

Samarbejde på tværs

**Et kvalitativt casestudie af den interorganisatoriske grænseflade mellem
Psykiatrien i Region Nordjylland og Aalborg Kommune på
dobbeltdiagnoseområdet**

Af Jannie Kristine Bang Christensen

Speciale, august 2011
Vejleder: Janne Seemann
Ord: 34.911

Sociologiuddannelsen, Aalborg Universitet

Indholdsfortegnelse

KAPITEL 1 - INTRODUKTION.....	3
LÆSEVEJLEDNING	4
DOBBELTDIAGNOSEOMRÅDET	6
<i>Indledende bemærkninger om samarbejdet mellem kommunale og regionale aktører ...</i>	<i>8</i>
PROBLEMFORMULERING.....	9
<i>Uddybning af problemformuleringen.....</i>	<i>11</i>
KAPITEL 2 - CASESTUDIET SOM FORSKNINGSDESIGN.....	14
KONSTRUKTION AF CASEN.....	14
BRÆNDPUNKTER I DEN INTERORGANISATORISKE GRÆNSEFLADE SOM ANALYSEENHED	18
OVERVEJELSER OM TEORI OG METODE.....	19
FORSKNINGSSTRATEGI	20
KAPITEL 3 - DET INTERORGANISATORISKE NETVÆRK PÅ DOBBELTDIAGNOSEOMRÅDET	21
PSYKIATRIEN.....	21
AALBORG KOMMUNE.....	23
KAPITEL 4 - METODISKE REFLEKSIONER	27
MIN EGEN ROLLE I PSYKIATRIEN	27
ADGANG TIL FELTET	29
DET KVALITATIVE INTERVIEW	31
<i>Udvælgelse og rekruttering af informanter.....</i>	<i>31</i>
<i>Interviewguide.....</i>	<i>32</i>
<i>Afholdelse af interviews.....</i>	<i>33</i>
<i>Transskription</i>	<i>34</i>
ETISKE OVERVEJELSER	35
KAPITEL 5 - TEORETISK RAMME	36
KONFLIKTER I GRÆNSEFLADER – ET TEORETISKE BEGREBSAPPARAT.....	37
<i>Grænseflader.....</i>	<i>37</i>
<i>Grænsefladekonflikter</i>	<i>39</i>
<i>Grænsefladerepræsentanter</i>	<i>43</i>
FAGBUREAUKRATIET OG PROFESSIONER.....	44
<i>Professioner.....</i>	<i>45</i>
MAGT – ET SUPPLERENDE TEORETISK BEGREB.....	48
<i>Magt og frontlinjemedarbejdere</i>	<i>49</i>
AFRUNDING	51
KAPITEL 6 - ANALYSESTRATEGI	52
KAPITEL 7 - BILLEDER AF HINANDENS ORGANISATIONER	55
AALBORG KOMMUNE OM PSYKIATRIEN.....	55
<i>Dobbeltdiagnose Teamet</i>	<i>55</i>
<i>Afdeling Syd.....</i>	<i>55</i>
PSYKIATRIEN OM AALBORG KOMMUNE.....	56
KAPITEL 8 - DEN INTERORGANISATORISKE GRÆNSEFLADE	57
AFHÆNGIGHEDERNE MELLEM PSYKIATRIEN OG AALBORG KOMMUNE.....	57
<i>Afhængighed af ekspertise på tværs af sektorerne.....</i>	<i>57</i>

<i>Informationsflow på tværs af de to sektorer.....</i>	<i>61</i>
KONFLIKTER I DET INTERORGANISATORISKE SAMARBEJDE.....	65
<i>Hvor hører patienten hjemme?.....</i>	<i>65</i>
<i>Færdigbehandlet?.....</i>	<i>67</i>
<i>Behandlingsteknologi.....</i>	<i>69</i>
STRUKTURELLE FORHOLD	70
OPSAMLING: UNDERORGANISERING.....	72
KAPITEL 9 - SAMARBEJDSFORMER.....	74
BROBYGGERE I SAMARBEJDET	77
KAPITEL 10 - UDSKRIVNINGSKONFERENCER – EN MAGTUDØVELSE?	79
MAGTFULDE FRONTLINJEMEDARBEJDERE	82
KAPITEL 11 - PROFESSIONALISERING	85
SEKTORPROFESSIONALISERINGSKAMPE	85
INTRAPROFESSIONELLE KAMPE	88
BUREAUKRATIET OG DEN PROFESSIONELLE AUTONOMI	91
KAPITEL 12 - KVALITETSVURDERING	93
ANALYTISK GENERALISERING.....	95
KAPITEL 13 - KONKLUSION	98
UNDERORGANISERING OG KONFLIKTNIVEAUET I DEN INTERORGANISATORISKE GRÆNSEFLADE	99
KONFLIKTERNE I GRÆNSEFLADEN.....	101
IMPLIKATIONER FOR DET INTERORGANISATORISKE SAMARBEJDE.....	102
PROFESSIONSTILHØRSFORHOLD	104
ENGLISH SUMMARY - COOPERATION ACROSS SECTORS.....	106
LITTERATUR.....	109
BILAGSOVERSIGT	112
BILAG 1 - INTERVIEWGUIDE.....	113
BILAG 2 - KODETRÆ.....	116

Kapitel 1

Introduktion

Igen mangler halvdelen af de aktører fra Psykiatrien og Aalborg Kommune, der var inviteret til udskrivningskonferencen. Meningen med udskrivningskonferencen er ellers, at det videre patientforløb skal tilrettelægges ud fra alle de forskellige aktørers viden om patienten og deres faglige anbefalinger om det videre forløb. Udskrivningskonferencen er da også særlig vigtig i det her tilfælde – det er en såkaldt dobbeltdiagnose patient, altså en sindslidende med et misbrug, der skal udskrives og disse patienter udgør en særligt udfordrende patientgruppe, idet deres forløb er komplicerede og involverer mange forskellige aktører fra både Psykiatrien og Aalborg Kommune. Denne udskrivningskonference er præget af en dårlig stemning, eftersom ingen virker velforberejede, da ingen har fået de relevante oplysninger forud for udskrivningskonferencen. Socialrådgiveren fra Psykiatrien, som er mødeleder, er forundret herover, for hun har jo sendt en masse papirer til kommunen, men de må være strandet et sted i det kommunale system. Resultatet af udskrivningskonferencen bliver nogle løse aftaler om det videre patientforløb og det er ikke muligt at træffe nogle endelige beslutninger, fordi halvdelen af aktørerne mangler. Kort efter denne udskrivningskonference har alle glemt, hvem der havde ansvaret for hvad og der er usikkerhed om, hvad der egentligt blev besluttet.

Det beskrevne fiktive scenarie repræsenterer modbilledet til det ideelle samarbejde mellem Psykiatrien og Aalborg Kommune på dobbeltdiagnoseområdet, som de forskellige aktører fra de to organisationer har beskrevet som det ideelle samarbejde i de kvalitative interviews, der ligger til grund for dette speciale. Desværre oplever disse aktører ofte et scenarie, der minder om ovenstående beskrivelse af en udskrivningskonference. Men hvorfor kan det være så vanskeligt at samarbejde på tværs af Aalborg Kommune og Psykiatrien på dobbeltdiagnoseområdet? Hvad er det egentligt, der er på spil i dette tværsektorielle samarbejdet? Således har dette speciale til formål at undersøge den interorganisatoriske grænseflade mellem Psykiatrien i Region Nordjylland og Aalborg Kommune på dobbeltdiagnoseområdet.

Læsevejledning

Kapitel 1 skitserer dobbeltdiagnoseområdet og problemstillinger på dette område for at kontekstualisere specialet. Herefter præsenteres problemformuleringen for specialet og en operationalisering af centrale begreber.

Kapitel 2 indeholder en beskrivelse af forskningsdesignet for specialet, det kvalitative casestudium. I kapitlet beskrives konstruktionen af den valgte case, analyseenhederne i casen, teoretiske og metodiske overvejelser samt forskningsstrategien.

I *kapitel 3* beskrives de fire udvalgte afdelinger/enheder fra Aalborg Kommune og Psykiatrien og deres formelle struktur.

I *kapitel 4* vil metodiske refleksioner fremgå. I denne forbindelse diskuteres min egen rolle i Psykiatrien. Herefter præsenteres det kvalitative interview som den primære empiriindsamlingsmetode i specialet. Afsluttende vil etiske overvejelser fremgå.

Kapitel 5 udgør den teoretiske ramme for specialet. Den teoretiske ramme består af tre perspektiver, hvoraf det første består af David L. Browns begreber om inter- og intraorganisatoriske grænseflader, det andet udgøres af et professionssociologisk perspektiv på grænsefladekonflikter og aktørerne i grænsefladen og det tredje perspektiv består af en magttilgang.

Inden analysen præsenteres analysestrategien i *kapitel 6*.

Kapitel 7-11 udgør den empiriske analyse i specialet.

Kapitel 7 indleder analysen med at præsentere Psykiatrien og Aalborg Kommunes billeder af hinanden.

I *kapitel 8* analyseres den interorganisatoriske grænseflade mellem Psykiatrien og Aalborg Kommune ved at identificere afhængighederne mellem de to organisationer, konflikter i samarbejdet, forklaringer på de identificerede konflikter og afsluttende en opsummerende diskussion af grænsefladens organisering.

Kapitel 9 indeholder en analyse af to empirisk konstruerede samarbejdsformer mellem aktørerne. Ligeledes er der i denne forbindelse en analyse af brobyggere i samarbejdet.

Kapitel 10 analyserer magtrelationerne mellem de to organisationer og mellem aktørerne ved at anvende udskrivningskonferencerne som empirisk nedslagspunkt.

I *kapitel 11* er professionalisering på tværs af sektorerne samt intraprofessionelle kampe genstand for analysen. Kapitlet afsluttes med refleksioner omkring bureaukratiet og den professionelle autonomi.

Kapitel 12 er en kvalitetsvurdering af specialet, hvor validiteten, reliabiliteten og generaliserbarheden diskuteres med udgangspunkt i begreber tilpasset kvalitative studier.

I *kapitel 13* forefindes konklusionen for specialet.

Dobbeltdiagnoseområdet

Nærværende afsnit vil kontekstualisere specialet gennem en kort beskrivelse af problemstillinger i samarbejdet mellem regioner og kommuner på dobbeltdiagnoseområdet. Problemstillingerne vil skitseres og aktualiseres ved inddragelse af diverse artikler, kronikker og debatindlæg, der har præget landets aviser i starten af 2011. Afsluttende vil mine forhåndsantagelser og umiddelbare refleksioner om dobbeltdiagnoseområdet i Aalborg Kommune og Psykiatrien kort introduceres. Disse refleksioner er opstået gennem min indledende research og forhåndskendskab til området og danner baggrund for problemformuleringen i specialet.

Samarbejdet mellem regionerne og kommunerne er indskrevet i sundheds- og rammeaftalerne. Disse aftaler indrammer de politiske visioner og målsætninger på sundhedsområdet og fungerer som et administrativt værktøj i forhold til planlægning og koordination mellem sektorerne. I *Sundhedsaftale om mennesker med sindslidelse* gældende fra januar 2011 mellem Region Nordjylland og de 11 kommuner i regionen er snitfladerne mellem Region Nordjyllands og kommunernes opgaver og ansvarsfordelingen beskrevet. Men på trods af at sundhedsaftalerne søger at præcisere denne opgave- og ansvarsfordelingen, kan der ud fra rapporten *Opgaveudvikling på psykiatriområdet* fra Dansk Sundhedsinstitut 2011 argumenteres for, at sektorgrænserne alligevel ikke er klare, når det kommer til det udførende niveau (Madsen m.fl. 2011). Denne uklarhed i opgave- og ansvarsfordelingen gør sig særligt gældende på dobbeltdiagnoseområdet qua opdelingen af misbrugsbehandlingen og den psykiatriske behandling mellem kommunerne og regionerne.

Dobbeltdiagnose patienter betegner mennesker med en psykisk lidelse og et samtidigt alkohol og/eller stofmisbrug. Der findes ingen komplette opgørelser over antallet af mennesker med en dobbeltdiagnose, da datakompletheden i forskellige registre over misbrugsbehandling og psykiatrisk behandling ikke er fuldstændig (Region Nordjylland 2008). I rapporten *Opgaveudvikling på psykiatriområdet* estimeres det på baggrund af data fra Psykiatrisk Centralregister, at der i perioden 2000-2008 er sket en stigning i dobbeltdiagnose patienter i behandlingspsykiatrien på 43 procent (Madsen m.fl. 2011:77) og dobbeltdiagnose patienterne udgjorde 10 procent af det samlede antal patienter med psykiatriske diagnoser i 2008 (Madsen m.fl. 47). Men flere eksperter på området regner med, at tallet er langt højere, hvilket understøttes af en undersøgelse på Fredericia Misbrugscenter, der viser, at 80 procent af misbrugerne har en psykiatrisk diagnose udover misbruget (Sæhl & Christiansen 2011) og ifølge speciallæge i psykiatri Henrik Rindom har hver tredje patient på en psykiatrisk afdeling et misbrug (Kargaard 2010). Omfanget af dobbeltdiagnose patienter vurderes derfor at være forholdsvis stort og som en patientgruppe, der er vokset markant de seneste år.

Udfordringerne ved at behandle mennesker med en dobbeltdiagnose er, at de kan være vanskelige at motivere til behandling og at behandlingen af den psykiske lidelse og misbruget gerne skal være integreret for at opnå succes med begge behandlinger. Imidlertid er behandlingen af misbruget og behandlingen af den psykiske lidelse placeret i henholdsvis kommunalt og regionalt regi, hvilket beskrives i *Sundhedsaftale om mennesker med sindslidende*:

”Behandlingspsykiatrien udreder og behandler patienter med sindslidelse og samtidigt misbrug, der ud fra en speciallægefaglig vurdering har behov for sygehusbehandling. Kommunen har myndighedsansvaret i forhold til behandling af alkoholmisbrugere og stofmisbrugere.”

(Sundhedsaftale om mennesker med sindslidelse 2011:9, egne fremhævelser)

Psykiatrien i Region Nordjylland er derfor ansvarlig for at behandle den psykiske lidelse, hvor det ud fra et speciallægefaglig syn vurderes nødvendigt at varetage i sygehusregi eller hvis misbruget kræver sygehusbehandling. Men selvom der umiddelbart synes at være en klar grænse mellem den regionale behandlingspsykiatri og kommunens opgaver, så har Kommunernes Landsforening de seneste måneder haft stor fokus på denne opgavefordeling, idet flere kommuner oplever, at psykisk syge misbrugere afvises i den regionale psykiatri qua deres misbrug (Kaargaard 2011). Derfor har Kommunernes Landsforening skrevet et åbent brev til Indenrigs- og Sundhedsminister Bertel Haarder, hvilket nedenstående er et uddrag af:

”Kommunerne oplever meget store vanskeligheder med at få udredt og behandlet misbrugere med psykiske lidelser i det regionale behandlingssystem. KL har foretaget en rundspørge til lederne på de kommunale misbrugscentre over hele landet, og de bekræfter alle tendensen til, at misbrugere og især stofmisbrugere med psykiske lidelse afvises i det regionale behandlingssystem.”

(Brev til Bertel Haarder d. 7/3 2011)

Som svar herpå skriver Indenrigs- og Sundhedsminister Bertel Haarder, at ansvarsfordelingen mellem regionerne og kommunerne er klar, idet regionerne har behandlingsansvaret for den psykiske lidelse uanset, om denne er ledsaget af et misbrug og kommunerne har ansvaret for misbrugsbehandlingen.

Årsagen til at psykisk syge misbrugere afvises i behandlingspsykiatrien er ifølge regionerne, at denne patientgruppe er vanskelig at håndtere samt at et aktivt misbrug vanskeliggør eller forhindrer medicinering af den psykiske lidelse og forvrænger symptomer på den psykiske lidelse. Regionerne foreslår, at misbrugsbehandlingen skal varetages af regionerne, således at hele behandlingen af dobbeltdiagnose patienter foregår indenfor regionalt regi (Christiansen & Sæhl

2011). Der foregår derfor en kamp om arbejdsopgaver og arbejdsmæssige territorier i forhold til dobbeltdiagnose patienterne regionerne og kommunerne imellem.

Dobeltdiagnose patienter risikerer at blive kastebolde mellem det kommunale misbrugsbehandlingssystem og den regionale behandlingspsykiatri, hvor de enten ikke behandles for deres psykiske lidelse, fordi de primært er tilknyttet misbrugsbehandling eller ikke behandles for deres misbrug, da de primært er i behandling for deres psykiske lidelse. Der altså risiko for, at denne patientgruppe ikke bliver adækvat behandlet for begge diagnoser eller overhovedet får behandling for nogen af delene. Men det er ikke blot mellem kommunerne og regionerne, at behandlingen af dobbeltdiagnose patienter skal koordineres. Internt i kommunerne er der ofte også et koordinationsarbejde og samarbejde om denne patientgruppe, idet de ofte udover misbrugsbehandlingen også er tilknyttet socialpsykiatrien i kommunerne. Misbrugsbehandlingen og socialpsykiatrien er ikke nødvendigvis forankret i den samme forvaltning i kommunen, hvilket skaber behov for internt samarbejde i kommunerne om dobbeltdiagnose patienterne. På baggrund heraf kan der argumenteres for, at det kræver samarbejde på tværs af sektorgrænser og forvaltninger at skabe et sammenhængende patientforløb for dobbeltdiagnose patienterne. Men hvordan er grænsefladen egentlig mellem kommunerne og regionerne? Det er denne problemstilling, der er omdrejningspunktet for nærværende speciale.

Indledende bemærkninger om samarbejdet mellem kommunale og regionale aktører

Hvem er egentligt involveret i dobbeltdiagnoseområdet i henholdsvis kommunalt og regionalt regi? For at afklare dette har jeg indledende lavet research på dobbeltdiagnoseområdet i Aalborg Kommune og Psykiatrien i Region Nordjylland (herefter Psykiatrien), hvor forskellige dokumenter som Sundhedsaftalerne, hjemmesider, servicedeklarationer, rapporter og andet relevant materiale er gennemgået. Supplerende er afholdt en række møder med forskellige involverede aktører, som jeg gennem min indledende research fik kendskab til. Hurtigt blev det evident, at dobbeltdiagnoseområdet rent organisatorisk var et komplekst område, der udover det tværsektorielle samarbejde også kræver samarbejde internt i henholdsvis Aalborg Kommune og Psykiatrien. I min naivitet troede jeg, at det interne samarbejde i organisationerne var veletableret, men det blev hurtigt tydeligt, at det interne samarbejde til tider var ikke-eksisterende.

På baggrund af de indledende møder med forskellige aktører i Aalborg Kommune, der agerer i grænsefladen mellem Aalborg Kommune og Psykiatrien, kan det tyde på, at erfaringerne og synet på samarbejdsrelationerne internt i Aalborg Kommune repræsenterer forskellige virkelighedsbilleder afhængigt af, hvor i organisationen aktøren er placeret og hvilke funktioner han/hun har. De forskellige virkelighedsbilleder kan alle være rigtige og det vil heller ikke være formålet med dette speciale at afgøre, hvem der har det "sande" virkelighedsbillede. Et sådant

virkelighedsbillede findes ikke, og det vil være umuligt at beskrive samarbejdsrelationerne og grænsefladerne fra en fuldstændig objektiv position. Imidlertid er de forskellige virkelighedsbilleder med til at illustrere kompleksiteten af samarbejdsrelationerne og grænsefladen såvel internt i organisationerne som interorganisatorisk. Hvis alle aktører har hvert deres billede af samarbejdet og grænsefladen, er det ikke underligt, hvis samarbejdet er præget af konflikter og misforståelser. De forskellige aktørers virkelighedsbilleder være præget af deres profession og organisatoriske tilhørsforhold.

Umiddelbart kan det virke som om, at Psykiatrien opfattes som dikterende for samarbejdet i grænsefladen. Det virker som om, at de forskellige initiativer til samarbejde på tværs af Aalborg Kommune og Psykiatrien egentligt kun realiseres, når Psykiatrien ønsker det. Det virker som om, at flere af de kommunale aktører, som jeg har været i indledende kontakt med, opfatter Psykiatrien som en magtfuld organisation, der kan være svær at danse med i forbindelse med samarbejde om indlæggelse og udskrivning af dobbeltdiagnose patienter.

Den indledende research har derfor dannet baggrund for en række forhåndsantagelser, refleksioner og spørgsmål om det interorganisatoriske samarbejde mellem Aalborg Kommune og Psykiatrien på dobbeltdiagnoseområdet, og har sammen med mit forhåndskendskab til Psykiatrien¹ dannet fundamentet for problemformuleringen i specialet.

Problemformulering

Hvordan karakteriserer de involverede aktører på det udførende niveau den interorganisatoriske grænseflade mellem Psykiatrien og Aalborg Kommune på dobbeltdiagnoseområdet?

Herunder opstilles tre underspørgsmål til problemformuleringen:

1. *Hvilke konflikter kan identificeres i grænsefladen, og hvordan kan de forstås og forklares?*
2. *Hvilke implikationer har grænsefladeorganiseringen for de involverede aktørers samarbejde?*
3. *Hvilken betydning har de involverede aktørers professionstilhørsforhold for samarbejdet og konflikter i grænsefladen?*

For at besvare problemformuleringen vil de centrale begreber først defineres og operationaliseres, hvorved der også fremkommer en naturlig afgrænsning. Derefter følger en uddybning af problemformuleringen.

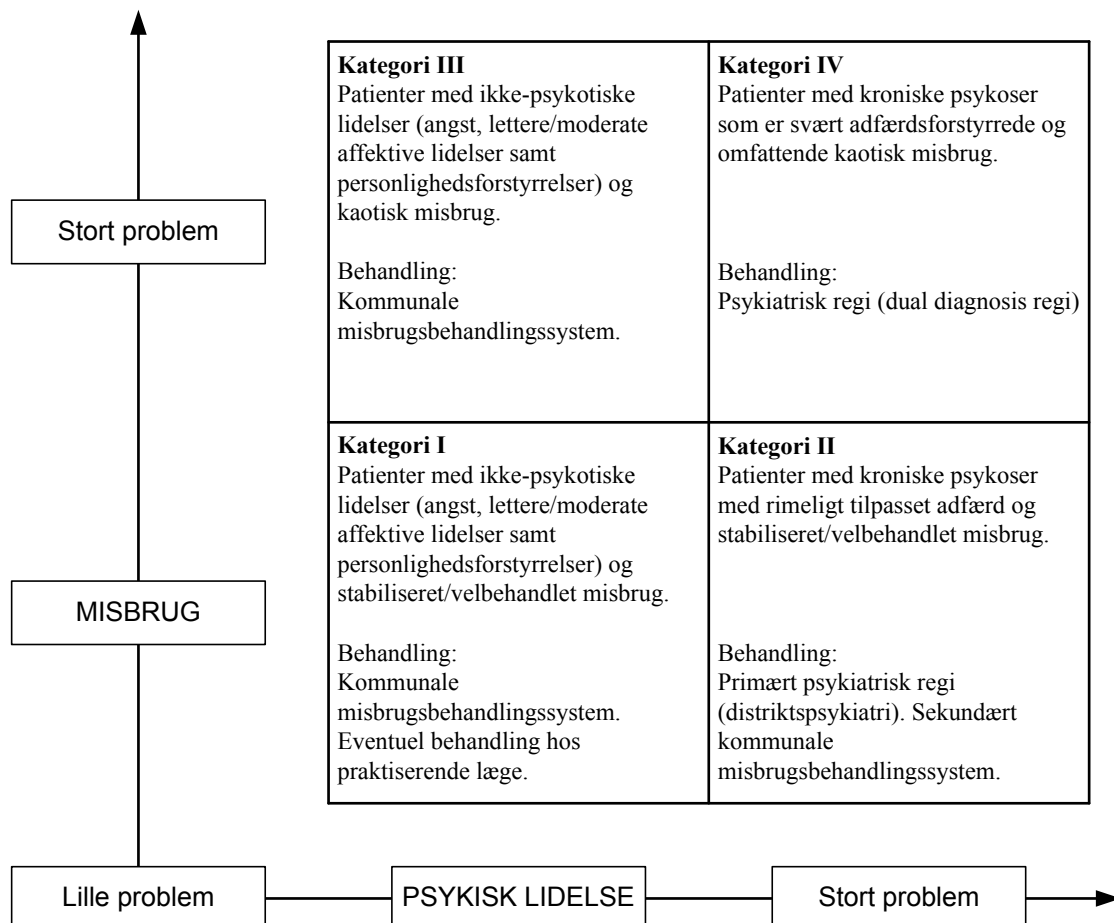
¹ Mit forhåndskendskab til Psykiatrien diskuteres i *Min rolle i Psykiatrien*.

Grænseflade er defineret ud fra David L. Browns teoretiske univers om intra- og interorganisatoriske grænseflader. Grænseflader betegner de arenaer, hvor organisationer og repræsentanter for disse organisationer interagerer (Brown 1983:1). Grænseflader opstår, når organisationer eller afdelinger er afhængige af hinanden for at løse en given opgave og de kan både eksistere internt i en organisation og på tværs organisationer.

Dobbeltdiagnose patienter/borgere² betegner en blandet gruppe, hvor sværhedsgraden af misbruget og den psykiske lidelse er varierende. Grundlæggende betegnes personer med en diagnosticeret psykisk lidelse og et samtidigt misbrugsproblem som dobbeltdiagnose patienter (Region Nordjylland 2008:8; Sundhedsaftalen 2011).

For at afgrænse denne gruppe af dobbeltdiagnosticerede patienter anvendes opdelingen af denne patientgruppe fra sundhedsaftalen mellem Region Nordjylland og de 11 elleve kommuner. Dobbeltdiagnose patienterne opdeles i fire grupper, hvilket er illustreret i nedenstående figur:

Figur 1: Opdeling af dobbeltdiagnose patienter i fire grupper



Kilde: Bilag til Sundhedsaftale om mennesker med sindslidelser.

² Om denne gruppe af dobbeltdiagnosticerede vil betegnelsen borgere og patienter anvendes synonymt. Der er en tendens til, at denne gruppe primært omtales som borgere i kommunalt regi og som patienter i Psykiatriens regi.

Formålet med opdelingen er, at tydeliggøre grænserne mellem Region Nordjylland og de nordjyske kommuners ansvar for behandling. Regionen har primært behandlingsansvaret for den psykiske lidelse for patienter i kategori II og IV. Derimod har de praktiserende læger primært behandlingsansvaret for patienter i kategori I og III. Kommunerne har ansvaret for misbrugsbehandling og substitutionsbehandling for alle fire kategorier. Derudover har kommunerne ansvaret for sociale støtteordninger, botilbud, hjemmepleje, beskyttet uddannelses-, aktivitets og samværstilbud (ibid).

I dette speciale afgrænses dobbeltdiagnose patientgruppen til kategori II og IV, hvilket vil sige de patientkategorier, der er i berøring med Psykiatrien. Det er disse patientkategorier, der er omdrejningspunktet for samarbejdet mellem Psykiatrien og Aalborg Kommune. I patientkategori II og IV vurderes det, at de praktiserende læger kun har en indledende rolle i forbindelse med henvisning til Psykiatrien, hvorefter de ikke er involveret i behandlingen af den psykiske lidelse eller misbruget. Derfor vil de praktiserende lægers rolle i behandlingen af dobbeltdiagnose patienterne ikke indgå i specialet.

Samarbejde indeholder adfærds- og attitudemæssige komponenter ved organisationerne og de forskellige aktører (Alter & Hage 1993:86). Den adfærdsmæssige komponent refererer til organisationernes/aktørernes vilje til at arbejde sammen og den attitudemæssige henviser til fraværet af selvished. Mere præcist kan samarbejde defineres som:

"The quality of the relationship between human actors in a system consisting of mutual understanding, shared goals and values, and an ability to work together on a common task."

(Alter & Hage 1993:86)

Samarbejde er derfor en egenskab ved relationer mellem aktører, som forudsætter gensidig forståelse, fælles mål og værdier samt evnen til at arbejde sammen om en fælles opgave.

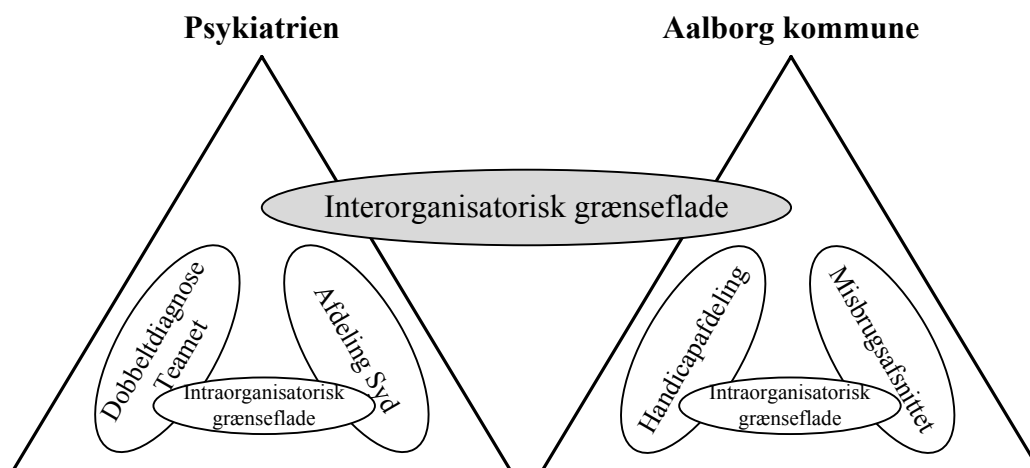
Uddybning af problemformuleringen

Problemformuleringen er opbygget af en hovedproblemformulering og tre underspørgsmål. Formålet med hovedproblemformuleringen er at undersøge grænsefladen mellem Psykiatrien og Aalborg Kommune på dobbeltdiagnoseområdet på det udførende niveau. For at analysere grænsefladen vil centrale involverede aktører fra begge organisationer inddrages og det er ud fra disse aktørers syn på og erfaringer med grænsefladen, at problemformuleringen vil besvares. Aktørernes meninger og erfaringer anses som et udtryk for de(n) institutionelle virkelighed(er), som

de er en del af og som påvirker deres organisatoriske adfærd. Ved at fokusere på deres meninger og erfaringer er det muligt at indfange de normer, værdier og virkelighedsopfattelser, der er på spil i den tværsektorielle grænseflade (Seemann & Antoft 2002:1). Det tværsektorielle samarbejde mellem Aalborg Kommune og Psykiatrien på dobbeltdiagnoseområdet består derfor både af strukturelle elementer og de involverede aktørers egne forståelser. Det overordnede administrative og politiske niveau i samarbejdet mellem Psykiatrien og Aalborg Kommune vil ikke inddrages i analysen af grænsefladen, da grænsefladen kun vil analyseres på det udførende niveau.

For at besvare hovedproblemformuleringen er det imidlertid også relevant at inddrage den intraorganisatoriske grænseflade mellem Misbrugsafsnittet og Handicapafdelingen i Aalborg Kommune samt den intraorganisatoriske grænseflade mellem Dobbeldiagnose Teamet og Afdeling Syd i Psykiatrien, da dobbeltdiagnose patienter potentielt kan være tilknyttet disse fire afdelinger/afsnit. De interne afhængigheder og intraorganisatoriske grænseflader i henholdsvis Aalborg Kommune og Psykiatrien anses derfor som betydningsfulde for den interorganisatoriske grænseflade, hvilket er illustreret i nedenstående figur:

Figur 2: Udvalgte grænseflader i Psykiatriens og Aalborg Kommunes samarbejde om dobbeltdiagnose patienter.



Figuren viser ligeledes en afgrænsning af, hvilke aktører der vil inddrages fra henholdsvis Psykiatrien³ og Aalborg Kommune. Psykiatrien er afgrænset til Afdeling Syd og Dobbeldiagnose

³ Behandlingen i Psykiatrien er organiseret i fem hovedafdelinger. Hver afdeling dækker over et geografisk område i Nordjylland, bortset fra Retspsykiatrisk Afdeling og Børne- og Ungdomspsykiatrisk Afdeling der er dækker hele regionen. Afdeling Syd dækker følgende kommuner: Aalborg, Rebild, Vesthimmerland og Mariagerfjord (www.psykiatri.rn.dk). Aalborg Kommunes samarbejde med Psykiatrien er derfor primært samarbejdet med Afdelingen Syd.

Teamet, der er en ambulant behandlingsenhed målrettet dobbeltdiagnose patienter. Afdeling Syd er ikke afgrænset til et sengeafsnit, idet der ikke findes et sengeafsnit med specialiserede sengepladser målrettet dobbeltdiagnose patienter. Derfor kan dobbeltdiagnose patienterne i teorien have været indlagt på et hvilket som helst sengeafsnit i Psykiatrien, hvorfor hele Afdeling Syd udvælges som Dobeltdiagnose Teamets samarbejdspartner internt i Psykiatrien.

Aalborg Kommune afgrænses til Misbrugsafsnittet under Familie- og Beskæftigelsesforvaltningen samt Handicapafdelingen, der er placeret under Ældre- og Handicapforvaltningen og varetager de kommunale socialpsykiatriske tilbud. Både Misbrugsafsnittet og Handicapafdelingen kan være involveret i håndteringen af dobbeltdiagnose patienter, og eftersom de er placeret i to forskellige forvaltninger, kræver håndteringen af dobbeltdiagnose patienter samarbejde på tværs af forvaltningerne.

Formålet med de tre underspørgsmål i problemformuleringen er at præcisere og uddybe hovedproblemformuleringen. Det første underspørgsmål identificerer konflikterne i den interorganisatoriske grænseflade, og hvad der kan ligge bag disse konflikter. De identificerede konflikter anses som en indikator på grænsefladeorganiseringen, hvorfor det er nødvendigt at undersøge konflikterne for at kunne begribe den interorganisatoriske grænseflade.

Organiseringen af grænsefladen formodes at muliggøre og begrænse forskellige samarbejdsformer og interaktionsmønstre mellem aktørerne. Det andet underspørgsmål har derfor til formål at undersøge, hvordan organiseringen af den interorganisatoriske grænseflade egentligt påvirker aktørernes samarbejde. Men det er ikke blot organiseringen af grænsefladen, der påvirker aktørernes samarbejds muligheder, ligeledes formodes det, at magtrelationer og aktørernes professionstilhørsforhold har betydning for det tværsektorielle samarbejde samt de konflikter, der udspiller sig i grænsefladen. Professionaliseringskampe på tværs af professionerne og sektorerne kan netop have en forklaringskraft i forhold til de identificerede konflikter i grænsefladen og ved hjælp af det tredje underspørgsmål vil professionaliseringsaspektet indfanges.

Kapitel 2

Casestudiet som forskningsdesign

En forudsætning for at sikre at analyseresultaterne er valide og adækvate er forskningsdesignet. Formålet med forskningsdesignet er at skabe sammenhæng mellem problemformuleringen, teorivalget, empiriindsamlingsmetode, analyse og konklusion (de Vaus 2001:9). For dette speciale er det kvalitative casestudium valgt som forskningsdesign, da det kvalitative casestudium muliggør et dybdegående studie af et fænomen i dets kompleksitet (Antoft & Salomonsen 2007:30). Formålet med mit speciale er at undersøge den interorganisatoriske grænseflade mellem Psykiatrien og Aalborg Kommune ud fra de involverede aktørers erfaringer med og syn på grænsefladen. Besvarelsen af denne problemformulering kræver en dybdegående undersøgelse af den interorganisatoriske grænseflade samtidig med, at den organisatoriske kontekst, hvori grænsefladen eksisterer og udfolder sig, inddrages. Denne opmærksomhed mod den organisatoriske kontekst skærpes ved at vælge et casestudie som forskningsdesign, idet casestudiet ifølge Robert K. Yin netop er karakteriseret ved, at grænserne mellem casen og dens kontekst ikke er klare (Yin 1994:13). Men hvorledes casen konstrueres og definitionen af grænserne mellem casen og dens kontekst beror på en analytisk konstruktion foretaget af os som forskere (Antoft & Salomonsen 2007:31-33; Andersen 1997:61). Casen eksisterer derfor ikke *per se*, men konstrueres ud fra det fokus, som undersøgelsen har. Konstruktionen af casen er en tentativ konstruktion, der kan ændres undervejs i forskningsprocessen i takt med, at forståelse for casen bliver større. Casestudiet som forskningsstrategi muliggør derfor fleksibilitet i forskningsprocessen, idet nyopdagede aspekter kan afdækkes og den teoretiske ramme kan udvides ellers ændres, hvis casen ændrer karakter (Andersen 1997:55). I dette speciale er casen konstrueret og afgrænset ved hjælp af min teoretiske ramme, som overvejende udgøres af David L. Brown og hans begreber om intra- og interorganisatoriske grænseflader, hvilket uddybes senere.

Konstruktion af casen

Casestudier kan ud fra Yins terminologi overordnet inddeles i fire hovedtyper alt efter, om casen er holistisk eller embedded samt antallet af medtagne cases (Yin 1994:38-39). I dette casestudie er grænsefladen mellem Aalborg Kommune og Psykiatrien udvalgt som case, hvilken konstituerer et singlecasestudie. Ud fra den indledende research i min forskningsproces blev det evident, at samarbejdet mellem Psykiatrien og Aalborg Kommune om dobbeltdiagnose patienter

er unikt i forhold til samarbejdet mellem Psykiatrien og de resterende ti nordjyske kommuner. Dette skyldes, at det Dobbeldtagnose Teamet primært henvender sig til borgere med dobbeltdiagnoseproblematik fra Aalborg Kommune. Derfor er Aalborg Kommune den eneste nordjyske kommune med et specialiseret ambulant tilbud til dobbeltdiagnose borgere i Psykiatrien (Bilateral sundhedsaftale mellem Aalborg Kommune og Region Nordjylland). Samtidig er Aalborg Kommune traditionelt kendt som en kommune, hvis indsats på det sociale område har været stor, hvorfor der findes en lang række veletablerede tilbud for socialt udsatte borgere og hvor samarbejdet med frivillige organisationer i forbindelse med tilbud til socialt udsatte har været veludbygget og velfungerende (Bech-Jørgensen 2005:12-14). Desuden havde Aalborg Kommune også ansvaret for misbrugsbehandlingen i forbindelse med stofafhængighed inden Strukturreformen i 2007, selvom denne var en amtslig opgave, hvorfor denne del af misbrugsbehandlingen altid har krævet et tværsektorielt samarbejde i forbindelse med psykisk syge stofmisbrugere i psykiatrisk behandling (Jakobsen m.fl. 2008: bilag 3). Tilbuddene til socialt udsatte og misbrugsbehandlingen – i hvert fald for stofområdet – er derfor ikke nyetablerede i kommunalt regi, hvorfor det må formodes, at samarbejdet på tværs af de to sektorer ikke bærer præg af begyndervanskeligheder qua nye tilbud. På baggrund af Aalborg Kommunes historik og Dobbeldtagnose Teamets eksistens kan der argumenteres for, at grænsefladen og samarbejdet mellem Aalborg Kommune og Psykiatrien kan ses som en unik case og en case, der kan være særlig informativ i forhold til at belyse den tværsektorielle grænseflade på dobbeltdiagnoseområdet. Men uanset om den valgte case kan anses som en unik eller særlig informativ case, så afspejler en case altid et mere generelt fænomen (Antoft & Salomonson 2007:31). Det betyder ikke, at der er et entydigt svar på, hvad casen er et eksempel på, da det afhænger af, hvilket *”hjørne af virkeligheden, man som forsker lægger vægt på”* (ibid). Dette understreger ligeledes, hvordan cases altid er analytiske konstruktioner. I mit speciale antages det, at den udvalgte case på et mere overordnet niveau afspejler det tværsektorielle samarbejde mellem to organisationer, der har forskellige politiske/administrative ledelser og er organiseret på vidt forskellige måder, men som er dybt afhængige af hinanden for at kunne løse opgaver på det sociale og sundhedsmæssige område. Dobbeldtagnoseområdet er blot mit empiriske nedslag for at undersøge dette samarbejde, men i teorien kunne jeg have valgt at fokusere på ethvert andet område, der kræver samarbejde mellem social- og sundhedssektoren. På et sociologisk teoretisk niveau afspejler den udvalgte case en generel problemstilling om integration og disintegration, idet den fortsatte specialisering og arbejdsdeling i både social- og sundhedssektoren fordrer øget koordination og samarbejde på tværs af sektorerne for at sikre en integreret indsats. Risikoen ved den fortsatte specialisering er imidlertid, at indsatsen på tværs af sektorerne, ja selv internt i sektorerne, bliver fragmenteret og usammenhængende.

For at undersøge den tværsektorielle grænseflade er min grundlæggende antagelse, at sådanne grænseflader og interaktioner i grænsefladerne altid er præget af konflikter. Denne antagelse

understøttes af Catherine Alter⁴ og Jerald Hage⁵, som mener, at risikoen for konflikter i interorganisatoriske netværk er større, når netværkene er underlagt ekstern kontrol og styring, stærkt centraliseret, differentieret og har en stor størrelse (Alter & Hage 1993:192-195). Sundhedssektoren og den sociale sektor er i høj grad præget af disse fire elementer, hvorfor det er en plausibel antagelse, at den interorganisatoriske grænseflade er præget af konflikter.

Imidlertid kan konflikterne være produktive eller kontraproduktive, hvorfor konflikter ikke nødvendigvis skal opfattes negativt (Brown 1983:6-9). Det antages altså a priori i dette speciale, at grænsefladen mellem Psykiatrien og Aalborg Kommune er karakteriseret af konflikter, som enten kan antage en produktiv og/eller kontraproduktiv karakter. Denne antagelse er inspireret af David L. Browns teorier om grænseflader. Ifølge Brown er der fire elementer i analysen af konflikter i en grænseflade: 1) Selve grænsefladen, 2) Parterne/organisationerne i grænsefladen, 3) Repræsentanterne/aktørerne der interagerer og samarbejder i grænsefladen og 4) Konteksten for grænsefladen (Brown 1983:20). I dette speciale er den interorganisatoriske grænseflade mellem Aalborg Kommune og Psykiatrien på dobbeltdiagnoseområdet mere specifikt udvalgt som case. Denne grænseflade vil dels forstås ud fra grænsefladen i sig selv og dels ud fra udvalgte repræsentanter/aktører fra henholdsvis Psykiatrien og Aalborg Kommune, som agerer i grænsefladen, og deres erfaringer med samarbejdsrelationerne på tværs af de to sektorer. Sådanne repræsentanter/aktører kan forstås ud fra forskellige optikker, men i dette speciale er en professions sociologisk optik valgt som en del af den teoretiske ramme. Dette skyldes, at det er min overbevisning, at disse aktører er indlejrede i en strukturel og en institutionel kontekst, hvor blandt andet professionstilhørsforhold er med til at forme aktørernes organisatoriske adfærd, normer, værdier og virkelighedsopfattelser⁶. Professionstilhørsforhold kan blandt andet komme til udtryk som inter- eller/og intraprofessionelle kampe om arbejdsområder, hvilket kan forme interaktionen og relationerne mellem grænsefladerepræsentanterne i den interorganisatoriske grænseflade. Aktørernes organisatoriske adfærd anses derfor som institutionelt reguleret, men det betyder imidlertid ikke, at aktørernes adfærd anses som determineret af de organisatoriske strukturer eller den institutionelle kontekst, idet aktørerne også påvirker og er med til reproducere strukturerne og institutionerne gennem deres handlinger og adfærd⁷. Den ontologiske antagelse i dette speciale er derfor, at strukturerne og aktørerne gensidigt påvirker hinanden.

Et casestudium kan ifølge Yins fire hovedinddelinger af casestudier være holistisk eller embedded afhængigt af, om casen analyseres som en samlet case eller ud fra en række subcases (Yin1994:38-39). I dette speciale repræsenterer den konstruerede case et komplekst fænomen,

⁴ Professor og leder af School of Social Work ved University of Iowa.

⁵ Forsker i organisationer.

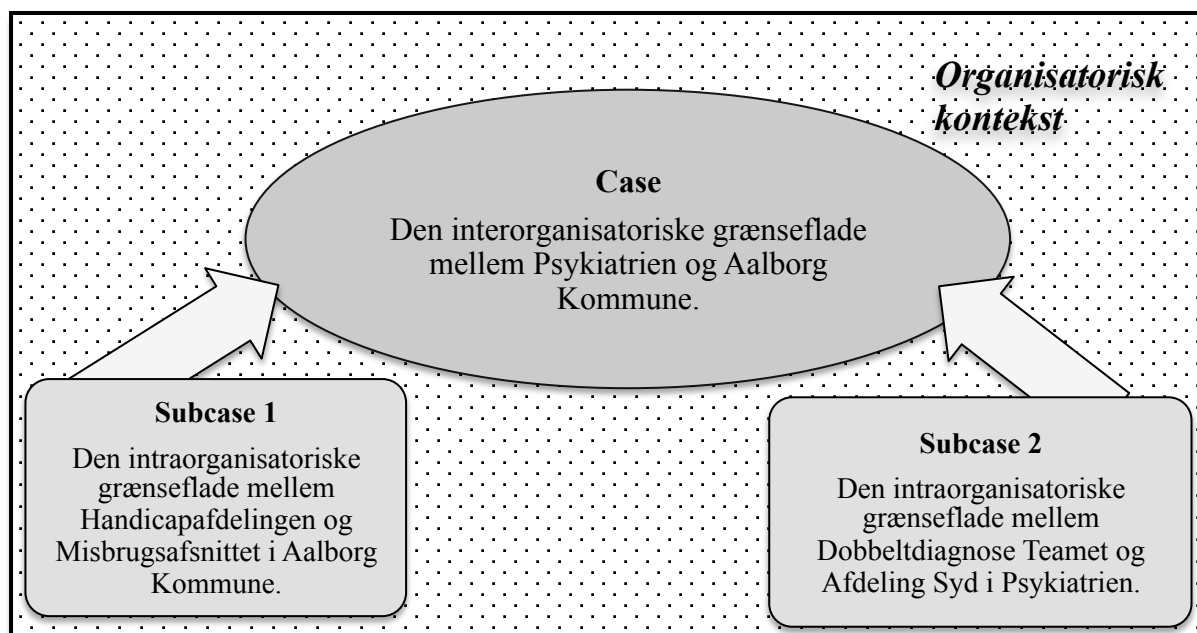
⁶ Denne forståelse minder om en organisationsforståelse, der kan indplaceres i den institutionelle tradition (Hatch 2006:85-88).

⁷ Dette minder om Anthony Giddens' strukturationsteori (Hatch 2006:123-124) eller Peter Berger og Thomas Luckmanns socialkonstruktivistiske teori om den sociale verden og de dertilhørende begreber om eksternalisering, objektivisering og internalisering (Hatch 2006:43-44).

som med fordel kan analyseres ved hjælp af subcases. Subcases er med til at forklare og skabe forståelse for den samlede case, nemlig den interorganisatoriske grænseflade mellem Psykiatrien og Aalborg Kommune. Den ene subcase, der vil konstrueres, er den intraorganisatoriske grænseflade mellem Handicapafdelingen og Misbrugsafsnittet i Aalborg Kommune. Den anden subcase udgøres af den intraorganisatoriske grænseflade i Psykiatrien mellem Dobbelt diagnose Teamet og Afdeling Syd. Hvordan samarbejdet mellem aktører fra henholdsvis Handicapafdelingen og Misbrugsafsnittet samt Dobbelt diagnose Teamet og Afdeling Syd udspiller i forhold til at løse arbejdsopgaver på dobbelt diagnoseområdet påvirker måden, hvorpå de forskellige involverede aktører erfarer og forstår grænsefladen mellem Psykiatrien og Aalborg Kommune. Opdelingen i en overordnet case og to subcases skal ses som et heuristisk værktøj. I praksis kan der argumenteres for, at det ikke er muligt klart at adskille, hvad der sker i den intra- og interorganisatoriske grænseflade, idet disse er tæt forbundne og gensidigt påvirker hinanden og aktørernes adfærd ikke nødvendigvis ændrer sig markant, når de agerer i den ene grænseflade frem for den anden. Den analytiske distinktion mellem den overordnede interorganisatoriske grænseflade og de to intraorganisatoriske grænseflader har derfor til formål at strukturere min empiriindsamling og analyse snarere end at afspejle praksis.

Casestudiet for dette speciale er designet som et single embedded casestudium med to subcases:

Figur 3: Det kvalitative single embedded casestudium



De to subcases er med til at kaste lys over den samlede case. Det prikkede område i figuren illustrerer den organisatoriske kontekst for min case. Den organisatoriske kontekst refererer til de

enkelte organisationer, der indgår i det interorganisatoriske netværk på dobbeltdiagnoseområdet samt den institutionelle kontekst knyttet til disse organisationer. Herved bliver det evident, at selve organisationerne ikke er de centrale elementer i dette speciale, men i stedet anses som en del af konteksten for samarbejdsrelationerne, som udspiller sig i grænsefladerne på tværs af organisationerne. At organisationerne er en del af konteksten i dette casestudium skal ses som en analytisk konstruktion, hvis formål er at skærpe fokus på den interorganisatoriske grænseflade og relationerne heri. Det betyder dog ikke, at organisationerne ikke vil indgå som en del af analysen, da det i praksis er vanskeligt adskille den interorganisatoriske grænseflade fra organisationerne, da disse er tæt forbundne. Det er særligt i denne forbindelse at casestudiet har sin berettigelse i forhold til at undersøge problemstillingen for specialet, idet de flydende grænser mellem selve casen og dens kontekst er en anerkendt præmis for casestudier som forskningsstrategi.

Brændpunkter i den interorganisatoriske grænseflade som analyseenhed

For at gøre den konstruerede case om den interorganisatoriske grænseflade mellem Psykiatrien og Aalborg Kommune operationaliserbar og mulig at analysere er brændpunkter i samarbejdet mellem disse to organisationer valgt som analyseenhed. Brændpunkter i organisatoriske grænseflader betegner de kritiske samarbejdsrelationer, hvor samarbejdet er præget af tilbagevendende problemer og konflikter (Seemann & Antoft 2002:26; Gustafsson & Seemann 1988:169). Sådanne brændpunkter kan typisk identificeres, hvor der er:

- Uenighed om, hvem der skal gøre hvad, hvilket skaber domænekonflikter og konflikter om arbejdsdeling.
- Uenighed om behandlingsteknologi, arbejdsmetoder og principper, hvilket kan være forårsaget af forskelle i virkelighedsopfattelser qua forskellige professions- og sektorlogikker.
- Uenighed om mål og vurderingskriterier, fx uenigheder om hvornår en patient er færdigbehandlet eller har behov for misbrugsbehandling/psykiatrisk behandling.
- Forskelle i parternes interne strukturer, kulturer og processer, fx forskellige organisationskulturer.
- Forskelle i parternes ønsker til samarbejdsform, fx hvis den ene part ønsker et struktureret samarbejde og den anden part ønsker et mere ad hoc præget samarbejde (ibid).

En analyse af de kritiske samarbejdsrelationer indebærer indledningsvis en analytisk indkredsning af det interorganisatoriske netværk på dobbeltdiagnoseområdet (Seemann & Antoft 2002:26-27; Gustafsson & Seemann 1988:168-170). Denne indkredsning af de udvalgte involverede parter i dobbeltdiagnosebehandlingen vil fremgå af kapitlet *Det interorganisatoriske netværk på dobbeltdiagnoseområdet*. Dernæst følger en identifikation af brændpunkterne i det interorganisatoriske netværk (ibid), hvilket vil være en del af analysen af konflikter i det inte-

rorganisatoriske samarbejde. Som det sidste led søges forklaringer på de forskellige parteres handlemåder og interaktioner (ibid), og svarer til det første og tredje underspørgsmål i problemformuleringen. Brændpunkterne vil derfor anvendes til at strukturere såvel empiriindsamlingen som analysen i min undersøgelse af den interorganisatoriske grænseflade mellem Psykiatrien og Aalborg Kommune.

Overvejelser om teori og metode

Gennem nærværende kapitel om casestudiet som forskningsdesign er den teoretiske ramme for specialet glimtvis kommet til udtryk. Særligt har jeg anvendt den teoretiske ramme, som overvejende udgøres af David L. Brown, i konstruktionen af min case. Som supplement til Browns begreber om grænseflader anvendes et professionssociologisk perspektiv med det formål at anvende det professionssociologiske begrebsapparat til at forstå de forskellige professionelle aktører, der agerer i grænsefladen mellem Psykiatrien og Aalborg Kommune. Både i Browns begrebsapparat, i brændpunktsanalysen og i den professionssociologiske optik er magt i de intra- og interorganisatoriske relationer indlejret i forskellig grad. Men som indsamlingen af empirien, kodningsarbejdet og den indledende analyse er skredet frem er det blevet evident, at magt som teoretisk begreb også skal være en del af den teoretiske ramme for specialet. Magtbegrebet vil dog ikke have en fremtrædende rolle og vil kun gennemgås overfladisk i forhold til resten af den teoretiske ramme, da magtbegrebet kun vil fungere som supplerende forklaring.

Når casestudiet anvendes som forskningsdesign har man som forsker ikke lagt sig fast på én bestemt empiriindsamlingsmetode eller én type af data (Yin 1994:13). Imidlertid fordrer casestudiet nærmest en mangfoldighed i datatyper, idet forskellige data giver flere perspektiver på den udforskede case og kan afdække forskellige hjørner af det sociale fænomen, som ønskes undersøgt (Antoft & Salomonsen 2007:32). For dette casestudium er kvalitative interviews med forskellige nøgleaktører valgt som den primære empiriindsamlingsmetode. Fordelen ved at interviewe nøgleaktører, dvs. aktører med særlig viden eller lang erfaring med opgaverne og samarbejdet i forbindelse med dobbeltdiagnose patienterne, er, at interviewene giver et dybdegående indblik i disse aktørers erfaringer og syn på det tværsektorielle og de to typer af intraorganisatoriske samarbejde om dobbeltdiagnose patienter. Disse interviews muliggør en afdækning af afhængighedsrelationer på tværs af organisationer og afdelinger og en identificering af brændpunkter i grænsefladerne. Derudover er forskellige dokumenter som Sundhedsaftalerne, servicedeklarationer, organisationsdiagrammer og andre kommunale og regionale dokumenter anvendt i den indledende research på området. Disse dokumenter udgør grundlaget for en forståelse af det mere formelle aspekt i organiseringen af den interorganisatoriske grænseflade.

Forskningsstrategi

Forskningsstrategiens formål er at tydeliggøre, hvilken rolle empirien og den teoretiske ramme spiller i forhold til hinanden i dette speciale. Casestudier følger ifølge Yin sin egen forskningslogik, som er opbygget af de fem elementer: 1. Forskningsspørgsmålet, 2. Eventuelle antagelser (forforståelser eller teoretiske antagelser), 3. Analyseenhederne i casestudiet, 4. Sammenkædning af data til antagelserne og 5. Kriterier for at fortolke resultaterne (Yin 1994:20). I specialet er mine antagelser teoretisk funderede, da de er konstruerede ud fra Browns begreber, og baserede på min indledende research på dobbeltdiagnoseområdet. Min teoretiske ramme har medvirket til at konstruere dels selve casen og dels tydeliggøre en række a priori antagelser om casens beskaffenhed. Det er ligeledes med udgangspunkt i den teoretiske ramme, at den indsamlede empiri vil analyseres og fortolkes. Derfor kan dette kvalitative casestudium karakteriseres som et teorifortolkende casestudium, jf. nedenstående tabel over fire overordnede typologier for kvalitative casestudier:

Tabel 1: Fire typer af kvalitative casestudier

	Videnskabelig tolkning har afsæt i empirisk viden og data.	Videnskabelig tolkning har afsæt i teoretisk viden.
Formål: At generere ny empirisk viden.	<i>Ateoretisk casestudier.</i>	<i>Teorifortolkende casestudier.</i>
Formål: At generere ny teoretisk viden.	<i>Teorigenerende casestudier.</i>	<i>Teoritestende casestudier⁸.</i>

Kilde: Antoft & Salomonsen 2007:34

De fire typologier adskiller sig på spørgsmålene om, hvorvidt formålet er at generere empirisk eller teoretisk viden og hvorvidt den videnskabelige tolkning tager afsæt i empirien eller i teoretisk viden (Antoft & Salomonsen 2007:34). Det betyder, at den videnskabelige tolkning i analysen primært vil tage sit udgangspunkt i den valgte teoretiske ramme for specialet. Det betyder imidlertid ikke, at andre fremkomne relevante emner/temaer i interviewene vil negligeres, selv om de ikke kan indfanges af den teoretiske ramme. Fordelen ved casestudier er jo netop den åbne tilgang, der tillader modifikationer undervejs i forskningsprocessen, hvis nye perspektiver afdækkes og viser sig relevante for at forstå casen.

Empiri kædes derfor sammen med mine forhåndsantagelser gennem den teoretiske ramme og gennem en brændpunktsanalyse. Kriterierne for at fortolke resultaterne vil diskuteres og appliceres på specialet i det afsluttende kvalitetsvurderende kapitel.

⁸ Yin kan ses som repræsentant for teoritestende casestudier (Maaløe 1996:12,78). Derfor kan Yins analysemetodikker ikke direkte overføres til mit speciale.

Kapitel 3

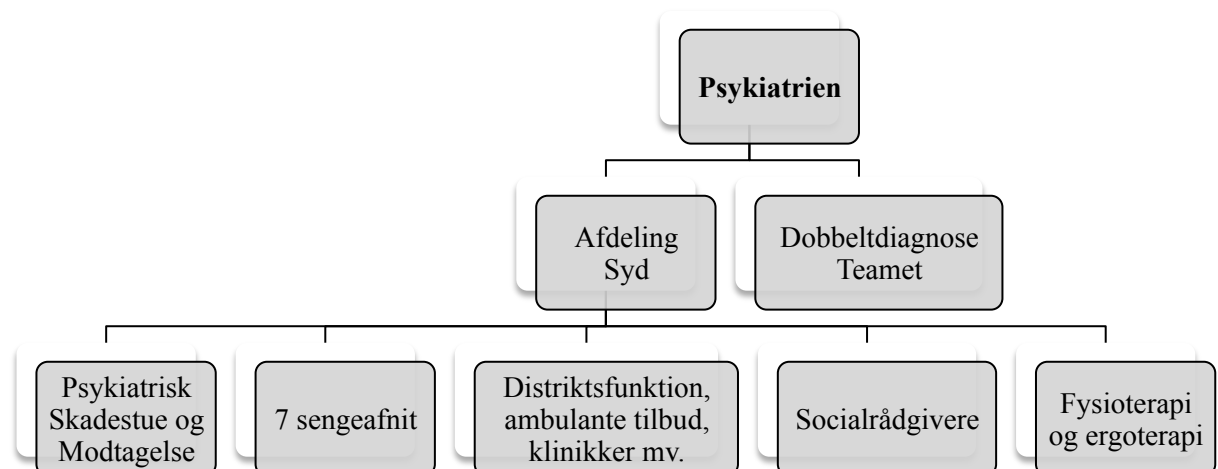
Det interorganisatoriske netværk på dobbeltdiagnoseområdet

For at give et indledende indblik i grænsefladen mellem Psykiatrien og Aalborg Kommune på dobbeltdiagnoseområdet vil de forskellige aktører i dette samarbejde beskrives og det interorganisatoriske netværk vil indkredses. Beskrivelsen er lavet ud min indledende research på området og vil kun indeholde fire udvalgte afdelinger/afsnit, jf. figur 2. Nogle aktører kan være beskrevet mere detaljeret end andre, hvilket skyldes forskelle i tilgængelighed af informationer og aktører i de forskellige organisationer, der har været villige til at forklare om deres arbejde og rolle i den interorganisatoriske grænseflade. Særligt har kontakten til Dobbeldt diagnose Teamet i den indledende fase været begrænset, hvorfor beskrivelsen af dette team beror på dokumenter, artikler og aktørernes fra Aalborg Kommunes oplevelse af teamet og dets funktioner. Beskrivelsen af de involverede aktører er med til at præcisere, hvilke aktører der er interessante at indfange og anvende som interviewpersoner i min undersøgelse for at besvare problemformuleringen.

Psykiatrien

Psykiatrien er afgrænset til Afdeling Syd og Dobbeldt diagnose Teamet og nedenstående organisationsdiagram viser deres formelle organisering i Psykiatrien:

Figur 4: Organisering af Afdeling Syd og Dobbeldt diagnose Teamet i Psykiatrien



Kilde: www.psykiatri.rm.dk

Dobbeltdiagnose Teamet er et ambulant behandlingstilbud målrettet patienter med en dobbeltdiagnoseproblematik. Teamet har eksisteret siden januar 2006 og blev oprettet grundet en oplevet stigning i psykisk syge med misbrugsproblemer (Psykiatrien Netop Nu 2006). I Afdeling Syd eller i hele Psykiatrien eksisterer ingen sengepladser eller afsnit målrettet patienter med en dobbeltdiagnoseproblematik. Derfor kan dobbeltdiagnose patienter indlægges på ethvert afsnit i Afdeling Syd. Dobbeltdiagnose Teamet har derfor ikke ét sengeafsnit, som de fortrinsvis samarbejder med omkring de dobbeltdiagnose patienter, hvilket potentielt betyder, at samarbejdsrelationerne mellem Dobbeltdiagnose Teamet og sengeafsnittene ikke er velkonsoliderede og veludbyggede.

Etableringen af Dobbeltdiagnose Teamet kan ses som et forsøg på at løse problematikken omkring manglende samtidig behandling for begge diagnoser og de udfylder et behov for en specialiseret enhed, hvor medarbejderne forventes at besidde dobbelte kompetencer, altså både kompetencer i forhold til psykiatrisk behandling/pleje og misbrugsbehandling. Men det kan forestilles, at der stadigvæk kan mangle kompetencer til at håndtere misbruget på sengeafsnittene, idet der ikke findes specialiserede sengepladser til dobbeltdiagnose patienter. Derfor kan denne patientgruppe stadig være udsat for at blive kastebold mellem den regionale psykiatri og det kommunale system på trods af etablering af det specialiserede ambulante tilbud.

Patientens vej ind i Psykiatrien går fortrinsvis gennem den praktiserende læge og det er ikke muligt at blive udredt eller komme i behandling i Psykiatrien uden en henvisning. De kommunale aktører har ikke mulighed for at henvise en borger til udredning eller behandling, hvilket potentielt kan udmønte sig i konflikter omkring vurderingskriterier, idet de kommunale aktører og psykiaterne ikke nødvendigvis er enige om, hvornår en indlæggelse er nødvendig. Samtidig kan det forstærke de kommunale aktørers oplevelse af, at Psykiatrien afviser at tage imod psykisk syge misbrugere, som Kommunernes Landsforening i forårets debatter i medierne har givet udtryk for at være et problematisk område i det tværsektorielle samarbejde.

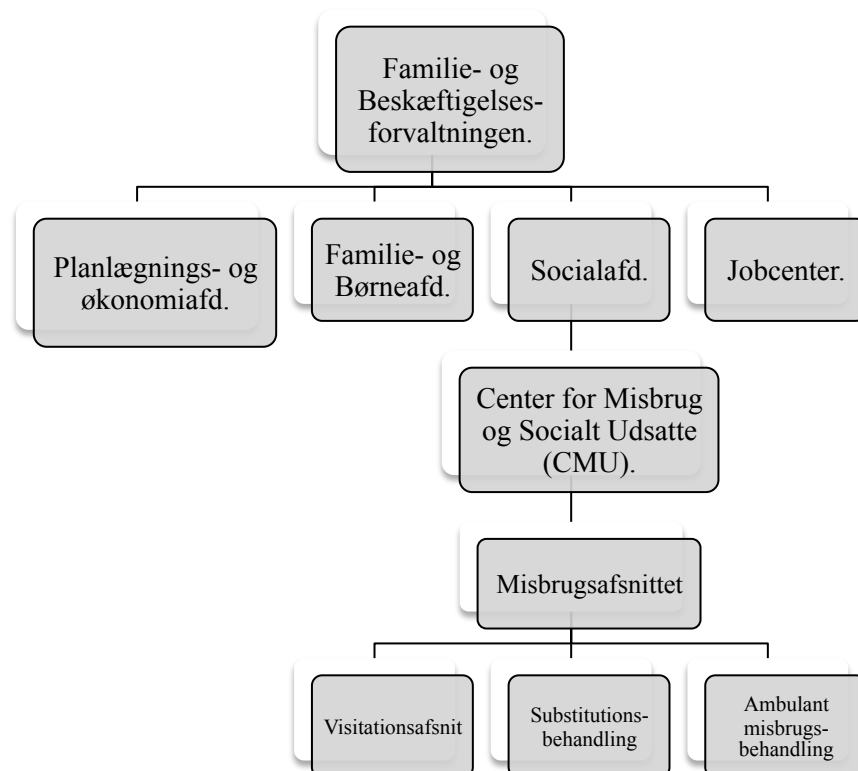
Det kliniske personale i Afdeling Syd består fortrinsvis af læger, sygeplejersker og social- og sundhedsassistenter. Derudover er der ansat lægesekretærer, ergoterapeuter, musikterapeuter, fysioterapeuter, psykologer og socialrådgivere. I grænsefladen mellem Psykiatrien og Aalborg Kommune kan alle disse forskellige faggrupper interagere og fungere som grænsefladerepræsentanter, men typisk vil det være socialrådgivere, der fungerer som grænsefladerepræsentanter i det daglige samarbejde med Aalborg Kommune på det udførende niveau (bilag 3A). Sådanne interaktioner i grænsefladen vil eksempelvis foregå på udskrivningskonferencer/samarbejds møder. Socialrådgiverne i Psykiatrien kan forestilles at have en medierende rolle

mellem de to organisationer, idet socialrådgiverne typisk har et bredt indblik i det kommunale system og organisering samt lovgivningen på området qua deres uddannelse. Samtidig formodes det, at deres samarbejdspartnere i Aalborg Kommune ofte også vil være socialrådgivere, hvorfor de vil have et fælles sprog, arbejdsmetoder og principper, som kan gøre samarbejdet lettere, idet de vil være præget af de samme professionsnormer og værdier.

Aalborg Kommune

Opgaveløsningen i forhold til borgere med en dobbeltdiagnose er i Aalborg Kommune opdelt i to forvaltninger. Den ene forvaltning er Familie- og Beskæftigelsesforvaltningen, hvor misbrugsbehandlingen er placeret, hvilket nedenstående organisationsdiagram illustrerer:

Figur 5: Organisatorisk placering af Center for Misbrug og Socialt Udsatte



Kilde: www.aalborgkommune.dk.

CMU er inddelt i fire forskellige afdelinger med hvert sit formål, hvoraf Misbrugsafsnittet anses som mest relevant for min problemstilling. Misbrugsafsnittet er Aalborg Kommunes tilbud om misbrugsbehandling og består af et ambulant behandlingstilbud, et visitations- og substitutionsafsnit. Misbrugsbehandlingen er baseret på frivillig deltagelse og for at begynde i misbrugsbehandling kræves ingen forudgående visitation fra en læge eller anden henvisende myndighed.

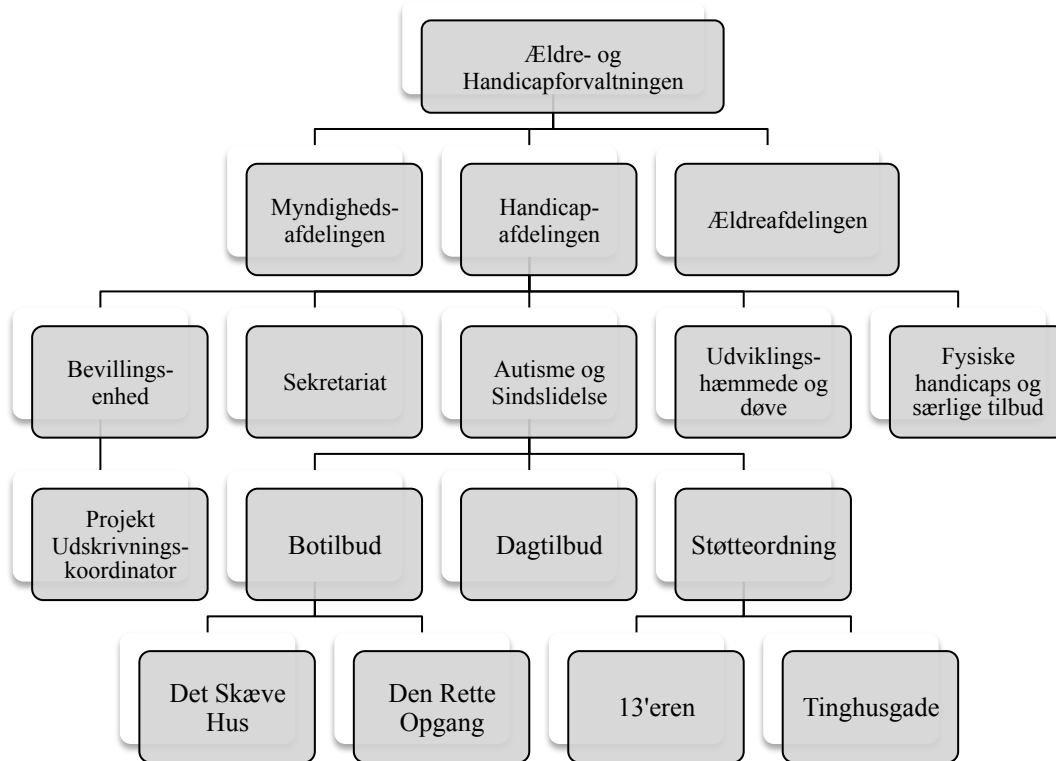
I CMU findes der ingen specialiserede tilbud til psykisk syge misbrugere. Men i substitutionsafsnittet er lægekonsulenten den samme overlæge, der er leder af Dobbeldiagnose Teamet i Psykiatrien. Derfor har de adgang til den psykiatrisk speciallæges vurdering af misbrugere, der enten har en diagnosticeret psykisk lidelse eller hvor der er mistanke om en psykisk lidelse. I Misbrugsafsnittet ses dette sammenfald som positivt, idet de derved har forholdsvis nem adgang til en psykiatrisk vurdering uden at skulle igennem de formelle procedurer for udredning i Psykiatrien (bilag 3B)⁹. Dette aktørsammenfald kan derfor forestilles at gøre samarbejdet på tværs af Psykiatrien og Misbrugsafsnittet nemmere og mere fleksibelt.

I Misbrugsafsnittet er der ansat pædagoger, socialrådgivere, sygeplejerske og en læge. Det er typisk en af socialrådgiverne, der fastholder kontakten med misbrugeren under indlæggelse i Psykiatrien, deltager i en eventuel udskrivningskonference/samarbejds møde og dermed agerer i den interorganisatoriske grænseflade (bilag 3B).

Den anden del af opgaveløsningen foregår i regi af Ældre- og Handicapforvaltningen, hvorunder Handicapafdelingen har en række tilbud til sindslidende over 18 år, hvilket nedenstående organisationsdiagram illustrerer:

⁹ Ud fra et kritisk perspektiv kan man stille spørgsmålet om, hvorvidt Misbrugsafsnittet har brug for Dobbeldiagnose Teamet, når nu de har psykiatrisk ekspertise inden for deres egne rækker.

Figur 6: Organisatorisk opbygning af Handicapafdelingen og tilbud til dobbeltdiagnosticerede borgere.



Kilde: www.aalborgkommune.dk.

I ovenstående organisationsdiagram er medtaget Aalborg Kommunes specifikke tilbud til dobbeltdiagnosticerede borgere. Fælles for tilbuddene er, at borgerne skal gennem bevillingsenheden i Handicapafdelingen, hvorefter de kan bevilliges en plads på et bosted, dagtilbud eller bostøtte. Hvorvidt borgeren bevilliges til et hensigtsmæssigt tilbud kan forestilles at danne grobund for konflikter mellem de forskellige aktører i både den inter- og intraorganisatoriske grænseflade, idet der kan være forskel på, hvad Psykiatrien, Misbrugsafsnittet eller Handicapafdelingen anser som et hensigtsmæssigt tilbud.

Opdelingen af misbrugsbehandling og socialpsykiatri imellem de to forvaltninger skaber en intraorganisatorisk grænseflade, som kan være præget af de samme typer af konflikter, som præger den interorganisatoriske grænseflade. Selvom de to kommunale forvaltninger har den samme overordnede ledelse, så har de hver deres hierarkiske struktur, budgetter etc., og det er ikke sikkert, at aktørerne på de udførende niveauer i de to forvaltninger oplever et organisatorisk fællesskab eller en fælles organisatorisk identitet og kultur.

Mellem Psykiatrien og Aalborg Kommune er samarbejdet søgt forbedret gennem Projekt Udskrivningskoordinator. Projektet er et fælles projekt mellem Aalborg Kommune og Aalborg Psykiatriske Sygehus¹⁰ med begyndelse i 2009. Formålet er at skabe sammenhæng og kvalitet i koordinationen af patientforløb på tværs af den regionale behandlingspsykiatri og den kommunale socialpsykiatri for særligt udsatte sindslidende. Derudover er formålet at skabe koordination og sammenhæng internt i Aalborg Kommunes tilbud (projektbeskrivelse af Projekt Udskrivningskoordinator). Projektet kan ses som en form for bureaukratisk knopskydning, som er opstået grundet behov for intern og ekstern koordination og samarbejde mellem de stærkt specialiserede og differentierede enheder i henholdsvis Aalborg Kommune og Psykiatrien.

I praksis tyder det på, at samarbejdet mellem Aalborg Kommune og Psykiatrien stadig ikke fungerer optimalt (bilag 3D; bilag 3E). Problemer med samarbejde og koordination mellem primær- og sekundærsektoren er ikke et nyt fænomen og der er lavet talrige undersøgelser gennem tiden, der påpeger disse problemer (Hasenfeld 2003:213; Seemann 2010). Således kan der argumenteres for, at disse problemer bliver ved med at eksistere på trods af, at det tværsektorielle samarbejde er et politisk og administrativt fokusområde, jf. Sundhedsaftalerne, og selvom behovet for samarbejde og koordination blot bliver større og større qua den øgede specialisering.

¹⁰ Aalborg Psykiatriske Sygehus består af Afdeling Syd, Børne- og Ungdomspsykiatrien og Retspsykiatrisk Afdeling (www.psykiatri.rm.dk).

Kapitel 4

Metodiske refleksioner

Gennem følgende kapitel vil mine metodiske valg og refleksionerne bag disse kortlægges og diskuteres. Kapitlet vil indledes med en kort diskussion af min egen rolle i forhold til grænsefladen mellem Psykiatrien og Aalborg Kommune, idet jeg som tidligere studentermedhjælper og praktikant i Psykiatrien har et forhåndskendskab til denne organisation, som potentielt kan medføre en bias i specialet. Herefter vil en argumentation for valg af empiriindsamlingsmetode i nærværende speciale fremgå. Da det kvalitative interview er valgt som den primære metode til at generere empiri, vil denne metodes anvendelse i specialet gennemgås. I forbindelse hermed vil der være en beskrivelse af fremgangsmåden i forhold til at få adgang til feltet, rekruttering af informanter, interviewguide og gennemførelse af interviewene. Slutteligt vil etiske overvejelser fremgå.

Min egen rolle i Psykiatrien

Har det en betydning, at jeg selv har været ansat i Psykiatrien i forhold til dette speciale? Ja er svaret kort og enkelt på det spørgsmål. Hvorfor og hvordan det har en betydning vil diskuteres i følgende afsnit, hvor min tilknytning til Psykiatrien vil forklares og mine forforståelser af Psykiatrien vil præsenteres. Der findes både fordele og ulemper ved at udforske en organisation, man som forsker selv er en del af. For at mindske ulemperne er det vigtigt at klarlægge sin egen rolle i organisationen og sine forforståelser og forudfattede meninger om såvel organisation som det problem, der ønskes undersøgt (Nielsen & Repstad 2006:7-8). Læseren af specialet får dermed mulighed for selv at danne sig et indblik i min rolle i Psykiatrien.

Siden sommeren 2009 har jeg været ansat som studentermedhjælper i Psykiatriens HR-afdeling, hvor jeg har varetaget fratrædelsesinterviews med fratrådte medarbejdere. Gennem dette arbejde har jeg fået bredt indblik i Psykiatrien og organisatoriske udfordringer. I foråret 2010 var jeg fem måneder i praktik i Psykiatriens Kvalitetsenhed. Derudover har jeg været referent til over-sygeplejerskemøder og lavet andre ad hoc opgaver for Chefsygeplejersken, Kvalitetsenheden og HR-afdelingen. Min ansættelse og praktik har derfor bragt mig vidt omkring i Psykiatriens kringelkroge. Det er også herigennem, at jeg i første omgang fattede interesse for samarbejdet mellem Psykiatrien og kommunerne, idet jeg flere gange gennem mine forskellige opgaver i Psy-

kiatrien er stødt på historier om dette samarbejde. Særligt har de negative historier været dominerende, hvilket har givet mig en forforståelse af det tværsektorielle samarbejde som problematisk og udfordrende for det kliniske personale.

Gennem min indledende research på dobbeltdiagnoseområdet har det været vanskeligt for mig at finde rundt i Aalborg Kommune og det har krævet en stor indsats at kunne navigere rundt i de forskellige tilbud, der findes i den kommunale socialpsykiatri og i misbrugsbehandlingen. Derfor fremstod Aalborg Kommune umiddelbart som en labyrint og til tider umulig at navigere i, hvorfor jeg antog, at medarbejderne i Psykiatrien også vil have vanskeligt at finde rundt i de forskellige tilbud. Derimod var det først et stykke inde i researchperioden, at jeg fik øjnene op for, at Psykiatrien egentligt er lige så komplekst opbygget – jeg havde bare været blind herfor grundet mit forhåndskendskab til Psykiatrien og dens opbygning¹¹. Denne erkendelse har betydet skærpet fokus på at forholde mig undrende og nysgerrig over for de selvfølgeligheder, jeg tager for givet i Psykiatrien. Når jeg har undret mig over noget i forhold til Aalborg Kommune, har jeg søgt at overføre det til Psykiatrien og sætte spørgsmålstejn ved organiseringen, processerne eller aktørerne i Psykiatrien. På denne måde har jeg ladet mig inspirere af Jens Carl Ry Nielsen og Pål Repstads¹² tilgang, der handler om at være *Rasmus Modsæt* og udfordre mine egne antagelser (Nielsen & Repstad 2006:8-9). Denne *Rasmus Modsæt* tilgang afspejler sig igen hele forskningsprocessen og vil beskrives nærmere i *Analysestrategi*.

Forhåndskendskabet til organisationen kan gøre det vanskeligt at påberåbe sig legitim uvidenhed (Nielsen & Repstad 2006:6). På den anden side har mit forhåndskendskab til Psykiatrien lettet mit arbejde med at finde rundt i organisationen og finde de relevante afdelinger, nøglepersoner og informationer. Dette er selvfølgelig en af de åbenlyse fordele ved selv at være en del af organisationen. En anden væsentlig fordel er, at jeg har kendskab til det kliniske arbejde på sengeafsnittene qua en observationsopgave i min praktik samt til de overordnede administrative og organisatoriske rammer om arbejdet i Psykiatrien, hvilket kan mindske risikoen for fejlfortolkninger af informanternes udsagn.

Men hvor involveret har jeg så været i Psykiatrien? I løbet af foråret 2011 er opgaven omkring fratrædelsesinterview afsluttet og min arbejdsmæssige tilknytning til Psykiatrien har været minimal. Mine tidligere kollegaer har ikke været involveret i specialet og det har ikke været en bestilt opgave fra Psykiatrien. Derfor har jeg heller ikke forpligtet mig til at sende dem det færdige speciale eller skal 'stå til regnskab' over for dem i forhold til resultaterne fra specialet.

Informanterne fra Psykiatrien i specialet er ikke nogen, jeg tidligere har arbejdet sammen med, hvilket jeg anser som en fordel. Det kan være vanskeligt at interviewe kollegaer og særligt at

¹¹ Ikke at kunne distancere sig fra forskningsfeltet er en af farerne ved at udforske sin egen organisation, idet man som forsker bliver blind over for selvfølgelighederne (Nielsen & Repstad 2006:5).

¹² Jens Carl Ry Nielsen er lektor på Institut for Organisation på Copenhagen Business School og Pål Repstad er professor i religionssociologi ved Universitetet i Adger.

bearbejde interviewmaterialet, hvis det stiller kollegaerne eller organisationen i et dårligt lys (Nielsen & Repstad 2006:7). Eftersom alle informanterne fra Psykiatrien er kliniske medarbejdere har jeg dog ikke været stillet i det dilemma at skulle interviewe (tidligere) kollegaer.

Tilknytningen til Psykiatrien har givet mig en række fordele som lettere adgang til organisation samt kendskab til afdelinger og personer, hvilket har gjort forskningsprocessen nemmere. Men ingen fordele uden ulemper, da forhåndskendskabet til organisationen har gjort det vanskeligere for mig at forholde mig kritisk over for selvfølghederne i fx organisationsopbygningen. Derfor har det været vigtigt at klarlægge mine egne antagelser om samarbejdet mellem Psykiatrien og Aalborg Kommune på dobbeltdiagnoseområdet, fx at jeg anser samarbejdet som problematisk og konfliktfyldt, samt bevare en åben tilgang over for feltet.

Adgang til feltet

At få adgang til feltet, der skal udforskes, er alfa og omega for et vellykket forskningsprojekt. Godt hjulpet af min tilknytning til Psykiatrien var min adgang til Psykiatrien allerede sikret – troede jeg. Virkeligheden var, at det var vanskeligt at opnå kontakt med Døbeltdiagnose Teamet og der gik lang tid og mange telefonopkald og mails førend, overlægen og psykologen indvilligede i at deltage som informanter i specialet. Derimod har det været nemt at etablere kontakt til andre aktører i Psykiatrien, fx socialrådgivere, administrative medarbejdere og sygeplejersker, ligesom adgang til information og navigation i interne personalesider har været let tilgængelig.

For at få adgang til Aalborg Kommune har jeg indledningsvist gennemført deres hjemmeside for at finde de relevante forvaltninger/afdelinger for dobbeltdiagnoseområdet, som herefter er blevet kontaktet per telefon. Det resulterede i en række indledende møder med forskellige kommunale aktører, hvor nogen atter viderehenviste til andre aktører, som var relevante for min problemstilling. Alle har vist sig interesserede i at hjælpe og deltage i specialet. Følgende tabel er en oversigt over mine indledende kontakter med Psykiatrien og Aalborg Kommune:

Tabel 2: Oversigt over indledende kontakter med Psykiatrien og Aalborg Kommune

	Aktør	Referat
Psykiatrien	2 administrative medarbejdere fra Budget- og Planlægningsafdelingen.	Bilag 3F
	Ledende socialrådgiver.	Bilag 3A
	Fyraftensmøde.	Bilag 3I
Aalborg Kommune	Teamleder 1 i Misbrugsafsnittet. Familie- og Beskæftigelsesforvaltningen.	Bilag 3H
	Teamleder 2 i Misbrugsafsnittet. Familie- og Beskæftigelsesforvaltningen.	Bilag 3B

	Konsulent i Handicapafdelingen. Ældre- og Handicapforvaltningen.	Bilag 3C
	Medarbejder i bostøtte tilbud (omsorgstilbud) målrettet dobbeltdiagnose patienter fra Handicapafdelingen. Ældre- og Handicapforvaltningen.	Bilag 3E
	Medarbejder i bostøtte tilbud (for motiverede dobbeltdiagnoseborgere) målrettet dobbeltdiagnose patienter fra Handicapafdelingen. Ældre- og Handicapforvaltningen.	Bilag 3D
	Leder af Projekt Udskrivningskoordinator fra Handicapafdelingen. Ældre- og Handicapforvaltningen.	Bilag 3G

Som tabellen illustrerer har jeg primært holdt indledende møder med kommunale aktører, hvilket afspejler mit forhåndskendskab til Psykiatrien. Mit behov i den indledende research har primært været at afdække hvilke kommunale aktører, der er involveret i behandlingen, plejen og støtten til dobbeltdiagnosticerede borgere. Møderne har simpelthen været en nødvendighed for at stykke puslespillet sammen og danne et overblik over involverede aktører i dobbeltdiagnosebehandlingen, idet der ikke findes en samlet adækvat oversigt i hverken kommunalt eller Psykiatrisk regi over de involverede aktører. Dette illustrerer ligeledes, hvorfor samarbejdet mellem Psykiatrien og Aalborg Kommune på dobbeltdiagnoseområdet ikke altid fungerer optimalt – for har de involverede aktører et overblik over de forskellige tilbud og kan de finde rundt i det andet system?

Møderne i den indledende fase har antaget en eksplorativ karakter og har ikke fulgt en interviewguide eller en fast struktur. Fælles for møderne er dog, at de har omhandlet afdelingens/afsnittets funktion, aktørens rolle i den tværsektorielle grænseflade, afhængigheder/samarbejde internt i organisationen samt aktørens erfaringer og syn på problemer og muligheder i den tværsektorielle grænseflade. Varigheden af møderne har varieret mellem ½-2 timer og har både været ansigt-til-ansigt møder og telefonmøder. Efter hvert møde har jeg skrevet et udførligt referat.

Anvendelsen af disse møder har dels været at indkredse problemstillingen i specialet og kunne opstille en relevant problemformulering. Dels har mødernes eksplorative karakter været med til at bevare en åbenhed overfor feltet i de indledende faser af specialet, hvorved mine forudfattede meninger om samarbejdet mellem Psykiatrien og Aalborg Kommune på dobbeltdiagnoseområdet allerede er blevet udfordret fra specialets begyndelse. Således er det gennem de indledende møder, at opmærksomheden mod de interne grænseflader i såvel Psykiatrien som Aalborg Kommune er opstået. Konsekvensen heraf er, at to intraorganisatoriske grænseflader blev udvalgt og indgår som en del af forskningsdesignet i specialet. De indledende møder vil ligeledes indgå i selve analysen, hvor dette findes relevant.

Det kvalitative interview

I specialet er størstedelen af empirien genereret gennem semistrukturerende kvalitative interviews med udvalgte nøglepersoner på det udførende niveau på dobbeltdiagnoseområdet. Det kvalitative interview defineres af den norske professor i pædagogisk psykologi Steinar Kvale som: *"et interview, der har til formål at indhente beskrivelser af den interviewedes livsverden med henblik på at fortolke betydninger af det beskrevne"* (Kvale 1997:19). I relation til specialet betyder det, at de kvalitative interviews med nøglepersonerne kan bibringe viden om disses erfaringer og holdninger i forhold til et udsnit af deres livsverden, nemlig den del der koncentrerer sig omkring arbejdsarenaen og i særlig grad det tværsektorielle samarbejde. Denne metode er særdeles velegnet til at indfange holdninger og erfaringer med et afgrænset område, idet informanterne har rig mulighed for at fortælle frit om deres holdninger uden at være begrænset af eksempelvis forhåndsdefinerede svarkategorier i spørgeskemaer eller ikke komme til orde fx ved dokumentstudier. Hvorledes nøglepersonerne eller informanterne er udvalgt, overvejelser omkring interviewtemaer og selve afholdelsen af interviewene vil beskrives i de følgende afsnit.

Udvælgelse og rekruttering af informanter

Den indledende research på dobbeltdiagnoseområdet gav mig et indblik i forvaltninger, afdelinger, botilbud, støttekontaktpersonsordninger, ambulante teams etc. i Aalborg Kommune og Psykiatrien, som oftest var involveret i dobbeltdiagnose borgeres forløb. Dette gav mig baggrundsviden i forhold til at udvælge de aktører, som dagligt arbejder med dobbeltdiagnosticerede og må forventes at indgå i et interorganisatorisk samarbejde mellem Aalborg Kommune og Psykiatrien. For at rekruttere informanterne til de kvalitative interviews benyttede jeg mig overvejende af de kontaktpersoner, som jeg allerede havde etableret kontakt til i den indledende fase. Kontaktpersonerne hjalp mig med at formidle kontakt til interesserede informanter. Mine kriterier for udvælgelsen af informanter var, at de skulle have været ansat i deres nuværende stilling i længere tid, således de ville have længere erfaring inden for området end nyansatte. Derudover skulle de være frontpersonale, forstået på den måde at de skulle arbejde på det udførende niveau og ikke blot have administrative eller ledelsesmæssige funktioner. Det sidste kriterium var deres uddannelsesmæssige baggrund, idet jeg ønskede variation i deres professionstilhørsforhold og ikke blot ønskede informanter fra Psykiatrien med en sundhedsfaglig baggrund og informanter fra Aalborg Kommune med en socialfaglig baggrund. Disse kriterier resulterede i følgende fem informanter fra Psykiatrien og fire informanter fra Aalborg Kommune:

Tabel 3: Oversigt over interviews med udvalgte nøglepersoner på det udførende niveau

	Aktør	Nuværende ansættelses længde	Refereres til som (i analysen)
Psykiatrien	Sygeplejerske på sengeafsnit, Afdeling Syd.	8 år.	Psykiatrisk sygeplejerske.
	2 socialrådgiver i Afdeling Syd*.	2 ½ år. 7 år.	Socialrådgivere i Psykiatrien.
	Psykolog Dobbeldiagnose Teamet	5 år.	Psykolog.
	Overlæge i Dobbeldiagnose Teamet (er også lægekonsulent i Substitutionsafsnittet i Aalborg Kommune)	5 år.	Overlæge.
Aalborg Kommune	Socialpædagog fra botilbud til dobbeltdiagnosticerede borgere.	3 ½ år.	Socialpædagog.
	Udskrivningskoordinator (socialrådgiver).	1 ½ år.	Udskrivningskoordinator
	Sygeplejerske + Socialrådgiver i Misbrugsafsnittet*.	3 ½ år. 4 år.	Sygeplejerske i Misbrugsafsnittet, Socialrådgiver i Misbrugsafsnittet samt Socialrådgiver & Sygeplejerske i Misbrugsafsnittet.

* Disse to interviews blev gennemført som dobbeltinterviews, hvor begge informanter blev interviewet på samme tid.

Psykologen og overlægen fra Dobbeldiagnose Teamet samt socialpædagogen fra botilbuddet har jeg rekrutteret ved at henvende mig direkte til dem, hvorefter de har indvilliget i at medvirke. De resterende seks informanter er rekrutteret gennem en kontaktperson, der blot har fået oplyst mine udvælgelseskriterier. Ulempen ved sidstnævnte rekrutteringsform er, at jeg i teorien ikke kan vide, hvorvidt kontaktpersonen kun har adspurgt medarbejdere, der repræsenterede en særlig positiv/negativ holdning til det interorganisatoriske samarbejde, hvilket må holdes for øje, når kvaliteten af det samlede speciale diskuteres i *Kvalitetsvurdering*. Men den klare fordel ved denne rekrutteringsproces er, at kontaktpersonerne har et samlet overblik over medarbejderne og derfor kan identificere dem, der lever op til udvælgelseskriterierne samt at disse har forholdsvis nemt ved at rekruttere informanter.

Interviewguide

De kvalitative interviews i dette speciale er gennemført som semistrukturerede interviews. Det betyder, at interviewene er gennemført efter en interviewguide, men at denne interviewguide

hverken ikke er blevet fulgt slavisk i interviewene eller har indeholdt særligt mange spørgsmål, men i stedet har indeholdt overordnede spørgsmål uden lukkede svarkategorier. Herved er den åbne tilgang overfor feltet og informanternes erfaringer og meninger bevaret og det har været muligt at forfølge interessante og uventede spor, som er dukket op undervejs i interviewet. Interviewguiden er derfor anvendt som et skelet for interviewet, som sikrede, at vi kom rundt om de centrale temaer for mit design samtidig med, at det var muligt at tilpasse interviewguiden til den enkelte informant og det konkrete interview. Således har jeg som interviewer søgt at bevare fokus på de centrale temaer samtidig med en åbenhed for andre temaer, som informanten selv har bragt på banen ud fra idealet om, at: *"intervieweren fører den interviewede frem til bestemte temaer, men ikke til bestemte meninger om disse temaer"* (Kvale 1997:44).

Min interviewguide indeholder, udover introduktion til specialet og praktisk information om interviewet og en outroduktion, følgende temaer: Informantens baggrund, Det interorganisatoriske netværk, Brændpunkter og Professioner. Temaerne afspejler, hvad der er relevant for min problemstilling at få belyst gennem interviewet og er opstillet på baggrund af den teoretiske ramme, mine forhåndsantagelser og med henblik på at afdække de kritiske samarbejdsrelationer i den interorganisatoriske grænseflade. Under hvert tema er der formuleret forskningsspørgsmål, hvis form er abstrakt og direkte relateret til specialets problemstilling og design (jf. bilag 1). Forskningsspørgsmålene er ikke direkte anvendelige i den egentlige interviewsituation, idet disse abstrakt formulerede spørgsmål ikke fordrer spontane svar eller er forståelige for informanter uden kendskab til det teoretiske begrebsapparat, der anvendes i specialet. Derfor er der formuleret dynamiske interviewspørgsmål, som i et hverdagsprog søger at indfange og operationalisere de teoretiske og abstrakte begreber anvendt i forskningsspørgsmålene (Kvale 1997:133-135). Disse dynamiske spørgsmål er anvendt som udgangspunkt for de konkrete spørgsmål under interviewene. Interviewguiden er ikke blevet fulgt slavisk og rækkefølgen og ordlyden på spørgsmålene er tilpasset det konkrete interview og hvordan det skred frem. Undervejs i interviewene har jeg søgt at samle op på det sagte og gengive det for informanten, hvorved denne har haft mulighed for at korrigere eventuelle misforståelser af mine umiddelbare fortolkninger og forståelser.

Afholdelse af interviews

Interviewene er afholdt på informanternes arbejdsplads, hvilket har været med til at understøtte rammen for interviewene, nemlig informanternes erfaringer fra arbejdsarenaen og det interorganisatoriske samarbejde. Hvert interview blev indledt med en introduktion til specialet, hvor jeg kort forklarede om min interesse på dobbeltdiagnoseområdet og det praktiske omkring interviewet. Dette tydeliggjorde spillereglerne i interviewet og skulle skabe en afslappet og mere fortrolig stemning. Sådanne forskningsinterviews er styrede samtaler, som ikke beror på en lige-

værdig relation mellem interviewer og den interviewede, hvorfor det er vigtigt at få den interviewede til at føle sig tryk og ikke som en slags eksaminand, der udspørges på kryds og tværs (Andersen m.fl. 1992:203). Ingen informanter har virket tilbageholdne eller utilpasse ved interviewsituationen, hvorfor det vurderes, at de har følt sig trygge ved situationen. De syv interviews har hver taget mellem 50-90 minutter og informanterne har alle kunnet tale om temaerne fra interviewguiden. I hvert interview har det været vigtigt for mig at bevare nysgerrigheden og en naiv rolle for legitimt at kunne stille opfølgende spørgsmål, bede om konkrete eksempler, uddybninger etc. Særligt i interviews med informanter fra Psykiatrien har det været vigtigt at påminde mig selv om denne rolle, således at mit forhåndskendskab til organisationen ikke har fastlåst mig i mine egne forhåndsantagelser og forhindret mig i at få verificeret eller afkræftet disse gennem interviewene.

To af de syv interviews er afholdt som dobbeltinterviews, hvor der har været to informanter til stede. Det ene dobbeltinterview var med de to socialrådgivere fra Afdeling Syd, Psykiatrien og det andet dobbeltinterview var med en sygeplejerske og socialrådgiver fra Misbrugsafsnittet. Fordelen ved dobbeltinterviewene er, at informanterne har suppleret hinandens fortællinger og startet associationsrækker ved den anden. De har kunnet nuancere hinandens udsagn og har kunnet givet udtryk for indbyrdes uenigheder. Dog har de overvejende været enige gennem interviewene. Ulempen er, at det kan være praktisk umuligt at beslaglægge to medarbejders dyrebare arbejdstid på samme tid, hvorfor jeg ikke har set det som en realistisk mulighed at afholde alle interviews på denne måde. En anden ulempe er, at interviewet ikke bliver så dybdegående som et enkeltinterview, hvor én informant får lov til at fortælle i detaljeret om sine erfaringer og holdninger. Samtidig kan det give metodiske udfordringer, hvis relationen mellem de to informanter ikke er ligeværdig eller tillidsfuld, idet de kan hæmme hinandens udtalelser.

Transskription

Interviewene er blevet transskriberet i deres fulde længde. I transskriptionerne er pauser, grin og andre elementer kun transskriberet, hvis de vurderes at have indflydelse på forståelsen af transskriptionen, fx i tilfælde af brug af ironi og sarkasme eller ved lange pauser. Alle transskriberede interviews er sendt til gennemsyn ved informanterne, hvor de har haft mulighed for at uddybe eller rette i interviewet, hvis noget fremstår uklart eller er misforstået af mig. Det er kun få informanter, der har benyttet sig af denne mulighed, og disse har kun haft små kommentarer om rettelser af enkelte ord, som jeg har hørt forkert/er blevet sagt forkert under interviewet og ikke nogle rettelser, der berører meningsindholdet. Ved at give informanterne mulighed for at kommentere og rette i interviewene højnes informantvaliditeten (Bryman 2004:274).

Etiske overvejelser

Gennem hele specialet har etiske overvejelser omkring potentielle konsekvenser for aktørerne på det udførende niveau i grænsefladen ligget mig på sinde. Det har været vigtigt for mig at få formidlet mine resultater på en konstruktiv måde, hvor ingen af informanterne bliver udstillet eller at der dannes grobund for unødige konflikter mellem Psykiatrien og Aalborg Kommune. Afdelingerne og de forskellige teams, som informanterne kommer fra, er små og ofte er informanterne let identificerbare for andre med kendskab til området på trods af, at de ikke fremgår ved navn. Ved interviewene begyndelse har jeg således informeret informanterne om disse vilkår, som de alle har indvilliget i. Men eftersom informanterne er forholdsvist nemme at identificere har det været vigtigt, at de har haft mulighed for at korrigere og fjerne eventuelle udtalelser fra interviewet, som de alligevel ikke ønsker at stå ved. Jeg har haft en del overvejelser om, hvorvidt informanterne skulle have specialet tilsendt, idet der i analysen kan være kritiske fortolkninger af aktørernes adfærd og meninger, som kan være med til at skabe unødvendige konflikter og påvirke det interorganisatoriske samarbejde negativt samtidig med, at visse informanter kan føle sig udstillet eller blive miskrediteret af andre informanter, der kan genkende dem. Derfor er det besluttet, at der vil udarbejdes en kortfattet rapport omkring de relevante resultater fra specialet og emner til videre diskussion eller overvejelser i organisationerne, som vil sendes til de medvirkende informanter. Informanterne tilbydes muligheden for at få fremsendt hele specialet, hvis de ønsker det.

Kapitel 5

Teoretisk ramme

For at undersøge hvordan den interorganisatoriske grænseflade mellem to organisationer som Psykiatrien og Aalborg Kommune kan karakteriseres, er det nødvendigt at afklare, hvordan organisationer forstås i dette speciale.

Inden for organisationslitteraturen findes forskellige teoretiske optikker til at forstå organisationer. I dette speciale antages det, at organisationer er under påvirkning af deres omgivelser. Derfor ansues organisationer som sociale enheder, der ikke eksisterer løsrevet fra sine omgivelser, men i stedet er disse indlejret i et komplekst netværk af andre organisationer, institutioner og den større samfundsmæssige kontekst (Jespersen 1996:104). Netværket mellem organisationer vil ofte være præget af gensidig afhængighed mellem organisationerne i forhold til at levere eller producere et givent produkt, en ydelse eller service. Denne gensidige afhængighed er i høj grad forårsaget af den øgede differentiering og specialisering, hvilket i sundhedssektoren og den sociale sektor kommer til udtryk ved inddelingen i forskellige medicinske specialer og forskellige specialiserede tilbud. Specialiseringen betyder derfor, at de forskellige professionelle faggrupper varetager én bestemt specialiseret funktion i en af de specialiserede enheder, som sundhedssektoren eller den sociale sektor er inddelt i. Således er det nødvendigt, at Psykiatrien og Aalborg Kommune kan samarbejde om at løse opgaverne på dobbeltdiagnoseområdet, da ingen af dem kan løfte opgaven alene. Denne afhængighed i opgaveløsningen er derfor hovedargumentet for at vælge en interorganisatorisk analyse. Afhængigheder mellem organisationer på tværs af sektorer og politiske niveauer formodes at være præget af udfordringer omkring opgave- og ansvarsfordeling, skabelse af en fælles opgaveforståelse etc. Sådanne udfordringer adskiller sig fra interne udfordringer i en organisation på flere områder, men særligt de uklare autoritetsrelationer og en manglende fælles ledelse vil fremhæves som et af de træk ved en interorganisatorisk opgaveløsning, der er specielt udfordrende og problematisk.

Følgende kapitel indeholder en redegørelse for David L. Browns begreber om grænseflader, en kort opridsning af fagbureaukratiet samt en skitsering af professionssociologiske perspektiver med hovedvægt på Andrew Abbotts teori om professioner som systemer. Afsluttende vil der være en kort introduktion til begrebet magt som et supplerende teoretisk begreb til anvendelsen

i analysen samt en afklarende diskussion af vægtningen af de forskellige præsenterede teoretiske begreber i analysen.

Konflikter i grænseflader – et teoretiske begrebsapparat

Den amerikanske organisationsteoretiker David L. Brown tilbyder med sine begreber om grænseflader og konflikter et begrebsapparat, som kan anvendes i min analyse af udvalgte involverede aktørers erfaringer om syn på den interorganisatoriske grænseflade mellem Psykiatrien og Aalborg Kommune på dobbeltdiagnoseområdet. Det er ikke blot i forhold til den interorganisatoriske grænseflade, at Brown har sin anvendelse, idet han ligeledes beskæftiger sig med grænseflader internt i organisationer. Derfor vil Brown anvendes til at analysere alle tre udvalgte grænseflader i specialet. Følgende indeholder en redegørelse for udvalgte begreber ved Brown. Som tidligere nævnt findes der fire analyseniveauer i analysen af grænsefladekonflikter (jf. *Konstruktion af casen*), men i dette speciale vil der primært fokuseres på to af niveauerne; selve grænsefladen og grænsefladeaktørerne/repræsentanterne, hvilket afspejles i følgende redegørelse.

Grænseflader

Grænseflader betegner de arenaer, hvor aktører fra forskellige sociale enheder interagerer og grænsefladerne kan være veletablerede eller have en mere sporadisk og episodisk karakter (Brown 1983:1). Interaktionen kan være ansigt til ansigt, men den kan også være adskilt i tid og rum og stadigvæk være konstituerende for grænsefladen. I mine udvalgte grænseflader kan interaktionen mellem grænsefladerepræsentanterne lige såvel foregå telefonisk, per mail eller brev som ansigt til ansigt og interaktionsformen anses som mindre vigtig. Grænseflader opstår ifølge Brown grundet fortsat interaktion mellem sociale enheder:

”Continued interactions between interdependent social units produce interfaces that are social units themselves. Continued contact encourages the development of boundaries and shared expectations that regulate the interaction of interface participants – the interface itself becomes an organized entity.”

(Brown 1983:1)

Den fortsatte interaktion mellem de sociale enheder fordrer udviklingen af grænsefladen, dens afgrænsning og fælles forventninger, som er med til at regulere interaktionen i grænsefladen. Al- ligevel varierer grænseflader i forhold til graden af organisering forstået på den måde, at nogle grænseflader kan være stærkt reguleret af formelle strukturer, procedurer og regler, hvorimod andre kan være løst reguleret uden egentlige retningslinjer for interaktionerne i grænsefladen.

En stærkt reguleret grænseflade karakteriseres som overorganiseret og vil udover den stærke interne regulering være karakteriseret af lukkede eksterne grænser. Der vil være en lav grad af informationsudveksling med omgivelserne qua de lukkede grænser og grænseflademekanismerne hæmmer tilgangen og frafaldet af grænsefladerepræsentanter. Den stærke interne regulering skaber konsensus om mål og autoriteter og indebærer såvel en stærk struktur som en fælles kultur (Brown 1983:28). En overorganiseret grænseflade vil begrænse interaktionerne i grænseflade og muligheden for at agere på baggrund af faglige skøn eller situationsbestemte faktorer. En sådan grænseflade giver derfor en lav grad af fleksibilitet i opgavehåndteringen og en ringe mulighed for at tilpasse sig pludselige ændringer i omgivelserne (Brown 1983:23). Sådanne overorganiserede grænseflader medfører ofte undertrykkelse og manglende erkendelse af konflikter i grænsefladen. Dette betegnes af Brown som interorganisatorisk aftalt-spil (jf. nedenstående afsnit om grænsefladekonflikter). Modsat forholder det sig med en løst reguleret grænseflade, der er underorganiseret og karakteriseret ved åbne eksterne grænser. De åbne grænser betyder stor informationsudveksling med omgivelserne, hvilket kan gøre det vanskeligt at sortere relevant fra irrelevant information. Desuden er det vanskeligt at regulere såvel tilgangen som frafaldet af grænsefladerepræsentanter, hvorfor der kan være en lav grad af kontinuitet i grænsefladerepræsentanterne. Ligeledes er det vanskeligt at regulere tilgangen af ressourcer. De åbne grænser medfører, at grænsefladen bliver umulig at adskille fra den kaotiske omverden (Brown 1983:28). Samtidig betyder den løse interne regulering, at der ikke er enighed om mål eller autoriteter. Der er ingen formaliserede procedurer eller fælles uformelle normer for, hvordan opgaver håndteres og grænsefladerepræsentanterne deler ikke en fælles forståelse af grænsefladen. Dette kan medføre kontraproduktive konflikter i form af grænsefladerepræsentanternes tilbagetrækning fra hinanden, hvilket af Brown kaldes interorganisatorisk isolation eller en konflikt-eskalering i form af interorganisatorisk krigsadfærd. På den anden side muliggør den løse regulering, at aktørerne kan agere på baggrund af faglige skøn og med en forholdsvis stor fleksibilitet i opgaveløsningen (Brown 1983:23). Men typisk er underorganiserede grænseflader karakteriseret af problemer med ressourceknaphed og mangel på grænsefladerepræsentanter, informationer, energi og tid (Brown 1983:28).

Hvordan den konkrete grænseflade defineres og afgrænses kan ifølge Brown ske ud fra aktørernes fælles mål samt de afhængigheder i grænsefladen, der nødvendiggør en fortløbende interaktion mellem aktørerne. Afhængighederne kan bestå af følgende fire elementer: 1) Et fælles opgavehensyn, hvor aktørerne er afhængige af hinanden for at håndtere en given opgave, 2) Fælles social identifikation baseret på fælles loyalitet og tætte sociale bånd, 3) Fælles autoriteter som eksempelvis professionsetiske forpligtelser eller 4) Fysisk placering, hvor parter interagerer, fordi de er fysisk tæt placeret på hinanden (Brown 1983:22-23). Grænseflader kan bestå af flere af ovenstående afhængigheder og de er altså ikke gensidigt udelukkende. Grænserne for græn-

sefladen afhænger af, hvilken type afhængighed der er mest karakteristisk for grænsefladen og grænserne kan være åbne eller lukkede (Brown 1983:23).

I tillæg til den generelle definition af grænseflader har Brown specificeret interorganisatoriske grænseflader i følgende citat:

"Simple organization interfaces bring together organizations that (1) depend on each other for critical resources, (2) sometimes asymmetrically, in contexts of (3) varying organization but (4) pervasive impact."

(Brown 1983:214)

Udover opgaveafhængigheden kan de involverede organisationer derfor have et asymmetrisk magtforhold, hvor den ene organisation kan være mere magtfuld end den anden eller være mere afhængig af den andens ydelser/produkter (ibid). Anderledes forholder det sig med interne grænseflader mellem forskellige afdelinger i en organisation, idet disse ofte formelt vil have et symmetrisk magtforhold (Brown 1983:87). I praksis kan der dog være asymmetriske magtrelationer, som influerer grænsefladen. Sådanne intraorganisatoriske grænseflader er typisk defineret ved et fælles opgavehensyn (Brown 1983:83).

Grænsefladekonflikter

Konflikter i grænsefladen består ifølge Brown af de to elementer *interesser* og *adfærd*, hvor interesser henviser til erkendte og uerkendte interesser, som er på spil for de to parter (Brown 1983:4). Interesserne kan være fælles, så begge parter vinder ved interaktionen eller interesserne kan være i konflikt med hinanden, hvorved kun den ene part får noget ud af interaktionen på bekostning af den anden (ibid). Eftersom grænseflader emergerer på baggrund af afhængighed mellem organisationer kan der argumenteres for, at de to parter interesser på et eller andet niveau må være fælles. Begge parter er jo afhængige af hinanden for at løse en given opgave, hvorfor begge må forventes at vinde på interaktionen.

Adfærd refererer til uoverensstemmende adfærd, som er *"actions by one party intended to oppose or frustrate the other party"* (Brown 1983:5). Det er altså en adfærd, som parterne udviser bevidst for at modsætte eller genere den anden part. Sådant en adfærd kan spænde fra at være af mere subtil karakter som eksempelvis passivitet til at være af åbenlys karakter som eksempelvis sabotage (ibid). Disse to elementer giver fire typer af konflikter:

Tabel 4: Interesser og adfærd som elementer i grænsefladekonflikter

Interesser			
Adfærd		Forskellige	Fælles
	Uoverensstemmende	<i>Konflikt</i> ¹³	<i>Falsk konflikt</i>
	Overensstemmende	<i>Latent konflikt</i>	<i>Ingen konflikt</i>

Kilde: Brown 1983:6

Konflikter kan både være produktive eller destruktive afhængig af omstændighederne og konfliktniveauet. Ved et passende konfliktniveau anses konflikterne for produktive og kan have positive udfald som dybere forståelse af de fælles opgaver, mobilisering af ressourcer etc. Det passende konfliktniveau kan udmønte sig i to typer af interaktionsmønstre mellem grænsefladerepræsentanterne. Det ene interaktionsmønster kaldes for *interorganisatorisk overenskomst* (oversættelse i Seemann & Antoft 2002:46), hvilket typisk forekommer i tilfælde af interessekonflikter. Gennem forhandling og kompromisser opnår parterne en eller anden løsning i forbindelse med det fælles opgavehensyn, men sådanne processer er typisk præget af mistillid og tilbageholdelse eller forvrængning af information for at fremme egne interesser. Ved denne type interaktionsmønster er der risiko for, at der udvikles et for højt konfliktniveau (Brown 1983:40). Det andet interaktionsmønster betegnes som *interorganisatorisk problemløsning* (oversættelse i Seemann & Antoft 2002:46) og ses oftest, når interesserne mellem parterne er fælles. Problemløsningen er præget af tillid og en åben informationsudveksling, hvor fokus er på den fælles gevinst i løsningsmodeller for begge parter. Denne problemløsende interaktion skaber informationsudveksling og koordination på tværs af organisationer (ibid.). Risikoen ved dette interaktionsmønster er dog, at konfliktniveauet bliver for lavt (Brown 1983:40). Begge disse interaktionsmønstre kræver en pragmatisk indstilling fra grænsefladerepræsentanterne og der kan argumenteres for, at særligt fagprofessionelle kan have vanskeligt ved at gå på kompromis med egne problemløsningslogikker og dermed indgå i interprofessionelle- og interorganisatoriske problemløsninger grundet deres stærke faglige overbevisninger og professionslogikker (Seemann & Antoft 2002:46-47).

Hvis konfliktniveauet er for højt kan interaktionsmønsteret betegnes som *interorganisatorisk krigsadfærd* (ibid.), hvor parternes handlinger skaber øget distance og eskalerende spændinger, hvilket fører parterne i hver sin retning (Brown 1983:41). Krigsadfærden er præget af mistillid og manglende respekt mellem parterne. En sådan adfærd kan komme til udtryk ved sabotage af hinandens arbejde, strejker etc. og en krigsadfærd kan true parternes autonomi og overlevelse (Brown 1983:221).

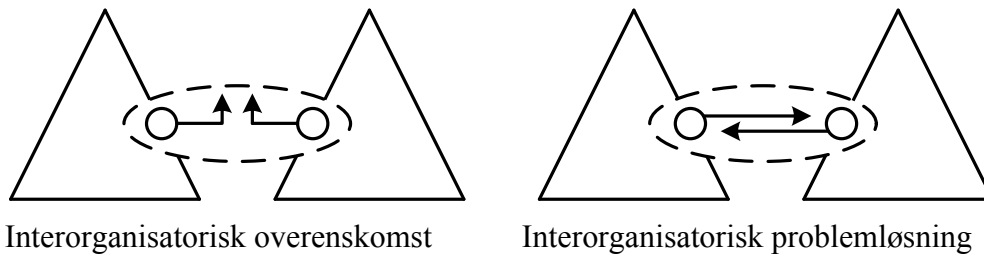
¹³ Brown fokuserer mest på denne type af konflikter, men det betyder ikke, at falske eller latente konflikter skal negligeres, idet disse kan udvikle sig til reelle konflikter (Brown 1983:6).

Den modsatte pol er, når konfliktniveauet er for lavt, hvilket kan medføre to interaktionsmønstre. Det ene interaktionsmønster ved et for lavt konfliktniveau er *interorganisatorisk isolation* (oversættelse i Seemann & Antoft 2002:47), hvor parterne har opretholdt en falsk illusion om organisatorisk uafhængighed. Parterne har derfor ikke erkendt deres gensidige afhængighedsforhold og fælles problemer erkendes ikke og løses derfor heller ikke (Brown 1983:222). Adfærden er præget af passivitet og grænsefladerepræsentanterne har en tilbagetrukket rolle i grænsefladen. En konsekvens af denne adfærd kan være handlingslammelse og relationen mellem de to parter kan karakteriseres som en skak-mat situation (Seemann & Antoft 2002:47-48). Det andet interaktionsmønster kaldes for *interorganisatorisk aftalt-spil* (oversættelse i Seemann & Antoft 2002:47), hvor parterne undertrykker deres forskelligheder og konflikter negligeres. Undertrykkelse af konflikter kan medføre fordomme, myter og stereotype forestillinger om den anden part samt en reduceret informationsudveksling på tværs af parterne (Brown 1983:42;222). En aftalt-spil relation kan karakteriseres som en 'enig slendrian', "*hvor alle har erkendelse om, at det står galt til – men ingen gør noget*" (Seemann & Antoft 2002:47).

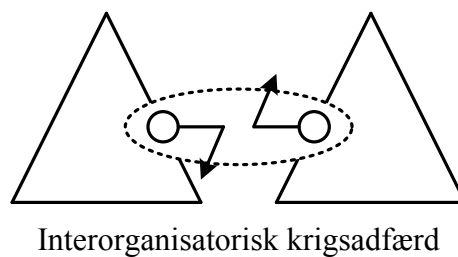
Disse forskellige konfliktniveauer og interaktionsmønstre hænger sammen med organiseringen af grænsefladen som nedenstående figur illustrerer:

Figur 7: Sammenhæng mellem konfliktniveau, interaktionsmønster og grænsefladeorganisering

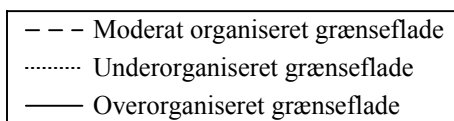
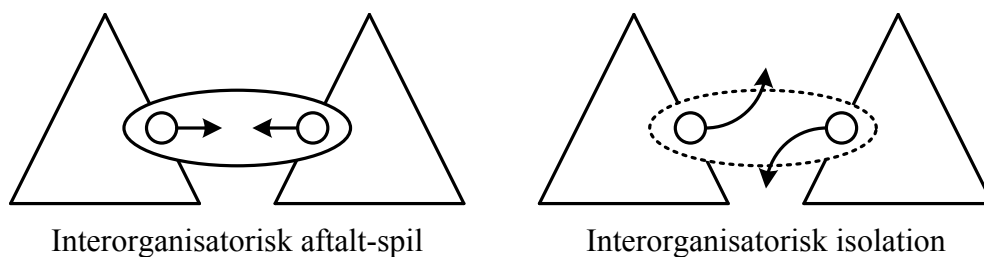
Produktiv konflikt



For meget konflikt



For lidt konflikt



Kilde: Brown 1983:44,225.

Figuren illustrerer, at grænseflader præget af et kontraproduktivt konfliktniveau enten er karakteriseret ved en under- eller overorganiseret grænseflade, der vanskeliggør hensigtsmæssige interaktionsmønstre mellem grænsefladerepræsentanterne. Konflikter i grænsefladerne forventes at komme til udtryk som problemer i brændpunkterne i samarbejdsrelationerne. Derfor vil brændpunkterne ses som et udtryk for enten et for lavt eller højt konfliktniveau i grænsefladen.

Grænsefladerepræsentanter

Grænsefladerepræsentanterne er de aktører, der agerer og forhandler i grænsefladen mellem de to organisationer. Disse aktører er repræsentanter for organisationerne og de udfylder de såkaldte grænseroller (Brown 1983:33). Konflikter og tvetydigheder hører nødvendigvis med til grænserollerne, idet grænsefladerepræsentanterne både skal lytte til deres egen organisation og til den anden organisations forventninger. Grænsefladerepræsentanterne kan ligeledes være organiseret i subenheder (såkaldte *boundary spanners*), hvis formål er at håndtere organisatoriske grænseflader (Brown 1983:217). Således er Udskrivningskoordinatorene i Aalborg Kommune et eksempel på *boundary spanners*, der både opererer i den interne kommunale grænseflade såvel som i den tværsektorielle grænseflade.

Graden af autonomi og magt i grænserollerne kan variere afhængigt af organiseringen af grænsefladen og den pågældende aktørs status og magt i sin egen organisation. Magtfulde og højt-placerede aktører (fx topledere) har typisk forholdsvis stor indflydelse og mulighed for at håndtere situationer og opgaver i grænsefladen. I den anden pol kan aktører uden magt og autonomi forefindes. Deres handlinger og adfærd er typisk underlagt en strammere styring (Brown 1983:33). Dog kan sådanne aktører stadig have en høj grad af uformel magt, hvilket vil uddybes i *Magt og frontlinjemedarbejdere*.

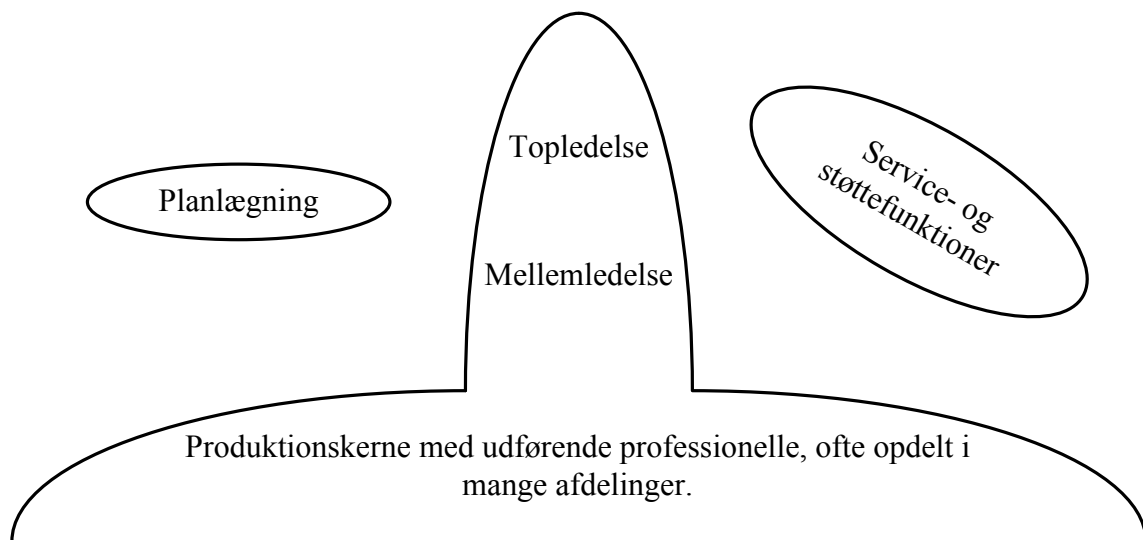
Interaktioner i grænsefladen er influeret af personlige karakteristika ved grænsefladerepræsentanterne, som kan være med til at bestemme konfliktniveauet (Brown 1983:34). Relationerne på tværs af organisationerne er derfor i høj grad afhængige af aktørernes personlighed og evner til at skabe et passende konfliktniveau. I denne forbindelse anses deres professionstilhørsforhold som en del af deres personlige karakteristika, idet dette er med til at forme deres værdier, normer og virkelighedsopfattelser. Derfor anvendes en professionssociologisk optik til at fortolke grænsefladerepræsentanternes karakteristika og der vil ikke lægges vægt på aktørernes personlighed, idet denne kan være vanskelig at indfange i et enkelt dybdegående interview, som er empiriindsamlingsmetoden i nærværende speciale.

Afsluttende vil det tilføjes, at når grænsefladerepræsentanterne medtages som analyseniveau, kan det ikke undgås, at organisationerne også indgår som en implicit del af analysen. For at forstå grænsefladerepræsentanterne er det nødvendigt at forholde sig til, hvad det er for nogle organisationer, de repræsenterer og hvilke interesser, der er på spil. Organisationernes attituder, følelser overfor hinanden og deres egen selvforståelse kan også forestilles at smitte af på grænsefladerepræsentanterne, idet disse er påvirket af den institutionelle og organisatoriske kontekst, de er en del af. Brown peger på, at organisationer ofte udvikler overdrevent positive selvbilleder og ekstremt negative billeder af den anden organisation (Brown 1983:32), hvilket influerer grænsefladerepræsentanternes kognitive processer, adfærd, perceptioner etc.

Fagbureaukratiet og professioner

En måde at forstå parterne i grænseflader er gennem deres organisationsform. I dette tilfælde kan organiseringen i Psykiatrien, Handicapafdelingen og Misbrugsafsnittet ses som fagbureaukratier. Fagbureaukratiet har sine særlige karakteristika, som kort vil beskrives for at forstå den organisatoriske kontekst, grænsefladerepræsentanterne er en del af. Organisationer der er stærkt præget af og afhængig af professionelle på de udførende niveauer (produktionskernen) og samtidig er regelstyrede kan ifølge Henry Mintzberg betegnes som fagbureaukratier (Jespersen 2008:86). I fagbureaukratiet er de professionelles færdigheder standardiseret og de professionelle i produktionskernen har stor autonomi i deres opgaveudførelse (Mintzberg 1983:190). Det typiske fagbureaukrati kan afbildes på følgende måde:

Figur 8: Fagbureaukratiet som organisationsform



Kilde: Mintzberg 1983:194

Som figuren illustrerer, udgør produktionskernen størstedelen af organisationen og det er ifølge Mintzberg essentielt, at denne fungerer for, at organisationen kan udvikles og trives. Derfor må resten af organisationen også tilpasse sig produktionskernen (Jespersen 2008:86). Planlægningsafdelingen og antallet af mellemedere vil ikke være særlig stor i en typisk fagbureaukratisk organisation, idet de professionelle i produktionskernen selv planlægger og leder deres arbejde. Imidlertid kan det diskuteres, hvorvidt Psykiatrien og de udførende niveauer i Aalborg Kommune fuldstændigt er karakteriseret ved at være fagbureaukratier. Der kan argumenteres for, at New Public Management strømningerne i den offentlige sektor mindsker de professionel-

les autonomi og i højere grad udvikler fagbureaukratier i en mere maskinbureaukratisk¹⁴ retning (Jespersen 1996:82-83). Styringen af den offentlige sektor kommer til at fordre en organisatorisk professionel kvalitet snarere end en fagprofessionel kvalitet, idet administrative planlægningsfunktioner i den offentlige sektor ofte besættes af de såkaldte generalister, som arbejder ud fra maskinbureaukratiets principper i stedet for de professionelle faglige principper (Jespersen 1996:81). Denne orientering mod en organisatorisk logik kan potentielt bringe de professionelle i en rollekonflikt, for hvad skal de orientere sig imod – en organisatorisk eller en faglig logik (Jespersen 1996:82)?

Selvom bureaukratiets principper umiddelbart virker som i konflikt med de professionelle principper, så er bureaukratiet og professionelle ikke umulige at forene. Dette skyldes, at de professionelle på den ene side er dybt afhængige af de bureaukratiske organisationer, da disse giver dem magt, status, materielle goder og mulighed for at øve deres erhverv. Afhængigheden går også den modsatte vej, idet de bureaukratiske organisationer er afhængige af de professionelle på det udførende niveau for at kunne levere de serviceydelser, som de af politikerne og befolkningen er forpligtede til at levere. Denne afhængighed af de professionelle giver de professionelle magt og indflydelse i de bureaukratiske organisationer, hvorfor en 'bureaukratisering' af de professionelle ikke entydigt kan ses som et tab af professionel autonomi, magt og indflydelse (Jespersen 1996:87).

Professioner

Inden for professionssociologien er der overordnet to måder at forstå professioner; det funktionalistiske perspektiv og de ikke-funktionalistiske perspektiver, herunder Andrew Abbotts forståelse af professioner som en af systemer. Disse tilgange vil kort opridses ved at fremhæve forskelle og ligheder, men hovedvægten vil være på Abbotts professionsforståelse, idet denne belyser professioner ud fra relationerne mellem professionerne.

Hvorfor er professionerne særlige faggrupper? Svaret på dette spørgsmål afhænger af de teoretiske øjne, der ser. På tværs af teoretiske ståsteder anses professionerne som en eftertragtellesværdig status for faggrupper, som medfører høj status, materiel belønning, autonomi og samfundsmæssig anerkendelse (Becker 1956:102). Typisk vil professionernes arbejdsområde være service- eller vidensorienteret, og den pågældende profession vil oftest have monopol på dette område (ibid). Derimod deles vandene, når spørgsmålet om formålet professionernes eksistens bringes på banen. Den funktionalistiske professionsforståelse har den grundlæggende antagelse, at professioner eksisterer, fordi de har en uundværlig funktion i samfundet (Parsons 1949:185). Derimod har de ikke-funktionalistiske professionsforståelser udgangspunkt i et magt- og kon-

¹⁴ Maskinbureaukratiet er blandt andet kendetegnet ved en stor planlægningsafdelingen og en hierarkisk magt/kontrol i stedet for fagbureaukratiets forholdsvist flade hierarki (Mintzberg 1983:163-171).

fliktorienteret perspektiv og anser ikke professionernes eksistens som en funktionel nødvendighed (Sognstrup 2003:59). Således beskriver den symbolske interaktionistiske tilgang (også kaldet magttilgangen) repræsenteret ved Eliot Freidson professionerne ud fra, hvordan de professionelle handler og agerer i deres hverdagsliv for at forhandle og fastholde deres lukrative position som profession (MacDonald 1999:8). Magttilgangen forholder sig langt mere kritisk til professionerne end funktionalismen og grundprincipperne fra magttilgangen er ført videre i de neo-weberianske professionsforståelser. Professionerne anses i et neo-weberiansk perspektiv som interessegrupper, som søger at monopolisere sociale positioner, der medfører høj status og materiel belønning gennem social closure (ibid). Professionernes privilegier kan derfor ikke forklares ud fra deres funktion i samfundet.

Andrew Abbott repræsenterer en anden tilgang end de ovenstående tilgange, idet han ikke ser på den enkelte profession isoleret men på professioner som en del af et system:

"Professions are never seen alone, but they are also not replaced by a single encompassing category of "the professions". They exist in a system."

(Abbott 1988:33)

I systemet af professioner foregår interprofessionelle kampe¹⁵ om jurisdiktioner¹⁶, dvs. arbejdsmæssige territorier, både på arenaerne for selve arbejdet, på det samfundsmæssige niveau og i den offentlige diskurs (Sognstrup 2003:69-71; Antoft 2005:98). Professionerne etablerer sig et system, hvori de udfører deres arbejde. Professionerne er afhængige af hinanden i dette system samtidig med, at de kæmper om at definere og håndtere arbejdsopgaver for derved at opnå jurisdiktion, idet grænserne for jurisdiktion er til forhandling. Denne kontinuerlige kamp mellem professionerne kan være en forklaring på, hvorfor professionelle ifølge Mintzberg har vanskeligt ved at koordinere deres arbejde og samarbejde på tværs af professioner (Mintzberg 1983:206-207). Professionaliseringsprocesser foregår i de interprofessionelle relationer, hvilket kan være med til at forklare grænsefladerepræsentanternes adfærdsmønstre og de konflikter, der udspiller sig i grænsefladerne.

En profession kan have fuld kontrol over et arbejdsområde eller være underlagt en anden professions kontrol (Antoft 2005:99), hvilket eksempelvis gør sig gældende på behandlingsområdet, hvor lægerne har fuld kontrol over arbejdsområdet og sygeplejerskerne er underlagt lægernes kontrol. Opnåelsen og opretholdelsen af kontrol og jurisdiktion over et arbejdsområde kræver både social, kulturel og legal kontrol med arbejdsområdet og kampene om jurisdiktion fore-

¹⁵ Desuden foregår der også intraprofessionelle kampe mellem forskellige segmenter i samme profession (Antoft 2005:104).

¹⁶ Jurisdiktionerne udgør båndene mellem en profession og dets arbejde (Abbott 1988:20).

går derfor på flere arenaer (Abbott 1988:59; Antoft 2005:101). I dette speciale er arbejdsarenaen, hvor arbejdet udføres, den interessante, idet denne belyser de involverede aktører i behandlingen, plejen og støtten til dobbeltdiagnose patienter på det udførende niveau. Det særlige ved arbejdsarenaen er, at grænserne mellem arbejdsopgaverne kan være flydende. I praksis er arbejdsopgaverne derfor ikke nødvendigvis klart afgrænsede og demarkationslinjen mellem de forskellige professioners arbejdsmæssige territorier er uklar:

”Grænserne mellem professionelle jurisdiktioner har en tendens til at forsvinde på arbejdsarenaer. Der sker en vidensoverførsel, der tenderer mod assimilation. Det betyder, at virkeligheden for de jurisdiktionelle relationer i en arena for arbejde er en fuzzy virkelighed.”

(Antoft 2005:101)

I praksis betyder det, at nogen arbejdsopgaver kan løses af andre ikke-professionelle eller af end medlemmerne af professionen med jurisdiktion. Løsningen af de konkrete arbejdsopgaver i forbindelse med dobbeltdiagnoseområdet kan derfor forestilles at antage en mere pragmatisk karakter, hvor jurisdiktionelle kampe kan træde i baggrunden til fordel for den daglige organisering.

Kampene om jurisdiktion kan både omhandle erobring af nye arbejds territorier og om at slippe af med de mindre attraktive og prestigefyldte opgaver, det såkaldte *dirty work* (Antoft 2008:165). Ændringer i en professions jurisdiktioner medfører, at hele systemet af professioner påvirkes, hvorfor andre professioner også vil ændre jurisdiktioner. Således vil tab eller afgivelse af et arbejdsområde betyde en anden professions vinding eller bemægtigelse af det givne arbejdsområde (Antoft 2008:162).

Afslutningsvist kan det kort diskuteres, hvornår en faggruppe kan betegnes som en profession. Generelt kan der skelnes mellem professioner (fx læger og psykologer) og de såkaldte semiprofessioner (fx sygeplejersker, socialrådgivere og pædagoger¹⁷), der typisk ikke har samme samfundsmæssige anerkendelse som de fuldgældige professioner (Sognstrup 2003:55; Ejrnæs 2008:127). Semiprofessionerne har derfor ikke opnået fuld jurisdiktion eller monopol på et givent område. Men det er ikke blot graden af samfundsmæssig anerkendelse, der adskiller professionerne fra semiprofessionerne. Forholdet mellem teori og praksis er således forskelligt for professionerne og semiprofessionerne, idet professionerne i højere grad kan overføre deres specialiserede viden til praksis, idet de beskæftiger sig med en afgrænset og specificeret problemstilling, fx den psykiatriske læge der behandler den psykiske lidelse. Derimod har semiprofessionerne vanskeligere ved at overføre teori til praksis, da de ofte arbejder ud fra et holistisk per-

¹⁷ Morten Ejrnæs kalder disse semiprofessioner for relationsprofessioner, idet deres arbejde består af relationer til patienter, klienter, borgere, elever etc. (Ejrnæs 2008:155).

spektiv, hvor den samlede problemstilling i sin kompleksitet er i fokus. Kompleksiteten af problemstillingen kan være umulig at indfange gennem teorier eller kombination af disse, hvorfor semiprofessionerne oftere må bruge deres personlige holdninger og erfaringer i opgavehåndteringen (Ejrnæs 2008:147-148).

Hvorvidt en faggruppe er en profession afhænger i høj grad af, hvilken professionsteoretisk tradition, der tages udgangspunkt i. Hver af de gennemgåede teoritilgange kan bidrage med at belyse et komplekst begreb om professioner. Således kan den funktionalistiske tilgang anvendes som en idealtypisk konstruktion af professioner, der kan bruges til at identificere faggrupper som professioner. Magttilgangen og den neo-weberianske tilgang bidrager med et magt- og konfliktorienteret perspektiv og fungerer som en kritisk modvægt til funktionalismens idealiserende billede af professioner. Som et sidste perspektiv kan Abbott anvendes til, at forstå de interprofessionelle relationer, magtkampe og forhandlinger, som foregår i en interorganisatorisk grænseflade.

Magt – et supplerende teoretisk begreb

Hvad er magt for en størrelse? Det er et spørgsmål, som har været vidt omdiskuteret inden for den sociologiske tradition, som rummer forskellige måder at forstå og definere magt på (Antoft 2005:239-258). Formålet med dette korte afsnit er dog ikke, at gennemgå magtbegrebets teori-historie eller diskutere forskelle og ligheder i de forskellige perspektiver. I stedet vil der gøres rede for, hvordan magt anskues og anvendes i dette speciale til at belyse, hvordan magt indgår som en del af grænsefladeinteraktionerne og de interprofessionelle relationer. Min forståelse af magt vil være en sammentrækning af flere forskellige perspektiver, som vil gennemgås i det følgende.

Magt i organisationer kan inddeles i en formel og uformel magt (Brown 1983:118). Den formelle magt relaterer sig til en given organisations autoritetsstruktur og kan ses som en magt, der er legitimeret af den hierarkiske struktur i organisationen (Hatch 2006:254). Imidlertid er der andre kilder til magt end blot den hierarkiske struktur, fx viden, unikke kompetencer, kontrol over information etc., og disse kilder er med til at konstituerer den uformelle magt (Hatch 2006:254; Brown 1983:118-119). Magt kan ligeledes ifølge den britiske sociolog Anthony Giddens anses som en transformativ kapacitet, der relaterer sig til ressourcerne, de enkelte individer eller organisationer besidder. Ressourcerne kan eksempelvis være viden, midler, institutionaliserede regelsæt eller organisatorisk kapacitet (Antoft 2005:253). Magt er derfor forbundet med *”en transformativ kapacitet, der kommer til udtryk som evnen til at gøre en forskel”* (ibid).

Kilderne til magt tydeliggør, at magt må forstås som en del af en større kontekst og som en del af et system eller organisation, hvor magten udføres (Crozier 1973:219). For at forstå grænsefladerepræsentanternes magtrelationer og magtpositioner må den organisatoriske kontekst derfor inddrages, idet den organisatoriske kontekst både muliggør og begrænser aktørernes magt-udfoldelser qua de formelle og uformelle strukturer i organisationen (ibid). Derfor kan det også være interessant at undersøge, hvordan magtforholdet er mellem organisationer, når de er tvunget til at samarbejde om at løse en given opgave, eftersom magtforholdet mellem organisationerne er med til at forme de interaktioner, der pågår mellem grænsefladerepræsentanterne. En måde empirisk at identificere magtforholdet mellem organisationer er ved at identificere de kritiske samarbejdsrelationer, dvs. brændpunkterne i samarbejdet. Konflikterne i samarbejdet kan netop være indikationer på magtforholdet mellem organisationerne, idet konflikter kan ses som manifestationer af de konstante kampe om kontrol, som magt indebærer (Hatch 2006:251). Derfor er det relevant at undersøge, hvilken organisation der har magten til at definere mål og kriterier for opgaveløsningen, hvis interesser der tilgodeses i tilfælde af konfligerende interesser etc. i forbindelse med en empirisk undersøgelse af magt i en interorganisatorisk grænseflade. Alligevel kan det være vanskeligt at identificere magtprocesser i en organisation og mellem organisationer, idet magtudøvelse både kan være synlig og usynlig. Den synlige magtudøvelse kommer eksempelvis til udtryk ved autoritetsudøvelse, hvorimod den usynlige magtudøvelse kan foregå i socialiseringsprocesser eller andre påvirkningsprocesser (Antoft 2005:239-240). Den usynlige magtudøvelse kan blandt andet gøre sig gældende i forbindelse med de dagligdagsforholdninger, der foregår på arbejdsarenaen om arbejdsopgaver og jurisdiktioner. Magt foregår altså ikke blot, når A får B til at gøre noget, som B ellers ikke ville have gjort, som den amerikanske politiske forsker Robert Dahl engang formulerede magt (Hatch 2006:254), men magt udspiller sig ligeledes i de daglige, rutinerede og upåagtede handlinger (Antoft 2005:254).

Magt og frontlinjemedarbejdere

Professionelle er typisk blevet karakteriseret som en særlig gruppe af medarbejdere, hvis arbejde er præget af høj grad af autonomi og magt til at udføre deres arbejdsopgaver. En af årsagerne til deres magt og autonomi er, at deres arbejdsopgaver er karakteriseret ved at basere sig på relationen til en borger, klient eller patient, og denne relation er vanskelig at kontrollere og opstille krav til fra organisationens side (Hasenfeld 2003:221-223). Imellem de forskellige professioner er der imidlertid forskel på, hvor stor den direkte kontakt til borgeren, klienten eller patienten er. Således kan der argumenteres for, at jo højere status en profession har, jo mindre direkte kontakt har de med borgeren, klienten eller patienten. De lavere rangerede professionelle, ofte de semiprofessionelle, er derfor typisk dem, der indgår i den daglige interaktion med borgerne, klienterne eller patienterne og dermed har det daglige ansvar for interaktionen (Hasenfeld

2003:223). Det er disse (semi)professionelle, der kan betegnes som frontlinjemedarbejderne¹⁸ og på trods af deres relativt lave position i den formelle autoritetsstruktur, er deres arbejde præget af stor autonomi og skønsudøvelse:

"Til trods for deres lave position i den formelle autoritetsstruktur udøver street level-bureaukrater en betydelig mængde skøn, fordi de arbejder i situationer, der er for komplekse til, at der kan laves rutiner for dem, i situationer, der kræver svar på forskelligartede og uforudsigelige menneskelige omstændigheder."

(Hasenfeld 2003:223)

Denne skønsudøvelse er med til at bevare frontlinjemedarbejdernes autonomi. Således kan disse medarbejdere stadig agere ud fra deres personlige eller fagprofessionelle ideologier, selvom disse måtte være i strid med organisationens overordnede mål eller strategier (ibid). På denne måde kan frontlinjemedarbejderne overkomme den potentielle rollekonflikt, der kan være mellem en organisatorisk og professionel logik, ved at anvende deres skønsudøvelse i et rimeligt omfang i deres interaktion med borgeren, klienten eller patienten. Frontlinjemedarbejderne har derfor en relativ stor uformel magt på trods af, at de ofte ikke har formel magt i organisationen.

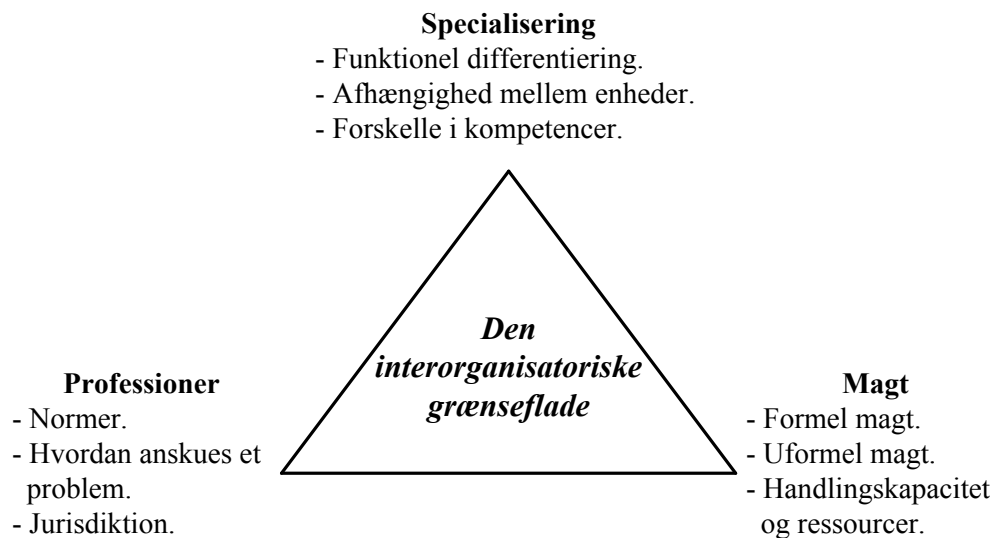
En særlig kilde til deres magt i relation til både organisationen og til andre professioner, medarbejdere, organisationer eller borgeren er deres kontrol over information mellem borger og organisation. Frontlinjearbejderne har kontrollen over den information, der bliver videreformidlet fra borgeren til organisationen, og omvendt kontrollerer disse medarbejdere informationsstrømmen fra organisationen til borgeren (Hasenfeld 2003:222). Udøvelsen af magt fra frontlinjemedarbejderne kan derfor være et interessant perspektiv til at begribe dynamikken og interaktionsmønstrene mellem grænsefladerepræsentanterne i såvel den interorganisatoriske grænseflade som de to intraorganisatoriske grænseflader i mit casestudium.

¹⁸ Professor ved Georgetown University Michael Lipsky kalder disse frontlinjemedarbejdere for street level-bureaukraterne (Hasenfeld 2003:223).

Afrunding

Den præsenterede teoretiske ramme rummer tre overordnede teoretiske perspektiver på det tværsektorielle samarbejde på dobbeltdiagnoseområdet, som nedenstående figur illustrerer:

Figur 9: De tre overordnede teoretiske perspektiver i specialet



Det første perspektiv omhandler den funktionelle differentiering og specialisering på det sociale og sundhedsmæssige område, som medfører afhængigheder på tværs af den primære og sekundære sektor. Hvordan disse afhængigheder er med til at organisere de interorganisatoriske grænseflader og belyse dertilhørende konflikter indfanges ved hjælp af Browns begrebsapparat og er det fremherskende perspektiv i nærværende speciale. Det andet perspektiv omhandler professionerne, dvs. grænsefladerepræsentanterne der handler og agerer i grænsefladen og dette perspektiv kan forklare adfærdsmønstre, forskelle i normer og virkelighedsopfattelser blandt aktørerne og magtkampe i forbindelse med opretholdelse eller tilkæmpelse af kontrol eller jurisdiktion med et givent arbejdsområde. Det tredje perspektiv omhandler magt, selvom denne også er en immanent del af de to andre perspektiver, hvorfor det ikke fylder så meget som en selvstændig del i analysen som de to andre perspektiver. Dette sidste perspektiv skal indfange magtrelationerne mellem de to organisationer og mellem de involverede aktører på det udførende niveau. De tre perspektiver hænger tæt sammen og i praksis er det ikke muligt at lave en klar distinktion mellem dem, hvorfor nærværende opdeling blot skal ses som en teoretisk konstruktion, som er med til at belyse min empiri fra forskellige perspektiver og øge forklaringskraften af resultaterne.

Kapitel 6

Analysestrategi

I en forskningsproces har analysestrategien til formål at klargøre, hvordan analysen af den indsamlede empiri struktureres og gribes an. Således vil følgende afsnit beskrive, hvordan empirien er blevet behandlet og koblet sammen med den valgte teoretiske ramme for at besvare specialets problemformulering.

Som beskrevet i kapitlet om forskningsdesignet for specialet er forskningsstrategien teoretisk fortolkende, hvorfor de videnskabelige fortolkninger af empirien primært tager sit afsæt i den opstillede teoretiske ramme. Dette udelukker imidlertid ikke, at der bevares en åben og mere eksplorativ tilgang til analysen. Den eksplorative tilgang understøtter betoningen af casestudiets forcer, nemlig muligheden for at modificere og skærpe sin casekonstruktion, som forskningsprocessen skrider frem og viden om casen udbygges (Andesen m.fl. 1992:156). Den eksplorative tilgang kommer til udtryk er gennem kodningen af de transskriberede interviews og referaterne fra de indledende møder med kontaktpersonerne. Kodningen er foregået i databehandlingsprogrammet til kvalitative data Nvivo, hvor alt indsamlet empiri indledningsvist er kodet efter dels teoretiske begreber og forhåndsantagelser og dels efter kodninger emergeret af en mere intuitiv forståelse af empirien.

De indledende koder er gennemgået og præciseret, hvorved nogle koder er samlet under et overordnet begreb, andre er blevet opdelt og mulige relationer/sammenhænge mellem koderne er søgt identificeret (bilag 2). Herved er mønstre i empirien søgt identificeret for at indfange centrale tematikker for besvarelse af problemformuleringen samt andre relevante tematikker opstået på baggrund af den eksplorative tilgang. Denne proces betegner mønsterdannelsen i analysen, hvor analysens overordnet mønster eller tema skabes (Andersen m.fl. 1992:218-222). Denne proces kan sammenlignes med det Yin kalder for *pattern matching*, hvilket udgør det fjerde element i casestudiets forskningslogik. Gennem pattern matching sammenkædes empirien til de (teoretiske) forhåndsantagelser, som dannede baggrund for problemformuleringen (Yin 1994:106).

At skabe det overordnede mønster eller tema er en vanskelig definerbar proces, som ikke følger en logisk opskrift. Det er en erkendelsesproces, hvor forskeren knækker koden og ser en samlet tematik for sig, hvilket kan foregå, når forskeren mindst venter det (Andersen m.fl. 1992:218-

222). For nærværende analyse afspejler det overordnede mønster de tre udvalgte teoretiske perspektiver, som er illustreret i figur 9, dvs. funktionel differentiering, professionalisering og magt.

For at underbygge det overordnede mønster må det indfange så meget som muligt af variationen i empirien uden at reducere empiriske variationer for meget. Underbygningen af det overordnede mønster foregår gennem mønsterudfyldning, der kan sammenlignes med at lægge et puslespil – men hvor *”brikkerne ikke er klart definerede, men skal genereres på basis af data fra feltet og lån fra andre empiriske undersøgelser og teoretiske værker”* (Andersen m.fl. 1992:229).

Mønsterdannelsen og mønsterudfyldelsen sker gennem en teoretisk fortolkning af informanterne og kontaktpersonernes udsagn samt de fremkomne koder. Dette bringer de videnskabelige fortolkninger op på et mere abstrakt niveau, der indfanger mønstre og tendenser på tværs af informanterne og sociale situationer i stedet for kun at forklare og beskæftige sig med unikke individers handlinger i særlige situationer (Andersen m.fl. 1992:224). Samtidig undgås det, at informanternes egne fortolkninger og udsagn overtages ukritisk, idet disse repræsenterer den enkelte informants subjektive fortolkninger, som er afhængige af informantens (skjulte) interesser, baggrund og position i det udforskede felt (ibid). I dette speciale er det vigtigt at have in mente, at informanterne repræsenterer to organisationer, som formodes at have konfligerende interesser, hvorfor informanternes udsagn og selv billede af egen organisation og rolle i samarbejdet ifølge Brown kan være idealiseret (Brown 1983:32).

Igennem analysen vil citater og uddrag fra interviewene og de indledende møder inddrages som illustrative eksempler. De udvalgte citater vil eksemplificere en generel tendens i empirien. Dog kan der være citater, som kun er udtryk for en enkel informants holdning, hvilket vil fremgå klart af teksten omkring citatet. Informanterne vil fortrinsvist refereres til ved deres profession rent skriveteknisk, men det betyder ikke, at den organisatoriske forankring ikke er medtænkt i udvælgelsen af citater og fortolkningen heraf.

Qua min egen tilknytning til Psykiatrien har kodningen og det videre analysearbejdet båret præg af et ideal om også at indtage rolle som *Rasmus Modsat* som led i at udfordre mine egne forhåndsantagelser og ikke negligere interviewudsagn, som modbeviser mine egne antagelser. Gennem analysen vil sådanne ’modbeviser’ eksplicit fremstilles som led i sikringen af gennemskueligheden og validiteten af de fremkomne resultater. Sådanne ’modbeviser’ vil manifestere sig i analysen som konkurrerende forklaringer og fortolkninger af empirien, hvilket ifølge Yin ligeledes en del af kvalitetssikringen af analysen (Yin 1994:123).

Analysestrategien har til formål at tydeliggøre, hvordan analysen af empirien er foregået. Dog er sådan en analyseproces ikke en lineær proces, men foregår i stedet som en vekselvirkning mellem udforskning af data, mønsterdannelse, mønsterudfyldelse og teoretisk fordybelse (Andersen m.fl. 1992:218). Således har analyseprocessen i dette speciale heller ikke været en lineær pro-

ces, men har i stedet været som at lægge et puslespil uden helt at vide, hvordan det overordnede billede så ud. Flere af koderne fra NVivo har været overlappende og kunne placeres under forskellige temaer/overskrifter i analysen, men ved hjælp af et afklarende specialeseminar og ihærdig 'puslespilslægning' er det overordnede billede blevet lagt.

Afsluttende vil det påpeges, at de to intraorganisatoriske grænseflader vil ikke udgøre selvstændige analyser, men vil i stedet være indlejrede i den overordnede analyse af den interorganisatoriske grænseflade for at indfange totaliteten af den interorganisatoriske grænseflade.

Kapitel 7

Billeder af hinandens organisationer

Det indledende afsnit til analysen er en kort gennemgang af Misbrugsafsnittet, Handicapafdelingen, Afdeling Syd og Dobbeldiagnose Teamets billeder af hinanden. Formålet er at skitsere deres opfattelse af hinanden – og dermed indirekte sig selv – da dette kan give nogle indledende indikationer på konflikter i såvel det tværsektorielle som det intraorganisatoriske samarbejde.

Aalborg Kommune om Psykiatrien

I samtlige interviews og indledende møder har informanterne og kontaktpersonerne lavet en skarp distinktion mellem samarbejdet med Dobbeldiagnose Teamet og med sengeafsnittene i Afdeling Syd, hvorfor følgende korte beskrivelse er opdelt herefter.

Dobbeldiagnose Teamet

Dobbeldiagnose Teamet beskrives overvejende ud fra positive termer, da de har fokus på og kompetencerne til at håndtere både den psykiske lidelse og misbruget (Socialrådgiver og sygeplejerske i Misbrugsafsnittet:3; Socialpædagog:14). De mere kritiske røster omhandler, at teamet overvejende fokuserer på den psykiske lidelse på bekostning af misbrugsbehandlingen (bilag 3B; bilag 3C). Derudover påpeges det, at Dobbeldiagnose Teamet kun modtager patienter, som er motiverede for at arbejde med sit misbrug, hvorfor en gruppe af dobbeldiagnose patienter ekskluderes fra teamet (Psykiatrisk sygeplejerske:6).

Alle informanter og kontaktpersoner omtaler overvejende positivt overlægens dobbeltrolle som teamleder af Dobbeldiagnose Teamet og lægekonsulent i Misbrugsafsnittet.

Afdeling Syd

Afdeling Syd opfattes som et stort system modsat de mere specialiserede enheder som eksempelvis enhederne i Misbrugsafsnittet i Aalborg Kommune (Socialrådgiver og sygeplejerske i Misbrugsafsnittet:15). Samtidig anses Afdeling Syd som et presset system grundet nedskæringer i sengepladser, hvilket er medvirkende til, at Afdeling Syd opfattes som et lukket system, hvor det er vanskeligt at blive indlagt (Socialpædagog:16; Psykolog:5).

Afdeling Syd kritiseres for at afvise misbrugende patienter og for at negligere misbrug under indlæggelse (Overlæge:2).

Psykiatrien om Aalborg Kommune

De forskellige informanter skelner ikke mellem de socialpsykiatriske tilbud i Handicapafdelingen og misbrugsbehandlingen i Misbrugsafsnittet, hvorfor følgende er et samlet billede af Aalborg Kommune.

Aalborg Kommune anses som et presset system, hvor socialrådgiverne har (for) mange sager og derfor kan være vanskelige at træffe og opnå aftaler med i forbindelse med fx samarbejds møder og udskrivningskonferencer (Psykolog:17). Kommunen opfattes som et bureaukratisk system, hvor tingene skal igennem mange led for at opnå fx støtteordninger og botilbud. Beslutningskompetencen er derfor placeret langt væk fra patienten (Psykiatrisk sygeplejerske:12-13). Derfor anses Aalborg Kommune som et trægt system, hvor sagsbehandlingstiden er lang.

Nedskæringer og begrænsede økonomiske ressourcer er ligeledes noget, der associeres med Aalborg Kommune (Psykiatrisk sygeplejerske:5,15; Socialrådgivere i Psykiatrien:11,13). Kommunen opfattes derfor af de psykiatriske aktører som et system, hvor der er en række strukturelle begrænsninger i form af bureaukratiske regler og begrænsede økonomiske ressourcer.

På det faglige område påpeger informanterne fra Dobbeldiagnose Teamet, at de kommunale medarbejdere ikke har en fælles faglighed og i nogle tilfælde er svagere fagligt funderede end de psykiatriske medarbejdere (Psykolog:10; Overlæge:26-27).

Som en afsluttende bemærkning omkring billederne af Psykiatrien og Aalborg Kommune er udskrivningskoordinatorens oplevelse af, at Psykiatrien arbejder mere helhedsorienteret end Aalborg Kommune, idet kommunen er specialiseret i så mange enheder.

Kapitel 8

Den interorganisatoriske grænseflade

Analysen af den interorganisatoriske grænseflade mellem Psykiatrien og Aalborg Kommune på dobbeltdiagnoseområdet tager sit udgangspunkt i den måde, de involverede aktører på det udførende niveau beskriver samarbejdet på tværs af de to organisationer. Selve analysen af den interorganisatoriske grænseflade er inddelt i tre temaer. Det første tema omhandler afhængighederne i opgaveløsningen på tværs af Psykiatrien og Aalborg Kommune. Dernæst vil de tre mest fremtrædende konflikter i samarbejdet fremstilles. Opsummerende vil organiseringen af grænsefladen diskuteres.

Afhængighederne mellem Psykiatrien og Aalborg Kommune

Den interorganisatoriske grænseflade mellem Psykiatrien og Aalborg Kommune er defineret ved og afgrænset af den gensidige opgaveafhængighed på dobbeltdiagnoseområdet. Denne afhængighed er determineret af den funktionelle arbejdsdeling mellem kommunerne og regionerne, som blandt andet fremgår af sundhedsaftalerne, og arbejdsdelingen er politisk bestemt. Den formelle arbejdsdeling mellem sektorerne, afdelingerne og aktørerne baserer sig på en forestilling om, at de alle kompletterer hinanden, dvs. at de hver bidrager med hver sin del til den samlede opgaveløsning.

Grundlæggende er Aalborg Kommune og Psykiatrien dybt afhængige af hinanden for at skabe et vellykket samlet forløb for dobbeltdiagnosticerede borgere qua opdelingen af behandlingspsykiatrien, socialpsykiatrien og misbrugsbehandlingen mellem de to organisationer. I empirien er, udover det grundlæggende afhængighedsforhold i opgaveløsningen, identificeret to overordnede afhængighedspunkter mellem Aalborg Kommune og Psykiatrien, hvoraf det første omhandler ekspertise og knytter sig til differentieringen i kompetencer og det andet omhandler informationer om den konkrete borger eller patient og udvekslingen af sådanne informationer.

Afhængighed af ekspertise på tværs af sektorerne

Afhængigheden af ekspertise på tværs af organisationerne kan ses som et udtryk for den funktionelle specialisering, hvor enhederne både på tværs af sundheds- og socialsektoren og internt i disse er specialiserede inden for hvert deres afgrænsede område. Det betyder, at ekspertisen og

kompetencerne til at håndtere et afgrænset område er samlet ét sted og ikke spredt udover forskellige enheder, hvilket skaber afhængighed mellem enhederne, fordi intet sted er gearret til at håndtere dobbeltdiagnose patienters samlede problemkompleks. Med den funktionelle specialisering er der altså sket en opdeling af kompetencer og ekspertise, som er med til at skabe en skillelinje mellem Psykiatrien og Aalborg Kommune. Dette er ligeledes en følge af forestillingen om, at de to organisationer udgør hinandens komplementaritet. I Psykiatrien opleves denne skillelinje til Aalborg Kommune særligt i forbindelse med kompetencerne til at håndtere den psykiske lidelse i det kommunale system. Samtlige informanter fra Psykiatrien påpeger, at der mangler viden og kompetencer blandt deres kommunale samarbejdspartnere i forhold til at håndtere mennesker med psykiske lidelser, hvilket eksemplificeres i nedenstående uddrag fra interviewet med psykologen fra Dobbeldt diagnose Teamet:

”Altså nogle af de patienter, som er i Psykiatrien skal på en eller anden måde håndteres lidt specielt (...) og det kan jeg godt være lidt i tvivl om, hvor meget man egentligt ved noget om som kommunal rådgiver og hvor meget man har indsigt i Psykiatrien og psykiatribrugernes problemer.

(Psykolog:14-15)

De manglende kompetencer blandt de kommunale aktører til at håndtere den psykiske lidelse ved dobbeltdiagnose patienter, og Psykiatriens brugere generelt, opleves som problematisk blandt medarbejderne i Psykiatrien, idet samarbejdet på tværs af de to systemer bliver vanskeligere. De manglende kompetencer bliver særligt fremhævet som gørende sig gældende for medarbejderne i Misbrugsafsnittet og ved socialrådgivere, der har at gøre med bevillinger af kommunale ydelser af de psykiatriske aktører (Overlæge:4; Socialrådgivere i Psykiatrien:16). De to informanter fra Misbrugsafsnittet nævner selv i deres interview, at de oplever at mangle viden og kompetencer til at håndtere den psykiske del hos borgerne, de er i kontakt med (Socialrådgiver og sygeplejerske i Misbrugsafsnittet:12-13). Ingen af disse har tidligere arbejds erfaringer fra det psykiatriske system, hvorfor deres viden om psykiske lidelser primært er opbygget gennem erfaringer fra deres nuværende arbejde og lægekonsulenten i Misbrugsafsnittet, som de spørger til råds. Der kan derfor argumenteres for, at den viden, de har opnået om den psykiatriske lidelse, er af tilfældig karakter og på baggrund heraf kan det ikke forventes, at medarbejderne i Misbrugsafsnittet har en fælles, systematiseret grundviden inden for de psykiatriske lidelser eller fælles kompetencer til at håndtere disse lidelser. Men det er ikke blot medarbejderne i Misbrugsafsnittet, der oplever at mangle viden om psykiske lidelser. Således oplever socialpædagogen i et botilbud, der er specialiseret dobbeltdiagnosticerede at mangle kompetencer og viden til at håndtere de psykiske lidelser. I stedet anser socialpædagogen sig primært som en slags misbrugsbehandler eller en, der har en særlig viden om misbruget (Socialpædagog:12). Denne medarbejder benytter sig af Psykiatrien, og i særlig grad Dobbeldt diagnose Teamet, som en slags

eksperter på det psykiatriske område, der kan spørges til råds angående medicinudlevering og ændring af beboernes adfærd (Socialpædagog:10,14). Derfor opstår en afhængighed af de psykiatriske medarbejdere ekspertviden, som er nødvendig for, at botilbudsmedarbejderne kan udføre deres arbejde. Ud fra et kritisk perspektiv virker det problematisk, at disse botilbudsmedarbejdere ikke har en systematisk og mere dybdegående viden om de psykiske lidelser, idet botilbuddet jo er målrettet dobbeltdiagnosticerede borgere, hvorfor den psykiske lidelse naturligt spiller en stor rolle i disse borgeres liv, hvad enten den psykiske lidelse er stabiliseret eller ej. Dog vil det kort bemærkes, at hvis de kommunale medarbejdere besidder samme viden og kompetencer til at håndtere den psykiske lidelse som de psykiatriske medarbejdere, kan der stilles spørgsmålstejn ved, hvorvidt der egentligt ville være brug for de psykiatriske medarbejdere. I dette tilfælde ville de kommunale medarbejdere kunne substituere de psykiatriske medarbejdere i stedet for at komplettere dem.

Afhængigheden af viden på tværs af systemerne er gensidig forstået på den måde, at de psykiatriske aktører ligeledes er afhængige af den kommunale ekspertise i deres arbejde, som illustreres på følgende måde af psykologen fra Døbeltdiagnose Teamet:

"[De kommunale socialrådgivere] har et overblik over hvilke muligheder, der er og en indsigt i lovgivningen og i støttemuligheder, som vi ikke har i Psykiatrien, os der ikke er socialrådgivere. Så de kan have en eller anden konsulentfunktion i forhold til os, og de kan rådgive patienterne om, hvad der er mest hensigtsmæssigt at gøre, og så kan de sætte gang i praktiske ting og give adgang til støttetilbud, og det vil jo ikke kunne lade sig gøre uden, at man havde kommunen til at administrere de tilbud."

(Psykolog:13)

Den ekspertise, som psykologen benytter sig af, omhandler i høj grad viden om det kommunale system, som er nødvendig for at kunne navigere rundt mellem de forskellige tilbud og i forhold til lovgivningen. Behovet for denne type viden kan ses som en konsekvens af, at Aalborg Kommune er en stor kommune med mange forskellige specialiserede enheder og tilbud til sindslidende, misbrugere og dobbeltdiagnosticerede, som er placeret under forskellige forvaltninger. Det er en kompleks organisation, som kan være vanskelig at navigere i som udenforstående og socialrådgiverne i Psykiatrien fortæller i denne forbindelse, at de bruger mange ressourcer på at lokalisere patienternes, som regel, mange kommunale socialrådgivere (Socialrådgivere i Psykiatrien:6). Som en måde at løse dette problem på er det kommunale Projekt Udskrivningskoordinatorerne etableret og disse bliver af alle informanter fra Psykiatrien omtalt overvejende positivt og som en mere enkel indgang til det kommunale system (Socialrådgivere i Psykiatrien:6; Psykiatrisk sygeplejerske:14; Psykolog:5). Udskrivningskoordinatorerne kan ses

som en slags eksperter i det kommunale system, som både kan hjælpe de psykiatriske medarbejdere med at få et overblik over de kommunale tilbud og også hjælpe de andre kommunale aktører med at tænke i alternative hjælpetilbud og løsningsforslag (Udskrivningskoordinator:3,7).

Den ekspertise, psykologen efterspørger og er afhængig af knytter sig i mindre grad direkte til behandlingen eller håndteringen af disse patienter, som det gjorde sig gældende for de kommunale aktører. En forklaring på, hvorfor han ikke udtrykker behov for viden direkte relateret til behandlingen, kan være, at han er allerede besidder dobbelte kompetencer, dvs. kompetencer til at varetage såvel misbruget som den psykiske lidelse. Disse dobbelte kompetencer er dels erhvervet gennem hans arbejde i Døbeltdiagnose Teamet, hvor han har været på en intern uddannelse, der omhandlede begge aspekter. Denne uddannelse har alle i teamet deltaget i og der kan argumenteres for, at de alle har en fælles og systematiseret viden på begge områder. Derudover har han arbejdet med misbrugsbehandling i det kommunale misbrugssystem, hvilket flere af de andre medarbejdere fra teamet ligeledes har (Psykolog:10). Anderledes synes det at forholder sig med medarbejderne på sengeafsnittene i Afdeling Syd, idet disse ifølge Døbeltdiagnose Teamet mangler viden og kompetencer til at håndtere misbruget:

”Så altså [i Psykiatrien som helhed] ved man jo nok grundlæggende utilstrækkeligt om, hvad misbrugsstofferne gør og hvordan det behandles.”

(Overlæge:4)

Når overlægen omtaler Psykiatrien som helhed, så referer han til sengeafsnittene eller til de andre ambulante enheder. Det er altså ikke fordi, han oplever en manglende viden om misbrug i Døbeltdiagnose Teamet. Imidlertid er disse manglende kompetencer til at håndtere misbruget ikke noget, som sygeplejersken fra et sengeafsnit i Afdeling Syd italesætter gennem interviewet. En årsag hertil kan være, at dette sengeafsnit har mange patienter med et samtidigt misbrug (informanten vurderer det til at være 80% af deres patienter) (Psykiatrisk sygeplejerske:1), hvorfor hun formodes at have en række erfaringer med misbrugsproblematikker qua afsnittets patientgruppe. En anden forklaring kan være, at de ikke beskæftiger sig med misbrugsbehandlingen under indlæggelsen, hvorfor hun ikke anser det som nødvendigt at have kompetencer eller en særlig viden indenfor dette område. I teorien burde medarbejderne på sengeafsnittene heller ikke have særlig viden om misbrugsbehandling eller kompetencerne hertil grundet den funktionelle arbejdsdeling mellem Psykiatrien og Aalborg Kommune, men i praksis virker det problematisk, at de ikke har en særlig viden indenfor dette område, idet en større og større del af de indlagte patienter udgøres af patienter med misbrug.

Informationsflow på tværs af de to sektorer

Det andet afhængighedspunkt, der er identificeret i empirien, omhandler specifikke informationer omkring den enkelte patient eller borger. Sådanne informationer kan have en formel karakter forstået på den måde, at det kan være en officiel status på patienten, som en læge i Psykiatrien udformer og som skal bruges af de kommunale socialrådgivere til eksempelvis at ansøge om førtidspension. De formelle informationer er ofte nødvendige for at kunne komme videre i forløbet og det er derfor vigtigt, at der er et informationsflow mellem Psykiatrien og Aalborg Kommune:

”Og så er der også nogle ting med dokumentation på kryds og tværs, hvor kommunen nogle gange skal have fat i diverse udtalelser fra Psykiatrien, ift. pensionsansøgninger kan det være. Det kan også være lidt problematisk nogen gange, fordi der kan være rigtig lang ventetid på at få lavet de statusser og det gør så, at tingene stagnerer i det kommunale system og man ikke kan komme videre med sagerne.”

(Psykolog:11)

Som citatet illustrerer, kan der ofte være ventetid på at få fremskaffet eller udarbejdet de formelle informationer, hvilket medfører længere sagsbehandlingstid. Ventetiden gælder både i det psykiatriske system, hvor det ofte kan være en status på patienten, som tager lang tid at udarbejde qua lægemangel i Psykiatrien og i det kommunale system er det ofte selve sagsbehandlingstiden i forhold til bevillinger af forskellige tilbud, støtteordninger etc., som kan trække i langdrag (Socialrådgivere i Psykiatrien:18; Udskrivningskoordinator:11; Psykolog:16). Behandlingen eller patientforløbet stagnerer, når disse formelle informationer ikke flyder frit mellem de to organisationer og det kan skabe en følelse af magtesløshed ved de forskellige involverede medarbejdere (Psykolog:16). Ligeledes kan det forestilles at skabe frustrationer hos de berørte patienter eller borgere, da de befinder sig i en venteposition og der er en usikkerhed omkring deres fremtidige situation.

To af de punkter, som særligt fremhæves som frustrerende i informationsflowet af de formelle informationer mellem Psykiatrien og Aalborg Kommune er italesat af den psykiatriske sygeplejerske samt de to socialrådgivere fra Psykiatrien. Det første frustrationspunkt omhandler, at informationer som sygeplejebreve om patientens plejebehov, funktionsbeskrivelser af patienten og lægestatus ofte skal sendes gentagende gange til de kommunale instanser, hvilket beskrives i nedenstående citat af sygeplejersken:

”Vi har jo givet nogle forskellige oplysninger, forskellige veje, gennem flere gange, altså vores læge har været med og der har været møder (...) og hvor de [kommunale aktører] flere gange har været inde til nogle møder, hvor vi har for-

talt om, hvordan patienten har været og vi har givet dem noget på skrift og så oplever vi alligevel, at så går vi og venter på at høre noget, og når vi så rykker kommunen, så siger de: 'Ej jamen vi mangler også noget, vi skal lige have noget mere at vide om det'. Hvor vi tænker: 'Jamen det har vi jo fortalt Jer (...) det har vi fortalt 117 gange.'

(Psykiatrisk sygeplejerske:16)

Sygeplejersken er frustreret over, hvorfor kommunen skal have de samme oplysninger gentagne gange, da det er tidskrævende for hende og de andre medarbejdere i Psykiatrien at udarbejde dem og fordi det potentielt kan forlænge indlæggelsesforløbet. Socialrådgiverne oplever, at kommunens gentagne krav om dokumentation af forskellig art hænger sammen med lovgivningen og en øget bureaukratisering, hvor behovet for dokumentation er steget (Socialrådgivere i Psykiatrien:19). Sådanne beklagelser fra de kommunale aktører over manglende eller lang ventetid på patientstatus, funktionsbeskrivelser etc. er ikke blevet italesat i interviewene og en forklaring herpå kan være, at ingen af de kommunale informanter sidder i en bevillingsenhed, hvorfor behovet for formelle informationer måske er mindre relevante for de medvirkende kommunale informanter. Alternativt kan de manglende beklagelser fra de kommunale aktører være et udtryk for, at de anser sagsbehandlingstiderne som normerne for kommunal sagsbehandling, hvorfor de ikke påpeger det som et frustrationspunkt i interviewene.

Det andet frustrationspunkt fremhævet af sygeplejersken og socialrådgiverne i Psykiatrien omhandler manglende informationsflow internt i den anden organisation. Når informationerne er sendt til kommunen, så bliver de ikke automatisk videregivet til alle de relevante forvaltninger eller afdelinger:

"Hvor Regionen kigger på kommunen som én størrelse, så gør kommunen jo ikke selv det. Ældre- og Handicapforvaltningen kan godt sige til os: 'Jamen det skal I ikke snakke med os om, der skal I henvende Jer til Familie- og Beskæftigelsesforvaltningen'. Hvor vi jo tænker, at – sådan er meget tænkning i Regionen – at det må kommunen jo selv formidle på kryds og tværs."

(Socialrådgivere i Psykiatrien:6)

På baggrund af citatet kan der argumenteres for, at informationen internt i Aalborg Kommune ikke nødvendigvis videreformidles imellem de forskellige forvaltninger eller medarbejdere, som er involveret omkring den enkelte borger. Fra Psykiatriens synspunkt virker det uforståeligt, at de skal bruge tid og ressourcer på at formidle information rundt internt i det kommunale system. Men dette er et eksempel på, hvor specialiseret og opdelt kommunen er, og det er også et eksempel på informationsflowet i den intraorganisatoriske grænseflade mellem Handicapafdelin-

gen og Misbrugsafsnittet. Dette frustrationspunkt, bare med modsat fortegn, vækker genklang blandt de kommunale aktører, her eksemplificeret af socialrådgiveren fra Misbrugsafsnittet:

"Det er en stor enhed [Psykiatrien] og så når de bliver flyttet rundt mellem afdelingerne, så starter man forfra med at informere lægen. Jeg har en, der har været indlagt i 3-4 måneder og jeg tror, hun har været på 4-5 afdelinger, så starter man forfra med at informere."

(Socialrådgiver i Misbrugsafsnittet:22-23)

Det manglende interne informationsflow gælder altså for begge organisationer og det kan forestilles, at der er en tæt sammenhæng mellem et manglende internt informationsflow i organisationerne og et manglende interorganisatorisk informationsflow. Når informationer ikke videreformidles rettidigt eller slet ikke videreformidles mellem Psykiatrien og Aalborg Kommune kan det være et resultat af, at disse informationer er gået tabt et sted internt i deres egne organisationer, hvorfor det ikke er muligt at formidle dem videre og omvendt kan det forestilles, at et manglende interorganisatorisk informationsflow medfører manglende intraorganisatorisk informationsflow. Der er altså en tæt sammenhæng mellem den inter- og intraorganisatoriske informationsudveksling, som kan være vanskelig at skille ad i praksis.

Informationer kan også have en mere erfarings- eller patientrelateret karakter og i denne analyse anses informationer omkring patientens eller borgerens dagligdag, særlige begivenheder, livshistorie, familierelationer etc. som erfarings- og patientrelaterede informationer. Ofte er de kommunale frontlinjemedarbejdere som bostøtterne, botilbudsmedarbejderne og misbrugsbehandlerne de aktører, der har den tætteste relation til de dobbeltdiagnosticerede borgere. De kommunale frontlinjemedarbejdere er ofte i daglig kontakt med borgerne og har typisk et længerevarende og dybdegående kendskab til borgerne. Frontlinjemedarbejderne er derfor i besiddelse af en stor viden omkring den enkelte borger og dennes hverdagsliv, hvorimod Psykiatrien kun er en del af disse borgeres liv i korte og afgrænsede tidsperioder. Men hvorvidt frontlinjemedarbejderne får formidlet denne viden til Psykiatrien i forbindelse med indlæggelse eller ved tilknytning til Dobbeldiagnose Teamet er meget varierede. En af måderne, hvorpå denne information om borgerne kan formidles til Psykiatrien, er gennem de formelle samarbejds møder og udskrivningskonferencer, som arrangeres af Psykiatrien. Ofte oplever frontlinjemedarbejderne fra kommunen dog, at de ikke bliver indkaldt til disse møder (bilag 3D; bilag 3E; Socialpædagog:7; Socialrådgiver i Misbrugsafsnittet:3,14) . Dette kan tolkes som, at Psykiatrien ikke anser denne viden for særlig værdifuld, men i stedet er interesseret i at få styr på praktiske forhold omkring patientens boligsituation, forsørgelsesgrundlag eller mulighed for støtteordning, hvilket en socialrådgiver fra Bevillingenheden typisk har som ansvarsområde. Denne fortolkning understøttes af udskrivningskoordinatoren, der fortæller, at de tre ydelser, som typisk efterspørges

i Psykiatrien, omhandler økonomi, bolig og bostøtte (Udskrivningskoordinator:19). Det virker altså ikke som om, at det er den erfarings- og patientrelaterede viden, som de kommunale frontlinjemedarbejdere besidder, som efterspørges til disse formelle møder. Men det betyder ikke, at udvekslingen af denne type informationer ikke foregår, da det virker som om, at denne type informationer typisk udveksles gennem uformelle møder og samtaler mellem frontlinjemedarbejderne i Psykiatrien og Aalborg Kommune (bilag 3D). De uformelle møder kan eksempelvis være under indlæggelse, hvor bostøttemedarbejderen besøger borgeren og samtidig har en dialog med personalet på sengeafsnittet. Herved kan de gensidigt holde hinanden informeret og opdateret om, hvad der sker i forløbet og hvad der arbejdes hen imod, hvilket eksemplificeres i nedenstående citat:

”Men vi plejer i hvert fald at være glade for, når [bostøtterne] kommer og synes jo også, at det er dejligt, at de også henvender sig til personalet, når de så har været her, så vi også kan snakke lidt sammen (...) vi synes egentligt at det er dejligt, når vi lige får en snak, fordi det jo er det samme, vi skal arbejde hen imod.”

(Psykiatrisk sygeplejerske:5)

Ligeledes fortæller psykologen i Dobbelt diagnose Teamet, at samarbejdet med de kommunale frontlinjemedarbejdere fungerer bedst, når der løbende sker en udveksling af sådanne typer af erfarings- og patientrelateret information (Psykolog:14). Men det kan virke knap så systematisk og lidt mere tilfældigt og afhængig af de specifikke personlige relationer mellem frontlinjemedarbejderne, hvorvidt der bliver etableret sådan et uformelt samarbejde, hvor denne type af erfarings- og patientrelateret information udveksles. Således oplever socialpædagogen fra botilbudet ikke, at der eksisterer sådan et informationsflow, hvilket hun karakteriserer som en svaghed i samarbejdet. På samme måde fortæller overlægen i Dobbelt diagnose Teamet, at Psykiatrien og Aalborg Kommune ikke udnytter den viden om patienterne, som de andre har indsamlet. Derfor betegner han den erfarings- og patientrelaterede viden rundt om i de forskellige enheder som fragmentarisk, og ligesom psykologen mener han, at samarbejdet: *”fungerer allerbedst der, hvor der er en vidensdeling omkring den enkelte patient”* (Overlæge:19). Denne manglende systematiske vidensdeling omkring den enkelte patient illustreres ligeledes af, at Psykiatrien og Aalborg Kommune har hver deres journaliseringssystem, som ikke er tilgængelig for den anden part. Derfor er det vanskeligt for medarbejderne i de to organisationer at få et samlet indblik eller overblik over en borgers samlede forløb på tværs af de to systemer¹⁹.

Udvekslingen af informationer, både formelle og erfarings- og patientrelaterede, kan ses som en af indikatorerne for, hvordan den interorganisatoriske grænseflade er organiseret – og så vidt

¹⁹ Dette erfarede jeg under min indledende research, hvor jeg ønskede indblik et samlet patientforløb på tværs af de to sektorer, men dette var ikke muligt qua tavshedspligt og det manglende fælles journaliseringssystem.

også, hvordan de intraorganisatoriske grænseflader er organiseret. På baggrund af ovenstående analyse af informationsudveksling som et afhængighedspunkt kan der argumenteres for, at der ikke er et kontinuerligt informationsflow mellem de to sektorer omkring de enkelte patienter eller borgere. Derfor kan det tyde på, at den interorganisatoriske grænseflade er underorganiseret, og dette postulat vil gradvist understøttes i den videre analyse.

Konflikter i det interorganisatoriske samarbejde

De typiske beklagelser om det tværsektorielle samarbejde, som aktørerne på det udførende niveau italesætter under interviewene, kan ses som et udtryk for de kritiske samarbejdsrelationer, brændpunkterne, mellem såvel Psykiatrien og Aalborg Kommune som internt i organisationerne. De interorganisatoriske konflikter hænger ofte uløseligt sammen med de intraorganisatoriske konflikter mellem Handicapafdelingen og Misbrugsafsnittet samt Afdeling Syd og Dobbelt diagnose Teamet. Derfor er det vanskeligt empirisk at skille de intraorganisatoriske konflikter fra de interorganisatoriske konflikter og i analysen vil de ikke stringent være adskilt.

På baggrund af det empiriske materiale er tre hovedkonflikter udvalgt, da disse tillægges stor betydning af informanterne og går på tværs af alle interviewene. De tre hovedkonflikter gennemgås i første del af afsnittet. Herefter vil forklaringer på de identificerede konflikter kort analyseres.

Hvor hører patienten hjemme?

Et gennemgående tema i alle interviewene er konflikter i det tværsektorielle samarbejde og internt i organisationerne om, hvor dobbelt diagnosticerede borgere hører hjemme på trods af, at der i sundhedsaftalerne er lavet en klar fordeling af, hvorvidt de hører til i den primære eller sekundære sektor, jf. figur 1. Konflikterne omhandler, hvem der har ansvaret for at løse arbejdsopgaverne i forbindelse med dobbelt diagnose patienter og i særlig grad handler de om at bortdefinere arbejdsopgaver og det såkaldte *dirty work*. Dette tema omhandler konflikter om domæne og arbejdsdeling samt konflikter omkring vurderingskriterier og mål, eftersom definitionen og vurderinger af fx misbrug og psykisk lidelse er afgørende for, hvem der har ansvaret for disse borgeres behandling²⁰.

Dobbelt diagnose patienter kan ses som en vanskelig patientgruppe. Udover deres psykiske lidelse og misbrug kan de have somatiske lidelser som følge af deres misbrug, sociale problemer fx boligløshed, marginalisering fra arbejdsmarkedet og kan ydermere være kriminelle. Komplexiteten af deres livssituation kan derfor gøre behandlingen af disse borgere vanskelig og det

²⁰ Retten til at definere og opstille vurderingskriterier og mål hænger sammen med magt. Magtdimensionen vil dog ikke blive yderligere udfoldet i forbindelse med retten til at definere, hvor patienterne hører hjemme.

kan være en årsag til, at de bliver kastebolde mellem systemerne, idet – sat på spidsen – ingen vil tage det fulde ansvar for dem og alle prøver at skubbe dem over den anden part. Sådanne kampe om, hvor disse borgere hører til, manifesterer sig blandt andet i uenigheder om, hvornår en borger rent faktisk kan betegnes som en dobbeltdiagnose patient. Ifølge overlægen fra Dobbeldiagnose Teamet skelnes der mellem: *”de egentlige psykiske syge, altså typisk skizofrene og psykotiske patienter [med misbrug] (...) og misbrugere med lette psykiske forstyrrelser* (Overlæge:1). Den første kategori af ’egentlige psykiske syge’ hører hjemme i Psykiatriens regi, men overlægen oplever, at Psykiatrien prøver at fralægge sig ansvaret for denne patientgruppe: *”for- di der har været en lang tradition for, at misbrug behandler man ikke i Psykiatrien”* (Overlæge:2). Dette kan ligeledes være en forklaring på, hvorfor flere kommunale aktører oplever, at misbrugere med en psykisk lidelse afvises i Psykiatrien med den begrundelse, at de ikke kan behandles, når de aktivt misbruger:

”Vi har faktisk også oplevet, at det er vældigt vældigt svært at få folk indskrevet på psykiatrisk sygehus (...) Fordi de ikke vil have dem, når de har et misbrug.”

(Socialrådgiver i Misbrugsafsnittet:2)

Men det er ikke blot de kommunale aktører, der oplever, at patienter afvises i Psykiatrien. Det tyder på, at der i grænsefladen mellem Afdeling Syd og Dobbeldiagnose Teamet er uenigheder om, hvor patienterne hører hjemme. Således oplever sygeplejersken fra sengeafsnittet, at Dobbeldiagnose Teamet ikke ønsker at tage imod alle dobbeltdiagnose patienter, hvorfor disse patienter risikerer at blive tabt mellem systemerne (Psykiatrisk sygeplejerske:6). Hendes syn på Dobbeldiagnose Teamet står i kontrast til Dobbeldiagnose Teamets eget selvbillede, idet de anser sig selv som en *”opsamlingsfunktion”* (Psykolog:22), hvor dobbeltdiagnose patienterne ender, når de ikke passer ind andre steder. Psykologen anser derfor tilgangen til Dobbeldiagnose Teamet som relativ åben, hvorimod sygeplejersken: *”godt kunne ønske, at Dobbeldiagnose Teamet var mere åben og mere tilgængelig for alle de her patienter, som har et misbrug og som er dobbeltdiagnose patienter”* (Psykiatrisk sygeplejerske:6). Internt i Psykiatrien kan der altså identificeres konflikter omkring placeringen af dobbeltdiagnose patienter. Ligeledes kan det forestilles, at der forekommer konflikter internt i Aalborg Kommune omkring placeringen af disse patienter, men det omtales kun kort af socialrådgiverne fra Psykiatrien, som forklarer, at den lange sagsbehandling i kommunerne kan skyldes, at: *”forvaltningerne [i kommunen] måske ikke altid er enige om, hvem der skal løfte den her opgave”* (Socialrådgivere i Psykiatrien:13). Dog omtales dette ikke af de interviewede kommunale aktører.

På samme måde forholder det sig med borgere med lette psykiske lidelser og et samtidigt misbrug, som ifølge overlægen og sundhedsaftalerne hører hjemme i primærsektoren. Dog oplever overlægen, at Misbrugsafsnittet forsøger at få Psykiatrien til at tage ansvar for disse borgere:

"I Misbrugscenteret har [man] den her idé: 'Har de en diagnose? Har de en diagnose, så er det ikke her' (...) men hvor man ukritisk forholder sig til begrebet diagnose."

(Overlæge:3)

Det kan derfor ud fra citatet tyde på, at Misbrugsafsnittet ligeledes prøver at bortdefinere denne patientgruppe som deres ansvar. Dette understøttes af sygeplejersken på sengeafsnittet, som oplever, at misbrugere afvises i Misbrugsafsnittet, hvis de har været psykotiske på trods af, at de på sengeafsnittet har vurderet, at psykosen er stofudløst og under kontrol (Psykiatrisk sygeplejerske:7).

Færdigbehandlet?

Det andet udvalgte konfliktpunkt omhandler, hvornår patienten anses som færdigbehandlet. Dette konfliktpunkt er et udtryk for uenigheder om mål for og vurderingskriterierne for dobbeltdiagnosebehandlingen mellem de forskellige involverede aktører på det udførende niveau. Det overordnede mønster er, at sengeafsnittenes samarbejdspartere, både interne og eksterne, udtrykker frustrationer ved for korte indlæggelsesforløb, her eksemplificeret ved socialpædagogen:

"Altså i den her personalegruppe er frustrationerne de samme, altså at udskrivelserne de sker for hurtigt."

(Socialpædagog:16)

At indlæggelsesforløbene er for korte deles af de andre interviewede aktører, som ikke oplever, at patienterne er færdigbehandlede, når de udskrives (Udskrivningskoordinator:10; Socialrådgiver i Misbrugsafsnittet:16). Set i lyset af rapporten *Opgaveudvikling på psykiatriområdet* fra Dansk Sundhedsinstitut 2011 er det ikke overraskende, at de medvirkende kommunale aktører i dette speciale nævner de kortere indlæggelsesforløb som problematiske og at dette udgør et væsentligt brændpunkt mellem Psykiatrien og Aalborg Kommune, idet denne uenighed om færdigbehandlingsbegrebet ligeledes fremstilles i rapporten:

"Hos os [behandlingspsykiatrien] betyder færdigbehandlet ikke det samme som rask. På den måde giver det jo nogle vældige problemstillinger ude i kommunerne."

(Repræsentant fra behandlingspsykiatrien citeret i Madsen m.fl. 2011:28)

På baggrund af citatet kan der stilles spørgsmålstejn ved, hvorvidt der er konsensus om begrebet færdigbehandlet mellem de kommunale og psykiatriske aktører. De kommunale aktører vil have helt andre forventninger til målet for en indlæggelse end Psykiatrien har, hvis der ikke er konsensus om færdigbehandlingsbegrebet, hvilket kan føre til de konflikter, som tydeligt er kommet til udtryk i mit empiriske materiale. Således kan socialpædagogens frustrationer være forårsaget af, at hun netop har en forventning om, at færdigbehandlet kan ækvivaleres med at være rask. Denne fortolkning understøttes af hendes metafor for samarbejdet mellem Psykiatrien og botilbuddet:

”Det er lidt ligesom at smide en bold på en mur, der bouncer tilbage hele tiden. Man får aldrig den der: ’Ahh, nu er de i gode hænder, nu kan de være der i lang tid og nu får de det meget bedre’. Det er lidt den der fjedereffekt.”

(Socialpædagog:17-18)

Ud fra denne metafor kan der argumenteres for, at socialpædagogen har en forventning om, at den pågældende beboer er – så vidt mulig – rask i forhold til sin psykiske lidelse ved udskrivelsen. Derfor bliver hun frustreret og kan føle sig magtesløs, når det ikke viser sig at være tilfældet, men at beboeren stadigvæk er psykisk syg og fremtidig kan have behov for genindlæggelser. Derimod indbefatter sengeafsnittenes forståelse af færdigbehandlingsbegrebet, at patienten bliver stabiliseret i forhold til sin psykiske lidelse (Psykiatrisk sygeplejerske:1). På baggrund heraf kan det forestilles, at sengeafsnittene i højere grad anser den psykiske lidelse som en kronisk tilstand, hvorimod socialpædagogen ikke på samme måde opfatter den psykiske lidelse som en kronisk tilstand.

Denne konflikt om færdigbehandlingsbegrebet kan ligeledes identificeres i den intraorganisatoriske grænseflade mellem Afdeling Syd og Dobbelt diagnose Teamet. Både overlægen og psykologen fra Dobbelt diagnose Teamet påpeger de kortere indlæggelsestider som en kilde til frustrationer over sengeafsnittene (Overlæge:16,17; Psykolog:5). Derimod stiller sygeplejersken fra sengeafsnittet sig undrende overfor de forventninger, Dobbelt diagnose Teamet har til indlæggelserne:

”I Dobbelt diagnose Teamet har [de] en holdning til, at denne her patient skal have et længerevarende forløb og skal stabiliseres, men hvor vi står og faktisk ikke kan se, hvad vi egentligt skal gøre, fordi vi synes ikke, at vi kan nå længere med den her patient (...) Så er det nogle gange, at kommunikationen halter lidt, for hvad er det lige formålet er med indlæggelsen?”

(Psykiatrisk sygeplejerske:7)

Det kan derfor virke som om, sengeafsnittene har en anden forståelse af formålet med indlæggelsen og dermed kriterierne for færdigbehandling end Dobbelt diagnose Teamet har, selvom de er en del af den samme organisation.

Færdigbehandlingsbegrebet er kilde til store frustrationer ved aktørerne på de udførende niveauer og de deler ikke fælles definitioner af dette begreb eller mål for behandlingen, hvilket foranlediger konflikter i såvel den interorganisatoriske grænseflade som den intraorganisatoriske grænseflade i Psykiatrien. Ligeledes er der identificeret konflikter om, hvornår en dobbelt diagnose borger er syg nok til at blive indlagt og hvor meget hjælp det kommunale system skal tilbydes borgeren. Disse konflikter afspejler de samme mekanismer omkring uenigheder om vurderinger og definition mål som den fremhævede omkring færdigbehandlingsbegrebet, men færdigbehandlingsbegrebet har tydeligst illustreret disse mekanismer, hvor dette blev udvalgt som illustrativt eksempel.

Behandlingsteknologi

Hvor de to ovenstående brændpunkter er mere konkrete, vil det sidste brændpunkt omhandle forskelle i Psykiatrien og kommunens behandlingsteknologi og vil afspejle et mere overordnet niveau. Konflikter qua forskelle i behandlingsteknologien hænger sammen med de ovenstående brændpunkter, idet behandlingsteknologien er med til at determinere kerneaktiviteterne og relationerne med borgerne/patienterne og perspektivet på dem. Behandlingsteknologien er med til at udvælge de dele af borgernes/patienternes livsbiografi, som aktørerne på det udførende niveau fokuserer på (Hasenfeld 2003:182). Derfor vil de psykiatriske aktører ud fra dette ræsonnement fokuserer på den afgrænsede del af borgerens liv, der omhandler dennes psykiske lidelse – bortset fra socialrådgiverne i Psykiatrien, der også fokuserer på de sociale forhold – hvorimod misbrugsbehandlerne vil fokusere på misbruget og bostøttemedarbejderne samt botilbudsmedarbejderne vil have et bredere fokus på hele borgerens liv. Disse forskellige perspektiver på borgeren er med til at forklare, hvorfor flere informanter oplever den skarpe distinktion mellem sengeafsnittenes (ensidige) fokus på den psykiske lidelse og Misbrugsafsnittets (ensidige) fokus på misbruget (bilag 3E; Socialrådgiver i Misbrugsafsnittet:15).

De forskellige behandlingsteknologier kan medføre konflikter, idet der ikke er en fælles forståelse af borgeren/patienten, hvorfor det kan være vanskeligt at samarbejde på tværs af organisationerne og de forskellige behandlingsteknologier kan være med til at skabe konflikter i det interorganisatoriske samarbejde. På baggrund af empirien virker det ikke som om, at der er forståelse for eller viden om hinandens arbejdsmetoder og behandlingsperspektiv på tværs af Psykiatrien og Aalborg Kommune. Denne manglende forståelse for hinandens behandlingsteknologier kommer blandt andet til udtryk ved overlægen fra Dobbelt diagnose Teamet, der har vanskeligt

ved at forstå, hvorfor der på botilbuddene accepteres misbrug, selvom de profilerer sig på at arbejde aktivt med misbruget:

"Altså vi kan da nogle gange undre os over, at man i institutioner, hvor man som overskrift hedder, at her arbejder man med henblik på at gøre folk mindre misbrugende, at man så stiltiende sidder og ser til, at de mere eller mindre sidder og misbruger i dagligstuen."

(Overlæge:14)

En forklaring på overlægens udtalelse kan være, at der i Dobbeldiagnose Teamet primært arbejdes ud fra det, som Hasenfeld kalder for en menneskeforandrende behandlingsteknologi. Den menneskeforandrende behandlingsteknologi har til formål: *"at ændre klienters biofysiske, psykologiske eller sociale karakteristiske egenskaber med det formål at forbedre deres velbefindende og sociale funktion"* (Hasenfeld 2003:198). Dobbeldiagnose Teamet fokuserer jo netop på behandling af den psykiske lidelse og misbruget gennem medicinering og samtaler. Derimod kan der stilles spørgsmålstegn ved, hvorvidt botilbuddene til dobbeltdiagnosticerede borgere arbejder ud fra en menneskeforandrende teknologi. I stedet virker det som om, at botilbuddene arbejder ud fra det, Hasenfeld kalder en menneskeopretholdende teknologi, hvis formål er at: *"hindre, standse eller forsinke nedbrydningen af en persons velbefindende eller sociale status"* (Hasenfeld 2003:195). Denne formodning er baseret på indtrykket efter interviewet med socialpædagogen, hvor hun blandt andet fortæller, at efter en indlæggelse falder beboerne: *"lynhurtigt falder tilbage i de der rammer og det samme liv kommer tilbage igen"* (Socialpædagog:8). Denne udtalelse kan fortolkes som, at de ikke på botilbuddet anser det som deres opgave at fortsætte med den psykiatriske behandling og hjælpe dem videre. Denne fortolkning understøttes af, at socialpædagogen omtaler behandlingen af såvel den psykiske lidelse som misbruget som placeret andre steder end på selve botilbuddet (Socialpædagog:4-6). Derudover understøttes fortolkningen af overlægen, som nærmest ser botilbuddene som opbevaring af dobbeltdiagnosticerede borgere, men at disse borgere må tage andre steder hen for at få behandling (Overlæge:14). Set fra de psykiatriske aktørers perspektiv kan det virke frustrerende, at botilbuddene ikke aktivt arbejder med hverken den psykiske lidelse eller misbruget, da der i Psykiatrien arbejdes ud fra en menneskeforandrende teknologi. Derimod kan det fra botilbuddenes perspektiv være frustrerende, at beboerne ikke får tilstrækkelig behandling i Psykiatrien, fordi de ikke anser behandling som deres opgave.

Strukturelle forhold

Som forklaring på konflikterne i den interorganisatoriske grænseflade – udover dem, der løbende er nævnt i de foregående beskrivelser af de tre udvalgte konflikter – tegner strukturelle for-

hold sig som den mest centrale. De strukturelle forhold omhandler især begrænsede ressourcer i organisationerne, som kort vil gennemgås i dette afsnit. Derudover anses bureaukratiske regler og lovgivningen som andre strukturelle forhold, der skaber konflikter i samarbejdet, men disse er dog ikke medtaget i analysen. Andre centrale forklaringer på konflikterne i det interorganisatoriske samarbejde er magt og professionalisering, som uddybes senere i analysen.

Ressourcemæssige begrænsninger præger både Psykiatrien og Aalborg Kommune, hvilket kan skabe pressede systemer. Ved Psykiatrien kommer dette blandt andet til udtryk ved færre sengepladser, som fører til kortere indlæggelsesforløb, som udgør et væsentligt konfliktpunkt. Ligeledes medfører de færre sengepladser ifølge flere informanter, at akutte patienter primært prioriteres:

”De bliver jo rigtig syge inden, de bliver indlagt. Og deres psykoser bliver voldsomme, fordi det er så svært at blive indlagt, fordi systemet er ikke gearret til, at man kan sige, at nu kan vi mærke, at der er ved at ske noget, så kunne I ikke få personen indlagt. Sådan er systemet ikke. Det er altid akut.”

(Sygeplejerske i Misbrugsafsnittet:2)

De akutte indlæggelser anses som problematiske af sygeplejersken i Misbrugsafsnittet, da borgerne når at blive meget syge, inden de kan indlægges i stedet for at tage det opløbet. Denne frustration over de akutte indlæggelser deles af psykologen fra Dobbelt diagnose Teamet (Psykolog:5). På samme måde anses Aalborg Kommune som et presset system, der nedjusterer serviceniveauet og hvor knappe økonomiske ressourcer begrænser muligheden for at tilbyde dobbelt diagnosticerede borgere den adækvate hjælp (Psykiatrisk sygeplejerske:5; Udskrivningskoordinator:5). De manglende ressourcer i Psykiatrien og Aalborg Kommune kan ses som en overindividuel størrelse og ikke direkte knyttet til aktørerne på det udførende niveau. Det er altså ikke – som flere informanter påpeger – et udtryk for manglende samarbejdsvilje ved de andre aktører, men et udtryk for pressede systemer, når de italesætter konflikter i forbindelse med indlæggelsesforløbene og manglende kommunale tilbud til borgerne:

”Jeg har også forståelse for dem [i Psykiatrien] og for at de er pressede og ikke har de her [senge]pladser. Det er jo et niveau, et regeringsniveau, de kan jo ikke gøre ved det derinde. Det er jo et nedskæringsproblem, der er alle steder. Men det ændrer jo ikke ved, at det er der vores frustrationer ligger og som gør samarbejdet dårligere.”

(Socialpædagog:20)

Selvom socialpædagogen har forståelse for de strukturelle mekanismer, der skaber problemer i samarbejdet, så ændrer det ikke ved, at samarbejdet bliver dårligere. Men det virker som om, at aktørerne ikke har sted at kanalisere deres frustrationer hen. På nogle områder virker det dog som om, de bebrejder hinanden og holder hinanden ansvarlige for fx de kortere indlæggelsesforløb forstået på den måde, at det er lægen på sengeafsnittet, der bliver ansvarliggjort for de kortere indlæggelsesforløb i stedet for at have en forståelse for, at lægen ligeledes er underlagt nedskæringer. På andre områder virker det som om, at frustrationer over de strukturelle forhold manifesterer sig i en følelse af magtesløshed og til tider handlingslammelse ved aktørerne (Psykolog:16; Udskrivningskoordinator:20; Psykiatrisk sygeplejerske:12). Der kan altså argumenteres for, at strukturelle forhold i form af ressourcemæssige begrænsninger skaber kontraproduktive konflikter i den interorganisatoriske grænseflade²¹.

Afsluttende vil det kort bemærkes at den praktiske organisering skaber konflikter i det tværsektorielle samarbejde, forstået på den måde at begrænsede telefontider i kommunen kan gøre det næsten umuligt at interagere på tværs af de to sektorer. Disse begrænsede muligheder for at etablere kontakt til hinanden og udveksle informationer medfører risiko for, at informationer går tabt eller glemte og lange sagsbehandlingstider, hvilket skaber frustrationer ved aktørerne (Psykolog:11; Udskrivningskoordinator:6).

Opsamling: Underorganisering

Gennem kapitlet om den interorganisatoriske grænseflade er afhængighedsforholdene mellem Psykiatrien og Aalborg Kommune og de væsentligste konfliktpunkter i samarbejdet analyseret. Særligt fremstår det manglende interorganisatoriske og intraorganisatoriske informationsflow i forhold til både formelle og erfarings- og patientrelaterede informationer som et kritisk samarbejdspunkt, der skaber konflikter i det interorganisatoriske samarbejde. At sådanne informationer ikke flyder frit i den interorganisatoriske grænseflade indikerer, at grænsefladen er underorganiseret. Antagelsen om, at den interorganisatoriske grænseflade er underorganiseret, understøttes af de tre konfliktpunkter, der er gennemgået. Uenigheder om, hvor patienten hører hjemme, forskellige opfattelser af færdigbehandlingsbegrebet og manglende forståelse eller viden om hinandens behandlingsteknologi er tegn på, at der ikke er en fælles forståelse af opgaveløsningen på dobbeltdiagnoseområdet. Det tyder derfor på, at der er en løs intern regulering, hvilket medfører manglende konsensus om mål for behandlingen og det samlede forløb for dobbeltdiagnosticerede borgere. Men det er ikke kun den interorganisatoriske grænseflade, der kan karakteriseres som underorganiseret. Således er det gennem kapitlet illustreret, at de samme konflikter udspiller sig i internt i de to organisationer. Dog virker det som om, at uenigheder

²¹ Det kan dog forestilles, at ressourcemæssige begrænsninger kan tvinge aktørerne til at tænke på alternative løsningsforslag, hvorfor ressourcemæssige begrænsninger også kan medføre produktive konflikter.

om, hvor patienten hører hjemme og om færdigbehandlingsbegrebet primært relaterer sig til den intraorganisatoriske grænseflade mellem Dobbelt diagnose Teamet og Afdeling Syd. Derimod virker den intraorganisatoriske grænseflade mellem Handicapafdelingen og Misbrugsafsnittet på nogle områder som moderat organiseret, hvilket særligt kommer til udtryk i de uformelle samarbejdsformer, der er identificeret mellem de to afdelinger. Dette vil uddybes i næste afsnit *Samarbejdsformer*. De intrakommunale konflikter virker i højere grad til at forekomme i forbindelse med bevillingsopgaver.

Som afslutning vil betydningen af underorganiseringen af den interorganisatoriske grænseflade kort diskuteres. Ifølge Hasenfeld er de fleste offentlige borgerservicerende organisationer karakteriseret ved at være løst koblede (Hasenfeld 2003:247). Fordelen herved er, at borgerservicerende organisationer som Psykiatrien og Aalborg Kommune kan tilpasse sig omverdenens turbulente og skiftende krav. Ligeledes har aktørerne på de udførende niveau handlingsrum til at anvende faglige skøn og tilpasse indsatsen til den enkelte borger (ibid). På samme måde kan det gælde for den interorganisatoriske grænseflade forstået på den måde, at underorganiseringen og den løse interne regulering af grænsefladen giver grænsefladerepræsentanterne handlingsrum til at interagere ud fra den konkrete situationer og giver fleksibilitet i samarbejdet på tværs af sektorerne. Samtidig kan det forestilles, at den løse regulering understøtter grænsefladerepræsentanternes motivation, idet grænsefladerepræsentanterne kan betegnes som (semi)professionelle, hvis drivkraft blandt andet er baseret på autonomi i arbejdet. På den anden side kan underorganiseringen medfører svage samarbejdsrelationer mellem grænsefladerepræsentanterne, som kan resultere i interorganisatorisk krigsadfærd eller isolation med risiko for væsentligt forringede forløb for dobbelt diagnosticerede borgere. Underorganisering af den interorganisatoriske grænseflade er derfor ikke entydig positiv eller negativ. Hvordan organiseringen af grænsefladen manifesterer sig i samarbejdsformerne mellem grænsefladerepræsentanterne vil analyseres i næste kapitel.

Kapitel 9

Samarbejdsformer

Organiseringen af grænsefladen påvirker, hvordan samarbejdet på tværs af organisationerne kan udspille sig. Samarbejdet mellem grænsefladerepræsentanterne kan ses som en udkrystallisering af organiseringen af grænsefladen. Som indledende defineret i forbindelse med problemformuleringen forudsætter samarbejde gensidig forståelse, fælles mål og værdier og evnen til at arbejde sammen om en fælles opgave (Alter & Hage 1993:86). Derfor påvirker den underorganiserede interorganisatoriske grænseflade aktørerne i Psykiatrien og Aalborg Kommunes muligheder for at samarbejde på tværs af organisationerne, fordi underorganiseringen betyder manglende konsensus om mål for behandlingen, hvem der har ansvaret for patienten og forståelse for hinandens forskellige behandlingsteknologier. Konkret har to distinkte samarbejdsformer manifesteret sig i mit empiriske materiale, og disse vil kort gennemgås i følgende afsnit.

Den første samarbejdsform har jeg valgt at kalde *ikke-samarbejde*, og betegner et samarbejde, hvor der er ingen eller meget sparsom interaktion mellem grænsefladerepræsentanterne. Ikke-samarbejdet er ofte præget af latente konflikter, som endnu ikke er brudt ud i lys lue, men ligger og lur under overfladen. Et eksempel på et ikke-samarbejde med en latent konflikt er socialpædagogens syn på samarbejdet med sygeplejerskerne fra Dobbelt diagnose Teamet. Sygeplejerskerne fra Dobbelt diagnose Teamet kommer ud til beboerne på botilbuddet og afholder samtaler med dem der, men botilbudsmedarbejderne deltager sjældent i disse samtaler²². Botilbudsmedarbejderne informeres ikke om, hvad sygeplejerskerne arbejder hen imod med beboeren og der udveksles ingen informationer omkring beboeren mellem botilbudsmedarbejderne og sygeplejerskerne:

"Det er ikke sådan, at de lige ringer og følger op på, inden de kommer, hvordan ser det ud. Der har vi faktisk nogle gange lige stået derude og fanget dem i indkørslen, om de lige kan komme herind, så vi ligesom ku gi dem et praj om, hvad de skal være obs på og sådan og sådan, når de snakker med dem. For ellers er det som sagt, at de bare kan komme og køre uden, at vi har opdaget, at de har været her." (Socialpædagog:10)

²² Årsagen hertil er ifølge socialpædagogen, at de kun kan deltage, hvis beboeren ønsker det qua lovgivning omkring privatlivets fred (Socialpædagog:2).

På baggrund af socialpædagogens erfaringer med samarbejdet med sygeplejerskerne fra Dobbeltdiagnose Teamet virker det ikke som om, at der eksisterer et reelt samarbejde om beboerne. Andre aktører fra både Psykiatrien og kommunen beskriver ligeledes dette ikke-samarbejde blandt de aktører, som den dobbeltdiagnosticerede borger er i berøring med (Socialrådgiver i Misbrugsafsnittet:3; Psykiatrisk sygeplejerske:5; bilag 3E). Det er ikke blot på tværs af organisationerne, at det ikke-samarbejde forekommer. Således beskriver medarbejderne fra Dobbeltdiagnose Teamet, hvordan de ofte bliver glemt af sengeafsnittene i samarbejdet omkring patientens behandling (Overlæge:7). En konsekvens af ikke-samarbejdet er, at aktørerne bliver frustrerede over manglende kommunikation og informationsudveksling på tværs af de involverede aktører, hvilket kan udgøre latente konflikter²³. En anden konsekvens på det udførende niveau kan være, at de arbejder i hver sin retning, hvor hvert behandlingsforløb med de forskellige involverede aktører kører parallelt med hinanden i stedet for at være ét integreret behandlingsforløb. Ikke-samarbejdet hænger i mit empiriske materiale sammen med interaktionsmønsteret *interorganisatorisk aftalt-spil*, hvor forskelligheder og konflikter mellem aktørerne negligeres. Det betyder, at aktørerne forholder sig passivt til, at samarbejdet er ikke-eksisterende på trods af, at dette opleves som problematisk og uhensigtsmæssigt i forhold til det samlede patientforløb. Samarbejdsrelationerne bliver såkaldte enig-slendrian relationer, idet ingen gør noget ved det uhensigtsmæssige samarbejde. Ingen af informanterne italesætter således, at de har konfronteret deres samarbejdspartere med deres frustrationer over det ikke-eksisterende samarbejde. Samtidig virker det som om, at alle informanter har udviklet stereotype forestillinger om deres egen og samarbejdsparternes rolle i samarbejdet, hvilket særligt kommer til udtryk ved, at samtlige informanter opfatter sig selv som initiativtager til samarbejdet og drivkraft i samarbejdet (fx Psykiatrisk sygeplejerske:15). Udviklingen af sådanne positive selvbilleder og negative stereotypier af modparten er netop kendetegnende ved interorganisatorisk aftalt-spil interaktionsmønsteret.

Den anden samarbejdsform har jeg kaldt *funktionelt samarbejde* og udgør modsætningen til ikke-samarbejde. Denne interaktion kan både foregå gennem de formelle samarbejds møder eller udskrivningskonferencer eller gennem et uformelt samarbejde, som er ad hoc præget og afhængig af den konkrete situation, jf. *Informationsflow på tværs af de to sektorer*. Det funktionelle samarbejde er karakteriseret ved fire elementer. Det første element er fordeling af roller i samarbejdet, her eksemplificeret af samarbejdet mellem Misbrugsafsnittet og bostøttemedarbejdere:

²³ Disse frustrationer kan skyldes forskellige forventninger til samarbejdet.

"Og så har jeg et eksempel med en, der er bostøtte for psykisk syge misbrugere og han er indskrevet som en del af de handleplaner for, hvem der gør hvad, så vi ikke laver dobbelt arbejde og han har siddet med på de møder med brugeren, så vi kan snakke om den del, så vi har taget den del og I har taget den del, så vi alle ved det og vi alle hører det, så vi ikke laver dobbelt arbejde eller modarbejder hinanden."

(Socialrådgiver i Misbrugsafsnittet:6)

Gennem denne rollefordeling kan der opnås konsensus om mål for behandlingen, hvorved det bliver muligt at skabe en integreret behandling, hvor alle arbejder hen imod det samme mål. For at sikre rollefordelingen er det vigtigt at have en jævnlig kontakt, hvor informationer og viden løbende opdateres og dette udgør det andet element i det funktionelle samarbejde. Det tredje element omhandler fleksibilitet i samarbejdet, hvor aktørerne er villige til fx at påtage sig grænseoverskridende arbejde, dvs. arbejde som formelt burde udføres af en anden faggruppe eller organisation, for at få løst opgaverne i praksis i stedet for, som overlægen i Dobbeldt diagnose Teamet udtrykker det: *"at være så bureaukrat-agtig og sige, at man ved sgu ikke helt, om det er vores opgave, men man kan jo starte med den"* (Overlæge:22-23). Fleksibiliteten i samarbejdet betyder, at arbejdet glider i praksis og opfattes af aktørerne som en velvilje til at samarbejde. Det sidste element omhandler stabilitet i samarbejdsrelationerne, hvor udskiftningen er samarbejdspartenerne er lav. Stabiliteten i samarbejdsrelationerne er med til at skabe mere personlige relationer mellem grænsefladerepræsentanterne og det kan være med til at gøre samarbejdet mere forpligtende (bilag 3B; Socialrådgivere i Psykiatrien:16). Det funktionelle samarbejde hænger sammen med interaktionsmønsteret *interorganisatorisk problemløsning*.

Ud fra mit empiriske materiale kan der argumenteres for, at samarbejdet mellem Misbrugsafsnittet og Handicapafdelingen overvejende kan karakteriseres som et funktionelt samarbejde, idet de forskellige aktører fra disse afdelinger både har et uformelt samarbejde, hvor de jævnligt har kontakt til hinanden og et mere formelt samarbejde i form af jævnlige frontmøder, hvor alle frontmedarbejdere, som arbejder med socialt udsatte, mødes (bilag 3E). Dette er med til at understøtte, at den intraorganisatoriske grænseflade mellem disse to kommunale afdelinger er moderat organiseret. Derimod virker det intraorganisatoriske samarbejde mellem Afdeling Syd og Dobbeldt diagnose Teamet overvejende som et ikke-samarbejde, idet der ofte ikke er et samarbejde i praksis omkring dobbeldt diagnose patienterne. Det interorganisatoriske samarbejde mellem kommunen og Psykiatrien kan derimod ikke entydigt karakteriseres som enten et ikke-samarbejde eller et funktionelt samarbejde, idet det bærer præg af begge dele og der ikke kan udledes nogle overordnede tendenser, som gælder generelt for dette interorganisatoriske samarbejde.

De beskrevne samarbejdsformer skal ses som idealtypiske konstruktioner, som ikke eksisterer i sin rendyrkede form i virkeligheden. I stedet tyder mit empiriske materiale på, at samarbejdet mellem forskellige aktører både bærer præg af den ene og den anden form for samarbejde afhængig af den konkrete situation.

Brobyggere i samarbejdet

I det interorganisatoriske samarbejde mellem Aalborg Kommune og Psykiatrien er der identificeret faggrupper og personer, som påvirker samarbejdet i en positiv retning ved at være brobyggere mellem de forskellige sektorer. Således kan udskrivningskoordinatorerne anses som brobyggere i samarbejdet, idet de prøver at skabe en forståelse for hinandens vilkår på tværs af de to sektorer (Udskrivningskoordinator:11). Men to væsentligste brobyggere i det interorganisatoriske samarbejde er socialrådgiverne som faggruppe og overlægen fra Dobbelt diagnose Teamet.

Socialrådgiverne som faggruppe anses som brobyggere mellem det kommunale system og Psykiatrien af både de deltagende socialrådgivere fra Psykiatrien, sengeafsnittene og Dobbelt diagnose Teamet (Socialrådgivere i Psykiatrien:17; Psykolog:1; Psykiatrisk sygeplejerske:4). En forklaring på socialrådgivernes rolle som brobyggere er, at socialrådgiverne ofte fungerer som grænsefladerepræsentanter for begge organisationer, hvorfor de er en naturlig samarbejdspartner. Derudover er det væsentligt, at de har et fælles fagligt fundament og fagligt sprog qua deres uddannelse, da det gør det nemmere at kommunikere på tværs af to sektorer og organisationer med hver deres struktur, logik og kultur:

"Man forstår hinandens sprog, så man skal ikke forklare så meget, som jeg tror man skal, hvis det bare var en sygeplejerske, jeg bare skulle ringe til. Altså det kunne give flere problemer og flere forståelsesmæssige problemer."

(Socialrådgivere i Psykiatrien:21)

Den fælles uddannelsesmæssige baggrund gør det derfor nemmere for socialrådgiverne at samarbejde på tværs af Psykiatrien og Aalborg Kommune. Samtidig har alle deltagende socialrådgivere, på nær socialrådgiveren fra Misbrugsafsnittet, erfaring fra den modsatte organisation fra tidligere ansættelser.

Overlægen i Dobbelt diagnose Teamet udgør den anden væsentlige brobygger qua hans ansættelse som lægekonsulent i Misbrugsafsnittet. De fleste informanter og kontaktpersoner omtaler overlægens dobbelte engagement som positivt for det interorganisatoriske samarbejde, da han har kendskab til begge systemer og faglig ekspertise inden for både misbrugsbehandling og psykiatrisk behandling (Socialpædagog:20; Psykolog:12; bilag 3B; bilag 3H). Han er derfor: *"et*

naturligt bindeled, så derfor er samarbejdet også veludviklet” (Sygeplejerske i Misbrugsafsnittet:17). Ligeledes anser overlægen selv sin dobbeltrolle som overvejende positiv:

”Mit personlige dobbelte engagement (...) gør forretningsgangene lidt mere smidige. Alt her i livet bliver lidt nemmere, hvis man kender hinanden, så på den måde, så er der nogle aftaler, som er gået lidt hurtigere igennem, det kan jeg roligt sige.”

(Overlæge:3)

Det dobbelte engagement betyder derfor også, at han har relationer til aktører både i Psykiatrien og i Misbrugsafsnittet, som er med at gøre samarbejdet mere fleksibelt og smidigt, jf. det fjerde element i det funktionelle samarbejde. Samtidig kan der argumenteres for, at det er nemmere at skabe en helhed og et integreret behandlingsforløb, når der er et sammenfald i personkredsen i de to organisationer. Men ud fra et kritisk perspektiv kan overlægens dobbeltrolle ses som en sårbar konstruktion, da samarbejdet kan risikere at skulle opbygges på ny, hvis overlægen forsvinder. Samtidig besidder overlægen en enorm magtfuld position, idet han sidder som eneste læge i Dobbelt diagnose Teamet og Misbrugsafsnittet, hvilket psykologen fra Dobbelt diagnose Teamet som den eneste påpeger:

”Men [overlægen] har måske også nogle faste ideer om, hvordan tingene skal være og sidder i en position, hvor han kan holde fast i dem begge steder.”

(Psykolog:12)

Overlægens magtfulde position kan være problematisk i de tilfælde, hvor andre aktører er uenige i hans vurderinger, tilgang etc., da han – sat på spidsen – sidder enerådigt og har en enorm indflydelse på det tværsektorielle behandlingsforløb. Derfor kan overlægens dobbeltrolle potentielt skabe konflikter i det tværsektorielle samarbejde, hvor de andre aktører kan stå magtesløse. Men ud fra mit empiriske materiale vurderes overlægens dobbeltrolle at have en positiv indflydelse på det tværsektorielle samarbejde.

Kapitel 10

Udskrivningskonferencer – en magtudøvelse?

Magtrelationerne mellem Psykiatrien og Aalborg Kommune er valgt analyseret ud fra udskrivningskonferencerne som fænomen. Udskrivningskonferencerne²⁴ er derfor det empiriske nedslagspunkt, hvormed magtforholdet mellem de to organisationer og til dels mellem grænseflade-repræsentanterne vil undersøges. Den første del af afsnittet vil omhandle magtforholdet mellem de to organisationer eksemplificeret ved udskrivningskonferencen. Dette afsnit relaterer sig til foregående kapitel om samarbejdsformerne.

Anden del af afsnittet vil omhandle frontlinjemedarbejdernes magt og denne del kan med fordel ses i lyset af analyseafsnittet om professionalisering.

Udskrivningskonferencerne er udvalgt som empirisk nedslagspunkt for en analyse af magtforholdet mellem Psykiatrien og Aalborg Kommune, idet disse konferencer udgør en forholdsvis stor del af interaktionen mellem de to organisationer. Udskrivningskonferencerne bliver scenen for de forhandlinger, der foregår mellem de forskellige aktører omkring patientens videre forløb. Men før at disse forhandlinger overhovedet kan foregå, er det nødvendigt at være med til udskrivningskonferencerne. Det er Afdeling Syd og nærmere bestemt den socialrådgiver, der er tilknyttet det pågældende sengeafsnit, som er ansvarlige for at afholde og indkalde til udskrivningskonferencerne (Socialrådgivere i Psykiatrien:10). Udskrivningskonferencen bliver kun afholdt i de tilfælde, hvor socialrådgiveren vurderer, at dette er nødvendigt. Allerede her kan det konstateres, at socialrådgiverne i Afdeling Syd besidder en enorm formel magt over udskrivningskonferencen, idet de vurderer behovet for en udskrivningskonference og indkalder de aktører fra Psykiatrien og Aalborg Kommune, som vurderes nødvendige for det videre patientforløb af lægen, plejepersonalet og andet relevant personale omkring patienten på sengeafsnittet. Denne magt erfarer deres samarbejdspartnere i kommunen og Dobbelt diagnose Teamet ved, at de ofte ikke inviteres til udskrivningskonferencerne. Således fortæller samtlige informanter fra kommunen, Dobbelt diagnose Teamet samt flere af kontaktpersonerne, at de sjældent deltager i udskrivningskonferencer (Psykolog:7; Socialpædagog:7; bilag 3E). Følgende er et uddrag af referatet med en kontaktperson, der er bostøtte for dobbelt diagnosticerede borgere og beskriver

²⁴ Konflikter i forbindelse med udskrivningskonferencer kan desuden ses som et udtryk for forskelle i aktørernes ønsker til samarbejdsformen i den interorganisatoriske grænseflade.

den generelle tendens til, at både dobbeltdiagnose teamets medarbejdere og de kommunale aktører føler sig ekskluderede fra udskrivningskonferencen:

"Ofte bliver [bostøtterne] ikke informeret om udskrivelser eller inviteret med til udskrivningskonferencer, selvom de har været på besøg under indlæggelsen og bedt om at blive kontaktet."

(bilag 3D)

På samme måde fortæller socialpædagogen fra botilbuddet om, hvordan hun flere gange har oplevet, at en beboer er blevet udskrevet uden, at de er blevet kontaktet herom (Socialpædagog:6). Når disse aktører hverken bliver informeret om udskrivningen eller bliver inviteret til udskrivningskonferencerne kan der argumenteres for, at de ekskluderes fra at deltage i forhandlingerne om det videre forløb, idet de ikke er til stede på den arena, hvor disse forhandlinger finder sted. Derfor *"skal man bide sig fast (...) men man skal være meget opsøgende ift., at så vil jeg gerne med til den og den samtale, jeg vil gerne med, hvis I planlægger det og det osv."* som socialrådgiveren i Misbrugsafsnittet udtrykker det (Socialrådgiver i Misbrugsafsnittet:14).

At de involverede aktører deltager i udskrivningskonferencerne er dog ikke ensbetydende med, at de rent faktisk har mulighed for at deltage i forhandlingerne. Således fortæller socialrådgiveren i Misbrugsafsnittet, hvordan hun oplever udskrivningskonferencerne som rene formaliteter, men hvor udfaldet af dem allerede er planlagt:

"Interviewer: Hvordan er det så, når I er med på udskrivningskonferencerne?"

Socialrådgiver: Jeg synes jo, at der ligger en plan der, næsten inden vi kommer derud.

(...)

Interviewer: Så det er svært for Jer egentligt at præge, der skal ske?

Socialrådgiver: Ja det tænker jeg. På det tidspunkt er det svært at præge."

(Socialrådgiver i Misbrugsafsnittet:15)

For denne socialrådgiver bliver udskrivningskonferencen et proformamøde, hvor hun i realiteten ikke har indflydelse på, hvordan det videre patientforløb skal forløbe. Hun bliver derfor ikke i praksis inddraget i beslutningerne herom. I samme tråd oplever overlægen fra Dobbelt-diagnose Teamet, at anbefalinger fra teamet hverken bliver fulgt af sengeafsnittene eller kommunen på udskrivningskonferencerne (Overlæge:17). I disse situationer kan medarbejderne få en følelse af manglende anerkendelse af deres faglighed, bidrag og rolle i det samlede patientforløb. Denne type af udskrivningskonferencer hænger sammen med ikke-samarbejdstypen.

I andre tilfælde kan udskrivningskonferencerne resultere i optrappede konflikter mellem de forskellige involverede aktører, hvilket udskrivningskoordinatoren har oplevet. Udskrivningskonferencen var præget af konfligerende interesser mellem Psykiatrien og Aalborg Kommune og det var umuligt at nå til enighed, hvilket udskrivningskoordinatoren beskriver som: *"den der konflikt mellem kommune og sygehus, sygehuset ville have patienten ud og kommunen havde lidt svært ved at tage imod"* (Udskrivningskoordinator:10).

Selve mødet var ustruktureret qua manglende mødeleder, alarmkald fra andre sengeafsnit og stærk uenighed om, hvad der skulle ske med patienten. Hele forløbet endte med en genindlæggelse, hvorefter en ny udskrivningskonference blev afholdt. Velviljen blandt de forskellige aktører var dog nærmest ikke-eksisterende grundet de dårlige erfaringer fra det tidligere forløb. Hele forløbet endte med en suboptimal løsning, hvor kommunen fandt en midlertidig bolig til borgeren, fordi de var nødt til det og ikke fordi, det ifølge udskrivningskoordinatoren var den bedste løsning (ibid). Sådanne typer af udskrivningskonferencer kan potentielt ende i interorganisatorisk krigsadfærd, hvor magtkampe udspiller sig og de forskellige aktører åbenlyst modarbejder hinanden til udskrivningskonferencerne.

Modsat er de udskrivningskonferencer, hvor de forskellige aktører forhandler sig frem til en fælles løsning på trods af konfligerende interesser. Således kan de fleste informanter fortælle om et patientforløb, hvor alle involverede aktører i fællesskab blev enige om det videre patientforløb (fx Socialpædagog:12; Psykiatrisk sygeplejerske:10). Disse typer af udskrivningskonferencer er som regel karakteriseret ved, at alle relevante aktører er til stede og bidrager med deres faglige vurderinger til en fælles løsning, hurtig sagsbehandlingstid, enighed om patientforløbet og at økonomiske begrænsninger ikke har afgørende betydning for, hvad borgeren kan tilbydes (ibid; Udskrivningskoordinator:5; Socialrådgivere i Psykiatrien:18). Denne type af udskrivningskonferencer hænger sammen det funktionelle samarbejde.

Selvom sengeafsnittene i Psykiatrien umiddelbart kan fremstå som den mest magtfulde part, idet de har magten til at ekskludere aktører fra udskrivningskonferencen som forhandlingsarena, er billedet ikke så entydigt. De kommunale socialrådgivere, særligt dem der har myndighed til at bevillige støtte, botilbud etc., besidder en betydelig magt i forhandlingssituationerne qua deres bevillingsmyndighed. Derfor er det også kommunen, der har magten til at afgøre, hvad patienterne kan tilbydes, når de bliver udskrevet:

"Sygehuset må ikke fx sætte navn på et eller andet botilbud, som man tænker ville være til gavn for borgeren. Det skal de lade være med, for det er kommunen, der bestemmer det."

(Udskrivningskoordinator:13)

På baggrund heraf kan der argumenteres for, at kommunen har en afgørende magt til at bestemme det videre patientforløb efter indlæggelsen. Magtforholdet mellem Psykiatrien og Aalborg Kommune kan derfor ikke bestemmes entydigt, idet magten afhænger af den konkrete situation, hvori den udspiller sig.

Hvorvidt de manglende invitationer til udskrivningskonferencerne er en bevidst magtudøvelse fra sengeafsnittenes side er ikke muligt for mig at afgøre. I stedet må det blot konstateres, at udskrivningskonferencerne kan ses som en empirisk manifestation af magtforholdet mellem Psykiatrien og Aalborg Kommune og som en fremtrædende arena for forhandlinger om det videre forløb for den dobbeltdiagnosticerede borger på tværs af de to organisationer. Udfaldet af forhandlingerne kan spænde bredt fra optrappede konflikter mellem de forskellige involverede aktører, som udskrivningskoordinatoren eksemplificerede, over ikke-forhandling, hvor den ene (eller flere) part(er) bliver overhørt, til produktive konflikter og en interorganisatorisk problem-løsende adfærd, hvor de forskellige parter på trods af forskellige og konfligerende interesser bliver enige om en fælles løsning.

Magtfulde frontlinjemedarbejdere

I grænsefladen mellem Psykiatrien og Aalborg Kommune interagerer de forskellige grænsefladerepræsentanter fra de to organisationer og de grænsefladerepræsentanter, som typisk qua deres arbejdsfunktion jævnligt har kontakt med patienterne eller borgerne anses som frontlinjemedarbejdere, dvs. medarbejdere på de udførende niveauer. Til sådanne udskrivningskonferencer er disse frontlinjemedarbejdere, ideelt set, repræsenteret og kan spille en væsentlig rolle i forhandlingerne om det videre forløb for den dobbeltdiagnosticerede borger. Der kan argumenteres for, at frontlinjemedarbejderne både fra Psykiatrien og Aalborg Kommune besidder forholdsvis meget uformel magt, idet de gennem den jævnlige kontakt med borgeren eller patienten har en stor viden om dennes behov og dermed er med til at definere kravene til det videre forløb. Et eksempel på denne uformelle magt kommer til udtryk i interviewet med de to socialrådgivere fra Psykiatrien, hvor den ene socialrådgiver fortæller, at kommunen og Psykiatrien ofte er uenige om, hvad patienten skal tilbydes af sociale tilbud og støtteordninger efter udskrivningen, idet kommunen helst vil tilbyde den billigste løsning, hvilket af de psykiatriske aktører oftest anses som en mangelfuld løsning. I disse situationer kan socialrådgiverne udøve deres magt ved at fremstille patientens behov på en sådan måde, at der næsten kun er en løsning, som kommunen kan tilbyde for at imødekomme behovene:

”Informant2: Denne her patient har behov for et døgndækket botilbud. Det er ikke sikkert, at kommunen er enige i det og så har man selvfølgelig en dialog om det, men det er kommunen, der har ret til at bestemme (...).

Informant1: Man kan sige, at når man laver de der funktionsbeskrivelser, så bør det jo også være sådan herfra, at man beskriver patientens behov og problemer (...) Og så må man jo sådan stykke sammen til, at det ser ud til, at den her patient faktisk har brug for den her tryghed med, at der er nogen omkring ham, og det er jo så kommunen, der må sætte lighedstegn med, at så må det jo være noget døgndækning.”

(Socialrådgivere i Psykiatrien:14-15)

Socialrådgiverne kan derfor manipulere og sortere i den information, der videregives til kommunen gennem funktionsbeskrivelserne, så de understøtter de ønsker, de psykiatriske medarbejdere har til det videre forløb. Ovenstående citat kan ses som et eksempel på den mere uformelle magt, men bestemt ikke ubetydelige magt, som frontlinjemedarbejderne har på trods af, at de kan være placeret længere nede i hierarkiet af professionelle. På samme måde kan sygeplejerskerne på sengeafsnittene ses som magtfulde frontlinjemedarbejdere, som qua den daglige kontakt til patienterne dels har kontrol over informationsudvekslingen mellem patient og sengeafsnit og dels besidder viden om patienten, som andre aktører på de udførende niveau, fx psykiateren, fysioterapeuten og socialrådgiveren, ikke nødvendigvis har. Således er fx psykiaterne afhængige af den viden, som sygeplejerskerne kan videregive om patienterne, hvilket giver sygeplejerskerne en magtfuld position, idet de kan manipulere og fremstille denne viden på en måde, så det tilgodeser deres interesser²⁵. Psykiaterne har derimod den formelle magt til at beslutte, hvornår en patient skal udskrives fra Psykiatrien og til at viderehenvise til Dobbeldiagnose Teamet. Derfor kan psykiaterne umiddelbart anses som magtfulde aktører i udskrivningsprocessen, selvom de ofte kun har en sparsom kontakt til patienten. Magtforholdet mellem de forskellige aktører på det udførende niveau kan derfor ikke entydigt afgøres, idet magten er flerdimensionel.

En anden måde at anskue frontlinjemedarbejderne som magtfulde er ved at se på deres muligheder for at påvirke patienterne eller borgerne og gøre en forskel for disse. Ved at se på frontlinjemedarbejdernes transformativ kapacitet bliver det evident at denne kapacitet udgør en væsentlig magtressource, hvilket her vil beskrives kort ud fra bostøttemedarbejderne. Bostøttemedarbejderne har en kontinuerlig og jævnlig kontakt med borgerne, og deres arbejde består ofte i at støtte borgerne i daglige gøremål i deres hjem eller at ledsage dem til fx misbrugsbehandling eller ambulant behandling i Dobbeldiagnose Teamet. Derfor har disse medarbejdere forholdsvis stor indflydelse på borgernes liv og potentielt kan de derfor have en stor transformativ kapacitet. Muligheden for at påvirke og udøve indflydelse på borgerne kan ses som et muligt områ-

²⁵ Dette dobbelttydige magtforhold mellem læger og sygeplejersker bekræftes af en undersøgelse af læge-sygeplejerske relationen på svenske hospitaler. Undersøgelsen udfordrer den klassiske forestilling om lægen som den entydige magtfulde part i relationen, da undersøgelsen viste, at sygeplejersker har en betydelig magt qua lægens afhængighed af deres kendskab til patienten (Svensson 1996).

de, hvorom der udspiller sig magtkampe mellem de forskellige frontlinjemedarbejdere og andre involverede aktører i den pågældende borgers liv. Således kan der argumenteres for, at der foregår en magtkamp mellem Dobbelt diagnose Teamet og bostøttemedarbejderne om at udøve indflydelse på borgerens liv. Overlægen og psykologen oplever, at bostøttemedarbejderne kan modarbejde deres anbefalinger:

"Der er da nogen episoder, hvor man kan sige at samarbejdet er gået rimelig meget i hårknode med støttekontaktpersoner for eksempel, hvor de har deres ideer om, hvordan det skal foregå og nogen gange kommer til at støtte patienter i nogle ting, som ikke er helt hensigtsmæssige - sandsynligvis i en god mening - men hvor det kan være modsatrettet det, vi prøver at motivere folk til at gøre."

(Psykolog:19)

Ud fra citatet kan der stilles spørgsmålstejn ved, hvem af de to parter, der har retten til at definere, hvad der er rigtigt at støtte borgeren i. Denne magtkamp afspejler derfor også en magtkamp på et mere generelt niveau, nemlig i forhold til behandlingsteknologi, jf. *Behandlingsteknologi*.

Frontlinjemedarbejderne har derfor en betydelig transformativ kapacitet qua deres nære relationer med borgeren, eftersom det er disse medarbejdere, der effektuerer de forskellige elementer i det videre patientforløb, som aktørerne blandt andet har (ideelt set) forhandlet sig frem til på udskrivningskonferencen. Denne indflydelse på borgerens liv kan potentielt blive genstand for magtkampe mellem de forskellige aktører og kan afspejle en mere generel magtkamp om retten til at definere behandlingsteknologien.

Kapitel 11

Professionalisering

Psykiatrien og Aalborg Kommune befolkes af fagprofessionelle aktører og hvorledes deres professionelle tilhørsforhold kommer til udtryk i den interorganisatoriske grænseflade vil være omdrejningspunktet for nærværende analysekapitel. Første del vil have et interorganisatorisk professionaliseringsperspektiv forstået på den måde, at professionaliseringen på tværs af de to sektorer vil være genstand for analysen. Det vil således ikke være en direkte analyse af kampe mellem de forskellige professioner, men være en analyse af de psykiatriske og kommunale aktørers sektorprofessionaliseringskampe. Dette skyldes, at det primært er denne form for professionaliseringskampe, som er kommet til udtryk i det empiriske materiale.

Anden del vil omhandle intraprofessionelle kampe, hvor socialrådgiverne er udvalgt som profession til at eksemplificere, hvordan intraprofessionelle kampe kan udspille sig. Sidste del vil være en kort diskussion af bureaukratiets begrænsninger af den professionelle autonomi.

Sektorprofessionaliseringskampe

Sektorskillelinjerne mellem Psykiatrien og Aalborg Kommune på dobbeltdiagnoseområdet kommer tydeligst til udtryk gennem arbejdsdelingen. Formelt er arbejdsdelingen veldefineret i sundhedsaftalerne og baseret på antagelsen om komplementaritet, dvs. at de forskellige (semi)professionelle alle bidrager med hver deres specialiserede del i den samlede opgaveløsning. I dette perspektiv supplerer de professionelle hinanden, hvilket ikke umiddelbart forventes at give anledning til interprofessionelle kampe. Men i de tilfælde, hvor opgaverne kan løses af forskellige professioner eller afdelinger, og de dermed kan erstatte hinanden, forventes der at udspille sig interprofessionelle eller sektorprofessionelle kampe om jurisdiktioner. Sådanne kampe om jurisdiktioner mellem de to organisationer vil eksemplificeres ved de to informanter fra Dobbeldiagnose Teamet og derfor holdninger til, hvem der er mest kompetent til at løfte dobbeltdiagnosebehandlingen. Professionaliseringen på tværs af sektorerne kommer derfor primært til udtryk ved disse to medarbejders holdninger og udtalelser i interviewene. For overlægen er den sociale sektor præget af manglende faglig stringens og håndteringen af dobbeltdiagnose patienterne beror i højere grad på den enkelte medarbejders personlige holdning eller erfaring:

Så er det godt, at der bliver noget standardiseret omkring behandling og organisering af behandling, så det ikke lige bliver, hvad jeg føler for, som er sådan lidt den der sociale sektor-agtig. (...) Der er nok stadigvæk i den rent sociale kultur noget mere af den der: 'Lad os nu lige sætte os ned og snakke om det og se om vi kan finde på andre ting', og det bliver jo ofte udelukkende styret af de to personer, der sidder, uden nødvendigvis at have en eller anden faglig stringens.

(Overlæge:26-27)

Citatet illustrerer billedet af den sociale sektor og de kommunale frontlinjemedarbejderes faglighed, og indirekte fremstilles de psykiatriske aktører som modsætningen hertil, dvs. som professionelle aktører med høj faglighed. I denne optik anses Psykiatrien ligeledes som den mest kompetente organisation til at varetage de komplicerede, komplekse patienter, som dobbeltdiagnose patienterne udgør. Denne holdning understøttes af psykologen fra Døbeltdiagnose Teamet, som mener, at Misbrugsafsnittet mangler en fasttømret faglighed til at kunne håndtere dobbeltdiagnose borgerne, hvorfor disse borgere udelukkende bør høre under Døbeltdiagnose Teamets klientel. Sådanne udtalelser kan ses som en måde at opretholde og styrke de juridiktionelle bånd til døbeltdiagnoseområdet og opnå monopol over den samlede behandling af døbeltdiagnose patienter.

Ligeledes kan ovenstående udtalelser ses som et udtryk for magtrelationen mellem Psykiatrien og Aalborg Kommune. Overlægen og psykologens positive billede af Psykiatrien og dens professionalitet deles også af socialpædagogen fra botilbuddet, der flere gange i interviewet omtaler de psykiatriske aktører som præget af høj faglighed og professionalitet (Socialpædagog:6,9, 16, 18). Derimod oplever hun ikke at besidde den samme professionalitet som de psykiatriske sygeplejersker, selvom de ud fra en professions sociologisk optik burde have samme status i det professionelle hierarki. For det første indikerer overlægen, psykologen og socialpædagogens samstemmende billeder af henholdsvis Psykiatriens og kommunens professionalitet, at Psykiatrien anses som den mest professionelle organisation og dermed som den mest magtfulde organisation. For det andet indikerer socialpædagogens billede af de psykiatriske sygeplejersker, at positionen i det professionelle hierarki ikke blot baserer sig på professionstilhørsforhold men også på organisationstilhørsforhold. Derfor virker det som om, at følgende gælder, udover det traditionelle hierarki mellem professionerne: jo mere professionel organisationen anses for at være, jo mere status får den professionelle i professionshierarkiet.

Det ovenstående citat af overlægen kan også forstås på en anden måde, idet overlægen er en del af en fuldbyrdet profession, nemlig lægeprofessionen. Derfor beskæftiger han sig med en afgrænset del af døbeltdiagnose borgernes liv, som vedrører behandlingen af den psykiske lidelse og primært den medicinske behandling af misbruget, hvilket kan gøre forholdet mellem hans teoretiske viden og praksis mere entydig (jf. Ejrnæs 2008). Derimod kan de kommunale front-

linjemedarbejdere karakteriseres som semiprofessionelle, hvis arbejdsområde typisk ikke er afgrænset til en specifik del af dobbeltdiagnose borgernes liv. I stedet beskæftiger disse medarbejdere ofte sig med alle aspekter af borgerens daglige liv i hele dets kompleksitet. Derfor kan det være vanskeligt at arbejde ud fra en faglig stringens eller standardisering, idet hver borgers problemstillinger kan være unikke og nødvendiggør rum til såvel faglige som erfaringsbaserede og personlige skønsvurderinger fra frontlinjemedarbejderne. Præmisserne for arbejdsopgaverne kan derfor være vidt forskellige for fuldbyrdede professioner og semiprofessioner, som ikke nødvendigvis har noget at gøre med manglende faglighed. Imidlertid kan de kommunale aktører opleve en manglende anerkendelse af deres faglighed fra Psykiatrien, hvilket blandt andet kommer til udtryk i interviewene med de kommunale aktører i forbindelse med deres fortællinger om indlæggelsesforløbene. Ofte har de kommunale frontlinjemedarbejdere observeret tiltagende forværringer i dobbeltdiagnose borgernes psykiske tilstand, hvorfor de ønsker dem vurderet eller indlagt i Psykiatrien (Socialrådgiver og sygeplejerske i Misbrugsafsnittet:2; bilag 3B). Dog bliver disse observationer sjældent imødekommet i Psykiatrien, hvilket kan skabe en følelse af manglende anerkendelse ved de kommunale aktører. Det er jo netop disse medarbejdere, der har et indgående og ofte årelangt kendskab til de dobbeltdiagnosticerede borgere, og ved ikke at imødekomme de kommunale aktørers observationer og ønsker om indlæggelse anerkendes deres viden ikke. Den manglende faglige anerkendelse kan være en indikator på professionaliseringskampene på tværs af sektorerne, eftersom manglende anerkendelse af kommunale frontlinjemedarbejders evner til at vurdere dobbeltdiagnose borgernes behov for indlæggelse er med til at opretholde Psykiatriens jurisdiktion på det område og deres kontrol med hvilke borgere/patienter, der har adgang til Psykiatrien.

At skillelinjerne ikke er klare på det udførende niveau behøver ikke at indikere jurisdiktionelle kampe, men kan være en konsekvens af, at de jurisdiktionelle grænser på arbejdsarenaen ofte kan være flydende og antage en mere pragmatisk karakter, som sikrer den daglige organisering af arbejdet. Denne mere pragmatiske organisering er ligeledes identificeret i mit empiriske materiale og er blevet tematiseret som grænseoverskridende arbejde. I denne forbindelse anvendes psykologen fra Dobbeldiagnose Teamet som eksempel på det grænseoverskridende arbejde på arbejdsarenaen, idet Dobbeldiagnose Teamet de seneste år har fungeret uden en socialrådgiver (Psykolog:1). I praksis betyder det, at psykologen anvender tid og ressourcer på at udføre arbejdsopgaver, som normalt associeres med socialrådgiverfaget²⁶, hvilket opleves som krævende og udfordrende (Psykolog:11). Men ud fra et andet perspektiv kan der argumenteres for, at socialrådgiverens opgaver rent faktisk bliver løst af andre faggrupper, hvorfor en socialrådgiver i Dobbeldiagnose Teamet er overflødiggjort.

²⁶ Dette kan ligeledes være en årsag til, at psykologen som den eneste informant har et behov for viden om det kommunale system, jf. *Afhængighed af ekspertise på tværs af sektorerne*.

På tværs af de to sektorer kan skillelinjerne ligeledes være flydende og være præget af grænseoverskridende arbejde. Således fortæller socialrådgiverne i Psykiatrien, at de udfører arbejdsopgaver: *"hvor vi tænker, at det burde være en kommunal medarbejder, der lavede det"* (Socialrådgivere i Psykiatrien:9). Dette grænseoverskridende arbejde giver en fleksibilitet i opgaveløsningen og sikrer, at opgaverne bliver løst i praksis, selvom de ikke nødvendigvis løses af dem, der formelt har ansvaret for at løse dem. Den pragmatiske organisering af arbejdet hænger desuden sammen med samarbejdstypen *det funktionelle samarbejde*, eftersom et væsentligt element i denne samarbejdstype er fleksibiliteten i samarbejdet og arbejdsdelingen mellem de forskellige involverede aktører. Denne fleksibilitet kan ses som en pragmatisk organisering af arbejdet, hvor de juridiske grænser ikke opretholdes stringent.

Intraprofessionelle kampe

Kampe mellem professioner foregår særligt i de tilfælde, hvor der opstår ændringer af en eller anden karakter, som forskyder den eksisterende balance i det professionelle system. Således kan der ligeledes opstå intraprofessionelle kampe mellem forskellige subgrupper i en profession som følge af interne eller eksterne ændringer. I den kommunale socialrådgivergruppe kan der argumenteres for, at opstarten af Projekt Udskrivningskoordinator har ændret det professionelle system, idet der er opstået en ny subgruppe, hvis arbejdsområde og rolle har skullet defineres. Herved har udskrivningskoordinatorerne skullet bemægtige sig juridisktion over en del af den interorganisatoriske grænseflade. Kampene om juridisktion vurderes fortrinsvist at have foregået internt i Handicapafdelingen og særligt omkring bevillingsmyndigheden, idet samtlige informanter fra Psykiatrien udtaler sig positivt om udskrivningskoordinatorernes eksistens og eftersom udskrivningskoordinatoren selv påpeger konflikter omkring myndigheden til at bevillige forskellige tilbud:

"Det har jo også været svært for os, vi har jo ikke ret meget myndighed [til at bevillige tilbud](...) det er sådan, at myndighedsafdelingen, de vil jo ikke afgive noget af deres, og det skal de heller ikke."

(Udskrivningskoordinator:15)

Ud fra citatet kan der argumenteres for, at udskrivningskoordinatorerne har søgt at bemægtige sig noget af myndighedsafdelingens arbejdsområde, men at dette ikke er lykket. Det kan være essentielt for udskrivningskoordinatorernes videre eksistens, at de får skabt sig et arbejdsområde, som de har monopol på og der kan bevillingsmyndigheden være af væsentlig betydning. Myndigheden til at bevillige socialpsykiatriske tilbud til de dobbeltdiagnosticerede patienter er netop en væsentlig del af de kommunale socialrådgiveres berettigelse i den interorganisatoriske grænseflade i forbindelse med udskrivningskonferencer, eftersom det er til udskrivningskonfe-

rencerne, at det videre forløb for patienten tilrettelægges. Hvis udskrivningskoordinatorerne ikke har bevillingsmyndigheden kan der stilles spørgsmål ved deres eksistens og berettigelse i den interorganisatoriske grænseflade. I stedet kan de virke som et ekstra led i sagsbehandlingen, da de skal videreformidle kontakten til dem med bevillingsmyndigheden på det pågældende område (Udskrivningskoordinator:13). Særligt virker det som om, at de mere erfarne kommunale socialrådgiver forholder sig kritisk over for udskrivningskoordinatorerne:

"Der er mange nye rådgivere inde og vende og der synes jeg, at der er mange eller flere, der har sagt, at det var rart, at der lige var en, de kunne læne sig op ad og kendte til alle de her tilbud i socialpsykiatrien og hvad der kan forventes fra sygehuset (...). Men en god gammel garvet rådgiver vil nok sige: 'Gå nu væk, jeg skal selv', og så er det jo også fint, så har vi jo ikke noget at gøre."

(Udskrivningskoordinator:16)

For de mere erfarne socialrådgivere kan udskrivningskoordinatorernes forsøg på at bemægtige sig arbejdsområde virke som en trussel, hvilket kan være en forklaring på deres kritiske holdninger til udskrivningskoordinatorerne. Disse socialrådgivere har netop været vant til at have monopol på den interorganisatoriske grænseflade i forbindelse med udskrivinger og bevillinger, og når nogen som udskrivningskoordinatorerne udfordrer dette monopol, er det forventeligt, at de erfarne socialrådgivere reagerer ved at beskytte deres monopol, hvilket kommer til udtryk som intraprofessionelle kampe. Derudover kan udskrivningskoordinatorerne virke overflødige for disse socialrådgivere, da de selv har viden og erfaring om de forskellige kommunale socialpsykiatriske tilbud og ved, hvordan interaktionen med Psykiatrien foregår.

Det er ikke blot internt i Aalborg Kommune, at der forekommer intraprofessionelle kampe, men ud fra datamaterialet kan der argumenteres for, at disse kampe ligeledes foregår på tværs af de to sektorer. Som tidligere nævnt kan det have en brobyggende funktion mellem de to sektorer at skulle samarbejde med en fra sin egen profession, jf. *Brobyggere i samarbejdet*, men dette udelukker ikke intraprofessionelle kampe. Distinktionen mellem at arbejde i den ene eller anden organisation på trods af samme fagprofessionelle tilhørsforhold kommer til udtryk ved socialrådgiverne i Psykiatrien. Denne distinktion omhandler den specifikke ekspertise, der knytter sig til de enkeltes organisationer og specialer. For socialrådgiverne i Psykiatrien henviser det til deres indgående viden om psykisk syge og deres særlige behov samt det psykiatriske system og de påpeger vigtigheden i at anerkende, at de kommunale og psykiatriske socialrådgivere har hver deres kompetencer og specialviden (Socialrådgivere i Psykiatrien:16). Men der hvor distinktionen kan skabe konflikter er i forhold til, hvem der har retten til at foreslå mulige socialpsykiatriske tilbud til patientens videre forløb:

"Nogle rådgivere anerkender fuldstændigt den ekspertise, der er i vores system, så de kan også spørge os til råd, hvis det fx er et botilbud: 'Hvor kunne I forestille Jer? hvor andre i kommunen siger, at: 'I skal holde Jer fra, at sige noget som helst, fordi det er jo en ren kommunal kompetence og det er vores udgift, og vi skal ikke have hænderne nede i deres kasse'."

(Socialrådgivere i Psykiatrien:12-13)

For nogle socialrådgivere i kommunen kan de psykiatriske socialrådgivere virke som en slags eksperter, som kan bistå med råd og vejledning om, hvordan patienten hensigtsmæssigt kan placeres, hvorimod det for andre kommunale socialrådgivere virker som en klar overtrædelse af skillelinjerne mellem deres og Psykiatriens socialrådgiveres beføjelser. En måde at fortolke dette på kan være, at den første type af kommunale socialrådgivere i højere grad identificerer sig med deres faglige professionstilhørsforhold. Derfor oplever de ikke Psykiatriens socialrådgivere som en trussel eller en fra 'det andet hold', men i stedet som naturlige sparringspartnere, der har samme faglige værdier og normer som dem selv. Derimod kan det tolkes som, at den anden type af kommunale socialrådgivere i højere grad identificerer sig med deres organisatoriske tilhørsforhold og derfor finder det vigtigt at opretholde en klar distinktion til Psykiatriens socialrådgivere. Disse to typer af socialrådgivere kan forestilles at forholde sig forskelligt til rollekonflikten om, hvorvidt de skal orientere sig mod en fagprofessionel logik eller en organisatorisk logik, som professionelle ofte kan blive stillet over for, jf. *Fagbureaukratiet og professioner*. Den første type af socialrådgivere kan forestilles primært at orientere sig mod en fagprofessionel logik, hvorimod den anden type omvendt kan forestilles at orientere sig mod en organisatorisk logik. Ligeledes kan det forestilles, at de samme typer kan identificeres inden for andre professioner og det derfor ikke blot er et fænomen, som gør sig gældende for socialrådgivere. I dette empiriske materiale har det dog ikke været muligt at identificere de to typer inden for andre professioner.

Afsluttende kan der argumenteres for, at det kan skabe konflikter i samarbejdet mellem de forskellige aktører, hvis de orienterer sig mod forskellige logikker. I denne forbindelse mener overlægen fra Dobbelt diagnose Teamet, at det gode samarbejde mellem de forskellige aktører beror på: *"et ekstraordinært engagement hos de involverede personer"* (Overlæge:16), hvilket kan ses som et udtryk for en overvejende professionel identitet. Derfor er det heller ikke overraskende, at han udtrykker utilfredshed ved at samarbejde med andre aktører, som primært er præget af en organisatorisk logik og ikke ifølge overlægen lever op til deres professionelle forpligtelser (Overlæge:11).

Opsummerende kan der på baggrund af afsnittene om sektorprofessionaliseringskampe og intraprofessionelle kampe argumenteres for, at aktørerne lige såvel er socialiseret af den organisa-

tion, de er en del af, som af deres professionstilhørsforhold. Den organisatoriske forankring har dels betydning for, hvordan de placerer sig i det professionelle hierarki og dels har den organisatoriske forankring betydning for deres arbejdsmæssige identitet – for nogle aktører har den organisatoriske forankring større betydning for den arbejdsmæssige identitet end for andre, hvilket resulterer i enten en overvejende organisatorisk identitet eller en overvejende professionel identitet. Betydningen af den organisationstilhørsforholdet manifesterer sig i professionaliseringskampe på tværs af sektorerne og disse sektorprofessionaliseringskampe foregår i lighed de 'klassiske' professionskampe mellem professionerne.

Bureaukratiet og den professionelle autonomi

Afsluttende vil der være en kort diskussion af de involverede aktørers autonomi i relation til de organisatoriske begrænsninger. Som kort nævnt i *Fagbureaukratiet og professioner* kan der stilles spørgsmålstejn ved, hvorvidt Psykiatrien og Aalborg Kommune kan betegnes som fagbureaukratier eller om de bevæger sig i retningen af maskinbureaukratiet. Det er ikke formålet med dette afsnit at afgøre, hvorvidt disse organisationer kan betegnes som det ene eller det andet, men i stedet vil det kort diskuteres, hvordan de involverede aktører på dobbeltdiagnoseområdet oplever bureaukratiske begrænsninger af deres professionelle autonomi samt måder at håndtere disse begrænsninger på.

Generelt er der enighed blandt informanterne om, at bureaukratiske regler begrænser deres handlemuligheder og kan virke som en barriere i det interorganisatoriske samarbejde. Særligt virker organisatoriske rammer som økonomiske ressourcer, antal sengepladser og det politiske bestemte serviceniveau i kommunerne som indskrænkende for den professionelle autonomi jf. *Strukturelle forhold*. De involverede aktører fremsætter i interviewene ønsker om længere indlæggelsestider, bedre botilbud, flere støttetimer etc. end, hvad organisationerne kan tilbyde (Udskrivningskoordinator:10,13; Socialpædagog:8, Psykolog:5), hvilket kan ses et udtryk for det som Peter Kragh Jespersen kaldte for modsætningsforholdet mellem de professionelle umættelige krav og organisationens begrænsninger og krav om effektivitet (Jespersen 1993:15). Ligeledes opleves belønningsstrukturerne i Psykiatrien som hæmmende for den professionelle autonomi²⁷, idet de ambulante og distriktpsikiatriske teams ikke belønnes for at holde kontakten til deres patienter under indlæggelse, dvs. sådanne ydelser tæller ikke som ydelser, når aktivitetstallene for disse teams skal opgøres:

²⁷ Belønningsstrukturerne virker til dels også hæmmende for såvel det interorganisatoriske samarbejde som det intraorganisatoriske samarbejde mellem Dobbeltdiagnose Teamet og Afdeling Syd, eftersom det manglende (økonomiske) incitament for dobbeltdiagnosemedarbejderne for at etablere eller bevare kontakten til en patient under indlæggelse eller møde op til samarbejdskonferencer udskrivningskonferencer ikke virker befordrende på hverken det inter- eller intraorganisatoriske samarbejde.

"Vi får ikke ydelser, når vi har kontakt med patienter, som er indlagt (...) Det gør jo, at man fra systemets side bliver tilbøjelig til at sige, at så skal man ikke have så mange samtaler, når folk er indlagt eller man kan måske godt sætte forløbet på hold, når folk er indlagt for eksempel. Det synes jeg er lidt fjollet, fordi det måske godt kunne være relevant at beholde den der kontinuitet i forløbet også på tværs af indlæggelser."

(Psykolog:5-6)

Disse belønningsstrukturer illustrerer konflikter imellem faglige og organisatoriske logikker. For psykologen vil det være mest hensigtsmæssigt at bevare kontakten med patienten ud fra et fagligt perspektiv, men qua belønningsstrukturerne må han gå på kompromis med sin faglighed og agere ud fra en organisatorisk logik. De formelle strukturer er derfor med til at forme aktørernes adfærd, men det betyder ikke, at aktørerne er determineret af organisationsstrukturerne. Psykologen har stadig mulighed for at bevare kontakten til sine patienter under indlæggelse, selvom det strider mod den organisatoriske logik, hvorved han yder en form for modmagt til den organisatoriske logik. På samme måde er der ved andre informanter og ved en af kontaktpersonerne givet udtryk for, at de handler efter deres faglige vurderinger på trods af, at disse kan være i strid med den organisatoriske logik eller administrativt bestemte regler (bilag 3E). Selvom det umiddelbart kan virke som om, at bureaukratiet virker stærkt begrænsende på de professionelles autonomi ud fra informanternes udtalelser, så kan der argumenteres for, at aktørerne stadigvæk har autonomi til at forfølge deres fagprofessionelle værdier og normer, eftersom det er dem, der agerer på det udførende niveau.

Kapitel 12

Kvalitetsvurdering

I det afsluttende kapitel inden specialets konklusion vil en kvalitetsvurdering foretages. Kvalitetsvurderingen er med til at tydeliggøre specialets kvalitet og danner baggrund for den afsluttende besvarelse af specialet problemformulering i konklusionen. Kvalitetssikringen af specialet afspejler sig gennem hele forskningsprocessen, lige fra den indledende research, opstilling af problemformulering, rekruttering af informanter og gennemførelse af interviewene til bearbejdningen af empirien i analysen (Kvale 1997:231). Forskningsdesignet som er med til at binde de forskellige elementer i projektet sammen er derfor også en vigtig kilde til at sikre kvaliteten i det samlede speciale.

Der findes flere begreber til at diskutere en undersøgelses kvalitet afhængig af undersøgelsens metode og forskningsdesign. For nærværende kvalitative casestudium er Egon G. Guba & Yvonna S. Lincoln samt Steinar Kvales forståelse af validitet, troværdighed og reliabilitet udvalgt som begreber til at diskutere kvaliteten af specialet, idet disse er tilpasset kvalitativ forskning i stedet for den ofte positivistiske forståelse af validitet og reliabilitet. Afsluttende vil der være en diskussion af mine resultaters analytiske generaliserbarhed gennem sammenligning med andre undersøgelser på dobbeltdiagnoseområdet og om det tværsektorielle samarbejde.

Reliabiliteten af forskningsresultaterne henfører til konsistensen og pålideligheden af disse resultater. I nærværende speciale er reliabiliteten søgt højnet gennem flere dele af forskningsprocessen. For det første er interviewguiden udformet på en sådan måde, at den belyser de centrale temaer fra forskellige perspektiver ved at stille forskellige spørgsmål om det samme tema (jf. bilag 1) og undervejs i interviewet er opfølgende spørgsmål blevet stillet. Hermed øges reliabiliteten, idet inkonsistente svar bliver synlige og dermed bliver det muligt at forholde sig reflekteret hertil (Kvale 1997:157). Når informanterne har udtalt sig modstridende om det tværsektorielle samarbejde kan det være et udtryk for en loyalitet overfor både deres samarbejdspartnere og på den anden side deres egne kritiske røster om disse. Dette kan komme til udtryk som en række ambivalenser, som ikke nødvendigvis er et udtryk for en lav reliabilitet af datamaterialet. Ingen af interviewene har dog været præget af stor inkonsistens og det har derfor været forholdsvist tydeligt, hvad de overordnede tendenser i interviewene var.

En anden måde, hvorpå reliabiliteten er søgt højnet, er gennem bearbejdningen af empirien. Kodningen er kun foretaget af undertegnede, hvorfor denne er konsistent, ligesom en opfølgen-

de kodning er blevet foretaget for at sikre, at alle interviews og indledende møder er blevet kodet efter de endelige koder, som ses på bilag 2. Ulempen ved kun at være én koder af empirien er, at det ikke er muligt at vurdere intersubjektiviteten af kodningerne. Derfor er det vanskeligt at kontrollere for vilkårlighed eller ensidighed i kodningen (Kvale 1997:202-204). Men dette er en af præmisserne ved at skrive selv, men ved at gøre bearbejdningen af datamaterialet så eksplícit så muligt, har jeg gjort det muligt for andre selv at kontrollere kodningen. Dette er ligeledes den tredje måde, hvorpå reliabiliteten er søgt højnet i specialet. I det vedlagte bilagsmateriale forefindes NVivo-projektet for specialet, hvor alt datamateriale og kodninger er tilgængelige (bilag 11).

Validiteten af forskningsresultaterne sikres ligesom reliabiliteten gennem alle faser af forskningsprocessen. Valget af dataindsamlingsmetoden er således med til at sikre, at den valgte metode er den bedst egnede til at indfange det, der ønskes undersøgt. For nærværende speciale er det kvalitative interview valgt som primær dataindsamlingsmetode, eftersom denne metode vurderes til at være den mest hensigtsmæssige til at indfange aktørernes meninger og egne forståelser af den interorganisatoriske grænseflade, hvilket er specialets undersøgelsesfokus. Undervejs i interviewene er umiddelbare tolkninger af informanternes udsagn søgt valideret ved at bede dem bekræfte, at udsagnet er forstået rigtigt. Ligeledes er de transskriberede interviews blevet læst af informanterne, hvorved de har haft mulighed for at korrigere eventuelle forkerte udsagn, skarpe udmeldinger eller transskriptionsfejl. Dette er alt sammen med til at sikre informantvaliditeten (Bryman 2004:274). En yderligere måde at højne informantvaliditeten er ved at sende analysen til informanterne for at få dem til at validere tolkningerne i analysen. I specialet er dette dog fravalgt, dels grundet en vurdering af at dette kunne skabe unødige konflikter mellem de medvirkende informanter, jf. *Etiske overvejelser*, og dels grundet den tidsmæssige ramme for specialet.

Den interne validitet vurderes ud fra Guba & Lincolns begreb om troværdighed (Bryman 2004:274). Troværdigheden af forskningsresultaterne vurderes ud fra, om de analytiske fortolkninger er velargumenterede og inddrager casens kompleksitet. I specialet har de analytiske tolkninger overvejende afsæt i den teoretiske ramme, hvorfor en vurdering af de analytiske tolkninger må tage udgangspunkt i valget af teorier i specialet (Andersen 2005:69). De tre udvalgte teoretiske perspektiver belyser empirien ud fra forskellige optikker og er med til at frembringe alternative forklaringer på de empiriske mønstre. Herved er kompleksiteten af min case søgt udfoldet, eftersom det gennem de forskellige teoretiske perspektiver er blevet evident, at det tværsektorielle samarbejde mellem Psykiatrien og Aalborg Kommune på dobbeltdiagnoseområdet kan karakteriseres og analyseres ud fra den funktionelle differentiering, professionaliseringsstrategier og magtrelationer. De tre perspektiver supplerer hinanden, men bidrager også med forskellige forklaringer, hvilket er med til at øge forklaringskraften og underbygge troværdigheden

af de analytiske fortolkninger. Derudover er troværdigheden søgt højnet ved at gøre min egen rolle i Psykiatrien eksplicit og bevare en konstant bevidsthed og kritisk stillingtagen til denne rolle gennem hele forskningsprocessen.

En alternativ måde at vurdere kvaliteten af forskningsresultaterne er ved at se på, hvorvidt de muliggør en dybere forståelse af egen organisation og adfærd for aktørerne (Nielsen & Repstad 2006:14). Dette minder dels om den pragmatiske validitet, der vægter handling i vurderingen af forskningsresultaterne (Kvale 1997:242245). Hvorvidt mine forskningsresultater er med til at give aktørerne en dybere forståelse af deres adfærd og den interorganisatoriske grænseflade – og måske kan være med til at ændre deres adfærd – er ikke muligt at vurdere på nuværende tidspunkt. Forskningsresultaterne vil efter aflevering af specialet sammenfattes i en kortfattet rapport, der indeholder en række emner til overvejelser/anbefalinger. Denne vil sendes til de medvirkende informanter, kontaktpersoner og andre relevante aktører for den interorganisatoriske grænseflade på dobbeltdiagnoseområdet i håbet om at bidrage med en øget forståelse og ideer til fremtidig udvikling af det tværsektorielle samarbejde.

Selvom jeg gennem hele forskningsprocessen har søgt at sikre kvaliteten af specialet er der alligevel nogle punkter, som kan mindske kvaliteten af specialet, hvilket kort vil diskuteres. Informanterne er fortrinsvist rekrutteret gennem de indledende kontakter til feltet, jf. *Udvælgelse og rekruttering af informanter*. Problemet herved er, at kontaktpersoner bevidst kan have videreformidlet kontakt til medarbejdere, som repræsenterede en særlig negativ/positiv holdning omkring samarbejdet, hvilket kan have skævvredet datamaterialet. Ingen af informanterne har dog en ensidig positiv eller negativ holdning til det tværsektorielle samarbejde. Samtidig kan de samme mønstre genfindes på tværs af interviewene uden at dette dog betyder, at der ikke er nogen variationer mellem interviewene. Derfor vurderes det, at rekrutteringsmetoden ikke har skævvredet materialet. Dog vil jeg ud fra et retrospektivt perspektiv argumentere for, at det ville have været hensigtsmæssigt at have en aktør fra Bevillingsenheden fra Aalborg Kommune (udover Udskrivningskoordinatoren) repræsenteret i datamaterialet, idet en del af konflikterne og frustrationerne i den interorganisatoriske grænseflade omhandler ventetid på sagsbehandling og manglende muligheder for at få bevilliget et adækvat tilbud til de dobbeltdiagnosticerede borgere, hvilket relaterer sig til arbejdsopgaver for Bevillingsenhedens medarbejdere. Men denne erkendelse er kommet for sent, hvorfor det ikke har været muligt at interviewe en sådan aktør grundet tidsrammen for specialet.

Analytisk generalisering

Generaliserbarheden af de fremkomne forskningsresultater omhandler en analytisk generalisering og: *"indebærer en velovervejet bedømmelse af, i hvilken grad resultaterne fra en undersøgelse"*

gelse kan være vejledende for, hvad der kan ske i en anden situation” (Kvale 1997:228). Den analytiske generalisering kan sammenlignes med Guba & Lincolns begreb overførbarhed (Bryman 2004:275) og skal ikke forveksles med statistisk generalisering. For at vurdere den analytiske generaliserbarhed for dette speciale er det vigtigt at overveje gyldighedsområdet for generaliseringen (Andersen 2005:128). Dette indebærer refleksioner omkring, hvad min case repræsenterer på et mere generelt niveau, idet disse refleksioner tydeliggør, hvilken kontekst mine resultater kan overføres til.

Som beskrevet i forskningsdesignet antages det, at min case generelt afspejler det tværsektorielle samarbejde mellem to organisationer på tværs af politiske, administrative og ledelsesmæssige niveauer. Således antages det, at de fremkomne konflikter mellem Psykiatrien og Aalborg Kommune på dobbeltdiagnoseområdet lige såvel vil kunne genfindes i andre lignende kontekster. Denne formodning understøttes af andre undersøgelser af interorganisatoriske grænseflader i den offentlige sektor i Danmark (fx Seemann 1996). I en undersøgelse af Aalborg Kommunes demensmodel fremkommer samme typer af konflikter i den interorganisatoriske grænseflade mellem de praktiserende læger, de kommunale demenssygeplejersker og geriatrien i Psykiatrien i Region Nordjylland (Antoft & Seemann 2002). Denne undersøgelse kommer ligeledes frem til, at organiseringen af den interorganisatoriske grænseflade delvist kan karakteriseres som underorganiseret. I forlængelse af denne undersøgelse viser ph.D.-afhandlingen af Rasmus Antoft, hvordan professionaliseringskampe og magtrelationer mellem de forskellige aktører er med til at forklare konflikter i den interorganisatoriske grænseflade (Antoft 2005). I denne afhandling finder Antoft ligeledes samarbejdsformer, fx ikke-forhandling, marginalisering, stiltiende og udramatiske forhandlinger (Antoft 2005:188-208), som minder om de to samarbejdstyper, jeg har identificeret i det tværsektorielle samarbejde. De samme analytiske resultater kan derfor genfindes i andre undersøgelser af det tværsektorielle samarbejde og det er derfor plausibelt, at mine resultater vil finde genklang på andre områder, der kræver tværsektorielt samarbejde i opgaveløsningen, fx diabetesområdet, KOL-området og andre kronikerforløb, som kræver samarbejde på tværs af social- og sundhedssektoren. Gyldighedsområdet begrænser sig dog til det tværsektorielle samarbejde på det udførende niveau. I min undersøgelse er det politisk, administrative og ledelsesniveauet ikke medtaget, hvorfor det kun er muligt at overføre mine resultater til samarbejdet på det udførende niveau.

På dobbeltdiagnoseområdet har jeg antaget, at min case kan udgøre en særlig informativ eller unik case qua Dobbeldiagnose Teamets eksistens og Aalborg Kommunes historik med at arbejde med socialt udsatte og med misbrugsbehandling, hvorfor samarbejdsrelationerne på tværs måtte formodes at være forskånet for ’begyndervanskeligheder’ med nyetablerede tilbud. Derfor er ræsonnementet også, at hvis det tværsektorielle samarbejde på dobbeltdiagnoseområdet er problematisk mellem Aalborg Kommune og Psykiatrien, så må det også forventes at være pro-

blematisk for andre kommuner og regioner, der ikke har et specialiseret ambulante behandlings-tilbud i den regionale psykiatri til dobbeltdiagnose patienter eller en historik med veletablerede tilbud til socialt udsatte og tidligere kommunal erfaring med misbrugsbehandling. De mere specifikke konflikter, som knytter sig til dobbeltdiagnoseområdet forventes derfor at kunne overføres til samarbejdet mellem andre kommuner og regioner på dobbeltdiagnoseområdet. Dette understøttes af en undersøgelse af kommunernes indsats for mennesker med sindslidelse og misbrug foretaget af Socialt Udviklingscenter (SUS). I undersøgelsen har 57 kommuner medvirket i en spørgeskemaundersøgelse og fire har deltaget i kvalitative interviews (Hagensen m.fl. 2011). Resultaterne fra undersøgelsen viser, at samarbejdet med den regionale psykiatri generelt opleves som vanskeligt af kommunerne, hvilket skyldes manglende integreret indsats for både den psykiske lidelse og misbruget, manglende samarbejde og kommunikation, manglende intern koordination og samarbejde i kommunerne, begrænsede økonomiske ressourcer samt manglende kompetencer til både at kunne håndtere den psykiske lidelse og misbruget (ibid). Disse resultater er i overensstemmelse med hovedtendenserne i mit speciale. Derfor virker det plausibelt, at mine resultater gør sig gældende generelt i det tværsektorielle samarbejde om dobbeltdiagnose patienter uanset kommune eller region.

Kapitel 13

Konklusion

Dobbeltdiagnoseområdet udgør organisatorisk et interessant forskningsområde qua opdelingen af behandlingen af den psykiske lidelse og misbruget mellem regionerne og kommunerne. Formelt fremstår denne opgavefordelingen som veldefineret, jf. Sundhedsaftalerne 2011, men på det udførende niveau er virkeligheden en anden. Nærværende speciale har haft til formål at undersøge den interorganisatoriske grænseflade mellem Psykiatrien i Region Nordjylland og Aalborg Kommune på dobbeltdiagnoseområdet i forhold til det udførende niveau. Specialet er opbygget som et kvalitativt single embedded casestudium med to subcases bestående af den intraorganisatoriske grænseflade i Psykiatrien mellem Dobbeltdiagnose Teamet og Afdeling Syd samt den kommunale intraorganisatoriske grænseflade mellem Handicapafdelingen, hvor socialpsykiatrien er forankret, og Misbrugsafsnittet. Ved at indlejre de to intraorganisatoriske grænseflader som subcases skærpes opmærksomheden mod kompleksiteten af dobbeltdiagnoseområdet – opgaveløsningen kræver ikke blot samarbejde mellem social- og sundhedssektoren men også internt i de to sektorer.

Empirien i specialet består af ni indledende møder med forskellige aktører fra Psykiatrien og Aalborg Kommune samt syv kvalitative interviews med udvalgte nøglepersoner, dvs. psykiatriske og kommunale aktører der arbejder på det udførende niveau på dobbeltdiagnoseområdet. Bearbejdningen af empirien har taget sit udgangspunkt i en teoretisk fortolkende tilgang. Den teoretiske ramme består af tre perspektiver på den interorganisatoriske grænseflade; den funktionelle differentiering, professionskampe samt magtrelationerne mellem såvel organisationerne som aktørerne.

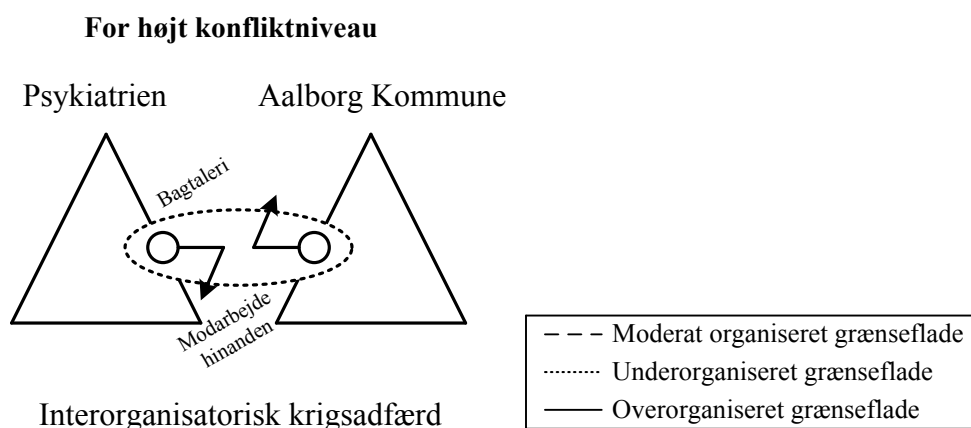
Konklusionen for specialet afspejler opbygningen af problemformuleringen. Der vil således først være en konklusion på den overordnede problemformulering, hvor jeg vil opstille en karakteristik af den interorganisatoriske grænseflade ud fra analysen af aktørernes erfaringer og syn på denne grænseflade, gensidige afhængigheder på tværs af organisationerne og det tværsektorielle samarbejde. I forbindelse med denne grænsefladekarakteristik vil der være en diskussion af konfliktniveauet i grænsefladen. Herefter vil de tre underspørgsmål i problemformuleringen bevares.

Underorganisering og konfliktniveauet i den interorganisatoriske grænseflade

Den interorganisatoriske grænseflade mellem Psykiatrien og Aalborg Kommune på dobbeltdiagnoseområdet kan overvejende karakteriseres som underorganiseret. Underorganiseringen kommer til udtryk ved to punkter. Det første punkt er manglende informationsflow mellem de forskellige involverede aktører i Psykiatrien og Aalborg Kommune. Hverken i de to intraorganisatoriske grænseflader eller i den interorganisatoriske grænseflade eksisterer der et kontinuerligt informationsflow. Der kan argumenteres for, at det manglende interorganisatoriske informationsflow er tæt forbundet med det manglende intraorganisatoriske informationsflow i henholdsvis Psykiatrien og Aalborg Kommune, eftersom en manglende informationsudveksling på tværs af organisationerne både kan være forårsaget af og forårsage, at informationer ikke viderefremmes internt i organisationer og vice versa. Det manglende informationsflow har den konsekvens, at sagsbehandlingstiden kan trække i langdrag og patientforløbet kan stagnere, hvilket skaber frustrationer og en følelse af magtesløshed ved de involverede aktører. Derfor er det manglende informationsflow med til at skabe konflikter i det interorganisatoriske samarbejde og kan optrappe konfliktniveauet mellem aktørerne. For den samlede opgaveløsning kan den manglende kontinuerlige udveksling af informationer betyde usammenhængende patientforløb og forringet kvalitet i opgaveløsningen.

Det andet punkt, hvorved underorganiseringen kommer til udtryk, er manglende fælles forståelse af opgaveløsningen på dobbeltdiagnoseområdet, hvilket kan ses som en indikator på en løs intern regulering af den interorganisatoriske grænseflade. Den manglende fælles forståelse af opgaveløsningen kommer til udtryk i konflikter om mål for behandlingen og det videre forløb for patienten samt uoverensstemmelser mellem aktørernes gensidige forventninger til hinanden. Disse to fremhævede punkter om det manglende informationsflow og manglende fælles forståelse af opgaveløsningen indikerer, at konfliktniveauet i den interorganisatoriske grænseflade er for højt, hvilket nedenstående figur illustrerer:

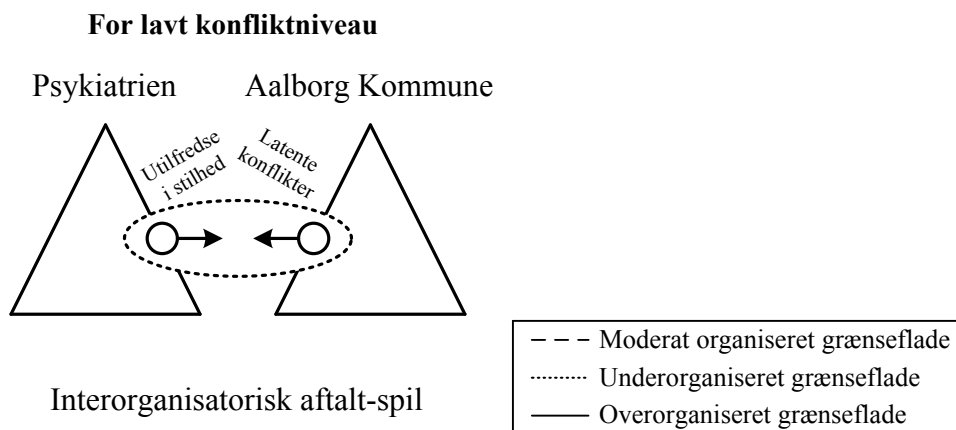
Figur 10: Underorganiseret grænseflade og et for højt konfliktniveau



Et højt konfliktniveau manifesterer sig i synlige konflikter som fx de kritiske samarbejdsrelationer, som de to ovenstående punkter repræsenterer. Risikoen ved et for højt konfliktniveau er, at distancen mellem organisationerne øges og uenigheder eskaleres, hvilket kan resultere i interaktionsmønsteret interorganisatorisk krigsadfærd mellem aktørerne i grænsefladen. Interaktionsmønsteret i den interorganisatoriske grænseflade mellem Psykiatrien og Aalborg Kommune kan på nogle områder tendere til en interorganisatorisk krigsadfærd, hvor aktørerne kritiserer hinandens (manglende) kompetencer – dog virker det som om denne kritik foregår som 'bagtaleri' og derfor ikke som direkte konfrontationer mellem aktørerne – eller at aktørerne modarbejder hinanden.

Konfliktniveauet i den interorganisatoriske grænseflade kan dog ikke entydigt karakteriseres som værende for højt. Andre tendenser i empirien indikerer, at konfliktniveau i nogle tilfælde kan være for lavt, hvilket figur 11 illustrerer:

Figur 11: Underorganiseret grænseflade og et for lavt konfliktniveau



Det lave konfliktniveau kommer til udtryk som latente konflikter og udtrykkes af informanterne som uindfrie forventninger til samarbejdet og opgaveløsningen, der ikke eksplicit udtrykkes i samarbejdet med de andre aktører. Derfor negligeres disse konflikter af aktørerne og ud fra mit empiriske materiale kan der argumenteres for, at det lave konfliktniveau medfører interaktionsmønsteret aftalt-spil og relationerne kan bære præg af at være enig-slendrian relationer, eftersom alle er enige om, at samarbejdet ikke fungerer optimalt, men ingen gør noget ved det. Når der ikke er en erkendelse af disse konflikter, er det umuligt at finde en fælles løsning på problemet.

Imidlertid er det ikke blot den interorganisatoriske grænseflade mellem Psykiatrien og Aalborg Kommune, der fremstår underorganiseret. Ligeledes den intraorganisatoriske grænseflade mel-

lem Afdeling Syd og Dobbelt diagnose Teamet kan karakteriseres som underorganiseret qua manglende informationsflow og manglende konsensus om mål for opgaveløsningen. Derimod virker den intraorganisatoriske grænseflade i Aalborg Kommune mellem Misbrugsafsnittet og Handicapafdelingen som moderat organiseret. Denne moderate organisering beror overvejende på den uformelle samarbejdsstruktur mellem aktørerne på det udførende niveau samt på de mere formelle frontmøder mellem disse aktører i de to kommunale afdelinger.

Konflikterne i grænsefladen

I grænsefladen er der identificeret tre hovedkonflikter, som kan relateres til de typiske brændpunkter i grænseflader. Det være sig konflikter om, hvor patienten/borgeren hører hjemme, uenigheder om færdigbehandlingsbegrebet og manglende forståelse af hinandens behandlingsteknologier.

I empirien er der identificeret produktive konflikter i forbindelse med udskrivningskonferencerne. De produktive konflikter forekommer i de tilfælde, hvor konfliktniveauet i grænsefladen er passende og hvor aktørerne når frem til en fælles løsning og opgaveforståelse på trods af konfligerende interesser, professions- og sektorlogikker. Der kan argumenteres for, at de formaliserede samarbejdsstrukturer, fx samarbejds møderne og udskrivningskonferencerne, er med til at understøtte forekomsten af produktive konflikter.

De kontraproduktive konflikter er associeret med et for højt konfliktniveau. Det høje konfliktniveau betyder, at konflikterne er manifesterede og aktørerne ikke søger at løse konflikterne gennem forhandlinger og kompromissøgning, men i stedet kæmper for at få deres interesser tilgodeset. Udfaldet kan blive, at den mest magtfulde organisation får gennemtrumfet sine interesser og i mit empiriske materiale virker Psykiatrien som den mest magtfulde part. Psykiatriens magtfulde position kommer særligt til udtryk på udskrivningskonferencerne, hvor de har magten til at inkludere eller ekskludere aktører fra den forhandlingsarena, som udskrivningskonferencen udgør, eller allerede have besluttet det videre patientforløb uden inddragelse af kommunale aktører. Interessekampene og den interorganisatoriske krigsadfærd kommer ligeledes i analysen til udtryk ved de kommunale frontlinjemedarbejderes modmagt. De kommunale frontlinjemedarbejdere har den direkte og kontinuerlige kontakt til dobbelt diagnose borgerne. Disse medarbejdere er ofte dem, der skal effektuere de beslutninger, som er truffet om det videre patientforløb på fx udskrivningskonferencerne, hvilket giver dem relativt meget magt. Hvis de ikke er enige i beslutningerne, kan de i deres udførelse af beslutningerne modificere dem, så de er overensstemmende med deres egne interesser og faglige logik. Dette skaber kontraproduktive konflikter, hvor aktørerne åbenlyst modarbejder hinanden.

Det skal kort bemærkes, at de kontraproduktive konflikter ligeledes kan associeres med et for lavt konfliktniveau, hvilket beskrives i forbindelse med samarbejdsformen ikke-samarbejde.

Forklaringer på de identificerede konflikter i den interorganisatoriske grænseflade er fundet i strukturelle forhold, særligt i form af ressourcemæssige begrænsninger. Manglende sengepladser og færre økonomiske ressourcer i Aalborg Kommune påpeger aktørerne selv som årsager til konflikterne i det tværsektorielle samarbejde snarere end manglende samarbejdsvilje blandt aktørerne. På trods af aktørernes bevidsthed om de strukturelle forholds negative indvirkninger på det tværsektorielle samarbejde virker det i nogle tilfælde som om, at de alligevel ansvarliggør deres samarbejdspartnere for deres frustrationer over disse strukturelle forhold. I andre tilfælde medfører de ressourcemæssige begrænsninger en følelse af magtesløshed og handlingslammelse ved aktørerne, som medfører stagnation i patientforløbet. Der kan argumenteres for, at det kan være umuligt for de involverede aktører på det udførende niveau i Psykiatrien og Aalborg Kommune at ændre ved de ressourcemæssige begrænsninger, eftersom dette vedrører et ledelsesmæssigt og politisk niveau. Afsluttende vil det kort bemærkes, at udover at påvirke det interorganisatoriske samarbejde i en negativ retning virker de strukturelle forhold begrænsende for den professionelle autonomi.

Implikationer for det interorganisatoriske samarbejde

Grænsefladeorganiseringen og konfliktniveauet udkrystalliserer sig i de identificerede samarbejdsformer mellem de involverede aktører. På baggrund af det empiriske materiale er to distinkte samarbejdsformer fremanalyseret. Den første samarbejdsform er ikke-samarbejdet, hvor interaktionen mellem de involverede aktører er ikke-eksisterende eller meget sparsom. Denne samarbejdsform hænger sammen med en underorganiseret grænseflade og et for lavt konfliktniveau. Underorganiseringen medfører manglende formelle procedurer, i hvert i praksis, for samarbejdet med den konsekvens, at samarbejdet oftest ikke bliver etableret mellem aktørerne i de forskellige organisationer og afdelinger. Ingen af aktørerne finder det manglende samarbejde hensigtsmæssigt, men ingen gør noget ved det. Erkendelse af det manglende samarbejde udebliiver og i stedet frustreres aktørerne i stilhed og det manglende samarbejde ligger som en latent konflikt, der truer med at bryde ud i lys lue.

Modsat betegner samarbejdsformen det funktionelle samarbejde (eget begreb) et reelt samarbejde mellem aktørerne omkring den samlede opgaveløsning. Det funktionelle samarbejde består af de fire elementer; 1) fordeling af roller og ansvar i samarbejdet 2) kontinuerlig kontakt mellem aktørerne, 3) fleksibilitet i samarbejdet og 4) stabile relationer mellem aktørerne. Disse fire elementer skaber en klar arbejdsdeling mellem aktørerne og konsensus om målene for opgaveløsningen. Arbejdsdelingen og målene for opgaveløsning er ikke statiske størrelser, men kan ændre sig i løbet af patientforløbet og er derfor til konstant forhandling, hvorfor den kontinuerlige kontakt mellem aktørerne er vigtig for at opretholde arbejdsdelingen og måldefinitionen. Opgaveløsningens dynamiske karakter, kompleksiteten og uforudsigeligheden ved at arbejde

med mennesker fordrer fleksibilitet i samarbejdet, hvor aktørerne er villige til at påtage sig grænseoverskridende arbejde for at opgaven i praksis løses på trods af fag- og sektorgrænser. Samtidig betyder stabile relationer og personligt kendskab mellem aktørerne, at samarbejdet bliver mere forpligtende og glider nemmere.

Det funktionelle samarbejde hænger sammen med en moderat organisering af grænsefladen og et passende konfliktniveau. Den moderate organisering af grænsefladen kan være afstedkommet af den formelle organisering af grænsefladen, men i mit empiriske materiale beror den moderate organisering i lige så høj grad på den uformelle organisering af grænsefladen, som med tiden er vokset frem af grænsefladerepræsentanternes uformelle samarbejde i forbindelse med den praktiske håndtering af den fælles opgaveløsning. Det funktionelle samarbejde hænger sammen med interaktionsmønsteret interorganisatorisk problemløsning, idet aktørerne får forhandlet sig frem til en fælles løsning med udgangspunkt i, hvad de kan blive enige om. Uenigheder og konflikter i forbindelse med det funktionelle samarbejde danner derfor baggrund for forhandlinger mellem aktørerne om en fælles løsning, og kan ses som produktive konflikter.

Samarbejdsformen ikke-samarbejde er primært identificeret i såvel den interorganisatoriske grænseflade mellem Psykiatrien og Aalborg Kommune som i den intraorganisatoriske grænseflade mellem Dobbeldiagnose Teamet og Afdeling Syd, hvorimod det funktionelle samarbejde primært er identificeret i den intraorganisatoriske grænseflade mellem Handicapafdelingen og Misbrugsafsnittet i Aalborg Kommune. Dog kan det funktionelle samarbejde ligeledes genfindes i den interorganisatoriske grænseflade mellem Dobbeldiagnose Teamet og bostøttemedarbejderne fra Handicapafdelingen.

Afsluttende vil det fremhæves, at der i analysen af samarbejdet på tværs af sektorerne er identificeret tre elementer, som positivt indvirker på det tværsektorielle samarbejde. Det første element er udskrivningskoordinatorerne, idet disse fungerer som boundary spanners og forsøger at øge forståelsen for hinandens arbejdsvilkår og opgaver på tværs af de to organisationer. Det andet element er socialrådgiverne som faggruppe, da socialrådgiverne ofte fungerer som grænsefladerepræsentanter og qua deres fælles uddannelsesmæssige baggrund har nemmere ved at interagere og kommunikere på trods af forskellige organisatoriske forankringer. Det tredje element er overlægen grundet hans dobbeltrolle og dertilhørende indgående kendskab til begge organisationer og aktører på dobbeldiagnoseområdet. Han fungerer derfor som en væsentlig brobygger i samarbejdet på tværs, som er med til at gøre det tværsektorielle samarbejde lettere og mere fleksibelt.

Professionstilhørsforhold

Aktørerne i den interorganisatoriske grænseflade kan karakteriseres som (semi)professionelle, hvilket antages at have en betydning for samarbejdet mellem aktørerne og særligt for konflikterne identificeret i grænsefladen. På baggrund af empirien er der argumenteret for, at interprofessionelle eller sektorprofessionelle kampe kun udspiller sig i de tilfælde, hvor professionerne føler sig truede på deres jurisdiktion. Det gælder i de tilfælde, hvor flere professioner eller afdelinger kan varetage den samme arbejdsopgave og dermed erstatte hinanden. Det kan konkluderes, at sådanne professionaliseringskampe primært forekommer på tværs af Psykiatrien og Aalborg Kommune, og i særlig grad forekommer mellem Dobbelt diagnose Teamet i Psykiatrien og Aalborg Kommune. Disse professionaliseringskampe omhandler jurisdiktionen til dobbelt diagnoseområdet, hvor det primært virker som om, at Dobbelt diagnose Teamet kæmper om at opnå fuld jurisdiktion over dobbelt diagnoseområdet og tilkæmpe sig retten til at yde den fulde behandling af såvel den psykiske lidelse som misbruget i stedet for, at misbrugsbehandlingen varetages i kommunalt regi.

Sektortilhørsforholdet eller den organisatoriske forankring kommer ikke blot til udtryk i sektorprofessionaliseringskampe, men det virker ligeledes som om, at den organisatoriske forankring har betydning for aktørernes sociale position i professionshierarkiet. Der kan på baggrund af analysen om sektorprofessionaliseringskampe argumenteres for, at der er to ting, der gør sig gældende for en aktørs placering i det professionelle hierarki. Den første er, hvor professionel organisationen, som aktøren er en del, betragtes. Jo mere professionel organisationen betragtes som, jo højere op i professionshierarkiet placeres aktøren. Den anden ting er selve professionens status i professionshierarkiet, fx om det er en semiprofession eller en fuldgyldig profession. Det betyder, at to aktører med samme professionsstatus kan placere sig forskelligt i professionshierarkiet, hvis de kommer fra to organisationer, der har forskellige professionsstatusser. Ud fra mit empiriske materiale er der argumenteret for, at Psykiatrien betragtes som den mest professionelle organisation, hvorfor de psykiatriske aktører overvejende placerer sig højere oppe i professionshierarkiet end de kommunale aktører. Asymmetrien i statusforholdet mellem aktørerne kan forestilles at være en forklaring på det lave konfliktniveau, eftersom det kan være vanskeligt at konfrontere aktører med en højere status med utilfredsheder i samarbejdet.

Det vil kort bemærkes, at der er identificeret intraprofessionelle kampe i socialrådgivergruppen i Aalborg Kommune i forbindelse med oprettelsen af Projekt Udskrivningskoordinatorene. Udskrivningskoordinatorene udgør en subgruppe i socialrådgivergruppen, som potentielt kan erstatte de andre socialrådgivere og overtage en del af deres arbejdsområder, hvilket giver anledning til intraprofessionelle kampe. Men samtidig er der argumenteret for, at socialrådgiverne virker som brobyggere i det tværsektorielle samarbejde, jf. foregående afsnit, idet deres uddannelsesmæssige baggrund medfører, at de har et fælles sprog, normer, værdier og i nogle tilfælde fælles social identitet, som gør det nemmere at interagere og samarbejde på tværs af sektor-

grænserne. Denne mekanisme kan ligeledes forestilles at gøre sig gældende for andre professioner.

På baggrund af empirien kan der argumenteres for, at professionstilhørsforholdet i sig selv har en mindre betydning for konflikterne i den interorganisatoriske grænseflade. I stedet har sektortilhørsforholdet kombineret med professionstilhørsforholdet en større forklaringskraft på de konflikter, der er identificeret i det tværsektorielle samarbejde. Professionaliseringen forekommer derfor på tværs af organisationerne i højere grad end blot mellem professionerne. Derfor kan der argumenteres for, at aktørerne lige såvel er socialiseret af den organisation, de er en del af som af deres profession. Dog virker det som om, der kan laves en distinktion, hvor nogle aktører overvejende har en professionel identitet, mens andre aktører overvejende har en organisatorisk identitet. I de tilfælde, hvor aktører fra den samme profession orienterer sig mod noget forskelligt, dvs. enten mod en organisatorisk eller en professionel logik, kan der opstå konflikter i samarbejdet – i disse tilfælde virker det ikke brobyggende at have det samme professionstilhørsforhold.

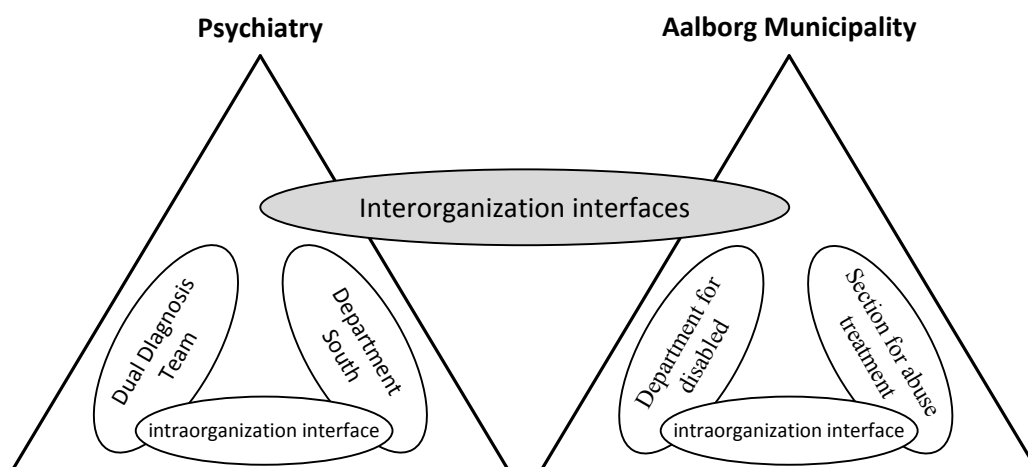
English summary

Cooperation across sectors

A qualitative case study of the interorganization interface between the Psychiatry in Region North Jutland and Aalborg Municipal on the dual diagnosis area

The treatment of dual diagnosis patients represents a complex task involving cooperation across the social- and health sector. The treatment of the mental disorder belongs to the health sector, namely the psychiatric hospitals whereas the treatment of the abuse belongs to the social sector and to the municipals. This division of the task concerning the treatment of dual diagnosis patients reflects the continued specialization and functional differentiation in the public sector in modern societies. No organization or unit can handle the treatment alone but is dependent on other organizations and units and this creates a need for focusing on interorganization relationships, interdependencies and interfaces. The purpose of this thesis is therefore to examine the interorganization interface between the Psychiatry in Region North Jutland and Aalborg Municipal in relation to the everyday routine basis regarding the dual diagnosis area. The thesis is constructed as a qualitative single case study, with two embedded sub cases consisting of the intraorganization interface in the Psychiatry between the Dual Diagnosis Team (outpatient unit) and Department South (ward in the Psychiatry) and the intraorganization interface in Aalborg Municipal between the department for disabled where the social psychiatry is located and the section for abuse treatment. The three interfaces is illustrated in the figure below:

Figure 1: The three selected interfaces in the thesis



The two intraorganization interfaces clarifies the complexity of the dual diagnosis area – the treatment not only commands cooperation between organizations but also within the organizations between the different departments and units.

The data in the thesis consists of nine initial meetings with different actors from the Psychiatry and Aalborg Municipal and seven qualitative interviews with key informants from the two organizations. The key informants all work with dual diagnosis patients on an everyday level. The data has been analyzed through a theoretically interpretive approach and the interpretations are primarily based on the theoretical frame for the thesis. The theoretical frame is made up by three theoretical approaches; the first is David L. Brown's concepts of inter- and intraorganization interfaces and interface conflicts, the second is a perspective inspired by the sociology of profession and the third is a power approach which only serves as a minor perspective.

The empirical analysis is presented in five chapters. The first chapter initiates the analysis by presenting the two organizations pictures of each other. The next chapter analyzes the interorganization interface by identifying interdependencies across the organizations, conflicts in the interface, explanations on the conflicts and contains a discussion of the interface organization. The interdependencies between the Psychiatry and Aalborg Municipal regard knowledge and competencies, which is induced by the functional specialization. Additionally the two organizations are interdependent regarding information and knowledge about the individual dual diagnosis patient. But the analysis of the interdependencies reveals missing flow of information and knowledge between the two organizations and different units. The missing flow of information creates conflicts between the actors in the interface and can lead to a too high conflict level. Besides this conflict three more conflicts are identified. The first of these conflicts concerns disagreements about where the dual diagnosis patient belongs – does he/she belong in the Psychiatric hospital, the abuse treatment or in the social psychiatry? The second conflict involves lack of consensus about goals for the treatment and a shared understanding of the common task and the third conflict concerns lack of understanding of each other's treatment technology and work methods. The main explanations of the identified conflict are to be found in the structural conditions, especially limited financial resources, power relations between the organizations as well as the actors and their professional and organizational belonging.

The conflict level in the interorganization interface is both recognized as too high and too low. The high conflict level is in the empirical data manifested in the visible and identified conflicts and is associated with interorganizational warfare between the actors. The low conflict level is in the empirical data associated with interorganizational collusion and is represented by latent conflicts. In addition a productive conflict level is sometimes identified in the interface, especially in relation to discharge planning.

The productive conflict level and the moderate interface organization are related to a cooperation type that has emerged of the empirical data, which I have called *the functional cooperation*. The functional cooperation consists of four elements: 1) distribution of roles and responsibility between the actors, 2) continuous contact, 3) flexibility in the cooperation and 4) stability in the relations between the actors.

On the contrary the low conflict level and the underorganized interface are related to a cooperation type, which I have called *non-cooperation*. This type of cooperation refers to the missing cooperation and interaction between the different actors involved in the dual diagnosis treatment.

On the basis of the analysis it is concluded that the interorganization interface between the Psychiatry and Aalborg Municipal is underorganized as well as the intraorganization interface between the Dual Diagnosis Team and Department South is underorganized. On the contrary the intraorganization interface in Aalborg Municipal seems moderate organized. The moderate organization is associated with a productive conflict level and interorganizational problem-solving where the actors seems to agree on shared goals despite conflicting interests.

Litteratur

Aalborg Kommunes hjemmeside: www.aalborgkommune.dk

Abbott, Andrew (1988): *The System of Professions. An Essay on the Division of Expert Labor*, Chicago: Chicago University Pres

Alter, Catherine & Jerald Hage (1993): *Organizations Working Together*. USA: Sage Publications Inc.

Andersen, Ib m.fl. (1992): *Om kunsten at bedrive feltstudier – en erfaringsbaseret forskningsmetodik*. Kolding: Samfundslitteratur

Andersen, Svein S (1997): *Case-studier og generalisering – forskningsstrategi og design*. EU: Fagbokforlaget.

Antoft, Rasmus (2005): *Demenshåndtering – magt og forhandling i interprofessionelle relationer*, Ph.D. afhandling – Institut for Sociale Forhold og Organisation. Aalborg Universitet/FLOS

Antoft, Rasmus (2008): "Forhandlinger om arbejdspraksis – om organisering af professionelt arbejde" i Jacobsen, Michael Hviid & Keith Pringle (red.) (2008): *At forstå det sociale*. Elektronisk udgave: Akademisk Forlag

Antoft, Rasmus & Heidi Houlberg Salomonsen (2007): "Det kvalitative casestudium – introduktion til en forskningsstrategi" i Antoft, Rasmus m.fl (2007): *Håndværk & Horisonter – Tradition og nytænkning i kvalitativ metode*. Syddansk Universitetsforlag.

Becker, Howard S. (1956): "Some problems of professionalization" i *Adult Education Quarterly*, nr. 6:101-105

Bech-Jørgensen, Birte (2005): "Samarbejde uden skabelon – Brobyggerselskabet i Aalborg" i *Socialpsykiatri*. Nr. 3/juni 2005.

Bilag til Sundhedsaftale om mennesker med sindslidelser (2011): Bilag 3: "Aftaler vedr. mennesker med sindslidelse og samtidigt misbrug (dobbeltdiagnose)" i *Bilag til den Generelle Sundhedsaftale*

Bilateral Sundhedsaftale mellem Aalborg Kommune og Region Nordjylland

Brev til Indenrigs- og Sundhedsminister Bertel Haarder d. 7/3 2011.

Elektronisk udgave, hentet på:

http://www.kl.dk/ImageVault/Images/id_47023/ImageVaultHandler.aspx (besøgt d. 31/3 2011)

Brown, David L. (1983): *Managing conflict at Organizational Interfaces*. USA: Addison-Wesley Publishing Company.

- Bryman, Alan (2004): *Social Research Methods*. New York: Oxford University Press
- Christiansen, Flemming & Marie Sæhl (2011) "Svageste sindssyge smides ud først" i Politiken d. 9/3 2011.
- Crozier, Michel (1973): "The problem of power" i *Social Research* 40:2.
- de Vaus, David (2001): *Research Design in Social Research*. Norfolk: SAGE
- Ejrnæs, Morten (2008): "Teori og empati – faglighed i relationsprofessionerne" i Jacobsen, Michael Hviid & Keith Pringle (red.) (2008): *At forstå det sociale*. Elektronisk udgave: Akademisk Forlag
- Gustafsson, Jeppe & Janne Seemann (1988): "Foranstaltninger på tværs – en brændpunktsanalyse" i Jensen, Ole B. (red.) (1988): *Helhedsveje – Fra københavnertil til den jyske muld*. Aalborg: ALFUFF
- Hagensen, Pauline m.fl. (2011): *En tværfaglig udfordring – Undersøgelse af kommunernes indsats for mennesker med sindslidelse og misbrug*. Socialt Udviklingscenter SUS
- Hasenfeld, Yeheskel (2003): *Mennesket som råstof – Borgerservicerende organisationer i moderne samfund*. Gylding: Klim
- Hatch, Mary Jo (2006): *Organization Theory – Modern, Symbolic and Postmodern Perspectives*. Indien: Oxford University Press
- Jakobsen m.fl. (2008): *Stofmisbrugsområdet i kommunerne – muligheder og barrierer efter kommunalreformen*. CASA
- Jespersen, Peter Kragh (1993): *De professionelle og bureaukratiet*. Aalborg Universitetscenter
- Jespersen, Peter Kragh (1996): *Bureaukratiet, Magt og Effektivitet*. Gylding: Jurist- og Økonomiforbundets Forlag
- Jespersen, Peter Kragh (2008): "De professionelle, fagbureaukratiet og omstilling i den offentlige sektor" i Bømler, Tina (red.) (2008): *Sociale organisationer i en omstillingstid – Grundbog i Organisationsteori til social- og sundhedsuddannelserne*. Gylding: Hans Reitzels Forlag
- Kargaard, Marianne (2010): "Misbrug er en psykisk lidelse" i *Magasinet RUS*, d. 27/5 2010. Elektronisk udgave, hentet på:
http://www.magasinet-rus.dk/index.php?option=com_content&view=article&id=308:misbrug-er-en-psykisk-lidelse&catid=87:behandling&Itemid=146 (besøgt d. 31/3 2011)
- Kargaard, Marianne (2011): "KL: Psykiatrien vender ryggen til de psykisk syge stofmisbrugere" i *Magasinet RUS*, d. 25/2 2011. Elektronisk udgave, hentet på:
http://www.magasinet-rus.dk/index.php?option=com_content&view=article&id=350:psykiatrien-vender-ryggen-til-de-psykisk-syge-stofmisbrugere&catid=49:behandling&Itemid=98 (besøgt d. 31/3 2011)
- Kvale, Steiner (1997): *Interview – det kvalitative forskningsinterview*. Gylding: Hans Reitzels Forlag

- MacDonald, Keith (1999): *The Sociology of the Professions*. Sage Publications.
- Maaløe, Erik (1996): *Case-studier – Af og om mennesker i organisationer*. København: Akademisk Forlag.
- Madsen, Marie Henriette m.fl. (2011): *Opgaveudvikling på psykiatriområdet – Opgaver og udfordringer i kommunerne i relation til borgere med psykiske problemstillinger*, Dansk Sundhedsinstitut. Elektronisk udgave, hentet på www.dsi.dk
- Mintzberg, Henry (1983): *Structure in fives: Designing effective organizations*. USA: Prentice Hall Inc.
- Nielsen, Jens Carl Ry & Pål Repstad (2006): *Når mauren også skal være ørn Om å analysere sin egen organisasjon*.
- Parsons, Talcott (1949): "The Professions and Social Structure" i Parsons, Talcott: *Essays in Sociological Theory Pure Applied*, The Free Press.
- Projektbeskrivelse af Projekt Udskrivningskoordinatorerne, Aalborg Kommune.
- Psykiatriens hjemmeside: www.psykiatri.nrn.dk
- Psykiatrien Netop Nu – Personaleblad for Psykiatrien i Nordjyllands Amt.
Februar 2006, Årgang 5, nr. 1
- Region Nordjylland (2008): *Rapport fra underarbejdsgruppen vedrørende indsatsen i forhold til dobbeltdiagnose patienter*
- Seemann, Janne (1996): *Når organisationer skal samarbejde – distriktskykiatri på tværs af professioner, sektorer og politiske niveauer*. Viborg: Munksgaard
- Seemann, Janne (2010): "Kronisk koordinationsbesvær i det danske sundhedsvæsen" i Timm, Helle (red.): *Sammenhængende forløb i sundhedsvæsenet*. Norderstedt: Books om Demand
- Seemann, Janne & Rasmus Antoft (2002): *Shared Care – Sampil og konflikt mellem kommune, praksislægen og sygehus. Aalborg Kommunes Demensudredningsmodel i praksis*. FLOS forskningsrapport.
- Sognstrup, Hanne (2003): *Professionelle i afdelingsledelse*. Ph.D. afhandling – Institut for Økonomi, Politik og Forvaltning, Aalborg Universitet.
- Sundhedsaftale om mennesker med sindslidelse, Region Nordjylland og KKR Nordjylland.
Gældende fra januar 2011
- Svensson, Roland (1996): "The interplay between doctors and nurses – a negotiated order perspective" i *Sociology of Health and Illness*, vol. 18, nr. 3
- Sæhl, Marie & Flemming Christiansen (2011): "Skæve psykisk syge er kasterbolde" i *Politiken*, d. 24/2 2011
- Yin, Robert K. (1994): *Case Study Research – Design and Methods*. USA: Sage Publications Inc

Bilagsoversigt

Bilag 1	Interviewguide
Bilag 2	Kodetræ

Følgende bilag kan findes på vedlagte CD:

Bilag 3A	Referat fra møde med ledende socialrådgiver i Psykiatrien
Bilag 3B	Referat fra møde med teamleder 2 i Misbrugsafsnittet i Aalborg Kommune
Bilag 3C	Referat fra møde med konsulent fra Handicapafdelingen i Aalborg Kommune
Bilag 3D	Referat fra møde med bostøttemedarbejder fra Aalborg Kommune
Bilag 3E	Referat fra møde med bostøttemedarbejder fra Aalborg Kommune
Bilag 3F	Referat fra møde med administrative medarbejdere fra Budget- og Planlægningsafdelingen i Psykiatrien
Bilag 3G	Referat fra møde med lederen af Projekt Udskrivningskoordinator
Bilag 3H	Referat fra møde med teamleder 1 i Misbrugsafsnittet
Bilag 3I	Referat fra fyraftensmøde i Psykiatrien
Bilag 4	Transskriberet interview med sygeplejerske på sengeafsnit i Afdeling Syd, Psykiatrien
Bilag 5	Transskriberet interview med socialrådgivere i Psykiatrien
Bilag 6	Transskriberet interview med psykolog i Dobbelt diagnose Teamet i Psykiatrien
Bilag 7	Transskriberet interview med overlæge i Dobbelt diagnose Teamet i Psykiatrien
Bilag 8	Transskriberet interview med socialpædagog fra botilbud, Aalborg Kommune
Bilag 9	Transskriberet interview med udskrivningskoordinator, Aalborg Kommune
Bilag 10	Transskriberet interview med socialrådgiver og sygeplejerske fra Misbrugsafsnittet, Aalborg Kommune
Bilag 11	NVivo-projekt

Bilag 1

Interviewguide

Jeg vil lige starte med at fortælle lidt om, hvorfor du er her i dag. Jeg er i gang med at skrive min afsluttende opgave og har valgt at skrive om Aalborg Kommune og Psykiatriens samarbejde på dobbeltdiagnoseområdet.

Formålet med interviewet er at høre dine erfaringer med og dit syn på at arbejde sammen med Psykiatrien/kommunen.

Før vi går i gang vil jeg lige fortælle lidt praktisk om interviewet. Det tager ca. 1-1 ½ time og jeg vil optage vores samtale, så jeg kan huske den, når jeg skal til at skrive analysen. Når jeg er færdig med det, så sletter jeg den naturligvis.

Jeg er interesseret i at høre dine erfaringer og dit syn på området, så det er vigtigt, at du tager dig tid til at svare på spørgsmålene. I den forbindelse er det også vigtigt at sige, at der selvfølgelig ikke er nogen rigtige eller forkerte svar. Du må meget gerne komme med eksempler på det du siger.

Har du nogen spørgsmål, før vi går i gang?

Tema A. Informantens baggrund

Forskningsspørgsmål (herefter FS): Hvor arbejder informanten og hvad er informantens uddannelse/profession? Sekundært giver spørgsmålet mulighed for at informanten kan tale sig varm.

Intro: Vil du ikke fortælle, hvor længe du har arbejdet her og hvad du er uddannet som? Hvor gammel er du?

Tema B. Det interorganisatoriske netværk

FS: Hvordan karakteriserer informanten det interorganisatoriske netværk mellem Psykiatrien og Aalborg Kommune? Er grænsefladen overensstemmende eller uoverensstemmende (dvs. over- eller underorganiseret)?

Intro: Hvordan vil du beskrive samarbejdet mellem Aalborg Kommune og Psykiatrien på dobbeltdiagnoseområdet?

- Hvordan vil du beskrive samarbejdet med Afd. Syd/Doppeltdiagnose Teamet ell. Handicapafdelingen/Misbrugsafsnittet?
- Ved du, hvordan det foregår i Aalborg Kommune/Psykiatrien?

Tema C: Brændpunkter

FS: Hvordan er konfliktniveauet i grænsefladen, forstået ud fra brændpunkter i grænsefladen? Hvordan karakteriseres brændpunkterne i det interorganisatoriske netværk?

Intro: Hvornår fungerer samarbejdet så godt?

- Hvad er bedst i samarbejdet?
- Vil du ikke prøve at fortælle om et patientforløb, hvor det gik godt?

Intro: Hvornår fungerer samarbejdet dårligt?

- Hvad generer dig mest i samarbejdet?
- Vil du ikke prøve at fortælle om et patientforløb, hvor det gik dårligt?

Intro: Har du selv en forklaring på, hvorfor det fungerer godt eller dårligt i de situationer, du nævner?

Intro: Hvad er så de tre største styrker i samarbejdet med Aalborg Kommune på dobbeltdiagnoseområdet?

Intro: Hvad er så de tre største svagheder i samarbejdet med Aalborg Kommune på dobbeltdiagnoseområdet?

FS: Hvor stor indflydelse og autonomi har informanten i grænsefladen?

Intro: Hvis du selv skulle bestemme, hvordan så samarbejdet med Aalborg Kommune så ud?

- Har du mulighed for at lave det om?

(FS: Giver informationen mulighed for at forholde sig kritisk eller afværge kritik om samarbejdsrelationer. Bruges særligt i tilfælde af, at informanten har vanskeligt ved at forholde sig kritisk til samarbejdsrelationerne.

Intro: Altså der har været meget i medierne om, at kommunerne og regionerne ikke kan finde ud af at samarbejde på dobbeltdiagnoseområdet – er det noget, som du kan nikke genkendende til?)

Tema D: Professioner

FS: Hvordan påvirker professionstilhørsforhold grænsefladeinteraktionerne?

Intro: Har det nogen betydning, hvilken uddannelsesmæssig baggrund din samarbejdspartner har?

- Er det nemmere/sværere at samarbejde med en, der har sammen uddannelsesmæssige baggrund?
- Har det nogen betydning, at I (forskellige aktører) ser på patienten/borgeren med forskellige faglige briller?
- Er der forskel på, om I er enige om mål for behandlingen, alt efter den uddannelsesmæssige baggrund?

Intro: Her til sidst, kan du give et billede eller en metafor for samarbejdet mellem Psykiatrien og Aalborg Kommune på dobbeltdiagnoseområdet?

Outro

Så er vi ved at være omkring det hele. Er der noget, du gerne vil tilføje eller er kommet i tanke om undervejs?

Er der noget, du undrer dig over, at jeg spurgte om eller ikke spurgte om?

Jeg vil transskribere vores interview, dvs. skrive det ud ord for ord og så vil jeg sende det til dig. Så har du mulighed for at rette i det, hvis der er noget, du ikke kan genkende. Det er altså lidt træls at læse sådan et transskriberet interview, men jeg vil bare give dig mulighed for at godkende interviewet.

I rapporten vil du selvfølgelig ikke fremgå med navns nævnelse, men jeg vil bruge din profession og organisation, når jeg refererer til det, du har sagt, fx sygeplejerske/psykolog/socialrådgiver i Psykiatrien. Det kan selvfølgelig være en lille enhed, du kommer fra og derfor kan det være muligt at genkende dig alligevel. Er det i orden?

Så vil jeg sige tusinde tak, fordi du tog dig tid til at deltage – det har virkelig været en rigtig stor hjælp!

Bilag 2

Kodetræ

- Baggrundsinformation.
- Organiseringsgraden af den interorganisatoriske grænseflade
 - o Fleksibilitet i organiseringen.
 - o Formel organisering.
 - o Underorganisering.
 - o Lukkethed.
 - o Uformel organisering.
 - o Kontakt mellem Psykiatrien og Aalborg Kommune.
 - o Kendskab til hinandens systemer og viden indenfor området.
 - o Afhængighed mellem Psykiatrien og Aalborg Kommune.
 - o Informations- og vidensflow.
- Intraorganisatorisk samarbejde.
 - o Afgrænsning af roller.
 - o Uformel organisering.
 - o Konflikter i det intraorganisatoriske samarbejde.
 - Mål og vurderingskriterier.
 - o Informations- og vidensflow internt i organisationerne.
 - o Forestillinger om den anden organisations interne samarbejde.
 - o Underorganisering.
- Skillelinjer mellem Psykiatrien og Aalborg Kommune.
 - o Behandlingsteknologi.
 - o Arbejdsdeling.
 - o Brobyggere mellem Psykiatrien og Aalborg Kommune.
 - Boundary spanners.
 - o Erfaring på tværs af systemerne.
 - o Kompetencer.
- Samarbejdet mellem grænsefladeaktørerne.

- Kommunikation.
- Konflikter i samarbejdet.
 - Magtesløshed.
 - Billeder af systemerne.
 - Godt forløb.
 - Dårligt forløb.
 - Faglig anerkendelse.
 - Kendskab til hinandens systemer.
 - Krydspres eller interessekonflikter.
 - Vurderingskriterier og mål.
- Typen af patienter/borgere.
 - Hvor passer de ind?
- Professionalisering.
 - Grænseoverskridende arbejde.
 - Koordinerende rolle.
 - Opretholdelse eller tilkæmpelse af jurisdiktion.
 - Arbejdsdeling mellem professioner.
 - Intraprofessionelle kampe.
- Magt.
- Det ideelle samarbejde.
- Strukturelle forhold
 - Bureaukratiske regler.
 - Belønningssystemer.
 - Lovgivning.
 - Ressourcemæssige begrænsninger.