*
- *Den videre udredning og behandling samt socialindsats varetages af de respektive lokale behandlingsenheder og sociale tilbud*

Fællesteamets sammensætning

Mindst 3 medlemmer:

- *Én fra behandlingspsykiatrien,*
- *Én fra hver kommunes misbrugsbehandling og*
- *Én fra hver kommunes myndighedsfunktion på området*

Teamet udvides ad hoc med repræsentanter fra BUC (Børne- og Ungdomspsykiatrisk Center), repræsentanter fra kommunens myndighedsfunktion og misbrugsbehandling for unge under 18, Retspsykiatrien, Kriminalforsorgen og Regionspsykiatrien.

(Sundhedsaftale 2011-2014 s. 49)

Antagelsen er, at etableringen af Fællesteamet kan ses som Sundhedsaftalernes tiltag for at sikre, at mennesker med dobbeltdiagnose ikke falder mellem to stole og at Fællesteamet kan have potentiale til at løse lige netop denne problematik.

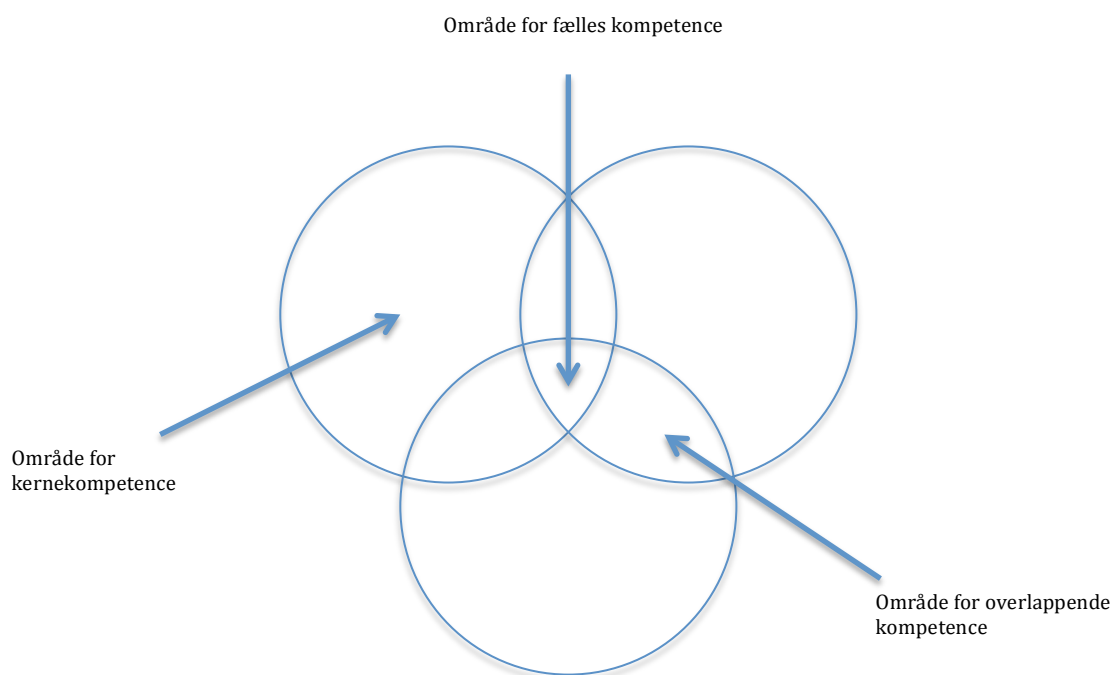
Tværfagligt og tværsektorielt samarbejde

Ved min inddragelse af Fællesteamet og dets funktion som koordinerende indsats mellem kommune og region åbnes op for, at netop Fællesteamets tværfaglige og tværsektorielle kontekst kan have betydning for hvorledes Fællesteamet kan virke. Konteksten kan forstås som viden om tværfaglig og tværsektorielt samarbejde, og hvorledes denne viden kan have indflydelse på et samarbejde om koordinering.

Tværfagligt samarbejde sker, når forskellige fagpersoner arbejder sammen. Hvis disse fagpersoner ikke kommer fra samme forvaltning men fra forskellige myndigheder er der tale om tværsektorielt samarbejde (Hansen, 1999), og derfor kan tværsektorielt samarbejde godt være tværfagligt, men tværfagligt behøver ikke dække over tværsektorielt samarbejde. Fællesteamet vil derfor bliver beskrevet som tværsektorielt samarbejde, underforstået, at dette samarbejde er tværfagligt.

I bogen "Nu trækker vi på samme hammel!" (Hansen, 1999) beskrives tværfagligt samarbejde med Aanderaa og Tveitens model, som viser hvorledes faglighederne griber ind i hinanden.

Figur 2: Model for tværfagligt samarbejde



Figuren viser, hvor fagpersonernes kompetenceområder overlapper hinanden samt hvor området for fælleskompetence kan udvides.

Når man opererer med denne forståelse af tværfagligt samarbejde betyder det, at en udvikling af et fælles kompetenceområde skaber fælles referenceramme, fælles forståelse og dermed et fælles vurderings- og beslutningsgrundlag, som skulle fjerne mange barrierer ved et tværfagligt samarbejde. Dog henviser Hansen (1999) til, at netop en udvikling af et fælles kompetenceområdet i praksis kan hindre tværfagligt samarbejde og føre til

samarbejdsproblemer, som kan tilskrives en kamp om at afgrænse domænerne for kernekompetencerne.

Fællesteamet kan også ses som et interorganisatorisk netværk bestående af *"interorganisatorisk aktivitet omkring udveksling af information, koordineret handling og fælles opgaveløsning – mellem enheder fra legalt separate organisationer, som udgør ikke-hierarkiske sociale systemer"* (Seemann, 2008 s. 185). Interorganisatorisk samarbejde foregår i et netværk af organisationer med forskellige strukturer, indflydelse, mål, opgaver, værdier og lignende, som understreger systemets kompleksitet og *"indebærer uundgåeligt overlappende arbejdsdeling, uklare ansvarsforhold, gensidig afhængighed og modstridende beslutninger"* (Seemann, 2008 s. 186).

Seemann kobler denne viden om systemets kompleksitet med administrative reformer i 70'erne og med strukturreformen i 2007, hvor fokus på en sammenhængende indsats skal forebygge, at *"brugere kan blive kastebolde mellem enheder, organisationer og systemer"* (Seemann, 2008 s. 186). Set i det lys kan man se Fællesteamet som et interorganisatorisk netværk, der ved hjælp af en sammenhængende og koordinerende indsats skal sikre, at mennesker med dobbeltdiagnose ikke bliver kastebolde i systemet, men i stedet modtager en helhedsorienteret indsats.

Ved at inddrage et netværksperspektiv i beskrivelsen af Fællesteamet bliver det muligt, at tale om modsætninger mellem de forskellige aktørers perspektiver ved deltagelse i det interorganisatoriske samarbejde.

Seemann (2008) beskriver hvorledes et interorganisatorisk samarbejde kan fungere ved hjælp af beskyttelsesstrategier, der kan medføre nogle dysfunktioner, som virker uhensigtsmæssigt på netværket og illustrerer disse:

Figur 3: Beskyttelsesstrategier og dysfunktioner

(Janne Seemann, 2008 s. 197)

Beskyttelsesstrategier	Dysfunktioner
Alle vil være med og tages i ed om alting	Høje koordineringsomkostninger
Udstrakt brug af uformel kontakt	Skjulte aktiviteter
Selvforsyning	Isolerede delsystemer
Lav profil i forhold til netværket	Blokering af knappe ressourcer
Gensidig beskyttelse	Uproduktivt samarbejde og uløste opgaver

Disse kendte beskyttelsesstrategier og afledte dysfunktioner tillige med modellen over faglighedernes indgriben i hinanden (Figur 2) antager jeg at være en del af de problemstillinger der kan kendetegne konteksten for Fællesteamet og have betydning for, hvordan Fællesteamet virker som koordinerende indsats.

Problemformulering

Som følge af overstående refleksion over allerede tilgængelig viden kan det antages, at borgergruppen af dobbeltdiagnosepatienter har behov for en koordinerende indsats. Denne indsats skal jf. sundhedsaftalerne varetages af Fællesteamet, som udspringer af et tværsektorielt samarbejde. Det tværsektorielle og tværfaglige samarbejde kan beskrives ved hjælp af teori, som belyser nogle træk og problemer ud fra den kontekst, som den koordinerende indsats skal fungere i. Det kan også antages, at praksis oplever og forsøger at håndtere udfordringer med at koordinere tilstrækkeligt til at borgeren mødes med en helhedsorienteret indsats.

På den anden side viser refleksionen også, at vi ikke har kendskab til hvordan koordinering har mulighed for at virke i en tværsektoriel kontekst, hvorfor undersøgelsesområdet for specialet bliver at forklare hvilke betingelse, der nødvendigvis må være tilstede for at koordineringen kan virke i sin tværsektorielle kontekst.

Hvordan virker Fællesteamet som et koordinerende tiltag i forhold til at sikre, at borgerne modtager en helhedsorienteret indsats?

Underspørgsmål;

Hvilke forhold og betingelser hæmmer/fremmer det koordinerende tiltag?

Præsentation af Fællesteamet

Jeg har, som nævnt indledningsvist, valgt at anvende Holstebro Kommune og deres Fællesteam som undersøgelsesområde og benytte personale og medlemmer af Fællesteamet som informanter.

Holstebro Kommune har haft deres Fællesteam siden 2007, men jf. socialchef Anette Holm er det er ikke rigtig lykkedes for Fællesteamet at gøre tilstrækkelig opmærksom på sig selv og socialchef Anette Holm fortæller, at det er forholdsvis få sager, der bliver drøftet i teamet.

I forbindelse med en temadag om mennesker med dobbeltdiagnose hører jeg følgende drøftelse mellem en psykiatrisk sygeplejerske, som er medlem af Fællesteamet og en behandler fra Holstebro Kommunes alkoholbehandling i forbindelse med orientering om en vanskelig sag;

Sygeplejersken fra Regionen påpeger, at hun ikke kan forstå, at sagen ikke har været bragt ind i Fællesteamet og udtaler;

"Faktisk oplever vi, at I ikke ved, at vi findes (...) Der er ingen borgere på bordet. Vi sidder en flok kompetente mennesker rundt om bordet, men der er ingen problematiske sager at drøfte"

Behandler fra Alkoholbehandlingen udtaler "Det (Fællesteamet) vidste vi ikke fandtes"

(Feltnoter)

Denne drøftelse bekræfter socialchef Anette Holms vurdering af Fællesteamets udbredelse, og hun giver udtryk for, at hun ønsker et bedre fungerende Fællesteam, som i højere grad bliver benyttet af de forskellige personalegrupper internt i kommunen.

Specialet skal dog ikke munde ud i anbefalinger til Holstebro Kommune til anvendelse i forbindelse med udbredelse af Fællesteamet. I stedet handler specialet om at analysere Fællesteamets praksis og dets virkning i forhold til koordinering af indsatserne overfor mennesker med dobbeltdiagnose.

Fællesteamet blev oprettet i 2007 som følge af indgåelse af en Sundhedsaftale mellem Region Midtjylland og Holstebro Kommune i forbindelse med strukturreformen, der trådte i kraft 1. januar 2007. Der findes ikke referater eller andet skriftligt materiale om Fællesteamet før starten af 2009, hvor leder af Visitation og Rådgivning opretter en administrativ sag i kommunens it-system. Heri udarbejdes og opbevares dagsordner, mødeindkaldelse og referater.

Teamet består ved opstart af min undersøgelse af; leder af Visitation og Rådgivning (myndighedsafdeling), leder af Ambulant stof- og alkoholbehandling (behandlingstilbud), leder af Handicap og Psykiatri (kommunale tilbud), socialrådgiver fra Sociale Tilbud (myndighedsafdeling) samt distriktssygeplejerske fra Team Psykiatri og Misbrug.

Efter opstart af undersøgelsen og inden observationer i Fællesteamet foretages der udskiftninger i teamets sammensætning. Leder af Visitation og Rådgivning erstattes af Faglig leder for Visitation og Rådgivning – fortsat en myndighedsafdeling, og Leder af Handicap og Psykiatri erstattes af mellemlider fra Handicap og Psykiatri – fortsat kommunale tilbud.

I opstarten af undersøgelsen mødtes teamet to timer hver anden måned – hvilket ændres til et møde hver måned, hvor der afsættes op til to timer. Denne ændring sker med begrundelse i at være mere brugbar for det personale, der arbejder med mennesker med dobbeltdiagnose.

Som beskrevet ovenfor, er opfattelsen, at Fællesteamet bliver anvendt for lidt og at der er for lidt kendskab til dets kompetencer blandt kommunens medarbejdere. I oversigten over referater fra 2009 til i dag ses det, at 18 sager har været til drøftelse.

Kapitel 2

Mit problemfelt er en bevægelse fra diskussionen om evidens over Pawson og Tilley (1997) kritik af den eksperimentelle tilgang til en analyse af forskning der munder ud i en problemformulering, der læner sig op af Pawson og Tilley (1997) realistiske tilgang til evaluering.

Problemstilling og problemformulering er som tidligere nævnt også et udtryk for et videnskabsteoretisk standpunkt, som i dette speciale vil bygge på de grundlæggende tanker i kritisk realisme sammen med de ændringer Pawson og Tilley (1997) har tilført med deres metode til realistisk evaluering.

Som rettesnor for specialets design, metode og analysestrategi anvendes grundtankerne hos Bhaskar (1975) og hos Pawson og Tilley (1997), hvorfor næste afsnit både er en redegørelse for kritisk realisme samt en benævnelse af, hvorledes denne påvirker specialets design, metode og analysestrategi.

Kritisk realisme

Kritisk realisme udspringer af positivismens krise i 1970'erne og bliver første gang italesat i 1975 af Roy Bhaskar i bogen "A realist theory of science" (Buch-Hansen & Nielsen, 2005).

"The aim of this book is the development of a systematic realist account of science. Such an account must provide a comprehensive alternative to the positivism which since the time of Hume has fashioned our image of science" (Bhaskar, 1975 s. 13) og han fortsætter med at tage afstand fra den positivistiske opstilling af lovmæssigheder ud fra empirisk data, *"To ascribe a law one needs a theory. For it is only if it is backed **by a theory, containing a model or conception of a putative causal or explanatory "link"**, that a law can be distinguished from a purely accidental concomitance"* (Bhaskar, 1975 s. 13).

Denne afstandstagen forklares yderligere ved hjælp af et eksempel om opstilling af en lovmæssighed i forbindelse med åbning af en dør. Det kan ses empirisk, at en dør åbnes når en person skubber til den, men det er i henhold til Bhaskar (1975) alligevel ikke muligt at opstille en lov om, at en dør altid åbnes når en person skubbe til den. Eksempelvis kan døren nogle gange være låst og andre gange er det nødvendigt at dreje på håndtaget, inden der skubbes til døren. Således argumenterer Bhaskar for, at positivismen og empirismens opstilling af lovmæssigheder kun hører til i lukkede systemer og at der i eksemplet ikke kan

udledes en klar årsagssammenhæng, men at man blot identificeret hvilke variable, der er nødvendige for at opstille en kausal sammenhæng i et lukket system (Bhaskar, 1975 s. 140).

Modsat empirismen identificerer Bhaskar det forklarende link mellem årsag (A) og virkning (B) ved at foretage en abstraktion til *det virkelige domæne, som beskriver den genererende mekanisme og kontekstuelle betingelser som er nødvendige for, at (B) følger (A)* (Buch-Hansen & Nielsen, 2005). Se yderligere i beskrivelsen af den kritiske realismes ontologi i næste afsnit.

Diskussionen om "er" og "bør" ses også i den kritiske realisme. Der tages igen afstand fra positivismen og dens ideal om objektivitet, og dermed en total adskillelse mellem forskerens objektive fund/kendsgerninger og forskerens subjektive værdier og vurderinger af, hvorledes tingene bør være (Buch-Hansen & Nielsen, 2005). Bhaskar bekender sig til en socialistisk overbevisning og inddrager denne, når han forklarer hensigten med samfundsvidenskabens arbejde. Han ser produktion af viden om undertrykkende strukturer som en af samfundsvidenskabens fineste opgaver, hvor han tager udgangspunkt i en normativ antagelse om, at undertrykkelse er uretfærdig. Bhaskar mener, at et samarbejde mellem politiske bevægelser og samfundsvidenskaben kan bidrage til at ændre samfundsforholdene og medvirke til at skabe et bedre samfund (Buch-Hansen & Nielsen, 2005 s. 66). Med denne fremlægning af samfundsvidenskaben kan der drages paralleller mellem den kritiske realisme og kritisk teori, idet begge tilgange har et frigørende perspektiv (Andersen, 2008 & Nielsen, 2004). Samfundsvidenskab skal altså ikke blot måle, men også bidrage til udvikling af samfundet ud fra et normativt standpunkt, som Bhaskar henter fra socialismen. I afsnittet om virkningsevaluering gøres klart, hvorledes dette speciale forholder sig til normativiteten i Bhaskars kritiske realisme.

I det følgende afsnit vil jeg redegøre for, hvorledes den kritiske realisme svarer på spørgsmålet om ontologi og epistemologi, hvilket senere får betydning for opbygningen af specialets design.

Det ontologiske spørgsmål

Bhaskars kritiske realisme anses for at være realistisk i den forstand, at verden ses som værende objektiv eksisterende uafhængig af menneskers italesættelse og forståelse. Bhaskars

kritiske realisme erkender på samme tid også, at erfaring af verden er en social aktivitet og at opfattelsen af virkeligheden kan blive/bliver påvirket af den person, der erfarer virkeligheden (Bhaskar, 1975). For at kunne have denne ontologiske tilgang, indfører Bhaskar en todimensionel opdeling af viden, den transitive og den intransitive dimension, samt en tredeling af virkeligheden, det empiriske, det faktiske og det virkelige domæne. Opdelingen i den intransitive og den transitive dimension af viden er nødvendig for at videnskaben kan operere med den domæneopdelte virkelighed (Bhaskar, 1975). I det følgende redegøres for dimensionerne og domænerne i den kritiske realisme og det vises i figur 4, hvorledes de virker sammen for at forklare verden.

Virkelighedens ontologi

Bhaskar (1975) søger at besvare spørgsmålet om, *"what must the world be like for science to be possible"* (s. 58) og hans bud på svaret er at niveauopdele virkeligheden i det virkelige domæne, det faktiske domæne og det empiriske domæne. Nedenstående figur viser Bhaskars forståelse af, hvilke fænomener det er muligt at identificere i hvilke domæner.

Figur 4: Kritisk realismes ontologi

	Det virkelige domæne	Det faktiske domæne	Det empiriske domæne
Mekanisme/strukturer	X		
Begivenheder/fænomener	X	X	
Erfaringer/observationer	X	X	X

Bhaskar (1975) anvender sin kritik mod empirismen og positivismen til at opstille denne tabel, idet hans kritik af disse tilgange indeholder en afstandstagen mod kun at erfare og yde videnskab i henholdsvis det faktiske og det empiriske domæne. Bhaskars (1975) pointe er, at der objektivt eksisterer yderligere *et domæne bestående af mekanismer og strukturer, som genererer de udfald, der ses i det faktiske og empiriske domæne*. Idet empirismen og positivismen ikke inddrager det virkelige domæne i deres videnskabelige arbejde, kan disse tilgange ikke forklare de begivenheder og observationer de erfarer, og derfor bliver deres lovmæssigheder i henhold til Bhaskar ikke til mere end blot sammenfald af hændelser. Løsningen for den kritiske realisme bliver et sammenfald af de tre domæner, således der i

denne tilgang arbejdes både i det empiriske, det faktiske og det virkelige domæne når der søges videnskabelige forklaringer på begivenheder og erfaringer. Idet videnskab i Bhaskars optik er et socialt produkt af mennesker og menneskers relationer kan domænerne komme til at virke faseopdelte, hvor erfaringer leder til begivenheder, som leder til underliggende mekanismer. Dette er dog ikke tilfældet da Bhaskar hævder, at domænerne eksisterer uden social indblanding og er tilstede på samme tid i sammen rum (Bhaskar, 1975 s. 58).

Videnskabens ontologi

Med en domæneopdeling af virkeligheden, søgte Bhaskar at besvare hvorledes verden på være, for at videnskab kan være muligt og han går skridtet videre idet han spørger; "what must society be like for science to be possible?" (Bhaskar, 1975 s. 58). Som i virkelighedens ontologi finder Bhaskar sin løsning på spørgsmålet i en opdeling af samfundet i henholdsvis en transitiv og en intransitiv dimension, hvor filosofien bag videnskaben må kunne rumme begge dimensioner (Bhaskar, 1975 s. 24).

Den transitive dimension

I den transitive dimension findes den socialskabte viden, som rummes i det faktiske og det empiriske domæne, det være modeller, paradigmer, teorier og lign. Kriteriet for denne dimension er, at der her sker en ikke-spontan produktion af viden fra viden og med udgangspunkt i viden (Bhaskar, 1975 s. 18), hvilket kan sidestilles med, at den transitive dimension består af; det vi allerede ved, og at denne viden er udgangspunktet for at stille nye spørgsmål, om det vi ikke ved.

Den transitive dimension er ikke statisk, men kan i stedet ses som et kar af viden, som hele tiden ændres når videnskaben gennem social aktivitet erfarer ny viden, og ifølge Buch-Hansen & Nielsen (2005) betyder dette, at meget af denne dimension kan sidestilles med begrebet epistemologi, som omhandler hvordan viden erfares. Se nærmere i næste afsnit.

Den intransitive dimension

Denne dimension består af den virkelige ontologi. Det er i denne dimension, at strukturer og mekanismer, som er uafhængige af menneskers opfattelse og sågar menneskers eksistens, eksisterer. Bhaskar (1975) inddrager tyngdekraften og atomers mulighed for at forenes i andre stoffer, såsom ilt og brint forenes til vand, som eksempler og han bidrager med denne definition:

"in short, the transitive objects of knowledge are in general invariant to our knowledge of them: they are the real things and structures, mechanisms and processes, events and possibilities of the world; and for the most part they are quite independent of us" (Bhaskar, 1975 s. 23).

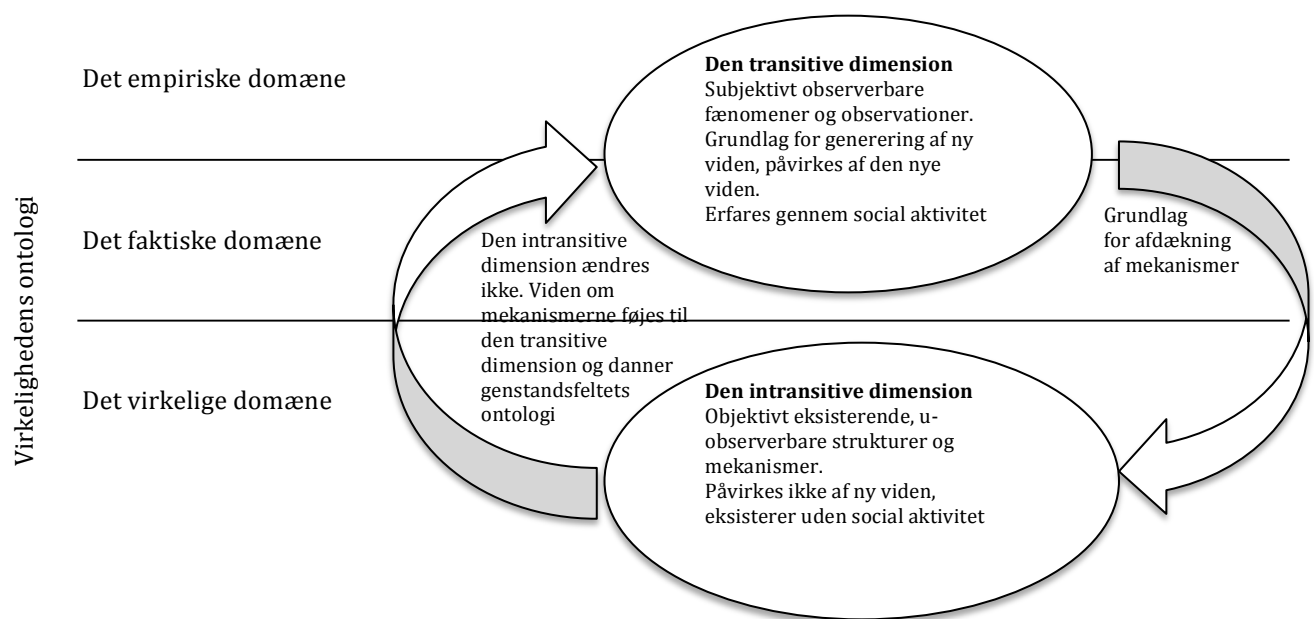
Således er den intransitive dimension de strukturer og de mekanismer, som sker uafhængigt af menneskers opfattelse, og som videnskaben har til formål at skabe viden omkring. I virkelighedens ontologi repræsenteres det virkelige domæne. Den intransitive dimension er en følge af det virkelige domæne og den er nødvendig for at kunne opretholde påstanden om, at den kritiske realisme har en realistisk ontologi.

Den kritiske realisme har med denne opdeling i domæner og dimensioner forsøgt at danne bro mellem positivisme og relativisme, som hver sit yderpunkt på et kontinuum over videnskabens fokus på enten objektivisme eller subjektivisme (Andersen, 2007). Der er i denne tilgang stort fokus på ontologien, da denne siges at have forrang for epistemologien. Ved hjælp af en abstraktion om det virkelige domæne formår den kritiske realisme at beholde en objektivt eksisterende virkelighed, *bestående af den intransitive dimension* samt en subjektiv opfattelse af den objektivt eksisterende virkelighed, *bestående af den transitive dimension*. Dog holder kritiske realister fast i, at den intransitive dimension er mere grundlæggende end den transitive dimension, hvilket pointerer skellet til relativisterne og forklarer, hvorfor kritiske realister interesserer sig mere for ontologi end for epistemologi (Buch-Hansen & Nielsen, 2005).

En del af kritikken mod den videnskabsteoretiske tilgang omhandler Bhaskars opfattelse af, at han tager afstand fra relativismen/konstruktivismen, og på samme tid er han afhængig af at foretage en konstruktion af en underliggende virkelighed. Denne kritik kommer ikke til udtryk i dette speciale, men i forbindelse med et valg om at benytte kritisk realisme som videnskabsteoretisk standpunkt, er det vigtigt at holde sig for øje, at en stor del af undersøgelsens fund er afhængige af en konstruktion af en virkelighed som opfattes som ontologisk realistisk.

Med baggrund i ovenstående beskrivelse af den ontologiske opfattelse i kritisk realisme, har jeg udarbejdet en model for hvorledes videnskabens dimensioner rummer virkelighedens domæner og hvorledes ny viden opstår og påvirker eksisterende viden.

Figur 5: Transitiv og intransitiv dimension



Figuren viser hvordan den kritiske realisme har en dyb ontologi, som består af den intransitive dimension med de objektivt eksisterende strukturer og mekanismer. Ligeledes viser figuren, at den transitive dimension danner grundlag for at stille spørgsmål om hvorfor

de observationer og fænomener, der ses på det empiriske og det faktiske niveau er som de er. Forklaringen i den intransitive dimension danner ny viden i den transitive dimension, uden selv at blive påvirket.

Ontologi bliver afgørende for formålet med undersøgelser, idet Bhaskar tilskriver sin videnskabstilgang det formål, at man ved hjælp af det empiriske og faktiske domæne tillige med viden fra den transitive dimension kan sige noget om, hvilke underliggende mekanismer der nødvendigvis må være tilstede i den intransitive dimension og dermed objektivt eksisterende i det virkelige domæne (Bhaskar, 1975). Sammenholdes målet om at afdække underliggende mekanismer med den tidligere beskrevne normative tilgang, kan en kritisk udlægning af Bhaskars teori være, at samfundsvidenskaben bør undersøge social ulighed og ved hjælp af den kritiske realisme afdække hvilke strukturer der genererer uretfærdigheden.

I dette speciale kommer opdelingen af virkeligheden i den transitive og intransitive dimension til udtryk ved, at kapitel 1 søger at vise, *hvad vi allerede ved*, altså den viden som befinder sig i den transitive dimension. Ved at tage kritisk stilling til den transitive viden, stilles i specialet et forskningsspørgsmål om koordinering og mennesker med dobbeltdiagnose, som ifølge den kritiske realisme skal afdække *noget vi ikke ved*. Det man ikke ved om koordinering og mennesker med dobbeltdiagnose søges afdække ved at forklare, hvilke underliggende mekanismer, der nødvendigvis må være tilstede for at forklare de empiriske observationer. Her kan man sige, at specialet søger at afdække viden om, hvilke mekanismer i den intransitive dimension, som kan have betydning for forholdet mellem koordinering og mennesker med dobbeltdiagnose.

Det epistemologiske spørgsmål

Det epistemologiske spørgsmål omhandler, hvordan verden erfares samt om der i verden findes sand viden. Dette spørgsmål er i hovedtræk blevet besvaret med Bhaskars opfattelse af den ontologiske del af den kritiske realisme. Bhaskar (1975) opretholder en tilgang, hvor verden erfares gennem social aktivitet, eksempelvis videnskab, og hvor der samtidig findes en sand viden. Han argumenterer, at der i videnskaben ofte er manglende opmærksomhed på, hvilke betingelser, der går forud for en videnskabelig observation, og han mener, at denne

betingelse generelt er af social karakter. Bhaskar mener, at denne forsømmelse kan lede til en epistemologi, hvor mennesket er en passiv modtager af omstændigheder og betingelser.

"Against this it is argued that knowledge is a social product, produced by means of antecedent social products; but that the objects of which, in the social activity of science, knowledge comes to be produced, exist and act quite independently of men" (Bhaskar, 1975 s. 17).

I denne sætning gør Bhaskar det klart, at epistemologien i denne tilgang består af både en subjektiv erfaret viden, som er dynamisk, og en sand objektiv viden, som er statisk, hvilket ifølge Bhaskar retfærdiggør behovet for, at den kritiske realisme arbejder med både en transitiv og en intransitiv dimension, jf. ovenstående beskrivelse (Bhaskar, 1975).

Idet viden i den transitive dimension erfares gennem social aktivitet, påpeges det, at viden i denne dimension ikke er ufejlbarlig, da det enkelte menneskes forudsætning for at erfare viden er afgørende for, hvor sand den erfarede viden er. Det henleder også til, at man som kritisk realist tager afstand fra relativismen og ikke tager alle forklaringer for lige gode varer. Den kritiske realist vil hælde til at benytte den forklaring, som giver bedst mulig svar på spørgsmålet og således tager den kritiske realisme i sin epistemologi afstand fra både objektivismes tanke om en objektiv målbar sandhed og med relativismens tanke om, at al sandhed er en konstruktion (Andersen, 2007). Troen på, at den kritiske realist er i stand til at vurdere hvilken forklaring, der giver det bedst mulige svar på spørgsmålet er tillige med *konstruktionen* af det virkelige domæne, ofte udsat for kritik. Til denne kritik svarer Bhaskar (i Buch-Hansen & Nielsen, 2005 s. 34), den transitive viden udgør en udmærket objektiv målestok for hvilke udsagn der kan vurderes at være fornuftige.

Denne opbygning af epistemologien betyder, at devisen for den kritiske realisme er, at man bør vælge den metode, som giver størst mulighed for at besvare spørgsmålet (Buch-Hansen & Nielsen, 2005). I henhold til epistemologien er muligheden for at træffe det mest rigtige valg afhængig af den transitive viden, som spørgsmålsstilleren er i besiddelse af. Denne viden svarer til viden om genstandsfeltets ontologi, hvorfor ontologien er af stor vigtighed i den kritiske realisme.

Ontologisk realist og epistemologisk relativist

Den kritiske realismes svar på det ontologiske og det epistemologiske spørgsmål kan betyde, at det er muligt at argumentere for en tilgang, der bygger på en *realistisk ontologi* og en *relativistisk epistemologi* (Andersen, 2007). En undersøgelse efter denne videnskabstilgang vil i teorien bygge på en grundig gennemgang af den transitive viden for undersøgelsesområdet, også kaldet genstandsfeltets ontologi, som bevirker, at forskeren med en kritisk stillingtagen til kendt viden, stiller et spørgsmål om, hvordan noget kan forklares. Denne forklaring søges i den intransitive dimension og kan ses som et udtryk for en realistisk objektiv ontologi.

Til afdækning af en forklaring eller en generativ mekanisme bringer den kritiske realisme en relativistisk tankegang på banen. Som mennesker, er vi hæmmet af vores transitive viden, men samtidig må vi vælge den metode, som vi vurderer bedst egnet til at besvare spørgsmålet.

Den kritiske realistiske videnskabsteori medfører, at valget af metode til afdækning af de generative mekanismer, som styrker koordinering i Fællesteamet, bør vælges på baggrund af undersøgelsesspørgsmålet og min transitive viden om genstandsfeltet.

Jeg har tidligere argumenteret for, at Pawson og Tilley's virkningsevaluering er relevant for netop mit undersøgelsesfokus, og derfor vil næste afsnit være en redegørelse for tankerne bag denne metode samt en pointering af, hvorledes en virkningsevaluering adskiller sig fra en kritisk realistisk undersøgelse jf. Bhaskars tilgang.

Virkningsevaluering som metode

Pawson og Tilley (1997) fremlægger i bogen "Realistic Evaluation" deres metode til at udføre en virkningsevaluering med baggrund i den kritiske realistiske videnskabsteori. Som den kritiske realistiske teori tager Pawson og Tilley skarp afstand fra den eksperimentelle tilgang, der grunder i et positivistisk videnskabssyn, og de henviser til Bhaskars (1975) argumenter fra A realist theory of science (Pawson & Tilley, 1997), og uddyber med;

"Our point, however, is that the true perils of randomization in corrections evaluations do not lie with the ethical or the practical, but belong at the even more fundamental level of the causal" (Pawson & Tilley, 1997 s. 36).

Pawson og Tilley benytter den kritiske realismes formål om at identificere kausale sammenhænge til at argumentere for deres metode til evaluering. Dog afviger deres formål med socialvidenskab fra Bhaskars (1975) oprindelige fokus på afdækning af underliggende strukturer og på et frigørende og samfundsforandrende perspektiv.

Til denne underliggende normative tilgang svarer Pawson (2006 s. 19)

"All I am able to do here is shake my head about how, in this normative turn, the existing understanding of the mechanics of scientific explanation produced by the pioneers of realism has evaporated into doctrinaire idealism" og fortsætter med at forklare hvorledes det kritiske element kommer til udtryk i et virkningsevaluering; *"It is critical realism only in its understanding of the quarrelsome process through which scientists approach objectivity and, just maybe, in hope of stirring into action a disputatious community of truth-seekers in the world of evidence-based policy"* (Pawson, 2006 s. 20).

Denne drejning væk fra den traditionelle normative tilgang i kritisk realisme medfører, at virkningsevalueringens formål specificeres til kun at omhandle generative mekanismer og deres sammenhænge mellem årsag og virkning;

"It is precisely such a substantive 'match' between context and mechanism which the evaluator needs to search out in understanding the success of an initiative. Programs are ideas. Ideas have their time and place. It is this conjunction that researchers must capture with the notion of context" (Pawson & Tilley, 1997 s. 71).

Således har dette speciale om Fællesteamet i Holstebro Kommune ikke fokus på en normativ vurdering af hverken Fællesteamets resultater eller Fællesteamets ageren som frigørende element for undertrykte grupper i samfundet. Fokus bliver jf. ovenfor udelukkende at afdække hvilke mekanismer, der i den specifikke kontekst kan forklare indsatsens virke.

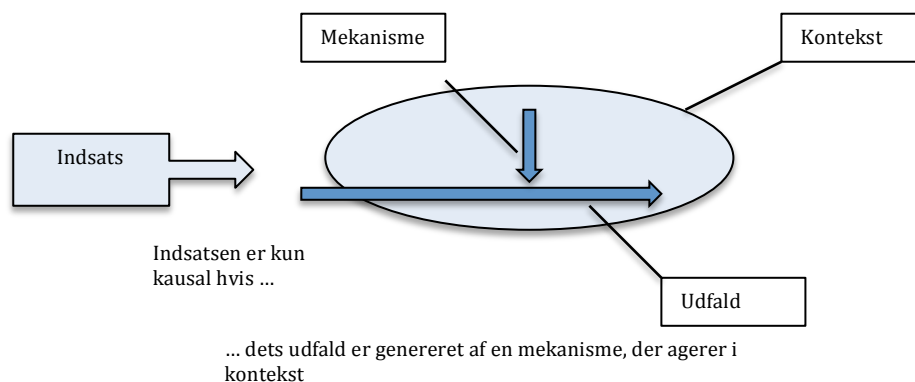
Til trods for forskellige syn på det kritiske aspekt bygger virkningsevalueringen på det samme ontologiske og epistemologiske standpunkt som den kritiske realisme. Derfor tages der i

evalueringen også udgangspunkt i kendt viden fra den transitive dimension, når der foretages en kritiskstillingstagen til, om der på undersøgelsesområdet findes virkninger, som ikke allerede er forklaret. Hermed vises igen hvordan metoden bevæger sig væk fra en eksperimentel tilgang, og anvender den dybe ontologi til at forklare en virkning, modsat blot en konstatering af, om noget har effekt (Pawson & Tilley, 1997).

Mekanisme + kontekst = udfald

Grundtanken i virkningsevalueringen omsætter Pawson og Tilley (1997) i følgende figur

Figur 6: Kontekst Mekanisme Udfald



Det ses, at udfaldet er genereret af en mekanisme, som opererer i og afhængigt af konteksten, hvormed konteksten for et givet tiltag får stor betydning for, hvordan udfaldet af indsatsen bliver. Operationalisering af figuren sker ved, at evaluator ved hjælp af viden om indsats og kontekst søger svaret på, hvordan indsatsen virker over for hvem og under hvilke betingelser, og dermed får afdækket hvilke/hvilken generative mekanismer, der må være tilstede i det virkelige domæne. Afdækning af Kontekst + Mekanisme = Udfald, svarer til udledningen af en social programteori, som besvarer spørgsmålet om, hvad virker for hvem under hvilke betingelser. Når man har dette svar, har man ifølge Pawson og Tilley foretaget en realistisk evaluering (1997).

Jeg ønsker at benytte denne model i min undersøgelse af Fællesteamet i Holstebro, hvorved jeg med viden om indsatsen og konteksten søger at belyse, hvordan Fællesteamet virker over

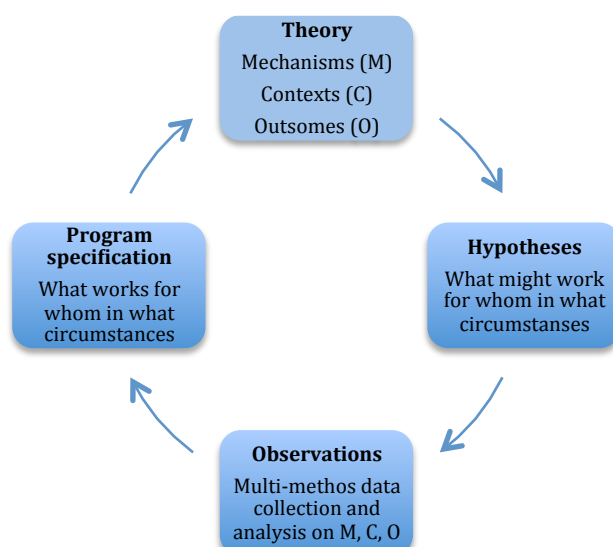
for hvem og under hvilke betingelser og således afdække hvilke mekanismer/forklaringer, der kan ligge til grund for Fællesteamets virke.

Pawson og Tilley's metode er en virkningsevaluering og ikke en kritiske realistisk undersøgelse, og forskellen beror både på metodens fokus på brugerperspektivet, altså *hvem*, og på, at evalueringen ikke blot undersøger, hvordan en indsats og et udfald *kan* hænge sammen via kontekst og mekanisme, men også tester den sociale programteori, som undersøgelse frembringer (Pawson & Tilley, 1997). I praksis henvises der til at benytte "*The realist evaluation cycle*" (Pawson & Tilley, 1997 s. 85), hvor begyndelse på projektet starter med en teori, som søger at forklare sociale mønstre ved hjælp af viden om mekanisme og kontekst. Af denne teori opstilles en hypotese om, *hvad der kan virke for hvem under hvilke betingelser*. På baggrund af hypotesen foretages derefter observationer, som her skal forstås som dataindsamling. Som hos den kritiske realisme, ses der i virkningsevalueringen også metodefrihed, samtidig med der stilles krav om kontingens mellem undersøgelsesspørgsmål og det svar metoden kan give;

"but that the choice of method has to be carefully tailored to the exact form of hypotheses developed earlier in the cycle" (Pawson & Tilley, 1997 s. 85).

Dataindsamlingen anvendes i næste etape til en specificering af den sociale programteori, og det er dermed muligt at udtale sig om, *hvad der virker for hvem under hvilke betingelser*. Denne viden kan muligvis danne grundlag en ny teori eller et kritisk syn på en allerede kendt teori, og dermed kan cirklen begynde på ny. The realist evaluation cycle ses i figur 7.

Figur 7: The realist evaluation cycle



Med henvisning til ovenstående figur argumenterer Pawson & Tilley (1997) for, at en evaluering kun kan blive lige så god som det sociale program/den sociale programteori der danner grundlag for udledningen af hypotesen om, *hvad der måtte virke for hvem under hvilke betingelser*.

"The realist evaluation cycle" anvendes i også i dette speciale som inspiration for undersøgelsesprocessen, hvilket vil blive nærmere belyst i næste afsnit.

Design

Jeg har i mit problemfelt problematiseret, at der forefindes et videnshul i forhold til hvordan Fællesteamet virker i forhold til koordination. Jeg har ligeledes fremvist, at gældende viden fokuserer på koordination som det virkningsfulde i en given indsats overfor mennesker med dobbeltdiagnose. Min undersøgelse tager derfor udgangspunkt i en hypotese om, at koordinationen i Fællesteamet er af afgørende betydning for, hvordan Fællesteamet virker – overfor hvem – og under hvilke betingelser. Ligeledes hentes inspiration i, at vi ikke ved nok om hvordan koordination er mulig og hvordan det virker, jf. kapitel 1.

Med udgangspunkt i denne hypotese samt min virkningsanalytiske tilgang foretages en kvalitativ undersøgelse af Fællesteamet. Empirien vil blive analyseret med fokus på årsagssammenhænge, betingelser og mekanismer og skal medvirke til at producere ny viden, som kan specificere hypotesen om, at koordination i Fællesteamet har afgørende betydning for dets virke. Således kommer min undersøgelse til at følge "The realist evaluation cycle", fra en teori om mekanisme, kontekst og udfald, til en hypotese om, hvad det måtte virke for hvem under hvilke betingelser og til en specificering af den oprindelige hypotese, som munder ud i mere viden om, hvilke mekanismer og hvilken kontekst, der sammen kan generere hvilke udfald (Pawson og Tilley, 1997).

I det følgende afsnit vil der være en argumentation for valg af en kvalitativ metode, hvordan den kvalitative metode kan kobles med det videnskabsteoretiske standpunkt samt en beskrivelse af, hvorledes kvaliteten forsøges sikret i undersøgelse.

Metode

Det søges i dette speciale at afdække hvorledes Fællesteamet virker i forhold til at sikre en helhedsorienteret indsats overfor mennesker med dobbeltdiagnose og derudover at afdække, hvorfor det virker, som det gør. Til dette vælges som udgangspunkt en kvalitativ metode til indsamling af empirisk materiale til analysen, idet en kvalitativ tilgangs styrke ligger i at kunne indfange menneskers fortællinger, forståelser og fortolkninger (Jacobsen og Jensen, 2012). For at kunne udlede en programteori, der beskriver hvordan medlemmerne opfatter Fællesteamets virke, overfor hvem, under hvilke betingelser, er det netop medlemmerne af teamets forståelser og fortællinger om Fællesteamet, som er relevante. Ligeledes har ontologien i kritisk realisme betydning for dette valg, da denne accepterer, at den sociale virkelighed er foranderlig og således bedst erfares ved hjælp af fortolkende eller hermeneutiske metoder, som svarer på, hvad der giver mening for mennesker (Andersen, 2007 s. 25). Accepten af fortolkende metoder og en foranderlig social virkelighed medfører, hvad Dannermark (Andersen, 2007) betegner dobbelt hermeneutik og det betyder, at forskningen tolker på andres tolkninger. Forskning søger både at forstå hændelsers betydning for mennesker og også at forklare dennes betydning med begreber og teori, som giver en dybere indsigt end blot commonsense forståelse af betydningen, hvormed tolkningen bliver dobbelt (Andersen, 2007 s. 24).

Det halvstrukturerede livsverdensinterview og spørgeguide

Som specifik metode til indsamling af empiri tages udgangspunkt i Det halvstrukturerede livsverdensinterview, *"et interview, der har til formål at indhente beskrivelser af den interviewedes livsverden med henblik på at fortolke betydningen af de beskrevne fænomener"* (Kvale, 1997 s. 19). Med denne metode indhentes informantens beskrivelser af Fællesteamet, som vil danne grundlag for en tolkning, der svarer på, hvad der virker for hvem under hvilke betingelser. I forlængelse af den dobbelte hermeneutik og målet om at afdække generative mekanismer i den intransitive dimension, danner beskrivelserne også grundlag for en tolkning om, hvorfor beskrivelserne er som de er.

Med udgangspunkt i devisen om, Hvad virker for hvem – under hvilke betingelser, blev der inden interviewsituationen udarbejdet en spørgeguide. Guiden indledes med spørgsmål om informantens relation og arbejde i Fællesteamet og går videre til spørgsmål om informantens beskrivelse af borgergruppen. Ved at indlede med "lette" spørgsmål, som informanten umiddelbart kan svare på, søges det at etablere en kontakt, som giver mulighed for mere end en hyggesnak og som samtidig ikke bevæger sig i retningen af et terapeutisk samtale (Kvale, 1997 s. 130). Hovedfokus i spørgeguiden betegnes som, den "Pawsonske" del, hvor der spørges åbent ind til, hvordan Fællesteamet fungerer, hvad der er godt, hvad der er skidt og det helt centrale i dette speciale, hvordan informanten vil forklare de svar, som de giver. Idet koordineringsbegrebet formodes at få stor betydning i specialet stilles en del spørgsmål, som skal afdække, hvordan medlemmerne koordinerer og hvad koordineringen har af betydning.

Afslutningsvis bedes informanten give sit bud på eventuelle udviklingspunkter for Fællesteamet.

Samme interviewguide er anvendt til alle interviews og kan ses som bilag.

Valg af informanter

Jeg foretager fire kvalitative interviews med faste medlemmer af temaet, henholdsvis; leder af Visitation og Rådgivning, leder af Ambulant stof- og alkoholbehandling, socialrådgiver fra Sociale Tilbud, distriktssygeplejerske fra Team Psykiatri og Misbrug og stofbehandler. Jeg foretager også et kvalitativ interview med en stofbehandler, som har haft flere sager til drøftelse i Fællesteamet.

Under forløbet stopper lederen af Visitation og Rådgivning som medlem af Fællesteamet, men idet hun har været medlem af teamet i en årrække, erstattes dette interview ikke med et interview med et andet medlem.

Valget af informanter er begrundet i deres tilknytning til fællesteam og med fokus på at sikre en inddragelse af hver af de tre hovedfelter, som er sat til at yde en fælles indsats i teamet. Derfor ses også informanter fra myndighedsafsnittet, fra stof- og alkoholbehandlingen og fra psykiatrien. Valget af informanter er også præget af, at jeg har været i praktik i

Socialafdelingen i Holstebro Kommune og derfor har haft mulighed for at bede de personer, som jeg oplevede havde mest kendskab til Fællesteamet om at deltage i et interview. På samme tid er valget af informanter også præget af, at nogle personer ikke havde mulighed for at deltage og at flere interviewsituationer har haft en klar tidsafgrænsning. Eksempelvis blev interviewet med sygeplejersken fra regionen udsat fire gange og den afsatte tid blev kortet ned fra en hel til en halv time.

Problemstillingen i undersøgelsen og mit formål med at vise, hvordan Fællesteamet virker, bliver med denne informantgruppe udelukkende besvaret ud fra en professionel vinkel. Det har ikke været muligt at finde informanter blandt gruppen af mennesker med dobbeltdiagnose, som har haft deres problematik/sag drøftet på Fællesteamet. Det er derfor ikke muligt, at jeg i denne undersøgelse kan vise, om medlemmernes beskrivelse af koordineringen svarer til brugernes oplevelser. Udelukkelsen af brugere som informanter grunder udover manglende frivillige også i anbefalinger fra personale med kendskab til borgergruppen.

Det er ikke nogen hemmelighed, at mit fokus er på koordinering som indsats, ligesom det heller ikke er nogen hemmelighed, at Holstebro Kommune har stillet Fællesteamet til min rådighed, fordi de oplever problemer med at få Fællesteamet bredt ud i organisationen. Dette kan måske være en del af forklaringen på, at de alle kommunale medarbejdere fortæller, at teamet ikke altid har fungeret godt og at der har manglet sager til drøftelse. Men det kan måske også forklare, at alle de kommunale medarbejdere fortæller, at de gerne ser mere samarbejde og at de ser frem til ændringer i medlemmerne af teamet og i mødefrekvensen, som skal give en øget implementering af Fællesteamet ud i Holstebro Kommunes afdelinger. Dette understøttes ved nedenstående citater

"Så det lever lidt et usynligt liv og jeg tænker også, at det lever lidt et usynligt liv i regionen"
(nr.1)

".. at Fællesteamet har været sådan en halvdød størrelse gennem længere tid (...) så hvis vi virkelig gør en indsats, så tror jeg det giver god mening at få pustet liv i det igen" (nr. 2)

En anden fortæller, at det har været diskuteret hvorledes strukturen om møderne kan have betydning for mere udbredelse og hun forklarer, at i stedet for at tænke at man kunne mindske mødefrekvensen, så siger de,

"nej, vi skal gøre det en gang om måneden og så skal vi brede det endnu mere ud. Ja, man kunne jo godt have tænkt; det er der ingen der bruger, så vi tager kun hver halve år. Men så dør det, for så har folk i hvert fald helt sikkert glemt det" (nr. 3)

Emnet berøres også i sidste interview, hvor informanten kort udtrykker;

"Jeg har savnet det, det synes jeg egentlig" (nr. 4)

Interviewsituationen

De fem interviews, der danner specialets empiriske grundlag blev alle foretaget på den enkelte informants kontor/arbejdsplads. Aftale om interview er forinden sket mundtlig eller via mail.

Idet jeg i dette tidsrum af specialeskrivningen havde min daglige gang i Socialafdelingen, har aftalerne om interview været "løse" og har kunne rykkes med. De "løse" aftaler kan være medvirkende til, at det har været uproblematisk af skaffe informanter, da min tilstedeværelse i huset betød, at jeg *altid* havde tid til interview, når informanten havde tid i sin kalender. På den anden side kan de "løse" aftaler også have påvirket informantens vurdering af vigtigheden af interviewet og medført, at informanten har taget let på spørgsmålene. Ligesom min forberedelse til hvert interview nogle gange har været meget kort.

Interviewene har alle taget udgangspunkt i samme spørgeguide, men er alligevel endt ud meget forskelligt. Til tider har spørgeguide været anvendt næsten for stringent og har "styret" interviewets retning. Til andre tider har spørgeguiden blot været anvendt som stikord til et nyt emne, som er blevet uddybet med både flere spørgsmål og refleksioner over det sagte fra informant og interviewer. Alle interviews er blevet optaget med diktafon og derefter skrevet ud i fuld længde, dog er der kun tilført "øhh" og andre tøvende tilkendegivelser fra informanter i det omfang, det er vurderet at have relevans for udsagnet.

Kvalitative overvejelser

Den kvalitative undersøgelse er gennemført ud fra Kvaless (1997) principper for det halvstrukturerede livsverdens interview, hvorfor mine overvejelser om kvalitetssikring af undersøgelsen også vil være inspireret af Kvaless synspunkter for, hvorledes man opnår kvalitet i kvalitative undersøgelser.

Undersøgelsen er ikke udarbejdet med et formål om at overføre viden fra det specifikke til generelle. Selvom generalisering af undersøgelsens resultater ikke er et ønske for dette speciale, kan det alligevel være fornuftigt at overveje hvilke muligheder og barrierer designet og udførelsen af den kvalitative undersøgelse, kan påvirke resultaternes generaliserbarhed. Kvale (1997) beskriver tre former for generalisering, *naturalistisk*, *statistisk* og *analytisk* generalisering, hvoraf denne kvalitative undersøgelse muligvis vil kunne anvendes i en analytisk generalisering. Baggrunden for en analytisk generalisering vil være en velovervejet bedømmelse af, om resultaterne for undersøgelsen af Holstebro Kommunes fællesteam vil kunne være vejledende for en undersøgelse af et andet kommunalt fællesteam. I disse overvejelser vil en sammenligning af Fællesteamet som case/undersøgelsesobjekt være særlig vigtig og danne grundlag for vurderingen af, om denne undersøgelse kan være analytisk generaliserbar.

Som Kvale (1997) nævner, så bliver kvalitative undersøgelser ofte afvist som *rigtig* viden, idet den kvalitative undersøgelsesmetode og de resultater, den generer ikke lever op til begreberne om reliabilitet og validitet i den positivistiske forstand. Reliabilitet beskrives af Riis (2012) som målingens pålidelighed, altså om man måler det, man siger man måler. I en måling af menneskers vægt afhænger pålideligheden af, hvor præcis vægten er. I en kvalitativ undersøgelse, hvor målingen er et interview afhænger pålideligheden af, "*om informationssøgningen og filtreringen er håndværksmæssigt korrekt udført*" (Riis, 2012 s. 353).

Kvale understreger, at pålideligheden er spil i alle dele af undersøgelsen, eksempelvis i form af ledende spørgsmål i interviewsituationen, ukorrekt transskription og forkert brug af teori i analysen.

Validitet omhandler undersøgelsens og dens resultaters gyldighed og Kvale (1997) kæder kriterierne for validitet i en undersøgelse sammen med det ontologiske spørgsmål om, hvad der kan vurderes som sand viden og afhænger således af forskerens videnskabsteoretiske standpunkt.

Sikringen af kvaliteten i dette speciale bygger på Kvaless (1997 s. 236) afmystificering af validitet- og reliabilitets begrebet, hvorfor det håndværksmæssige arbejde er sat i forgrunden. Det indebærer en kritisk stillingtagen til analysearbejdet, hvor jeg ved hjælp af grundighed og et bredt teoretisk grundlag har været fokuseret på *ikke* at blive for søgende efter ting som muligvis ikke findes i empirien. Ligeledes har jeg været fast besluttet på, at svare på det jeg spørger om, hvorfor arbejdet frem til forskningsspørgsmålet har været omfattende for at sikre det *rigtige* spørgsmål. Ikke i den forstand, at det skulle være let at svare på, men for at undersøgelsen skulle leve op til Pawson og Tilley's (1997) udlægning af kritisk realisme, om at tage kritisk stilling til den viden, der allerede er tilgængelig. Som en del af valideringen af dette speciale har metode, metodestringens og metodeafvigelse stor betydning. Specialet udarbejdes som en virkningsevaluering, der benytter en kvalitativ undersøgelse til empiriindsamling. Virkningsevalueringen indeholder klare metodiske retningslinjer, hvilket også gør sig gældende for en kvalitativ empiriindsamling og det har medført et behov for et stort behov om at beskrive hvorledes disse metoder kan kobles og specifikt, hvordan de kobles i dette speciale. I forlængelse af en klar metodik for specialet vil analysen spille en stor rolle i valideringen af undersøgelsens resultater. "*Afgørelsen af, om en metode undersøger det, den har til formål at undersøge, indebærer en teoretisk opfattelse af det der undersøges*" (Kvale, 1997 s. 239) og medfører, at jeg vil bestræbe mig på, at analysen ikke blot bliver en *commonsense* analyse, men bygger på relevant teori, som kan belyse min empiri fra flere vinkler.

Mine overvejelser om kvalitet og mit praktiske arbejde for kvalitet i undersøgelsen og i afrapporteringen bygger overvejende på Kvaless (1997) principper men er dog i udførelsen ofte blevet sammenlignet med Henning Olsens kvalitetskriterier om konsistent fremstilling og motiverede, implementerede og gennemsigtige metodologiske procedurer (Riis, 2012). For at leve op til disse kriterier har jeg i afrapporteringen lagt stor vægt på at give læseren mulighed for at følge alle trin i analyseprocessen og samtidig søgt at give beskrivende opsamlings i

stedet for konkluderende afslutninger. Således søger jeg at give læseren mulighed for at danne egen tolkninger af empirien og muligvis også nå til en anden besvarelse af problemformuleringen.

Analysestrategi

Den kritisk realistiske videnskabsstilgang har tilført "sin egen" slutningsform, som bygger videre på den induktive og den deduktive analysestrategi. Formålet med en kritisk realistisk tilgang er ikke at bevæge sig fra enkelte fænomener til generelle fænomener eller fra generelle fænomener til enkelte fænomener. Hos den kritiske realisme er formålet, at forklare hvilke forhold der må eller kan være af betydning for, at man kan bevæge sig fra det enkelte til det generelle (Buch-Hansen & Nielsen, 2005). Denne måde at slutte på betegnes retroduktion og beskrives af Buch-Hansen og Nielsen (2005 s. 108) som en slutningsform, hvor der tages udgangspunkt i et manifest fænomen og det søges at forklare, hvilke nødvendige mulighedsbetingelser og dybe årsagssammenhænge der efter alt at dømme må eksistere for at fænomenet kan finde sted. Altså en slutningsform, som i dette speciale anvendes til at forklare, hvilke mulighedsbetingelser og dybe årsagssammenhænge der nødvendigvis må være tilstede, for at koordinering i Fællesteamet kan virke således, at borgere med dobbeltdiagnose modtager en helhedsorienteret indsats.

Som følge af ontologien i den kritiske realisme anvendes abstraktion som fremgangsmåde i analysen. Med standpunkt i den kritiske realisme, hvor genstandsfeltets ontologi formodes at have forrang og hvor det samtidig antages, at der eksisterer en ontologisk virkelighed i det intransitive domæne, bliver det nødvendigt med en tankemæssig abstraktion for at kunne få indsigt i de dybe årsagssammenhænge. Som tidligere nævnt er anvendelsen af en tankemæssig abstraktion det største kritikpunkt af denne retning, hvor realismen er nødsaget til at konstruere en virkelighed, for at kunne fastholde en opfattelse af en realistisk ontologisk ikke-observerbar virkelighed i det intransitive domæne.

Til trods for kritikken anvender jeg retroduktion som analyseredskab i specialet, da jeg søger en underliggende forklaring på koordinering i Fællesteamet. Derved foretager jeg også en tankemæssig abstraktion om, at der findes dybe årsagssammenhænge, som genererer koordineringen i Fællesteamet.

Som tidligere beskrevet foretages halvstrukturerede livsverdensinterview med en spørgeguide, og det fremkomne empiri bliver genstand for analysen. Indsamlingen af empirien kan muligvis betegnes som en induktiv spørger, for at teste antagelsen om, at koordinering er af stor betydning for Fællesteamets muligheder for at sikre en helhedsorienteret indsats overfor mennesker med dobbeltdiagnose.

Analysen vil ikke udelukkende bestå af retroduktive slutninger, men vil også benytte både induktive og deduktive redskaber, for at kunne svare på hele problemformuleringen. En induktiv tilgang, hvor empirien får fri tale, benyttes til at indsamle så mange aspekter som muligt af informanternes beskrivelser af betingelser for Fællesteamet, samt deres forklaringer på, hvad betingelserne betyder for Fællesteamet. En deduktiv tilgang til empirien anvendes i forhold til at søge en definering af, hvad der virker over for hvem. Der benyttes ikke egentlig kodning af empirien, men i gennemgangen af empirien tages udgangspunkt i at "finde" informanternes italesættelser af *indsats* og *borgergruppe*.

Inden den retroduktive del af analysen, vil jeg vise et flowchart over den hidtidige analyses svar på, hvad der virker over for hvem under hvilke betingelser. Flowchartet vil danne grundlag for et forsøg på en retroduktiv slutning, som omhandler at identificere hvilken eller hvilke generative mekanismer der kan være årsag og forklaring til forløbet vist i flowchartet.

Betingelser for analysen

I forbindelse med gennemlæsning og -lytning af mine interviews, har jeg fundet, at det giver mening, at jeg i analysen skelner mellem region og kommune. Jeg finder umiddelbart, at medarbejderne i kommunen og repræsentanten fra Regionspsykiatrien (fremover psykiatrien) taler fra hvert sit ståsted, og jeg vil lade denne observation vise vejen frem i analysen. Jeg begrundet ligeledes opdeling i de generelle problematikker, som beskrives om tværsektorielt samarbejde i problemfeltet. Jeg kommer derved nærmere en analyse, som muligvis kan beskrive, hvorledes Fællesteamet håndterer at koordinere i en tværsektoriel kontekst.

Som følge af en skelnen mellem sektorer, bliver ovenstående analysestrategi først anvendt på empirien fra de kommunale medarbejdere og derefter på empirien fra sygeplejersken fra regionen. Min antagelse om, at der kan være forskelle i hvorledes de kommunalt ansatte og sygeplejersken fra regionen beskriver Fællesteamet medfører således, at den empiriske analyse ender med at vise to programteorier for, hvordan Fællesteamet virker over for hvem under hvilke betingelser.

Afslutningsvis foretages en teoretisk analyse, som reflekterer over hvorledes de viste programteorier kan påvirke Fællesteamets arbejde. Analysen vil som udgangspunkt også søge teoretisk af forklare de mulige generative mekanismer.

Kapitel 3

Kommunale medarbejdere

I det følgende afsnit foretages en analyse af interviews med de kommunalt ansatte medarbejdere samt feltnoter (se bilag). Analysen skal søge at udlede en programteori, som beskriver hvordan de kommunale medarbejdere ser, at Fællesteamet virker overfor hvem og under hvilke betingelser.

Viden

Informanterne i det kommunale regi fortæller, at psykiatrien har en viden, som er nødvendig for kommunen, såfremt kommunen skal kunne give borgeren et godt tilbud. De henviser til, at det er nødvendigt, at de modtager en viden fra psykiatrien om, hvad det er for en type borger, de har med at gøre. I forlængelse af behovet for at type-opdele deres borgere, beder jeg informanterne fortælle, hvilke overvejelser, der ligger til grund for at sætte en borger på Fællesteamets dagsorden og følgende identificeringer bliver nævnt:

"Hårdknudesager, sager hvor jeg træder vande, sager hvor vi har prøvet alt inden for mit kompetenceområde, sager som er virkelig vanskelige at arbejde med, hvor man løber panden mod en mur, knudret sag, svære og komplekse sager (...) og de er typisk meget lidt udredt" (nr. 1,2,3,4).

Ligeledes fortælles det, at det næsten udelukkende er de kommunale medarbejdere, som sætter sager til drøftelse i Fællesteamet, idet man efter at have prøvet alt i kommunalt regi vurderer, at problematikken hos borgeren må være af psykiatrisk karakter.

Den viden, som de kommunale medarbejdere behøver for at komme videre i de sager, som kort kan karakteriseres som "hårdknudesager", sidestilles i flere tilfælde med behovet for en psykiatrisk udredning af borgeren, således kommunen efterfølgende *"ved hvad de har med at gøre"* og kan udarbejde en holdbar handleplan.

"Jamen det er jo det, der gør forskellen frem for at man ikke havde det her team, for os i hvert fald. Det er den der direkte indgang man har, direkte indgang man har til psykiatrien. (...) og den her der sidder fra psykiatrien kan jo også gå ind i deres systemer. Og man kan faktisk blive

klogere. (...) Og det er jo det der sker, når vi sidder med forskellige systemer. At der går nogle oplysninger tabt, og det er jo netop sådan et dobbeltsted der, at man kan få samlet de her oplysninger, så man bliver lige kloge (min fremhævnning)" (nr. 3)

I dette citat lægges både vægt på, at Fællesteamet er en indgang til psykiatrien, at psykiatrien har viden som kommunen ikke har og, som jeg har understreget, giver Fællesteamet muligheden for at kommune og psykiatrien kan blive lige kloge. Dette tyder på, at det hos denne medarbejder vurderes, at psykiatrien ikke bare sidder inde med relevant viden, men at denne viden også er af en sådan karakter, at psykiatrien i udgangspunktet er "klogere" på borgeren end kommunen.

Samme fokusering på psykiatriens viden ses hos en anden medarbejder, der udtaler;

"Hvad skal jeg sige, dem der sidder fra psykiatrien, de har mere fingeren på pulsen med, hvad det er for nogle borgere vi har med at gøre, tænker jeg" (nr. 4)

og videre, hvor informanten fortæller om hvordan Fællesteamet anvendes;

"fordi de fleste af mine klienter, de har både et misbrugsproblem og psykiske problemer, de er ikke alle diagnosticerede, men mange har begge dele, og man kan sige, nogle gange så er det jo, så har det været svært at få dem ind i psykiatrien og få dem udredt øh, og så må man gribe til de andre muligheder der er"

Her vurderes igen, at psykiatrien bedst ved, hvilken type af borger de har med at gøre. Det følges op af en beskrivelse af Fællesteamet, som en alternativ metode til at få klienten "ind i psykiatrien" og dermed få en psykiatrisk udredning, der kan fortælle kommunen, hvilken type af borger de har med at gøre.

Implicit i udtalelserne ligger også, at når det er nødvendigt med en direkte indgang gennem Fællesteamet, må det bunde i en opfattelse af, at medarbejderne i andre samarbejdsrelationer med psykiatrien ikke har en direkte indgang, og dermed mindre chance for at få borgeren *ind i psykiatrien*. Dette kan muligvis forklares med, at psykiatrien ud fra et lægeligt skøn kan vurdere, om borgeren har behov for at komme *ind i psykiatrien*, hvilket også medfører, at

psykiatrien ud fra et lægeligt skøn kan afvise en borger at komme *ind i psykiatrien*. Derved bliver den umiddelbare magtbalance i teamet også ændret, og dette kan medføre, at de kommunale medarbejdere skal levere et grundigt forberedt stykke arbejde og have tilstrækkelig mistanke om en psykiatrisk lidelse, for at psykiatrien lader borgeren *komme ind i psykiatrien*.

Ovenstående understøttes af den ene medarbejder, som forklarer, at hun søger at komme uden om en diskussion om, hvem der skal betale, ved at være godt forberedt.

"og så er det også, og så må man jo bare kunne snakke rigtig godt for sin sag, tænker jeg, være rigtig godt forberedt til de her fællesteam møder" (nr. 4).

At behovet for en udredning er stort hos de kommunale medarbejdere ses endvidere i en passage, hvor der reflekteres over en mulig etablering af et specialistteam i kommunen, som skal kunne foretage en psykologisk og muligvis også en psykiatrisk udredning. Denne udredning vil efterfølgende skulle bruges til en *pæn* overlevering til psykiatrien.

"men når nu lovgivningen siger det her og man skal lave det der koordinerings øhh guide til, hvordan gør vi her, hvordan kommer vi videre, så er det jo fint nok at få involveret det specialistteam også i det, fordi når de så har lavet den udredning, hvad er det så vi gør og tager den så med til Fællesteamet, sådan kan vi få leveret sagen pænt til psykiatrien. Så er den lige til at tage fat i" (nr. 2)

og behovet begrundes med følgende beskrivelse af samarbejdet mellem kommune og psykiatri

"hvor det jo ellers tidligere har været elfenbenstårnet, og hvordan skulle man komme derop, ikke. Så jeg synes allerede, det er blødgjort på den måde, at der er noget samarbejde" (nr. 2).

I et interview spørges til, om det gør nogen forskel for borgeren at der stilles en psykiatrisk diagnose, og jeg modtager følgende svar;

"Hmm i nogle tilfælde måske, hvor man så kan pege på, jamen det er jo derfor han har det dårligt, det er derfor han har brug for en indlæggelse eller en eller anden, visitation hos psykiater, fordi han har den her lidelse også, udover at han har et misbrug. Øhm hvor jeg tænker, ellers kan det meget nemt blive til, at de har det psykisk dårligt, fordi de er i misbrug"(nr. 4).

Begge udtalelser viser det kommunale fokus på et få en psykiatrisk udredning af borgerne, men de viser paradoksalt nok også, at en psykiatrisk udredning ses som en indgang til psykiatrien, mens den psykiatriske udredning på samme tid er det produkt, som kommunen ønsker at få retur fra psykiatrien. Med baggrund i disse udtalelser, bliver en psykiatrisk udredning af borgeren altså både ind- og udgang af psykiatrien, hvilket kan være med til at forklare de kommunale medarbejders fokus på behovet for en psykiatrisk udredning af de borgere de har samarbejde med.

I et andet interview spørger jeg ligeledes ind til, hvorledes en udredning har betydning for borgeren og hvilke konsekvenser det har for borgeren, hvis en udredning ikke igangsættes på grund af et misbrug

"Ja det... konsekvenser og konsekvenser. Det er det jo ikke, det er bare at fortsætte ligesom de plejer" (Nr. 3).

Videre fortæller informanten, at Fællesteamet anvendes som dør ind til psykiatrien, når borgeren faktisk er klar til det, hvilke kan betyde, at informanten vurderer, at det er kommunens opgave at *gøre borgeren klar til at modtage en udredning*. Hvis denne antagelse ligger til grund for Fællesteamets koordinering, får samarbejdet i Fællesteamet stor betydning for borgere, som er *klar* til en udredning og ingen betydning for de borgere, som *ikke er klar*.

Faktiske hændelser i Fællesteamet

Til trods for informanternes enighed om, at Fællesteamet anvendes som en mere direkte indgang til psykiatrien med det formål at få en psykiatrisk udredning, så ses en anden anvendelse i feltstudierne.

Sagerne på dagsordenen har i de fleste tilfælde omhandlet borgere, som igennem længere tid har været kendt både i myndighedsafdelingen, stof/alkoholbehandlingen og i psykiatrien. Helt præcist har der ved tre fællesteammøder været drøftet syv borgersager, hvoraf

- én er overdraget til psykiatrien,
- én har været ukendt i psykiatrien og udelukkende haft sparringsbehov og
- fem har været kendt i psykiatrien på drøftelsestidspunktet.

hvilket ikke stemmer overens med den italesættelse af fællesteamets funktion som direkte indgang til en psykiatrisk udredning, der ses i interviewene.

Et eksempel handler om en mand på 35 år diagnosticeret med ADHD og i medicinsk behandling fra regionspsykiatrien, bor på forsorgshjem i Holstebro og er tilknyttet både stofbehandlingen og myndighedsafdelingen. På fællesteammødet fremsætter de kommunale medarbejdere et ønske om ændring i medicineringen, fra et præparat til et andet. Borgeren "*skyder sig med ritalin (ADHD-medicin)*" hver dag, selvom han behandles for ADHD med et andet præparat.

Forespørgslen lyder, om psykiatrien kan ændre i borgerens medicinering, fra nuværende præparat til at bestå af ritalin og dermed forhåbentlig mindske hans selvmedicineringsmisbrug med ritalin.

Sygeplejersken svarer på forespørgslen med udgangspunkt i en drøftelse med borgerens psykiater om medicinering.

Det kommer frem på mødet, at det ikke har været muligt for den kommunale sagsbehandler at få en dialog med psykiateren om denne borger (feltnoter).

Eksemplet viser her, at de kommunale medarbejdere søger viden og kommunikation med psykiatrien gennem Fællesteamet. Underforstået i denne kommunikation ligger, at det ikke er muligt at have en direkte dialog med en psykiater fra psykiatrien og derfor går dialogen gennem sygeplejersken.

Et andet eksempel drejer sig om en 39-årig mand, som kun har sporadisk kontakt til stofbehandlingen, da han modtager sin metadon på politistationen med følgeskab af en vagt fra et privat vagtselskab. Han har adskillige domme for vold og trusler og har haft et længere fængselsophold for manddrab. Han har oplyst, at han har haft kontakt til en psykiater i

forbindelse med sin dom for manddrab, men han kan ikke fortælle noget om diagnose eller psykologisk beskrivelse.

Den kommunale medarbejder spørger i sit oplæg til, om det er muligt for psykiatrien at skaffe en kopi af mandens udredning fra retspsykiatrien.

Under drøftelsen diskuteres borgerens retssikkerhed og de kommunale og regionale institutioners tavshedspligt og om det er muligt at indhente en samtykkeerklæring fra borgeren. Dette vurderes ikke at være en mulighed og derfor vil der blive arbejdet ud fra princippet om værdispringsreglen, som i ekstreme tilfælde sætter behovet for at dele oplysninger højere end borgerens retssikkerhed.

Sygeplejersken fortæller, at hun ikke kender til patienten, men at hun vil kontakte sin psykiater og forhøre sig om muligheden for at indhente oplysninger om patienten i retspsykiatrien.

Der aftales en fælles strategi om, at alle politianmelder enhver voldsepisode og trussel samt at fremtidige oplysninger deles ud til personer med kontakt til borgeren, så alle får samme viden (feltnoter).

Det er i denne situation ikke den kommunale medarbejders formål at overdrage sagen til psykiatrien med henblik på en udredning. I stedet bliver formålet at etablere en kommunikation, som kan bringe den kommunale medarbejder nærmere en allerede udarbejdet psykiatrisk udredning. Problematikken i denne sag kan muligvis, som i første eksempel, omhandle mangel på en direkte dialog mellem en kommunal medarbejder og en psykiater, hvorfor dialogen må gå gennem Fællesteamet og sygeplejersken.

Ovenstående viser, at de kommunale medarbejdere italesætter en vidensdeling mellem psykiatri og kommune, som en betingelse for Fællesteamets koordination. Vidensdelingen tager form som en udredning, der kan fortælle kommunen, hvilken type af borger de har med at gøre. Baggrunden for ønsket om en udredning forklares ved, at kommunen mangler en psykiatrisk udredning for at kunne tilbyde den rigtige indsats til de borgere, der karakteriseres som "hårdknudesager".

Analysen viser ligeledes, at de kommunale medarbejdere vurderer deres egen viden om borgeren mindre relevant og mindre sand, end den viden, som psykiatrien sidder inde med.

Modsat viser analysen også, at de kommunale medarbejdere udfører en praksis, som ikke stemmer helt overens med den beskrivelse de giver i interviewsituationerne.

Fællesteam møderne ses i praksis at yde en funktion som talerør, mellem psykiater og kommunale medarbejdere, gennem den deltagende sygeplejerske. Det siges ikke åbenlyst på fællesteam møderne, men tonen viser en underliggende kritik af psykiaterens tilgængelighed.

Opsummerende kan her antages, at fællesteamet virker med en vidensdeling mellem de kommunale instanser og som talerør mellem kommunale medarbejdere og behandlende psykiater via sygeplejersken. Vidensdelingen omhandler hårknudesager, hvor der er en antagelse om, at der må være en psykiatrisk lidelse eller hvor kommunen har behov for en dialog om borgerens psykiatriske behandling

Denne opsamling fører videre til næste afsnit, som vil omhandle hvorledes sygeplejersken formodes at udfylde rollen som bindeled mellem kommunen og dens behov for viden/psykiatrisk udredning og psykiatrien som bærer af den ønskede viden.

Bindeledet til viden

Den kommunale italesættelse af at benytte Fællesteamet og dets koordinerende funktion som en sluse, en direkte indgang, til psykiatrien understreges i et interview, hvor vi drøfter Fællesteamets handlemuligheder. Informanten har netop beskrevet, at hun håber, at Fællesteamet kan få den betydning, at; *"man godt kan blive udredt selv om man har et misbrug"*, og jeg spørger til, om det slet ikke er en mulighed, hvortil der svares;

"Jo det er det jo i den udstrækning, at X (sygeplejersken) kan bane vejen for noget" (nr. 1).

Denne udtalelse viser, hvor stor tillid og betydning sygeplejersken og hendes funktion tillægges i arbejdet i Fællesteamet og dets mulighed for at koordinere i sager om mennesker

med dobbeltdiagnose. Sygeplejersken tillægges en opgave i at bane vejen for en udredning og det siges mellem linjerne, at uden sygeplejersken, så kan borgere med et misbrug ikke blive psykiatrisk udredt. Hermed gives hele ansvaret for *"at man godt kan blive udredt selvom man har et misbrug"* til sygeplejersken, som ved hjælp af sin position i psykiatrien skal *bane vejen* for flere udredninger til mennesker med et aktivt misbrug.

Der er umiddelbart ingen tvivl hos informanterne om, at sygeplejersken er en meget vigtig deltager i Fællesteamet, hvilket understøttes af flere udtalelser, som har samme pointe, nemlig, at sygeplejersken er bindeleddet fra kommunen til psykiatrien.

"altså nu kan man sige, sygeplejersken som sidder fra regionspsykiatrien er jo en samarbejdspartner til os, og har skabt den gode kontakt til regionspsykiatrien. Man kan sige og det er jo vigtigt, at vi har det bindeled, det har vi i hvert fald oplevet hvor vigtigt det er. Der hvor det kan være svært, det er den direkte kontakt til en psykiater eller få en henvist og sådan noget, hvor man kan sige, X (sygeplejersken) der sidder der nu, er et meget vigtigt bindeled for os. (...) Ja det synes jeg, og altså det er meget vigtigt for os, synes jeg, at vi har det bindeled i form af hende (sygeplejersken). Og hun kommer jo ud og ser borgerne og kan bedre vurdere, altså øhm kan bedre tage den kontakt op; ved du hvad, vi har en boger som sådan og sådan" (nr. 4)

samt; *".. som var sygeplejersken, som kunne gå tilbage og kontakte deres regi i forhold til at få den her udredning"* (nr. 3).

Udtalelserne viser, udover vigtigheden af bindeledet også, at informanterne forventer, at sygeplejersken, som en del af sin rolle som bindeled mellem de to sektorer, tager kontakt *ind* i psykiatrien og *op* til psykiateren. Jeg forsøger her med min fremhævelse af vise, hvordan informanterne fra kommunen oplever, at de ikke har kompetencer til at komme *ind* i psykiatrien og tage kontakt *op* til psykiateren. Denne oplevelse kan understøttes af mine observationer ved fællesteammøderne, hvor det ikke blot er nye sager til psykiatrien der drøftes i praksis. Også borgere, som er kendte i psykiatrien bliver drøftet og de kommunale medarbejdere anvender Fællesteamet som talerør til den behandlende psykiater.

Derved kommer hele muligheden for samarbejde og den koordinerende indsats til at afhænge af, hvordan sygeplejersken udfylder sin rolle som bindeled, hvorfor sygeplejerskens måde at varetage sin rolle som bindeled bliver en betingelse for Fællesteamet koordinerende indsats.

I interviewene har jeg med hver informant drøftet hvorledes en udvikling af Fællesteamet kunne se ud, og i flere af tilfældene er et ønske om en psykiater blevet bragt på banen.

"Så øh det kunne selvfølgelig være rigtig fedt, om vi havde en psykiater til at sidde, men ja der sidder X (sygeplejersken) så. Og der tænker jeg, at hun er et rigtig godt bindeled for os" (nr 4)

I et andet interview reflekteres der videre over hvorledes et samarbejde med en psykiater ville være, og det kommer til udtryk således;

"Men man kan så sige, at det er nok også, at det føles let, det er jo nok også fordi, det er jo sygeplejersken der er med, som er ude i marken. Det kan godt være, at det ville være sværere hvis det var overlægen der sad med. (...) Jamen fordi øh, overlægen har en psykiatrisk afdeling at forholde sig til, hvor sygeplejersken er jo ude i marken, hun er jo ude ved borgerne her" (nr. 1).

Med denne opfattelse, bliver sygeplejerskens status ændret fra at være et alternativ til en psykiater/overlæge til at være et bedre valg til sikring af samarbejdet. Dette understreges i en passage hvor det drøftes, om koordinationen i Fællesteamet er påvirket af, at det fungerer i en snitflade mellem to sektorer;

"Ja jeg synes ikke jeg bed mærke i det, men det er nok også fordi, at X (sygeplejersken) er én af vores. (griner)

Eller hun er sådan meget lige til og har; Det prøver vi og Det gør vi, eller Det skal nok. Det er sådan – ens værste fordomme, man kunne jo forestille nogen der sad der; Det kan vi sandelig ikke og Nu, den var der ikke – gud ske lov, det er sådan en af fordelene ved det, at jeg synes vi kan få en jævnbyrdig eller hvad hedder det, en ligeværdig dialog om tingene og alles input" (nr. 2).

En beskrivelse af sygeplejersken som "en af vores" understreger her, at til trods for at ingen informanter tydeligt fortæller om problematikker ved en sektorgrænse eller om specifikke

samarbejdsproblemer mellem kommune og psykiatri, så er det nødvendig for de kommunale medlemmer af teamet at gruppere sig som "dem" og "os". Ved at inddrage sygeplejersken som "en af os" nedbrydes skellet inde i teamet og derved bliver samarbejdsproblemerne flyttet udenfor teamet, så det er et *fælles* fællesteam, der søger en åbning mod psykiatrien.

Muligvis for at fastholde denne nedbrydning mellem "dem" og "os" fortæller informanten videre om de positive oplevelser i Fællesteamet;

"Altså jeg er meget positivt overrasket over, at psykiatrisygeplejersken tog bolden og sagde, at det ville hun gå tilbage til sin overlæge med, Han må kunne skaffe de papirer, der ligger og få korrespondancen til retspsykiatrien, og så videre. Altså vi var enige om, det var ikke sådan at folk sad på deres hænder og tænkte, Nu skal jeg i hvert fald ikke røre ved den her. Hun var sådan meget frisk på, at det måtte hun gøre. Jeg synes det var meget positivt, at det ikke var sådan, det handler ikke om at sidde og kaste den over i andre regi'er, men at finde ud af det mest fornuftige sted at ligge sagen. (...) Jeg synes det var dejligt at høre, at vi kunne være rimelig trygge ved, at det skulle de (psykiatrien) nok ordne, altså der var ikke den der, som jeg ellers har hørt mange rygter om, at psykiatrien prøver at holde misbrugere ude. Det synes jeg slet ikke det var. Det var i hvert fald en positiv indfaldsvinkel at have. Ja det var den mest overraskende ting lige ved det møde, som var positivt" (nr. 2).

Her gør informanten det klart, at det både er positivt og overraskende, at sygeplejersken er *frisk* på opgaven, at hun ikke *sidder på sine hænder* og at kommunen kan være *rimelig trygge* ved at psykiatrien ville leve op til sit ansvar. Denne fokusering på sygeplejersken som bindeled, forsøget på at *gøre hende til én af os* og en *overraskelse* over, at samarbejdet med psykiatrien ikke er en *kasten over i andre regi'er* må, ligesom kommunens fokusering på et behov for viden/udredning og dialog med psykiatrien være vigtige betingelser for, hvordan Fællesteamet virker som koordinerende indsats.

Analysen viser, at for de kommunale medarbejdere er sygeplejersken lig bindeleddet til psykiatrien og mere specifikt til den behandlende psykiater. Det er underordnet om det handler at *bane vejen til en udredning* eller om det jf. feltobservationerne drejer sig om at være *talerør* for dialogen mellem kommunale medarbejdere og en behandlende psykiater.

Ovenstående viser også, at de kommunale medarbejdere i nogle tilfælde sidestiller sygeplejerskens opgave med en opnåelse af Fællesteamet formål, forstået på den måde, at når sygeplejersken baner vejen, og er talerør, så opnår de kommunale medarbejdere det, de gerne vil med Fællesteamet; at få mere viden om hvilken type borger, de har med at gøre for at kunne lægge en god handleplan.

Som sidste hovedpunkt i analysen ses, at sygeplejersken personlighed og hendes *friske* tilgang til hendes opgave med at *bane vejen* for udredninger og være *talerør* mellem kommune og psykiatri virker overraskende for de kommunale medarbejdere og at det medfører, at de kommunale medarbejdere ser sygeplejersken som "en af os", der kæmper for at få viden/udredninger og dialog ud af psykiatrien. Ligeledes kan opsamles, at sygeplejersken faktisk går ind og op i psykiatrien og dermed handler i overensstemmelse med de kommunale medarbejders ønsker.

Det kan således opsummeres, at Fællesteamet virker som et bindeled mellem kommune og region i kraft af en sygeplejerske, der ved hjælp af sin personlighed overrasker de kommunale medarbejdere og bliver til "en af os", som baner vejen for udredninger og agerer talerør.

Fællesteamets sammensætning

I alle interviews har jeg drøftet med informanterne, hvilke tiltag de mener, der kunne skabe en udvikling for Fællesteamet. Disse drøftelser har foranlediget, at jeg her i analysen behandler et emne om Fællesteamets sammensætning.

I hvert af de fire interviews peges der på, at en nylig ændring af personsammensætningen i Fællesteamet er en klar forbedring. Informanterne fortæller, at der er sket en intern ændring, således der er kommet en ny mødeleder samt at flere andre faste medlemmer er blevet udskiftet som følge af eksempelvis en ændring i opgavefordelingen og nye medarbejdere.

Fordele for Fællesteamet beskrives således;

"man kan sige, sådan som udgangspunkt, så tænker jeg hende, altså Y (ny mødeleder) som står for det nu, som er primusmotor for det. Hun har en lang fortid inden for det her område og et forhold til, altså det er virkelig hendes interesseområde i forhold til dobbeltdiagnoser" (nr. 3)

og denne beskrivelse følges op af en anden informant, som udtaler;

"Altså Y (ny mødeleder) har også erfaring fra en anden kommune, så hun kan sige, Man kunne gøre sådan og sådan eller muligheden kunne være sådan og sådan. Det synes jeg er rigtig godt. For ellers kan det være svært at sidde og forklare, hvad det er at have en misbruger, som sidder og har det så dårligt. Og det er ikke fordi de ikke kan forstå det, men men der er et andet billede, måske de får af det. Ikke at det har haft nogen negativ indvirken på de sager jeg får, men jeg tænker bare, at det kan højne løsningsmulighederne" (nr. 4).

Her understreger begge informanter, at en optimering af Fællesteamet består af den ny mødeleder, som har viden, erfaring og interesse for området og at dette kan være med til at højne løsningsmulighederne for borgerene. Her kan *højne løsningsmulighederne* enten referere til en øget kvalitet i løsningsforslaget eller til et øget antal af løsningsforlag. Informanten beskriver, at mødeleder kan give specifikke løsningsforlag ud fra hendes erfaring i en kommune, hvorfor jeg antager, at informanten i denne passage henviser til en øget kvalitet i løsningsforslaget.

Dette kan henvise til medarbejdernes fokus på opnåelse af viden gennem Fællesteamet og at denne viden skal generere et kvalificeret tilbud til borgeren, men det kan også henvise til, at koordineringen i Fællesteamet er personafhængigt, og at den nye mødeleder viser et personligt engagement, som gør hende attraktiv for medarbejderne.

En anden informant fortæller, at der har været en omstrukturering i Socialafdelingen og at der derfor er ansat en ny medarbejder, som er leder for både stofbehandlingen og alkoholbehandlingen. Hun erstatter en tidligere medarbejder, som kun var leder af stofbehandlingen.

"Jamen der har nok været mest fokus på stofbehandlingen. Fordi det var jo lederen af stofbehandlingen der var med. Nu er Z (nyt medlem) så kommet med, og hun er leder af begge dele (stof og alkohol)" (nr. 1).

Informanten anvender her det faktum, at der tidligere ikke har været en lederrepræsentant fra alkoholbehandlingen med i Fællesteamet som en forklaring på, hvorfor der hovedsagelig har været sager fra stof- og ikke alkoholbehandlingen. Hun ser det derfor som en optimering af Fællesteamet, at begge afsnit nu har en lederrepræsentant med i teamet, og at viden om og fra teamet dermed bedre kan blive bredt ud i organisationen.

At informanterne italesætter den interne kommunale sammensætning af Fællesteamet som et område, der kan højne løsningsmuligheder og udbrede kendskabet til Fællesteamet har inspireret mig til at se på hele sammensætningen af Fællesteamet. Fællesteamet består af fem faste medlemmer; lederen af Center for Misbrug, en funktionsleder i Center for Psykiatri, den faglig leder i Visitation og Rådgivning, en socialrådgiver fra Visitation og Rådgivning samt distriktssygeplejersken fra Team for misbrug og psykiatri under regionspsykiatrien. Jeg har deltaget i tre fællesteammøder, som fluen på væggen, og jeg har observeret, at til hvert møde har der udover de faste medlemmer været to til tre ekstra repræsentanter fra det kommunale regi. Det være sig en socialrådgiver, som fremlægger sagen, en misbrugsrådgiver der også har kendskab til den omtalte sag samt evt. en medarbejder fra forsorgshjemmet, hvor klienten har ophold eller andre. Der har ved møderne ikke været inddraget ikke-kommunale repræsentanter i form af en læge eller en psykiater.

Denne sammensætning kan formentlig understrege i hvor høj grad det kommunale regi anvender Fællesteamet som en sluse *ind* i psykiatrien og hvor stor vægt der tillægges *bindeleddet* samt hvor vigtigt det er for det kommunale regi at *være godt forberedt* således sagen kan modtage en *udredning* fra psykiatrien. Sammensætningen med det store antal kommunale deltagere kan også forklares ved, at koordineringen i Fællesteamet ikke blot foregår mellem kommune og psykiatri, men også mellem de mange kommunale instanser, som har del i den enkelte sag.

Analysen viser, at informanterne vurderer, at faglige og personlige interesse samt viden og erfaring med at arbejde med den specifikke borgergruppe er af afgørende betydning for Fællesteamets koordinering. Informanterne ser en nylig ændring i Fællesteamets sammensætning som en positiv udvikling, som ved hjælp af mødeleders erfaring kan højne kvaliteten i løsningsmulighederne. Informanterne lægger desuden vægt på, at

ledelsesrepræsentanter kan udbrede viden om Fællesteamet, hvilket også vurderes som en positiv udvikling af Fællesteamet.

Inddragelse af oplysninger om Fællesteamet sammensætning synes at belyse, at de kommunale medarbejdere har et stor behov for netop den viden/udredning som psykiatrien er i besiddelse af og den talerørsfunktion, som der ses i Fællesteamet.

Opsummerende kan det antages, at Fællesteamet virker til øget kvalitet i løsningsforslag samt til udbredelse af viden om Fællesteamet via medlemmernes erfaring, viden og interesse.

Kommunale medarbejdere: Hvad virker for hvem under hvilke betingelse

Denne opsamling på analysen af empiri indsamlet blandt de kommunale medarbejdere med tilknytning til Fællesteamet vil tage udgangspunkt i Pawson og Tilley's (1997) virkningsevaluering og derfor søges her en samlet besvarelse af, hvad virker for hvem under og hvilke betingelser.

Under hvert fokuspunkt, Viden, Bindeled og Sammensætning, har jeg lavet korte besvarelse af netop dette spørgsmål, og disse svar skal her forsøges at kombineres til en fælles beskrivelse af, hvordan Viden, Bindeled og Sammensætning har betydning for, hvordan Fællesteamet virker overfor hvem og under hvilke betingelser.

Udgangspunktet for den tværgående opsamling er de antagelser, der er fremkommet i ovenstående analyse:

- Fællesteamet virker i form af en vidensdeling mellem de kommunale instanser og som talerør mellem kommunale medarbejdere og behandlende psykiater via sygeplejersken i hårknudesager, hvor der er en antagelse om, at der må være en psykiatrisk lidelse eller hvor kommunen har behov for en dialog om borgerens psykiatriske behandling

- Fællesteamet virker som bindeled mellem kommune og region i kraft af en sygeplejerske, der ved hjælp af sin personlighed og "friske tilgang" overrasker de kommunale medarbejdere og bliver til "en af os", som baner vejen for udredninger og agerer talerør.
- Fællesteamet virker til øget kvalitet i løsningsforslag samt til udbredelse af viden om Fællesteamet via medlemmernes erfaring, viden og interesse.

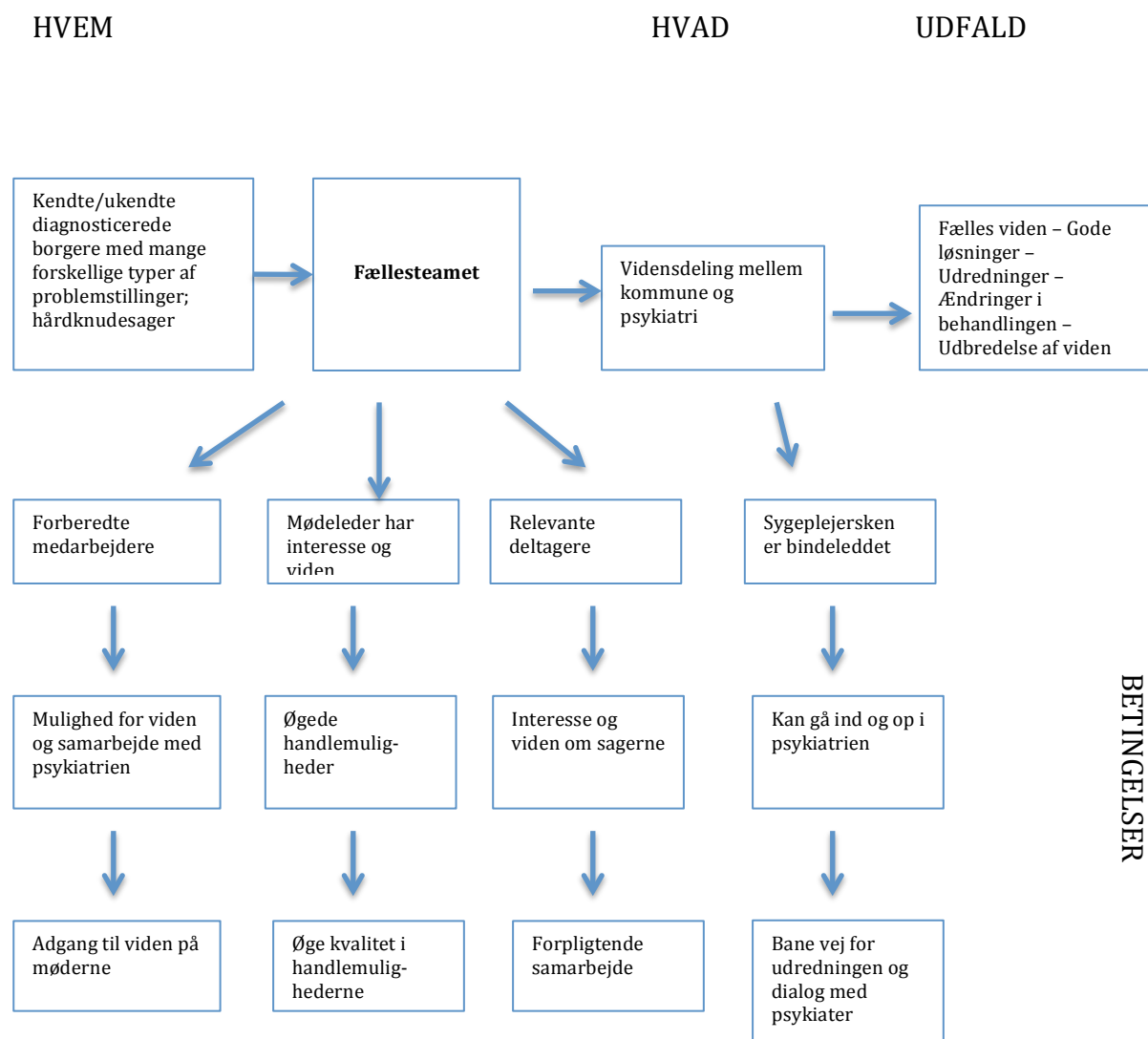
Af ovenstående kan identificeres, at det der virker i Fællesteamet er en *vidensdeling* mellem de kommunale instanser samt en *talerørsfunktion* der samlet leder til øget kvalitet i tilbuddet rettet mod borgeren. Det kan ligeledes identificeres, at modtageren, eller Hvem, Fællesteamet virker for er *hårdknudesager*, hvor borgeren enten er under mistanke for at have en *psykisk lidelse* eller hvor kommunen har behov for en *dialog* med psykiatrien om en borger med en *psykisk lidelse*. Således er her beskrevet, hvad der virker i Fællesteamet og overfor hvem.

Hvilke betingelser der nødvendigvis må være tilstede kan her identificeres som et bindeled mellem kommune og psykiatri. Bindeleddet specificeres i analysen til at være en person, som accepterer en rolle, hvor repræsentanten fra regionen tillægges en værdi som *en af os* og som ser det som sin opgave;

1. at *bane vejen* for udredninger af borgere under mistanke for at have en psykisk lidelse
2. at agere som *talerør* i sager, hvor kommunen har behov for en *udredning* og *dialog* om en borger med en *psykisk lidelse*.

Med begrundelse i ovenstående udarbejdes et flowchart over Fællesteamet; hvem det virker overfor, hvad det virker med, hvilke betingelse det virker under samt hvilket udfald disse tre parametre giver. Se figur 8 på næste side.

Figur 8: Flowchart kommunale medarbejdere

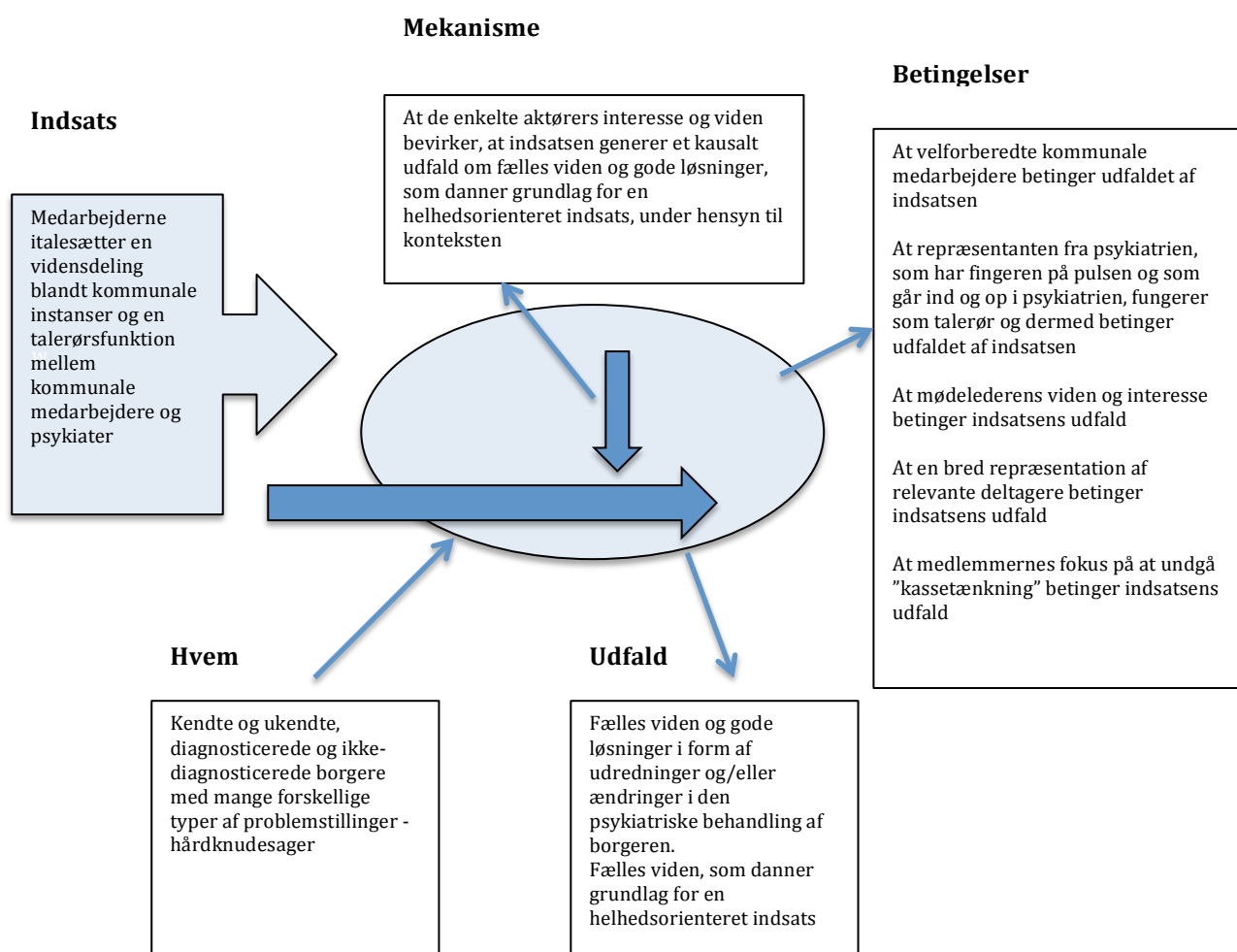


Flowchartet her viser hvordan Fællesteamet virker og også hvilke betingelser, det virker under. Dette kan sammenlignes med, at flowchartet viser den transitive dimension af Fællesteamet – her er den viden om Fællesteamet, som kan erfares og dermed er observerbart (Bhaskar, 1975). Denne viden er skabt gennem en social aktivitet mellem interviewer og informant, hvorfor det fra et realistisk/positivistisk perspektiv også er muligt at stille spørgsmålstejn ved sandheden i empirien. For at komme denne kritik i forkøbet, vurderes i metodeafsnittet på kvaliteten af den kvalitative undersøgelse. Ligeledes for at følge Pawsons (2006) udgave af kritisk realisme kan her opfordres til, at andre tager kritisk stilling

til denne undersøgelse og påtager sig opgaven med at stille spørgsmål til resultaterne og foretage nye undersøgelser.

Med antagelserne fra analysen kan Pawson og Tilley's (1997) figur over grundtanken i virkningsevalueringen her sættes i relation og også hjælpe til en identificering af den mekanisme, som genererer kausaliteten mellem indsats og udfald.

Figur 9: Kontekst Mekanisme Udfald – Kommunale medarbejdere



Figuren her er udarbejdet på grundlag af den skriftlige analyse og flowchartet, som viser, hvordan Fællesteamet virker. Meget af den viden, der fremstilles i denne figur er i fuld overensstemmelse med flowchartet, og viser derfor blot med et andet udtryk, hvorledes Fællesteamet virker; Hvad det virker med, Hvem det virker for, Hvilke betingelser det virker under samt Hvilket udfald indsatsen medfører under de givne betingelser. Begrundelse for

denne figur ligger i, at flowchartet jf. Pawson og Tilley (1997) virkningsevaluering ikke lever op til formålet om at afdække den mekanisme, som generer et kausalt udfald af indsatsen. Hermed fokuseres i denne figur ikke blot på observerbare betingelser, men også på ikke-observerbare fænomener, som befinder sig i den intransitive dimension (Bhaskar, 1975).

Jeg har i figuren indsat en formodning om, at de enkelte medlemmers viden og interesse for sagen er den underliggende mekanisme, der nødvendigvis må være tilstede for at indsatsen kan medføre det givne udfald under de belyste betingelser. Min pointe er, at medarbejderne giver klart udtryk for, at der er en sammenhæng mellem mødelederens viden og interesse for sagerne og for et højere antal løsningsmuligheder med en højere kvalitet og dermed kan forårsage fælles viden og gode løsninger. Ligeledes giver medarbejderne også udtryk for, at der er en sammenhæng mellem sygeplejerskens interesse og gå-på-mod og en sikring af fælles viden og gode løsninger. Den interesse og viden som genererer Fællesteamets udfald er ikke blot begrundet i faglighed, men i høj grad også i et personligt ønske og engagement om at *ville gøre noget*, for at sikre borgerens livskvalitet.

Lige så klart er sammenhængen ikke mellem forberedte medarbejdere og relevante deltagere på den ene side og fælles viden og gode løsninger på den anden. Dog mener jeg alligevel, at kunne formode, at viden og interesse er den mekanisme, som binder netop forberedte medarbejdere og relevante deltagere sammen med en fælles viden og gode løsninger for borgeren. Jeg henter argumentationen for dette i medarbejdernes italesættelse om at være godt forberedt, at have behov for yderlig viden for at kunne yde en helhedsorienteret indsats samt deres fokusering på, at formålet med Fællesteamet ikke kun er sikring af samarbejde, men i høj grad en sikring af øget livskvalitet hos borgeren. I disse italesættelser mener jeg at se en interesse for netop borgerens behov for at modtage et helhedsorienteret tilbud som bunder i netop viden om borgeren, borgerens sociale situation og borgerens psykiatriske helbred.

Analysen viser, at dialog med en psykiater eller ønske om en dialog med en psykiater har en plads i helhedsbilledet af, hvordan Fællesteamet virker – overfor hvem – og under hvilke betingelser. Det har dog ikke været muligt at foretage en egentlig karakterisering af netop psykiaterens rolle. Psykiaterens rolle, som ikke deltagende i Fællesteamet men som bærer af vigtig viden, kan medføre, at behovet for en dialog med psykiateren betinger den

talerørsfunktion, som varetages i Fællesteamet med sygeplejersken som bindeled. Hermed betinger psykiaterens rolle sygeplejerskens rolle.

På den anden side, kan den manglende direkte dialog mellem kommunale medarbejdere og den behandlende psykiater også ses som den mekanisme, der generer behovet for selve Fællesteamet, og dermed hører den manglende dialog som begreb til en generativ mekanisme i et andet udviklingsforløb, som har Fællesteamet som udfald. Det vil sige muliggør og gør Fællesteamet relevant, hvilket den kritiske realisme åbner op for, da den sociale virkelighed er foranderlig (Bhaskar, 1975).

Sygeplejersken

Som tidligere skrevet, vurderede jeg efter gennemlæsning af empirien, at det ville være mest hensigtsmæssigt at analysere de kommunale medarbejdere og repræsentanten fra psykiatrien hver for sig. Dette er gjort for at understrege deres forskellige syn på den kontekst, der betinger koordineringen i Fællesteamet. Derfor vælger jeg også fortsat at lade analysen dreje sig om de gennemgående emner, som de kommunale medarbejdere italesatte og lader denne analyse vise, hvorledes repræsentanten fra psykiatrien godtager eller afviser betingelserne.

Viden

Der er hos repræsentanten fra psykiatrien (herefter sygeplejersken) også et vist fokus på viden, som en betingelse for koordineringen i Fællesteamet. Fokus ligger dog ikke på at få viden om, *"hvad, det er for en type borger, vi har med at gøre"* men i stedet på at få viden om, *hvilke tilbud modtager borgeren i det kommunale regi*. Således kan påpeges, at ønsket om viden er vendt på hovedet, og at det i psykiatrien opleves som om, kommunen har en viden, som psykiatrien vurderer relevant i forhold til deres behandlings- og udredningsarbejde, hvilket ses med følgende udtalelse;

"Jeg kan jo også få en sag fra egen læge, hvor jeg intet kendskab har til borgeren, og så kan jeg tænke; Jamen hvorfor har man ikke forsøgt med bostøtte, hvorfor har man ikke forsøgt med det, hvorfor har man ikke fritaget for aktivering eller og så sidder der nogle folk i Fællesteamet, som kan fortælle, at han rent faktisk har haft udvidet bostøtte, men har ikke ønsket det og så kan jeg bedre arbejde ud fra det, i stedet for at bruge krudt på; Jamen hvorfor er der ikke dit og hvorfor er der ikke dat. Så kan jeg sige; Jamen det magter patienten ikke, det er en anden behandling, den ligger måske i højere grad i regionspsykiatrien end kommunalt"

"Altså man sidder med som vidensbanke, stofbehandlingen har måske et kendskab til borgeren gennem 5 år og sagsbehandleren er måske ny og har været der et år, jeg kan være den nye, men man kan dele nogle erfaringer der supplerer hinanden rigtig godt" (nr. 5).

I denne situation bliver det først psykiatrien som anvender Fællesteamet som en indgang til en brugbart viden, og derefter en gensidig anerkendelse af, at alle deltagere rundt om bordet

kan sidde med vigtig viden. Dette er dog ikke ensbetydende med, at sygeplejersken ikke anderkender kommunens behov for den viden psykiatrien besidder, og hun forklarer også, at de mange sager, der bliver drøftet på Fællesteamet er kendetegnet ved en lidt mangelfuld udredning, både psykiatrisk og kommunalt.

Således kan opsamles, at sygeplejersken er grundlæggende enig med de kommunale medarbejdere om, at viden er en betingelse for koordineringen i Fællesteamet, men det kommer også frem, at sygeplejersken ikke umiddelbart accepterer, at det udelukkende er psykiatrien, der besidder vigtig viden. Sygeplejersken gør opmærksom på, at hun også anvender Fællesteamet, som en videnssluse, hvor hun kan blive informeret om de kommunale tiltag der er/har været og hvilke vurderinger, der ligger til grund. Derved kan der argumenteres for, at sygeplejersken har en opfattelse af Fællesteamet som et vidensudvekslingsforum og ikke som en envejskommunikation, hvor vigtig viden kan gå fra psykiatrien til kommunen.

Opsummerende kan antages, at Fællesteamet virker med vidensudveksling mellem kommune og region for patienter, hvor sygeplejersken ikke har kendskab til patientens sociale situation samt for borgere, hvor de kommunale medarbejdere ikke har kendskab til borgerens psykiatriske situation.

Bindeleddet til viden

I analysen ovenfor blev det diskuteret hvorledes de kommunale medarbejdere oplevede sygeplejersken som bindeleddet ind i psykiatrien og at de gav udtryk for at være overraskede over, at sygeplejersken var villig til at deltage i samarbejdet.

I interviewet med sygeplejersken drøftes hendes opgaver i Fællesteamet og hun giver følgende svar;

"Jeg er repræsentant fra regionspsykiatrien, og bliver på den måde et bindeled her ind. Ikke sådan at patienten er selvskrevet til en indlæggelse eller et forløb, men at man er sikret en drøftelse med en psykiatrisk sygeplejerske eller en overlæge, en psykiater eller hvad det nu må være"

"Det er vel en form for sparring, tror jeg, når vi sidder der. Hvis jeg tænker; Jamen det her kan meget vel være psykiatri, så kan jeg undersøge om patienten er kendt, og hvis patienten er kendt, drøfte de problemstillinger der må være, med den behandler der er. Hvis patienten ikke er kendt, så kan jeg enten vende tilbage til sagsbehandleren og sige; Det er ikke en patient der er kendt i regionspsykiatrien, men det giver umiddelbart god mening at sende en henvisning, og så kan jeg varsle det team, som får henvisningen og sige; Vi har drøftet den her patient på fællesteammet og problemstillingen er sådan og sådan, så det bliver på en måde mere forpligtende kan man sige. Og det team der modtager henvisningen, vil også få nogle flere oplysninger, end hvis der bare kommer en henvisning fra egen læge" (nr. 5).

I denne passage beskriver sygeplejersken sig selv og sine opgaver i overensstemmelse med de kommunale medarbejders oplevelse af hende; som bindeled til den viden, som psykiatrien ligger inde med. Hun fortæller, at hun er et bindeled, der kan *undersøge i psykiatriens systemer* og som kan tage *kontakten til psykiateren*, hvilket er de muligheder, som de kommunalt ansatte oplever de ikke har. Derfor er det også forståeligt, at de kommunale medarbejdere ser sygeplejersken og hendes måde at forvalte rollen som bindeled som en betingelse for koordinationen i Fællesteamet.

Senere i interviewet spørger jeg informanten mere direkte til, om hun oplever hendes deltagelse i Fællesteamet som kommunens "direkte" indgang til psykiatrien, og hun giver dette svar;

"Det tænker jeg egentlig ikke, det er ikke rigtigt i min optik i hvert fald. Jeg har ikke, jeg har jo ingen, jeg kan jo ikke indlægge patienter bare fordi de har været drøftet på Fællesteamet. Jeg kan heller ikke sørge for, at de får en tid heroppe og hvis man går til egen læge, hvis man som sagsbehandler eller hvad det nu er, oplever eller tænker, det her er psykiatri, så er det næsten nemmere at henvende sig til egen læge og få egen læge til at sende en henvisning herop. For så er de garanteret en samtale" og hun uddyber,

"Det er jo tit, nu ligesom sidste gang, hvor vi snakkede om en patient der får, der er behandlet for sin ADHD-lidelse, så er det rigtig nok, at det er jo en hurtig vej. Når jeg ved at den patient kommer på, så har jeg jo forberedt mig og ved, at han er velkendt og jeg ved, hvorfor man har valgt at medicinere ham sådan og sådan. Og på den måde bliver det jo en nem kommunikation.

Det kan være en sagsbehandler sidder med en frustration over, hvorfor behandler man ham ikke sådan her. Og så drøfter vi sagen, og så kan jeg fortælle, at behandlende læge har valgt sådan og sådan, fordi sådan og sådan. Jeg ved ikke om det kan være det?"(nr. 5).

I disse udsagn starter sygeplejersken med at afvise rollen som *den direkte indgang* til psykiatrien, og begrunder med, at hun ikke kan indlægge eller garantere en udredning, og fortæller, at det faktisk er lettere at få en person indlagt gennem egen læge.

I analysen af de kommunalt ansattes forklaringer, havde indlæggelse og udredning også en vis rolle, men det som blev fokuseret mest på, var *viden* om, hvad er det vi har med at gøre. Denne rolle bekræfter sygeplejersken med sit eksempel på, hvorledes hun arbejder i en specifik sag op til drøftelse i Fællesteamet. Hun foretager en undersøgelse i *psykiatriens systemer* og hun *drøfter sagen med psykiateren* inden hun giver viden, omkring hvilken *type borger*, det drejer sig om og *hvilken behandling* borgeren modtager, videre på fællesteammødet.

Endvidere lægger sygeplejersken i begge udtalelser stor vægt på forberedelse. Det ses, at hun allerede inden mødet undersøger om hun har adgang til den viden om borgeren, som kommunen ønsker og at hun også tager kontakt til behandlende psykiater i forhold til specifikke problemstillinger. Samtidig er hun også klar over, at denne praksis betyder en *nem* kommunikation for de kommunale medarbejdere, modsat en ny henvisning fra egen læge eller et forsøg på dialog med den behandlende psykiater.

Analysen viser, at der ikke er tale om modsatrettede forventning til, hvad sygeplejersken kan bidrage med på mødet, men i stedet ses det, at sygeplejersken ikke kun lægger vægt på at hun kan *give* viden, men hun har også en forventning om at *modtage* viden, hvilket ikke stemmer overens med forståelsen bindeleddets rolle hos de kommunale medarbejdere. Analysen gør også klart, at sygeplejerskens forarbejde, *undersøgelse i psykiatriens systemer* og *drøftelse med psykiateren* medvirker til en *nem* kommunikation og dermed også kan karakteriseres som en betingelse for koordinationen i Fællesteamet.

En opsummerende antagelse kan være, at Fællesteamet virker som bindeled mellem kommune og region i kraft af, at sygeplejersken gør sit forarbejde, bestående af *undersøgelse i psykiatriens systemer* og *drøftelse med psykiateren* inden mødet.

Fællesteamets sammensætning

Hvor de kommunale medarbejdere ser sammensætningen af de kommunale medlemmer af Fællesteamet som en forudsætning for et velfungerende fællesteam, så ser sygeplejersken det fra en lidt anden vinkel, når hun omtaler Fællesteamets sammensætning.

Jeg beder sygeplejersken om at fortælle om en god oplevelse i Fællesteamet og får dette svar;

"Jeg synes sidste gang var fantastisk"

"Vi var. De folk der skulle være der, de var der. De var fra stofbehandlingen og sagsbehandlere. De folk der var relevante for de sager der var på, de var tilstede, og det synes jeg var rigtig godt. Det var meget forpligtende og fint" (nr. 5).

Her er, modsat hos de kommunale medarbejdere, ikke fokus på hvilken titel medlemmet har eller om medlemmet har erfaring og interesse for mennesker med dobbeltdiagnose. I stedet er fokus på, at deltagerne er relevante for den sag der drøftes, altså at deltageren har en relation til sagen i form af at være behandler. Hvorfor det kan antages, at sygeplejersken ser det som en betingelse for koordineringen i Fællesteamet, at medlemmerne har en relation og funktion i forhold til de sager, der drøftes.

Jeg har i hvert interview spurgt til, om medlemmerne af Fællesteamet oplever et skel på grund af sektorgrænsen mellem kommune og psykiatri, og om denne i så fald er en hindring i det koordinerende arbejde. Hos de kommunale medarbejdere forsøgte man at gøre sygeplejersken til *en af os*, og dermed komme uden om problematikken med en sektorgrænse, der går midt gennem Fællesteamet. Jeg spørger også sygeplejersken til eventuelle samarbejdsproblemer, og hun fortæller, at rent samarbejds-mæssigt har hun ikke oplevet, at det går dårligt. I stedet bliver der sat flere ord på forklaringen i forbindelse med en drøftelse af, om alle borgerne har behov for en udredning.

"Det er et rigtig godt spørgsmål, det vil jeg næsten ikke svare på"

"Øhh .. hvis nu verden var optimal og der ikke var venteliste nogen steder, så ville jeg sige, alle skal udredes. På alle måder, de skal udredes både på den ene og den anden led, neuropsykologisk osv. på alle måder. Det ville jo være nummer 1.

Og så ved man hvad man har med at gøre, men så skal man også være realistisk og sige; Jamen en borger på 45 år, som ikke er i stand til at møde op til aftaler der bliver lavet, f. eks. her i huset, du kan jo heller ikke tvinge en neuropsykologisk udredning igennem, patienten skal være der og skal medvirke. Jeg tænker i mange tilfælde, i de fleste tilfælde, der vil en ordentlig udredning gøre hele forskellen ... Men det er en prioritering, fordi vi lever også i en tid, hvor økonomi spiller en rolle. Hvem betaler? Hvem gør hvad, hvem har hovedansvaret. Det er jo, selvom der er fællesteam og selvom der er fokus, så er det jo desværre også en del af virkeligheden" (nr. 5).

I denne passage beskriver sygeplejersken hendes tanker om behovet for udredning til alle, og det gøres klart, at hun oplever, at en ordentlig udredning gør en forskel og vil være at foretrække i alle sager, hvor der er den mindste mistanke om psykiatriske problemer. Hun inddrager så "virkeligheden" og referer til en økonomisk forklaring, som ikke gør det muligt at give alle en udredning. I forlængelse af den økonomiske forklaring henviser hun til spørgsmålet om, Hvem betaler? Hvorefter hun gør opmærksom på, at spørgsmålet er en realitet til trods for Fællesteamet, hvilket kan antyde, at det er afdelingerne imellem i Fællesteamet, der har diskussionen om, hvem der skal betale, altså om det er psykiatrien eller kommunen, der skal afholde udgiften til en *ordentlig* udredning. Herved bringer sygeplejersken spørgsmålet om sektoransvar ind i drøftelsen uden egentlig at ville, idet hun tidligere har fortalt, at der i Fællesteamet ikke er samarbejdsproblemer som følge af sektorgrænsen.

Analysen viser, at sygeplejersken har et andet fokus end de kommunale medarbejdere, når det drejer sig om Fællesteamets sammensætning. Hun er ikke optaget af hvorfra eller hvilke interesser medlemmerne har, men vurderer i stedet medlemmernes relation og funktion i forhold til sagen som vigtigst. Hendes gode oplevelse handler derfor også om, at Fællesteamet er forpligtende når alle omkring sagen er tilstede ved drøftelsen og kan agere vidensbanker. Analysen viser også, at sygeplejersken ikke oplever samarbejdsvanskeligheder. Hun fortæller i stedet, at virkeligheden er, at der sker en prioritering som følge af en økonomisk diskussion om, hvem der skal betale for en udredning af borgeren. Denne diskussion italesætter hun ikke som hverken samarbejdsproblematikker eller som sektorgrænseproblematikker, men blot som virkeligheden.

Analysen kan opsummerende antage, at Fællesteamet virker forpligtende når alle relevante personer, med viden i forhold til den konkrete sag, er tilstede til trods for en virkelighed, hvor en økonomiske diskussion medfører en prioritering af, hvilke borgere der bør udredes for en psykiatrisk lidelse.

Patienterne

I interviewet drøftes behovet for en udredning, og sygeplejersken forklarer, at mange sager der fremlægges i Fællesteamet er sager, hvor der er en mangelfuld udredning, både fra kommunal og psykiatrisk side, og hun tilføjer;

"Og det kan der være mange grunde til, det er ikke nødvendigvis dårligt arbejde, det kan være fordi patienterne er rigtig svære at fastholde. Det er jo derfor Fællesteamet er der, fordi man ved, at de her borgere, der er svære at behandle, der er behov for en samlet indsats omkring dem" (nr. 5).

Her er sygeplejersken i gang med en forklaring om, at det, at patienterne er svære at fastholde er en del af begrundelsen for at oprette Fællesteamet, og dermed henleder hun opmærksomheden på, at patienterne som koordineringen omhandler også kan være en betingelse for koordineringens udfald. Forklaringen uddybes idet sygeplejersken reflekterer over spørgsmålet om udredning til alle;

"Så skal alle? Jeg vil, man skal jo ikke gøre sig til dommer over hvem der skal og hvem der ikke skal, jeg synes straks det kan lade sig gøre, og straks der er formål og straks patienten er en lille smule motiveret, så synes jeg man skal sætte alle hjul i gang.

Men det er ikke nok, at sagsbehandler og jeg fra Team Misbrug og stofbehandleren er bekymret, hvis patienten slet ikke er motiveret. Så er det jo et helt andet forarbejde først. Så handler det om at motivere patienten til at indgå i en udredning. At sætte en udredning i gang til en patient, der er et helt andet sted, giver ikke nogen mening"

"Der skal være et formål med det. Men, Ja, optimalt skal alle patienter være udredt og så skulle vi alle vide, har vi med en senhjerneskade eller skizofreni eller en asperger eller hvad er det vi arbejder med. Er det en personlighedsforstyrret med dårlig opvækst, er det?

Hvad er det for noget?"

Her henvises tydeligt til sygeplejerskens holdning til en udredning til alle, hvilket stemmer overens med de kommunalt ansattes fokus på at *overdrage* sager til psykiatrien via fællesteammøderne. Der henviser også her til patientens motivation og patientens mulighed for og evner til at forpligte sig til et samarbejde med enten kommune, psykiatri eller begge, og hun formulerer klart, at uden en motivation og forpligtigelse kan man slet ikke lave en udredning. En betingelse for at kunne foretage en udredning kan altså være motivation og forpligtigelse hos patienten, hvilket således præger en tidligere opstillet antagelse om, at en udredning og viden kan være en betingelse for koordineringen i Fællesteamet.

En sådan forklaring om, at en iboende kraft/mulighed i objektet for indsatsen har betydning for udfaldet uddyber Pawson og Tilley (1997) i deres eksempel med en gnist der tilføres krudt, men hvor eksplosionen udebliver, fordi krudtet er vådt. Således kan den iboende kraft, motivation og forpligtigelse, hos patienten være sat ud af spil og dermed udebliver udfaldet af indsatsen, til trods for at indsatsen muligvis kan være et fornuftigt valg.

Sygeplejerskens videre refleksion lyder;

"Og det er jo langt fra alle borgere eller patienters behov at ændre på deres liv, fordi de tjener 25.000 i måneden på at sælge hash eller hvad ved jeg. Det kan godt være de er småparanoide, men det plager ikke dem, at de ikke møder op nede i jobcentret"(nr. 5).

Hun sætter dermed spørgsmålstegn ved, om mennesker med dobbeltdiagnose ønsker nogle eller alle af de tiltag og indsatser, som Fællesteamet søger at koordinere. Således bliver borgerens motivation og evner til at fastholde sig i et behandlingsforløb også til en betingelse for koordineringens udfald. På samme tid, bliver den person, der skal motivere borgeren også en betingelse for koordineringer.

Analysen viser, at sygeplejersken ser oprettelsen af Fællesteamet og udredningens funktion som værende betinget af borgernes motivation og evne til at fastholde sig selv i et behandlingsforløb. Sygeplejersken konkluderer, at man *ved*, at borgergruppen er svær at fastholde, og at dette er grunden til oprettelsen af Fællesteamet. Ligeledes slår hun fast, at man *ikke* kan udrede en person, som ikke ønsker/ikke magter at deltage, hvorfor

borgergruppens karakteristika også bliver en betingelse for den ønskede udredning. Samlet kan borgergruppens karakteristika derfor antages at være en betingelse for koordinationen i Fællesteamet, da disse karakteristika betinger oprettelsen af teamet og også udfaldet af teamet koordinerende arbejde.

Det kan opsummerende antages, at Fællesteamet virker, hvis man har viden om borgerne og hvis borgerne er motiverede i forhold til de løsninger, som Fællesteamet foreslår. Dette forudsætter, at medarbejderne er gode til at motivere de borgere, der har behov.

Sygeplejersken: Hvad virker for hvem under hvilke betingelser

Denne tværgående opsamling på analyse af empirisk materiale indhentet hos repræsentanten fra psykiatrien vil ligeledes tage udgangspunkt i Pawson og Tilley's (1997) virkningsevaluering og derfor søges også her en samlet besvarelse af; hvad virker for hvem og under hvilke betingelser.

Under hvert fokuspunkt, Viden, Bindeled, Sammensætning og Patienterne, har jeg lavet korte besvarelser af netop dette spørgsmål og disse svar skal her forsøges kombineret til en fælles beskrivelse af, hvordan repræsentanten fra psykiatrien tillægger Viden, Bindeled og Sammensætning betydning for, hvordan Fællesteamet virker overfor hvem og under hvilke betingelser.

Udgangspunktet for den tværgående opsamling er de antagelser der er fremkommet i ovenstående analyse:

- Fællesteamet virker med vidensudveksling mellem kommune og region for patienter, hvor sygeplejersken ikke har kendskab til patientens sociale situation samt for borgere, hvor de kommunale medarbejdere ikke har kendskab til borgerens psykiatriske situation.

- Fællesteamet virker som bindeled mellem kommune og region i kraft af, at sygeplejersken gør sit forarbejde, bestående af *undersøgelse i psykiatriens systemer* og *drøftelse med psykiateren* inden mødet.
- Fællesteamet virker forpligtende når alle relevante personer, med viden i forhold til den konkrete sag, er tilstede til trods for en virkelighed, hvor en økonomiske diskussion medfører en prioritering af, hvilke borgere der bør udredes for en psykiatrisk lidelse.
- Fællesteamet er sat til at virke på baggrund af viden om borgergruppens karakteristika (motivation og evne til at fastholde et behandlingsforløb), og virker til ønsket om en udredning og dermed også en motivering og således muliggøre evner til et forpligtende samarbejde. Fællesteamet virker derfor også i kraft af medarbejdernes evner til at motivere

Af ovenstående kan identificeres, at det, der virker i Fællesteamet er en *forpligtende vidensudveksling* mellem kommune og psykiatri, der samlet leder til øget kendskab til borgeren og dennes sociale situation. Det kan ligeledes identificeres, at Fællesteamet virker for borgere, som er henvist til sygeplejersken, hvor hun ikke har kendskab til den sociale situation.

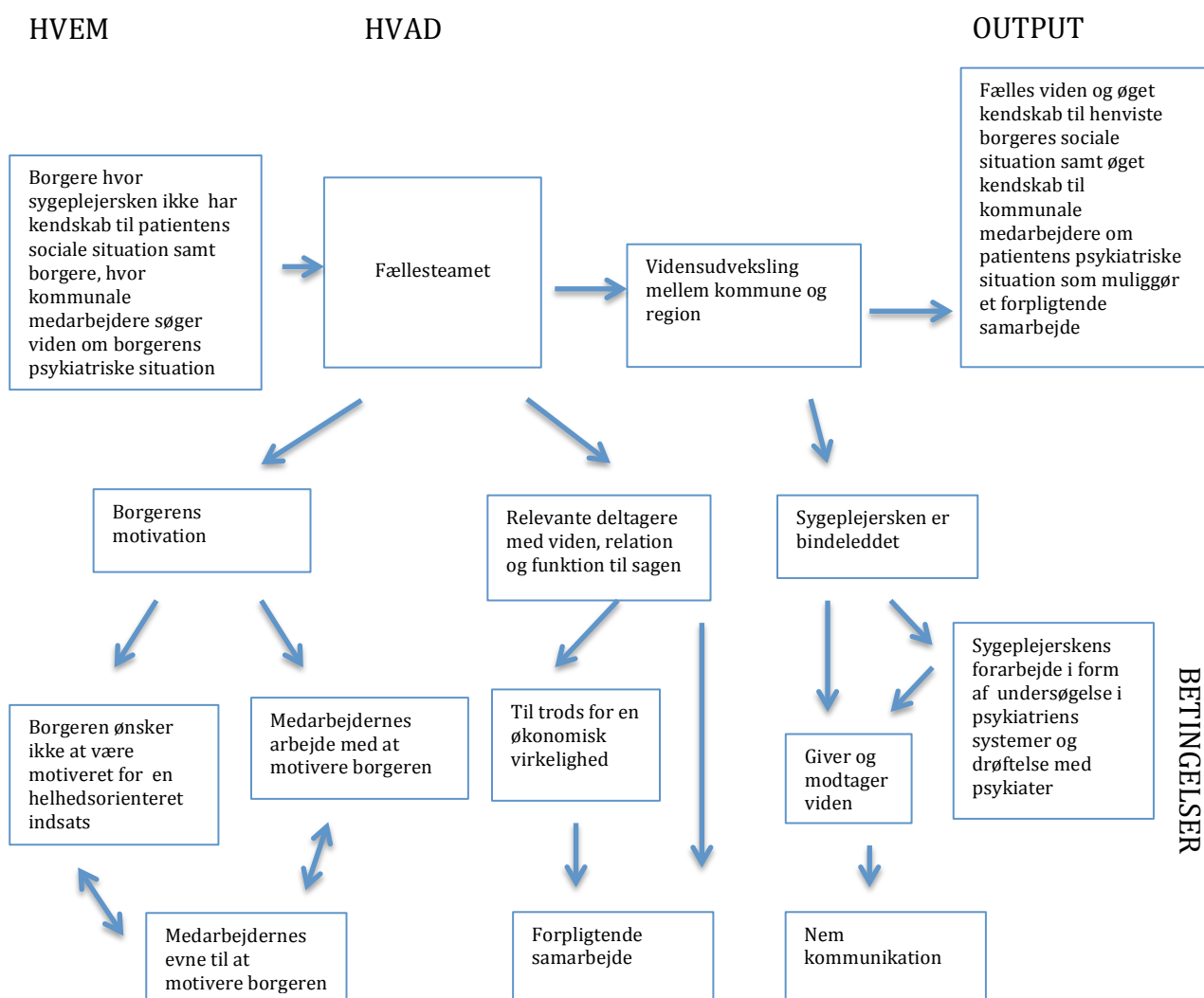
For at Fællesteamet kan virke som forpligtende vidensudveksling må personer med *relevans for sagen* være tilstede, ligesom der må eksistere et bindeled mellem kommune og psykiatri. I denne analyse identificeres bindeledet også som en person med relation til psykiatrien, som gør sit *forarbejde* inden fællesteammødet. Forarbejdet betyder her;

1. at *undersøge* kendskab til borgeren *i psykiatriens systemer* og
2. at *drøfte* beskrevne problematikker *med psykiateren*

Det fremkommer også af analysen, at der er nogle betingelser for Fællesteamets virke, som ikke kan reguleres i Fællesteamet og men som alligevel kan have betydning for koordinering i Fællesteamet. Her kan identificeres en *virkelighed*, hvor en økonomisk diskussion medfører en prioritering af borgerene og deres mulighed for at få tilbudt en udredning. På den anden

side identificeres også en betingelse bestående af *borgergruppens karakteristika*, som både har skabt behovet for Fællesteamets koordineringsarbejde, men som også betinger udfaldet af Fællesteamets koordineringsarbejde. Med borgergruppens karakteristika henvises her til sygeplejerskens udsagn om, at der også er borgere, der ikke er motiverede eller ikke ønsker at deltage i et samarbejde om Fællesteamets løsningsforslag.

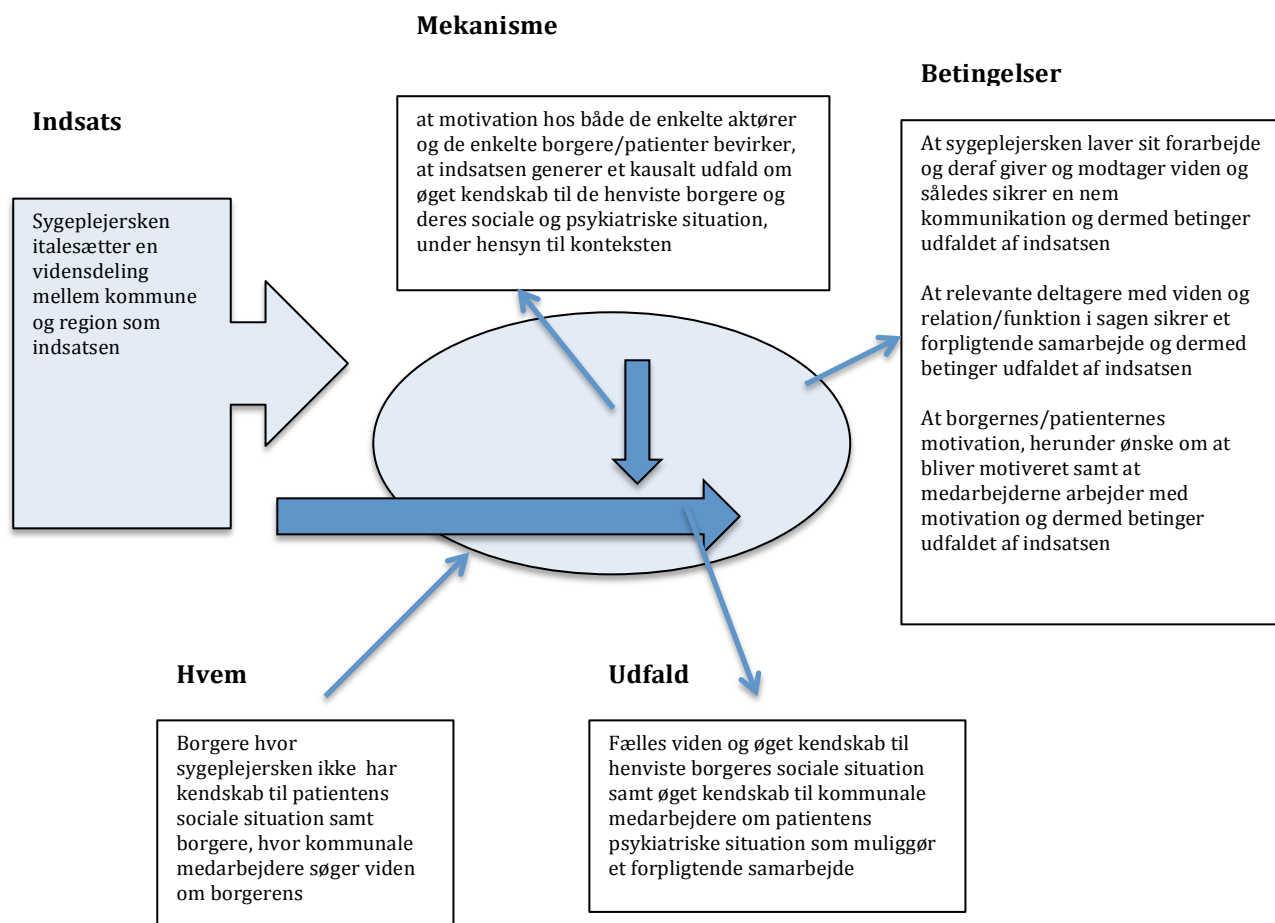
Figur 10: Flowchart sygeplejersken



Her viser flowchartet hvordan Fællesteamet virker og også hvilke betingelser, det virker under, hvorfor den viden der opsamles på kan sammenlignes med sygeplejerskens

opfattelsen af den transitive dimension af Fællesteamet. Med antagelsene fra denne analyse kan Pawson og Tilley's (1997) figur over grundtanken i virkningsevalueringen her sættes i relation og også hjælpe til en identificering af den mekanisme, som genererer kausaliteten mellem indsats og udfald.

Figur 11: Kontekst Mekanisme Udfald - Sygeplejersken



Argumentationen for, at denne figur på baggrund af den skriftlige analyse og flowchartet viser hvordan Fællesteamet virker samt hvorfor Fællesteamet virker findes også her, som i ovenstående analyse, i identifikationen af den mekanisme, som generer udfaldet under hensyn til de betingelser der blev opstillet i flowchartet.

Jeg har i figuren indplaceret en formodning om, at motivation hos borgeren og hos den enkelte aktør med relation til sagen *kan* være den mekanisme, som skaber den sammenhæng der forbinder Indsats, Hvem og Udfald under de givne Betingelser. Dette beror på, at det i analysen kommer frem, at sygeplejersken ser borgerens motivation som yderst vigtig for Fællesteamets virke.

I denne analyse kommer det frem, at sygeplejersken ser borgerens motivation som yderst vigtig for, at indsatsen kan give den ønskede virkning om et forpligtende samarbejde. Såfremt borgeren *ikke ønsker* at blive motiveret til at indgå i et samarbejde, har Fællesteamets udfald om fælles viden og øget kendskab ikke megen funktion. Her henvises til sygeplejerskens antagelse om, at en fælles viden blandt medlemmerne af Fællesteamet ikke kan ændre på borgerens situation, såfremt borgeren ikke er motiveret til at indgå i et samarbejde om at ændre på sin situation. Omvendt betyder dette også, at sikring af motivationen, såfremt borgeren *ønsker* at blive motiveret, men på grund af psykiatrisk lidelse og/eller sociale problemer som følge af et misbrug ikke er i stand til at indgå i et forpligtende samarbejde, overflyttes fra borgeren til medarbejderen. Her henvises til, at den medarbejder som har relation til og funktion i borgerens sag, må yde et stykke motivationsarbejde, som kan hjælpe borgeren i stand til at deltage i samarbejdet. Således kan motivation hos den enkelte aktør med relation til sagen være den mekanisme, som nødvendigvis må være tilstede for at udfaldet af vidensdeling i Fællesteamet bliver fælles viden, øget kendskab og deraf et forpligtende samarbejde med borgeren. Med henvisning til sygeplejerskens beskrivelse af sin egen rolle, kan også argumenteres for, at sygeplejerskens fokus på sit forarbejde med at søge information *inde* i psykiatrien og på det forpligtende samarbejde blandt deltagerne i Fællesteamet, bunder i en motivation om at hjælpe borgeren til, gennem samarbejdet, at ændre på sin situation.

Min antagelse ender derfor med at omhandle motivation hos både borgeren og den enkelte aktør med relation til borgerens sag samt behovet for netop motivation hos alle relevante aktører som den mekanisme, der nødvendigvis må være tilstede for at Fællesteamet kan virke i overensstemmelse med flowchartet.

Kapitel 4

Ovenstående er i bund og grund den samme analyse gentaget på forskellig empiri og hensigten har været, som nævnt i analysestrategien, at tage hensyn til den kontekst som Fællesteamet fungerer i. Som henvist til i problemfeltet, så agerer Fællesteamet i både en tværfaglig og en tværsektoriel kontekst, der kan have betydning for hvordan medlemmerne af Fællesteamet anvender deres deltagelse og dermed også kan have betydning for, hvordan Fællesteamet virker.

Jeg vil derfor i dette afsnit belyse hvilke overensstemmelser og nuanceforskelle der ses i henholdsvis de kommunale medarbejders og sygeplejerskens opfattelse af, hvordan Fællesteamet virker overfor hvem og under hvilke betingelser.

Ligheder og forskelle i defineringen af indsats

Der ses ikke store forskelle i de kommunale medarbejdere og sygeplejerskens definering af Fællesteamet indsats. De kommunale medarbejdere lægger vægt på intern vidensdeling og en talerørsfunktion til psykiatrien som Fællesteamets indsats og sygeplejersken lægger vægt vidensdeling mellem kommune og psykiatri som indsats. Begge peger altså på vidensdeling som Fællesteamets indsats, hvor nuanceforskellen ses i hvilke forventninger, der er til denne vidensdelingen.

De kommunale medarbejdere bidrager i teamet med viden om borgeren og dennes sociale situationen og den viden deles til andre kommunale medarbejdere. De kommunale medarbejdere spørger til viden i hele psykiatrien og får svar af sygeplejersken og de giver udtryk for, at kommunen ikke forventer af psykiatrien/sygeplejersken har behov for deres viden. Denne forventning kan tyde på, at de kommunale medarbejdere måske har en lineær og til dels vertikal tilgang til vidensdeling med psykiatrien, i den forstand at vidensdelingen går i en retning og derfor ikke i første omgang tænkes som gensidig.

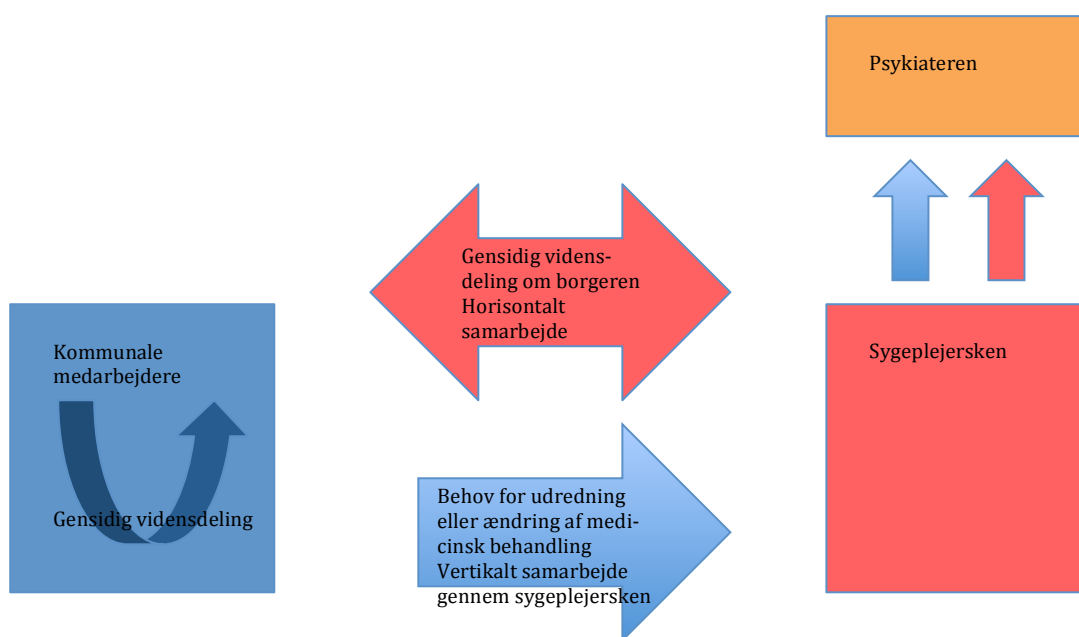
De kommunale medarbejdere påskønner ikke egen viden, i stedet søger de viden *inde* fra psykiatrien, hvor de har behov for at en repræsentant tager kontakt *op* til psykiateren.

Sygeplejersken bidrager i teamet med viden om borgerens psykiatriske situation og søger på samme tid viden om borgerens sociale situation fra de kommunale medarbejdere. Det understreges fra sygeplejersken, at hun behøver den viden som de kommunale medarbejdere er i besiddelse af for at kunne udføre sin opgave som distriktssygeplejerske.

Denne tilgang til vidensdeling synes bedre at kunne beskrives med en horisontal tilgang, hvor de kommunale medarbejders og sygeplejerskens/psykiatriens viden anses for lige vigtig og dermed også berettiget til at være ligeværdig.

Sættes kommunens og psykiatriens syn på vidensdeling sammen, kan det visuelt forklares med nedenstående figur.

Figur 12: Vertikalt og horisontalt samarbejde



Figuren adskiller de kommunale medarbejders tilgang til vidensdeling fra sygeplejerskens tilgang til vidensdeling ved hjælp af farver. De blå pile viser de kommunale medarbejders søgen *ind* og *op* i psykiatrien efter viden fra psykiateren. De røde pile viser sygeplejersken søgen efter *gensidig* vidensdeling med de kommunale medarbejdere og hendes mulighed for at søge efter viden *oppe* i psykiatrien, både til eget formål og som talerør for de kommunale medarbejdere.

Analysen har vist, at de kommunale medarbejdere ikke søger en horisontal tilgang til vidensdeling med psykiatrien. De fokuserer på, at psykiatriens viden er "bedst" og at de har behov for at nogen kan *komme ind* og *op* i psykiatrien, som derefter kan give dem

viden. Denne tilgang kan bedst beskrives med en vertikal optik. Sondringen mellem *sygeplejersken* og *psykiateren* er her helt bevidst, da empirien ikke peger i retningen af, at hverken de kommunale medarbejdere eller sygeplejersken sidestiller sygeplejerskefunktionen med *psykiatrien*. Dog betyder hendes position som repræsentant for psykiatrien, at sygeplejersken, til trods for nogle kommunale medarbejders forsøg at inddrage hende, som en del af den kommunale medarbejdergruppe, i samarbejdet ofte anvendes som et vertikalt talerør ind i psykiatrien.

Pointen med denne figur er at vise, at når vidensdelingen i Fællesteamet bygger på henholdsvis en vertikal og en horisontal tilgang, er det meget vigtigt, at medlemmerne ved dette og at forventningerne til hinanden afstemmes. Analysen kan ikke vise, i hvilket omfang en sådan forventnings sker, men den viser, at det har betydning. Det har betydning, at begge parter oplever, at forventninger kan opfyldes i samarbejdet – måske ikke altid, men overvejende – og analysen viser også, at de har erfaringer med dette. Samtidig kan de forskellige tilgang og forventninger til samarbejdet – herunder forestillingerne om, hvordan Fællesteamet virker for hvem under hvilke betingelse – udgøre et brændpunkt.

Et tænkt eksempel kunne omhandle de kommunale medarbejders søgen efter viden og udredning hos psykiatrien med udgangspunkt i et vertikalt samarbejde. Sygeplejersken søger på samme tid et horisontalt samarbejde på baggrund af hendes opfattelse af, at motivation hos både borger og medarbejder er den generative mekanisme, der medvirker at Fællesteamet kan sikre livskvalitet for borgeren. Hvis de kommunale medarbejdere ikke søger det horisontale samarbejde med sygeplejersken, kan sygeplejersken opfatte deres opførsel som disinteresse, hvilket formentlig også gælder den modsatte vej.

For at de kommunale medarbejdere kan sætte skub i en mulig udredning af borgeren, må de benytte den vertikale arbejdsgang, hvor sygeplejersken går *ind* og *op* i psykiatrien efter viden om den psykiatriske situation hos borgeren og hun medbringer samtidig viden om borgerens sociale situation. På samme måde må sygeplejersken benytte det horisontale samarbejde, såfremt hun ønsker at sætte skub i motivationsarbejdet hos borger og medarbejder. Dette er ikke ensbetydende med, at samarbejdet ikke kan fungere, i stedet ønsker jeg, at pointere nødvendigheden i, at teamets medlemmer kender til hinandens udgangspunkter og er interesserede i at nå til enighed om, hvornår det i forhold til sagen (hvem) er relevant at benytte en vertikal model med indhentelse af viden for øje og hvornår det er relevant at benytte en horisontal model med vidensdeling og motivation for øje.

Dette leder til en pointe om, at koordination i Fællesteamet ikke blot er en koordination af borgerens sag, men også omhandler koordination af medlemmernes og relevante fagpersoners forventninger til hinanden og til samarbejdets karakter under de beskrevne kontekstuelle betingelser. Således kan koordinationen i Fællesteamet være af dobbeltkarakter; koordination af borgersagen og koordination af interne forventninger i netværket omkring Fællesteamet.

Ligheder og forskelle i defineringen af betingelser

Analysen viser en ret store ligheder blandt de kommunale medarbejdere og sygeplejersken om nogle grundlæggende betingelser for, hvordan Fællesteamet virker. Det være, at medlemmerne gør deres forarbejde og møder velforberedte op til møderne, heri ligger også, at der fra begge sektorer er nogle klare forventninger til hinandens ageren i Fællesteamet. Eks. at være velforberedt og at sygeplejersken er talerør og villig til at "bane vejen" for udredninger og dialog om medicinske ændringer med psykiateren. Ligesom både sygeplejersken og de kommunale medarbejdere anser deltagelse af personer med relevans for sagen samt brugbar viden om sagen som en betingelser for Fællesteamets virke.

I de følgende afsnit reflekteres over de forskelle i betingelserne, som er vist i analysen, og hvordan forskellene kan påvirke Fællesteamet.

Motivation

Analysen viser også, at sygeplejersken inddrager motivation hos borgeren og motivationsarbejde fra de kommunale medarbejdere som betingelse. En vinkel, som ikke ses i analysen af udsagn fra de kommunale medarbejdere.

Hvilken betydning denne betingelse kan have for Fællesteamet er kort berørt i ovenstående, idet sygeplejerskens fokus på relation og motivation kan være sammenhængende med hendes horisontale tilgang til samarbejde i teamet. Sygeplejersken fokusere på motivation som en betingelse, og det ses i analysen, at det er motivation blandt både medarbejdere og borger der henvises til. De kommunale medarbejdere ses ikke at have fokus på motivation blandt borgerne, her italesættes i stedet en betingelse om, at medlemmerne i Fællesteamet skal være interesserede i arbejdsområdet. Eksempelvis ses en

udtalelse som beskriver, at den nye mødeleder *brænder* for sagen. At brænde for en sag og være motiveret kan være udtryk for forskellige sprogkulturer i henholdsvis kommunen og psykiatrien, og behøver derfor ikke at være en forskel.

Analysen viser, at forskellen ligger i sygeplejerskens inddragelse af borgeren og at denne skal være motiveret for samarbejde og behandling. Sygeplejersken ser i analysen ud til at vurdere, at det motiverende arbejde, som skal gøre borgeren i stand til at modtage psykiatrisk behandling eller gennemgå en udredning, ligger hos den kommunale medarbejder. De kommunale medarbejdere kunne opfatte dette som kritik, hvis der var uenighed om ansvarsfordelingen og dermed give anledning til en konflikt.

Når denne mulige konflikt ikke kommer til udtryk i analysen, kan dette også skyldes, at både de kommunale medarbejdere og sygeplejersken har fokus på borgeren, hvis livskvalitet de ønsker højne, og dennes mulighed for netop at blive motiveret. Per Revstedt (2001, s. 220) beskriver, at ifølge det positive menneskesyn, som ligger til grund for motivationsarbejdet, placeres ansvaret for at en klient bliver motiveret hos motivationsarbejderen. Dette ansvar forklares nærmere med, at det er motivationsarbejderen, som skal tage initiativet, og dermed gøre motivation hos klienten mulig.

Revstedts (2001) anvendte definition af motivation medfører, at alle mennesker inderst inde er motiverede og dermed bestræber sig på at leve et meningsfyldt liv. De borgere, som de kommunale medarbejdere og sygeplejersken sætter til drøftelse på Fællesteamet lever ikke umiddelbart op til manges vurdering om, at bestræbe sig på at leve et meningsfyldt liv. Med Revstedts (2001) ord, kan "*deres bestræbelser se ud til at have som mål at nedbryde både dem selv og andre så meget som muligt*" (s. 45), hvorfor de betegnes som *latent motiverede* borgere, hvor motivationen er tilstede, men ikke ses i menneskets handlinger.

Latent motiverede borgere er ikke i stand til at løbe sig selv i gang, men må hjælpes udefra, og i dette tilfælde kommer hjælpen fra den kommunale medarbejder med relation til sagen. Denne teori inddrages som forklaring på, hvorfor spørgsmålet om motivation, herunder om de kommunale medarbejdere har gjort nok for at motivere, ikke medfører en konflikt. Motivationsbegrebet pålægger motivationsarbejderen ansvaret, men fratager også motivationsarbejderen skylden for, at klienten ikke motiveres. Revstedt (2001, s. 220) binder ansvar og manglende motivation sammen således; "*Selve begrebet den latent motiverede klient betyder jo netop, at denne ikke kan løbe sig selv i gang. Han må hjælpes*

udefra. Dette indebærer, at muligheden ligger hos motivationsarbejderen, men ikke skylden for, at klienten ikke motiveres". Overføres denne teori om motivation til situationen i Fællesteamet, så har de kommunale medarbejdere *ansvaret* for at udføre motivationsarbejde og de har også *muligheden* for at arbejde med og rundt om borgeren. De har ikke *skylden*, når borgeren ikke bliver motiveret, til trods for deres indsats. Idet der blandt de kommunale medarbejderne er en bred forståelse af, at de har gjort hvad de kunne, kan de heller ikke modtage *skylden* for borgerens manglende motivation til at indgå i et samarbejde om psykiatrisk hjælp.

Kassetænkning

Analysen viser, at de kommunale medarbejdere opstiller en betingelse om, at kassetænkning ikke må være en del samarbejdet og koordineringen i Fællesteamet. De understreger dog, at problemet med kassetænkning alligevel er tilstede når de fortæller, at de er godt forberedte til fællesteammøderne, netop for at undgå, at deres løsningsforslag taber til et økonomisk argument. Det vil sige, at de kommunale medarbejdere oplever, at de med deres handlinger kan gøre Fællesteamets samarbejde og koordinering fri for en kassetænkning, hvor det økonomiske argument har større vægt end det faglige.

Sygeplejersken udtrykker på anden vis, hvordan kassetænkning er en del af Fællesteamets koordinering. Hun forklarer, at økonomi og kassetænkning er "virkeligheden", som alle må forholde sig til, og hun fortæller, at "virkeligheden" er ansvarlig for, at ikke alle borgere modtager en udredning.

Brændpunktet mellem disse udmeldinger må altså være at finde et sted imellem en overbevisning om, at handlinger kan udelukke kassetænkning og en overbevisning om, at kassetænkning og økonomiske hensyn ikke kan udelukkes, men er et aspekt, medlemmerne af Fællesteamet må forholde sig til. Analysen viser altså ikke et brændpunkt mellem parterne af Fællesteamet og giver heller ikke anledning til at antage, at uens syn på kassetænkning har betydning for Fællesteamet. Det analysen viser er, at man i stedet kan lave en antagelse om, at kassetænkningen bevirker, at de kommunale medarbejdere må være ekstra forberedte og kunne vise, at al motivationsarbejde er afprøvet, hvorfor det er nødvendigt at inddrage sygeplejersken i håb om at overdrage sagen til psykiatrien.

En egentlig forklaring på, hvorfor de kommunale medarbejdere oplever, at de kan undgå kassetænkning ved at være velforberedte kan være, at der indtil den seneste omrokering i juli måned 2013, har været deltagelse af lederen for myndighedsafdelingen. Det har betydet, at den økonomiske ledelse for de kommunale medarbejdere har været repræsenteret i Fællesteamet. Derfor kan en drøftelse på fællesteammødet, hvor der ikke er beslutningskompetence, alligevel være blevet opfattet som en forhåndsgodkendelse på eksempelvis et økonomisk dyrt tilbud gennem myndighedsafdelingen. Sygeplejersken har ikke haft samme mulighed, idet hendes ledelse og økonomiske bagland ikke har været repræsenteret ved fællesteammøderne, og derfor kan hun opleve, at økonomi er noget hun må forholde sig til, og ikke noget hun har indflydelse på.

Det er dog ikke kun det økonomiske aspekt, der kan betegnes som kassetænkning. Det ses i analysen, at de kommunale medarbejdere har en opmærksomhed på, hvad der er *deres egne* KAN- og SKAL-opgaver, ligesom der også ses et fokus på, at man ikke skal udføre *andres* KAN- og SKAL-opgaver. Opdelingen mellem kan- og skal-opgaverne ser i analysen ud til at afhænge både af, hvor opgaven hører til organisatorisk, men der ses også en opdeling som afhænger af hvilken faglighed, den enkelte medarbejder har. Således, at misbrugsbehandling hører til i misbrugsafdelingen, hvor en misbrugsbehandler varetager opgaven, og støtteopgaver hører til, som en bevilling fra myndighedsafdelingen, hvor en socialrådgiver foretager den faglige vurdering af støttebehov. Her opdeles opgaverne i "kasser" og bliver en slags vare, som det i forbindelse med koordineringen i Fællesteamet er muligt at levere til andre afdelinger. Denne situation kan forklares med Aandreaa og Tveitens model (Hansen, 1999), som er beskrevet kapitel 1, hvor hvert medlem af Fællesteamet har en stærk følelse for sit eget kernekompetenceområde. Såfremt Fællesteamet fungerer efter hensigten for tværfagligt samarbejde jf. denne model, så bør medlemmerne kunne skabe en fælles referenceramme, fælles forståelse og deraf også øge området for fælles kompetence.

Idet analysen viser, at medlemmerne af Fællesteamet har en fælles forståelse af vidensdeling, men ser forskelle i betingelserne for Fællesteamet, kan der opstå uklarheder med hensyn til, hvordan det er muligt for medlemmerne at øge området for fælles forståelse i samarbejde, jf. formålet med tværfagligt samarbejde i Aandreaa og Tveitens model (Hansen, 1999).

Analysen viser også, at medlemmerne af Fællesteamet er glade for teamet, de taler pænt om det og hinanden. De giver udtryk for teamets positive muligheder og hentyder også til, at Fællesteamets muligheder ikke på nuværende tidspunkt er udfoldet. Det kan alligevel på nuværende tidspunkt antages, at Fællesteamet har samarbejdsproblemer, som kommer til udtryk i et meget lavt antal sager til drøftelse, om disse problemer kan tilskrives, en velkendt barriere i tværfagligt samarbejde, kampen om at sikre sin egen faglighed, giver analysen ikke noget entydigt svar på. (Hansen, 1999).

Netværksperspektiv

Den empiriske analyse har vist, at medlemmerne af Fællesteamet opererer med to sæt forståelser af en programteori for Fællesteamets funktion. Seemann (2008) skriver, at man ved at inddrage et netværksperspektiv kan analysere på de forskellige aktørers perspektiver ved deltagelse i et netværk. Dette har dannet grundlag for mit valg om at foretage den empiriske analyse ud fra et netværksperspektiv og derfor opdelt analysen efter sektor tilhørsforhold. I lyset af netværksperspektivet og sektor tilhørsforhold kan den økonomiske ramme for medlemmernes primærnetværk også tænkes at have indflydelse på, hvorledes medlemmerne agerer i et interorganisatorisk netværk.

I analysen ses der glimt af Seemanns (2008) beskyttelsesstrategier, dysfunktioner og deraf udløste problematikker for netværket i Fællesteamet. Eksempelvis fortæller en kommunalmedarbejder om planer for et "udredningsteam", som i kommunalt regi skal udrede borgere, hvor der er mistanke om en psykiatrisk lidelse. Oprettelse af dette team vil muligvis kunne identificeres som beskyttelsesstrategien *Selvforsyning*, hvor en del af netværket bevæger sig ind på de andre parter kompetenceområder. Kommunen bliver således selvforsynende af den ydelse, de ellers ville modtage gennem netværket fra psykiatrien. Netværket i Fællesteamet kunne med dette teoretiske udgangspunkt derfor være i fare for at udvikle sig til et netværk, hvor kommunen vil fremstå som et isoleret delsystem, der i realiteten ikke benytter netværkets fulde potentiale. Ved at oprette eget udredningsteam, kan drøftelserne vedrørende overgivelse af en borger til en psykiatrisk udredning blive irrelevante, idet borgeren allerede har fået en psykiatrisk udredning, og, ifølge de kommunale medarbejdere, allerede har en adgangsbillet ind i psykiatrien.

En intern usikkerhed i Fællesteamet om, hvilke betingelser de arbejder under, kan formentlig også have betydning for, om andet personale kan se, hvordan de har mulighed for at benytte Fællesteamet og dets koordinering. Empirien viser, at der har været et lille antal sager til drøftelse i Fællesteamet og at medlemmerne giver udtryk for, gerne at ville udvide kendskabet til Fællesteamet. Her kan usikkerheden i teamet måske medføre, eller ses som en forklaring på det lille antal sager til drøftelse.

En anden mulig forklaring på manglende kendskab til Fællesteamet blandt fagpersoner kan også findes i Seemanns (2008) beskyttelsesstrategier. Seemann beskriver, at en del af netværket kan *Holde lav profil* og således undlade at markere sig i samarbejdet eller glide af på krav fra samarbejdspartnere. Ved at holde lav profil risikerer netværket, at den økonomiske ressource som parten med lav profil indeholder, ikke kan blive anvendt i netværket, eller som Seemann (2008 s. 197) skriver, blokere for knappe ressourcer. Analysen viser ikke, at dele af netværket holder mere lav profil end andre, i stedet kan det på baggrund af analysen tænkes, at hele netværket holder lav profil med baggrund i økonomiske hensyn. Analysen viser, at både de kommunale medarbejdere og sygeplejersken i deres arbejde i Fællesteamet forholder sig til økonomi, som en betingelse for Fællesteamet, dog på hver deres måde. Ved at selve Fællesteamet holder lav profil, kan teamet som helhed formentlig beskytte sig imod, at betingelsen Økonomi får større indflydelse på Fællesteamets koordinering.

3. ordens system

Som allerede skrevet i problemfeltet, antages det, at dele af Fællesteamets måde at fungere på kan ses i lyset af interorganisatorisk perspektiv og teori om tværfagligt samarbejde, som det er analyseret ovenfor.

En anden organisationsteoretisk vinkel på Fællesteamet og dets virke kan også inddrages. La Cour og Højlund (2008) foreslår at anvende systemteoriens grundtanker om kommunikation, selvreference og autopoietisme til en analyse af netværk bestående af forskellige systemer. De udvider dog grundtankerne fra Luhmann ved at inddrage anden teori, som giver mulighed for en både-og kommunikation (La Cour og Højlund, 2008). Hensigten er at kunne vise, hvordan det med et systemteoretisk perspektiv er muligt at forklare, at tværfaglige netværk kan kommunikere med hinanden, og ikke blot være forstyrrelser for hinandens

funktionssystemer. Til at løse denne problematik henter la Cour og Højlund (2008) inspiration fra Teubner (1994 i la Cour og Højlund 2008) i form af begrebet om 3. ordens systemer.

Et 1. ordens system består af interaktion. Ud af denne interaktion kan der udvikle sig et 2. ordens system, f. eks. organisationer, som består af en samordning af kompleksiteten i interaktionerne. Såfremt flere 2. ordens systemer mødes og indgår i interaktion med hinanden, kan der udvikles et 3. ordens system, som samordner kompleksiteten på 2. ordens systemernes interaktion, det vil sige, det man kan kalde tværorganisatoriske organisationer. Den vigtige pointe, som er afgørende for en analyse af netværk, som Fællesteamet, er, at et 3. ordens system åbner op for muligheden for, at kommunikation kan repræsentere et både-og. Hermed menes, at medlemmerne i netværket på en og samme tid kan repræsentere deres 2. ordens system, eks. misbrugsbehandlingen og deres 3. ordens system, Fællesteamet. Det betyder også, at et netværk af 3. orden, burde kunne give plads til det enkelte medlems referencerammer fra 2. ordens systemet og samtidig sikre, at der arbejdes med et fælles mål for systemet af 3. orden.

Denne teoretiske refleksion inddrages her, til en beskrivelse af Fællesteamet og dets betingelser, idet et system af 3. orden er afhængigt af medlemmernes fælles interne sprog og en fælles orientering mod et fælles mål. Netværk og samarbejde af 3. orden skal ligeledes give anledning til aktivitet i den deltagende organisation. Der skal være en vis mængde af struktur for samarbejdet og det skal være muligt for hver organisation at handle ud fra egne og fælles interesser (la Cour og Højlund, 2008 s. 188). Mit kendskab til Fællesteamet om dets fastlagte møder, faste mødedeltagere og et organisatorisk fælles mål om at løse en koordineringsopgave for sager omhandlende mennesker med dobbeltdiagnose, viser en vis struktur, som kan antages at leve op til kravene for et system af 3. orden. Der er i empirien og i analysen heller ikke tvivl om, at samarbejdet i Fællesteamet skaber aktivitet, flere arbejdsopgaver, hos den organisation eller den afdeling, som efter koordineringen har hovedansvaret for sagen.

Alligevel synes det ikke klart, at Fællesteamet kan betegnes som et system af 3. orden. Organisatorisk findes et fælles mål om koordinering, et mål som kommunerne og regionerne i henhold til Sundhedsaftalerne er pålagt at løse i fællesskab, som beskrevet i kapitel 1. Analysen viser, at medlemmerne af Fællesteamet ikke nævner koordinering som et

mål for Fællesteamets arbejde. Koordinering synes at blive anvendt som et redskab til at opnå medlemmernes fælles mål om mere og fælles viden, der kan være med til at sikre en helhedsorienteret indsats med afsæt i et forpligtende samarbejde. I Sundhedsaftalerne beskrives Fællesteamet som en indsats, der ved hjælp af en handleplan skal sikre koordinering af behandling til mennesker med dobbeltdiagnose. Selvom der benyttes forskelligt ordvalg synes det alligevel at være antageligt, at formålet med Fællesteamet og medlemmernes intention med deres indsats forenes i et fælles mål. Til grund for denne antagelse ligger indholdet i informanternes udsagn. De siger ikke koordinering eller handleplan, i stedet *aftaler de, hvem der gør hvad* og der laves *referat af møderne*, og begge aktiviteter har til formål at hjælpe mennesker med dobbeltdiagnose.

Det afgørende punkt i forhold til, om Fællesteamet er eller kan udvikle sig til et 3. ordens system ligger således i, om der rent faktisk er mulighed for en både-og-kommunikation. Dernæst kunne spørges til, hvilke betydning det har for Fællesteamet, såfremt man kan betegne det som et system af 3. orden. Med udgangspunkt i empirien er det ikke muligt at give et kvalificeret bud på, om Fællesteamet lever op til kriterierne for et 3. ordens system. Her kan kun henvises til, at de kommunale medarbejdere forsøger at gøre sygeplejersken til "en af os". Om dette udsagn dækker over "en af os" i *Fællesteamet* eller "en af os" i *kommunen* og om det giver plads til, at sygeplejersken kan tage hensyn til både *Fællesteamets* mål og *psykiatriens* mål, lades stå hen i det uvisse.

Teorien om 3. ordens systemer er udviklet for at kunne beskrive empiriske iagttagelser af netværkssamarbejde, hvor la Cour og Højlund (2008) har fundet, at systemteoriens begreber ikke har kunne beskrive den både-og kommunikation, der præger netværksarbejde. Det må derfor kunne antages, at en udvikling for Fællesteamet til et system af 3. orden kan medføre, at netværket vil kunne rumme hensyn til Fællesteamets fælles interesser og hensyn til de enkelte medlemmers interesser som repræsentanter for deres primære organisation.

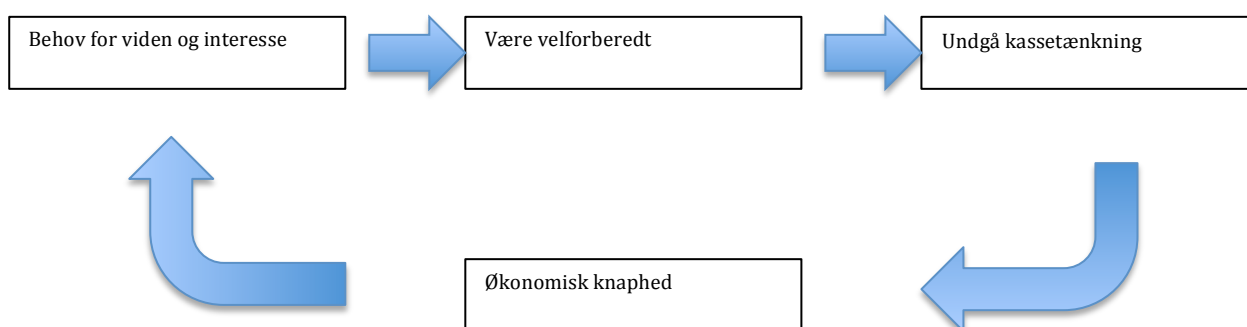
Ligheder og forskelle i de identificerede mekanismer

Det ses i den empiriske analyse, at de kommunale medarbejdere ser Viden/Interesse som den mekanisme, der genererer Fællesteamets virke. På samme tid ser sygeplejersken Motivation

hos både borger og medarbejder, som den generative mekanisme. I det følgende vil jeg søge at forstå og forklare, hvorfor det er disse generative mekanismer der ses i analysen, for henholdsvis de kommunale medarbejdere og for sygeplejersken.

Min empiri og analyserne leder mig til at opstille en antagelse om, at økonomi, kassetænkning og knappe ressourcer kan have en betydning for både de kommunale medarbejdere og sygeplejersken og dermed også en indflydelse på deres opfattelse af Fællesteamets virke. Som tidligere beskrevet ser de kommunale medarbejdere en økonomisk knaphed, som en betingelse, som de søger at omgå, ved at være velforberedte til møderne. I en kobling mellem den identificerede generative mekanisme Viden/Interesse og økonomisk knaphed, kan de kommunale medarbejders rationale muligvis se således ud:

Figur 13: Tankerække for kommunale medarbejdere

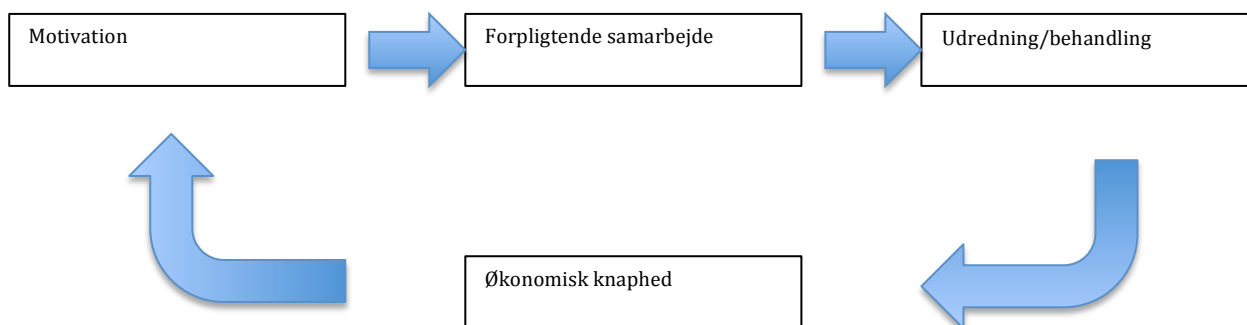


I denne figur bliver bevægelsen cirkulær, og viser, at økonomisk knaphed kan være den forklaring, der binder *Behov for viden og interesse* sammen med *Velforberedte medarbejdere*, der søger at *undgå Kassetænkning i koordineringen*. Det kan tænkes, at det økonomiske aspekt og knaphed på ressourcer kan bevirke, at de kommunale medarbejdere oplever, at de må være ekstra godt forberedte til møderne i Fællesteamet.

Såfremt de kommunale medarbejdere vurderer, at borgeren har et behov for en dyr foranstaltning, peges i analysen på, at en velforberedt faglig vurdering kan medvirke til at hindre kassetænkning i forbindelse med koordineringen i Fællesteamet. Det økonomiske aspekt kan altså tænkes at være en del af forklaringen på, at de kommunale medarbejdere ser Viden/Interesse som den mekanisme, der må være tilstede for at Fællesteamet kan virke, som det gør.

Det økonomiske aspekt kan ligeledes tænkes at være en del af forklaringen på, hvorfor sygeplejersken peger på Motivation, som den mekanisme, der må være tilstede for at Fællesteamet kan virke, som det gør. Dette kan illustreres med nedenstående figur.

Figur 14: Tankerække for sygeplejersken



Figuren viser, at sygeplejerskens rationale fra *Motivation* til *Forpligtende samarbejde* til en *Udredning/behandling* kan ses i lyset af økonomisk knaphed. Arbejdet foregår under rammerne af en økonomisk virkelighed, hvor denne *virkelighed* jf. sygeplejerskens udsagn, kan have ansvaret for, at ikke alle borgere med et behov bliver udredt/behandlet. Derfor kan en økonomisk knaphed være en mulig forklaring på, hvorfor sygeplejersken ser Motivation af borgere og medarbejdere, som den mekanisme, der må være tilstede for at Fællesteamet kan virke, som det gør. Antagelsen, der ligger til grund for at økonomisk knaphed kan bevirke valget af motivation som mekanisme, er at medarbejdere for at skabe argumenter, der kan vinde over økonomien, må yde en større indsats.

En anden vinkel på denne cirkulære figur kunne være, at økonomisk knaphed kan forklares med manglende motivation hos borger og medarbejder. Her ville antagelsen kunne være, at en manglende motivation hos borger og medarbejder medfører, at den økonomiske ressource ikke udnyttes optimalt og derfor kan medføre økonomisk knaphed.

Således søges her vist, at økonomisk knaphed kan være en del af forklaringen på de kommunale medarbejders og sygeplejerskens forklaringer på, hvordan Fællesteamet virker over for hvem og under hvilke betingelser.

I problemfeltet ses en argumentation for, at viden om koordination og dets betydning for arbejdet med mennesker med dobbeltdiagnose, kan være forklaringen på etableringen af Fællesteamet. Denne analyse viser nu, at en økonomisk knaphed også kan være en del af forklaringen på de forklaringer både medarbejderne i den kommunale sektor og sygeplejersken fra den regionale sektor italesætter om, hvordan Fællesteamet virker.

Således forundret stilles spørgsmålet; Kan Fællesteamets opgave om koordinering være afhængig af viden, som antaget i kapitel 1, og også økonomi og knappe ressourcer?

I så fald kan de generative mekanismer Viden/Interesse og Motivation have berettigelse, idet *viden* kan formodes at mindske antallet af "fejl" i behandlinger og *motivation* hos både borger og medarbejder kan flytte fokus fra et økonomisk hensyn til en problematik mellem frontmedarbejder og borger, som ikke umiddelbart hindres af økonomiske hensyn.

Analysen viser, at en økonomisk knaphed eller som sygeplejersken siger, "*virkeligheden*" kan være en ydre omstændighed eller en betingelse for de generative mekanismer, som analysen tidligere har vist. Umiddelbart tillægges begrebet "økonomisk knaphed" et negativt indhold, hvilket kan begrundes med den generelle betydning af knaphed. Den offentlige debat om undersøgelser blandt socialrådgivere, der angiver knappe ressourcer som årsag til manglende kvalitet i indsatser overfor f.eks. børn med handicaps, kan også være forklaring på, at økonomisk knaphed i socialt arbejde opleves som negativt ladet (Larsen, 2011).

Den negative ladning af økonomisk knaphed som forklaring, behøver ikke pr. definition at være dårligt for Fællesteamet og dets virke. Økonomisk knaphed kan med udgangspunkt i sygeplejerskens opfattelse medføre, at medarbejderne bliver mere motiverede og antagelsen kan være, at de dermed yder en større motiveringsindsats overfor borgerne. Hvis dette er tilfældet, så kan økonomisk knaphed være med til at sikre, at flere borgere faktisk får den udredning, de vurderes at have behov for. Denne antagelse ender med at indeholde nogle paradoksale modsætninger om, at knappe ressourcer kan styrke medarbejdernes indsats i forhold til at motivere borgere til en udredning og dermed faktisk øge behovet for udredninger og flere økonomiske ressourcer.

Et eksempel på en teoretisering af en økonomisk knaphed som forklaring, kan ske ved hjælp af Foucaults magtbegreb (Heede, 2002). Magten er hos Foucault allestedsnærværende og er

ikke blot et udtryk for undertrykkere og undertrykte, idet magten ikke kan ejes er den derfor svær at lokalisere. Magten udfolder sig i uendelige rækker som en del af relationers natur. Magten er i dette perspektiv positiv og produktiv. Produktivitet hos Foucaults magt ligger i, at magten kan betegnes som en diskursfabrikant. Hertil inddrager Foucault begrebet om sandhedsregimer, som omhandler de diskursive kampe, der ses i forsøget på at etablere sig som den diskurs, der er sand. I kampen om sandheden er viden et centralt begreb, som Foucault til tider sætter i så tæt relation til magt, at der skabes et nyt ord, magtviden (Heede, 2002).

Magt er usynlig og har til formål at styre andre menneskers handlinger. Ikke totalitært, såsom slaveri eller tortur, men via skabelse af sandheder og discipliner, som styrer menneskers handlinger. En anden karakter hos Foucaults magtbegreb er, at der kun er virkelig magt i de relationer, hvor det enkelte subjekt har mulighed for at lade sig styre eller ikke lade sig styre. Derfor har magten også to sider, magt og modmagt (Heede, 2002).

Fællesteamet er jf. Foucault som alt andet i samfundet en del af magtrelationerne, og som analysen viser, kan denne magt være en antagelse om, at økonomisk knaphed er sandheden. Hermed kan diskursen om en økonomisk knaphed blive styrende for medlemmernes handlinger.

Den empiriske analyse viser ikke, at medlemmerne ser økonomisk knaphed som forklaringen på Fællesteamets virke, i stedet peges på Viden/Interesse og Motivation. Noget af forklaringen på hvorfor medlemmerne begrundes Fællesteamets virke med disse begreber kan muligvis findes i Foucaults teori om magt og modmagt.

Det, at de kommunale medarbejdere søger viden, har behov for interesse og skal være velforberedte til fællesteammøderne kan være et udtryk for, at de mobiliserer en faglig viden, som et forsøg på at udøve magt gennem viden. I denne mobilisering ser de sig nødsaget til at bruge Viden og Interesse som redskaber til at skabe en sandhed, der kan være med til at fremme udredninger og psykiatrisk behandling til mennesker med dobbeltdiagnose.

I lyset af magtperspektivet kan motivation af borgere og medarbejdere også ses som en mobilisering. Denne mobilisering omhandler borgerne og medarbejderne, som skal deltage i kampen om at skabe en sandhed, som kan være med til at fremme udredninger og psykiatrisk behandling til mennesker med dobbeltdiagnose.

Magt, modmagt og disciplinering kan spille en stor rolle som forklaring på den måde, som Fællesteamet virker på. Hvis der foretages en egentlig diskursanalyse, vil kampen mellem diskurserne formentlig stå meget klart. Det er alligevel på baggrund af denne analyse muligt at antage, at økonomisk knaphed kan være en betingelse, der kan påvirke Fællesteamets virke på forskellige måder.

Det er tidligere nævnt, at økonomisk knaphed, paradoksalt nok, kan føre til et øget og velbegrundet behov for flere ressourcer. Økonomiske knaphed, som en ydre omstændighed for Fællesteamet, kan muligvis også forklare, at Fællesteamet som helhed holder lav profil.

Såfremt medlemmerne er blevet disciplineret og accepterer diskursen om manglende ressourcer som sandheden, kan medlemmerne af Fællesteamet ved at *holde lav profil*, jf. Seemanns beskyttelsesstrategier (2008) støtte op om diskursen om knappe ressourcer, ved ikke at gøre opmærksom på sig selv. Det kan tænkes, at et fællesteam med "*store armbevægelser*", som er bredt kendt i organisationen, vil betyde flere sager til drøftelse i Fællesteamet. I sig selv behøver flere sager ikke at medføre økonomiske udgifter, men såfremt flere sager i Fællesteamet betyder behov for flere udredninger eller dyre sociale foranstaltninger, kan et fællesteam med "høj profil" øge behovet for at få tilført ressourcer. I denne sammenhæng, kan sygeplejerskens italesættelse af mere motivering blandt borgere og medarbejdere også tænkes at være en beskyttelsesstrategi, som ligger ansvaret væk fra Fællesteamet. Rationalet kunne være, at så længe borgerne ikke er motiverede, er der ingen grund til at tilbyde dem psykiatrisk udredning og/eller behandling, og dermed behøver Fællesteamet ikke at profilere sig selv eller arbejde for et større økonomisk råderum.

Situationen med meget få sager til drøftelse i Fællesteamet kan her anvendes som et eksempel på en relation mellem magt og modmagt i forhold til en diskurs om knappe ressourcer til koordinering i indsatsen overfor mennesker med dobbeltdiagnose.

Ved at anvende teoretiske perspektiver til at forklare det analyserne har vist, er det muligt at lave antagelser om, at Fællesteamet kan holde *lav profil* enten for at beskytte sig mod diskursen om knappe ressourcer eller for at hjælpe til at kæmpe mod diskursen om knappe ressourcer.

Såfremt Fællesteamet beskytter sig mod diskursen, kan sygeplejerskens ønske om motivering ses som en fastholdelse af diskursen, og de kommunale medarbejders ønske om viden og interesse, som en modmagt i forhold til diskursen. I denne situationen kan den lave profil hos Fællesteamet ses som en "buffer", der, ved ikke at gøre opmærksom på sig selv, holder borgere med behov for en koordineret indsats ude og dermed holdes de økonomiske udgifter nede.

Sygeplejerskens ønske om motivering kan også være et udtryk for, at hun tillige med de kommunale medarbejdere yder en modmagt i forhold til diskursen om økonomisk knaphed. Her kan antagelsen være, at den økonomiske knaphed faktisk virker motiverende på medarbejderne, som gør ekstra meget ud af at være forberedte til møderne. De yder en mere målrettet indsats om motivering overfor borgerne og kan dermed opnå magt til at skaffe ressourcer på trods af økonomisk knaphed.

Denne analyse kan pege i retning af to scenarier for, hvordan økonomisk knaphed kan påvirke Fællesteamet.

Fællesteamet kan fastholde den lave profil, de kommunale medarbejdere kan fortsætte med at søge fælles viden til gode argumenter og sygeplejersken kan fortsætte med at forsøge at motivere borgene/medarbejderne. Der kan sådan set være status quo, hvor Fællesteamet kan ses som en "buffer" mod flere økonomiske udgifter.

Fællesteamet har også mulighed for at aflægge den lave profil. Medlemmerne af Fællesteamet, her de kommunale medarbejdere og sygeplejersken, kan muligvis få mobiliseret tilstrækkelig viden og motivation og derved opnå tilstrækkelig magt til at få udbredt kendskabet til Fællesteamet. Kendskab til Fællesteamet kan muligvis danne et velbegrundet og motiveret argument om et behov for flere økonomiske ressourcer.

Pointen med anvendelsen af begreberne om magt og modmagt har været at understrege, at man ikke kan forudsige, hvordan økonomiske begrænsninger virker i en indsats. Det skal her også understreges, at økonomisk knaphed ikke er den eneste ydre omstændighed, som kan forklare noget om Fællesteamets virke, men analysen viser, at økonomi i dette tilfælde kan indgå som en væsentlig betingelse.

Analysen viser også, at økonomi kan være en forklaring på en mulig udvikling for det eksisterende Fællesteam i retning af et mere udbredt kendskab til teamet og

motiverede medarbejdere, der ved hjælp af viden og interesse søger at yde en helhedsorienteret indsats overfor mennesker med dobbeltdiagnose.

Kapitel 5

Konklusion

I dette afsnit vil jeg foretage en samlet konklusion på specialets problemformulering:

Hvordan virker Fællesteamet som et koordinerende tiltag i forhold til at sikre, at borgerne modtager en helhedsorienteret indsats?

Jeg har argumenteret for at foretage en opdeling af analysen med baggrund i informanternes sektortilhørsforhold. Dette har medført, at i den empiriske analyse, er de kommunale medarbejdere og sygeplejersken blevet analyseret hver for sig. Det har den konsekvens, at analysen bærer præg af et komparativt studie, hvilket ikke har været hensigten med dette speciale. Formålet har været at vise, hvordan Fællesteamet virker og hvorfor det virker som det gør. Ved at foretage opdelingen af analysen, har det dog vist sig, at der er visse forskelle i de kommunale medarbejders og sygeplejerskens forståelser af, hvordan Fællesteamet virker.

Forskellene handler i store træk om betingelserne for Fællesteamet, og disse forskelle vil blive yderligere beskrevet senere i dette afsnit.

Når der tages udgangspunkt i lighederne, kan der umiddelbart svares følgende til problemformuleringen.

Fællesteamet virker som en koordinerende indsats på den måde, at det aftales "hvem der gør hvad". Grundlaget for en sådan aftale findes i informanternes beskrivelser af, at Fællesteamets virkemiddel er vidensdeling.

Der er også enighed om, at Fællesteamet virker overfor mennesker med dobbeltdiagnose, yderligere beskrevet som hårdknudesager, hvor der er behov for mere viden. Dog med det twist, at de kommunale medarbejdere ikke blot kan søge viden i psykiatrien, de har også den mulighed, med en god begrundelse, at overdrage sagen til psykiatrisk afdeling.

Det umiddelbare svar i den empiriske analyse peger i retning af, at Fællesteamet er afhængigt af, at medlemmerne er forberedte, at de er interesserede og at de besidder relevant viden.

Forskellene i analyserne består i, at sygeplejersken italesætter motivation blandt borgere og medarbejdere som en betingelse for, at Fællesteamets koordinering kan hjælpe borgeren. De kommunale medarbejdere italesætter også deres egen betingelse, som handler om, at kassetænkning ikke skal være en del af koordineringen.

På baggrund af den empiriske analyse argumenteres for, at Viden og Interesse kan være den generative mekanisme, som de kommunale medarbejdere ser ligge til grund for Fællesteamets virke. Ligeledes argumenteres for, at Motivation blandt borger og medarbejdere kan være den generative mekanisme, som sygeplejersken ser ligge til grund for Fællesteamets virke.

Ved at tage udgangspunkt i forskellene foretages en analyse med et retroduktivt sigte om at vise, hvordan betingelserne kan forklares og hvilken indflydelse de kan have på Fællesteamets virke. Her svares altså på specialets underspørgsmål om, hvilke forhold og betingelser der hæmmer/fremmer det koordinerende tiltag.

Analysen viser, at der er en forskel i, hvorledes parterne anskuer vidensdelingen. Det ses, at de kommunale medarbejdere har en lineær tilgang til vidensdelingen, som handler om at komme *ind og op* i psykiatrien efter viden. Det ses også, at sygeplejersken har en horisontal tilgang til vidensdelingen, som handler om at anskue de kommunale medarbejders viden og hendes egen viden som lige vigtige i forhold til sagen. Denne divergens i opfattelsen af vidensdelingen kan, såfremt medlemmerne af Fællesteamet ikke er opmærksomme på den, danne grundlag for, om ikke et konflikt punkt, så et mindre samarbejdsområde.

Analysen viser, at sygeplejersken ser det som de kommunale medarbejders opgave at motivere borgeren til et samarbejde om udredning og behandling. Analysen viser også, at de kommunale medarbejdere oplever, at de ikke bringer en sag til drøftelse i Fællesteamet, før de har prøvet alle de muligheder, de har. Inddragelse af Revstedts (2001) teori om motivationsarbejde kan være en forklaring på, at en mulig uoverensstemmelse om, hvornår der er prøvet nok, ikke behøver at udvikle sig til en konflikt.

Analysen viser, at de kommunale medarbejdere gerne vil undgå, at kassetænkning er en del af betingelserne for Fællesteamet. Det ses også, at de kommunale medarbejdere yder en indsats

i form af at være ekstra godt forberedte, således at deres argument for en specifik indsats ikke taber til et økonomisk hensyn. Analysen viser, at kassetænkning i form af en skarp opdeling mellem *egne* og *andres* opgaver kan være et udtryk for en kamp om kernekompetenceområdet, som er en kendt barriere for tværfagligt samarbejde jf. Tveiten og Aandreaa i Hansen (1999).

Analysen viser, at en del af Fællesteamets betingelser er, at der er meget lidt kendskab til teamet i organisationen og dermed også meget få sager til drøftelse. Denne betingelse kan forklares ved at Fællesteamet, som helhed, anvender beskyttelsesstrategien *At holde lav profil* jf. Janne Seemann (2008). Analysen viser, at man kan antage, at teamet muligvis holder lav profil for at beskytte sig selv mod, at økonomisk knaphed får større indflydelse på Fællesteamets koordinering.

Analysen viser, at Fællesteamet på mange områder kan beskrives ved hjælp La Cour og Højlunds (2008) teori om 3. ordens systemer. Det kan antages, at Fællesteamet har et fælles mål, at der er en vis struktur forbundet med Fællesteamet og dets arbejde samt, at deltagelse i Fællesteamet giver arbejdsmæssige opgaver i de primære organisationer, som medlemmerne repræsenterer i Fællesteamet. Det har ikke med specialets empiri været muligt at drage en antagelse om, hvorvidt det er muligt at have en både-og kommunikation i Fællesteamet, hvor hensyn til den enkelte part og hensyn til Fællesteamet som helhed er muligt at opnå på samme tid. Idet både-og kommunikationen er kendetegnet for systemer af 3. orden, kan det hverken be- eller afkræftes om Fællesteamet tilhører denne gruppe.

Analysen af de generative mekanismer; Interesse/Viden og Motivation viser, at det er muligt at antage, at økonomisk knaphed som ydre omstændighed kan have betydning for, og dermed være en del af forklaringen på, at medlemmerne af Fællesteamet ser netop disse fænomener som generative mekanismer. Ved at inddrage begreberne om magt og modmagt af Foucault (i Heede, 2002) sandsynliggøres det, at de generative mekanismer Interesse/Viden og Motivation kan ses som medlemmernes måde at forsøge at mobilisere tilstrækkelig magt til at udbrede kendskabet om Fællesteamet, som muligvis kan danne et velbegrundet og motiveret argument for et behov for flere økonomiske ressourcer. I denne situation ses det paradoksale,

at en diskurs om økonomisk knaphed kan udløse en modmagt, som kan øge den økonomiske udgift.

Analysen viser også, at den økonomiske knaphed, i stedet for at skabe en modmagt, kan disciplinere Fællesteamet til at holde lav profil, hvormed kendskabet til Fællesteamet formentlig ikke breddes ud i organisationen. Analysen viser, at i en situation hvor Fællesteamet holder lav profil, kan det virke som en "buffer", hvor borgere med behov for en koordineret indsats holdes ude og hvorved de økonomiske udgifter holdes nede.

Perspektivering

Dette speciale er specifikt rettet mod et Fællesteam i Holstebro Kommune, hvorfor resultaterne også i princippet kun kan omhandle denne case. Holstebro Kommune er på den anden side ikke den eneste kommune, hvor der er blevet etableret fællesteams siden år 2007, og hvor konstellationen af Fællesteamet består af repræsentanter fra myndighedsafdelingen, misbrugsafdelingen og psykiatrisk afdeling.

Kvale (1997) beskriver analytisk generalisering, en generaliseringsform, hvor en grundig sammenligning af undersøgelses objekter/cases ligger til grund for en vurdering af, om resultater for den ene case kan overføres til en anden. Denne perspektivering har ikke til formål at skabe en analytisk generalisering. I stedet peges blot på, at analysernes antagelser om, hvordan Holstebro Kommunes Fællesteam virker overfor hvem og under hvilke betingelser, kan være inspiration til andre kommuner om at undersøge, hvilke betingelser deres fællesteam agerer under. Ligesom det af undersøgelsen også kan ses, hvordan fællesteamet reagerer på betingelserne.

En undersøgelse af, hvordan et fællesteam virker samt hvilke betingelse det virker under, kan også bruges som et indspark til de igangværende forhandlinger mellem Kommunernes Landsforening og De Danske Regioner om Sundhedsaftaler for 2014 og frem.

Resultaterne om, at det ikke er entydigt hvilken påvirkning en økonomisk knaphed kan have på en indsats, kan formentlig også være med til at nuancere offentlige diskussioner om besparelser på det sociale område. Ofte opstilles økonomiske besparelser på det sociale

område som det modsatte af kvalitet i sociale indsatser. Eksempelvis som det ses lige nu i den aktuelle valgkamp i forbindelse med kommunalvalget i november 2013.

Resultaterne kan ikke pege på, at en besparelse medfører en forbedring af den sociale indsats eller at en økonomisk besparelse medfører en forringelse af den sociale indsats. Det peges i stedet på, at det ikke kan forudsiges, hvilken påvirkning en økonomisk besparelse medfører for en given indsats, da virkningen kan afhænge af, hvorledes eksempelvis medarbejderne i indsatsen reagerer. Som i dette speciale, hvor analysen viser, at medlemmerne kan reagere ved at mobilisere en modmagt, som kan resultere i et velbegrundet argument til at øge udgiften.

Litteraturliste

Andersen, Svend Aage (2007) Kritisk realisme som perspektiv i socialt arbejde – en introduktion og forskningsoversigt. Den sociale højskole i Århus

Bhaskar, Roy (1975) A realist teory of science.

<http://www.criticalrealism.com/archive/rts/index.html>

Buch-Hansen, Hubert & Nielsen, Peter (2005) Kristisk realisme. Roskilde Universitetsforlag

Brasch, Birgitte B. et al. (2011) Vidensbase – indsatsen for mennesker med sindslidelse og misbrug. Socialt Udviklingscenter SUS

Dahler-Larsen, Peter (2008) Kvalitetens beskaffenhed. Syddansk Universitetsforlag

Ejrnæs, Morten & Guldager, Jens (2010) Helhedssyn og forklaring i sociologi, socialt, sundhedsfagligt og pædagogisk arbejde. Akademisk Forlag

Guldager, Steen (2013) Psykiatri og Misbrug – Forståelse og Håndtering. Slides fra Temadag med Holstebro Kommune april 2013. Laugesens Have

Hagensen, Pauline et al. (2011) En tværfaglig udfordring – Undersøgelse af kommunernes indsats for mennesker med sindslidelse og misbrug. Socialt Udviklingscenter SUS

Hansen, Carsten Yndigegn (1999) Nu trækker vi på samme hammel! Tværfagligt og tværsektorielt samarbejde omkring børn og unge i kommunerne. Socialministeriet København

Heede, Dag (2002). Det tomme menneske. Introduktion til Foucault. Museum Tusculanums Forlag. København

Jacobsen, Michael Hviid & Jensen, Sune Qvotrup (2012) Kvalitative udfordringer kvalitativ metode under forandring i Jacobsen, Michael Hviid & Jensen, Sune Qvotrup (red) Kvalitative udfordringer. Hans Reitzels Forlag København

Johansen, Katrine S (2009) Dobeltdiagnose – dobbelt behandling. Svendborg: KABS

Krogstrup, Hanne K (2011) Kampen om evidens – resultatmåling, effektmåling og evidens. Viborg. Hans Reitzels Forlag

Kvale, Steinar (1997) InterView en introduktion til det kvalitative forskningsinterview. Hans Reitzels Forlag a/s København

La Cour, Anders & Højlund, Holger (2008) Samarbejdets dobbelte strukturer i Tække, Jesper & Paulsen, Michael (red) Luhmann & organisation. Forlaget Unge Pædagoger og forfatterne, København

Larsen, Ole (2011) Handicapsocialrådgivere ser økonomien i øjnene. Socialrådgiveren nr. 6 7. April

<http://socialrdg.dk/Default.aspx?ID=5009>

Nielsen, Peter (2004) Marx, marxisme og den videnskabsteoretiske diskurs – jagten på den forsvundne skat i Fuglsang, Lars og Bitsch Olsen, Poul(red) Videnskabsteori i samfundsvidenskaberne på tværs af fagkulturer og paradigmer. Roskilde Universitetsforlag

Pawson, Ray (2006) Evidence-based Policy – A Realist Perspective. Sage Publications Ltd

Pawson, Ray & Tilley, Nick (1997) Realistic Evaluation. Sage Publications Ltd

Region Midtjylland (2011) Sundhedsfaglig Sundhedsaftale Region Midtjylland 2011-2014. Godkendt version.

Revstedt, Per (2001) Motivations arbejde. Hans Reitzels Forlag a/s, København

Riis, Ole (2012) Kvalitet i kvalitative studier i Jacobsen, Michael Hviid & Jensen, Sune Qvotrup (red) Kvalitative udfordringer. Hans Reitzels Forlag København

Rådet for Socialt Udsatte (2012) Årsrapport for rådet for socialt udsatte 2012

Seemann, Janne (2008). Interorganisatoriske perspektiver i Bømler, Tina (red) Sociale organisationer i en omstillingstid. Hans Reitzels Forlag

Sørensen, Tea K (2013) Patientforeninger slår alarm: De syge misbrugere er kasterbolde. Morgenavisen Jyllandsposten 29. Januar 2013

Sørensen, Tea K (2013) Regioner og KL: Ja, hjælpen halter. Morgenavisen Jyllandsposten 29. Januar 2013

Hjemmeside

<http://www.srab.dk/forskning/hvad+er+evidens-c7->

Forsidebillede

<http://www.socialpaedagogen.dk/da/Arkiv/2013/09-2013/Socialpolitik-Indspark-og-spark-til-reformen.aspx>

Bilagsliste

Bilag 1 : Spørgeguide

Bilag 2 : Feltnoter

Bilag 1

	Indledning	Fortæl om undersøgelse. En analyse af Fællesteamets virke
1	Beskriv arbejdet i Fællesteamet	- Vil du beskrive hvad arbejdet i Fællesteamet består i? (opgaver, møder, processen) - Hvad er dine konkrete opgaver? - Hvordan oplever du arbejdet i Fællesteamet? - Kan du beskrive formålet med arbejdet i Fællesteamet? Kan du give eksempler på, at formålet er opnået/lykkedes?
2	Beskrivelse af borgerne	- Hvordan vil du beskrive de borgere I får kendskab til i Fællesteamet? - Hvilke typer af problemer har de? Hvilke problemstillinger er der flest af? Oplever I, at misbrug og psykiatri vægter lige meget i problemstillingen hos borgeren? Hvis ikke, hvad vægter så mest? Kan du give et eksempel? - Forskning opdeler dobbeltdiagnosepatienter i 4 grupper, svær psykiatri med alkoholmisbrug, let psykiatri med alkoholmisbrug, svær psykiatri med stofmisbrug og let psykiatri med stofmisbrug. Hvilke typer af borgere ser I i Fællesteamet? Hvordan fordeler de sig? - Hvad er en god behandlingsplan for en borger med dobbeltdiagnose? Er der forskel på, hvad der er en god plan for forskellige typer af borgere?
3	Pawson'sk Hvad virker – for hvem – under hvilke betingelser?	- Hvordan oplever du, at Fællesteamet fungerer? Positivt/Negativt - Kan du beskrive nogle positive oplevelser? Hvad i situationen gør den positiv? Hvorfor er den beskrevne oplevelser positiv? Giver en positiv oplevelse automatisk en bedring hos borgeren? Er en positiv oplevelse en opnåelse af Fællesteamets formål? Hvis ikke, hvad er det så? - Hvornår fungerer Fællesteamet godt? (Jf. ovenstående svar) - Oplever du nogle problematikker i arbejdet i Fællesteamet? Vil du beskrive hvad det betyder i praksis? Hvorfor opstår der problematikker i arbejdet i Fællesteamet? Hvilken betydning for problematikkerne for borgerne? - Kan du beskrive forskellen på den gode og den dårlige situation? I forhold til arbejdet i Fællesteamet? I forhold til borgeren? Kan du give en forklaring på, hvorfor der opstår gode og dårlige situationer? - Hvornår fungerer Fællesteamet dårligt? - Hvordan påvirker borgertypen muligheden for opnåelse af en god situation? Kan du forklare hvorfor? - Hvem fungerer Fællesteamet for? - Hvordan vil du løse de beskrevne problematikker? - Hvordan vil du beskrive samarbejdet i Fællesteamet? Kan du give eksempler på det gode og det mindre gode samarbejde? - Hvilken betydning har Fællesteamets arbejde for indsatsen i forhold til borgeren? Positiv/negativ? Hvordan og Hvorfor? - Kan du give eksempler, hvor Fællesteamets arbejde (samarbejde) har skabt succes i forhold til indsatsen overfor borgeren? Kan du give eksempler på det modsatte eller situationer hvor der er sket fejl? - Hvordan påvirker det samarbejdet i Fællesteamet, at samarbejdet er på tværs af sektorer (Betingelser)
4	Koordinering	- Koordinering er et meget anvendt begreb i forskningen om mennesker med dobbeltdiagnose. Kan du beskrive hvordan Fællesteamet koordinerer? - Hvordan oplever du, at koordineringen fungerer? Er der situationer hvor det ikke fungerer? Hvordan er de situationer og kan du forklare hvorfor de opstår? - Når koordineringen i Fællesteamet er succesfuld, hvordan foregår det så? Hvem er koordineringen succesfuld for og hvordan? Hvilke betingelser skaber en god koordinering?
5	Andet	- Er der nogle områder, hvor Fællesteamet kan udvikle sig? Hvordan? Hvorfor er det vigtigt med en udvikling?

Bilag 2

Feltnoter fra deltagelse i temadag om Psykiatri og Misbrug – Forståelse og håndtering ved cand. Psych. Steen Guldager 16. april 2013-04-17

Oplæg ved Steen Guldager

"Det er så komplekst, at vi er nødt til at hjælpe hinanden (...) Derfor er jeg glad for, at I er inviteret fra forskellige sektorer"

"Vi skal bygge bænke – ikke stole man kan falde imellem"

"Jeg laver altid en kognitiv profil (...) Hjerneskade, udviklingshæmning og psykiatri kræver forskellige tiltag"

"Når folk har en indre lidelse, de ikke får hjælp til, så er der mange af dem, der tyer til misbrug"

"Folk der bliver stoffrie uden at få hjælp til deres psykiske lidelse, falder i igen"

"Det er mere interessant hvilket liv der har, og ikke hvilke stoffer de tager (...) Løsningen er at give folk et bedre liv"

Citat fra Peter Ege

"På ethvert komplekst problem findes der en løsning, der er enkel, til at gå til og forkert"

Steen Guldagers bud på løsningen af problemet med de to stole:

Organisering af integreret behandling. Hver kommune har et udredningscenter, hvor alle der ikke "klarer sig" udredes grundigt. Borgerne får hele svineriet uden at mærke de mange sektorer. Efter udredningen begynder behandlingen.

Det er en kæmpe udvidelse af målgruppen for udredning og det kræver samarbejde mellem Kommune og Region.

Egen note:

Betyder ovenstående organisering, at Fællesteamet udelukkes/erstattes af udredningscenter?

Citat Steen Guldager

"Der er stor forskel mellem at sidde sammen og vurdere, hvor sagen skal være, og at sidde sammen og finde fælles fodslag og handling"

Egen note:

Forskel mellem visitering og koordinering. Hvilket tiltag sker i Fællesteamet?

Steen Guldager lægger op til en diskussion i Plenum, hvor en medarbejder skal bringe en "vanskelig sag" i spil.

En misbrugsbehandler fra Alkoholbehandlingen fortæller om en sag, hvor hun oplever, at borgeren "falder i" hver gang hun pga. Bedring mindske kontakten. Behandler oplever, at hun ikke laver misbrugsbehandling.

Efter beskrivelse af sagen, drøftes problematikken blandt deltagerne. Mange ønsker en yderligere udredning af borgeren, at borgeren støttes i at få et øget socialt liv, som kan overtage hans afhængighed af behandleren.

Sygeplejerske fra Regionen påpeger, at hun ikke kan forstå, at sagen ikke har været bragt ind i Fællesteamet.

Citat fra psykiatrisk sygeplejerske fra Regionspsykiatrien

"Faktisk oplever vi, at I ikke ved, at vi findes (...) Der er ingen borgere på bordet. Vi sidder en flok kompetente mennesker rundt om bordet, men der er ingen problematiske sager at drøfte"

Behandler fra Alkohol behandlingen udtaler "Det vidste vi ikke fandtes"

Egen note:

Hvorfor ved behandler ikke, at Fællesteamet findes. Det er deres mulighed for at få hjælp til de vanskelige sager og få hjælp til at lave samarbejde på tværs af sektorerne.

Fællesteamet har været lovpligtigt med Sundhedsaftalerne fra 2007 og beskrivelsen af Fællesteamet er blevet mere præcis i Sundhedsaftalerne fra 2011.