



# Statlig politikk og lokale utfordringer

Organisering av tjenester innen rus og psykisk helse

Catharina Bjørkquist og  
Helge Ramsdal (red.)

# Statlig politikk og lokale utfordringer



Catharina Bjørkquist og Helge Ramsdal (red.)

# **Statlig politikk og lokale utfordringer**

ORGANISERING AV TJENESTER INNEN RUS OG  
PSYKISK HELSE

CAPPELEN DAMM AKADEMISK

© 2021 Catharina Bjørkquist, Mona Jerndahl Fineide, Ragnhild Fugletveit, Gunnar Vold Hansen, Erna Haug, Marit Kristine Helgesen, Therese Dwyer Løken, Helge Ramsdal og Rannveig Røste.

Dette verket omfattes av bestemmelsene i Lov om opphavsretten til åndsverk m.v. av 1961. Verket utgis Open Access under betingelsene i Creative Commons-lisensen CC-BY 4.0. Denne tillater tredjepart å kopiere, distribuere og spre verket i hvilket som helst medium eller format, og å remixe, endre, og bygge videre på materialet til et hvilket som helst formål, inkludert kommersielle, under betingelse av at korrekt kreditering og en lenke til lisensen er oppgitt, og at man indikerer om endringer er blitt gjort. Tredjepart kan gjøre dette på enhver rimelig måte, men uten at det kan forstås slik at lisensgiver bifaller tredjepart eller tredjeparts bruk av verket.

Lisensvilkår: <http://creativecommons.org/licenses/by/4.0/>

Boka er utgitt med støtte fra Norges forskningsråd.

ISBN trykt bok: 978-82-02-73453-4

ISBN PDF: 978-82-02-71623-3

ISBN EPUB: 978-82-02-73450-3

ISBN HTML: 978-82-02-73451-0

ISBN XML: 978-82-02-73452-7

DOI: <https://doi.org/10.23865/noasp.140>

Dette er en fagfellevurdert antologi. Kapittel 1, 2 og 14 er ikke fagfellevurderte bidrag.

Omslagsdesign: Cappelen Damm AS

Omslagsbilde: Shutterstock / N K

Cappelen Damm Akademisk / NOASP

[noasp@cappelendamm.no](mailto:noasp@cappelendamm.no)

# Innhold

<b>Forord</b> .....	<b>7</b>
<b>Kapittel 1 Introduksjon</b> .....	<b>9</b>
<i>Catharina Bjørkquist og Helge Ramsdal</i>	
<b>Kapittel 2 Om ROPIT-prosjektet, teoretisk forankring og metode</b> .....	<b>27</b>
<i>Catharina Bjørkquist og Helge Ramsdal</i>	
<b>Kapittel 3 Rekruttering og deltakelse i kvalitativ forskning: Tjenestemottakere og pårørende som deltakere</b> .....	<b>43</b>
<i>Therese Dwyer Løken</i>	
<b>Kapittel 4 Statlige reformer på rus- og psykisk helsefeltet - er virkemidlene tilstrekkelige?</b> .....	<b>63</b>
<i>Helge Ramsdal</i>	
<b>Kapittel 5 Nasjonale veiledere - «soft governance» og «nudging»? .....</b>	<b>89</b>
<i>Helge Ramsdal og Catharina Bjørkquist</i>	
<b>Kapittel 6 Trenger ROP-brukere en individuell plan?</b> .....	<b>111</b>
<i>Gunnar Vold Hansen</i>	
<b>Kapittel 7 Kommunal organisering, ledelse og endring: En casestudie av implementering av psykiske helsetjenester i en norsk kommune</b> .....	<b>131</b>
<i>Marit Kristine Helgesen</i>	
<b>Kapittel 8 Helhetlige tjenestetilbud i en liten kommune</b> .....	<b>155</b>
<i>Gunnar Vold Hansen</i>	
<b>Kapittel 9 Samordning av lokalbaserte tjenester: Når svake formelle samordningsstrukturer kompenseres av uformelle samordningsgrep</b> .....	<b>175</b>
<i>Mona Jerndahl Fineide, Therese Dwyer Løken og Erna Haug</i>	

<b>Kapittel 10 Samarbeid om rus- og psykiske helsetjenester – erfaringer fra en innovasjonsprosess i en storbykommune .....</b>	<b>195</b>
<i>Rannveig Røste og Catharina Bjørkquist</i>	
<b>Kapittel 11 Bolig til brukere med omfattende rus- og psykiske lidelser .....</b>	<b>217</b>
<i>Gunnar Vold Hansen</i>	
<b>Kapittel 12 «... det vanskeligste er jo å finne noe fornuftig å gjøre»: Om betydningen av arbeid og aktivitet for mennesker med ROP-utfordringer .....</b>	<b>235</b>
<i>Ragnhild Fugletveit</i>	
<b>Kapittel 13 Oppfølging av ROP-brukere før, under og etter at de har sonet en dom i fengsel .....</b>	<b>259</b>
<i>Gunnar Vold Hansen</i>	
<b>Kapittel 14 «Det nye paradigmet» i rus- og psykiske helsetjenester – utfordringer og muligheter .....</b>	<b>281</b>
<i>Catharina Bjørkquist og Helge Ramsdal</i>	
<b>Om forfatterne .....</b>	<b>301</b>

# Forord

Denne boken er et resultat av at fagmiljøet knyttet til masterstudiet i samordning av helse- og velferdstjenester ved Høgskolen i Østfold i mange år, og på ulike måter, har vært opptatt av politiske og organisatoriske spørsmål der komplekse og «uregjerlige» problemer blir forsøkt håndtert av offentlige myndigheter. Alle forfatterne av kapitlene som er tatt med i boken er med i dette fagmiljøet, og samtlige har fagbakgrunn innenfor statsvitenskap, arbeids- og velferdsstudier og organisasjonsfag. Boken bør derfor kunne leses som et bidrag som har de muligheter, men også begrensninger, som disse faglige tilnærmingene representerer. Slik vi ser det, er det et behov for at disse perspektivene blir sterkere trukket inn i den faglige diskursen om utviklingen av tjenestene på dette feltet.

Målgruppe for denne boken er alle som er engasjert i problemstillinger knyttet til organisering av tjenester til mennesker med komplekse og sammensatte behov generelt, og ruslidelser og psykisk helse spesielt. Den er rettet mot fagmiljøer, studenter og ansatte i lokal forvaltning og utøvere som yter tjenester til brukere med sammensatte og komplekse behov.

Bakgrunnen for boken er å finne i at Norges forskningsråd innenfor sitt HelseVEL-program ga støtte til et fireårig forskningsprosjekt ved Høgskolen i Østfold – det som har fått betegnelsen ROPIT-prosjektet. Alle forfatterne av kapitlene som er med i boken, er en del av fagmiljøet rundt dette prosjektet. Som redaktører av denne boken er vi glade for å kunne samle resultater fra forskningen vår, og vi vil takke Norges forskningsråd og Høgskolen i Østfold for å ha stilt til rådighet midler og forskningstid. Vi takker fagfellen for grundige og verdifulle innspill både til den enkelte bidragsyter og til boken som helhet. Takk også til Marte Ericsson Ryste, redaksjonssjef i Nordic Open Access Scholarly Publishing (NOASP), Cappelen Damm Akademisk, som har fulgt boken med gode råd og støtte gjennom prosessen.



Og sist, men ikke minst, vil vi rette en stor takk til tjenestemottakere, ansatte og ledere i de lokale tjenestene i kommunene vi har studert for å ha stilt opp på intervjuer, gitt tilgang til offentlige dokumenter og delt sine erfaringer og sin tid med oss.

Kråkerøy, 10.7.2021

*Catharina Bjørkquist*

*Helge Ramsdal*

## KAPITTEL 1

# Introduksjon

*Catharina Bjørkquist*

Fakultet for helse, velferd og organisasjon, Høgskolen i Østfold

*Helge Ramsdal*

Fakultet for helse, velferd og organisasjon, Høgskolen i Østfold

**Abstract:** This chapter provides an introduction to the book National Policies and Local Challenges – Organizing Addiction and Mental Health Services. We are interested in how and the extent to which national policy regarding services for people with complex needs, such as people with addiction and mental health problems, is implemented and how these services are organized at the local level. We study addiction and mental health in terms of policy, services and work based on local development processes and national and regional frameworks. The processes observed in our studies can in many ways be said to “mirror” how the modern welfare state addresses other complex problems. Decentralization, user participation and coordination are three key characteristics of development that have significant implications for the design of the service field and set the framework for daily work in local services. The main question underlying our research is: How are governmental policies structured and implemented? This chapter also provides an overview of related questions that frame the various book chapters, followed by a discussion of the book’s structure with a summary of each chapter.

**Keywords:** health and social services, mental health and addiction policy, organizing community services

Den norske velferdsstaten har høye ambisjoner og klare mål om å skape gode, helhetlige tjenester for mennesker med samtidige rus- og psykiske lidelser. Samtidig er det generell enighet om at disse målene ikke er nådd. Denne boken handler om organisering av tjenester til mennesker

Sitering av denne artikkelen: Bjørkquist, C. & Ramsdal, H. (2021). Introduksjon. I C. Bjørkquist & H. Ramsdal (Red.), *Statlig politikk og lokale utfordringer: Organisering av tjenester innen rus og psykisk helse* (Kap. 1, s. 9–25). Cappelen Damm Akademisk. <https://doi.org/10.23865/noasp.140.ch1>  
Lisens: CC-BY 4.0

med komplekse og sammensatte behov, her med eksempler fra politikk og tjenester rettet mot mennesker med samtidige ruslidelser og psykiske lidelser, med særlig vekt på kommunale tjenester. Slik stiller den noen av de mest utfordrende og vanskelige spørsmål i den moderne velferdsstaten: Hvordan skal en organisere tiltak og tjenester slik at både lokale brukere og tjenesteytere opplever tjenestene som mer samordnet og integrerte?

Psykiske plager og lidelser, gjerne sett i sammenheng med ruslidelser, er et omfattende samfunnsproblem som må møtes med tiltak på en rekke ulike arenaer. Omtrent en fjerdedel av den voksne befolkning i Norge har en psykisk lidelse, og slik sett utgjør psykiske helseproblemer en vesentlig folkehelseutfordring (Meld. St. 19 (2014–2015)). Personer med psykiske lidelser har høyere forekomst av somatiske sykdommer og lever vesentlig kortere enn befolkningen for øvrig. Levealderen er lavest hos dem som også har rusproblemer (Nordentoft et al., 2013), og denne gruppen opplever en forverring på flere levekårsområder (Hustvedt et al., 2019). Mange har samtidige rusproblemer og psykiske lidelser (ROP), og blant disse er det flere som opplever en forverring av den psykiske helsen. Samtidig øker andelen personer med mindre alvorlige lidelser, som angst, depresjon og ruslidelser (Hustvedt et al., 2019).

Både rusmiddelproblemer og psykiske lidelser blir oppfattet som kroniske tilstander. Personene det gjelder, har følgelig behov for bistand og ytelser fra ulike tjenester og fagfelt over lengre tid. Områdene overlapper hverandre, og det er kommunene som sitter med ansvaret for å samordne tjenestene. Oppfølging skjer i stor grad av ansatte i kommunale helse- og velferdstjenester og av fastlegene. Psykisk helse og rusomsorg er kommunale tjenestefelt som de senere årene har vært i vekst.

I tillegg kommer også flere ulike tiltak og tjenester, både i spesialisttjenestene knyttet til helseforetakenes ansvar og fra private aktører som utgjør et viktig supplement til de offentlige tjenestene på noen områder. Helhetlige, samordnete tjenester dreier seg altså om hvordan samarbeid mellom de kommunale tjenestene, spesialisttjenestene og andre aktører fungerer – både for enkeltbrukere og pasientgrupper.

Til tross for at helhetlige og integrerte tjenester for mennesker med samtidige ruslidelser og psykiske lidelser har vært et mål i lang tid,

fremstår tjenestene ofte som oppsplittede, ukoordinerte og varierende i omfang og kvalitet (Bjørkquist & Hansen, 2018; Drake et al., 2001; Ramsdal & Hansen, 2016; Ådnanes & Steihaug, 2013). Nasjonale planer sier likevel lite om hvordan kommunene skal organisere sine tjenester for å sikre at tjenestene fremstår som helhetlige og integrerte.

Helhetlige tjenester benyttes her i betydningen av å jobbe på tvers av sektorer og organisasjonsgrenser. For at tjenestene skal oppfattes som helhetlige, må de ses i sammenheng og utfylle hverandre – noe som gjerne krever at de er planlagt og tilpasset hverandre (Bjørkquist & Fineide, 2019; Hudson, 2004). Mennesker med samtidige ruslidelser og psykiske lidelser har komplekse, langvarige og uforutsigbare lidelser, og er spesielt utsatt når behandlingen og tjenestene er fragmenterte og usammenhengende. Samtidig er målgruppen mangfoldig, hvor den enkelte har ulike behov, problemer og lidelser. Kunnskapsgrunnlaget er usikkert, og det er uklart hvordan brukernes behov og utfordringer kan løses og med hvilke metoder (Hannigan & Coffey, 2011; Rittel & Weber, 1973). Selv det grunnleggende spørsmålet om hvorvidt behovet og utfordringene lar seg løse på en effektiv måte, er usikkert.

Samhandlingen mellom ulike aktører i tjenestesystemet er med andre ord en utfordring. Spørsmålet er blant annet hvordan samordning og samhandling mellom spesialisttjenester og kommunale tiltak og tjenester kan bedres, og i hvilken grad og hvordan brukerne selv og deres pårørende kan få større innflytelse over behandlingen og tjenestene som tilbys. Dette er utfordringer vi diskuterer i denne boken.

Den norske velferdsstaten er et ambisiøst prosjekt. Tjenestene som tilbys på ulike forvaltningsnivåer viser et komplekst, omfattende og intensivt bilde – der mennesker med ruslidelser og psykiske lidelser (etter hvert) er politisk prioriterte brukergrupper. Dette er ikke minst symbolisert ved uttrykket «den gylne regel», som sier at veksten i psykiske helsetjenester skal være større enn den som skjer for somatiske lidelser (Helse- og omsorgsdepartementet, 2014). Samtidig er tjenestene på feltet i økende grad kommunenes ansvar, og disse tjenestene bidrar derfor til ytterligere utfordringer for lokale beslutningstakere og tjenesteytere.

## Samtidige rus- og psykiske lidelser – det lokale perspektivet

Samtidige rus- og psykiske lidelser betegnes vanligvis som ROP-lidelser. I Helsedirektoratets retningslinjer heter det at «mennesker med en ROP-lidelse har krav på å møte en helhetlig helsetjeneste som er godt samordnet, preget av kontinuitet og med helhetlige pasientforløp som ivaretar god behandlingskvalitet, uansett hvem som har ansvar for de enkelte deler av tjenesten» (2012, s. 89). Men da Helsetilsynet (2016) gjennomførte en risikovurdering av tjenester til personer med samtidig rus- og psykiske lidelser, kom det frem at det generelt *ikke* er et aktivt samarbeid mellom spesialisthelsetjenesten og kommunene, og at det er *svak samhandling internt* i kommunene. Kommunene mangler vanligvis også dobbeltkompetanse på samtidige rus- og psykiske lidelser. Videre er bolig en utfordring. Det er ikke bare mangel på bolig, men det er også en utfordring at brukerne ikke får tilpasset bolig. Bolig er viktig med tanke på at brukerne mottar mange av tjenestene de har, i egen bolig. I tillegg har flere behov for tjenester som bidrar til at de kan mestre bosituasjon. Brukerne mangler også et tilpasset aktivitetstilbud.

Å utvikle tjenester til ROP-brukere er en vanskelig og kompleks utfordring i den moderne velferdsstaten – det som er betegnet som et eksempel på *wicked* (uregjerlige) problemer. Disse kjennetegnes av at lidelsens karakter kan ha et usikkert kunnskapsgrunnlag, og mange ulike behandlingsstrategier blir benyttet. Tjenestesystemet er komplekst, ofte med relativt få transparente beslutninger, for eksempel om ansvarsfordelingen mellom tjenestene for brukere. Sentrale spørsmål her er: *Hvordan fremstår relasjoner mellom ulike tjenester hvor ansatte i førstelinjen må foreta valg med hensyn til hvilke profesjonelle roller de vil påta seg under det presset som systemet til sammen pålegger dem? Hvordan svarer førstelinjen på presset de står i som ledere og tjenesteutøvere?*

### Hvorfor denne boken?

I denne boken tar vi utgangspunkt i *lokalbaserte tjenester*. Det vil i hovedsak si kommunale tiltak og tjenester, men også enkelte regionale tjenester. Vi er opptatt av i hvilken grad og hvordan den statlige politikken

tilrettelegger for utviklingen av tiltak og tjenester for mennesker med komplekse og sammensatte behov, som mennesker med ROP-lidelser, og hvordan tjenestene til denne gruppen organiseres lokalt. Basert på empiriske studier viser vi hvor mangfoldig utviklingen er – som politikkfelt, tjenestefelt og som arbeidsfelt. Samtidig kan de prosessene som observeres i våre studier på mange måter sies å «speile» andre komplekse og uregjerlige problemer den moderne velferdsstaten møter. Vi vil derfor understreke at boken ikke bare retter oppmerksomheten mot rus- og psykiske helsetjenester, men også peker på mer generelle utfordringer, dilemmaer og løsningsforsøk i den moderne velferdsstaten. Vi har som mål å vise hvordan utvikling av tiltak og tjenester for mennesker med samtidige rus- og psykiske lidelser organiseres på lokalt nivå, og de muligheter og utfordringer med å skape helhetlige tjenester som preger denne utviklingen. Komplekse, utfordrende og uregjerlige problemer (*wicked problems*) mer generelt stiller krav til organisering av tjenestene som representerer særlige utfordringer for velferdsstaten. Hvordan kan en håndtere slike problemer? Hva kan vi lære av måten de lokale tjenestene forsøker å håndtere organisatoriske utfordringer for å yte tjenester til mennesker med ROP-lidelser? Og hvordan kan dette knyttes an til de mer generelle utfordringene velferdsstaten står overfor?

Dette innebærer at vi anser utviklingen av tiltak og tjenester som er relevante for mennesker med ROP-lidelser som et politisk, organisatorisk og faglig «felt». I siste instans er det et politisk ansvar å sikre gode tjenester for pasientgruppen. De organisatoriske rammene for dette feltet er skapt gjennom komplekse prosesser der nasjonale politiske myndigheter legger rammene, men der lokale prosesser (i helseforetak, kommuner, utdanningsinstitusjoner osv.) påvirker organisasjons-, styrings- og ledelsesformer – og i siste instans også det faglige arbeidet og de ressurser som møter den enkelte bruker i sin hverdag. Vi studerer dette feltet med utgangspunkt i lokale utviklingsprosesser og de nasjonale og regionale rammer som etableres for denne utviklingen. Følgelig er det forholdet mellom politikk, organisering, fagkompetanse og arbeidsformer som er vårt hovedanliggende. Vårt perspektiv er forvaltnings- og organisasjonsteoretisk, der vi ser på styring og organisering i politikk- og arbeidsfeltet rus og psykisk helse. Vi tar utgangspunkt i de politiske, organisatoriske og

faglige trekk som påvirker og skaper dynamikk i feltet – både muligheter, men også hindringer – for å nå mål om bedre tjenester. Vi ser på dynamiske endringsprosesser preget av institusjonaliserte særtrekk (lover, regler, vaner og normer) der vekselvirkning mellom ulike oppfatninger av hvordan feltet skal utvikles, og mellom de forhold som opprettholder eller forsøker å endre feltet, er en kontinuerlig prosess (Van Zanten et al., 2012). Dette gir grunnlag for en bred, faglig tilnærming til de tema vi er opptatt av. Men likevel har våre analyser noen begrensninger, som innebærer at det er noen problemstillinger og tema vi ikke gir den oppmerksomhet de fortjener: Det gjelder behandlingsformer og medisinsk-faglig kunnskapsutvikling, og ikke minst de utviklingsprosessene som en kan observere i spesialisttjenestene på feltet.

## **Utviklingslinjer i styring og organisering av tjenestene til mennesker med ROP-lidelser**

I boken er vi opptatt av generelle utviklingslinjer for utformingen av tjenestefeltet som legger rammene for det daglige arbeid i de lokale tjenestene. Vi vil peke på tre utviklingstrekk som har fått økende betydning de siste par tiårene i denne sammenheng ved å legge premisser for tjenesteutviklingen: *desentralisering*, *brukermedvirkning* og *samordning*. Vi er særlig opptatt av hvordan en ønsker å endre tjenestene, samt hvilke muligheter og utfordringer en møter i endringsprosesser som skjer med utgangspunkt i disse trekkene. Dette vil komme tydeligere frem i de ulike kapitlene som omhandler de empiriske delstudiene vi har gjennomført.

*Desentralisering* innebærer at lokale forvaltningsorgan – i særlig grad kommunene – har fått en større rolle i tjenesteytingen når det gjelder mennesker med ROP-lidelser som på mange andre felt. Ansvar kommunene har hatt for omsorg for mennesker med rus- og psykiske lidelser er styrket, og det har skjedd en tilsvarende nedbygging av de klassiske psykiatriske institusjoner som har vært fylkeskommunenes og, etter 2002, helseforetakenes ansvar. Denne utviklingen kommer først og fremst til uttrykk gjennom reduksjon i antallet psykiatriske sengeplasser – som i dag er ca. en tiendedel av det de var i begynnelsen av 1970-årene (Helsedirektoratet, 2015). Deinstitutionaliseringen er imidlertid ikke en

enkel og lineær prosess – og den innebærer at kravene til de alternative som tap av senger og behandlingsopplegg innebærer, blir minst like sterk. Kravene og presset på lokale tiltak og tjenester blir minst tilsvarende sterke. Desentralisering dreier seg imidlertid ikke bare om reduksjonen i spesialisttjenestenes sengetall. I vår sammenheng peker begrepet også til de endringer i forvaltningspolitikken som innebærer at *lokalpolitiske* organer selv bestemmer hvilke tiltak og tjenester som skal utvikles. Begrepet peker også på *administrativ* desentralisering som innebærer at det er administrative og faglige organ på ulike forvaltningsnivå som omfordeler ansvar for tjenesteyting til lokale nivåer (Kjellberg & Reitan, 1995).

Utviklingen mot større vektlegging av lokale, i hovedsak kommunale, tjenester gjenspeiler også en faglig utvikling av tjenestefeltet – fra en psykiatrisk medisinsk modell til en psyko-sosial og sosiologisk modell. Derved innebærer desentralisering også en flerfoldig utviklingslinje – en forvaltningspolitisk utvikling der kommuneinstitusjoner blir viktige aktører, og en faglig-vitenskapelig utvikling der de lokale tjenestene i økende grad etableres på grunnlag av et mer selvstendig (ikke-medisinsk) kunnskapsgrunnlag. Til sammen gir dette ikke bare grunnlag for å studere hvordan tjenestene utvikles lokalt, men også å forstå de faglige begrunnelsene som legitimerer denne utviklingen.

*Brukermedvirkning* dekker en rekke ulike fenomen, men generelt innebærer det at den enkelte pasient/bruker skal ha større innflytelse over hvilken behandling, hvilke tiltak og tjenester vedkommende skal motta. Men også dette begrepet er mangetydig. Det kan være spørsmål om *hvilken grad* av brukermedvirkning en tenker på, men også om i *hvilke situasjoner og i relasjon til hvilke tjenester* brukerne skal ha innflytelse over. Prinsipielt er brukermedvirkning en utfordring for ekspertkunnskap og fagprofesjoners selvstendige rolle i valg av tiltak og tjenester som egner seg for den enkelte bruker – noe som selvsagt er særlig utfordrende der brukerne kan ha alvorlige psykiske lidelser som reduserer deres kognitive evner. Samtidig ser vi at det gjennom ulike fagideologiske strategier etableres et selvstendig faglig kunnskapsgrunnlag som kan anvendes i kontrast – eller i motsetning til – den klassiske (medisinsk-faglige) kunnskapstradisjonen, og/eller som et supplement til denne. I løpet av de siste



årene har slike fagideologiske kunnskapsgrunnlag blitt presentert som normalisering og integrering, empowerment/mestring og recovery. I de siste årene har disse perspektivene blitt supplert med et politisk slagord om «pasienten først» – symbolisert med spørsmålet: «Hva er viktig for deg?» Alle disse kunnskapsgrunnlagene har som mål å heve kvaliteten og/eller styrke brukernes innflytelse på tjenestene. Hva de innebærer for organisering av tjenestene er derimot mer uklart – for så vidt som slike fagideologiske grunnlag primært dreier seg om omsorgsprinsipper som forutsetter at en etablerer nye arbeidsformer, endrer tjenesteyteres holdninger og stiller samfunnsmessige krav mer generelt, men som på ulike måter forventes å tilrettelegge for nye måter å styre og organisere tjenestesystemet. Vi diskuterer implikasjonene for organisering av tjenestene som de ulike fagideologiske perspektiver som er trukket frem her. Dette kan oppfattes som en utviklingslinje som kan bidra til å styrke et selvstendig kunnskapsgrunnlag for lokalbaserte tjenester.

*Samordning og samarbeid* dreier seg om utfordringene med å etablere helhetlige og sammenhengende tiltak og tjenester. Økt samordning og samarbeid er også en entydig tendens i norsk og internasjonal tjenesteutvikling på feltet. Politisk prioriteres dette ikke bare gjennom ulike avgrensede strategier om enkelttiltak og -tjenester, men også gjennom det bredt anlagte reformarbeidet som har vært introdusert de siste tiårene. Utfordringene med samordning har vært gjenstand for over 50 års oppmerksomhet fra sentrale politiske myndigheter, men har stadig blitt gjen tatt som en av helse- og velferdstjenestenes største utfordringer. Det er tatt en rekke initiativ til ulike nasjonale tiltak for å bedre samordning og samarbeid i tjenestene. Disse dreier seg dels om endringer i lovverk, finansierings- og utdanningssystem, dels om bestemte krav og forventninger til tjenesteyting til enkeltbrukere. For tjenestene for ROP-brukere er det, som vist til foran, et klart mål å utvikle samordning og samarbeid i lokale tjenester gjennom organisatorisk integrasjon mellom de tidligere adskilte rustjenestene og psykiske helsetjenester.

Likevel er heller ikke samordningsbegrepet entydig – det dekker en rekke ulike tiltak på både system-, organisasjons- og relasjonsnivå. Og det omfatter både samhandling og samarbeid, endringer i strukturelle rammebetingelser, og organisatoriske løsninger som iverksettes innenfor

de enkelte tjenestene. Vi vil her benytte samordning og samarbeid som grep for å fremme helhetlige tjenester. Samordning er derfor å forstå som pågående prosesser som stadig må (re-)etableres og vedlikeholdes. Interorganisatorisk samordning skjer gjennom prosesser på tvers av organisatoriske grenser, ulike tjeneste- og forvaltningsnivåer, og mellom ulike fag- og profesjonsgrupper. Samarbeid viser til situasjoner der koordinering skjer med utgangspunkt i frivillig innsats (Axelsson & Axelsson, 2014). Samarbeid kan være formalisert i ulik grad, men det er forutsatt at arbeid skjer parallelt, og innenfor rammen av felles mål. Hvorvidt og hvordan samordning og samarbeid kommer til uttrykk i de endringsprosessene vi studerer, er derfor vesentlige spørsmål i våre analyser (Bjørkquist & Fineide, 2019).

## Problemstillinger

Utgangspunktet for boken er todelt: behovet for å utvikle tilnærminger til tjenestene som legger vekt på å forbedre livskvaliteten for mennesker med ROP-lidesler, og behovet for å utvikle en omfattende, integrert tjenestetilnærming for å håndtere brukernes behov. Brukerne har behov for en rekke tjenester og omfattende støtte med tanke på å håndtere et fragmentert og ukoordinert tjenestetilbud (Donald et al., 2005; Drake & Mueser, 2000; Kedote & Champagne, 2008; Mueser & Gingerich, 2013; St.meld. nr. 47 (2008–2009)).

Vårt prosjekt dreier seg derfor om å analysere hvordan nasjonal politikk for integrerte tjenester og lokale tjenester kan organiseres for å fremme integrerte tjenester til mennesker med samtidige ruslidelser og psykiske lidelser, samt hvilke faktorer som fremmer eller hindrer slik integrering. På denne bakgrunn er den overordnede problemstillingen som har fungert som en ramme for forskingsarbeidet: *Hvordan er regjeringens politikk strukturert og gjennomført?*

Følgende delspørsmål har styrt arbeidet:

1. Hvilke tjenester anses å være relevante for gjennomføring av politikken? Hvordan er de regulert, finansiert og hvor er de lokalisert?
2. Hvordan er tjenestene organisert?

3. I hvilken grad og hvorfor er tjenestene organisert i samsvar med mål om å skape integrerte tiltak og tjenester for brukerne?
4. Hvordan er samarbeidet mellom ulike tjenester?

Disse spørsmålene danner også rammen for disponering av bokens ulike bidrag.

## Nærmere om bokens struktur

Boken er delt i tre deler, samt to introduksjonskapitler og et oppsummerende kapittel der resultatene av de ulike delstudiene boken refererer til, blir drøftet på et overordnet nivå. Hvert av kapitlene er selvstendige arbeider. Her inngår teoretiske perspektiver og analytiske begreper sammen med konkrete eksempler og mer deskriptive sammenfatninger av utfordringer og løsninger i de kommunale tjenestene. I kapittel 2 gir Bjørkquist og Ramsdal først en oversikt over ROPIT-prosjektet som mange av bokkapitlene har sin faglige forankring i. Det inkluderer en presentasjon av det innsamlede datamateriale i prosjektet som også bokens bidragsyttere benytter på ulike måter i sine analyser. Videre redegjøres det for metodisk grunnlag og teoretisk forankring, da særlig institusjonelle organisasjonsteorier. Dette inkluderer en drøfting av hvordan slike teoretiske inntak kan belyse endringsprosesser på det politikk- og tjenestefeltet som ROP-brukerne møter. Med utgangspunkt i disse perspektivene beskriver vi noen grunntrekk ved de endringsprosessene som er skissert innledningsvis, som desentralisering og fremveksten av lokalbaserte tjenester, fagutvikling med vekt på brukerperspektiv, og utfordringene som møter tjenestene i forhold til mål om samordnete og helhetlige tjenester. Et viktig poeng er at utviklingsprosessene har relativt klare implikasjoner når det gjelder hva en ikke ønsker skal kjennetegne tjenestetilbudet, men i praksis åpner opp for en langt mer utydelig ramme for hvordan tjenestene skal struktureres. Dette blir videre diskutert i henholdsvis kapittel 4 og 5.

## Del 1 Nasjonal politikk og tjenesteutvikling

Denne delen omhandler overordnet nasjonal politikk for rus og psykisk helse. Vi retter søkelyset mot hvilke utfordringer og dilemmaer denne

politikken representerer – i skjæringspunktet mellom politiske, organisatoriske og faglige hensyn. Vi spør hva som kjennetegner denne utviklingen, hvilke underliggende forutsetninger den bygger på og hva som kan forklare utviklingen.

I kapittel 3 tar Løken for seg de mer spesifikke utfordringene det innebærer når en skal sikre deltakelse av brukere, her betegnet som tjenestemottakere, og pårørende i forskningsprosjekter som det foreliggende. Norges forskningsråd og sentrale norske forskningsinstitusjoner stiller krav til brukerinvolvering i forskningsprosjekter. Dette kravet må ses som en del av den generelle tendensen til at brukerperspektiver skal ivaretas også i tjenestene, men innebærer noen utfordringer knyttet til brukernes livssituasjon. Kapitlet gjennomgår kunnskapsstatus knyttet til deltakelse av tjenestemottakere og pårørende i ROP-feltet. Deretter gjennomgår forfatteren egne erfaringer fra forskningsprosjektet, da særlig prosessene for å rekruttere brukere og pårørende. Basert på erfaringer med utfordringer og løsninger diskuterer forfatteren mer prinsipielt hvilke grep som kan sikre identifisering, utvelgelse og gjennomføring av datainnsamling i prosjekter som innbefatter brukerdeltakelse. Forfatteren benytter autoetnografisk analyse. Metoden trekker frem betydningen av respekt for deltakernes autonomi og integritet samt forskerens reflek-sive holdning i gjennomføringen av datainnsamlingen.

Kapittel 4 tar for seg de statlige reformene som i særlig grad påvirker psykisk helse- og rusfeltet i dag. Ramsdal tar for seg utformingen av noen av de opptrappingsplanene som har vært lansert på feltet de siste tiårene knyttet til studiet av det vi betegner som «reformdesign». Reformdesign omfatter kombinasjonen av styringsinstrumenter som forutsettes å endre feltet lokalt. Dette danner grunnlag for å besvare deler av den overordnede problemstillingen i prosjektet, om hvordan politikken er strukturert. Da velferdsstaten var under oppbygging, strukturerte politikerne statlige reformer på en radikalt annerledes måte enn i de siste tiårene. Her er overgangen fra «government»-styring til «governance»-styring sentralt. Basert på dokumentstudier knyttet til de statlige rus- og psykisk helsereformene er påstanden at en slik overgang i styringsformene har funnet sted, særlig når det gjelder bruken av økonomiske og organisatoriske virkemidler. Dette innebærer at mens statlige mål og ambisjoner er store på brukernes vegne, er lokale beslutningsorgan i

stor grad overlatt til seg selv for å finne hensiktsmessige løsninger i skjæringspunktet mellom statlige forventninger og økonomiske og faglige rammer. Hver kommune er «på leting» etter lokale løsninger – og disse løsningene fremstår totalt sett som et konglomerat av tiltak og tjenester – med tilhørende utfordringer for samordning og helhetlig styring.

Kapittel 5 tar for seg brukerperspektivets betydning for organisering av tjenestene. Samtidig som det er et klart mål, er implikasjonene for organisering av tjenestene lite fokusert. Ramsdal og Bjørkquist gjennomgår først de siste tiårenes «omsorgsideologiske» perspektiver, som legger vekt på styrking av brukernes interesser: «normaliseringsparadigmet», «empowerment-/mestrings-perspektiv», og «recovery»-perspektivet. I tillegg diskuteres det rådende perspektivet for norsk helsepolitikk – «pasienten først». Disse perspektivene overlapper til en viss grad, men har ulike konsekvenser for styring og organisering av tjenestetilbudet. Kapittelet diskuterer hvordan organisatoriske og strukturelle problemstillinger er erstattet (eller supplert) med et mer individualistisk perspektiv på enkeltbrukernes behov, men med uklare og til dels kontroversielle implikasjoner for tjenestefeltet som helhet. Spørsmål som diskuteres er hvordan tjenestene og andre lokale beslutningstakere ivaretar styringspolitiske hensyn, og i hvilken grad og hvordan brukerne er tjent med denne utviklingen.

I kapittel 6 er temaet et tiltak innenfor rammen av statlig styring med tjenestene basert på brukerperspektiv: helse- og omsorgslovens bestemmelser om retten til individuell plan og koordinatorfunksjonen knyttet til denne. Hansen problematiserer hensiktsmessigheten av slike lovpålagte krav om planer når individuelle planer i liten grad blir benyttet for ROP-brukere (og andre brukergrupper) lokalt, og stiller spørsmål om ikke det primært er ved å gi brukere tilgang på en tjenesteyter som ivaretar koordinering av tiltak og tjenester at en kan komme nærmere mål om at brukerne kan påvirke de tjenestene som tilbys.

## Del 2 Lokale endringsprosesser i tjenestene til ROP-brukere

Del 2 tar for seg endringsprosesser innen organisasjons- og ledelsesformer i de kommunene som har deltatt i prosjektet. Utgangspunktet her

er nettopp den frihet i organisering som kommunene besitter, samtidig som overordnede politiske mål og faglige idealer skal realiseres lokalt. Rus og psykisk helsefeltet er i kontinuerlig bevegelse, og alle kommunene vi har studert har det til felles at de møter krav om å utvikle helhetlige og samordnede tjenester, men på ulike måter slik vi illustrerer i del 2. Vi stiller i denne delen spørsmål om omfanget av de endringene som skjer, og kartlegger særtrekk ved de lokale prosessene i de tre kommunene vi har fulgt. I kapittel 7 gir Helgesen et oversiktsbilde over utviklingen i tjenestefeltet, basert på en studie av hvilke effekter opptrappingsplanen for psykisk helse (St.prp. nr. 63 (1997–98) hadde på lokal organisering av tjenestene over en periode på 12 år. Det er spørsmål hvorvidt organiseringen av tjenestene, ledelsesoppgavene og lederrollen endret seg, og i tilfelle hvordan. Dette analyseres ved hjelp av styringsvirkemidler innenfor hierarki, marked og nettverk. Forfatteren finner at kommunen fulgte oppfordringen fra nasjonalt nivå om å organisere den nye psykiske helse-tjenesten sammen med kommunenes hjemmetjeneste for eldre samtidig med at man innførte en organisering i tråd med NPM. Oppfatningen var at dette ville sikre samarbeid mellom tjenestene. Det oppsto derimot en rekke konflikter og manglende samarbeid, hvilket førte til at man bygget en ny organisasjon for psykisk helsearbeid.

I kapittel 8 tar Hansen for seg særpreg ved organisasjons- og arbeidsformer i rus- og psykisk helsefeltet i en liten kommune. Arbeidet er preget av nærhet mellom tjenesteytere og tjenestemottakere, og en fleksibel og pragmatisk tilnærming både innad i tjenestene og i relasjonen til kommunens øvrige tjenester. Samtidig har geografisk avstand betydning, og noen spesialisttjenester fremstår i praksis som relativt utilgjengelige for brukerne, noe som blant annet innebærer at kommunen har trukket seg fra deltakelse i ACT-teamet i regionen. I kapittel 9 tar Fineide, Løken og Haug for seg en mellomstor bykommune, der historisk nedfellede skiller mellom rus- og psykiske helsetjenester fremdeles preger arbeidet til tross for strukturelle tiltak, blant annet sammenslåing av tjenesteområdene. Forfatterne undersøker hvordan det tilrettelegges for både formell og uformell samordning internt i psykisk helse- og rustjenester og mot de andre virksomheter i kommunen. Kapitlet peker på hvordan profesjonenes koordinatorfunksjoner og felles drift av et aktivitetssenter

bidrar til å kompensere for manglende formelle samordningsstrukturer. Forfatterne løfter frem betydningen av og begrensningene med «dagligdagse» uformelle samordningsgrep for å sikre integrerte tjenester for mennesker med ROP-lidelser. I kapittel 10 studerer Røste og Bjørkquist endringsprosesser i en bydel i en storby ut fra et innovasjonsperspektiv. Endringsprosessene her preges av å skulle finne organisatoriske løsninger på egen hånd – som et resultat av en «dobbel autonomi» der kommunedelen er relativt autonom med hensyn til organisering av tjenestestrukturen fra kommunen, mye som en parallell til kommuneinstitusjonenes relative autonomi fra statlige myndigheter. Søkingen etter lokale løsninger kan derfor studeres i et innovasjonsperspektiv, men med preg av tunge og langvarige, mer som sirkulære enn lineære, beslutningsprosesser. De fire kommunekapitlene illustrerer derved hvordan nasjonalstatlige rammebetingelser må fortolkes innenfor ulike kommunale kontekster – og at dette i sin tur kan forklare store ulikheter nasjonalt i de tjenestene som tilbys.

### Del 3 Tjenestenivå – praksis i tjenesteyting

De tre neste kapitlene omhandler noen av de tjenestene som er aktuelle for ROP-brukere. Dette er særlig tilfelle for spørsmål om å finne hensiktsmessig bolig og arbeid, men for mange er også kriminalomsorgen et viktig tilbud i skjæringsflaten mellom soning og tilbakevending til lokalsamfunnet. I kapittel 11 tar Hansen for seg boligspørsmålet, der studier av den statlige politikken for boligsosialt arbeid gjennomgås, før strategier for å ivareta denne politikken på lokalt nivå studeres i et prosessperspektiv: hvordan en definerer boligbehov, tildelingsprosesser og kopling til andre relevante tjenester. Et hovedpoeng er at disse prosessene – som en refleks av særtrekk ved de kommunene som er studert – er svært ulike. Men samtidig har utfordringene knyttet til brukernes boligtilbud mange likhetstrekk. Tildeling av tilrettelagt bolig er en særlig utfordring, blant annet fordi mange brukere ikke klarer å fungere adekvat i de boligene de disponerer. Det er også begrenset samarbeid mellom de tjenestene som yter tjenester til brukerne. En løsning er derfor å organisere en tjeneste som har et helhetlig ansvar for både tildeling og tjenesteyting til disse brukerne.

I kapittel 12 tar Fugletveit for seg hvilken betydning arbeid og aktivitet har for å skape en meningsfull hverdag for ROP-brukere, med særlig vekt på rusfeltet. Kapittelet er i sin helhet basert på intervju med brukere. Studien er inspirert av analysetradisjonen symbolsk interaksjonisme, der fortolking av mening er sentralt. En av konklusjonene er at å benytte arbeid som del av et behandlingsopplegg er utfordrende, blant annet fordi arbeidet ofte ikke er tilpasset brukerens situasjon og at det er utfordringer med hensyn til at brukere skal integreres på lik linje med øvrige ansatte på arbeidsplassen.

Kapittel 13 tar for seg oppfølging av ROP-brukere under og etter soning i fengsel. Her dreier det seg særlig om tilrettelegging av innholdet i soningsperioden for å ivareta mål om at domfelte etter soning skal være bedre i stand til å leve et liv uten kriminalitet – i tråd med intensjonene for den statlige kriminalitetspolitikken. I kapittelet gjennomgår Hansen ulike strategier som benyttes for å skape et helhetlig tilbud til ROP-brukere i fengsel, og samhandling med kommunale tjenesteytere. Oppmerksomheten rettes mot kriminalomsorgens og kommunale tjenesteyteres synspunkter på utfordringene med samarbeidet, og konkluderer med at tiltak i kriminalitetsomsorgen fremstår som oppdelte, og at verken kriminalitetsomsorgen eller helse- og velferdstjenestene legger opp til samarbeidslæring – noe som gjør samarbeid mellom de ulike profesjonsgruppene vanskelig.

I det siste kapittelet, kapittel 14, gir redaktørene en sammenfattende analyse. Med utgangspunkt i de spørsmålene som forskningsprosjektet ROPIT stiller, settes de utfordringene som er identifisert i kapitlene foran i sammenheng med de analytiske perspektiver som er presentert i kapittel 2. Her er det viktigste poenget at det – til tross for politisk og faglig vilje, og mange organisatoriske grep som peker i riktig retning – fremdeles er store utfordringer med å etablere integrerte, helhetlige tjenester for mennesker med rus- og psykiske lidelser.

## Referanser

- Axelsson, R. & Axelsson, S. B. (2014). Organisering av samverkan – modeller svårigheter och möjligheter. I E. Willumsen & A. Ødegård (Red.), *Tverrprofesjonelt samarbeid – et samfunnsoppdrag* (s. 205–218). Universitetsforlaget.



- Bjørkquist, C. & Fineide, M. J. (Red.). (2019). *Organisasjonsperspektiv på samordning av helse- og velferdstjenester*. Cappelen Damm Akademisk.
- Bjørkquist, C. & Hansen, G. V. (2018). Coordination of services for dual diagnosis clients in the interface between specialist and community care. *Journal of Multidisciplinary Healthcare*, 11, 233–243. <https://doi.org/10.2147/JMDH.S157769>
- Donald, M., Dower, J. & Kavanagh, D. (2005). Integrated versus non-integrated management and care for clients with co-occurring mental health and substance use disorders: A qualitative systematic review of randomised controlled trials. *Social Science and Medicine*, 60, 1371–1383.
- Drake, R. E., Essock, S. M., Shaner, A., Carey, K. B., Minkoff, K., Kola, L., Lynde, D., Osher, R. C., Clark, R. E. & Rickards, L. (2001). Implementing dual diagnosis services for clients with severe mental illness. *Psychiatric services*, 52(4), 469–476. <https://doi.org/10.1176/appi.ps.52.4.469>
- Drake, R. E. & Mueser, K. T. (2000). Psychosocial approaches to dual diagnosis. *Schizophrenia Bulletin*, 26(1), 105–118.
- Hannigan, B. & Coffey, M. (2011). Where the wicked problems are: The case of mental health. *Health Policy*, 101(3), 220–227. <https://doi.org/10.1016/j.healthpol.2010.11.002>
- Helsedirektoratet. (2012). *Samtidig ruslidelse og psykisk lidelse (ROP-lidelser)* [Nasjonal faglig retningslinje]. <https://www.helsedirektoratet.no/retningslinjer/samtidig-ruslidelse-og-psykisk-lidelse-rop-lidelser>
- Helsedirektoratet. (2015). *Internasjonalt perspektiv på psykisk helse og helsetjenester til mennesker med psykiske lidelser* (Rapport IS-2314). Helsedirektoratet.
- Helse- og omsorgsdepartementet. (2014). *Oppdragsdokument 2014. Helse Sør-Øst RHF*. Helse- og omsorgsdepartementet.
- Helsetilsynet. (2016). *Risikovurdering av tjenester til personer med samtidig ruslidelse og psykisk lidelse* (Rapport 3/2016). Helsetilsynet.
- Hustvedt, I. B., Bosnic, H. & Håland, M. E. (2019). *BrukerPlan. Tjenestemottakere med rusproblemer og psykiske helseproblemer i kommunen* (Årsrapport 2019). Helse Stavanger.
- Hudson, B. (2004). Analysing network partnerships. *Public Management Review*, 6(1), 75–94. <https://doi.org/10.1080/14719030410001675740>
- Kedote, M. B. A. & Champagne, F. (2008). Use of health care services by patients with co-occurring severe mental illness and substance use disorders. *Mental Health and Substance Use. Dual Diagnosis*, 1(3), 216–227.
- Kjellberg, F. & Reitan, M. (1995). *Studiet av offentlig politikk – en innføring*. Tano Aschehoug.
- Meld. St. 19 (2014–2015). *Folkehelsemeldingen. Mestring og muligheter*. Helse- og omsorgsdepartementet. <https://www.regjeringen.no/contentassets/7feod99020b4e0fb61f35e1e05c84fe/no/pdfs/stm20142015001900odddpdfs.pdf>

- Mueser, K. T. & Gingerich, S. (2013). Treatment of co-occurring psychotic and substance use disorders. *Social Work in Public Health*, 28, 424–439.
- Nordentoft, M., Wahlbeck, K., Hallgren, J., Westman, J., Urban, O., Alinaghizadeh, H., Gissler, M. & Laursen, T. M. (2013). Excess mortality, causes of death and life expectancy in 270,770 patients with recent onset of mental disorders in Denmark, Finland and Sweden. *PLoS one*, 8(1), e55176. <https://doi.org/10.1371/journal.pone.0055176>
- Ramsdal, H. & Hansen, G. V. (2016). The organisation of local mental health services in Norway. *Evidence & Policy: A Journal of Research, Debate and Practice*, 13(4), 605–622. <http://dx.doi.org/10.1332/174426416X14715382995623>
- Rittel, H. W. & Webber, M. M. (1973). Dilemmas in a general theory of planning. *Policy Sciences*, 4(2), 155–169. <https://doi.org/10.1007/bf01405730>
- St.meld. nr. 47 (2008–2009). *Samhandlingsreformen. Rett behandling – på rett sted – til rett tid*. Helse- og omsorgsdepartementet. <https://www.regjeringen.no/contentassets/d4foe16ad32e4bbd8d8ab5c21445a5dc/no/pdfs/stm200820090047000dddpdfs.pdf>
- St.prp. nr. 63 (1998–98). *Om opptrappingsplan for psykisk helse 1999–2006. Endringer i statsbudsjettet for 1998*. Helse- og omsorgsdepartementet. <https://www.regjeringen.no/no/dokumenter/stprp-nr-63-1997-98-/id201915/>
- Van Zanten, A., Ramsdal, H., Barroso, J., Carvalho, M. & Freeman, R. (2012). *Knowledge, policy and regulation – public action in health and education*. Institute of Education, University of Lisbon.
- Ådnanes, M. & Steihaug, S. (2013). Obstacles to continuity of care in young mental health service users' pathways – an explorative study. *International Journal of Integrated Care*, 13(3). <http://doi.org/10.5334/ijic.1135>



## KAPITTEL 2

# Om ROPIT-prosjektet, teoretisk forankring og metode

*Catharina Bjørkquist*

Fakultet for helse, velferd og organisasjon, Høgskolen i Østfold

*Helge Ramsdal*

Fakultet for helse, velferd og organisasjon, Høgskolen i Østfold

**Abstract:** This chapter provides an overview of the ROPIT project on which many of the book's chapters rely. Firstly, we give a brief account of the theoretical perspectives behind the common basis of the chapters, especially institutional theory. We discuss how these perspectives may shed light on the processes for change within the policy and service field that people with addiction and mental health issues encounter. We then describe some characteristics of these transformative processes outlined in the first chapter, such as decentralization and the emergence of locally based services, professional development with an emphasis on user perspectives, and the challenges facing the services in relation to goals for coordinated and integrated services. An important point is that the development processes have relatively clear implications with regard to what one does not want to characterize the services, and in practice open up a far more unclear framework for how to structure the services. Secondly, the ROPIT project is described in greater detail. Finally, the method and data material of the ROPIT project, which the book's contributors also use in their analyses, are presented.

**Keywords:** interviews, institutional theory, integrated services, local services, methods

## Innledning

Som nevnt i kapittel 1 i denne antologien, er det en utfordring å skape helhetlige tjenester for mennesker med samtidige rus- og psykiske lidelser. Dette kan skyldes flere forhold, for eksempel at kunnskapsgrunnlag

Sitering av denne artikkelen: Bjørkquist, C. & Ramsdal, H. (2021). Om ROPIT-prosjektet, teoretisk forankring og metode. I C. Bjørkquist & H. Ramsdal (Red.), *Statlig politikk og lokale utfordringer: Organisering av tjenester innen rus og psykisk helse* (Kap. 2, s. 27–41). Cappelen Damm Akademisk. <https://doi.org/10.23865/noasp.140.ch2>  
Lisens: CC-BY 4.0

og faglige perspektiver på hvordan en mest effektivt bør organisere tjenestesystemet er usikkert og omstridt (Einstein, 2007). Men det kan også skyldes at de forvaltnings- og organisasjonsprinsipper som lokale tjenester skal forholde seg til, ikke egner seg til fleksibel og tilpasset tjenesteyting til den enkelte bruker. Vi vil også peke på de ulike utgangspunktene rus- og psykiske helsetjenester har hatt i forvaltningssystemet som en viktig forklaring på utfordringene med å skape helhetlige og integrerte tjenester.

Disse mulige forklaringene på de utfordringene denne brukergruppen står overfor, peker på usikkerhet knyttet til hvordan en skaper gode tjenester gjennom organisering. Når en tenker på at en i våre dager er særdeles opptatt av å etablere sikre, evidensbaserte kunnskaper om hvordan helse- og velferdssektoren skal organiseres, er det påfallende at en ikke har lyktes i å finne organisasjonsløsninger som kan anbefales på generelt grunnlag om organisering av disse tjenestene.

I 2012 ble Nasjonalt kunnskapssenter for helsetjenesten bedt om å gi en oversikt over effektene av lokale tiltak for å organisere tjenester for mennesker med psykiske lidelser (Forsetlund et al., 2012). I rapporten ble det identifisert over 4000 forskningsarbeid som omhandlet temaet på global basis, men kun 17 ble ansett å ha en kvalitet som kunne gi vitenskapelig evidens for at bestemte organisasjonsløsninger på feltet kunne anbefales. Og gjennomgåelsen av disse ble oppsummert ved at det «er et mangelfullt vitenskapelig grunnlag for beslutninger om den videre organiseringen av psykisk helsevern» (Forsetlund et al., 2012, s. 2).

Fra vårt synspunkt er denne konklusjonen ikke overraskende. Den viktigste grunnen er at det dreier seg om tjenester som er innbakt i historiske og kontekstuelle sammenhenger særegne for det enkelte land, og som derfor krever at organisasjonsløsningene må tilpasses kjennetegn både ved brukerne og det forvaltningssystemet disse løsningene skal virke innenfor.

Til tross for et usikkert kunnskapsgrunnlag for organisering av tjenestene, har det blitt tatt en rekke politiske initiativ for å styrke tjenestetilbudet og endre organisasjons- og styringsformer i feltet. Dette må ses i sammenheng med at psykiske plager og lidelser, gjerne sett i sammenheng med ruslidelser, er et omfattende samfunnsproblem som må

møtes med tiltak på en rekke ulike arenaer. Rus- og psykiske lidelser har fått stadig større oppmerksomhet de senere årene. Nylige politiske initiativ viser at utviklingen på feltet er et prioritert område. Ikke minst har reforminitiativ på dette feltet blitt møtt med stor oppmerksomhet i allmenheten. Disse har utløst sterk debatt – både i politiske sammenhenger og i fagmiljøene.

Likevel er rus- og psykiske lidelser som *tjenestefelt* ansett som «underforsket» (Norges forskningsråd, 2017). Dette kan ha flere grunner: for det første er det klart større forskningsressurser fordelt til somatiske enn til rus- og psykiske lidelser. For det andre er forskningen i hovedsak fokusert på sykdoms- og behandlingsformer, mens analyser av organisatoriske særtrekk ved tjenestefeltet ofte fremstår som biprodukt av studier på tilgrensede tema og problemstillinger. Og kanskje er også feltet så oppsplittet at også forskningen følger i fotsporene til enkelt-tjenester og enkeltdiagnoser og bekrefter, og kanskje til og med forsterker, den fragmenterte kunnskapen om tjenestesystemet (Ramsdal, 2014).

Behovet for helhetlige analyser, forankret i forvaltnings- og organisasjonsteoretiske perspektiver, vil kunne bidra til å bøte på disse utfordringene. Flere forskere knyttet til fagmiljøet ved mastergradutdanning i samordning av helse- og velferdstjenester ved Høgskolen i Østfold har over lengre tid studert reformer og tjenester innenfor rus- og psykisk helsefeltet. Dette har dreid seg om analyser av endringsstrategier i regionale tjenestesystem, om relasjoner mellom kunnskap og politikk på rus- og psykisk helsefeltet, evalueringer av nasjonale reformer og utprøving av nye organisasjons- og arbeidsformer. Disse analysene danner utgangspunktet for det prosjektet som er grunnlaget for denne boken: det såkalte ROPIT-prosjektet («Integrerte tjenester for mennesker med samtidige rus- og psykiske lidelser»). I de påfølgende kapitler er de kunnskapene som er tilegnet gjennom tidligere studier av feltet sett i sammenheng med dette prosjektet. Noen av kapitlene, særlig kapittel 6, 7, 11 og 13, trekker på data fra noen av de studiene som ligger utenfor ROPIT-prosjektets ramme. Men hovedsaken er likevel kunnskap vi har fått gjennom arbeidet i ROPIT-prosjektet, som alle forfatterne som har skrevet kapitler her, har vært tilknyttet.

## Systemiske og organisasjonsteoretiske perspektiver på rus- og psykiske helsetjenester

### Systemiske perspektiver på rus- og psykiske helsetjenester

Det fagmiljøet som denne boken springer ut av, har noen felles grunnlag: For det første er vi opptatt av å ivareta og utvikle kunnskap om feltet basert på en helhetlig forståelse. Dette betegner vi som et systemisk perspektiv på tjenestene, og målet er å først vise hvordan *systemiske perspektiver* på rus- og psykisk helsepolitikk og -tjenester kan bidra til å forklare særtrekk ved feltet, og hvordan endringer i feltet finner sted. McCubbin & Cohen (1996) argumenterer for at for å lykkes med reformer innenfor rus- og psykisk helsefeltet er det nødvendig å nærme seg feltet som et system preget av høy kompleksitet og dynamiske endringsprosesser. Dersom en ikke legger tilstrekkelig vekt på politiske, økonomiske og kulturelle særtrekk, vil det være vanskelig å gjennomføre reformer av mer dyptgripende karakter.

For det andre er våre analyser forankret i moderne organisasjonsteorier – først og fremst såkalte *institusjonelle teorier* som legger en ramme for de kommende kapitler. Vi vil først kort presentere det systemiske perspektivet, og deretter vise hvordan institusjonell organisasjonsteori kan bidra til analyser av endringsprosesser i feltet, med vekt på hvordan institusjonelle organisasjonsteorier kan fungere innenfor en systemisk ramme.

Et aspekt ved å presentere disse perspektivene og organisasjonsteoretiske rammene er at også forskningen om hvordan en skal organisere slike tjenester er hevdet å være like fragmentert som tjenestene selv. Mange studier tar for seg enkelttiltak, behandlingsformer og terapier, og i den grad en er opptatt av organisering, dreier det seg som oftest om avgrensede tema. Den klassiske RCT-baserte forskningen går i retning de temaene som er nevnt her. Samspillet (eller manglende samspill) mellom politiske rammebetingelser og reformer, de forvaltningspolitiske rammene tjenestene arbeider innenfor, og de organisatoriske kjennetegn ved ulike tjenester sett i sammenheng, er sjelden gjenstand for forskning. Det gjelder innenfor kommuner, spesialisttjenester/helseforetak, og mellom

de sentrale aktørene i feltet. Internasjonalt er dette bildet minst like påfallende som i Norge.

Å skape et «helhetlig» bilde av tjenestesystemet er ikke enkelt. I et slikt perspektiv vil verdier, mål, virkemidler for drift og endring i tjenestene oppfattes som maktfordeling mellom politiske myndigheter, faglig-profesjonelle aktører, forvaltningsnivåer, brukere og andre interessenter. Samtidig kan en se at betydningen av systemiske perspektiver har endret seg noe, i hvert fall i formell forstand på et overordnet nivå, slik ideen om å studere «helsesystemet» i et land, som er et initiativ fra Verdens helseorganisasjon, kan være et eksempel på.

I innledningskapittelet foran viste vi til at rus- og psykiske helsetjenester kjennetegnes av tre utviklingstrekk: *desentralisering*, *brukermedvirkning* og *samordning*. Dette er kjennetegn som kan gjenfinnes i den internasjonale utviklingen av tjenestefeltet, etter anbefalinger fra blant andre Verdens helseorganisasjon (2001). Når disse endringene skjer, må de ses i sammenheng med at utgangspunktet har vært en dominans av store institusjoner, som særlig på psykiatrifeltet har dominert politiske og faglige perspektiver på tjenestene i lang tid. Brukernes stemme ble i all hovedsak ignorert, og utfordringene med samordning ble preget av at de ulike tjenestesteder fikk anledning til å arbeide på egen hånd – ut fra tenkningen om at «hvis vi (på vår institusjon) får gjøre som vi vil, kan dere gjøre som dere vil». Dette ble betegnet som «negativ samordning» (Mintzberg, 1978; Ramsdal, 1996). De tre utviklingsprosessene som er nevnt her, må derfor ses i sammenheng og som tre sider av samme sak: de representerer en omfattende reorganisering av helsesystemet hvor rus- og psykiske tjenester inngår, både for å endre organisasjonsformer, kunnskapsgrunnlag og arbeidsformer. De endringsprosessene vi taler om, innebærer derfor også en, i et historisk perspektiv, omfattende maktforskyvning i feltet.

Når kommunene får et stadig større ansvar for flere brukergrupper, og for brukere som har komplekse og langvarige behov, får det store konsekvenser for kommunene hvilke utfordringer spesialisthelsetjenestene står i og hvordan de løser sine oppgaver. Hvordan kommunene møter og erfarer disse risikopunktene blir diskutert i denne boken. Samordning og samarbeid i tjenestene krever integrasjon på to dimensjoner: på den vertikale akse mellom spesialisttjenester og kommunale tjenester, i tillegg



til samarbeid med private helseaktører. På den horisontale aksene mellom rustjenestene, som har sin historiske forankring i lokale tiltak og tjenester, og spesialisttjenestene – som forventes å bli mer kompakte, kunnskapsintensive og med behandlingsfokuserede arbeidsformer forankret i helseforetakene.

Det konkrete utgangspunktet for kapittelet er den omfattende litteraturen om «mental health reforms» som i hovedsak har konkludert med at psykiske helsereformer er stadig mer nødvendige, men ikke har endret praksis i nevneverdig grad, stort sett basert på studier i USA, Canada, Storbritannia og enkelte andre europeiske land. Denne litteraturen er opptatt av at finanspolitiske hensyn, det vil si innsparinger, har spilt en viktig rolle for reformarbeidet ved å kunne samvirke med de-institusjonaliseringsprosesser.

## Institusjonelle organisasjonsteorier som ramme for konkrete analyser

I sin klassiske tilnærming har institusjonelle organisasjonsteorier lagt vekt på at etablerte rutiner, vaner og verdier er bygget inn i eksisterende organisasjoner, og derved gir organisasjoner et relativt stabilt preg. Etter hvert har institusjonell organisasjonsteori blitt mer opptatt av dynamikken mellom stabilitet og endring – om hvordan endringer skjer innenfor relativt stabile rammer, og hvordan stabile trekk kan gjenkjennes der det tilsynelatende skjer endringer (Brunsson & Olsen, 1993; Meyer & Rowan, 1977). I moderne organisasjonsteori er en også opptatt av det en betegner som «historisk institusjonalisme» – der ulike organisasjons- og tjenestefelt påvirkes av aktører som ønsker endring, men også av krefter som ønsker å bevare eksisterende ordninger. Analyser av dette skjer ofte ved at en knytter an til begrepet «felt», som blir benyttet for blant annet å vise hvordan ulike hensyn, perspektiver, verdier blir representert på et bestemt organisasjons- og arbeidsfelt (Thelen & Steinmo, 1992). Innenfor denne tradisjonen er endring potensielt knyttet til tre prosesser: For det første små, såkalt inkrementelle (skrittvis) endringer som ikke innebærer for store provokasjoner for eksisterende strukturer og maktsentra, og for det andre: «transformative» endringer, der en faktisk endrer

etablerte mønstre og ordninger relativt grunnleggende, men gjennom en utvikling som skjer gradvis, over lengre tid. Her vil oppmerksomhet kunne knyttes til om de enkelte endringsforslag som presenteres, kan sies å bidra til langsiktige endringsprosesser. Og for det tredje at en opplever endringer på kritiske avgjørelsespunkter (*critical junctures*) der en foretar beslutninger som innebærer avgjørende veivalg og skaper radikal endring (Capoccia & Keleman, 2007; Thelen & Steinmo, 1992).

Vi har innledningsvis benyttet begrepet «rus- og psykisk helsefeltet» som en fellesbetegnelse på de tjenestene vi studerer. Feltbegrepet er imidlertid ikke selvforklarende. Innenfor institusjonelle organisasjonsteorier dreier det seg om at aktører på et område deler noen grunnleggende ideer om organisasjons- og arbeidsformer, men for øvrig kan ha ulik forståelse og motstridende interesser knyttet til sitt engasjement i feltet. Vi er opptatt av de endringsprosesser som påvirker lokal tjenesteutvikling for ROP-brukere. Det innebærer at vi ser på organisasjons- og styringsformer i et dynamisk perspektiv, og som de ulike kapitlene vil vise, er feltet i stadig utvikling. Dette skjer dels gjennom nasjonale statlige reformer og beslutninger om enkelttiltak, og dels ved lokale omorganiseringprosesser.

Vi oppfatter disse teoretiske inntakene knyttet til systemiske perspektiver og institusjonelle organisasjonsteorier som fruktbare grunnlag for de analysene vi foretar i boken. Rus- og psykisk helsefeltet har ulike historiske grunnlag. Feltet har vært delt av organisatoriske, faglige og politiske skillelinjer som har etablert ulike fagtradisjoner og rekrutteringsgrunnlag og vært opptatt av sine respektive særpreg. De endringsprosessene vi studerer, finner sted i skjæringspunktet mellom tradisjon og fornyelse. De nasjonale mål om integrering og samordning i lokale tjenester er krevende å gjennomføre, nettopp fordi institusjonaliserte normer, verdier og tradisjoner er segmentert i ulike organisasjoner – blant annet gjenspeilet i at brukerne har vært kanalisert gjennom to ulike systemer. Vi vet at de endringsprosessene som initieres, må gjennomføres ved at lokale aktører tolker nasjonale krav og forventninger og har rom for ulike strategier i iverksettingen av disse kravene og forventningene. Slik vi ser det er det derfor viktig å vise hvordan nasjonale politiske mål og strategier, for eksempel manifestert i reformer og opptrappingsplaner, møter lokale

særtrekk der en må finne konkrete løsninger for å oppnå bedre samordning og samarbeid overfor brukerne. I kapittel 4 og 5 tar vi for oss de strategier statlige myndigheter har anvendt i dette arbeidet, før vi konsentrerer oss om kommunale endringsprosesser og utvikling på noen utvalgte tjenestefelt.

## Om ROPIT-prosjektet

Forskningsprosjektet ROPIT, som boken bygger på, er finansiert av Norges forskningsråd. Det startet opp i januar 2018 og avsluttes desember 2021. Prosjektet har som mål å gi bedre forståelse av utfordringene og mulige organisatoriske innovasjoner for å forbedre tjenestetilbudet for mennesker med sammensatte og komplekse behov, her eksemplifisert med mennesker med samtidige ruslidelser og psykiske lidelser. Det innebærer at prosjektet tar utgangspunkt i organisasjonsteoretiske perspektiver for å analysere hvordan ulike former for samordning skjer, og om endringer i tjenestene bidrar til fragmentering eller integrering av tjenester til mennesker med sammensatte og komplekse behov. Formålet med studien er å utvikle kunnskap som forskningsfeltet kan bygge videre på og som ledere, tjenesteytere og studenter kan anvende og overføre til egen praksis, og som også kan bidra til utvikling av tjenestene og helse- og velferdssektoren mer generelt. Det innebærer en vektlegging av forholdet mellom nye organisasjonsformer, organisering av arbeid, ansattes arbeidsbetingelser og kvalitet i tjenestene.

De overordnede målene for disse tjenestene kan syntetiseres slik: Det dreier seg om å skape likeverdige tjenester for brukerne, at det skal bli bedre samhandling mellom de ulike deler av tjenesteapparatet, at brukerperspektiver skal ha større innflytelse på utformingen av tjenestene, at tjenestene skal bli mer lokalbaserte, og at de skal bli basert på dagens kunnskaper om effektive tjenester, tiltak og behandlingsformer (Riksrevisjonen, 2021).

I prosjektet har vi tatt utgangspunkt i de mål og krav til økt samhandling som er formulert i ulike nasjonale styringsdokumenter, planer og veiledere. Vi har særlig undersøkt hvordan kommunene ivaretar anbefalinger om samhandling i den nasjonale faglige retningslinjen IS-1948

(Helsedirektoratet, 2012). Her nevnes en rekke spesifikke forventninger til tjenestene til mennesker med ROP-lidelser. Det må være et samarbeid mellom spesialisttjenestene og de kommunale tjenestene. I samarbeidsavtalene bør rutiner for utskriving, faglig og økonomisk samarbeid være avklart. For den enkelte bruker er det individuell plan som avklarer samarbeidet. Det er kommunen og NAV som i fellesskap har ansvar for at alle mennesker med ROP-lidelser får et samordnet og integrert tilbud i kommunen. Flere av disse forventningene blir diskutert i ulike sammenhenger i bokens kapitler, og i avslutningskapittelet gis en samlet vurdering av de faktorer som fremmer og hemmer utviklingen av tjenestene i forhold til disse målene.

Den nasjonale politikken på feltet har i stor grad dreid seg om å sikre at ulike aktører i ulike forvaltningsnivå iverksetter lokale tiltak som ivaretar disse målene. Det er grunn til å peke på at det har vært og er stor grad av politisk enighet om de nasjonale mål og ambisjoner om bedre samhandling i tjenestesystemet. Det er også stor grad av enighet om virkemidlene som bør benyttes, men det er erkjent at det er mange utfordringer når det gjelder å realisere disse målene. Så hvorfor representerer da likevel koordinering og samarbeid så store utfordringer for ROP-brukere når det kommer til den praktiske virkelighet?

Helsetilsynet (2016, s. 13) har gjennomført en risikovurdering av tjenester til mennesker med samtidige rus- og psykiske lidelser. Vurderingen gjelder både spesialisthelsetjenestene og de kommunale tjenestene. Rapporten skisserer flere risikopunkter hvor tjenestene svikter overfor denne brukergruppen. I denne sammenhengen er følgende særlig relevant: brukermedvirkning på individnivå er mangelfull, bruker får ikke tilpasset bolig, tilpasset aktivitetstilbud mangler, dobbeltkompetanse mangler i kommunene, samhandling i kommunene er svak og samarbeid mellom spesialisthelsetjenesten og kommunene er ikke aktivt.

Fragmenterte tjenester fortsetter å være en utfordring både på kommunalt nivå og i spesialisthelsetjenesten, og ikke minst i grenseflatene mellom disse tjenestene. Man kan spørre seg om det ikke prioriteres, verken i systemet eller av tjenesteyterne. Eller prioriteres det av noen tjenesteytere; noe som krever en viss autonomi og kompetanse hos tjenesteutøverne?

Studien som de fleste kapitlene i boken bygger på, omfatter ulike analysenivåer innenfor rus- og psykisk helsefeltet. Det inkluderer hvordan den overordnede nasjonale politikken på feltet er utformet, hvordan tjenestene er strukturert, samt brukernes erfaringer med tjenestene. På lokalt nivå studerer vi tjenestetilbudet for målgruppen i tre kommuner og deres erfaringer med spesialisttjenestene. Vi har kartlagt hvordan tjenestetilbudet utvikles, problemene målgruppen står overfor i møtet med tjenestene, hvilke organisatoriske løsninger som er etablert og hvilke innovative løsninger som er under utvikling.

## Metode

Vi har benyttet flere metodiske tilnærminger i ROPIT-prosjektet som har frembrakt det empiriske materialet de fleste av kapitellforfatterne benytter i sine respektive analyser. Dette inkluderer et felles utgangspunkt i forskningsdesign som beskrives nedenfor, etterfulgt av en beskrivelse av kommunene som inngår i prosjektet, utvelging informanter, gjennomføring av et seminar med gruppeintervjuer, intervjuer med brukere og ansatte og møter med ansatte og ledere i kommunene. I tillegg har vi gjennomgått en rekke dokumenter om rus- og psykiske helsetjenester – både nasjonalt, regionalt og i de aktuelle kommunene.

## Forskningsdesign

De utviklingstrekkene vi har presentert foran, innebærer at våre analyser har tatt utgangspunkt i lokale prosesser for å endre tjenestene og de rammebetingelsene som statlige myndigheter og spesialisttjenestene legger for de lokale endringsprosessene. Når kommunene får et stadig større ansvar for flere brukergrupper, og for brukere som har komplekse og langvarige behov, får det store konsekvenser for kommunene, men også for hvilke utfordringer spesialisthelsetjenestene står i og hvordan de løser sine oppgaver. Hvordan kommunene møter og erfarer disse utfordringene blir diskutert i denne boken. Det forskningsdesignet vi har benyttet, tar utgangspunkt i at samordning og samarbeid i tjenestene krever integrasjon på to dimensjoner: på den vertikale akse mellom spesialisttjenester

og kommunale tjenester, i tillegg til samarbeid med private helseaktører. På den horisontale akse mellom rustjenestene, som har sin historiske forankring i lokale tiltak og tjenester, og spesialisttjenestene, som forventes å bli mer kompakte, kunnskapsintensive og behandlingsfokuserede arbeidsformer forankret i helseforetakene.

Bokkapitlene er i stor grad basert på forskning i de tre kommunene som alle var med som samarbeidspartnere i ROPIT-prosjektet. Kommunene varierer i størrelse, organisering av tjenester og tjenestekompleksitet. Storbykommunen (ca. 50 000 innbyggere) og den mellomstore kommunen (31 200 innbyggere) representerer komplekse servicesystemer i urbane områder, mens den lille kommunen (3600 innbyggere) representerer et mindre komplekst servicesystem i et mindre sentralt område. I den lille kommunen er tjenestene til målgruppen organisert i ett team. Den mellomstore kommunen har en enhet som inkluderer både psykisk helse- og rustjenester. Tjenestene er imidlertid delt inn i to seksjoner, hver med egen mellomledelse og budsjett. Da prosjektet startet, hadde den store kommunen organisert psykisk helse- og rustjenester hver for seg som forskjellige enheter med egne budsjetter. Tjenestene ble slått sammen omtrent midtveis i prosjektperioden. Storbykommunen har en relativt høy andel mennesker med samtidig rus- og psykiske lidelser.

Data er samlet inn ved intervjuer, dokumenter og møtedeltakelse. Nedenfor følger en redegjørelse for dette felles datasettet.

Forskere og deltakere fra de tre kommunene møttes først gang i en oppstartkonferanse våren 2018 hvor prosjektet og prosjektdeltakerne ble presentert. Hovedhensikten var å gi kommunene mulighet til å gi en oversikt over hva de så på som viktige forhold til knyttet til tjenester til mennesker med samtidige rus- og psykiske lidelser. Det bidro med bakgrunnskunnskap som grunnlag for forståelse av de ulike kontekstene som ansatte og ledere i tjenestene befinner seg i.

## Datakilder

Høsten 2018 arrangerte vi et heldagsseminar med deltakere fra alle tre kommunene. Hensikten var å samle ansatte og ledere fra de tre kommunene slik at de kunne dele erfaringer samtidig som vi gjennomførte

gruppeintervjuer som datainnsamling i prosjektet. I alt syv gruppeintervjuer ble gjennomført under seminaret, som var delt inn i to økter. Vi valgte å bruke gruppeintervjuer i begge øktene, men med forskjellige komposisjoner, som beskrevet mer detaljert nedenfor. Gruppene besto av tre til fem deltakere.

Ledere fra de tre kommunene utgjorde én gruppe og deltok i seminarets første halvdel, inkludert uformelle samtaler under lunsj. Målet med å intervju lederne i en gruppe for seg, var å diskutere noen overordnede spørsmål på tvers av de tre fellestjenestene. Temaene var: utfordringer og suksesshistorier, samarbeid med spesialisthelsetjenestene, faglige perspektiver som styrer tjenestene og hvordan det jobbes med å iverksette dem i praksis, og til slutt hvordan de arbeidet med å iverksette statlige føringer lokalt.

Gruppene med tjenesteytere ble organisert med forskjellige gruppesammensetninger for de to øktene på seminaret. I den første økten ble alle deltakerne (sykepleiere, sosialarbeidere og fagarbeidere) delt inn i tre grupper ut fra hvilken kommunene de jobbet i. Målet var å få kunnskap om hvordan tjenesteyterne i hver kommune opplever tjenestene de tilbyr til mennesker med samtidige rus- og psykiske lidelser. Gruppene ville således være forskjellige fra hverandre, men medlemmene i gruppen hadde en felles arbeidskontekst som gjorde det mulig for oss å sammenligne på tvers av gruppene (kommunene) (Brandt, 1996). Noen av temaene i intervjuguiden falt sammen med temaene som ble brukt da vi intervjuet lederne. Mer spesifikt var temaene utfordringer og suksesshistorier, faglige perspektiver som styrer praksis, involvering av brukere og pårørende, integrering av rus- og psykiske helsetjenester og i hvilken grad interne prosedyrer brukes, og hvordan ansatte jobber med andre tjenester som bolig, arbeid/skole/aktivitet og inntekt.

I den andre økten ble deltakerne igjen delt inn i tre grupper, men denne gangen var gruppene satt sammen av en til to deltakere fra hver av kommunene. Denne sammensetningen gjorde det mulig for de ulike aktørene å utveksle synspunkter på tvers av kommuner og organisasjoner, og dermed skape en noe annen gruppedynamikk fra den første intervjurunden (Andvig, 2014). Temaene var hvordan de opplevde samarbeidet med blant annet spesialisthelsetjenesten, både somatikk, rus og psykisk helse,

kriminalomsorg, bolig og NAV. I tillegg var vi interessert i om deltakerne kunne diskutere hva opplevde som felles tilnærminger til måten å jobbe på og de viktigste forskjellene, deriblant faglige ressurser og holdninger til statlige føringer.

Videre har vi gjennomført møter og gruppeintervjuer i alle kommunene med deltakere fra både psykiske helsetjenester og tjenester for rusoppfølging. I tillegg har vi møtt ledere og teamledere som er ansvarlige for tjenester til mennesker med samtidig avhengighet og psykiske problemer i alle tre kommunene. Her har vi diskutert organiseringen av relevante tjenester, inkludering og avgrensning av målgruppen, omfang og utfordringer. Sammen med dokumenter som strategi og handlingsplaner og ulike oversikter over målgruppen, utgjør informasjon fra disse møtene bakgrunnsinformasjon. Der hvor de inngår som en del av analysen, er det diskutert spesielt i det enkelte kapittel.

Ledere i de ulike kommunene har valgt ut hvem som skulle delta på seminaret og i møter. Fra vår side var det et kriterium at ansatte samlet sett, teamledere og ansatte i førstelinjen, skulle ha tilknytning til både de psykiske helsetjenestene og tjenestene til mennesker med rusproblemer. Samtidig skulle deltakerne ha ulik profesjonsbakgrunn med tanke på at ulike perspektiver ble ivaretatt. De som ble rekruttert til seminaret, ble samtidig rekruttert til å delta i gruppeintervjuene.

Videre har vi intervjuet til sammen 13 brukere i de tre kommunene, fem i henholdsvis den minste og mellomstore kommunen og tre i storbykommunen. Brukerne ble rekruttert gjennom ledere og ansatte i tjenestene. Tema for intervjuene var hvilke tjenester de mottok, hvordan tjenestene har fungert med hensyn til tilgjengelighet og tilnærming til samtidig rus- og psykisk lidelse, koordinator eller kontaktperson, individuell plan og bolig.

I tillegg er en rekke nasjonale policy-dokumenter, veiledere og retningslinjer benyttet som bakgrunnsmateriale. Kommunale strategi- og handlingsplaner, budsjett og årsmeldinger utgjør også bakgrunnsmateriale for forståelsen av lokale utforming. Der hvor dokumentene utgjør en del av analysen, er analysestrategien redegjort for i de ulike kapitlene.

Ved siden av datamateriale fra ROPIT-prosjektet er antologien supplert med bidrag som bygger på annen forskning forfatterne har gjennomført



tidligere eller parallelt med prosjektet. Det gjelder blant annet kapittel 7, om kommunal organisering, som er basert på en tidligere kvalitativ case-studie som bygger på intervjuer med ledere og medarbeidere i hjemme-tjeneste og psykisk helsetjeneste.

Det ble foretatt noen metodiske endringer underveis i prosjektet. Prosjektsøknaden la opp til at brukere og ansatte skulle involveres i deler av datainnsamlingen og analysen. Involveringen skulle sikres gjennom bruk av *concept mapping* som metode for å strukturere dialogarenaer mellom tjenesteytere, brukere, pårørende og forskerne for å kartlegge tjenestene. Stipendiaten i ROPIT-prosjektet var tillagt et særlig ansvar for å anvende og dokumentere *concept mapping*. Metoden er egnet til å utforske hva berørte parter mener er viktig knyttet til et bestemt tema eller utsagn og gir verktøy for å strukturere og konseptualisere komplekse ideer. Arbeidet var godt i gang, og stipendiaten hadde gjort en rekke avtaler tidlig i mars 2020. Covid-19 og den påfølgende nedstengingen gjorde at tilgangen til og muligheten for å samle en gruppe mennesker, slik *concept mapping* legger opp til, gjorde det vanskelig å gå frem som planlagt. Prosjektet og stipendiaten hadde gjort noen erfaringer med metoden generelt og involvering av brukere og pårørende i forskning spesielt som vi mener det er verdt å diskutere. Dette er å finne i bokens kapittel 3.

## Referanser

- Andvig, E. (2014). Förundran i hermeneutisk forskning – ett exempel från fokusgruppsamtal. I E. Lassenius & E. Severinsson (Red.), *Hermeneutik i vårdpraxis. Det nära, det flyktiga, det dolda* (s. 197–207). Gleerups Utbildning.
- Brandt, B. (1996). Gruppeintervju: Perspektiv, relasjoner og kontekst. I H. Holter & R. Kalleberg (Red.), *Kvalitative metoder i samfunnsforskning* (s. 145–165). Universitetsforlaget.
- Brunsson, N. & Olsen, J. P. (1993). *The reforming organization*. Routledge.
- Capoccia, G. & Keleman, K. D. (2007). The study of critical junctures: Theory, narrative, and counterfactuals in historical institutionalism. *World Politics*, 59(3), 341–369. <https://doi.org/10.1017/S0043887100020852>
- Einstein, S. (2007). Substance use(r) treatment and health disparities: Some considerations or an askance look at institutionalized substance use(r) intervention disparities. *Substance Use & Misuse*, 42(4), 671–686. <https://doi.org/10.1080/10826080701202296>

- Forsetlund L., Lidal, I. B. & Austvoll-Dahlgren A. (2012). *Effekter av ulike organiseringstiltak for tjenester innen psykisk helsevern* (Rapport 05–2012). Nasjonalt kunnskapssenter for helsetjenesten.
- Helsedirektoratet. (2012). *Samtidig ruslidelse og psykisk lidelse (ROP-lidelser)* [Nasjonal faglig retningslinje]. <https://www.helsedirektoratet.no/retningslinjer/samtidig-ruslidelse-og-psykisk-lidelse-rop-lidelser>
- Helsetilsynet. (2016). *Risikovurdering av tjenester til personer med samtidig ruslidelse og psykisk lidelse* (Rapport 3/2016). Helsetilsynet.
- McCubbin, M. & Cohen, D. (1999). A systemic and value-based approach to strategic reform of the mental health system. *Health Care Analysis*, 7(1), 57–77. <https://doi.org/10.1023/a:1009443902415>
- Meyer, J. & Rowan, B. (1977). Institutionalized organizations: Formal structure as myth and ceremony. *American Journal of Sociology*, 83(2), 340–363. <https://doi.org/10.1086/226550>
- Mintzberg, H. (1978). Patterns in strategy formation. *Management Science*, 24(9), 934–948. <https://doi.org/10.1287/mnsc.24.9.934>
- Norges forskningsråd. (2017). *Programplan 2017–: Gode og effektive helse-, omsorgs- og velferdstjenester – HELSEVEL*. Norges forskningsråd. <https://www.forskningsradet.no/siteassets/publikasjoner/1254032260838.pdf>
- Ramsdal, H. (1996). *Kan psykiatrien reformeres innenfra?* (Rapport 1996: 3). Høgskolen i Østfold.
- Ramsdal, H. (2014). Styring og organisering av tjenestene. I R. Norvoll (Red.), *Samfunn og psykisk helse* (Kap. 9). Gyldendal Akademisk.
- Riksrevisjonen. (2021). *Riksrevisjonens undersøkelse av psykiske helsetjenester* (Dokument 3:13). <https://www.riksrevisjonen.no/rapporter-mappe/no-2020-2021/undersokelse-av-psykiske-helsetjenester/>
- Thelen, K. & Steinmo, S. (1992). *Structuring politics: Historical institutionalism in comparative analysis*. MIT Press.
- Verdens helseorganisasjon. (2001). *The world health report 2001 – Mental health: New understanding, new hope*. WHO.



## KAPITTEL 3

# Rekruttering og deltakelse i kvalitativ forskning: Tjenestemottakere og pårørende som deltakere

*Therese Dwyer Løken*

Fakultet for helse, velferd og organisasjon, Høgskolen i Østfold

**Abstract:** The theme of this chapter is how to encourage service recipients and family caregivers to participate in research within the substance abuse and mental health field. The aim is to highlight the challenges in recruitment and participation in a qualitative social science study and to reflect on how these challenges can be addressed. This is done through autoethnographic methods. The data consists of own notes after meetings, telephone conversations and focus group interviews, in addition to email correspondence with relevant persons. The empirical material culminates in three main findings: “Traditional recruitment strategy”, “Recruitment via service recipients” and “Performing focus groups: Need for and willingness to adapt”. The challenges within the main themes are discussed using a reflective perspective. The challenges in the recruitment process were in contrast to the interest, motivation and goodwill shown by the participants during the data collection, hence the discussion is also critically oriented towards resource allocation and conditions for maintaining quality in the recruitment process.

**Keywords:** autoethnography, family caregivers, recruitment, reflexivity, research participation, service recipients

Sitering av denne artikkelen: Løken, T. D. (2021). Rekruttering og deltakelse i kvalitativ forskning: Tjenestemottakere og pårørende som deltakere. I C. Bjørkquist & H. Ramsdal (Red.), *Statlig politikk og lokale utfordringer: Organisering av tjenester innen rus og psykisk helse* (Kap. 3, s. 43–62). Cappelen Damm Akademisk. <https://doi.org/10.23865/noasp.140.ch3>  
Lisens: CC-BY 4.0

## Innledning

Temaet for dette kapittelet er hvordan man sikrer forskningsdeltakelse av tjenestemottakere og pårørende innenfor grupper som er vanskelige å nå. I dette kapittelet befinner deltakerne seg i rus- og psykisk helsefeltet, og forskningen det skal rekrutteres til er en kvalitativ samfunnsvitenskapelig ph.d.-studie. Målet med kapittelet er å belyse hvordan vi kan rekruttere og sikre deltakelse i forskning og samtidig ivareta hensikten og målet for forskningen. Jeg stiller spørsmålet: *Hva består utfordringer knyttet til rekruttering og deltakelse av tjenestemottakere og pårørende av, og hvordan kan de håndteres?* Dette utforsker jeg gjennom autoetnografisk metode.

Brukerinvolvering skal sikre at det forskes på relevante temaer for tjenestemottakerne, og at nye og innovative løsninger er i tråd med deres behov. Dette gjenspeiles i forskningspolitiske krav til brukerinvolvering (Meld. St. 16 (2010–2011) og helseforskningsprogrammene i Norges forskningsråd, som har mål om å gjøre tjenestene bedre og mer effektive (Norges forskningsråd, 2015). Kravet om brukerinvolvering i forskning handler om at tjenestemottakere og pårørende skal ha stemmer inn i forskning som har betydning for deres livssituasjon. Målet er å øke forskningens anvendbarhet og nytteverdi, uttrykt som bedre folkehelse, bedre behandling og bedre og mer effektive tjenester (Østensjø & Askheim, 2019). Brukerinvolvering i forskning legger også vekt på styrking av menneskers egen makt, motivasjon og handlingskompetanse, og av mange anses det som en demokratisk rett å delta i utviklingen av et felt som angår en selv (Borg et al., 2015). Samtidig skriver Norges forskningsråd at det er behov for mer kunnskap og kompetanse om hvordan brukere bør involveres for å sikre etisk forsvarlige prosesser (Norges forskningsråd, 2020).

De fleste vil være enige i at man må lytte til de som «kjenner hvor skoen trykker» når målet er å forske på og utvikle helse- og velferds-tjenester. Samtidig har tidligere forskning funnet faktorer som både muliggjør og hindrer en slik involvering (van der Ham et al., 2014). Med mindre de praktiske og etiske hindringene for å utføre forskning blir belyst, vil målene til helseforskningsprogrammene med tilhørende ressurser verken gi kvalitativt bedre studier eller forbedrede tjenester for

tjenestemottakerne (Pinfold et al., 2019). Gjennomføring av forskning er avhengig av at man får tak i de personene som best kan gi oss svar på forskningsspørsmålene. Målet med dette kapitlet er derfor å drøfte praktiske og etiske utfordringer knyttet til rekrutteringsprosessen og gjennomføringen av datainnsamlingen.

Videre følger en presentasjon av kunnskapsstatus knyttet til rekruttering av tjenestemottakere og pårørende og gjennomføring av fokusgrupper. Deretter følger beskrivelse av metoden for kapitlet, presentasjon av studien som erfaringene er hentet fra, et empirisk narrativ og en diskusjon av det jeg identifiserer som utfordringene og hvordan man kan tilnærme seg disse.

## Kunnskapsstatus

Forskningsmengden innenfor rus- og/eller psykiske helsetjenester er stor, men det finnes færre artikler om hvordan tjenestemottakere og pårørende fungerer som deltakere i forskningen. Av det som finnes handler det meste om rekruttering til randomiserte kontrollerte studier og kliniske studier, og mindre om rekruttering og deltakelse innenfor kvalitativ samfunnsforskning og fokusgrupper (Dyas et al., 2009; Webb, 2002).

Det er avdekket hindringer når det gjelder rekruttering av mennesker med rusavhengighet og psykiske utfordringer. Hindringene dreier seg om praktiske faktorer som transport til og fra møtestedet, mangel på belønning, språklige utfordringer, og/eller mer komplekse faktorer som opplevelse av stigma, mistillit til forskere, bekymringer knyttet til anonymisering/personvern og frykt for å oppleve forverring av sykdom (Draus et al, 2005; Woodall et al., 2010). Det finnes også studier som viser at pårørende kan være utfordrende å rekruttere. Mange er yrkesaktive i tillegg til at de har omsorgsoppgaver knyttet til tjenestemottakeren. Dette kan resultere i lite tid til forskningsdeltakelse (Leslie et al., 2019).

En måte å forsøke å sikre etisk forsvarlige forskningsprosesser, er å etablere samarbeid om rekruttering og deltakelse med ansatte og ledere i helse- og velferdsfeltet som har en opparbeidet troverdighet og tillit hos deltakerne (Emmel et al., 2007). Disse nøkkelpersonene har mulighetene til å bygge en fysisk og sosial bro mellom forskeren og deltakeren

(Clark, 2011). Samtidig har annen forskning avdekket utfordringer ved denne strategien, da nøkkelpersonene kan agere som portvakter snarere enn nøkkelpersoner i forskningen (Dyas et al., 2009). Alternative rekrutteringsstrategier kan derfor være å rekruttere via interesseorganisasjoner (Ngune et al., 2012), eller å henvende seg til tjenestemottakerne selv (Elliott et al., 2002).

Fokusgrupper med tjenestemottakere som deltakere har vist seg vel-egnet når tjenester innenfor rus og psykisk helse skal studeres (Connors & Franklin, 2000). I gruppeintervjuer reduseres følelsen av at man sitter i en terapeutisk samtale, slik individuelle intervjuer kan gi følelsen av. I tillegg gir det rom for flere kommunikasjonslinjer og dermed økt trygghet til å uttrykke tanker og erfaringer (Schulze & Angermeyer, 2003). Fokusgrupper legger også til rette for en grad av fleksibilitet og sensitivitet som kreves, og som er vanskelig å oppnå via andre metoder (Aldridge, 2014).

Fleksibilitet og sensitivitet er viktige elementer i en refleksiv holdning hos forskeren, noe som bør etterstrebes i alle ledd av forskningsprosessen (Titchen et al., 2017). Refleksivitet er nødvendig ettersom det kan oppstå utfordringer relatert til deltakernes kommunikative- og sosiale ferdigheter, i tillegg til mangel på erfaring med å dele tanker og erfaringer i gruppesamtaler. Derfor er det også nødvendig at moderatoren har tilstrekkelig med erfaring innenfor fokusgruppeintervjuer til å håndtere dette. Alternativt kan man forskeren ha med seg en mer erfaren forsker som støtte i denne håndteringen (Owen, 2001).

## Metode

For å besvare spørsmålet i dette kapittelet anvendes autoetnografi, som ifølge Baarts (2015) er når forskeren anvender egne tanker, følelser, erfaringer og reaksjoner til å forstå et spesifikt aspekt av egne erfaringer. Dette gir leseren tilgang til selve erfaringene. I dette kapittelet er erfaringene knyttet til rekruttering av tjenestemottakere og pårørende og gjennomføringen av fokusgrupper med disse deltakerne. Jeg anvender analytisk autoetnografi, som forbinder levd erfaring og bredere sosiale og kulturelle prosesser. Den analytiske orienteringen viser forbindelsen

mellom forskerens levde kontekst og selve erfaringen (Anderson, 2006). Et av målene i autoetnografi er å belyse aspekter som har negative effekter for personer innenfor den situasjonen som studeres (Klevan et al., 2019). Metoden gir derfor muligheter til å være refleksiv rundt egen praksis i møte med forskningsdeltakerne og de man samarbeider med, og hvilke valg man gjør underveis for å imøtekomme utfordringene og eventuelle negative effekter for deltakerne.

Erfaringsnotatene jeg har skrevet gjennom rekrutteringsprosessen og gjennomføringen av datainnsamlingen til ph.d.-studien bidrar som datamateriale i dette kapittelet. Utdrag fra dette presenteres som et empirisk narrativ bestående av egne notater etter møter, telefonsamtaler og fokusgrupper i tillegg til e-postkorrespondanse med aktuelle personer. Relevans for problemstillingen styrte utvalget av erfaringsnotater og rekkefølgen på disse. I tillegg er utdragene de som best illustrerer rekrutteringsprosessens og datainnsamlingsprosessens utfordringer. Det empiriske materialet munner ut i tre hovedfunn: «Tradisjonell rekrutteringsstrategi», «Rekruttering via tjenestemottakere» og «Gjennomføring av fokusgrupper: behov for og villighet til tilpasninger». Erfaringsnotatene presenteres i kronologisk rekkefølge innenfor hvert hovedfunn.

## Bakgrunn

Studien som erfaringene er hentet fra, er del av en ph.d.-studie hvor formålet var å studere kompetanse i kommunale helse- og velferdstjenester. Dette var en eksplorativ studie hvor det empiriske domenet befant seg i kommunale tjenester til mennesker med samtidig rusavhengighet og psykiske utfordringer. Det skulle rekrutteres tjenestemottakere og pårørende i tre norske kommuner. Inklusjonskriterierene var at de på det daværende tidspunktet eller tidligere i livet hadde samtidig rusavhengighet og psykiske utfordringer, eller var pårørende, og at de hadde omfattende erfaring med de relevante tjenestene. De aktuelle gruppene av deltakere var godkjente i prosjektsøknaden til Norsk senter for forskningsdata (NSD), og det var innvilget dispensasjon fra taushetsplikten hos Regionale komiteer for medisinsk og helsefaglig forskningsetikk (REK). Jeg hadde også utformet skriftlige informerte samtykkeskjemaer.



Datainnsamlingsmetoden var fokusgrupper, med en semistrukturert intervjuguide. Som startskudd i fokusgruppeintervjuene var det planlagt at deltakerne skulle fullføre et ufullstendig utsagn. Dette skulle være en slags idemyldring som var enkel å forholde seg til, samtidig som det kunne generere mange relevante ideer for studien. Intervjuguiden for øvrig besto av ulike momenter innenfor kompetanse og tjenestelevering. Fokusgruppene skulle gjennomføres i deltakernes nærmiljø, for å eliminere ekstra kostnader i forbindelse med reising til og fra. De skulle vare fra 1–1,5 time totalt, og deltakerne fikk et gavekort på 300 kr som kompensasjon for deltakelsen.

## Empirisk narrativ

### Tradisjonell rekrutteringsstrategi

April 2019: Jeg gjennomfører for tiden informasjonsmøter med de lederne i kommunene som fungerer som nøkkelpersoner i prosjektet. Et ledd i informasjonen er hvordan vi som forskningsgruppe belønner deltakelsen til tjenestemottakerne og pårørende, samt hvordan vi kompenserer for tiden ansatte og ledere hjelper oss med rekruttering og tilrettelegging. Et annet ledd er å beskrive inklusjonskriterier for deltakelse, fokus for studien og hva deltakelsen konkret innebærer. Den største kommunen deltar allerede i flere andre forskningsprosjekter. Til tross for et hektisk klima i tjenestene virker alle lederne positive til forespørselen, noe jeg er glad for.

Oktober 2019: I den minste kommunen involvert i studien går rekrutteringen lett og effektivt. Lederen uttrykker at de har et nært forhold til tjenestemottakerne og pårørende, og avtaler blir gjort uten at jeg må sende påminnelser underveis. Vi får bruke en time med en etablert samtalegruppe, og i forkant av det har jeg avtalt fokusgruppen med pårørende. I de to større kommunene går rekrutteringen av tjenestemottakere og pårørende sakte, og det er utfordrende. På grunn av geografisk avstand foregår kommunikasjonen på mail og telefon. Tiden går uten at jeg får respons på forespørselene, men etter noen måneder skjer det noe interessant.

Januar 2020: Rekrutteringen går sakte i den mellomstore kommunen! Jeg vurderer andre muligheter for tilgang til deltakere når jeg blir

oppringt av rusavdelingens nye leder. Han har arvet funksjonen som nøkkelperson for dette prosjektet fra den tidligere lederen. Han vil presentere seg og vite mer om sine ansvarsoppgaver. Jeg forteller ham at det er lenge siden vi startet rekrutteringsprosessen og at jeg har sendt påminnelse til de aktuelle lederne tidligere. Vi blir enige om at jeg sender han den informasjonen som har blitt sendt ut tidligere, samt et enkelt informasjonsskriv jeg har utarbeidet, slik at han kan lese seg opp på dette og dele med mulige deltakere. 17 dager senere (7. februar 2020) kommer denne e-posten:

Hei T,

Legger ved en liste av de vi har fått samlet sammen så langt. Har møtt vanskeligheter med å få noen pårørende interessert, til dags dato har vi bare en. I forhold til intervju med ansatte, tenker jeg vi bare finner en dato noen uker frem, så finner jeg ansatte til dette.

Tjenestemottakere som er interessert: 5, pårørende: 1.

Jeg takker for jobben han har gjort og tar kontakt med de foreslåtte personene. Endelig er det fremgang i rekrutteringen.

## Rekruttering via tjenestemottakere

November 2019: Prosjektlederen i ROPIT har fått kontakt med ei kvinne som vil delta. Kvinnen fortalte at kontaktpersonene hennes i kommunen hadde vurdert henne som for syk til å delta i forskningen. Dette var hun ikke enig i, og tok kontakt med prosjektleder selv. Jeg bestemmer meg for å sende henne en mail.

Utdrag fra mail 21. november 2019:

N: Så bra, jeg stiller:) Jeg kan høre med andre men kan du sende meg en kort og enkel tekst om hva det gjelder så kan jeg sende den ut til bekjente som kan være aktuelle? Ikke bruk for komplisert/faglig språk bare – da mister jeg de med en gang;)

Meg: Så flott! Jeg har et dokument her som jeg har revidert. Hva syns du om det? Er den enkel nok eller er det noe språkmessig som burde endres? Og tusen takk!

N: Ser VELDIG bra ut! Skal jeg bare sende ut?

- Meg: Ja, veldig gjerne ☺ Tusen hjertelig takk!!
- N: Bare hyggelig! Hvor mange trenger du?
- Meg: Deg og fire til. Den kan også deles ut til pårørende hvis du/dere har mulighet til det. Trenger en gruppe med fem pårørende også.
- N: Skal se om jeg nå kan skaffe fire på rappen. Jobber på en arbeidsplass med bare tidligere rusavhengige som ansatte. Skal sjekke med alle:)
- Meg: Det høres helt supert ut!
- Mandag 25. november:
- N: Da skal du ha fått minst to meldinger fra to her fra jobben om det stemmer? Trenger du fortsatt to til? Om vi får alle fra min jobb kan vi nok låne møterom her evt.

Nå har snøballen for alvor begynt å rulle. For en ressurs N er! Jeg kunne ikke klart dette uten henne. Hun får et ekstra gavekort som belønning for innsatsen. Jeg har fått øynene opp for rekruttering via tjenestemottakere.

22. april 2020: På grunn av pandemi har jeg måttet finne andre måter å innhente data på. De resterende fokusgruppene med tjenestemottakere og pårørende gjennomføres derfor som individuelle telefonintervjuer. Det er med blandede følelser og forventninger jeg avgjorde dette. I dag har jeg gjennomført det siste telefonintervjuet. Det er en mannlig pårørende som deler mye kunnskap og erfaring. Siden nøkkelpersonene i denne kommunen ikke fikk tak i noen pårørende, har jeg måttet få tak i disse selv. Snøballmetoden har vært min venn igjen! Hver gang jeg har intervjuet en tjenestemottaker har jeg erfart at de snakker mye om sine pårørende. Jeg har derfor grepet muligheten og spurt om ikke denne pårørende ville vært interessert i å delta i intervju, og samtlige har sagt ja. Jeg er overrasket over hvordan personer som aldri har sett meg og som ikke kjenner meg er villige til å dele så mye. Mannen i det siste intervjuet uttrykte riktignok flere ganger at han syns at problemstillingen er viktig å besvare, og at når noen inviterer han til å dele sine erfaringer, så gjør han gjerne det. Jeg undrer meg over kontrastene i den krevende rekrutteringsprosessen og engasjementet og interessen både tjenestemottakerne og de pårørende viser i intervjuene.

## Gjennomføring av fokusgruppeintervjuer: behov for og villighet til tilpasninger

Desember 2019: For at jeg skal få erfaring med fokusgruppeprosessen og intervjuguiden har kollegaene mine i ROPIT velvillig stilt opp som deltakere til pilottesting. Utsagnet som skal fullføres som idemyldring i starten av intervjuene er formulert lettfattet og åpent, slik at det gir muligheter for stor variasjon i svar. Utsagnet er: «For å skape helhetlige tjenester må de som yter tjenestene være i stand til ...» Kollegaene mine forsker på organisering av tjenester, så jeg hadde en forventning om hva de kom til å svare. Forventningene innfridde ikke. De inntok roller som tjenestemottakere og pårørende, og svarene de ga handlet i stor grad om at de ansatte måtte ha tid til dem, vise respekt, være imøtekommende, gi håp osv. Underveis var jeg usikker på svarenes relevans for problemstillingen. Som moderator i gruppa kunne jeg styre deltakerne inn mot ulike former for kompetanse (for eksempel ferdigheter og kunnskap). Dette gjorde jeg, og fikk etter hvert svar som handlet om samarbeid og kommunikasjon. Tanker i etterkant er at jeg muligens kan ha overstyrt dem. Svarte de det jeg ville høre, eller det de faktisk var opptatt av? Dette er virkelig en balansekunst! Selv om dette var en pilottest, ga kollegaene mine uttrykk for at de syntes det var vanskelig å forholde seg til utsagnet som skulle fullføres. De hadde mer på hjertet enn det som kunne rommes i et kort utsagn og fikk ikke forklart hva de mente. Dette er nyttige erfaringer. Jeg vil absolutt ikke at deltakerne skal føle seg begrensede eller gi dem dårlige opplevelser. Dette må jeg planlegge for!

Januar 2020: Jeg har endelig avtalt fokusgrupper i to av kommunene. Jeg er glad for at jeg har gjennomført en test med ROPIT på forhånd, for i dag opplevde vi mye av det samme som i testingen. Det som er positivt er at de fem tjenestemottakerne uttrykker engasjement og har masse erfaringer og kunnskap som de vil dele. Flott! Men så var det dette med idemyldringen, da. Det skjærer seg i løpet av første runde rundt bordet. Det er få som sier noe, og de virker bundet av metoden. Jeg tyr til plan B: rett på åpen dialog. Da løsner det heldigvis, og min kollega får en travel oppgave med å notere alle innspill. Jeg gjør de samme erfaringene i fokusgruppen for pårørende. Denne gruppa består av tre pårørende, da det har

vært et frafall. To av deltakerne er eldre med nedsatt hørsel. Jeg forsøker å beskrive hvordan prosessen skal foregå, men de signaliserer at de ikke forstår budskapet. Så for å imøtekomme dette beslutter jeg meg for å droppe idemyldringen også i denne gruppa. Når deltakerne fikk uttrykke seg fritt ble det en mer dynamisk samtale i gruppa hvor de kunne bygge på hverandres ytringer underveis. Jeg modererte etter beste evne for å få alle med i samtalen.

## Drøfting

Forskning støttes gjerne av offentlige midler, og mengden økonomiske midler og tid er sjelden forenelig med at det prioriteres mye tid på rekruttering. Mine erfaringer knyttet til effektivisering i denne fasen er ikke unike (Pinfold et al., 2019). I tråd med tradisjonell tjenestevei for tilgang til mulige deltakere søkte jeg hjelp hos lederne i de kommunale tjenestene til informasjonsdeling, utvelgelse og forespørsel (Macfarlane & Maidment, 2020). Forskningssamarbeidet startet med forberedende møter med lederne, for å etablere tillit og dele informasjon (Patel et al., 2003). Til tross for at lederne bekreftet at de kunne samarbeide var det en utfordrende rekrutteringsprosess, og jeg måtte gjøre nye valg for å sikre deltakelse og gjennomføring. Utfordringene sto i sterk kontrast til den interessen, motivasjonen og velviljen deltakerne viste underveis i rekrutteringen og datainnsamlingen.

## Fra instrumentelt til refleksivt fokus på nøkkelpersonene i forskningssamarbeidet

Erfaringene i det empiriske narrativet viser utfordringer knyttet til en relativt tradisjonell og etablert rekrutteringsstrategi, nemlig rekruttering via nøkkelpersoner i tjenestene. I forskningslitteraturen har ofte disse en instrumentell rolle som døråpner eller portvakt samtidig som det er behov for mer oppmerksomhet på kompleksiteten og dynamikken i de ulike måtene nøkkelpersonene kan påvirke forskningsprosessen (Crowhurst & Kennedy-Macfoy, 2013). Siden forskere som regel er utenforstående i det feltet de skal studere, er rekruttering via nøkkelpersoner ofte

førstevalget. Dette er fordi man er avhengig av at noen som allerede har opparbeidet seg tillit hos personene man vil nå, går god for at vi er troverdige og pålitelige (Emmel et al., 2007). Samtidig sikrer ikke denne strategien nødvendigvis forskningsdeltakelse av personer innenfor grupper som karakteriseres som stigmatiserte og vanskelige å nå (Draus et al., 2005). Mine erfaringer peker på tre hovedårsaker til dette, nemlig «gatekeeper-fatigue», nøkkelpersonenes syn på tjenestemottakernes helse og kapasitet til å delta og misforståelser knyttet til informasjon om inklusjonskriterier og krav til deltakelse.

Tid er en verdifull valuta for ansatte og ledere i kommunale tjenester. Selv om nøkkelpersonene er villige til å gi tilgang til potensielle deltakere, kan tidsforpliktelsen til forskning variere basert på arbeidsmengde eller opplevd fordel for tjenestemottakerne (Namageyo-Funa et al., 2014). Dette er kjente utfordringer i rekrutteringssammenheng, noe det var planlagt for ved å tilby økonomisk refusjon for anvendt tid til slike oppgaver. Selv om jeg antok at interessen for forskningstemaet og denne økonomiske løsningen skulle være tilstrekkelig motivasjon til å oppveie utfordringer i en travel arbeidshverdag (Dyas et al., 2009), viser lang responstid på e-post, mangel på rekrutterte deltakere og ineffektive prosesser likevel at det ikke ga tilstrekkelig effekt i rekrutteringsprosessen. Disse observasjonene kan også være uttrykk for det Sheikh et al. (2009) kaller for «gatekeeper-fatigue», et fenomen som oppstår når de samme menneskene gjentatte ganger skal bidra i forskningsaktiviteter i tillegg til de ordinære tjenesteaktivitetene. Erfaringen med hvordan avdelingslederskiftet i den mellomstore kommunen førte til økt effektivitet i rekrutteringen, kan i denne sammenheng forstås som et uttrykk på det motsatte. Altså, at en nyansatt leder hadde høyere motivasjon til å gjennomføre oppgavene knyttet til forskningssamarbeidet.

Erfaringene i narrativet viser også utfordringer med å identifisere egnede deltakere (Macfarlane & Maidment, 2020), noe som uttrykkes i vurderingen om at den kvinnelige tjenestemottakeren var for syk til å delta. Det er ikke uvanlig at nøkkelpersonene ønsker å beskytte mulige deltakere mot potensielle stressende situasjoner som kan utløse forverring i deres helsesituasjon (Sutton et al., 2003; Williams, 2020). Parallelt med dette kan nøkkelpersonenes vurderinger også bero på misoppfatninger

knyttet til inklusjonskriterier og til forskningens krav til deltakerne (Woodall et al., 2010). Tidligere forskning har også avdekket at nøkkelpersoner i rekrutteringsprosessen ofte agerer som portvakter, og inviterer deltakere som de selv anser som passende i stedet for å følge inklusjonskriteriene og informasjonen fra forskerne (Dyas et al., 2009). Det er viktig å merke seg at samtidig som at nøkkelpersonene har en viktig funksjon i å beskytte de potensielle deltakerne for mulige belastninger i forskningen, så er tjenestemottakerne og pårørende de siste som får rede på at de er ønsket som forskningsdeltakere (Coyne, 2010). Dette betyr at ved rekruttering via nøkkelpersoner i tjenestene har de ofte ikke reell medbestemelsesrett over forskningsdeltakelse eller ikke.

Å sette refleksivitet i sentrum kan være en måte å tilnærme seg disse utfordringene. Dette innebærer mer oppmerksomhet på møtene mellom forskere og nøkkelpersoner, og mindre på den instrumentelle rollen nøkkelpersonene til nå har fått (Crowhurst & Kennedy-Macfoy, 2013). Da må man også ta rede på hva nøkkelpersonene anser som utfordrende og forsøke å løse dette. Praktiske løsninger kan være at forskeren er mer til stede og gir førstehåndsinformasjon direkte til mulige deltakere, både for å sørge for at riktig informasjon blir gitt men også for å unngå å beslaglegge tiden til lederne. Dette krever i sin tur at forskeren har tilgang til feltet og kan befinne seg der hvor deltakerne er, samt tilgang på nødvendig mengde tid (Emmel et al., 2007). Det er også grunnlag for å være kritisk til hvordan dette er gjennomførbart i konteksten av begrensede økonomiske ressurser og tid i forskningsprosjekter (Pinfold et al., 2019).

Utfordringene som er diskutert ovenfor står i kontrast til den effektive rekrutteringsprosessen i den minste kommunen. I mine analyser av prosessen ser jeg at forholdene i denne kommunen lå bedre til rette for rekruttering, og det var spesielt tre årsaker til dette. For det første var det nær kontakt mellom ansatte og tjenestemottakere og pårørende, i en kommune med få innbyggere med samtidig rusavhengighet og psykiske utfordringer. Dette ga oversiktighet, noe som gjorde utvelgelsesprosessen enklere (Emmel et al., 2007). For det andre fikk vi innpass i en allerede eksisterende samtalegruppe for tjenestemottakere, hvor deltakerne var vant til å samtale sammen. Rekruttering kan bli mer utfordrende når man søker etter deltakere som ikke nødvendigvis bruker å møtes (Dyas

et al., 2009; Owen, 2001). Den tredje årsaken er at denne kommunen hadde vært involvert i lite forskning, noe som kan antyde at de var motiverte og interesserte, og ikke preget av «gatekeeper-fatigue» (Sheikh et al., 2009).

## Fra «sårbar» til ressursperson

Forskningsetiske retningslinjer for samfunnsvitenskap, humaniora, juss og teologi ber forskere om å reflektere over egne etiske oppfatninger og holdninger, og vi må utøve et spesielt hensyn overfor såkalte sårbare personer og grupper. Hensynet til disse personene er ofte rasjonale for å velge rekruttering via ansatte og ledere. Samtidig skal forskningsdeltakernes autonomi, integritet, frihet og medbestemmelse respekteres (De nasjonale forskningsetiske komiteene, 2006). Ethiske utfordringer oppstår imidlertid når nøkkelpersoner i tjenestene kontrollerer tilgangen på disse personene, noe som i lys av mine funn svekker medbestemmelsesretten. Selv om nøkkelpersonene agerer som tjenestemottakerne og pårørendes advokater ut fra en genuin interesse for deres velferd, kan risikoen med dette være at de hindrer og undertrykker disse personenes rett til å delta og bli lyttet til i forskning som angår deres liv (Sutton et al., 2003). Begrepet sårbar kan være problematisk i denne sammenheng, da det ofte relateres til mennesker med begrensede ressurser og økt risiko for dårlig helse og høyere dødelighet (Flaskerud & Winslow, 1998). Slike syn og definisjoner kan gi et inntrykk av at det å være sårbar handler om å være ressurs svak og svak i samfunnet (Lind, 2012). I et slikt perspektiv stempler sårbarhet på mennesker uten at de har valgt det selv, noe som kan gi ansatte og ledere et behov for å beskytte mulige deltakere. Dette beror muligens på en mangel på konseptuell klarhet rundt oppfatningen av hva sårbarhet er hos gitte personer eller grupper, noe som vanskeliggjør definering av hvilke normative forpliktelser og praktiske retninger dette medfører (Lajoie et al., 2020).

I datamaterialet vises tjenestemottakerne som brobyggere mellom meg som forsker og mulige deltakere, og som direkte bidragsytere i rekrutteringen. Å spille mer på deltakerne har vist seg lovende når man skal rekruttere tjenestemottakere og pårørende som er stigmatiserte og



vanskelige å få tak i (Draus et al., 2005). Snøballmetoden er en anerkjent rekrutteringsstrategi (Creswell & Poth, 2018), og det kan være mange som får snøballen til å rulle. Tilgang til forskningsdeltakere forstås både som fysisk og sosial, der den sosiale referer til det å vinne sosialt aksept hos deltakerne (Clark, 2011). Posisjonen til forskeren er som en utenforstående i forhold til deltakerne, og det å opparbeide seg tillit til disse kan være krevende og ta lang tid (Emmel et al., 2007). Interesserte personer innenfor gruppen av deltakere man vil ha tak i blir viktige ressurspersoner, da disse kan ha muligheter og evner til å introdusere og gå god for utenforstående forskere på grunn av den tilliten de allerede har hos andre egnede deltakere (Elliott et al., 2002).

## Datainnsamling og refleksivitet

Sentral forskning understreker viktigheten av refleksivitet i møte med forskningsdeltakerne. Dette dreier seg om en holdning som anvendes systematisk innenfor konteksten av felles kunnskapsdannelse i alle deler av forskningsprosessen (Titchen et al., 2017). Å være en refleksiv forsker vil si at man evner å gi uttrykk for og reflektere rundt egne verdier, forståelser og ønsker og, med dette som bakteppe, handle ut fra den moralske intensjonen om å «gjøre godt». Pilottestingen ble et viktig bidrag i denne sammenhengen, da det satte meg i stand til å reflektere rundt dynamikker og hendelser som oppsto underveis i intervjuene (Owen, 2001). Med dette som styrende holdninger og erfaringer, besluttet jeg å forlate planen om fullføring av et ufullstendig utsagn, både i fokusgruppene og i de individuelle telefonintervjuene. Det er via forskerens fasilitering og interaksjon at samtaleklimaet blir skapt (Pezalla et al., 2012), og selv om ide-myldringen virket som en kreativ og givende datainnsamlingsaktivitet, var det viktigere at deltakerne opplevde et godt samtaleklima.

En av styrkene i fokusgruppesamtaler, er at tjenestemottakerne kan diskutere sine erfaringer i fellesskap med andre som også har liknende erfaringer (Windsor, 2013). I slike settinger har deltakerne ofte mulighet til å være mer kritiske og har større frihet til å uttrykke seg om deres bekymringer knyttet til alle aspektene innenfor tjenestene, på en måte som ikke er mulig i andre mer styrte datainnsamlingsmetoder (Connors

& Franklin, 2000). Dette tillater en interaksjon mellom deltakerne i gruppa som stimulerer til tenkning og det å huske og dra frem erfaringer. En åpen dialog mellom deltakere er en forutsetning for å nå målet om å samskape kunnskap (Sutherland & Katz, 2005), noe som samsvarer med mine funn. Når deltakerne ikke fikk uttrykt seg fullt ut, risikerte jeg at deltakernes erfaringer og historiene de ville fortelle ikke ble verdsatt og respektert. Refleksivitet rundt situasjonen (Klevan et al., 2019), hvor gruppe medlemmene følte seg bundet av strukturen i gruppeintervjuet, gjorde at idemyldringen ble droppet til fordel for en åpen dialog. Når deltakernes verdier, meninger og trygghet ble satt i sentrum på denne måten, muliggjorde det deling av informasjon (Rodriguez et al., 2011), noe som resulterte i et rikt datamateriale.

At idemyldringen fungerte dårlig kan også bero på tjenestemottakernes og pårørendes forventninger til hva de skulle delta i. Dette kan knyttes til innholdet i informasjonen som ble gitt ut på forhånd, hvor de ble forespeilet deltakelse i henholdsvis en gruppesamtale eller individuelt intervju. Jeg valgte på oppfordring fra den første rekrutterte deltakeren å formulere et lettfattat skriv som deltakerne fikk før møtet, siden slikt ofte er omfattende, detaljert og vanskelig å forstå (Biggs & Marchesi, 2015). Dette var et grep for å ivareta de etiske prinsippene knyttet til tydelig informasjon i rekruttering og deltakelse (Ferreira & Serpa, 2018). Det kan imidlertid se ut til at informasjonen ble forenklet i for høy grad, og at viktig informasjon dermed gikk tapt.

## Avslutning

Tjenestemottakere og pårørende som kvalifiserer som forskningsdeltakere bør få vite om muligheten til, og bestemme seg for, å delta, uten forskeres, ledes og ansattes forutinntatthet om deres helse- og sosialrelaterte utfordringer. Dette kapitlet viser at ansatte og ledere har et ønske om å beskytte mulige deltakere fra potensielle belastninger knyttet til deltakelsen, men at dette bør balanseres med en respekt for deres autonomi, integritet, frihet og medbestemmelse. Dette foreslås gjort via en refleksiv holdning hos forskeren i alle ledd av forskningsprosessen, med vekt på samarbeidsprosesser, for å sette nøkkelpersonene i stand til å delta

i forskningssamarbeid. I praksis betyr dette å ha en kontinuerlig dialog mellom forskeren og nøkkelpersonene underveis. Her kan forskeren bidra ved å identifisere hvilke utfordringer samarbeidet har for nøkkelpersonene, tjenestemottakerne og pårørende, for deretter å foreslå løsninger. Refleksivitet kan også bidra til en grundigere vurdering av hvilke rekrutteringsstrategier som er best egnet i forhold til forskningsspørsmål, grupper av deltakere og valg av metode. En større oppmerksomhet på deltakerne selv som ressurs innenfor rekruttering er et godt eksempel på dette. Avslutningsvis kan en refleksiv holdning være avgjørende for å ivareta deltakernes behov underveis i datainnsamlingen, uten at det rammer hensikten med den aktuelle forskningsstudien. Gjennomføring av pilot-test er eksempel på en forskningsaktivitet som setter forskeren i stand til å reflektere bedre over dynamikken som oppstår underveis i intervjuene. På disse måtene kan man styrke tjenestemottakerne og pårørendes egen makt, motivasjon og handlingskompetanse, og den demokratiske retten til å delta i utviklingen av et felt som angår dem. Samtidig krever alt dette ressurser som overgår de man ser i dagens situasjon. Dette gir grunnlag for å være kritisk til tildeling av forskningsmidler opp mot den tidkrevende prosessen det er å sikre forskningsdeltakelse fra tjenestemottakere og pårørende. Hvis kravet om brukerinvolvering skal innfris, må økonomiske forskningsmidler stå i samsvar med tiden som behøves i forhold til rekruttering.

## Referanser

- Aldridge, J. (2014). Working with vulnerable groups in social research: Dilemmas by default and design. *Qualitative Research*, 14(1), 112–130. <https://doi.org/10.1177/1468794112455041>
- Anderson, L. (2006). Analytic autoethnography. *Journal of Contemporary Ethnography*, 35(4), 373–395. <https://doi.org/10.1177/0891241605280449>
- Biggs, J. S. & Marchesi, A. (2015). Information for consent: Too long and too hard to read. *Research Ethics*, 11(3), 133–141. <https://doi.org/10.1177/1747016115583381>
- Baarts, C. (2010). Autoetnografi. I S. Brinkmann & L. Tangaard (Red.), *Kvalitative metoder: En grundbog* (s. 153–163). Hans Reitzels forlag.
- Borg, M., Johnson, T. A., Bryant, W., Beresford, P. & Karlsson, B. (2015). Flerstemt forskningssamarbeid innen psykisk helse: Erfaringer fra Storbritannia og Norge. *Tidsskrift for psykisk helsearbeid*, 12(1), 62–70.

- Clark, T. (2011). Gaining and maintaining access: Exploring the mechanisms that support and challenge the relationship between gatekeepers and researchers. *Qualitative Social Work*, 10(4), 485–502. <https://doi.org/10.1177/1473325009358228>
- Connors, N. A. & Franklin, K. K. (2000). Using focus groups to evaluate client satisfaction in an alcohol and drug treatment program. *Journal of Substance Abuse Treatment*, 18(4), 313–320. [https://doi.org/10.1016/S0740-5472\(99\)00083-5](https://doi.org/10.1016/S0740-5472(99)00083-5)
- Coyne, I. (2010). Accessing children as research participants: Examining the role of gatekeepers. *Child: Care, Health & Development*, 36(4), 452–454. <https://doi.org/10.1111/j.1365-2214.2009.01012.x>
- Creswell, J. W. & Poth, C. N. (2018). *Qualitative inquiry and research design. Choosing among five approaches* (4. utg.). Sage.
- Crowhurst, I. & Kennedy-Macfoy, M. (2013). Troubling gatekeepers: Methodological considerations for social research. *International Journal of Social Research Methodology*, 16(6), 457–462. <https://doi.org/10.1080/13645579.2013.823281>
- De nasjonale forskningsetiske komiteene. (2018). *Forskningsetiske retningslinjer for samfunnsvitenskap, humaniora, juss og teologi*. <https://www.forskningsetikk.no/retningslinjer/hum-sam/forskningsetiske-retningslinjer-for-samfunnsvitenskap-humaniora-juss-og-teologi/>
- Draus, P. J., Siegal, H. A., Carlson, R. G., Falck, R. S. & Wang, J. (2005). Cracking the cornfields: Recruiting illicit stimulant drug users in rural Ohio. *The Sociological Quarterly*, 46(1), 165–189. <https://doi.org/10.1111/j.1533-8525.2005.00008.x>
- Dyas, J. V., Apekey, T., Tilling, M. & Siriwardena, A. N. (2009). Strategies for improving patient recruitment to focus groups in primary care: A case study reflective paper using an analytical framework. *BMC Medical Research Methodology*, 9(1). <https://doi.org/10.1186/1471-2288-9-65>
- Elliott, E., Watson, A. J. & Harries, U. (2002). Harnessing expertise: Involving peer interviewers in qualitative research with hard-to-reach populations. *Health Expectations*, 5(2), 172–178. <https://doi.org/10.1046/j.1369-6513.2002.00158.x>
- Emmel, N., Hughes, K., Greenhalgh, J. & Sales, A. (2007). Accessing socially excluded people: Trust and the gatekeeper in the researcher-participant relationship. *Sociological Research Online*, 12(2), 43–55. <https://doi.org/10.5153/sro.1512>
- Ferreira, C. M. & Serpa, S. (2018). Informed consent in social sciences research: Ethical challenges. *International Journal of Social Science Studies*, 6(5). <https://doi.org/10.11114/ijsss.v6i5.3106>
- Flaskerud, J. H. & Winslow, B. J. (1998). Conceptualizing vulnerable populations health-related research. 47(2), 69–78.
- Meld. St. 16 (2010–2011). *Nasjonal helse- og omsorgsplan (2011–2015)*. Helse- og omsorgsdepartementet. <https://www.regjeringen.no/no/dokumenter/meld-st-16-20102011/id639794/>

- Klevan, T. G., Sundet, R. & Sælør, K. T. (2019). Ensretting, standardisering og kunnskapsbasert praksis – autoetnografi som motstand? *Forskning & forandring*, 2(2). <https://doi.org/10.23865/fof.v2.1523>
- Lajoie, C., Poleksic, J., Bracken-Roche, D., MacDonald, M. E. & Racine, E. (2020). The concept of vulnerability in mental health research: A mixed methods study on researcher perspectives. *Journal of Empirical Research on Human Research Ethics*, 15(3), 128–142. <https://doi.org/10.1177/1556264620902657>
- Leslie, M., Khayat-zadeh-Mahani, A. & MacKean, G. (2019). Recruitment of caregivers into health services research: Lessons from a user-centred design study. *Research Involvement and Engagement*, 5(1). <https://doi.org/10.1186/s40900-019-0150-6>
- Lind, M. S. (2012). Sårbarhed. *Nordisk sygeplejeforskning*, (1), 56–63.
- Macfarlane, H. & Maidment, I. (2020). Recruiting people with severe mental illness through community pharmacies: Real-world experiences from a UK study. *BMC Family Practice*, 21(1). <https://doi.org/10.1186/s12875-020-01243-5>
- Namegyo-Funa, A., Rimando, M., Brace, A. M., Christiana, R. W., Fowles, T. L., Davis, T., Martinez, L. M. & Sealy, D.-A. (2014). Recruitment in qualitative public health research: Lessons learned during dissertation sample recruitment. *Qualitative Report*, 19(4). <https://doi.org/10.46743/2160-3715/2014.1282>
- Ngune, I., Jiwa, M., Dadich, A., Lotriet, J. & Sriram, D. (2012). Effective recruitment strategies in primary care research: A systematic review. *Quality in Primary Care*, 20(2), 115–123.
- Norges forskningsråd (2015). *Programplan 2015–2024. Gode og effektive helse-, omsorgs- og velferdstjenester – HELSEVEL*. <https://www.forskningsradet.no/contentassets/6d45731a23754do487440d1bbadoa9f2/helsevel-programplan-2015-2024-oppdateret-2019.pdf>
- Norges forskningsråd. (2020). *Forskningsrådets policy for åpen forskning*. <https://www.forskningsradet.no/siteassets/forskningspolitisk-radgivning/apen-forskning/forskningsradets-policy-for-apen-forskning.pdf>
- Owen, S. (2001). The practical, methodological and ethical dilemmas of conducting focus groups with vulnerable clients. *Journal of Advanced Nursing*, 36(5), 652–658. <https://doi.org/10.1046/j.1365-2648.2001.02030.x>
- Patel, M. X., Doku, V. & Tennakoon, L. (2003). Challenges in recruitment of research participants. *Advances in Psychiatric Treatment*, 9(3), 229–238. <https://doi.org/10.1192/apt.9.3.229>
- Pezalla, A. E., Pettigrew, J. & Miller-Day, M. (2012). Researching the researcher-as-instrument: An exercise in interviewer self-reflexivity. *Qualitative Research*, 12(2), 165–185. <https://doi.org/10.1177/1468794111422107>
- Pinfold, V., Cotney, J., Hamilton, S., Weeks, C., Corker, E., Evans-Lacko, S., Rose, D., Henderson, C. & Thornicroft, G. (2019). Improving recruitment to healthcare

- research studies: Clinician judgements explored for opting mental health service users out of the time to change viewpoint survey. *Journal of Mental Health*, 28(1), 42–48. <https://doi.org/10.1080/09638237.2017.1340598>
- Rodriguez, K. L., Schwartz, J. L., Lahman, M. K. E. & Geist, M. R. (2011). Culturally responsive focus groups: Reframing the research experience to focus on participants. *International Journal of Qualitative Methods*, 10(4), 400–417. <https://doi.org/10.1177/160940691101000407>
- Schulze, B. & Angermeyer, M. C. (2003). Subjective experiences of stigma. A focus group study of schizophrenic patients, their relatives and mental health professionals. *Social Science & Medicine*, 56(2), 299–312. [https://doi.org/10.1016/S0277-9536\(02\)00028-X](https://doi.org/10.1016/S0277-9536(02)00028-X)
- Sheikh, A., Halani, L., Bhopal, R., Netuveli, G., Partridge, M. R., Car, J., Griffiths, C. & Levy, M. (2009). Facilitating the recruitment of minority ethnic people into research: Qualitative case study of South Asians and asthma. *PLoS Med*, 6(10), e1000148. <https://doi.org/10.1371/journal.pmed.1000148>
- Sutherland, S. & Katz, S. (2005). Concept mapping methodology: A catalyst for organizational learning. *Evaluation and Program Planning*, 28(3), 257–269. <https://doi.org/10.1016/j.evalprogplan.2005.04.017>
- Sutton, L. B., Erlen, J. A., Glad, J. M. & Siminoff, L. A. (2003). Recruiting vulnerable populations for research: Revisiting the ethical issues. *Journal of Professional Nursing*, 19(2), 106–112. <https://doi.org/10.1053/jpnu.2003.16>
- Titchen, A., Cardiff, S. & Biong, S. (2017). The knowing and being of person-centred research practice across worldviews: An epistemological and ontological framework. I B. McCormack, S. van Dulmen, H. Eide, K. Skovdahl & T. Eide (Red.), *Person-centred healthcare research* (s. 31–50). Wiley Blackwell.
- van der Ham, A. J., Shields, L. S., van der Horst, R., Broerse, J. E. & van Tulder, M. W. (2014). Facilitators and barriers to service user involvement in mental health guidelines: Lessons from the Netherlands. *Administration and Policy in Mental Health and Mental Health Services Research*, 41(6), 712–723.
- Webb, B. (2002). Using focus groups as a research method: A personal experience. *Journal of Nursing Management*, 10(1), 27–35. <https://doi.org/10.1046/j.0966-0429.2001.00273.x>
- Williams, P. (2020). «It all sounds very interesting, but we're just too busy!': Exploring why 'gatekeepers' decline access to potential research participants with learning disabilities.» *European Journal of Special Needs Education* 35(1), 1–14. <https://doi.org/10.1080/08856257.2019.1687563>
- Windsor, L. C. (2013). Using concept mapping in community-based participatory research: A mixed methods approach. *Journal of Mixed Methods Research*, 7(3), 274–293. <https://doi.org/10.1177/1558689813479175>

- Woodall, A., Morgan, C., Sloan, C. & Howard, L. (2010). Barriers to participation in mental health research: Are there specific gender, ethnicity and age related barriers? *BMC Psychiatry*, 10(1). <https://doi.org/10.1186/1471-244X-10-103>
- Østensjø, S. & Askheim, O. P. (2019). Forskning med nye aktører – forskningskvalitet og nytteverdi. I O. P. Askheim, I. M. Lid & S. Østensjø (Red.), *Samproduksjon i forskning* (s. 231–245). Universitetsforlaget. <https://doi.org/10.18261/9788215031675-2019-14>

## KAPITTEL 4

# Statlige reformer på rus- og psykisk helsefeltet – er virkemidlene tilstrekkelige?

*Helge Ramsdal*

Fakultet for helse, velferd og organisasjon, Høgskolen i Østfold

**Abstract:** This chapter discusses how reforms of services for people with mental health and addiction problems are designed, asking to what extent the steering instruments advanced can adequately ensure implementation in accordance with goals of integrated services at local levels of government. The theoretical approach relies on conceptualizations of “hard” and “soft” instruments and how the idea of a “new paradigm” to strengthen local service provision for these recipient groups is designed to make this happen. The conclusion is that while the instruments are compatible with the goals of the reforms, the funding system in particular is not precise enough to ensure forceful implementation processes at local levels of government.

**Keywords:** governance, government, reform design, national escalation plans

## Innledning

I den internasjonale litteraturen om utviklingen av rus- og psykiske helsetjenester er det vanlig å beskrive et «paradigmeskifte» i kunnskapsgrunnlag og politiske tilnærminger til feltet (Freeman et al., 2012). Dette skiftet dreier seg om endringer fra et dominerende medisinsk-faglig perspektiv, der sykehus og institusjoner er det viktigste organisatoriske uttrykk, til vektlegging av et pasientsentrert og tverrfaglig perspektiv,

Sitering av denne artikkelen: Ramsdal, H. (2021). Statlige reformer på rus- og psykisk helsefeltet – er virkemidlene tilstrekkelige? I C. Bjørkquist & H. Ramsdal (Red.), *Statlig politikk og lokale utfordringer: Organisering av tjenester innen rus og psykisk helse* (Kap. 4, s. 63–87). Cappelen Damm Akademisk. <https://doi.org/10.23865/noasp.140.ch4>  
Lisens: CC-BY 4.0



der lokalbaserte tjenester er den viktigste organisatoriske ramme (Levin et al., 2010). I Norge – som i mange andre land – er de lokalbaserte tjenestene forventet å være ryggraden i tilbudet (Almvik, 2006; Biong & Ytrehus, 2018).

Dette kapitlet dreier seg om møtet mellom de generelt formulerte mål og intensjoner om å realisere dette «paradigmeskiftet» og de virkemidlene nasjonale politiske myndigheter benytter i den forbindelse. En nasjonal statlig strategi for å realisere målet om lokalbaserte tjenester møter en rekke utfordringer. Viktigst er kanskje at statlige myndigheter skal påvirke lokale forvaltningsnivåer – i første rekke til å påta seg rollen som en «ryggrad» for de tjenestene som tilbys. Problemstillingen i dette kapitlet er knyttet til spørsmålet: *Hvordan bidrar de statlige styringsinstrumenter som blir anvendt til at mål om endringer i tjenestene blir iverksatt lokalt?*

I dette kapitlet rettes søkelyset på utformingen av de statlige reformene. Jeg skal her gjennomgå trekk ved noen initiativ som betegnes som «opptrappingsplaner», og som er sentrale i dagens utvikling av rus- og psykiske helsetjenester i tråd med det paradigmeskiftet som er presentert foran. Dette dreier seg om opptrappingsplanen for psykisk helse (1998–2009) og to opptrappingsplaner for rustjenestene som ble vedtatt i 2007 og 2016. Disse initiativene er derved lansert i ulike tidsperioder. Opptrappingsplanen for psykisk helse er imidlertid fremdeles premissgivende for utviklingen av psykiske helsetjenester i Norge i dag. Opptrappingsplanen for rusfeltet fra 2016 er på sin side nylig i slutfasen, og inngår en i en kontinuerlig reformprosess for å endre rusfeltet. For formålet med dette kapitlet er det primært valgene av opptrappingsplanenes *styringsinstrumenter* som er interessante. Analysen tar utgangspunkt i reformenes «design», det vil si summen av de statlige virkemidler som formelt sett er benyttet. Jeg drøfter med andre ord ikke hvordan disse virkemidlene fungerer i praksis, i møtet mellom statlige styringsintensjoner og lokale tilpasninger – dette vil vi komme nærmere tilbake til i de påfølgende kapitler. I stedet foretar jeg en sammenligning av styringsinstrumenter i de tre opptrappingene, og spør hvorvidt det har skjedd endringer i reformdesign i løpet av de nevnte reformprosessene.

## Teoretiske perspektiver: reformdesign og styringsinstrumenter

Reformbegrepet er mangetydig, og til dels uklart. Det synes å være enighet om at reformarbeid tar sikte på å «forbedre» et politikkkfelt. Brunsson og Olsen (1993) legger vekt på at det dreier seg om «bevisste forandringer i organisasjoners former, strukturer og arbeidsmåter», mens Sandvin (1996) stiller krav om at for at organisasjonsendringer skal få betegnelsen «reform» må en også forutsette endringer i *den grunnleggende (faglige) ideologi* endringene er tuftet på. Sandvins påpekning om dette kan, slik jeg oppfatter det, anses som en kravspesifikasjon som har betydning for endringer innenfor arbeidsfelt som er særlig forankret i faglig-profesjonelle perspektiver – slik rus- og psykiske helsetjenester er (Ramsdal & Ludvigsen, 1998). I mange tilfeller vil reformer på slike felt ha som hensikt å regulere, styrke eller nedtone bestemte faglige forståelses- og arbeidsmåter, ofte uten at dette er eksplisitt formulert. Ideen om «det nye paradigmet» på rus- og psykiske helsetjenester, med satsingene på lokalbaserte tjenester, kan være eksempel på dette.

For å kunne studere hvordan ulike drivkrefter bak reformer manifesterer seg, kan en ta utgangspunkt i hvilke valg av virkemidler som benyttes av de politiske myndigheter (Eliadis et al., 2005). Jeg skal her konsentrere meg om *reformdesign*, det vil si hvordan reformers formelle struktur organiseres gjennom bruk av ulike styringsinstrument (Brunsson & Olsen, 1993). Reformdesign er derved å forstå som de virkemidler som *samlet sett* anvendes i reformstrategien – det som betegnes som *reform assemblage* i den internasjonale litteraturen (Lascoumes & LeGales, 2007; Simons & Voss, 2018).

Interessen for styringsinstrumenter i studier av offentlig politikk har lange tradisjoner. Simons og Voss (2018) peker på ulike forståelser av instrument-begrepet: viktigst for våre formål her er skillet mellom rasjonelle valg av virkemidler for problemløsning, og institusjonelt forankrede instrumenter som påvirker faktiske politiske prosesser – «der problemer søker løsninger og løsninger søker problemer» (March & Olsen, 1976). Det siste innebærer at en er mer opptatt av de underliggende prosesser der teknisk-vitenskapelige problemdefinisjoner gjennom sosiale prosesser legger premisser for det reformdesign som utformes (Simons & Voss, 2018, s. 16).

Klassiske studier av reformdesign var forankret i den rasjonelle tilnærmingen til valg av styringsinstrumenter. I tråd med Rothstein (1986) forstås en her den struktur reformen får som resultat av valg av virkemidler innenfor de kognitive rammer reformkonstruktørene arbeider. Det finnes selvsagt andre måter å fortolke design på, for eksempel som symbolsk aktivitet, der en primært oppfatter reformarbeidet som legitimitetsskapende virksomhet (Brunsson & Olsen, 1993).

Parallelt med antakelser om at rasjonelle valg preger reformdesign har en også ment at reformer rent empirisk organiseres på nye måter i den moderne velferdsstaten. Med utgangspunkt i litteraturen om valg av styringsinstrumenter er det mulig å skille mellom det som betegnes som «konvensjonelle» instrumenter som preget reformdesign i velferdsstatens oppbyggingsfase, og de som blir ansett som kjennetegn ved våre dagers statlige reformer (Freeman et al., 2012; Hood & Margetts 2007; Salomon 2002). I den profilerte, «klassiske» reformperioden etter andre verdenskrig, ble det etablert et omfattende reformregime, ikke minst i de nordiske land. Det grunnleggende spørsmålet som da ble stilt – og som også i dag er essensielt – var hvilken kraft som ble lagt inn i iverksettingen av reformer. Styrken i reformdesignet ble sterkest manifestert ved å utvikle en ovenfra-ned-strategi. Her søker en på ulike måter – gjennom tvang og/eller incentiver – å sikre at lokale iverksettere endrer tiltak og tjenester i tråd med konkrete mål med reformen. I norsk sammenheng har kommuneinstitusjonens rolle som lokalt iverksettingsorgan for en statlig styrt politikk vært fremhevet som eksempel (Baldersheim & Rose, 2014; Kjellberg, 1991). I den andre enden av skalaen vil en reform kunne ta lokale forhold som gitte, og søke primært å skape grunnlag for lokalt genererte læringsprosesser. Slik tenker en seg at mål og intensjoner langsamt, men sikkert manifesterer seg på feltet – i tråd med institusjonelle teorier om organisasjonsendring (Røvik, 2007; Vabø, 2014). Her er informasjon, kunnskapsutvikling og faglig-ideologisk påvirkning eksempler. Når jeg i dette kapitlet diskuterer anvendelsen av ulike styringsinstrumenter, vil jeg derfor ta utgangspunkt i et skille mellom to idealtyper – «konvensjonelle-hierarkiske» og «governance-dialogiske» styringsinstrumenter. Dette blir i noen sammenhenger knyttet til anvendelse av det som betegnes som henholdsvis «harde» og «myke» instrumenter (Salomon, 2002).

## Klassiske reformdesign - «government»

Hvilke parametre er det som inngår i de klassiske reformdesign? Studier av reformer i de skandinaviske land (Jacobsen, 1976; Ramsdal, 2013, Rothstein, 1986) kan sammenstilles som følgende elementer: En klart avgrenset målgruppe for reformen, klare og operasjonelle mål, strukturen på de økonomiske overføringer gjennom øremerkede overføringer, et entydig og sikkert kunnskapsgrunnlag, (eventuelt nye) fagprofesjoner som kan representere dette kunnskapsgrunnlaget, og at det etableres egne iverksettingsorgan som ivaretar intensjonene i reformen lokalt. Jacobsen (1976) har i tillegg hevdet at effektiv anvendelse av klassiske reformdesign forutsetter en legitimering av reformen ved at det eksisterer en «krisedefinisjon» som gjør nasjonal politisk handling nødvendig.

Det som avgjør reformens gjennomslagskraft vil ut fra denne tilnærmingen dels være graden av integrasjon mellom de ulike styringsinstrumentene, dels operasjonaliseringen av de enkelte instrumenter. Et reformdesign preget av *tette koplinger* innebærer at reformen er eksplisitt formulert og konsistent i valg av virkemidler, og at det er politisk styrke bak virkemidlene. At hvert instrument er operasjonalisert, innebærer på sin side at mål om omfang og kvalitet på tiltak og tjenester er klart formulert, at reformen er forankret i lovverk, at finansieringen er målrettet og at det er bestemte fagprofesjoner som blir definert som faglige bærere av reformarbeidet, sammen med lokale politisk-administrative organisasjoner (Ramsdal, 2013; Slagstad, 1996).

## Dialogiske reformdesign - «governance»

Den «klassiske» tilnærmingen blir satt i relieff til det en hevder er de moderne velferdsstaters anvendelse av nye styringsformer, der en forutsetter mindre hierarkiske reformdesign. I Norge er dette assosiert med endringene i kommuneloven i 1992, der stat-kommune-relasjoner skal utformes som partnerskap, og der kommunene skal evalueres gjennom en mål-resultat-modell forankret i ideen om «den nye kommunen» (Kjellberg, 1991). Her er det dialog mellom de nasjonalstatlige reforminstanser og lokale iverksettere som vektlegges – det som altså betegnes

som en overgang fra «government» til «governance» (Salomon, 2002; Vabø, 2014). Statlige myndigheters rolle skal være å legge til rette for lokale løsninger (Vabø, 2014). Denne endringen hevder en å kunne observere i dagens utforming av helsepolitikken på europeisk nivå, i strategier for å forbedre og effektivisere helse- og velferdssektoren gjennom økt samhandling og samarbeid mellom ulike aktører på feltet (Anvik et al., 2020; Helderman et al., 2012). Det legges vekt på at det er lokale iverksetters egne valg av tiltak, knyttet til egenevalueringer gjennom rapporteringssystemene som er prioritert (Lascoumes & LeGales, 2007). I vår sammenheng innebærer det at informasjons- og kommunikasjonsformer som nasjonale veiledere, anvendelse av utviklingsprosjekter og statlig tilrettelegging for lokal nettverksorganisering for bedre samhandling er nevnt som instrumenter innenfor det som betegnes som *soft governance* (Salomon, 2002).

## Metode

Ved siden av de data og metoder som er redegjort for i kapittel 2, er særlig offentlige dokumenter og evalueringer av opptrappingene benyttet i analysen. Disse er gjennomgått for å identifisere de virkemidler som er benyttet, og begrunnelser som er gitt for disse. Evalueringsrapportene fra de to første opptrappingsplanene er også gjennomgått. Gjennom flere forskningsprosjekter om endringer i politiske initiativ og tjenesteutvikling har opptrappingsplanen for psykisk helse i perioden fra 1998 til 2016 vært benyttet til nye analyser av de aktuelle opptrappingene. Å isolere diskusjonen til noen få – i prinsippet klart avgrensede – reforminitiativ, har noen fordeler med hensyn til å gjennomføre en relativt detaljert analyse. Men det er likevel nødvendig å sette de to reforminitiativene inn i en større ramme, knyttet til det som tradisjonelt har vært oppfattet som to ulike politikkkfelt: rustjenester og psykiske helsetjenester. Det er derfor også noen koplinger mellom data om de aktuelle reformene og parallelle reforminitiativ på helse- og velferdssektoren mer generelt – for eksempel sykehusreformen 2002 og samhandlingsreformen 2012, og det som ofte betegnes som våre dagers beste eksempel på *soft concepts*: «pasientens helsetjeneste» (se kapittel 5).

## Psykiske helsetjenester: fra den «tause reformen» til politisk prioritert reformsatsing

Psykiatrien har vært i kontinuerlig endring siden den ble etablert som en egen medisinsk virksomhet på 1800-tallet. Etter en lang periode med utbygging av psykiatriske sykehus og institusjoner snudde pendelen, og i perioden etter ca. 1970 skjedde det en kontinuerlig nedbygging av disse tilbudene. Denne prosessen ble betegnet som «den tause reformen», etter som endringene skjedde uten en samlet nasjonal plan. Det var en generell, global kritikk av store institusjoner koplet sammen med lokale beslutninger som i disse årene gradvis reduserte tilbudet. Men i begynnelsen av 1990-årene førte den omfattende nedbyggingen av sengeinstitusjonene til en motreaksjon, med en økende kritikk av tilbudet psykiatriske pasienter fikk. Utgangspunktet var at institusjonsnedbyggingen ikke var blitt erstattet av et tilbud i lokalsamfunnet/kommunene. I midten av 1990-årene tok Jagland-regjeringen initiativ til en gjennomgang av det psykiatriske tjenestetilbudet i landet, både med hensyn til omfang og organisering, og la derved til rette for en storstilt opptrapping av tjenestetilbudet gjennom Meld. St. 25 *Åpenhet og helhet* (1996–97), som siden ble konkretisert av Bondevik-regjeringen i opptrappingsplan for psykiatrien 1999–2006. Det var tverrpolitisk enighet om diagnosen av norsk psykiatri, og om hovedlinjene i planen. Hoveddiagnosen var at nedbyggingen av institusjonspsykiatrien hadde skapt en knapphet på tjenestetilbudet som måtte avstedkomme en sterk opprustning av psykiske helsetjenester. Mange av problemene var av organisatorisk art; hjelpeapparatet var for oppsplittet. Samordning og samarbeid mellom ulike deler av hjelpeapparatet, særlig mellom spesialisttjenestene og kommunene, fungerte ofte dårlig. Pasientene ble den skadelidende part. Beskrivelsen ble i Meld. St. 25 (1996–97) formulert som «svikt i alle ledd» – en krisedefinisjon som legitimerte en sterk opprustning av tjenestene på feltet.

### Opptrappingsplanen i et reformperspektiv

Målene for opptrappingen ble formulert som å «styrke alle ledd i tiltakskjeden. Målet er å skape et helhetlig og sammenhengende behandlingsnettverk, der brukerperspektivet hele tiden skal stå i fokus» (St.prp.

nr. 63 (1997–98), s. 6). Satsingen konkretiserte dette i tre punkter: (1) Å øke det totale tilbudet av tiltak og tjenester til mennesker med psykiske lidelser i spesialisttjenestene og kommunene. (2) Å sikre at brukernes synspunkter og interesser ble ivaretatt (brukerperspektivet). (3) Å utforme tiltak og tjenester slik at de fremsto som en helhetlig behandlingsskjede.

Det viktigste, på mange måter grunnleggende, spørsmålet her, er hvilken *målgruppe* psykiatrisatsingen i kommunene omfattet. Her var statlige helsemyndigheter noe uklare (Ramsdal, 2013). To ytterpunkter kan skisseres når det gjelder målgruppe: den første var en «snever» definisjon, der mennesker med alvorlige psykiske lidelser skulle omfattes av reformarbeidet. Dette dreide seg om ca. 1 prosent av befolkningen. Denne avgrensningen var knyttet til beregninger i St.meld. nr. 25, og hadde viktige implikasjoner for kommunene: Det innebar at det var personer som allerede har fått en diagnose som alvorlig sinnslidende (primært gjennom kontakt med de da fylkeskommunale spesialisttjenestene), og som kunne registreres og avgrenses på en relativt entydig måte, som skulle legges til grunn for satsingen. Lokalt ville denne målgruppen i de fleste tilfelle ha et naturlig forankringspunkt i den kommunale pleie- og omsorgstjenesten. Psykiatriske sykepleiere hadde i de fleste kommunene et faglig ansvar for denne gruppen (Robberstad, 2002). Men en vid definisjon av målgruppen syntes like rimelig. Analyser viste ifølge den samme meldingen at ca. 20 prosent av befolkningen ville ha behov for profesjonell hjelp til psykiske lidelser og livskriser i løpet av sitt liv. Her var det vektleggingen av arbeid for barn og unge, generelt forebyggende og helsefremmende arbeid og tiltak og tjenester til mennesker med «lettere» psykiske plager, som angstlidelser, som definerte målgruppen. Levekår fikk en fremtredende plass i satsingen, mens diagnoser og behandlingsmetoder ble nedtonet. Dette indikerte at reformen «ikke primært er en helsereform», som det het, men at den hadde et sterkere sosialpsykologisk og sosiologisk faglig grunnlag (Ramsdal, 2013). Den statlige styringen med lokal gjennomføring av psykiatrireformen tok utgangspunkt i dette, som et ledd i det vi betegner som «paradigmeskiftet».

I tråd med dette ble svært mye av gjennomføringen av opptrappingen knyttet til kommunenivået. Det ble i tillegg vektlagt at spesialisttjenestene skulle bli mer konsentrert og spesialisert. Det var derfor en omfattende

satsing på den delen av spesialisttjenestene som dreide seg om utbygging av distriktpsikiatriske sentra (DPS) som innebar en omfattende endring av tjenestetilbudet innenfor psykiske spesialisttjenester. Det var den kommunale satsingen, sammen med utbyggingen av de DPS-ene, som var det nye reformen brakte med seg.

Den statlige styringen med reformarbeidet i kommunene kom til uttrykk gjennom fire grep: den økonomiske overføringsordningen, kravene til lokale planer, rådgivningsordningen ved fylkeslegeembetene og kompetansekrav / krav til lokale tiltak og tjenesters utforming.

De økonomiske overføringene til kommunene skjedde i form av øremerkede tilskudd basert på objektive kriterier. Vilårene for utbetaling av tilskuddet for 1998 var at kommunen hadde utarbeidet en handlingsplan for tjenester til mennesker med psykiske lidelser. (St.prp. nr. 63 (1997–98), s. 8). Etter at opptrappingsplanen ble avsluttet i 2009 ble de øremerkede tilskuddene omgjort til støtte via rammetilskuddet til kommunene.

St.meld. nr. 25 og opptrappingsplanen la vekt på to forhold ved utbyggingen av de kommunale tiltak og tjenester: for det første at det ikke skulle utvikles en egen særomsorg for målgruppen, og heller at en skulle integrere tiltak og tjenester i den ordinære kommunale virksomheten. For det andre ble det lagt opp til at en skulle bygge et stort antall nye omsorgsboliger, hjemmetjenesten skulle styrkes, dagsentervirksomheten skulle økes betydelig, støttekontaktordningen skulle trappes betydelig opp, kultur- og fritidstilbud skulle bygges «gradvis ut», og tilrettelagt behandling i kommunene skulle også styrkes. Videre skulle kommunale tjenester for barn og ungdom økes betydelig, blant annet skulle bemanningen på helsestasjonene økes i løpet av planperioden.

Mens opplistingen indikerer hvilke prioriteringer av tiltak og tjenester det ble lagt opp til fra statlig hold, sa den som nevnt foran lite om hvilke konkrete tiltak og tjenester den enkelte kommune skulle utvikle. I Rundskriv 1-14/98 ble det imidlertid gitt et «indirekte» uttrykk for statens forventninger, i og med at rapporteringsskjemaet inneholdt en registrering av tiltak og tjenester på «prioriterte områder», blant annet opprettelse av nye stillinger, opprustning av kompetansen i tjenestene, og bedre samarbeid med andre tjenester, som NAV (Sosial- og helsedepartementet, 1998). Et



mål var også å bidra til å gi bo-, aktivitets-, pleie- og omsorgstilbud til pasienter med psykiske lidelser som er ferdigbehandlet i spesialisthelsetjenesten, og en styrking av samarbeidet med fylkeskommunen/spesialisttjenestene nevnt spesielt. Til sammen ble dette en lang liste over tiltak kommunene var forventet å gjennomføre.

Evalueringene som ble foretatt av opptrappingsplanen for psykisk helse konkluderte med at planen i all hovedsak ble iverksatt når det gjaldt de kvantitative målene – på enkelte områder ble den til og med overopplyst. Opptrappingen ble på mange hold ansett som en suksess. Samtidig ble det imidlertid pekt på at de mer generelt formulerte kvalitative mål om bedre samhandling og helhetlige tjenester ikke på tilsvarende vis var oppnådd (Norges forskningsråd, 2009).

## Rusreformen i 2004 og opptrappingsplaner for rusfeltet

I motsetning til i reformarbeidet i psykisk helsearbeid, som gjerne kan knyttes til *en* bestemt satsing de siste tiårene (Opptrappingsplanen for psykisk helse 1998–2009), er utviklingen i rustjenestene mer preget av en gradvis utvikling, der statlige reforminitiativ har fulgt etter hverandre. Grunnlaget er dels forvaltningsmessige endringer i rammebetingelsene knyttet til den såkalte Rusreformen fra 2004, dels to opptrappingsplaner fra 2007 til 2010, og 2017–2020.

Utgangspunkt for det man (inntil 2020) betegner som «rusreformen», er statsovertakelsen av russpesialisttjenestene i 2004, i forlengelsen av sykehusreformen i 2002. «Rusreformen» i forbindelse med statsovertakelsen skjedde etter en plan for styrking av tjenestene både med hensyn til omfang og kvalitet. I tiden etter statsovertakelsen ble det også bevilget betydelige beløp for å styrke spesialisttjenestene (TSB), samtidig som en var klar over at disse hadde vært delvis neglisjert, at det var manglende kunnskaper om effekten av ulike behandlingsmetoder, og at det var store variasjoner mellom tjenestene i ulike deler av landet. Det er viktig å merke seg at dette ikke var en helhetlig reform, i den forstand at de kommunale/lokale tjenestene ikke var fokusert (Hansen et al., 2018a).

## Opptrappingsplan for rusfeltet 2007-2010

Den opptrappingsplanen for rusfeltet som ble vedtatt i 2007 under den rød-grønne regjeringen, hadde derimot fokus på de kommunale tjenestene. Den var resultatet av en omfattende prosess der innspill fra en rekke samfunnsinstitusjoner, forskere, frivillige organisasjoner, helseforetak m.m. ble lagt inn i planen. Dette kan ha være av betydning for det brede, eklektiske perspektivet planen bar preg av. Det grunnleggende utgangspunktet er at rustjenestene hadde vært neglisjert, at det var behov for et kvantitativt og kvalitativt løft, og at det var kommunene som er nøkkelen for en vellykket reform. Som det het i helse- og omsorgsministerens forord til planen: «Et velfungerende lokaldemokrati er avgjørende for å sikre gode velferdstilbud» (Helse- og omsorgsdepartementet, 2007). Det ble lagt vekt på et forebyggende og helhetlig faglig perspektiv. Målet ble formulert i fem punkter: et tydelig folkehelseperspektiv, bedre kvalitet og kompetanse, mer tilgjengelige tjenester og sosial inkludering, forpliktende samhandling og økt brukerinnflytelse. Det pekes på at rusreformen (fra 2004) var en viktig «systemreform», men at det nå var behov for å gi tjenestene et innhold «som fungerer på en god måte for brukerne» (s. 8). Det ble vist til at helseforetakene hadde økt bevilgningene til TSB med nærmere en milliard kr i tiden mellom statsovertakelsen og beslutningen om opptrappingsplanen, og at «den gylne regel» om at rus- og psykiske helsetjenester i helseforetakene skulle ha større vekst enn somatikken var blitt lagt til grunn for denne økningen. Det het likevel at det var store mangler ved det totale tjenestetilbudet, blant annet at samhandlingen mellom kommunale, frivillige aktører og spesialisttjenester var for dårlig, og at kommunene manglet mange av de tiltak og tjenester som er en forutsetning for å bedre tilbudet (Helse- og omsorgsdepartementet, 2007).

Tre momenter skal nevnes om denne planen: den har et eksplisitt formulert «psyko-sosialt» faglig grunnlag – det dreier seg om normalisering, integrering, brukerperspektiv, samordning og samarbeid. «Forbedringsarbeidet skal ha et tverrfaglig og psykososialt perspektiv. Særlig viktig er at kommunene i større grad ser sammenhengen mellom rusmiddelproblemer og psykiske lidelser, og mellom rusproblematikk og sosial mestring og inkludering» (Helse- og omsorgsdepartementet, 2007, s. 29).

Dette ga planen et bredt nedslagsfelt, og i tråd med dette ble det ble identifisert en rekke departementer og direktorater som ansvarlige for iverksettingen av planen. Under hvert av de fem hovedmålene ble det formulert fem delmål (unntatt økt brukerinnflytelse, der det kun er nevnt tre), og til sammen var det 154 «tiltak» spredt ut i en vifte av ansvarlige for de ulike deler av planen. Planen omfattet både tiltak i TSB, kommunene, private/frivillige organisasjoner og fag- og forskningsmiljøer. I tillegg var det stor vekt på å forbedre samordning og samarbeid mellom ulike instanser på feltet, ikke minst i forhold til ROP-pasienter. Planen ble dessuten koplet til andre reformer og planer for helse- og velferdssektoren, blant annet opptrappingsplanen for psykisk helse (som jo da var i slutfasen), NAV-reformen og den kommende samhandlingsreformen. Totalt sett gir dette grunnlag for å hevde at reformarbeidet knyttet til denne første rusopptrappingsplanen var omfattende, og med store likhetspunktet i tilnærming til feltet som en finner i opptrappingsplanen for psykisk helse. Det dreier seg særlig om de faglige utgangspunktene, knyttet til integrering, mestring og et generelt brukerperspektiv, og med vektlegging av samordning av kommunale tiltak og tjenester som grunnmuren i tjenestesystemet. Dette må også ses på bakgrunn av at diagnosen innbefattet en oppfatning om at en siden statsovertakelsen hadde sett en relativt sterk økning i TSB, blant annet at antallet sengeplasser hadde økt med 25 prosent i løpet av treårsperioden etter statsovertakelsen (Helse- og omsorgsdepartementet, 2007, s. 11).

Blant de tiltakene som ble nevnt, hadde flere betydning for hvilket reformdesign en kan identifisere som av betydning for iverksettingen:

Den svært brede tilnærmingen innebar at planen omfattet en rekke grunnleggende spørsmål om alkohol- og narkotikapolitikken, gjennom primært informasjonsarbeid og kunnskapsutvikling. Men det er flere likhetspunkter med organiseringen av iverksettingen med opptrappingsplanen for psykisk helse, blant annet at en etablerte rusrådgivere i hvert fylkesmannsembete (nå: statsforvalterne), at en ønsket å gjøre forsøk med lokale koordinatore, samt styrke arbeidet med individuelle paner for målgruppen.

Men de økonomiske virkemidlene var på sett og vis avgjørende: det skulle i løpet av planperioden overføres ca. 800 mill. kr til styrking av de

kommunale rustjenestene. Dette skulle imidlertid (og i motsetning til i opptrappingsplanen for psykisk helse) gis i form av rammeoverføringer – det vil si inngå i den generelle rammen som overføres til kommunene. Dette ble begrunnet med at kommunene er svært ulike, har varierende behov og at midlene må ses i sammenheng med øvrige satsinger i kommunene. Denne forvaltningspolitiske begrunnelsen må også ses i lys av at det var forventet en generell økning i kommunenes innsats – basert på statlige overføringer gjennom rammetilskuddet – til omsorgstjenestene og andre velferdstjenester mer generelt. Det het om dette at «(H)ovedtyngden av tjenester til personer med rusmiddelproblemer inngår i ordinære kommunale tjenester og finansieres over rammen til kommunene» (Helse- og omsorgsdepartementet, 2007, s. 45).

Styrkingen av arbeidet med rustjenester måtte derfor ses i sammenheng med en generell styrking av kommuneøkonomien. I tillegg ville det skje overføringer gjennom rammetilskuddet ved at planen la opp til øremerkede overføringer (via fylkesmannen) til utviklingsprosjekter, for eksempel innen LAR og lavterskel helsetiltak. Det ble også gitt støtte til etablering av ACT/FACT-team. Her ville kommunene (i samarbeid med spesialisttjenestene) kunne søke om egne midler til noen – fra statlig hold – prioriterte organisasjonsløsninger, men det forutsatte at kommunene etter prosjektperioden ville videreføre finansieringen selv. Dette var begrunnet med at disse tiltakene var «evidensbaserte» (Ramsdal & Hansen, 2016). Ordningen med at kommunene måtte vedta en forpliktende ruspolitisk handlingsplan ble videreført. Et moment er at det ble vektlagt at en ville forbedre statistikk- og øvrig kunnskapsgrunnlag for å kunne evaluere fremdriften i det lokale rusarbeidet, inkludert bruken av midlene som kommunene vil bli tilført.

## Opptrappingsplan for rusfeltet 2016–2020

Evalueringen av opptrappingsplanen 2007–2010 etter at den var avsluttet viste at det fremdeles var mange og store problemer med tiltak og tjenester for mennesker med rusproblemer i kommunene, både med hensyn til kvantitative og kvalitative trekk ved tjenestene (Hansen et al., 2018a, 2018b). Opptrappingsplanen 2016–2020 ble lagt frem for Stortinget

i november 2015 i Prop. 15 S (2015–2016), og ble behandlet i april 2016. Det var Helsedirektoratet som fikk i oppdrag å forberede og gjennomføre planen – inkludert å etablere et evaluerings- og overvåkings-/observasjonsopplegg (Hansen et al., 2018a, s. 11). Grunnlaget for den nye opptrappingsplanen var blant annet at både Helsetilsynet og Riksrevisjonen pekte på utfordringene med samhandling og samordning mellom kommunene og spesialisttjenestene på feltet. Samtidig viste studier at det var en rekke utfordringer knyttet til å realisere mål om tidlig innsats og forebyggende arbeid, alkoholkonsum, overdosetall, tilgjengelighet til tjenester og behandling, bosituasjonen til mennesker med rusproblem og tilgang til arbeid og tilrettelagte aktiviteter (Prop. 15 S (2015–2016), kap. 1). Et hovedproblem som blant andre Riksrevisjonen (2016) pekte på, var at tilbudet i kommunene ikke var styrket i takt med nedbyggingen av døgnplasser i spesialisttjenestene i TSB. Det ble pekt på at bevilgningene til de sistnevnte tjenestene hadde stagnert de siste årene etter rusreformen i 2004. Siden ble disse synspunktene ytterligere dokumentert av Helsetilsynet – der blant annet utfordringene med å forbedre samhandling mellom rus- og psykiske helsetjenester horisontalt og vertikalt ble vektlagt spesielt (Riksrevisjonen, 2016).

En av konklusjonene som lå til grunn for opptrappingsplanen i 2016 var et bilde av at det var behov for både kapasitets- og kompetanseoppbygging i kommunene. Opptrappingen tok derfor utgangspunkt i mange av de samme utfordringene, mål og tiltak som hadde vært lagt til grunn for rusopptrappingen 2007–2010.

Det ble formulert tre innsatsområder og fem hovedmål. Innsatsområdene var: tidlig innsats, styrking av behandlingstilbudet med hensyn til kapasitet og kvalitet, og styring av ettervernet/oppfølgingstjenester med prioritering av bolig, arbeid og aktivitet. De fem hovedmålene omhandlet økt brukerinnflytelse, tidlig hjelp, aktiviteter, en meningsfull tilværelse, alternative straffereaksjoner og straffegjennomføringsformer, samt et «tilgjengelig, variert og helhetlig tjenesteapparat» (Prop. 15 S (2015–2016)).

Tre forhold preger det reformdesignet opptrappingen kjennetegnes ved: For det første er det, som den forrige opptrappingsplanen på rusfeltet, en tverrsektoriell plan. Dette innebar at de ulike tiltakene som skulle iverksettes ble knyttet til seks departementers og sju direktoraters ansvar.

Det dreier seg nå om til sammen 77 punkter regjeringen har definert som tiltak innenfor planen – betegnet som «regjeringen vil»-punkter. Hvert av disse punktene er så fordelt på de ulike departementer/direktorater, med identifisering av ansvaret for implementering for hvert punkt. Helsedirektoratet har det overordnede iverksettingsansvaret, blant annet ved å koordinere innsatsen fra de øvrige statlige aktørene.

Som det påpekes i FAFOs første evalueringsrapport (Hansen et al., 2018a), er de 77 tiltakene svært ulike i form – i likhet med den første rusopptrappingsplanen. Noen er relativt generelt formulerte, mens andre er meget spesifikke og konkrete. Noen av de målene som er formulert er knyttet til konkrete (forventede) bevilgninger. Det het for eksempel at flere rusavhengige skulle få et egnet sted å bo, og at det skulle utvikles / bli en økning i bruk av alternative straffereaksjoner. Det ble videre nevnt flere spesifikke tiltak, for eksempel behandlingsteam (etter modell av ACT/FACT), lavterskel substitusjonsbehandling etter modell av LASSO, og lavterskeltilbud etter modell av Gatehospitalet. Det foreslås også å øke kompetansen om rus- og avhengighetsproblematikk i alle sektorer. Det sies også at regjeringen vil trappe opp bevilgningene til rusfeltet i tråd med langsiktige mål og tiltak som følger av planen.

Også her ser vi at målgruppen i planen er vid, og «ikke begrenset til spesifikke grupper eller bestemte typer rusmidler». Dette koples til det overordnede målet om å skape «pasientenes og brukernes helse- og omsorgstjeneste, der disse står i sentrum» (Prop. 15 S (2015–2016), s. 6).

Totalt heter det i proposisjonen at regjeringen vil øke bevilgningene til rusfeltet med til sammen 2,4 milliarder kr i planperioden 2016–2020. Det heter at planen er basert på at gjennomføring av mål og tiltak rettet mot kommunene som hovedregel skal finansieres gjennom kommunenes frie inntekter – det vil si som del av rammetilskuddet. Som tidligere, kunne kommunene søke om prosjektmidler til utprøving av nye tiltak og tjenester. Det ble videre forutsatt at det skulle skje en videreføring av prinsippet om «den gylne regel» (at veksten i psykisk helsevern og TSB skulle være sterkere enn i somatikken), men at dette skulle skje innenfor det økonomiske opplegget for helseforetakene – det vil si rammeoverføringen. Derved ble den videre utviklingen av spesialisttjenestene på feltet prisgitt helseforetakenes prioriteringer i de årlige budsjettforhandlinger.

Om begrunnelsen for å legge russatsingens bevilgninger til kommunens frie ramme heter det at dette bidrar til «forenkling og forutsigbarhet for kommunene, og stimulerer til effektiv ressursutnyttelse i tråd med lokale behov, slik at kommunen kan se sine velferdsoppgaver i sammenheng» (Prop. 15 S (2015–2016), s. 7). Det ble også sagt at staten ønsker et stort mangfold av tjenester. Det heter også, i tråd med det eklektiske grunnlag disse tjenestene skal utvikles på, at tilbudene baserer seg på ulike behandlingsfilosofier og metodikker. Dette, heter det, representerer en politisk ønsket utvikling med stort mangfold i behandlingstilbudet. Det sies likevel at dette mangfoldet gjør det også krevende å måle kvaliteten og effekten av tilbudene, og kan gjøre det vanskelig for brukerne å orientere seg og velge tilbud.

I vår sammenheng er begrunnelsene for valg av styringsinstrumenter i tråd med forutsetningene om stat–kommunerelasjoner knyttet til ideen om «den nye kommunen». Av denne følger at staten ikke vil legge seg bort i hvordan kommunene organiserer sine helse- og omsorgstjenester – eller andre velferdstjenester. De mest spesifikke retningsangivelsene til utvikling av kommunenes organisasjons- og arbeidsformer på rusfeltet er knyttet til kommunenes muligheter til å søke prosjektmidler til nasjonalt standardiserte organisasjonsmodeller (særlig ACT/FACT/LASSO) eller utprøving av lokale varianter. Dette innebærer en utfordring i kommunene ved at de øvrige ordinære tjenester og tiltak ikke er gitt en tilsvarende presis beskrivelse. Også den eksterne evalueringen viser til at dette er en utfordring (Hansen et al., 2018b). For å kunne måle utviklingen på feltet ville regjeringen derfor satse på etablerte rapporteringsordninger, blant annet brukerplan, for å følge kommunenes ressursinnsats. Det heter også at: «Dersom resultatrapporteringen viser manglende oppfølging i kommunene vil regjeringen vurdere å ta i bruk sterkere virkemidler» (Prop. 15 S (2015–2016), s. 8).

I sin andre rapport fra evalueringen av rusopptrappingsplanen 2016–2020 konkluderer FAFO-forskerne med at det skjer en opptrapping av innsatsen på rusfeltet, men at det er langt til målet om 2,4 milliarder økning i innsatsen (Hansen et al., 2018b). Rapporten viser til utviklingen i seks kommuner, og her ser økningen i ressurser til rusfeltet også ut til å føre til en styrking av bemanningen både når det gjelder antall ansatte og

kompetansesammensetning. Men det har vært en marginal økning i de samlede kostnadene til TSB i perioden 2016–2017, og «den gylne regel» er ikke fulgt opp i 2017. For vår analyse er det først og fremst påpekningen om at det til tross for økte ambisjoner er store variasjoner i det kommunale tjenestetilbudet, der noen utvikler tiltak og tjenester i tråd med de politiske og faglige mål, mens andre ikke på samme måte gjør dette (Hansen et al., 2018b).

## Drøfting

De reforminitiativene på rus- og psykisk helsefeltet som er skissert foran, dreier seg alle om å styrke lokalbaserte tjenester i tråd med det paradigmeskiftet som er presentert. Målet er at lokale tiltak og tjenester skal styrkes, og at brukerperspektiver skal legges til grunn. Noen grunnleggende likhetspunkter er viktige her: for det første er det, både i forhold til psykisk helse- og rusopptrappingene, klare ambisjoner om å forankre tiltak og tjenester på det kommunale nivået, og at spesialisttjenestenes rolle skulle være mindre viktig for de fleste brukere av tjenester på feltet. Begrepet «lokalbaserte tjenester» ble etter hvert vanlig i de statlige styringsdokumentene. Dette innbefattet flere offentlige og private aktører, og særlig vekt på kommunale tiltak og tjenester. Det er verdt å merke seg at begrepet også inkluderte DPS-ene, som jo er spesialisttjenester (Helsedirektoratet, 2014).

## Styringsinstrumenter i de tre opptrappingene

Flere trekk ved opptrappingsplanene vi har studert er likeartede: Definisjonen av *målgruppen* var *vid*. Grunnprinsippet for tjenestene er at de skal være universelle, det vil si være tilgjengelige for alle grupper, og at det ikke skal utvikles en særomsorg. Samtidig skal tilbudet være differensiert, ved at en ser for seg at ulike grader av alvorlighet i de problemer og lidelser målgruppen har skal møtes med økende spesialisering av kompetanse og tiltak (Ytrehus, 2018). Utformingen av lokale tiltak og tjenester innebærer derfor at kommunene må avklare hvilke målgrupper en skal prioritere innenfor de finansielle og kompetansemessige rammer en har til disposisjon.



Et annet likhetspunkt er at det understrekes et *usikkert kunnskapsgrunnlag*, men opptrappingsplanen for psykisk helse er mindre eksplisitt om dette enn de to rusopptrappingsplanene. I opptrappingsplanen for psykisk helse kan det gis inntrykk av at planen er mer opptatt av å legitimere det psykososiale og sosiologiske kunnskapsgrunnlaget mot en dominerende medisinsk forståelse enn tilfellet er i de to rusplanene. En antakelse kan være at de mål og faglige perspektiver som ble beskrevet i opptrappingsplanen for psykisk helse – om integrering, normalisering, mestring – ved lanseringen av de to senere rusopptrappingsplanene er mer anerkjente og etablerte begreper. For eksempel er «psykisk helsearbeid» nå anerkjent som et eget utdannings- og kunnskapsfelt (Ekeland, 2012; Nasjonalt kompetansesenter for psykisk helsearbeid, 2018). Hovedsaken er at det ikke legges skjul på at rus- og psykiske helseproblemer er komplekse og mangfoldige, og at det derfor er nødvendig å anvende ulike kunnskapsgrunnlag på feltet. Og i de lokalbaserte tjenestene er det en klar overvekt av psykososiale perspektiver, og det som er betegnet som et «sosiologisk paradigme» (Berg, 1982). Et aspekt ved dette er at det ikke stilles krav til bestemte *fagprofesjoner* som skal ha forrang i tjenestene i kommunene. Dette reflekterer både den relative autonomi i lokal organisering målstyringsmodellen i kommuneloven forutsetter, og den «avviklingen av profesjonsprotokollen» som ble vedtatt i forbindelse med endringer i helse- og omsorgsloven i 2012 – da samhandlingsreformen kom. (I 2018 har en gjort et unntak fra dette prinsippet, ved at det er vedtatt at kommunene skal tilsette psykologer i tjenestene).

Et tredje fellestrekk ved de tre opptrappingene er knyttet til grad av *klare og operasjonelle mål*. Alle planene opererer med både generelt formulerte, faglig-ideologiske mål og kvantitative mål om utvikling av bestemte tiltak og tjenester. Alle opptrappingsplanene formulerer veksten på et overordnet nasjonalt nivå. Ulikhetene er her knyttet til de forvaltningspolitiske rammebetingelser for iverksettingen – det vil primært si koplingen mellom en forståelse av kommunalt selvstyre på den ene side og finansieringsformen. Opptrappingsplanen for psykisk helse var basert på øremerkede tilskudd, mens de to rusopptrappingene har en paradoksal hybridform: På den ene siden er det angitt kvantitative mål og bevilgninger til bestemte tiltak på nasjonalt nivå, på den annen side er midler

overført til kommunene som del av rammetilskuddet. Det er da opp til den enkelte kommune å prioritere i tråd med de overordnede målene – og i praksis vil utviklingen av lokalbaserte rus- og psykiske helsetjenester derved måtte konkurrere med andre gode tiltak i kommunene. Dette må også ses i sammenheng med at det riktignok etableres omfattende og detaljerte rapporteringssystemer for tjenesteutviklingen, men at statlige myndigheter har svake sanksjonsmuligheter i forhold til manglende satsing på feltet i kommunene.

## Paradigmeskifte og styringsinstrumenter – er det samsvar mellom mål og midler?

De dimensjonene ved styringsinstrumenter som er gjennomgått foran, må ses i sammenheng med den overordnede problemstillingen om grad av samsvar mellom målet om den paradigmatisk endringen mot lokalbaserte rus- og psykiske tjenester og de styringsinstrumenter som anvendes. I hvilken grad kan en gjenfinne overgang til mer «dialogiske» iverksettelsesformer? Det «nye paradigmet», som innebærer endringer i tjenestesystemet med vektlegging av lokalbaserte tjenester, er sterkt til stede i alle de tre opptrappingene som er studert. Det er likevel noen ulikheter i de styringsinstrumentene som er anvendt mellom opptrappingsplanen for psykisk helse og de to rusopptrappingsplanene: I psykisk helse-opptrappingen var det relativt «tette koplinger» mellom styringsinstrumenter både horisontalt og vertikalt. Horisontalt var det noen få statlige organ som var tett sammenvevd. På den vertikale akse dreide det seg om en linje fra Helse- og omsorgsdepartementet via Helsedirektoratet til fylkeslegens/fylkesmannens psykiatrirådgivere, og deretter ut til kommunene. Helsedirektoratet hadde ansvaret for iverksettingen på det overordnede nasjonale nivå. Andre departementer og direktorater spilte en marginal rolle.

Rusopptrappingene på sine side preges av en fragmentert og uoversiktlig autoritetsstruktur både horisontalt og vertikalt, selv om Helsedirektoratet har det overordnede ansvar for iverksettingen. På nasjonalt nivå er de mange ulike enkelttiltak fordelt mellom en rekke aktører. Fordeling av ansvaret for iverksettingen fremstår – særlig i den siste

rusopptrappingen – i en «vifteform» mellom departementer og direktorater. Det er i stor grad de lokale fortolkninger av hvordan overordnede faglige og politiske mål om for eksempel «integreerte tjenester» på feltet skal koples til prioriteringer av ulike anbefalte tiltak som er nøkkelen til utvikling av tjenestetilbudet opptrappingene utløste. I alle de tre opptrappingene er derfor de kommunale iverksettelsesprosesser, basert på finansieringsordningene som er valgt, avgjørende for om målene nås. Det som synes å være mest avgjørende for vellykket iverksetting, er koplingen mellom nasjonale mål for ulike tiltak og tjenester – som altså er relativt konkrete og kvantifiserte, og den måten *finansieringen* av disse tiltakene struktureres på. Her er ulikheten mellom opptrappingsplanen for psykisk helse og de to rusopptrappingsplanene påfallende.

De styringsinstrumenter som er valgt – og de som er valgt bort – kan ikke forstås uten at en ser de tre opptrappingene på rus- og psykisk helsefeltet i en bredere kontekst. Viktig i vår sammenheng er de overordnede forvaltningspolitiske prinsipper – som er skissert foran, knyttet til strategier om effektivisering av offentlige tjenester basert på NPM – og særlig den partnerskapsrelasjonen som en forventer skal etableres mellom statlige og lokale myndigheter (Kjellberg, 1991; Vabø, 2014). Denne omfatter også rus- og psykiske reformstrategier. Likevel var opptrappingsplanen for psykisk helse nærmest fri for koplinger til den overordnede forvaltningspolitikken – og for eksempel er det ingen referanser som peker frem mot den kommende helseforetaksreformen i 2002. Partnerskapsrelasjonen uttrykkes først og fremst gjennom at de to rusopptrappingene, og bekreftes også i samhandlingsreformen. Men i denne reformen heter det også at spesialisttjenestene skulle bli «mer spesialiserte», mer kompakte, ha raskere omløpsti på pasienter og legge vekt på utnyttelse av spesialistkompetanse. Samhandlingsreformen innebar derved at kommunene i denne tidsperioden fikk incitament – gjennom opptrappingene på rus- og psykisk helsefeltet – til å påta seg en utvidet rolle, men at de også ble *tvunget* til å påta seg en slik rolle (Anvik et al., 2020). Presset på de kommunale tjenestene har økt, og spørsmålet vi har stilt innledningsvis, må derfor forstås som at opptrappingene innebar både en dialogisk og, særlig gjennom krav knyttet til samhandlingsreformen, hierarkisk påvirkning.

## Avslutning

De styringsinstrumenter som er kommet til anvendelse er etter hvert, og særlig i de to satsingene, kjennetegnet ved en frakopling mellom spesifikke krav til lokale tiltak og tjenester og de mål og ambisjoner om å styrke disse tjenestene i tråd med det paradigmeskiftet en kan observere. Til tross for de spesifikke mål og tilhørende bevilgninger statlige myndigheter vedtar, vil iverksettingen være prisgitt at det lokalt prioriteres rus- og psykiske helsetjenester i konkurranse med en rekke andre gode formål. En særegen utfordring er derfor at mens det kan synes å være høy grad av samsvar mellom ideen om lokalbaserte tjenester og de virkemidler staten anvender i satsingene, er det fare for at det ikke skjer en styrking av tjenestene for brukerne. Dette synes å være tilfellet der *soft instruments* ikke har vært koplet med mer tradisjonelle styringsinstrumenter, som de finansieringsordningene representerer (Nicaise et al., 2014).

Dette kan tyde på at de «dialogiske» styringsinstrumenter ikke kan erstatte de mer tradisjonelle. Som tilfellet er for andre viktige samfunnsområder, synes det som om en (kompleks) anvendelse av «harde» styringsinstrumenter i kombinasjon med «myke» dialogiske relasjoner som ivaretar lokalt skjønn vil gi de mest holdbare resultater. Et aspekt ved dette er at anvendelse av ideologiske virkemidler, som informasjons- og kunnskapsutvikling, vil kunne ivareta noen av de formål som hierarkiske «harde» styringsinstrumenter tidligere kunne. Måten en strukturerer kunnskaps- og informasjonstiltakene er blitt stadig viktigere – kanskje avgjørende – for at det paradigmeskiftet i rus- og psykisk helsefeltet som en nå legger opp til faktisk vil skje. Dette blir tatt opp i neste kapittel.

Spørsmålet som ble stilt innledningsvis i dette kapitlet dreier seg om hvorvidt de reformdesign, forstått som kombinasjonen av ulike styringsinstrumenter, som er valgt, kan sikre at de politiske mål om å endre tjenestene er tilstrekkelige. I analysen foran er det vektlagt at forvaltningspolitiske prinsipper innebærer at den påvirkning statlige myndigheter har over de lokale beslutningsprosessene er preget av det vi kan betegne som «dialogiske» virkemidler, og at dette er blitt tydeligere i de to siste opptrappingsplanene. Dette har noen viktige implikasjoner for de analysene av lokale endringsprosesser på feltet som blir tatt opp i senere kapitler i boken (del 2). For det første er målene om styrking av tjenestetilbudet og

vektleggingen av psykososiale og sosiologiske perspektiver, samt de økonomiske overføringer som kjennetegner opptrappingene, et uttrykk for at ansvaret for å nå de statlige mål i praksis blir overlatt til kommunene. Her vil lokale særtrekk få stor betydning for både kraften i satsingene og strukturen på de tjenestene på feltet som innbyggerne tilbys. Derved vil kommunale aktører selv måtte avklare hva som menes med «lokalbaserte tiltak og tjenester» i lokale sammenhenger – det som begrunner behovet for å studere endringsprosesser på feltet «nedenfra». Det er nettopp lokale beslutningsprosesser om omfang og struktur på tjenestene til mennesker med ROP-lidelser som er i søkelyset i denne boken.

## Referanser

- Almvik, A. (2006). Kommunalt psykisk helsearbeid. I A. Almvik & L. Borge (Red.), *Psykisk helsearbeid i nye sko*. Fagbokforlaget.
- Anvik, C. H., Sandvin, J., Breimo, J. P. & Henriksen, Ø. (2020). *Velferdstjenestenes vilkår. Nasjonal politikk og lokale erfaringer*. Universitetsforlaget.
- Baldersheim, H. & Rose, L. E. (Red.). (2014). *Det kommunale laboratorium*. Fagbokforlaget.
- Berg, O. (1987). *Medisinens logikk. Studier i medisinens sosiologi og politikk*. Universitetsforlaget
- Biong, S. & Ytrehus, S. (Red.). (2018). *Helsehjelp til personer med rusproblemer* (2. utg.). Cappelen Damm Akademisk
- Brunsson, N. & Olsen, J. P. (1993). *The Reforming Organization*. Routedledge.
- Ekeland, T.-J. (2011). *Ny kunnskap – ny praksis. Et nytt psykisk helsevern*. Nasjonalt senter for erfaringskompetanse innen psykisk helse.
- Eliadis, P., Hill, M. M. & Howlett, M. (Red.). (2005). *Designing government. From instruments to governance*. McGill-Queen's University Press.
- Freeman, R., Smith-Merry, J. & Sturdy, S. (2012). Rhizomic regulation: Mobilising knowledge for mental health in Europe. I J. Barroso & L. M. Carvalho (Red.), *Knowledge and regulatory processes in health and education policies*. EDUCA Universidad de Lisboa.
- Hansen, I. L. S., Tofteng, M., Flatval, V. S., Andersson, S., Holst, L. S. & Bråthen, K. (2018a). *Evaluering av opptrappingsplanen for rusfeltet* (Fafo-rapport 2018:08). <https://www.fafo.no/images/pub/2018/20657.pdf>
- Hansen, I. L. S., Tofteng, M., Flatval, V. S. & Bråthen, K. (2018b). *Evaluering av opptrappingsplanen for rusfeltet* (Fafo-rapport 2018:44). <https://www.fafo.no/>

- zoo-publikasjoner/ fao-rapporter/item/evaluering-av-opptrappingsplanen-for-rusfeltet-4
- Helderman, J.-K., Bevan, G. & France, G. (2012). The rise of the regulatory state in health care: A comparative analysis of the Netherlands, England and Italy. *Health Economics Policy and Law*, 7(1), 103–124. <https://doi.org/10.1017/S1744133111000326>
- Helse- og omsorgsdepartementet. (2007). *Opptappingsplan for rusfeltet (2007–2010)*. <https://www.regjeringen.no/globalassets/upload/hod/dokumenter-fha/opptr.plan.pdf>
- Helse- og omsorgsdepartementet. (u.å.). *Rusmidler og psykisk helse* [Tema]. <https://www.regjeringen.no/no/tema/helse-og-omsorg/psykisk-helse/id11695/>
- Helsedirektoratet. (2009). *Opptappingsplanen for rusfeltet. Statusrapport for 2008*. [https://www.regjeringen.no/globalassets/upload/hod/dokumenter-fha/san/is-1660-opptappingsplan\\_web-4.pdf](https://www.regjeringen.no/globalassets/upload/hod/dokumenter-fha/san/is-1660-opptappingsplan_web-4.pdf)
- Helsedirektoratet. (2012). *Samtidig ruslidelse og psykisk lidelse (ROP-lidelser)* [Nasjonal faglig retningslinje]. <https://www.helsedirektoratet.no/retningslinjer/samtidig-ruslidelse-og-psykisk-lidelse-rop-lidelser>
- Helsedirektoratet. (2014). *Sammen om mestring – lokalt psykisk helsearbeid og rusarbeid for voksne* [Nasjonal veileder]. <https://www.helsedirektoratet.no/veiledere/sammen-om-mestring-lokalt-psykisk-helsearbeid-og-rusarbeid-for-voksne>
- Helsetilsynet. (2019). *Sammenfatning av funn fra to landsomfattende tilsyn i 2017–2018 med tjenester til personer med psykiske lidelser og samtidig rusmiddelproblem – eller mulig samtidig ruslidelse* (Rapport 7/2019). <https://www.helsetilsynet.no/>
- Hood, C. C. & Margetts, H. Z. (2007). *The tools of government in the digital age*. Palgrave Macmillan.
- Innst. S. nr. 222 (1997–98). *Innstilling fra sosialkomiteen om opptappingsplan for psykisk helse 1999–2006*. <https://www.stortinget.no/>
- Jacobsen, K. D. (1976). *Institusjonelle betingelser for regional planlegging*. Universitetet i Bergen.
- Kjellberg, F. (1991). Kommunalt selvstyre og nasjonal styring. Mot nye roller for kommunene? *Norsk statsvitenskapelig tidsskrift*, 7(1), 45–63.
- Kommuneloven. (1992). *Lov om kommuner og fylkeskommuner* (LOV-1992-09-25-107). Lovdata. <https://lovdata.no/lov/1992-09-25-107>
- Lascoumes, P. & Le Gales, P. (2007). Understanding public policy through its instruments: From the nature of instruments to the sociology of public policy instrumentation. *Governance*, 20(1), 1–21. <https://doi.org/10.1111/j.1468-0491.2007.00342.x>
- Levin, B. L., Hennessy, K. D. & Petrila, J. (Red.). (2010). *Mental health services. A public health perspective* (s. 511–512). Oxford University Press.
- March, J. & Olsen, J. P. (Red.). (1976). *Ambiguity and choice in organizations*. Universitetsforlaget.

- Meld. St. 25 (1996–97). *Åpenhet og helhet – om psykiske lidelser og tjenestetilbudene*. Sosial- og helsedepartementet. [https://www.regjeringen.no/no/dokumenter/st-meld-nr-25\\_1996-97/id191086/](https://www.regjeringen.no/no/dokumenter/st-meld-nr-25_1996-97/id191086/)
- Nasjonalt kompetansesenter for psykisk helsearbeid. (2018). *God hjelp når det trengs. Lavterskeltilbud i kommunene til voksne med lettere psykisk helse- og rusutfordringer* (Rapport nr. 2/2018). <https://www.napha.no/lavterskel>
- Nicaise, P., Dubois, V. & Lorant, V. (2014). Mental health care delivery system reform in Belgium: The challenge of achieving deinstitutionalisation whilst addressing fragmentation of care at the same time. *Health Policy*, 115(2–3), 120–127. <https://doi.org/10.1016/j.healthpol.2014.02.007>
- Norges forskningsråd. (2009). *Evaluering av Opptappingsplanen for psykisk helse*. <https://www.forskningsradet.no>
- Prop. 15 S (2015–2016). *Opptappingsplanen for rusfeltet (2016–2020)*. Helse- og omsorgsdepartementet. <https://www.regjeringen.no/no/dokumenter/prop-15-s-20152016/id2460953/>
- Ramsdal, H. (2013). Styring og organisering av tjenestene. I R. Norvoll (Red.), *Samfunn og psykisk helse* (s. 214–242). Gyldendal Akademisk.
- Ramsdal, H. & Hansen, G. V. (2016). The organisation of local mental health services in Norway. Evidence, uncertainty and policy. *Evidence & Policy*, 13(4), 605–622. <https://doi.org/10.1332/174426416X14715382995623>
- Ramsdal, H. & Ludvigsen, K. (1998). Kompetanseutvikling og profesjonsorganisering i psykiatrien. I A. J. Andersen & B. Karlsson (Red.), *Psykiatri i endring – forståelse og perspektiv på klinisk arbeid*. AdNotam Gyldendal.
- Riksrevisjonen. (2016). *Riksrevisjonens undersøkelse av ressursutnyttelse og kvalitet i helsetjenesten etter innføringen av samhandlingsreformen* [Dokument 3:5 (2015–2016)]. <https://www.riksrevisjonen.no/globalassets/rapporter/no-2015-2016/samhandlingsreformen.pdf>
- Robberstad, H. (2002). *Kommunepsykiatri. Pionerar, vekst og utvikling*. Fagbokforlaget.
- Rothstein, B. (1986). *Den socialdemokratiska staten. Reformen och förvaltning inom svensk arbetsmarknads- og skolpolitik*. Arkiv.
- Røvik, K. A. (2007). *Trender og translasjoner. Ideer som former det 21. århundrets organisasjon*. Universitetsforlaget.
- Salomon, L. M. (Red.). (2002). *The tools of government. A guide to the new governance*. Oxford University Press.
- Sandvin, J. T. (1996). *Velferdsstatens vendepunkt. En analyse av reformen for mennesker med psykisk utviklingshemming som uttrykk for brytninger i velferdsstaten*. Nordlandsforskning.

- Simons, A. & Voss, J.-P. (2018). The concept of instrument constituencies: Accounting for dynamics and practices of knowing governance. *Policy and Society*, 37(1), 14–35. <https://doi.org/10.1080/14494035.2017.1375248>
- Slagstad, R. (1998). *De nasjonale strateger*. Universitetsforlaget.
- Sosial- og helsedepartementet. (1997). *Rundskriv 1-44/97: Forslag til statsbudsjett 1998: Øremerket tilskudd til styrking av tilbudet til mennesker med alvorlige psykiske lidelser – foreløpig orientering*.
- Sosial- og helsedepartementet. (1998). *Rundskriv 1-14-98: Statsbudsjettet 1998: Styrking av tilbudet i kommunene til mennesker med alvorlig psykiske lidelser og til forebyggende psykososiale problemer blant barn og unge*.
- Sosial- og helsedepartementet. (1999). *Rundskriv 1-4/99: Opptrappingsplan for psykisk helse – utbygging av kommunale tiltak. Øremerket tilskudd til kommunene 1999*.
- St.prp. nr. 63 (1997–98). *Om opptrappingsplan for psykisk helse 1999–2006*. Sosial- og helsedepartementet. <https://www.regjeringen.no/no/dokumenter/stprp-nr-63-1997-98-/id201915/>
- Vabø, M. (2014). Reformtrender og endringsparadokser. I M. Vabø & S. I. Vabø (Red.), *Velferdens organisering* (s. 62–78). Universitetsforlaget.
- Ytrehus, S. (2018). Kommunalt rusarbeid. I S. Biong & S. Ytrehus (Red.), *Helsehjelp til personer med rusproblemer* (2. utg., s. 243–265). Cappelen Damm Akademisk.





## KAPITTEL 5

# Nasjonale veiledere – «soft governance» og «nudging»?

*Helge Ramsdal*

Fakultet for helse, velferd og organisasjon, Høgskolen i Østfold

*Catharina Bjørkquist*

Fakultet for helse, velferd og organisasjon, Høgskolen i Østfold

**Abstract:** This chapter examines how addiction and mental health policy can be designed to meet the objective of the new paradigm of community-based services applying soft governance tools while maintaining the balance between hierarchical governance and local autonomy. Nudging is a specific tool within the framework of soft governance. Furthermore, such instruments leave great latitude for local authorities. We explore how we can understand the development towards today's dominant ideological perspectives, i.e. normalization, empowerment, towards recovery and “the patient first”, as a development process where soft governance is the overriding concept, increasingly providing room for development of more specific strategies characterized by nudging. Finally, we discuss some implications of using such instruments in practice.

**Keywords:** health and social services, ideological perspectives, nudging, organizing services, soft governance

## Innledning

De reformene og satsingene som er gjennomgått i kapittel 4 (Ramsdal) i denne antologien viser til måten statlige myndigheter søker å påvirke utviklingen av lokalbaserte tjenester gjennom ulike «dialogiske» styringsinstrumenter. Disse instrumentene kan oppfattes som konkrete

Sitering av denne artikkelen: Ramsdal, H. & Bjørkquist, C. (2021). Nasjonale veiledere – «soft governance» og «nudging»? I C. Bjørkquist & H. Ramsdal (Red.), *Statlig politikk og lokale utfordringer: Organisering av tjenester innen rus og psykisk helse* (Kap. 5, s. 89–109). Cappelen Damm Akademisk. <https://doi.org/10.23865/noasp.140.ch5>  
Lisens: CC-BY 4.0

uttrykk for dagens forvaltningspolitikk. Statlige myndigheter kan drive indirekte påvirkning gjennom informasjon og kunnskapspåvirkning, og formidling av gode eksempler på tiltak lokale aktører kan igangsette. Spørsmålet er da hvordan en nasjonal politikk på feltet kan utformes for å ivareta de ambisiøse mål og intensjoner for utvikling av tjenestene uten å bryte for sterkt med den dialogiske påvirkning ideen om «det nye paradigmet» forutsetter. Dette er et styringsdilemma, og innebærer at statlige myndigheter må finne balansen mellom hierarkisk styring, som må nedtones, og lokal frihet i organisering av tjenestene – som må legges til rette for. I norsk helse- og velferdspolitik er det stor oppslutning om disse grunnleggende betingelsene for utviklingen av tjenestesystemet på feltet. Vår problemstilling i dette kapitlet er hvordan statlige myndigheter påvirker lokale tjenester for å ivareta nasjonale mål og ambisjoner samtidig som balansegangen mellom hierarkisk styring og lokal frihet ivaretas.

Slik vi ser det, blir det i økende grad anvendt fagideologiske virkemidler og perspektiver for å utvikle lokale tjenester. Disse perspektivene kan betegnes som *fagideologiske prinsipper* (Askheim, 2003, 2017). Slike virkemidler dreier seg om måten omsorg og behandling, hjelp og støtte til enkeltbrukere eller pasientgrupper kan organiseres. Et fellestrekk her er forankringen i det som betegnes som et brukerperspektiv (Hansen, 2019). Slike virkemidler endres over tid. Dette ser vi gjennom at ulike «konsepter» og «teorier» presenteres på feltet, og at noen av disse spiller en sentral rolle i tjenesteutviklingen gjennom å oppnå en prioritert status som offentlig politikk. Men hvordan noen slike fagideologiske virkemidler oppnår denne statusen, og den dynamiske utviklingen av dem, er ofte mindre påaktet i forskningslitteraturen hvor evalueringer og kunnskapsutvikling ofte har fokus på enkelttiltak (Killaspy et al., 2006; Stuen et al., 2015) og derved mer «håndterbare» forskningsoppgaver. I en statsvitenskapelig og organisasjonsteoretisk mer helhetlig tilnærming, kan en se disse konseptene og teoriene som grunnlag for politikktutforming på feltet, og som eksempler på komplekse og dynamiske relasjoner mellom kunnskap og politikk mer generelt (Cairnay, 2016; Freeman, 2012). Et grunnresonnement i disse studiene er at slike prosesser ikke er lineære, men snarere må forstås som et gjensidig forhold der kunnskap påvirker

politikken og politikken påvirker kunnskapen (Ellul, 1967; van Zanten et al., 2012). Fagideologiske perspektiver blir derved sentrale for utformingen av helse- og velferdspolitikken, ikke minst på rus- og psykisk helsefeltet.

Hvordan slike fagideologiske perspektiver påvirker tjenestene og det faglige arbeidet innenfor disse, skal vi her diskutere ut fra en hypotese om at de i økende grad innebærer en *indirekte påvirkning* av arbeidsformer og tjenestetilbud. En hypotese er også at den utvikling i fagideologiske tilnærminger som har fått politisk gjennomslag de siste årene, kjenetegnes av en tiltakende *individualisering* av brukernes behandlings- og bedringsprosesser.

Som vist i forrige kapittel, er de opptrappingsplanene som er initiert innenfor rus- og psykisk helsefeltet de siste årene basert på det vi betegner som *soft governance*. Gjennom et stort antall anbefalte tiltak søker statlige myndigheter å stimulere til realiseringen av de endringene som «det store paradigmeskiftet» innebærer. Men hvordan tiltak og tjenester skal organiseres lokalt for at dette skal føre til kvalitativt bedre tjenester, forutsetter mer enn disse anbefalingene. Introduksjon av fagideologiske perspektiver som bekrefter og utdyper grunnlaget for hvordan tjenestene skal utformes, er en ytterligere påvirkning. Et aspekt ved denne påvirkningen er det som i økende grad er blitt en særegen, omfattende og kontroversiell styringsstrategi: såkalt *nudging*. I norsk kontekst er *nudging* mindre benyttet som betegnelse på politiske strategier, og vi anser det primært som et inntak til å forstå de påvirkningsformer som vi er opptatt av. *Nudging* dreier seg enkelt sagt om å «dulte» ulike aktører – både lokalpolitiske organer, tjenesteytere og enkeltpasienter/-brukere av tjenestene – til å velge «riktige» løsninger for å bedre brukernes helse- og livssituasjon.

Først i dette kapitlet viser vi kopling mellom *soft governance* og *nudging*. Deretter gjennomgår vi de fagideologiske perspektivene som har vært dominante som premissleverandører for tjenestene på feltet de siste tiårene. Her fremhever vi fire sentrale begreper som tilsynelatende følger etter hverandre i tid, men som ved nærmere ettersyn overlapper både i tid og rom: normaliseringsperspektivet, mestringsperspektivet (*empowerment*), *recovery*, og det helsepolitisk prioriterte målet om «pasienten

først». Vi diskuterer hvilken status og rolle kunnskapsgrunnlaget som disse begrepene hviler på har, hvordan de uttrykkes i offentlig politikk, og sammenhengen mellom dem. Til sist diskuterer vi hvordan en kan forstå utviklingen mot dagens dominante perspektiver («mestring»/*empowerment*, *recovery* og «pasienten først») som en utviklingsprosess der *soft governance* er det overordnede perspektivet, men at det gis stadig sterkere rom for utvikling av mer spesifikke strategier som kjennetegnes av *nudging*. Vi hevder at dette grunnlaget i økende grad kan gjenfinnes i den nasjonale politikken i dag, og vi diskuterer noen implikasjoner når denne politikken gjennomføres i praksis.

## Teoretiske perspektiver

### «Det nye paradigmet» og «soft governance»

Det «paradigmeskiftet» som er beskrevet i kapittel 4, danner som nevnt en overordnet ramme for de endringer vi er opptatt av. Disse endringene skjer i hovedsak gjennom anvendelsen av «myke» instrumenter som kunnskapsformidling, informasjons- og rådgivning. Vår påstand er at de styringsinstrumentene som statlige myndigheter benytter, etterlater et stort rom for lokale valg – mellom de mange, og relativt konkrete, mål og ambisjoner nasjonale myndigheter formulerer, og lokale prosesser der disse skal realiseres. Hvilke kunnskapsgrunnlag som får forrang når disse rommene skal fylles, er derfor vårt fokus her. Dette skjer på to nivå: For det første som *generelle* faglig funderte omsorgs- og behandlingsprinsipper som statlige myndigheter forventer skal legges til grunn for helse- og velferdstjenestene. Disse prinsippene er generiske, men innbefatter også tiltak og tjenester til mennesker med rus- og psykiske lidelser, for eksempel knyttet til lovkrav om ivaretagelse av brukerperspektiver. For det andre er det de mer *spesifikke* anbefalinger om hvordan denne brukergruppen skal tilbys tjenester i kommunene. Disse anbefalingene kommer primært til uttrykk gjennom utforming av ulike normative dokumenter, blant annet nasjonale faglige veiledere (se senere i kapittelet). Slik faglig normsetting, som i Norge er et hovedansvar for Helsedirektoratet og andre faglige helsemyndigheter, produseres på stadig nye felt og med stadig hyppigere utgivelser og revisjoner. Her finner en de forventninger og

anbefalinger til strukturering og organisering av tjenestene på feltet som statlige myndigheter har formulert.

Her skal vi se nærmere på noen av de ideologiske og kunnskapsbaserte statlige styringsinstrumenter som er introdusert de siste par tiårene. Det hevdes at den kunnskap som blir lagt til grunn for at noen begreper får en overordnet rolle for politikken som gjennomføres, i stadig sterkere grad vektlegger vitenskapelig kunnskap, og ikke minst at denne kunnskapen skal være evidensbasert (Ekeland, 2011; Ramsdal & Hansen, 2016). Det er likevel påvist at forholdet mellom kunnskap og politikk er dynamisk og sirkulært – med andre ord er det på ingen måte gitt at politiske myndigheter tar til seg vitenskapelig, evidensbasert kunnskap (Cairney, 2020). Vårt utgangspunkt er derfor at koplingene mellom kunnskapsgrunnlag og politikk på dette – som andre – felt må avklares empirisk. Dette vil kunne vise hvordan forholdet mellom kunnskap og politikk faktisk resulterer i koplinger – eller de-koplinger – i utviklingen av omsorgsbegreper og -teorier på den ene siden og statlige styringsinitiativ på den annen side.

## «Nudging»

Informasjon, symboler, normer og skjulte trusler er eksempler på soft governance (myke styringsinstrumenter) (Røiseland & Vabo, 2016). Noen slike myke styringsinstrumenter er også omtalt som *nudging*. I tråd med Schneider & Ingram (1997) vil vi her bruke dette begrepet som analytisk tilnærming. Teorier om anvendelse av *nudging* kan slik vi ser det, benyttes for å utforske bruken av myke styringsinstrumenter overfor kommunene som har ansvaret for brukere med komplekse behov, behov som primært skal løses på lokalt nivå. *Nudging* kan være et relevant inntak dels til å forstå relasjonen mellom stat og kommuner – der det styringsdilemmaet som er presentert foran potensielt kan overkommes, dels som tjenestenes bidrag til å levere det en faglig sett mener er «gode og riktige» tjenester samtidig som den enkelte tjenestemottaker i teorien gis styrket brukerinnflytelse over valg som skal foretas.

*Nudging*-begrepet er knyttet til Thaler og Sunsteins bok *Nudge: Improving Decisions About Health, Wealth and Happiness* (2008), der de søker å finne en mellomvei mellom de klassiske, såkalt paternalistisk

hierarkiske strategiene som tradisjonelt er brukt i offentlig styring (*hard governance*), og den frihet den enkelte har i et liberalt samfunn. Det siste betegnes som libertarianisme. Denne mellomveien betegner de som «libertariansk paternalisme». Libertarianisk paternalisme er en tilnærming som vektlegger at folk skal veiledes til å ta valg som er i deres egen interesse, men at man likevel skal ha friheten til å handle på en annen måte (Goodwin, 2012). Den enkeltes frihet til selv å velge står følgelig sentralt.

Nøkkelbegrepet for å forstå *nudging* som en måte å lede enkeltmennesker til «riktige» avgjørelser er å etablere en valg-arkitektur (*choice architecture*); det vil si å sette rammene for de valgmulighetene den enkelte har (Thaler & Sunstein, 2008). I praksis fremstår valgarkitekturen som skjulte premisser for den enkeltes frie valg. Valg må med andre ord foretas mellom et utvalg alternativer mens andre alternativ utelukkes i de prosesser der valg foretas. Slik fremmer *nudging* valg uten at pasientene/brukerne vurderer disse bevisst. Valg skjer gjennom etablering av standardvalg, bruk av sosiale normer og andre tiltak for å endre pasientenes/brukernes og lokale tjenesteyteres, atferd. Dette gir selvsagt de som utformer valg-arkitekturen stor innflytelse gjennom å regulere frihet den enkelte besitter når vedkommende skal foreta valg. *Nudging* er følgelig ikke intervensjoner basert på eksplisitt formulert, åpen overtalelse, som informasjon (Bekker et al., 2014). En måte å skille *nudging* fra andre myke styringsinstrumenter, er at *nudging* gjerne utformes slik at de fremmer den enkeltes evne til å handle slik de selv vil, eller på måter som de ikke ville være uenige i, samtidig som kostnadene ved fravalg er lave (Mills, 2013, s. 29).

Et aspekt ved dette er at kunnskapsgrunnlaget valg-arkitekturen utformes på, må være faglig troverdig – i vår sammenheng innebærer det vanligvis evidensbasert kunnskap. Basert på RCT-studier kan en få kunnskap om hvilke tiltak en kan initiere for at de valg som gjøres av den enkelte, fremstår som de riktige uten at vedkommende kjenner til de kunnskaper som er benyttet for å lede valg i «riktig» retning (gjennom valg-arkitekturen). I relasjon til offentlig politikk, er *nudging* beskrevet som intervensjoner som søker å endre, lede og oppmuntre til atferdsendring ved å benytte informasjon og kommunikasjonssystemer som de viktigste komponenter i design av valg-arkitekturen (Esmark, 2019, s. 142).

*Nudging* fremstår derved som et mer spesifikt redskap innenfor rammene av de virkemidler som benyttes i *soft governance*. Sett i dette perspektivet er de sentrale helsemyndigheters rolle å fungere som valg-arkitekter ved å utvikle retningslinjer som skal lede og informere både lokale myndigheter i sin iverksetting av politikken, og tilrettelegge for valg som fremstår som de mest relevante og riktige for den enkelte pasient/bruker. Selv om *nudging*-teorier, som er tuftet på atferdspsykologiske og atferds-økonomiske perspektiver, er ment å påvirke individuelle valg, er implikasjonene for offentlige styringsformer relativt åpenbare, slik Esmark (2019) og Bekker et al. (2015) peker på. *Nudging* er da et instrument for å forme ikke bare individuell atferd, men også offentlig politikk, og setter rammer for arbeidsformer og råd rettet mot tjenesteutøverenes arbeid i førstelinjen (Esmark, 2019). Oppsummert omfatter *nudging* både styringsrelasjoner mellom stat og lokalstyre, og arbeidsformer som tilrettelegger for brukernes valg som tjenestemottakere.

## Metode

Dette kapittelet baserer seg på en gjennomgang av det vi etter å ha studert offentlige dokumenter, stortingsmeldinger og nasjonale faglige veiledere, identifiserer som noen av de viktigste fagideologiske begrepene som er lansert for å påvirke utviklingen av tjenestene lokalt. Et fellestrekk ved disse begrepene er at samtlige, men på ulike måter, er forankret i mål om å styrke brukernes interesser på feltet. Vi tar utgangspunkt i det begrepet som ble lansert i offentlig politikk i Norge allerede i 1960-årene: normalisering. Videre har vi gjennomgått en omfattende litteratur om bakgrunnen for, kjennetegn ved og endringsdynamikk i anvendelsen av de ulike begreper knyttet til *empowerment*, *recovery* og konseptet «pasienten først» / «hva er viktig for deg». Sistnevnte er dagens mest fremtredende politiske slagord og perspektiv på tjenestene. Grunnlaget for utvelgelsen av disse begrepene er at det har vært en dynamisk utvikling der nøkkelbegrep er erstattet eller supplert med et annet, og at denne utviklingen medfører et komplekst forhold mellom begrepene som er lansert på ulike tidspunkt de siste tiårene.



Hensikten med gjennomgåelsen av disse fagideologiske begrepene er primært å legge grunnlaget for en diskusjon av implikasjonene disse har hatt og har for utformingen av tjenestene i rus- og psykisk helsearbeid. Vi vil ikke kunne gi en omfattende og detaljert fremstilling av hver av dem her. Hensikten er med andre ord å «gå bak begrepene», og vise at til tross for at de tilsynelatende er knyttet til overordnede prinsipper som det praktiske arbeidet skal innrettes etter, gir de få konkrete anvisninger for organiseringen av dette arbeidet.

Vi spør hvordan en kan forklare dynamikken mellom overordnede prinsipper – hvordan sentrale begreper og teorier har fått status som offentlig politikk, og hvordan disse i neste omgang har mistet eller fått redusert denne statusen, for eksempel ved å ha blitt absorbert av nye begreper og teorier. Eksempler på dette er der en har ønsket å styrke «det nye paradigmet» om lokalbaserte tjenester på feltet med stikkord som «normalisering», *mestring/ empowerment, recovery* og til sist «pasienten først» / «hva er viktig for deg». Vi ser her nærmere på dynamikken der disse begrepene er blitt sentrale i rus- og psykisk helsearbeid.

## «Soft governance» på rus- og psykisk helsefeltet

Som vist i kapittel 4, fremstår de statlige styringsinstrumentene knyttet til opptrappingsplanene på feltet som svake med hensyn til påvirkning av organisering av de lokalebaserte tjenestene. Kommunene prioriterer og organiserer selv i stor grad sine tiltak og tjenester på relativt fritt grunnlag. Til tross for dette har de lokalbaserte tjenestene utviklet seg i tråd med relativt ensartete kunnskaper, ferdigheter og holdninger. Det kan forstås slik at statlige helsepolitiske myndigheter har oppfatninger om i hvilken retning tiltakene skal utvikles, eller om hvilke faglige premisser som bør legges til grunn for tjenesteytingen. Når de fagideologiske prinsippene blir til offentlig politikk, skjer dette primært gjennom utarbeidelsen av det som kalles «normerende produkter»; det vil si nasjonale faglige retningslinjer, veiledere, råd, rundskriv og – for blant annet rus- og psykisk helsefeltets vedkommende – normer for pakkeforløp.

I motsetning til helsefaglig standardiserte retningslinjer for hvordan (medisinskfaglig) behandling skal foregå, også i forhold til psykiske

lidelser og ruslidelser, er Helsedirektoratets veiledere med relevans for lokalbaserte tjenester i hovedsak mer generelt formulerte prinsipper som lokale aktører forventes å kjenne til og følge opp. Det vi betegner som «veiledere» består imidlertid av ulike retningsangivelser for tjenesteyting – betegnet som faglige retningslinjer, veiledere, råd og pakkeforløp.

Antallet veiledere har økt fra år til år. Innenfor rus- og psykisk helsefeltet er det i dag til sammen ca. 70 retningslinjer, veiledere, rapporter og beskrivelser av pakkeforløp som er relevante for tjenestene. Mange av disse overlapper med hensyn til overordnede prinsipper, men det skjer kontinuerlige revideringer, og det krever både ressurser og interesse for å kunne ha oversikt over disse normeringsdokumentene. Veilederne, som er der en finner de viktigste beskrivelsene av hvordan tjenesteyting lokalt bør foregå, gir stor frihet til kommunene om i hvilken grad, og hvordan, de skal anvendes i praksis. Retningslinjene er pålegg som det kan medføre sanksjoner å bryte. Men iverksetting av de tiltak og tjenester veilederne for øvrig omhandler, er ikke juridisk bindende, og i utgangspunktet følger det ikke sanksjoner med å la være å følge dem. I stedet forutsettes det at veilederne blir benyttet som et grunnlag for utviklingen av tiltak, tjenester og arbeidsformer, og i neste instans kan evalueringer og tilsyn benytte disse som kriteriesett i forhold til vurdering av kvaliteten på de tjenestene som tilbys. Faglige veiledere fremstår derfor som et viktig, indirekte virkemiddel for å stimulere til endringer på feltet. Vi tar derfor utgangspunkt i to premisser for den videre diskusjonen i kapittelet: at retningslinjer og veiledere på feltet er uttrykk for en offisiell politikk, og at det i disse dokumentene kan identifiseres en underliggende fagideologisk forståelse som forutsettes å påvirke utformingen av lokalbaserte tiltak og tjenester. Vi er derfor opptatt av hvilke fagideologiske perspektiver som har blitt anbefalt de siste tiårene, og hvilke implikasjoner disse har hatt – og har – for den overordnede statlige påvirkning av tjenestefeltet.

## Om fagideologiske perspektiver

Vi skal her ta for oss de fagideologiske perspektiver og begreper som er mest aktuelle i dagens forventninger til arbeidsformer og tjenester. Et

felles utgangspunkt er at disse er knyttet til målet om å styrke brukernes rolle i disse tjenestene.

## Normalisering

Grunnlaget for dagens mest dominerende fagideologiske perspektiver, mestrings-, *recovery* og «pasienten først», kan vise tilbake til «normaliseringsparadigmet». Begrepet «normalisering» kan føres tilbake til relativt klart definert utgangspunkt: Bank-Mikkelsen og Nirje, som var aktive som ledere av pårørendeorganisasjonene for psykisk utviklingshemmede i henholdsvis Danmark og Sverige på 1970-tallet. De to utarbeidet hver for seg og sammen 10 prinsipper for en «normalisert» tilværelse for denne gruppen, og etter hvert sammenstilte de prinsipper knyttet til krav om at materielle og sosiale forhold (bosted, økonomi, levekår (som fritid, sosialt liv, osv.). Brukernes valgfrihet skulle være mest mulig normaliserte, det vil si i tråd med det som var statistisk normale kjennetegn på disse dimensjonene. Denne tilnærmingen til normaliseringsparadigmet ble betegnet som en «skandinavisk» normaliseringsdiskurs som primært hadde en sosialpolitisk ramme hvor retten til likhet i levekår og livsmønster sto sentralt (Askheim, 2003; Kristjansen, 1993). Stikkord var selvbestemmelse, valg og individuelle rettigheter, *self-advocacy* og politiske initiativ – det som Askheim (2003, s. 21) betegner som en «utvidelse av velferdsstaten til å gjelde funksjonshemmede». Et fellestrekk ved de tre etterfølgende fagideologiske perspektivene er nettopp at disse forutsetter brukernes aktive deltakelse i utformingen av tjenestene.

## «Empowerment»/mestring

*Empowerment* vektlegger mobilisering og myndiggjøring for å endre folks atferd ved å sette den enkelte i stand til å ta vare på egen helse. Et gjennomgående trekk er at informasjon om riktige valg og gode løsninger skal føre til at brukere får kompetanse til å mestre det å ta ansvar for egen livssituasjon. Utgangspunktet er at mobiliseringsprosesser vil styrke individuell og kollektiv kompetanse. Mobilisering på individnivå innebærer at enkeltindivider gjennom bevisstgjøring og læring får økt kompetanse og styrket egne ressurser. Gjennom økte ressurser og kompetanse (i form

av kunnskap, ferdigheter og holdninger) som grunnlag for valg, vil den enkelte bli satt i stand til å ta valg slik at bruker kan ta kontroll, få innflytelse over og styrke egen livssituasjon (Adams, 1996). Brukerinvolvering innenfor rammene av *empowerment* innebærer at de profesjonelle aktivt kan jobbe for en profesjonsutøvelse som gir rom for brukernes selvbestemmelse gjennom overføring av kunnskap og å ta hensyn til den enkeltes ønsker (Andreassen, 2018). Sammenhengen mellom det individuelle og det strukturelle er et vesentlig poeng ved *empowerment* (Askheim, 2003). På den ene siden er målet å styrke enkeltindividet gjennom kompetanse, og på den andre siden er det «et virkemiddel i en politikk som har frigjøring som mål» (Askheim, 2003, s. 105). Et slikt demokratiorientert perspektiv vektlegger den enkeltes «rett til innflytelse over eget liv i kraft av å være fullverdig samfunnsborger» (Askheim, 2017, s. 136). Slik sett er det en grunn til at *empowerment* skjer omtrent samtidig med avinstitusjonalisering og desentralisering (Askheim, 2003).

## «Recovery»

*Recovery*, eller bedringsprosesser som det kalles på norsk, er et begrep som blir brukt på ulike måter. Det beskrives som en tilnærming, en modell, et erfaringsbasert kunnskapsfelt, en filosofi, et paradigme, en bevegelse, en visjon og blant skeptikerne en myte eller et slagord (Karlsson & Borg, 2013). De senere års utvikling av psykiske helsetjenester har også bidratt til økt oppmerksomhet på *recovery*-begrepet. Fremveksten av lokalbaserte tilbud, nedbygging av institusjonene, de terapeutiske samfunn, antipsykiatriske bevegelser, sosialpsykiatrisk utvikling og praksiser, Lov 180 av 1978 / Basaglia-loven og den demokratiske psykiske helsetjeneste i Italia, har på ulike vis inspirert til nye praksiser og kunnskaper (Davidson et al., 2005; Jacobson & Curtis, 2000; Slade et al., 2012). *Recovery*-begrepet, forstått som en beskrivelse av mål og praksis knyttet til bedringsprosesser, er i dag det viktigste fagideologiske perspektivet i rus- og psykiske helsetjenester. Begrepet er beskrevet slik:

*Recovery* er en dypt personlig, unik prosess som innebærer endring av ens holdninger, verdier, følelser, mål, ferdigheter og/eller roller. Det er en måte å leve et liv på som gir håp, trivsel og mulighet til å bidra, på tross av begrensningene

som de psykiske problemene representerer. *Recovery* innebærer ny mening og nye mål for livet, og muligheter til å vokse og utvikle seg. (Anthony, 1993, s. 17, vår oversettelse)

Senere, særlig gjennom britisk og nordisk forskning, men også deler av den amerikanske, er kontekstuelle forhold og rettighetsperspektiver etter hvert blitt mer sentrale. Grunnene til at begrepet har fått en viktig rolle også i norsk sammenheng, kan være flere. Det gir et alternativt eller supplerende perspektiv til psykiatriske, medisinskfaglige tradisjoner, at det innebærer et «realistisk» perspektiv på de endringer i brukernes helse-tilstand og sosioøkonomiske situasjon, og ikke minst at det innebærer en styrking av brukernes påvirkning på alle nivåer i bedringsprosessene (inkludert som likemenn i tjenestene, og som medforskere). Et trekk ved dette er også at begrepet er så omfattende, og samtidig såpass vagt, at mange ulike praksiser kan falle inn under begrepet.

## Pasienten først: «Hva er viktig for deg?»

«Hva er viktig for deg» er et ledd i arbeidet med *helhetlige pasientforløp i hjemmet* (HPH) og omtales som en retningsendring (Folkehelseinstituttet, 2019). Dreiningspunktet, hevdes det, ligger i at brukerperspektiver på pasientforløp trekkes frem samtidig med kartlegging av brukeres livskvalitet. Folkehelseinstituttet har vært en sentral pådriver i sammenheng med implementering av delt beslutningstaking. Formålet var å øke tjenesteytneres bevissthet om viktige utfordringer i brukernes liv som kunne bidra mer tilpassede tjenester. Det blir også sett på som en måte å iverksette personsentrert omsorg (Olsen et al., 2020). Dette fremstår som en tilnærming hvor brukermedvirkning ses om en måte å bidra til mestring og motivasjon. Det skal skje ved at tiltak som iverksettes, bygger på at bruker setter egne mål sammen med faglig personell, som dermed må endre sine arbeidsrutiner. Dette representerer også endring i relasjonen og kommunikasjonen mellom bruker og ansatt, blant annet gjennom vektlegging av å utforske, forstå, avdekke og forbedre (Little et al., 2001; Oksavik, et al., 2020). Andreassen (2018) viser til at når målgruppen er enkeltindivider og man har som formål å styrke posisjonen til den enkelte, vil en rekke av tiltakene som tas i bruk, være av typen

«konsument» og strategiske «valg». Vektleggingen av enkeltindividet og betydningen av brukerens kunnskap om egne behov og evne til å velge hvilke tjenester vedkommende trenger er tydelig forankret i et markeds-perspektiv (Askheim, 2017).

For ansatte vil en slik tilnærming innebære en endret samarbeidsrelasjon med bruker. Ansatte skal både å motivere bruker til å sette seg mål, samt sette mål på vegne av, forhandle om eller gjerne nedjustere og til slutt spesifisere mål bruker allerede har (Oksavik et al., 2020). På den ene siden legger «hva er viktig for deg»-tilnærmingen opp til at tjenesteutøverne kan gjøre vesentlig bruk av faglig skjønn med hensyn til hva bruker trenger hjelp til og hva vedkommende kan gjøre selv. På den annen side legger lokale organisatoriske og økonomiske rammer sterke føringer på hvilke oppgaver tjenesteyterne velger å løse og hvordan. Gapet mellom tilgjengelige ressurser og omfanget av uløste oppgaver på lokalt nivå utgjør slik sett et av velferdsstatens dilemmaer, som også gjør seg gjeldende her (Vike, 2017).

## **Fagideologiske perspektiver som grunnlag for politikk: koplingen til nasjonale retningslinjer og veiledere**

I relasjon til rus- og psykiske lidelser er mestrings-/empowerment-perspektivet og etter hvert også *recovery* i dag dominerende omsorgspolitiske perspektiver for å ivareta de verdier og holdninger som ble introdusert og videreført ved overgangen til 2000-tallet. Her er Helse- og omsorgsdepartementets (2014) veileder «Sammen om mestring» sentral, og er i dag kanskje den mest kjente og anvendte statlige føringen for utviklingen av arbeidsformer, tiltak og tjenester på feltet. Her legges det særlig vekt på at tjenestene organiseres og utformes i et «bruker- og mestringsperspektiv», at tjenestene samarbeider for å sikre helhetlige og koordinerte tjenester, og at «psykisk helse og rus ses i sammenheng» (Helsedirektoratet, 2014). Det som er viktig her, er at veilederen er opptatt av organisering av tjenestene, og at «brukerfokusert organisering» blir vektlagt. Veilederen legger vekt på arbeidsformer og tjenesteutvikling, både med hensyn til levekår og helsefremmende tjenester, omsorg og behandling. Målet er god tilgjengelighet til tjenestene, å styrke brukerens rolle og å bidra til

bedre samhandling i tjenestesystemet, og et krav om å skape *likeverdige* lokaltbaserte tjenester. Dette «krever tilpasninger av tjenestene til lokale behov og forutsetninger basert på kunnskap om lokale problemer og ressurser» (Helsedirektoratet, 2014, s. 113). Bredden i tilnærmingen reflekteres også i den fagkompetanse en mener lokalt psykisk helsearbeid og rusarbeid bygger på: «sosialfaglig, helsefaglig, medisinsk, psykiatrisk, psykologisk, pedagogisk og omsorgsfaglig kompetanse og tilnærming» (Helsedirektoratet, 2014, s. 112). Både *mestring/empowerment-* og *recovery-*perspektiver blir her presentert som sentrale forståelsesrammer for utvikling av tjenestene, for eksempel i relasjon til å styrke brukernes rolle, og som grunnlag for tjenesteyternes etiske kompetanse, holdninger og kunnskaper. Som en bro til perspektiver og begreper som senere blir lansert som nasjonal helse- og velferdspolitik, er «pasienten først» / «hva er viktig for deg» klargjøring av hvordan en skal tilrettelegge for styrking av brukerens rolle i tjenesteyting. Dette er formulert som at brukeren må anses som «ekspert på seg selv» og «at relasjonen mellom bruker og tjenesteutøver må preges av likeverdighet, åpenhet, ærlighet og tillit» (Helsedirektoratet, 2014, s. 32).

Veilederen innleder med å avklare «brukeren som viktigste aktør» og hva som menes med «brukerfokusert organisering» av tjenestene. Her heter det at brukerfokuset innebærer at «tjenestene bør utformes og tilrettelegges slik at det foreligger ulike tilbud og reelle valgmuligheter for brukeren» (Helsedirektoratet, 2014, s. 20). Videre har veilederen mange, til sammen ca. 60, eksplisitt formulerte anbefalinger, men få (lov-)pålagte tiltak. Det anbefales for eksempel at «psykiske helseproblemer, rusmiddelproblemer og traumeforståelse ses i sammenheng» (Helsedirektoratet, 2014, s. 34), uten at en direkte knytter dette til den konkrete organisering av disse tjenestene i kommunene. Det er likevel rimelig å hevde at en integrasjon av rus- og psykiske helsetjenester forventes å skje på grunnlag av disse anbefalingene.

Det lanseres et prinsipp for organisering av tjenestene basert på hvordan en skal arbeide med den enkelte bruker basert på en kategorisering av alvorlighet i brukernes utfordringer og lidelser. Dette kan skje i tre hovedforløp: (1) milde og kortvarige problemer, (2) kortvarige problemer/lidelser og langvarige milde problemer/lidelser, og (3) alvorlige langvarige

problemer/lidelser. For hvert av disse forløpene blir det gitt beskrivelser av hvordan forebygging, kartlegging og utredning, behandling og oppfølging bør foregå. «Sammen om mestring» representerer slik vi ser det (fremdeles) det viktigste utgangspunktet for å utvikle lokalbaserte tjenester.

Organisering av de kommunale tjenestene er på sett og vis implisitt i de mål og prinsipper for tjenesteyting som er formulert i veilederen. Veilederen gir likevel en retningsangivelse, ved å presentere en «tilrettelegging av tjenestene» basert på de tre hovedløpene. Denne inndelingen av brukergruppen har potensiale til å strukturere tjenestene i tre forløp, noe som har vært benyttet i noen større kommuner (se antologiens kapittel 10).

Likevel, som vist i sitatet om likeverdighet over, stilles det ingen konkrete krav til organisering av tjenestesystemet lokalt; det er fleksibilitet og lokale løsninger og reelle valgmuligheter som fremheves. Veilederen har derved et stort antall anbefalinger og beskrivelser av en rekke tiltak og tjenesteformer som en lokalt kan benytte seg av. De fagideologiske perspektiver basert på *empowerment* og *recovery* fremstår som viktige inntak til å styrke brukernes rolle i valg om hvilke tiltak og tjenester som vil være hensiktsmessige.

## Drøfting

Vårt utgangspunkt i dette kapittelet var hvordan nasjonal politikk på rus- og psykisk helsefeltet kan utformes for å ivareta de mål og intensjoner for det nye paradigmet om lokalbaserte tjenester. Vi pekte på dette som et styringsdilemma som innebærer at statlige myndigheter må finne balansen mellom hierarkisk styring, som må nedtones, og lokal frihet i organisering av tjenestene, som må legges til rette for. Vår problemstilling her er hvordan statlige myndigheter har utviklet en politikk for å ivareta nasjonale mål og ambisjoner, samtidig som denne balansegangen skal ivaretas. Vi har identifisert noen av de fagideologiske perspektiver som nasjonale myndigheter har sluttet seg til de siste tiårene og som fremstår som de viktigste faglige grunnlag for arbeidsformer i tjenestene. Å identifisere bestemte faglige perspektiver som har oppnådd status som



offentlig politikk, og derved fått en forrang som forståelsesgrunnlag for de mål og tiltak som helsemyndighetene anbefaler, er imidlertid ikke uten videre enkelt.

De fagideologiske perspektivene som er presentert foran – normalisering, *mestring/empowerment*, *recovery*, pasienten først / «hva er viktig for deg» – er alle mangetydige, og i mange sammenhenger kontroversielle både fra teoretiske og praktiske utgangspunkt. Prinsippene har hatt en tendens til å bli modifisert eller splittet opp i ulike retninger, med tilhørende fagmiljøer. Eksempler på dette er normaliseringsparadigmet, men også *recovery*-perspektivet har vært gjenstand for ulike tilnærminger, for eksempel der en skiller mellom bedringsprosesser basert på brukernes subjektive opplevelser (*recovery* som prosess) og en mer behandlingsorientert tilnærming, der fokus er objektive målinger av bedring i pasientens helsetilstand (*recovery* som resultat) (Mengshoel & Feiring, 2020). Et annet trekk er at de generelle beskrivelser som danner utgangspunkt for perspektivene, kan fremstå som idealistiske og lite konkrete. Dette har medført arbeid med å operasjonalisere de overordnede begrepene som ofte innebærer en teknologisering og instrumentering for å skape bedre muligheter til iverksetting (og evaluering) av endringsprosesser (Freeman & Sturdy, 2011; Mengshoel & Feiring, 2020; Smith-Merry et al., 1987).

Disse overordnede fagideologiske perspektivene krever uansett en kontekstualisering av prinsippene for at de kan være operative i lokale sammenhenger. Det innebærer at lokale aktører – både forstått som lokale beslutningsorgan og de enkelte tjenesteytere – står overfor valgsituasjoner. Reformstrategiene som er beskrevet i kapittel 4, kombinert med *nudging*-perspektivet vi har tatt for oss i her, innebærer at utviklingen av tiltak og tjenester preges av en dobbel autonomi: Den enkelte kommune må velge innenfor et bredt spekter av organisatoriske løsninger, hvor de selv må finne ut hvordan de skal prioritere og strukturere tjenestene. Det dreier seg om hvordan planer, strukturer og styringsformer skal kople mellom forvaltningspolitiske prinsipper, lokale ressurser og egne mål og ambisjoner. For de enkelte tjenesteutøvere dreier det seg om hvordan rollen som profesjonsutdannet skal forholde seg til brukernes egne synspunkter og vurderinger. Den enkelte tjenesteyter må finne en rolle der faglige standarder og faglig-profesjonell kunnskap blir ivaretatt samtidig

som brukernes valg av hva vedkommende «vil» skal tilfredsstilles så godt det lar seg gjøre (Mills, 2013; Vike, 2017). Vi kan derfor forvente at kommunene er på leting etter gode organisasjons- og styringsmodeller for disse tjenestene, og at den enkelte tjenesteyter må finne en profesjonell identitet som ivaretar dilemmaene slike valgsituasjoner har i det daglige arbeidet.

Statlige myndigheter ønsker å sikre at bestemte fagideologiske perspektiver ivaretas lokalt, både med hensyn til organisasjons- og styringsmodeller og i tjenesteytingen. Vår påstand er at dette skjer gjennom påvirkninger vi har beskrevet foran og som fremstår som det som *nudging*-litteraturen betegner som den valg-arkitektur myndighetene har designet i mangel på mer direkte påvirkninger gjennom hierarkisk styring (Thaler & Sunstein, 2008). Denne måten å utvikle tjenestene på feltet på er ikke ukontroversiell – til tross for de mange gode intensjonene.

De fagideologiske perspektivene viser en tiltakende styrking av brukerperspektiv, men med ulike implikasjoner avhengig av hvilke perspektiv som kommer til anvendelse. Normaliseringsparadigmet innebar både organisatoriske prinsipper og «objektive» faglige kriterier for hva som skapte normaliserte situasjoner for den enkelte bruker, det som i *nudging*-litteraturen vil være et eksempel på paternalisme. Dette står i kontrast til dagens vektlegging av *empowerment* og *recovery*-tilnæringer, som innebærer langt sterkere vekt på den enkelte brukers egne valg, et eksempel på libertarianisme (Mills, 2013). Denne tendensen er enda klarere formulert gjennom det politiske slagordet om «pasienten først» og «hva er viktig for deg?», som ikke bare reflekterer en tiltakende individualisering av tiltak og tjenester, men også at subjektivt definerte ønsker og behov nærmest skal ha forrang i tjenestene. Kombinasjonen av de reformdesign som preger reformene, og denne utviklingen mot individualisering og subjektivering, har derved et skjult budskap som kan belyses gjennom *nudging*-perspektivet vi har skissert foran – og som kan koples til det idealet som innebærer libertariansk paternalisme.

Det er reist spørsmål om hvorvidt *nudging* er egnet til å håndtere de store samfunnsproblemene, som utfordringer innen helse- og velferds-politikken (Goodwin, 2012). Dette knytter an til hvorvidt denne typen virkemidler kan bidra til *empowerment*, *recovery* og «pasienten først / hva er viktig for deg», samt å skape endring. Dermed er det også et spørsmål

om hvilken type makt som ligger i friheten til å velge. Det er ulike oppfatninger om hvilken betydning frihet som konsept har for *nudging*, og hvordan det påvirker muligheten for økt mestring (Goodwin, 2012; Mills, 2013). På den ene siden blir det knyttet an til negativ frihet hvor viktigheten av kunne *gjøre* et valg er mer sentralt enn *kvaliteten* ved de valgene som blir tatt. Mills (2013) hevder at Thaler og Sunstein (2008) ikke nødvendigvis kun var opptatt av negativ frihet. Følgelig er det ikke bare viktig å gi lokale tjenesteytere i førstelinjen og brukerne valg mellom flere alternativer (kvantitet), men at innholdet i disse valgene (kvalitet) har også betydning. Forfatteren hevder videre at *nudging* skal gjøre det mulig å komme over bias, feilgrep og fristelser – forhold som er nær knyttet opp til oppfatninger om positiv frihet.

Vi vil likevel peke på noen utfordringer med de styringsformene vi har knyttet til *nudging* som styringsinstrument. Fra et individperspektiv kan slagord om «pasienten først» og «hva er viktig for deg» gi et falskt inntrykk av at brukeren kan velge mellom alternativer på øverste hylle og som vedkommende mener er de beste, men som ikke eksisterer i praksis. For tjenesteytere innebærer prinsipper som dette at yrkesrollen utfordres. Her kan den profesjonelle kunnskapen om hva som tjener brukeren best (under de rådende rammebetingelser) utfordres, og måtte modifieres og tilpasses de forventninger brukeren selv formulerer. I forlengelsen av dette kan en se for seg at yrkesrollen blir mer preget av å være en veileder og oppmuntrer – en såkalt coach – like mye som at spesifikke profesjonskunnskaper kan anvendes.

Fra et forvaltningspolitisk perspektiv er det imidlertid en utfordring med *soft governance* og *nudging*-strategier – fordi de er svake styringsinstrumenter, vil de vanskelig kunne bidra til vesentlige, konkrete endringer. Her hevder sentrale forskere at *nudging*-perspektiver er utilstrekkelige for å bidra til å etablere nye sosiale normer eller endre de eksisterende i vesentlig grad (Esmark, 2019; Kuehnhanss, 2019; Mills, 2013).

## Avslutning

De utviklingslinjer som vektlegger utviklingen av lokalbaserte tjenester på rus- og psykisk helsefeltet, slik disse er skissert foran, kan forstås som

en *retningsangivelse* og *paradigmatisk formingsprosess*. Koplingen mellom statlige satsinger og reformer på den ene side, og fagideologiske perspektiver som preger feltet på den andre, legger grunnlaget for denne retningen, som kan oppfattes som en måte å definere mål og ambisjoner for de lokalt baserte tjenestene. Denne retningsangivelsen krever imidlertid at lokale aktører tolker statlig politikk både med hensyn til tjenesteutvikling og arbeidsformer. Disse fortolkningsprosessene kommer til uttrykk i endringsprosesser for tjenestene i den enkelte kommune – der lokale forhold spiller en viktig rolle. Dette er utgangspunktet for del 2 i boken.

## Referanser

- Adams, R. (1996). *Social work and empowerment*. Macmillan Press Ltd.
- Andreassen, T. A. (2018). Service user involvement and repositioning of healthcare professionals: A framework for examining implications of different forms of involvement. *Nordisk välfärdsvetenskap. Nordic Welfare Research*, 3(1), 58–69. <https://doi.org/10.18261/issn.2464-4161-2018-01-06>
- Anthony, W. A. (1993). Recovery from mental illness: The guiding vision of the mental health service system in the 1990s. *Psychosocial Rehabilitation Journal*, 16(4), 11–23. <https://doi.org/10.1037/h0095655>
- Askheim, O. P. (2003). *Fra normalisering til empowerment: Ideologier og praksis i arbeid med funksjonshemmede*. Gyldendal Akademisk.
- Askheim, O. P. (2017). Brukermedvirkningsdiskurser i den norske velferdspolitikken. *Tidsskrift for velferdsforskning*, 20(2), 134–149. <https://doi.org/10.18261/issn.2464-3076-2017-02-03>
- Bekker, V., Tummers, L. & van Leeuwen, M. (2015). *Nudge as an innovative policy instrument: a public administration perspective* [Paperpresentasjon]. Conference proceedings of the Social Innovation Research Conference.
- Cairney, P. (2016). *The politics of evidence-based policy making*. Macmillan Publishers.
- Cairney, P. (2020). Evidence and policy making. I A. Boaz, H. Davis, A. Fraser & S. Nutley (Red.), *What works now? Evidence-informed policy and practice* (s. 21–40). Policy Press.
- Davidson, L., O'Connell, M. J., Tondora, J., Lawless, M. & Evans, A. C. (2005). Recovery in serious mental illness: A new wine or just a new bottle? *Professional Psychology: Research and Practice*, 36(5), 480–487. <https://doi.org/10.1037/0735-7028.36.5.480>
- Ellul, J. (1967). *The technological society*. Vintage Publishers.

- Ekeland, T.-J. (2011). *Ny kunnskap – ny praksis. Et nytt psykisk helsevern* (Nasjonalt senter for erfaringskompetanse innen psykisk helse 2011:1). <https://www.erfaringskompetanse.no/wp-content/uploads/2015/08/Ny-kunnskap-ny-praksis.-Et-nytt-psykisk-helsevern.pdf>
- Esmark, A. (2019). Communicative governance at work: How choice architects nudge citizens towards health, wealth and happiness in the information age. *Public Management Review*, 21(1), 138–158. <https://doi.org/10.1080/14719037.2018.1473476>
- Folkehelseinstituttet. (2019, 14. juni). *Hva er viktig for deg? En retningsendring* [Artikkel]. <https://www.fhi.no/kk/forbedringsarbeid/pasientforlop/hva-er-viktig-for-deg-en-retningsendring/>
- Freeman, R. (2012). Reverb: Policy making in wave form. *Environment and Planning A: Economy and Space*, 44(1), 13–20. <https://doi.org/10.1068/a44177>
- Goodwin, T. (2012). Why we should reject ‘nudge’. *Politics*, 32(2), 85–92. <https://doi.org/10.1111/j.1467-9256.2012.01430.x>
- Hansen, G. V. (2019). Organisering av individuell brukermedvirkning. I C. Bjørkquist & M. J. Fineide (Red.), *Organisasjonsperspektiv på samordning av helse- og velferdstjenester* (s. 47–67). Cappelen Damm Akademisk. <https://doi.org/10.23865/noasp.66.ch2>
- Helsedirektoratet. (2014). *Sammen om mestring – lokalt psykisk helsearbeid og rusarbeid for voksne* [Nasjonal veileder]. <https://www.helsedirektoratet.no/veiledere/sammen-om-mestring-lokalt-psykisk-helsearbeid-og-rusarbeid-for-voksne>
- Jacobson, N. & Curtis, L. (2000). Recovery as policy in mental health services: Strategies emerging from the states. *Psychiatric Rehabilitation Journal*, 23(4), 333–341. <https://doi.org/10.1037/h0095146>
- Karlsson, B. & Borg, M. (2013). *Psykisk helsearbeid: Humane og sosiale perspektiver og praksiser*. Gyldendal Akademisk.
- Killaspy, H., Bebbington, P., Blizard, R., Johnson, S., Nolan, F., Pilling, S. & King, M. (2006). The REACT study: Randomised evaluation of assertive community treatment in north London. *BMJ*, 332(7545), 815–820. <https://doi.org/10.1136/bmj.38773.518322.7C>
- Kristjansen, K. (1993). *Normalisering og verdsetjing av sosial rolle*. Kommuneforlaget.
- Kuehnhanss, C. R. (2019). The challenges of behavioural insights for effective policy design. *Policy and Society*, 38(1), 14–40. <https://doi.org/10.1080/14494035.2018.1511188>
- Little, P., Everitt, H., Williamson, I., Warner, G., Moore, M., Gould, C., Ferrier, K. & Payne, S. (2001). Preferences of patients for patient centred approach to consultation in primary care: observational study. *BMJ (Clinical research ed.)*, 322(7284), 468–472. <https://doi.org/10.1136/bmj.322.7284.468>
- Mengshoel, A. M. & Feiring, M. (2020). Rethinking recovery. I D. A. Nicholls, K. S. Groven, E. A. Kinsella & R. L. Anjum (Red.), *Mobilizing knowledge in*

- physiotherapy: Critical reflections on foundations and practices*. Routledge. <https://doi.org/10.4324/9780367855338>
- Mills, C. (2013). Why nudges matter: A reply to Goodwin. *Politics*, 33(1), 28–36. <https://doi.org/10.1111/j.1467-9256.2012.01450.x>
- Oksavik, J. D., Kirchhoff, R., Sogstad, M. K. R. & Solbjør, M. (2020). Sharing responsibility: Municipal health professionals' approaches to goal setting with older patients with multi-morbidity – a grounded theory study. *BMC Health Services Research*, 20(1), 141.
- Olsen, C. F., Debesay, J., Bergland, A., Bye, A. & Langaas, A. G. (2020). What matters when asking, «what matters to you?» – perceptions and experiences of health care providers on involving older people in transitional care. *BMC health services research*, 20, 1–13. <https://doi.org/10.1186/s12913-020-05150-4>
- Ramsdal, H. & Hansen, G. V. (2016). The organisation of local mental health services in Norway. *Evidence & Policy: A Journal of Research, Debate and Practice*, 13(4), 605–622. <https://dx.doi.org/10.1332/174426416X14715382995623>
- Røiseland, A. & Vabo, S. I. (2016). Interactive – or counteractive – governance? Lessons learned about citizen participation and political leadership. I J. Edelenbos & I. van Meerkerk (Red.), *Critical reflections on interactive governance. Self-organization and participation in public governance* (s. 120–145). Edward Elgar Publishing.
- Schneider, A. & Ingram, H. (1997). *Policy design for democracy*. University of Kansas Press.
- Slade, M., Leamy, M., Bacon, F., Janosik, M., Le Boutillier, C., Williams, J. & Bird, V. (2012). International differences in understanding recovery: Systematic review. *Epidemiology and Psychiatric Sciences*, 21(4), 353–364. <https://doi.org/10.1017/S2045796012000133>
- Smith-Merry, J., Freeman, R. & Sturdy, S. (2011). Implementing recovery: An analysis of the key technologies in Scotland. *International Journal of Mental Health Systems*, 5(1). <https://doi.org/10.1186/1752-4458-5-11>
- Stuen, H. K., Rugkåsa, J., Landheim, A. & Wynn, R. (2015). Increased influence and collaboration: A qualitative study of patients' experiences of community treatment orders within an assertive community treatment setting. *BMC Health Services Research*, 15(1), 409. <https://doi.org/10.1186/s12913-015-1083-x>
- Thaler, R. H. & Sunstein, C. R. (2008). *Nudge: Improving decisions about health, wealth, and happiness*. Yale University Press.
- Van Zanten, A., Ramsdal, H., Barroso, J., Carvalho, M. & Freeman, R. (2012). *Knowledge, policy and regulation – public action in health and education*. University of Lisbon.
- Vike, H. (2017). *Politics and bureaucracy in the Norwegian welfare state. An anthropological approach*. Palgrave Macmillan.



## KAPITTEL 6

# Trenger ROP-brukere en individuell plan?

*Gunnar Vold Hansen*

Fakultet for helse, velferd og organisasjon, Høgskolen i Østfold

**Abstract:** In this chapter, we take a closer look at experiences using individual plans and the role of the coordinator responsible for those participating in such plans. The starting point is that only a small number of service recipients with dual diagnoses have individual plans, while more than half of them have an appointed coordinator. This raises several questions. One is whether individual plans are a tool for service recipients or for service providers; another question is how coordinators can best assist service recipients with their daily challenges. The chapter concludes that the best help for service recipients with dual diagnoses is to have a coordinator who works as a “boundary spanner”.

**Keywords:** boundary spanning, coordinator, individual plan

## Innledning

De nye helselovene som kom i 2001 hadde blant annet det til felles at de innførte en rett for pasientene til å få utarbeidet en individuell plan og å få oppnevnt en koordinator som skulle ha ansvar for å utforme planen. En individuell plan skal være et middel til å sikre helhetlige og samordnede tjenester. Dette skulle tilsi at mange ROP-brukere fikk en slik plan. Slik er det ikke i praksis. I 2018 – nesten 20 år etter at ordningen med individuelle planer ble innført – hadde bare et sted mellom 10 og 15 prosent av ROP-brukerne en individuell plan (Brukerplan, 2019). Et av kravene ved utformingen av en individuell plan er at det skal oppnevnes en

Sitering av denne artikkelen: Hansen, G. V. (2021). Trenger ROP-brukere en individuell plan? I C. Bjørkquist & H. Ramsdal (Red.), *Statlig politikk og lokale utfordringer: Organisering av tjenester innen rus og psykisk helse* (Kap. 6, s. 111–129). Cappelen Damm Akademisk. <https://doi.org/10.23865/noasp.140.ch6>  
Lisens: CC-BY 4.0



koordinator som skal ha hovedansvaret for å oppfølgingen av planen. I 2012 ble regelverket endret slik at kommunene fikk ansvar for å oppnevne en koordinator, også i de tilfellene der brukerne ikke selv ønsket en individuell plan. Denne plikten som kommunen ble pålagt i 2012, blir oppfylt for om lag 60 prosent av ROP-brukerne (Brukerplan, 2019). En mulig forklaring på dette er at brukerne selv ikke ønsker en slik plan. Det reiser spørsmålet om ROP-brukere trenger individuelle planer.

I den nasjonale veilederen «Rehabilitering, habilitering, individuell plan og koordinator» sies det at formålet med individuell plan og koordinator er å

- «sikre at pasient og bruker får et helhetlig, koordinert og individuelt tilpasset tjenestetilbud
- sikre pasient og brukers medvirkning og innflytelse
- styrke samhandlingen mellom tjenesteyter og pasient og bruker og eventuelt pårørende
- styrke samhandlingen mellom tjenesteyterne på tvers av fag, nivåer og sektorer» (Helsedirektoratet, 2015, s. 103)

Det understrekes også at: «Formålet med koordinator er det samme som for individuell plan. Forskjellen er at det ikke er krav til å utarbeide et plandokument. Som koordinator yter man helsehjelp, og arbeidet må derfor likevel dokumenteres på linje med øvrig tjenesteyting» (Helsedirektoratet, 2015, s. 107). Dette beskriver en klar målsetting både med individuelle planer og koordinatorene, og gir grunnlag for å vurdere om målsettingen faktisk blir fulgt opp i praksis.

## **Erfaringer med individuell plan og koordinator**

Erfaringene med bruk av individuell plan innenfor psykisk helse og rusfeltet er blandet. Det er gjennomført flere kvalitative undersøkelser som tyder på at det er klare utfordringer knyttet til å innføre individuelle planer for mennesker med rus- og psykiske lidelser.

En del av brukerne synes at en individuell plan gir god oversikt over hvilke tjenester som er inkludert i tjenestetilbudet og hvem som er

kontaktpersoner (Breimo, 2016; Humerfelt, 2012). Også tjenesteytere trekker dette frem som et positivt resultat av individuelle planer (Hansen, 2007). Selv om brukerne i begynnelsen ser fordeler med individuelle planer, synes det likevel som om planene først og fremst ivaretar tjenesteyternes behov for å ha en samlet oversikt både over bakgrunnsopplysninger og deltakere. For enkelte av brukerne blir da en stor utfordring at den individuelle planen inneholder svært omfattende og detaljerte opplysninger om brukerens situasjon (Breimo, 2016). Humerfelt (2012) viser for eksempel til at en del av brukerne i hennes undersøkelse opplevde at fortrolige opplysninger som var tatt med i den individuelle planen ble desavuert av tjenesteytere som ikke fulgte opp den individuelle planen. Det finnes også verktøy for nettbaserte individuelle planer. Også evalueringen av disse viser at slike digitale individuelle planer også kan føre til forbedringer i form av bedre oversikt for brukere og tjenesteytere, lettere å opprettholde kontakt med hverandre, og lettere å samarbeide (Michalsen et al., 2011).

Flere undersøkelser peker på at brukernes holdning til individuelle planer er nært koblet til hva slags relasjon de har til koordinatoren (se f.eks. Humerfelt, 2012). Bjerkan, Vatne & Hollingen (2014) deler både brukere og tjenesteytere/koordinatører inn i engasjerte og uengasjerte deltakere. De viser at det bare er de engasjerte deltakerne som ser fordelene med den individuelle planen. Selv om noen engasjerte brukere klarer å overta ansvaret for å lede samordningen av tjenestene selv, er hovedinntrykket likevel at det er når både koordinator og bruker er engasjerte at man får positive til individuelle planer. Manglende engasjement hos tjenesteyterne kan også ha en sammenheng med at kunnskapen om hva en individuell plan er og hvordan den skal brukes ikke er særlig god blant tjenesteyterne (Humerfelt, 2012).

Ansvarsgrupper er et sentralt hjelpemiddel i arbeidet med individuelle planer, og slike benyttes også i stor grad uten at det utarbeides en individuell plan. I 2018 hadde nesten halvparten av alle registrerte ROP-brukere en ansvarsgruppe (Brukerplan, 2019). Selv om ansvarsgrupper ikke er regulert i lovgivingen, er det åpenbart at mange ser slike grupper som et viktig hjelpemiddel for å skape helhetlige og samordnede tjenestetilbud. Likevel er det en del svakheter med denne ordningen også. Det er

blant annet et problem at ansvarsgruppemøtene bare i begrenset grad blir brukt til å utforme en strategi og beslutte hvilke tjenester brukeren skal ha. I en observasjonsundersøkelse av 13 ansvarsgruppemøter peker Hansen (2007) på at det kan skyldes at de tjenesteyterne som deltok, ofte var mest opptatt av å rapportere om det som hadde skjedd. En annen forklaring er at mange ansvarsgrupper møter sjelden. Godt samarbeid er ofte avhengig av at man har etablert gode relasjoner over tid (Hudson, 2004). Det er da også et problem når noen opplever at sentrale deltakere i ansvarsgruppen ikke møter (Humerfelt, 2012). I de tilfellene der man etablerer faste team som møtes regelmessig flere ganger i måneden ser det ut som disse langt på vei klarer å løse en del av de problemene man ellers ser med ansvarsgrupper (Hansen & Ramsdal, 2014).

Et av kravene ved utformingen av en individuell plan er at det skal oppnevnes en koordinator som skal ha hovedansvaret for å oppfølgingen av planen. Som allerede nevnt ble regelverket endret i 2012, slik at kommunene fikk ansvar for å oppnevne en koordinator, også i de tilfellene der brukerne ikke selv ønsket en individuell plan. Dette synes å være en fornuftig utvikling, og flere undersøkelser har vist at selv om både brukere og tjenesteytere er kritiske til resultatene av individuelle planer, så peker mange på at koordinatorene kan ha en viktig rolle i å samordne tjenestetilbudet (Hansen, 2007; Holum & Toverud, 2013; Humerfelt, 2012). Konsekvensen av dette er at nå har om lag 60 prosent av alle ROP-brukere fått oppnevnt en koordinator (Brukerplan, 2019).

Også i andre sammenhenger er det utformet koordinatorstillinger med særlig ansvar for å følge opp brukere og tilrettelegge for samordnede og helhetlige tjenester. NAV har for eksempel etablert en ordning med veilednings- og oppfølgingsloser som skulle samordne NAVs tiltak med blant annet arbeidsgivere og kommunal helsetjeneste. Evalueringen av disse konkluderte med at både brukere og andre tjenesteytere hadde stort utbytte av disse losene (Proba samfunnsanalyse, 2012). Tilsvarende erfaringer gjorde man også med det såkalte tillitspersonsforsøket, der man opprettet særskilte stillinger (tillitspersoner) som fikk ansvar for koordinering av psykososialt arbeid for personer med rusrelaterte problemer. De positive resultatene med dette forsøket ble blant annet knyttet til at tillitspersonene kunne være oppsøkende både overfor brukere og andre

tjenesteytere (Aspelund et al., 2011). Erfaringene med ulike former for koordinatorfunksjoner synes derfor å være gode.

Som pekt på foran har Helsedirektoratet (2015) lagt til grunn at formålet med en koordinator er det samme som med en individuell plan. Det gir grunnlag for å reise spørsmålet om en koordinator kan ivareta brukerens interesser fullt ut uten at det utarbeides en individuell plan. I så fall er det viktig å se på hvordan en koordinator bør utforme rollen sin og løse arbeidsoppgavene. I den forbindelse kan teorien om *boundary spanning* være relevant.

Williams (2002) hevder at brukergrupper som kjennetegnes av *wicked problems*, trenger en tjenesteyter som kan tilrettelegge et individuelt tjenestetilbud til hver enkelt bruker – en koordinator. Koordinatorrollen kan utføres på ulike måter. Det ene ytterpunktet er en passiv rolle der man først og fremst holder oversikt over hva de enkelte aktørene bidrar med uten å påvirke innholdet i de ulike aktørers tilbud. Det andre ytterpunktet er en aktiv rolle der man sørger for at de ulike aktørene i fellesskap skaper et helhetlig tjenestetilbud. En koordinator som tar en slik aktiv rolle kalles en *boundary spanner*. *Boundary spanning* består av fire sentrale oppgaver. Den første oppgaven er å etablere et nettverk av ulike tjenesteytere som kan bidra til å samarbeide om å yte et helhetlig tjenestetilbud. Den andre oppgaven handler om å sikre god kommunikasjon slik at brukeren og de ulike tjenestene har felles forståelse og kan kommunisere seg imellom uten at det oppstår misforståelser. En tredje oppgave er å se hvilke muligheter som foreligger, og gjerne velge utradisjonelle løsninger dersom det er grunn til å tro at dette kan være i brukerens interesse. Den siste oppgaven knyttes til planlegging og administrering av et helhetlig tjenestetilbud slik at tjenestene gir maksimal positiv effekt for brukeren (Williams, 2011). Dette kapitlet vil belyse nærmere om *boundary spanning* kan ivareta brukernes behov for helhetlige og samordnete tjenester på samme måte som en individuell plan.

## Metode

Dette kapitlet bygger på de dataene som er beskrevet i kapittel 2 i denne antologien. Det vil si intervjuer med ansatte på et seminar og individuelle

intervjuer med 13 brukere. Alle intervjuene ble skrevet ut etter at det var blitt tatt opp med en digital opptaker. Bare de delene som omhandlet organisering av helhetlige tjenestetilbud, individuelle planer og koordinatorer, samt relasjoner mellom bruker og tjenesteyter, er blitt brukt i dette kapitlet. Intervjuene er analysert i en form for innholdsanalyse der det hele tiden utvikles teorier og hypoteser som testes mot data (Ruona, 2005). For å kunne koble teorien om *boundary spanning* til data, ble data organisert i tråd med de fire hovedoppgavene som teorien beskriver: nettverk, kommunikasjon, se muligheter og administrasjon. I tillegg ble det også inkludert et tema med brukernes synspunkter. Hvert tema ble så analysert, delvis med sikte på om dette var oppgaver som informantene la vekt på og delvis for å avklare om dette var relevante oppgaver for en koordinator slik målsettingen med individuelle planer koordinatorer er beskrevet i rundskrivet fra Helsedirektoratet. Til slutt ble all tekst fra intervjuene lest igjennom på nytt for å finne ut om det fortsatt var relevante poenger som ikke var fanget opp gjennom analysen.

## Resultater

### Brukernes synspunkter

Det er 3 av de 13 brukerne som sier de har en individuell plan, men ingen av dem vet hva som står i den. Den individuelle planen synes derfor å være av liten betydning for brukerne. En av brukerne ønsker seg en individuell plan fordi vedkommende mener at det kan få frem hvilke behov vedkommende har. I praksis synes det som om denne brukeren først og fremst er opptatt av å få utvidet tjenestetilbudet. Det er derfor lite i tilbakemeldingene fra brukerne som tyder på at de ser individuelle planer som et redskap for å ivareta det omfattende formålet knyttet til samordning og brukermedvirkning som er beskrevet i Helsedirektoratets veileder.

Det som er mest påfallende, er at så få av brukerne kjenner til begrepet individuell plan, eller vet hva den skal være. Tjenesteyterne begrunner få individuelle planer med at «brukerne ønsker seg ikke noen plan». Det inntrykket som tilbakemeldingene fra brukerne gir, er at de i liten grad har visst hva de i så fall sa nei til. Om det faktisk er slik at brukerne ikke ønsker seg en individuell plan, eller om det bare er at de ikke har fått

tilstrekkelig informasjon om hva en slik plan er og hvilke muligheter den gir, gir data i denne undersøkelsen ikke grunnlag for å si noe om.

Det som likevel er helt åpenbart i brukernes tilbakemeldinger, er at de ønsker å forholde seg til en eller to sentrale personer. Det er få som benevner denne personen som en koordinator, stort sett bruker de fornavnet på vedkommende. Utsagn av typen «Jeg har en person å forholde meg til» er gjennomgående i brukerintervjuene. Det er derfor ikke overraskende at en av brukerne konkluderte med: «Det er hun som styrer alt rundt meg.» Mange brukere må forholde seg til NAV for å få penger, men ellers er det mange som beskriver hvordan kontakt med andre tjenester går gjennom den sentrale primærkontakten. For en av brukerne var ordningen helt klar: «Jeg vet hvem jeg skal prate med. Jeg har et telefonnummer jeg kan ringe. Jeg føler trygghet.» Det er også interessant å registrere at brukeren fremhever at forholdet til koordinatoren fører til at vedkommende føler trygghet. Denne tryggheten, som både vedkommende og andre beskriver, handler særlig om to forhold. For det første er det tydelig at det i stor grad handler om at de har etablert en relasjon til minst en person som de stoler på, og som de oppfatter at lytter til dem og tar dem på alvor ved å prøve å løse problemene deres. I tillegg ser det ut som om mange oppfatter denne sentrale personen som en talsmann overfor andre tjenester. Dette vil bli belyst mer siden.

## Nettverk

Det synes som om det er nokså stor enighet blant de ansatte om at ulike former for møter er det viktigste bidraget til å få på plass samordning. Den mest brukte samarbeidsarenaen er åpenbart ansvarsgruppemøter. Mange av de ansatte mener at ansvarsgrupper i stor grad kan gi samme gevinst som en individuell plan. En av de ansatte beskrev det slik:

Jeg tenker det viktigste er jo at de områdene som de tenker er viktig blir tatt opp. Og jeg ser at ofte det varierer veldig hva de har behov for òg. Da er det bedre å ha en ansvarsgruppe. For det er stadig nye ting. Det er noe jeg har opplevd, i alle fall. Og da er det lettere å variere i en ansvarsgruppe, synes jeg, enn å skrive en IP, da. Vi skriver jo referat og hva vi gjør og hva ... Til neste gang. Så det blir jo mye på det samme.

Her trekker vedkommende frem flere poenger. For det første oppleves ansvarsmøter som en fleksibel arena der man kan tilpasse seg forholdsvist raskt til endringer i brukerens behov og ønsker. Samtidig kan man endre tjenestetilbud etter hvert som man ser hva som fungerer og hva som ikke fungerer. Det er dessuten viktig å legge merke til understrekningen av at tjenestetilbudet og arbeidsdeling blir dokumentert skriftlig gjennom referater fra møtene. Dette blir nærmere belyst senere.

Likevel er det ikke alltid at ansvarsgrupper oppleves som den riktige nettverksarenaen for å bygge opp et helhetlig og samordnet tjenestetilbud. Mange av brukerne har problemer med å forholde seg til større grupper, og flere ansatte anbefaler derfor at man bygger opp relasjoner og samarbeid over tid: «Det er viktig å vite når det er hensiktsmessig å koble på andre tjenester – brukerne ønsker å få tjenester fra få personer.» Dette utsagnet bekrefter det som er pekt på foran – mange brukere ønsker å ha én person å forholde seg til, og overlater til vedkommende å bygge opp et mer omfattende tjenestetilbud. Det setter nokså klare krav til disse tjenesteyterne. Det å ha god kjennskap til andre relevante tjenester, slik at brukeren får ivaretatt sine behov, anses derfor som en svært viktig kompetanse hos de ansatte. Mange av informantene understreker dessuten at det er ikke nok å kjenne til andre tjenester, man må også etablere relasjoner med de andre tjenestene og på den måten skape gode nettverk. En understreket det på følgende måte: «Det er viktig å ha arenaer der man kan få kontakt med andre – møteplasser.»

Brukerne hadde ulik erfaring med ansvarsgruppemøter. Noen syntes det var greit, mens andre kunne fortelle at de var redde for å spørre når de ikke klarte å følge med i diskusjonen. Andre hadde historier der de ikke hadde klart å bli sittende i møtet fordi belastningen ble for stor. En del av kontakten med de ulike tjenestetilbudene foregikk derfor i utgangspunktet en til en, men heller ikke dette var uproblematisk.

## Kommunikasjon

Flere utsagn foran peker på at brukerne ønsker å forholde seg til en person som de har tillit til. Det kan være gode grunner til det. En av grunnene kan være at det oppleves svært belastende å kommunisere med

tjenesteytere man ikke kjenner og som man ikke har tillit til. Den løsnin-gen som mange trekker frem, er å ta med seg koordinatoren i møter med andre tjenesteytere. En av brukerne fortalte: «Det er mange av de som jobber i NAV som ikke kan så mye om rus, psykisk helse og tilfriskning og sånt. Det er begrenset hva de kan [...] da tar jeg med NN som kan forklare den psykiske biten.»

Denne uttalelsen tyder på at brukeren opplever at andre – i dette tilfellet NAV – ikke forstår vedkommendes situasjon og sykdom. Brukeren generaliserer manglende kompetanse i NAV, men det er større grunn til å tro at dette også handler om spesifikk innsikt den enkelte brukers situa-sjon. Det kan derfor være grunn til å tro at dette egentlig handler om at mange brukere generelt sett trenger en talsmann som kan beskrive og formidle brukerens behov på et faglig fundert grunnlag. Dette kan også handle om at mange opplever at å møte ukjente for å be om hjelp som svært belastende. En av brukerne illustrerte dette med følgende historie:

Jeg har jo bare hørt dritt om NAV. Så første gang jeg var der satt jeg bare og gråt foran saksbehandleren i 20 minutter først, ikke sant. Men da var XX med meg. Så når jeg gråt og ikke klarte å få frem ordene, så hjalp XX meg med å si: ja hun er jo litt nervøs da. Hvis XX ikke hadde vært der, så er det ikke sikkert at jeg hadde fått frem et ord.

Selv om de fleste historiene brukerne forteller ikke er like dramatiske, er den likevel representativ for mange brukeres opplevelse av hvordan det er å møte opp på et kontor og be om ulike tjenester. Usikkerheten som beskrives i denne historien må ses i sammenheng med den tilliten til koordinatoren som brukerne har beskrevet foran. Det synes derfor klart at situasjonen for brukerne blir vesentlig bedre dersom de i slike situasjo-ner har støtte fra en koordinator som kjenner dem og som de har tillit til.

## Se muligheter

En av de ansatte peker på at det er viktig at ansatte «har kjennskap til andre kommunale tjenester og vet når det er hensiktsmessig å koble til andre tjenester». Brukerne har normalt begrenset innsikt i hvilke tjenes-tetilbud som finnes, og hvilke som kan dekke de ulike behovene best. For



brukerne er det derfor en fordel både om koordinatoren kan informere om ulike tjenester og om koordinator og bruker kan vurdere i fellesskap hvilke tjenestetilbud som er ønskelige. Dette er en tilnærming som også ivaretar ønsket om å gjøre tilbudet til den enkelte mest mulig individuelt tilpasset.

I mange tilfeller er det også behov for å finne løsninger som ikke er helt åpenbare. Valg av hva som er den mest hensiktsmessige løsningen, bygger gjerne på en diskusjon der ulike løsningsalternativer vurderes. I mange tilfeller må derfor en koordinator være noe mer enn bare en talsmann for brukeren. Noen ganger er det behov for en som kan være opptatt av å finne utradisjonelle løsninger. En av de ansatte beskrev det på denne måten:

Dersom man bare sender en søknad så svarer for eksempel NAV bare på det man søker om. Av erfaring vet vi at det finnes løsninger. Hvis vi får til et møte der vi og brukerne deltar, så tyder erfaring på at det er lettere å finne en løsning.

Denne uttalelsen tyder på at det i noen tilfeller kan være nødvendig å få til en prosess der man leter etter løsninger ut over det som er skissert for eksempel i en søknad. Selv om det foran er pekt på at en koordinator bør ha en god innsikt i tjenestetilbudet, kan man ikke forvente detaljkunnskap om de ulike tiltakene. Det er derfor viktig at en koordinator kan være aktiv og diskutere seg frem til løsninger med de ulike tjenestetilbyderne.

Noen ganger kan det være enkelt å finne frem til alternative løsninger, slik en av fastlegene gjorde ved å henvise brukere til privatpraktiserende psykolog for å unngå lang ventetid i det offentlige tilbudet. Poenget er at for brukerne er det viktig å ha en person som hjelper med å finne løsninger, og som ikke lar seg stoppe av at tradisjonelle løsninger er stengt eller ikke fungerer.

## Administrasjon

I et av utsagnene foran pekes det på at man skriver referater fra ansvarsgruppemøter, og at dette i mange tilfeller erstatter en individuell plan. Dette er et poeng som flere trekker frem. En annen ansatt har en tilsvarende uttalelse:

Ikke alle har IP, men mange har ansvarsgruppe. Og vi jobber, vil jeg si, på samme måte som de gjør i IP. De kommer jo opp i de problemområdene de ønsker å jobbe med. Og så skriver vi jo referater på det. Så jeg vil jo si det blir på litt av den samme måten.

Det er flere ansatte som på denne måten fremhever at slike referater er en like god dokumentasjon på planlegging og ansvarsdeling som en individuell plan. Disse uttalelsene må ses i sammenheng med formuleringer som at «koordinatorer må styre og ta ansvar for ansvarsgruppemøter», som også går igjen hos flere av de ansatte. Dette fremstår som en anbefaling om at koordinatoren både må ta ansvar for at ansvarsmøter blir gjennomført, at det blir skrevet referat og at vedtak som er gjort blir fulgt opp.

Det ser derfor ut som om det er stor enighet om at en koordinator har en sentral oppgave med å administrere et samordnet tjenestetilbud. Det er foran sitert flere beskrivelser der det fremheves at koordinatorene må ha kjennskap til de ulike tjenestene, at de må ta stilling til når andre skal kobles på tjenestetilbudet og at de må ha samarbeidsarenaer. Dette tyder på at tjenesteyterne forventer at en koordinator skal ha en aktiv rolle med å bygge opp et helhetlig tjenestetilbud også der det ikke er etablert en ansvarsgruppe.

Samlet gir dette en beskrivelse av koordinatorene som har viktige funksjoner i å etablere et nettverk, bistå brukeren i kommunikasjon med andre tjenester, være løsningsorientert og ta ansvar for å administrere et samordnet tjenestetilbud. Data tyder derfor på at sentrale oppgaver for en koordinator kan beskrives som *boundary spanning*.

Disse intervjuene gir et tydelig bilde av at både brukere og tjenesteytere er opptatt av å skape en god relasjon dem imellom. Både brukerne og tjenesteyterne beskriver tjenestetilbudet som uoversiktlig. For brukerne er det da en lettelse å ha en koordinator/primærkontakt å forholde seg til. Har brukerne en god relasjon til sin koordinator/primærkontakt, så overlater de i stor grad ansvaret for å bygge opp et helhetlig og koordinert tjenestetilbud til vedkommende. For brukeren er det åpenbart viktigst å få et godt tilbud. Oppbygging og organisering av tilbudet overlater de gjerne til en de stoler på.

## Drøfting

### Brukernes synspunkter

Tilbakemeldingene fra brukerne er tydelige på at de ikke har noe aktivt forhold til individuelle planer. Selv om noen få av dem hadde en individuell plan, er det ingen eksempler på at planen brukes aktivt av brukeren for å oppnå mer brukervedvirkning og samordning. Brukerne er derimot nokså samstemte i at de trenger en bestemt person å forholde seg til; en person de kan stole på og som de kan overlate ansvaret for å få på plass et mer omfattende tjenestetilbud til. Flere undersøkelser viser at det er svært viktig for mange av brukerne å ha en slik person å forholde seg til (se f.eks. Borg et al., 2013; Redko et al., 2007). Hvorvidt den personen brukerne beskriver som sentral i denne undersøkelsen er formelt oppnevnt som koordinator i henhold til regelverket, er uklart og kan tyde på at hvem brukerne knytter seg til er mer et resultat av hvem de har tillit til, enn hvem som gis en formell rolle som koordinator. God kontakt og åpne diskusjoner mellom bruker og koordinator anses som et godt grunnlag for å ivareta brukervedvirkning og bidra til individuell tilpassning av tjenestetilbudet (Hansen, 2019). Det er derfor ikke overraskende at brukerne fremhever behovet for en person som kan hjelpe dem til å få den bistanden de har behov for. Hvorvidt personen selv yter denne bistanden eller samarbeider med andre ser brukerne ut til å være mindre opptatt av. Denne personen blir dermed sentral i et arbeid for å etablere et helhetlig og samordnet tjenestetilbud. Tilbakemeldingene som brukerne har gitt her, tyder på at det er av stor viktighet at det er den personen som brukerne har gode relasjoner til og som de stoler på som får oppgaven som koordinator.

### Nettverk

De ansatte er nokså klare på at samordning av flere tjenester kan handle om flere strategier. For det første synes det som de er enige om at det kan være nødvendig å bygge opp et nettverk litt over tid. Stor grad av spesialisering og arbeidsdeling mellom ulike offentlige tjenester gjør at det blir behov for samordning både mellom tjenester og bruker, og mellom de

ulike tjenestene, slik målsettingen med individuelle planer er beskrevet. En slik samordning krever ofte en form for nettverk (Ferlie et al., 2011). Nettverk oppstår ikke av seg selv. Det er derfor behov for en person som kan ta ansvar for å bygge opp et nettverk (Hudson, 2004). Slik flere av informantene peker på, blir dette en sentral oppgave for en koordinator. Et fruktbart samarbeid bygger ofte på gjensidig tillit mellom dem som skal samarbeide (Head & Alford, 2015). Informantene legger også vekt på at en koordinator skal ha bred innsikt i tjenestetilbudet, og at de selv har et nettverk med ansatte som de kan samarbeide med i andre tjenester. Det bekrefter at tillit er viktig, og underbygger påstanden om at man samarbeider best med dem man kjenner og har positive samarbeidserfaringer med (Hudson, 2004). I praksis innebærer dette at organisatoriske nettverk ofte er forankret i personlige nettverk (Peters, 2018).

Når det er etablert et samarbeidsnettverk tyder beskrivelsene fra de ansatte på at den foretrukne samarbeidsformen er ansvarsgruppemøter. I andre sammenhenger er det rapportert om begrensede positive erfaringer med slike møter (se f.eks. Hansen, 2007). Møter kan likevel være gode arenaer for et fruktbart samarbeid. Viktige elementer for å sikre et slikt resultat er at det er en felles forståelse for hva som er problemet og enighet om mål (Head & Alford, 2015). Informantenes beskrivelser av arbeidet i ansvarsgruppene tyder på at brukerne i stor grad er med på å definere problemer og mål. Utsagn som «det viktigste er jo at de områdene som de tenker er viktig blir tatt opp», underbygger en slik forståelse. Samtidig understrekes det at problemer og mål varierer. Det er et argument for at mål og problemformuleringer i en individuell plan ikke ivaretar det behovet for fleksibilitet som *wicked problems* krever (Hannigan & Coffey, 2011). Ansvarsgruppemøter kan dermed være en mer fleksibel arena for utforming av et helhetlig og samordnet tjenestetilbud enn en individuell plan. For mange er det likevel det som skjer etter et ansvarsgruppemøte som er viktigst. En fordel med en individuell plan er at den gir en oversikt over tjenester og kontaktpersoner (Breimo, 2016; Humerfelt, 2012). Informantene understreker at det skrives referater etter ansvarsgruppemøtene. Dersom disse referatene er utfyllende, bør de også kunne gi en oversikt over tjenester og kontaktpersoner. Den største utfordringen er likevel å sørge for at det som er avtalt, blir gjennomført. Erfaringer fra

andre sammenhenger viser at det er avgjørende for oppfølging av det som er bestemt på en samarbeidsarena, er at noen tar ansvar for å påse at det gjøres (Hudson, 2004; Øvretveit, 1996). Informantene sier ikke noe om hvordan dette gjøres, men det bør være en sentral oppgave for en koordinator.

## Kommunikasjon

En del av brukerne forteller historier om hvor vanskelig de synes det er å ta kontakt med enkelte virksomheter og be om en eller flere tjenester. Det er ikke overraskende. Ulike tjenester og profesjoner har ulike måter å formulere seg på. Hvis ikke brukerne kjenner den aktuelle fagterminologien, kan dette skape uklarheter i kommunikasjonen (Gloubermann & Mintzberg, 2001). Et grunnleggende krav til gode kommunikasjonsprosesser er at sender og mottaker har en forankring i et felles begrepsapparat (Clark & Brennan, 1991). Brukerne sier at de opplever at de ikke blir forstått. De trenger derfor en som kan tolke og forklare argumentasjonen deres, slik at alle tjenestene har forståelse for hva som er budskapet deres. En slik oversettelse er også viktig fordi felles forståelse er et grunnleggende element i nettverkssamarbeid (Head & Alford, 2015). Våre data tyder på at for en del av brukerne har koordinatorens evne til å formidle deres synspunkter overfor andre vært viktig. Både for brukernes muligheter til å fremme sin argumentasjon og for tjenesteytnerens muligheter til å skape et effektivt samarbeid, synes oppgaven som tolk å være viktig. Dette er en koordinatoroppgave som sjelden kan erstattes av en individuell plan. Beskrivelsene tyder også på at rollen som talsperson bidrar til å styrke brukermedvirkningen (Bjørkquist & Hansen, 2018b; Hansen, 2019). Hvordan en talsmann kan bidra til å redusere maktulikhet og styrke brukermedvirkningen beskrives mer utfyllende i kapittel 11 (Hansen) i denne antologien.

## Se muligheter

Det at tjenester er standardiserte og/eller regelstyrte, kan være et problem for ROP-brukere. Både faglig tilnærming til *wicked problems* og

målsettingen med individuelle planer legger vekt på at tjenestene skal være individuelt tilpasset. Informantene er opptatt av at de ansatte skal ha god oversikt over det kommunale tilbudet. Vanligvis er det slik at man velger den beste løsningen blant de man kjenner (March, 1994). Jo bedre koordinatoren kjenner det kommunale tilbudet, jo flere løsningsalternativer finner man. Ved å formidle og diskutere disse med brukerne, er mulighetene større for å finne et individuelt tjenestetilbud tilpasset den bestemte brukeren. En koordinator som kjenner det kommunale tilbudet og som er opptatt av å se muligheter kan derfor være viktig for å sikre brukermedvirkning ved å tilby flere valgmuligheter (Hansen, 2019).

Valg av tjenester, handler delvis om valg mellom ulike tilbydere og delvis om valg innenfor det tiltakspanoramaet den enkelte tjeneste tilbyr. Informantene er også opptatt av koordinatorens rolle i denne sammenhengen og fremhever viktighetene av at en koordinator kan støtte brukeren ved å finne frem til andre muligheter enn det som var skissert på forhånd, for eksempel i en søknad. Dette underbygger igjen hvor viktig funksjonen som talsmann for brukerne, er i arbeidet for å få til et individuelt tilpasset tjenestetilbud (Bjørkquist & Hansen, 2018b)

## Administrasjon

Informantenes uttalelser tyder på at mange ser gode referater fra ansvarsgruppemøtene kan erstatte en individuell plan fordi de beskriver både oppgaver og ansvar. Det er flere interessante perspektiver ved en slik holdning. For det første underbygger det den erfaringen andre har gjort – at en individuell plan oppfattes som de ansattes plan (Humerfelt, 2012). Samtidig innebærer dette at det er oppgave- og ansvarsdeling som er viktig. Dette tyder på at målformuleringer og behovsbeskrivelser i en individuell plan ikke er særlig styrende for innholdet i tjenestetilbudet. De ansatte begrunner dette med «det varierer veldig hva de har behov for òg». Dette tyder på at individuelle planer ikke ivaretar den fleksibiliteten som vektlegges i utformingen av tjenester til ROP-brukere (Head & Alford, 2015).

De ansatte understreker også behovet for at koordinatoren må ta ansvar og lede arbeidet i ansvarsgruppene. Forskning på ulike former for

team og samarbeidsgrupper viser klart at for at disse skal fungere i tråd med ambisjonene, er det avgjørende at de har en leder som tar ansvar for fremdriften i gruppen (se f.eks. Hudson, 2004; Øvretveit, 1996). Mintzberg (2000) hevder at i de tilfellene der en slik prosess styres av en person som tar en tydelig lederrolle, så kan dette skape et bedre grunnlag for engasjement hos de som skal delta enn hvis prosessen styres av et formelt plandokument. Dette viser hvor viktig det er at koordinatoren tar ansvar for å administrere og lede samordningen av tjenestetilbudet.

Det er i utgangspunktet forutsatt at brukeren har en sentral rolle i utforming av den individuelle planen (Hansen, 2007), men tilbakemeldingene fra brukerne tyder på at de først og fremst er opptatt av å få tjenester. Hvem som yter dem og hvordan tjenestene samarbeider er de tilsynelatende bare interessert i dersom tjenestetilbudet svikter. Manglende samordning er et organisatorisk problem og bør derfor løses av organisasjonen (Head & Alford, 2015; Peters, 2018). Det kan derfor stilles spørsmål om koordinatoren burde hatt en mer tydelig rolle som leder av et samordnet tjenestetilbud enn det de formelt har i dag. De beskrivelsene som gis, tyder uansett på at tjenesteyterne klart ser behovet for at koordinatoren har en aktiv rolle som administrator av et samordnet tjenestetilbud.

## Avslutning

En individuell plan skal sikre brukermedvirkning og samarbeid mellom bruker og tjenesteytere og tjenesteytere imellom, slik at tjenestetilbudet blir helhetlig, koordinert og individuelt tilpasset. Dette kapitlet viser at brukermedvirkningen kan styrkes ved at brukeren har en person som vedkommende har tillit til, og som kan fungere som brukerens talsmann overfor andre tjenester. Det har også vist at koordinatorene tilrettelegger et nettverk for å få på plass et helhetlig tjenestetilbud. Informantene fremhever også behovet for at koordinatorene tar en lederrolle i et slikt nettverk. Slik sett ser det ut som om koordinatorene i stor grad ivaretar målsettingen med individuell plan og koordinator, uten å utarbeide en individuell plan. Det er derfor ikke overraskende at dette kapitlet viser at verken brukere eller tjenesteytere synes å se fordeler med å utarbeide

individuelle planer. Erfaringene fra denne undersøkelsen tyder derfor på at svaret på spørsmålet «trenger ROP-brukere en individuell plan?», er nei. For brukerne er det viktigst at de har en person/koordinator som de har god kontakt med og som de kan ha tillit til. Hvis denne koordinatoren utformer rollen sin som en *boundary spanner*, slik beskrivelsene her viser, tyder det på at det er en god løsning for ROP-brukere.

## Referanser

- Aspelund, G., Dyrkorn, K. & Anker, J. (2011). *Følgeevaluering av forsøk med bruk av tillitspersoner for koordinering av psykososialt arbeid for personer med rusrelaterte problemer. Tillitspersonforsøket, 2009–2011: Sluttrapport*. Rambøll.
- Bjerkan, J., Vatne, S. & Hollingen, A. (2014). Web-based collaboration in individual care planning challenges the user and the provider roles – toward a power transition in caring relationships. *Journal of Multidisciplinary Healthcare*, 7, 561–572. <https://doi.org/10.2147/jmdh.s70470>
- Bjørkquist, C. & Hansen, G. V. (2018). Reducing service barriers to people with dual diagnosis in Norway. *Cogent Social Sciences*, 4(1). <https://doi.org/10.1080/23311886.2018.1561237>
- Borg, M., Karlsson, B. & Stenhammer, A. (2013). *Recoveryorienterte praksiser: En systematisk kunnskapssammenstilling*. Nasjonalt kompetansesenter for psykisk helsearbeid. <https://www.napha.no/multimedia/4281/NAPHA-Rapport-Recovery-web.pdf>
- Breimo, J. P. (2016). Planning individually? Spotting international welfare trends in the field of rehabilitation in Norway. *Scandinavian Journal of Disability Research*, 18(1), 65–76. <https://doi.org/10.1080/15017419.2014.972447>
- Brugerplan. (2019). *Tjenestemottakere med rusproblemer og psykisk helseproblemer (Brugerplan årsrapport)*. <https://www.brugerplan.no/>
- Clark, H. H. & Brennan, S. E. (1991). Grounding in communication. I L. Resnick, J. M. Levine & S. D. Teasley (Red.), *Perspectives on socially shared cognition* (s. 127–149). APA. <https://doi.org/10.1037/10096-006>
- Farlie, E., Fitzgerald, L., McGivern, G., Dopson, S. & Bennett, C. (2011). Public policy networks and «wicked problems»: A nascent solution? *Public Administration*, 89(2), 307–324. <https://doi.org/10.1111/j.1467-9299.2010.01896.x>
- Glouberman, S. & Mintzberg, H. (2001). Managing the care of health and the cure of diseases – Part I & Part II. *Health Care Management Review*, 26(1), 56–92. <https://doi.org/10.1097/00004010-200101000-00006> & <https://doi.org/10.1097/00004010-200101000-00007>



- Hannigan, B. & Coffey, M. (2011). Where the wicked problems are: The case of mental health. *Health Policy*, 101(3), 220–227. <https://doi.org/10.1016/j.healthpol.2010.11.002>
- Hansen, G. V. & Ramsdal, H. (2014). Kan man skape en samarbeidskultur? *Tidsskrift for psykisk helsearbeid*, 11(1), 55–63.
- Hansen, G. V. (2007). *Samarbeid uten fellesskap – om individuelle planer i kommunalt psykisk helsearbeid* [Doktorgradsavhandling, Karlstads Universitet]. DiVA. <http://urn.kb.se/resolve?urn=urn:nbn:se:kau:diva-799>
- Hansen, G. V. (2019). Organisering av individuell brukermedvirkning. I C. Bjørkquist & M. J. Fineide (Red.), *Organisasjonsperspektiv på samordning av helse- og velferdstjenester* (s. 47–67). Cappelen Damm Akademisk. <https://doi.org/10.23865/noasp.66.ch2>
- Head, B. W. & Alford, J. (2015). Wicked problems: Implications for public policy and management. *Administration & Society*, 47(6), 711–739. <https://doi.org/10.1177/0095399713481601>
- Helsedirektoratet. (2015). *Rehabilitering, habilitering, individuell plan og koordinator* [Nasjonal veileder]. <https://www.helsedirektoratet.no/veiledere/rehabilitering-habilitering-individuell-plan-og-koordinator>
- Holum, L. C. & Toverud, R. (2013). Kan individuell plan bidra til bedre koordinerte tiltak for unge med psykiske vansker? *Fontene forskning*, (1), 32–45.
- Hudson, B. (2004). Analysing network partnerships: Benson re-visited. *Public Management Review*, 6(1), 75–94. <https://doi.org/10.1080/14719030410001675740>
- Humerfelt, K. (2012). *Brukermedvirkning i arbeid med individuell plan – anerkjennelse og krenkelse* [Doktorgradsavhandling, Norges teknisk-naturvitenskapelige universitet]. NTNU Open. <http://hdl.handle.net/11250/267885>
- March, J. G. (1994). *A primer on decision making. How decisions happen*. Free Press.
- Michaelsen, R., Vatne, S. & Hollingen, A. (2011). Det ble en annerledes plan. *Tidsskrift for psykisk helsearbeid*, 8(3), 217–226.
- Mintzberg, H. (2000). *The rise and fall of strategic planning*. Pearson Education.
- Peters, B. G. (2018). The challenge of policy coordination. *Policy Design and Practice*, 1(1), 1–11.
- Proba samfunnsanalyse. (2012). *Evaluering av NAVs veilednings- og oppfølgingsloser* (Proba-rapport 2012-02). <https://proba.no/rapport/evaluering-av-navs-veilednings-og-oppfolgingsloser/>
- Redko, C., Rapp, R. C., Elms, C., Snyder, M. & Carlson, R. G. (2007). Understanding the working alliance between persons with substance abuse problems and strengths-based case managers. *Journal of Psychoactive Drugs*, 39(3), 241–250. <https://doi.org/10.1080/02791072.2007.10400610>

- Ruona, W. E. (2005). Analyzing qualitative data. I R. A. Swanson & E. R. Holton (Red.) *Research in organizations: Foundations and methods in inquiry*, (s. 223–263). Berrett-Koehler Publishers.
- Williams, P. (2002). The competent boundary spanner. *Public Administration*, 80(1), 103–124. <https://doi.org/10.1111/1467-9299.00296>
- Williams, P. (2011). The life and times of the boundary spanner. *Journal of Integrated Care*, 29(4), 646–648. <https://doi.org/10.1093/jopart/muz006>
- Øvretveit, J. (1996). Five ways to describe a multidisciplinary team. *Journal of Interprofessional Care*, 10(2), 163–171. <https://doi.org/10.3109/13561829609034099>



# Kommunal organisering, ledelse og endring: En casestudie av implementering av psykiske helsetjenester i en norsk kommune<sup>1</sup>

*Marit Kristine Helgesen*

Fakultet for helse, velferd og organisasjon, Høgskolen i Østfold

**Abstract:** The chapter studies one municipality in the process of implementing the Mental Health Action Plan over a 12-year period. The research questions are whether implementation compelled the municipality to change its service delivery organisation, whether management and management roles changed, and if so, how? The data is 21 individual interviews with managers and professionals in the municipality. The chapter shows how the municipality established a mental health service integrated into the unit for home care services for elderly people, yet management at different levels did not include tasks aimed at enabling the services to cooperate, and this created conflict in the relations between them. Implementation of NPM made the conflict worse. More management positions were established in order to facilitate more tasks. The new positions, however, focussed on internal organisational processes, and the conflict was not resolved until the mental health unit was separated from the home care service unit, thus creating two independent organisations that could cooperate in a quasi-market – the operative tool being money.

**Keywords:** management, mental health action plan, reorganisation

---

1 Deler av datainnsamlingen er gjort i regi av NFR-prosjekt nr. 196427, som forfatteren gjennomførte i sin periode som ansatt ved By- og regionforskningsinstituttet.

Sitering av denne artikkelen: Helgesen, M. K. (2021). Kommunal organisering, ledelse og endring: En casestudie av implementering av psykiske helsetjenester i en norsk kommune. I C. Bjørkquist & H. Ramsdal (Red.), *Statlig politikk og lokale utfordringer: Organisering av tjenester innen rus og psykisk helse* (Kap. 7, s. 131–154). Cappelen Damm Akademisk. <https://doi.org/10.23865/noasp.140.ch7>  
Lisens: CC-BY 4.0

## Innledning

I 1997 iverksatte Sosial- og helsedepartementet «Opptrappingsplanen for psykisk helsearbeid», som rettet oppmerksomheten mot å styrke psykisk helsearbeid på kommunalt nivå (Meld. St. 25 (1996–97); St.prp. nr. 63 (1997–98)). Når staten gjennomfører reformer, må kommuner som regel forholde seg til en rekke styringsvirkemidler som kan ha ulik styringsautoritet, det vil si den makten staten er villig til å ta i bruk for å sikre at kommunene handler i overensstemmelse med reformens intensjon (Helgesen & Hansen, 2014; Ramsdal, 2013). Kommunene står likevel fritt til å etablere en administrativ organisasjon for produksjon og fordeling av tjenester på den måten kommunen selv anser som effektiv for å nå målsettingen (Baldersheim & Ståhlberg, 2002), og valgt organisasjonsform legger betingelser for utøvelse av lederskap i kommunale tjenester (Mintzberg, 1979). Dette kapitlet diskuterer endringer i de psykiske helsetjenestene i én kommune fra oppstarten av opptrappingsplanen for psykisk helsearbeid. Kapitlet knytter an til bokens overordnede tema om organisering av tjenester på kommunalt nivå og hvordan dette er et resultat av desentralisering og styrking av ansvaret for psykisk helsetjenester i kommunene. Kapitlet diskuterer dette i en kontekst av statlig styring.

Basert i relevant litteratur og teorier om samordning og ledelse analyseres intervjuer med ledere og medarbeidere i psykiske helsetjenester og hjemmetjenester i én kommune over en tidsperiode på 12 år, fra 2000 til 2012. Selv om reformen ble implementert for en del år tilbake, la den grunnlaget for kommunalt psykisk helsearbeid slik det framstår i dag. Følgende forskningsspørsmål stilles:

*Endret kommuner i sin tjenesteytende organisasjon som respons på opptrappingsplanen?*

*Endret ledelsesoppgavene seg?*

*Endret lederrollene seg, og i så fall – hvorfor og på hvilken måte?*

Kommunalt nivå hadde på tidspunktet fått ansvaret for mange helse- og omsorgstjenester. HVPU-reformen var blant annet gjennomført, samt at forløperen til «Omsorgsplan 2015» satte i gang prosesser for å styrke kommunale tjenester til eldre. Opptrappingsplanen for psykisk helsearbeid kom derfor i tillegg til andre reformer. Den hadde ulike virkemidler

for å styre utviklingen av arbeidet i kommunene, og fire hovedstrategier var sentrale. For det første øremerkede økonomiske tilskudd til hver kommune i henhold til antall innbyggere. Dernest en målsetting om at kommunene skulle bruke tilskuddet til å blant annet ansette 3500 nye medarbeidere med sosial- og helsefaglig bachelorutdanning, og videreutdanne allerede ansatt personell. For det tredje ble kommunene tilrådd å etablere et integrert tjenestetilbud gjennom å samorganisere de psykiske helsetjenestene med hjemmetjenestene for eldre. Til slutt ble det satt et vilkår for å motta finansiering ved at kommunene måtte utarbeide en plan for hvordan den psykiske helsetjenesten skulle utvikles og det framtidige behovet for faglært personell dekket. Planen skulle forankres på politisk nivå. Styringsautoriteten i disse virkemidlene er ulike, men de tre første kan sies å være hierarkiske og styrer innhold i tjenestene, mens det siste også er et virkemiddel som kan sette i gang prosesser lokalt. Kommunal tilslutning til handlingsplaner er frivillig, men de øremerkede økonomiske tilskuddene i planen førte til at de fleste kommunene valgte å delta (Myrvold, 2006).

Utgangspunktet var altså at planen, basert i kommunehelsetjenesteloven, senere helse- og omsorgstjenesteloven (2011), skulle endre kommunal hjemmetjeneste til å også omfatte tjenester til personer med psykiske lidelser. Det er det som ligger i en integrert modell (Myrvold & Helgesen, 2009). Det er en oppfordring fra statlig nivå om at kommunene burde ta i bruk en bestemt organisasjonsform, og kan tolkes på flere måter: for det første at hierarkiske virkemidler ble ansett som sentrale for å styre kommunenes styrking av psykiske helsetjenester. Dernest at psykisk helsetjenester skulle være en forlenging av kommunale hjemmetjenester, gjøre dem mer målrettet, samt forsvarlige og med tilfredsstillende kvalitet. For det tredje kan det ses som en forventning om at tjenesteyting til begge gruppene skulle foregå i et tett samarbeid mellom tjenestene og mellom de to profesjonsgruppene som utførte tjenestene. Disse er sykepleiere og medarbeidere med en treårig helse- og velferdsutdanning og videreutdanning i psykisk helsearbeid (Hanssen & Helgesen, 2011). Fokuset på lokalt samarbeid kan redusere transaksjonskostnader og tar hensyn til at personer med psykiske lidelser krever samordnet innsats fra flere tjenester. Dette inkluderer ikke bare hjemmetjenester, men også bolig,

sysselsetting, sosialomsorg, utdanning og helsetjenester, og kommunene fikk et handlingsrom til å tolke og tilpasse nasjonale målsettinger til sine lokale tjenesteytende organisasjoner (Helsedirektoratet, 2005; Meld. St. 25 (1996–97)).

Kommunene og deres hjemmetjenester er altså konteksten planen skal implementeres i. Fra sentralt hold ble målene i planen oppfattet som tydelige og klare. Det ble forutsatt at den vertikale samordningen mellom nasjonal politikk og lokal gjennomføring var enkel og problemfri, at lokale hjemmetjenester var stabile og homogene, og det ble ikke stilt spørsmål ved hvordan organisasjon og ledelse ble drevet på kommunalt nivå. Iverksettingen av planen ville imidlertid endre de lokale organisatoriske kontekstene for både psykiske helsetjenester og hjemmetjenester fordi en etablert tjeneste skulle omdannes til å innbefatte nye funksjoner eller en ny tjeneste skulle opprettes. Oppgavene for kommunal ledelse, ev. ledere for kommunal helse- og omsorgstjeneste, var å velge og fatte beslutning om organisasjonsmodell, planlegge tjenestetilbudet, dimensjonere det i relasjonen mellom hjemmetjenesten og psykisk helsearbeid, bestemme hvilke brukere det skulle ytes tjenester til, samt regulere ressursforbruket og forholdet mellom profesjonsgruppene.

## Teori

Samordning mellom nasjonalt og lokalt nivå, og på lokalt nivå, skjer gjennom hierarki, marked og nettverk (Peters, 2015). Disse blir idealtypisk sett som å følge på hverandre i tid, og varierer langs en rekke faktorer – som blant annet verdigrunnlag, fordelingsmekanismer og organisering av tjenester (Osborne, 2010). I hierarkiet er den weberianske byråkrati-modellen framtreddende: innholdet i tjenestene skal styres politisk ved formelle regler og rutiner, og profesjonell kunnskap er viktig. Maktrelasjonene forutsettes å være klare, og det lokale lederskapet støtter de nasjonale politiske målsetningene, verdiene og normene, samt forvalter ved å utføre pålagte byråkratiske og sektorbaserte oppgaver (Christensen et al., 2015; Osborne, 200). Modellen fremmer profesjonell kunnskap og skjønnsutøvelse som sentrale elementer i tjenesteytingen, og innebærer at det er tillit til at profesjonelle utøver tjenestene som forventet – som

helhetlige, forsvarlige og horisontalt og vertikalt samordnet til brukernes beste. Ledelse fortolkes som forvaltning.

Kritikken New Public Management-tilhengere førte mot denne modellen, og mot offentlig forvaltning i Norge, toppet seg i perioden opptrappingsplanen ble iverksatt. Argumentene var at det byråkratiske systemet var for stort, ineffektivt og forbundet med kostbare tjenester (Christensen & Læg Reid, 2001). Videre at profesjonelle har interesse i og stor påvirkningskraft når det gjelder beslutninger om å utvikle og yte tjenester innenfor den weberianske modellen, samt at det finnes mer effektive måter å distribuere ressurser enn å gjøre det via det offentlige byråkratiet (Ramsdal & Skorstad, 2004). Marked medfører dermed at offentlige organisasjoner låner styringsteknikker fra privat sektor. Eksempler på det er kostnadskontroll, resultatstyring, oppsplitting av tjenesteytende organisasjoner i en-saksenheter, etablering av bestillerenheter og kontraktsstyring (Osborne, 2010). Ledelse av individuelle aktiviteter får en sentral posisjon.

I nettverk, eller samstyring, anerkjennes det at flere aktører har interesser i implementeringen av og kunnskap angående den aktuelle politikken, og kommunene ses i større grad som statens partnere i iverksettingsspørsmål (Hanssen & Helgesen, 2011). Nettverk og kontraktsbaserte avtaler er fordelingsmekanismene, og det gjennomføres forhandlinger om verdier, mening og relasjoner. Ledelse vil si å legge til rette for å komme fram til felles forståelse av disse (Osborne, 2010; Peters, 2015; Røiseland & Vabo, 2016). I dette perspektivet blir kommunen en mer sentral aktør ved implementering av reformer som opptrappingsplanen. Hjemmetjenestene og psykisk helsetjeneste aksepteres som ulike kommunale aktører, og også flere aktører på kommunalt nivå kan inngå, for eksempel en bestillerenhet, brukere, individuelt eller som gruppe, eller private og frivillige tjenestetilbydere. Når større mangfoldighet i lokal kontekst anerkjennes, blir ledelse mer utfordrende.

Ledelsesoppgaver defineres som planlegging, beslutninger, bemanning, samordning, kontroll og evaluering for å kunne iverksette politiske målsetninger (Christensen et al., 2015). Ledelse kan utføres ved å endre strukturer, prosesser og deltakelse (Huxham & Vangen, 2005), og ledelsesformen følger den etablerte oppfatningen av organiserte



omgivelser og er kontekstavhengig (Ansell & Gash, 2008; Røiseland, 2013). I lys av den weberianske modellen, der hierarkisk og regelorientert styring er framtreddende, er ledere forvaltere og administrerer endringene som skjer. I lys av NMP skal de lede sine medarbeidere gjennom endringsprosesser. I tillegg til fragmenteringen av tjenestene, kan det forventes blant annet en aktiv og praktisk orientert faglig ledelse, etablering av tydelige standarder og resultatmål, større fokus på resultatkontroll, samt vektlegging av nøysomhet og budsjettdisiplin (Hood, 1991, s. 4–5).

I nettverket skal ledere ta initiativ til og lede samarbeid med andre aktører for om mulig å komme fram til konsensus. Det er to hovedtyper samarbeidsledelse som kan identifiseres: tilretteleggeren, som vektlegger lederens nøytralitet og profesjonalitet, og som forhandler og mekler mellom samarbeidende aktører. Den andre typen er lederne som utgår fra deltakerfellesskapet, og som har både kontekstspesifikk kunnskap og aktuell faglig ekspertise, samt autoritet og sosial kapital som kan investeres i organisasjonen. At ledere utgår fra deltakerfellesskapet kan ha en styrke i de tilfellene det er maktulikheter mellom aktørene (Ansell & Gash, 2008). Tilretteleggeren etablerer en inkluderende, åpen og nøytral tilnærming, administrerer og legger til rette for samarbeid. Nøkkelen ligger i å gjøre det mulig for alle å delta, også dem med mindre makt, og å søke konsensus i utformingen av agendaen og det videre arbeidet (Huxham & Vangen, 2005). Ledere må også sikre at prosessen med å bygge konsensus utstråler integritet, og samarbeidspartnerne må ha myndighet til å ta troverdige og overbevisende beslutninger som er akseptable for alle (Ansell & Gash, 2008). Vedkommende må også ta rollen som mekler og legge til rette for meningsutvekslinger, fremme positiv interaksjon og bygge tillit. Dette samsvarer med det kulturelle lederskapet som identifiseres av Kolind og Sørensen (2011), som primært legger vekt på å danne en samarbeidskultur. Kultur viser her til verdier og det å skape eierskap til prosessen, særlig med hensyn til å få profesjonelle til å anerkjenne kunnskapene og ferdighetene andre profesjonsgrupper besitter. Senere identifiserte Ansell og Gash (2012) også katalysatoren. Katalysatoren engasjerer seg i systemtenkning, kontekstualiserer og rekontekstualiserer problemer og skaper koblinger mellom samarbeid og innovasjon for å identifisere

situasjoner og hendelser som kan skape verdi. Når konteksten, de organiserte omgivelsene, endres og nye strategiske beslutninger og tiltak kreves, kan ledere endre sine oppgaver og roller, eller de kan oppleve endringene som hindre for stabilitet og tolke dem som kritiske situasjoner.

I løpet av de 12 årene kommunen følges har det vært endringer i organisasjonsparadigmene, fra offentlig forvaltning via NPM til samstyrringsorienterte organisasjons- og ledelsesformer. Dermed endres den kommunale organisasjonen, og trolig ledelsesformene. Kapittelet diskuterer om kommunens iverksetting av opptrappingsplanen ble påvirket av endringene, eller medvirket til dem.

## Metode

Det er gjennomført en kvalitativ casestudie som bygger på 21 semistrukturerte, personlige intervjuer med ledere og medarbeidere i hjemmetjeneste og psykisk helsetjeneste i fokuskommunen. Intervjuene ble gjennomført i 2003 (4), 2006 (7), 2008 (4) og 2012 (7). Intervjupersonene ble strategisk valgt for å inkludere ledere, ansatte med lang arbeidserfaring og leder av bestillerenheten i 2012. Det ble gjennomført fire intervjuer med ledere fra tjenesteenhet for psykisk helsearbeid og hjemmetjenesten, der hver leder ble intervjuet på to forskjellige tidspunkter, ett intervju med enhetsleder for bestillerenheten og tre intervjuer med overordnede ledere (2006, 2008 og 2012). Det ble gjennomført åtte intervjuer med fagpersonell. En av disse ble intervjuet i alle fire intervjurundene, og en annen i tre. Medarbeiderne ble valgt for å danne et panel som kunne gi utfyllende informasjon om hvordan de kommunale psykiske helsetjenestene og ledere responderte på opptrappingsplanen. På denne måten ble det mulig å følge utviklingen i tjenesteenhetene også etter at opptrappingsplanen var avsluttet i 2008. Alle deltakerne ble intervjuet ansikt til ansikt. Intervjuguiden hadde rom for oppfølgingsspørsmål, og intervjuene varte mellom 60 og 90 minutter. Alle intervjuene ble transkribert og analysert systematisk. Det er benyttet tematisk analyse der data ble kodet og kategorisert i henhold til teoretiske temaer, og det ble gjennomført innholdsanalyse som identifiserte sammenhenger mellom temaer og innhold, samt at betydninger ble tolket (Braun & Clarke, 2007).

Kommunen som undersøkes inngår ikke i datagrunnlaget for ROPIT-prosjektet, men er lokalisert på en annen kant av Norge og har om lag 30 000 innbyggere. I dette kapittelet presenteres data som belyser rollen ledelse på flere nivåer og de ansatte spiller i implementeringen av opptrappingsplanen i én kommune som i utgangspunktet valgte en integrert modell for sine psykiske helsetjenester. For om mulig å kunne gjennomføre analytisk generalisering diskuteres observasjonene i fokuskommunen i sammenheng med offentlige dokumenter og forskningsresultater. Dette styrker intervjudataenes pålitelighet. Ved å ha fokus på erfaringene hos ledelsen og profesjonelle, er ikke reaksjonene og motivene politiske aktører eller tjenestenes brukere har på endringene belyst.

## Resultater

I dette avsnittet presenteres studiens resultater. Avsnittet er delt inn i underavsnittene «Innledende fase», «Omorganisering» og «I kjølvannet av omorganiseringen».

### Innledende fase

Den integrerte modellen ble anbefalt for å styrke samarbeidet og fagmiljøet mellom de ulike profesjonsgruppene og involverte tjenesteenheter (Meld. St. 25. (1996–97)). Dette gjaldt også for kommunen det fokuseres på her. På landsbasis viste det seg at den integrerte modellen ble valgt av flertallet av kommunene, og 68 prosent hadde organisert seg slik i 2002 (Myrvold & Helgesen, 2009). Da var også den første statlige styrkingen av kommunale omsorgstjenester til eldre iverksatt, samt at det var påbegynt en struktur av såkalte undervisningssykehjem for å styrke kompetansen i de kommunale tjenestene (Helgesen et al., 2016).

I fokuskommunen var hjemmetjenestene områdeorganisert i fire enheter som hver dekket et bestemt geografisk område. Hver av dem hadde en stab på 8–12 sykepleiere, der én hadde rollen som deltidsleder som «den første blant likemenn» (*primus inter pares*) – de utgikk altså fra deltakerfellesskapet. Det var etablert månedlige koordineringsmøter

mellom de fire lederne og den overordnede lederen for hjemmetjenestene. Denne administrerte, hadde oversyn med budsjettene og arbeidsdelingen mellom de fire tjenesteenhetene, men det ble ikke etablert en arena for samarbeid. Ledelsesoppgaver som planlegging, bemanning og samordning ble delegert til tjenesteenhetene, men trolig ikke samarbeidet om ettersom områdebasert organisering medførte at det ikke var behov for det. Psykisk helsearbeid ble lokalisert til en av de områdebaserte hjemmetjenestene og underlagt den samme overordnede ledelsen (Myrvold & Helgesen, 2006). På grunn av økende behov for psykiske helsetjenester, og fordi det var gitt øremerkede midler til feltet, vokste de psykiske helse-tjenestene raskt. Erfarne sykepleiere eller andre treårige bachelorer med videreutdanning enten innenfor psykiatri eller psykisk helsearbeid ble rekruttert fra sykehus, hjemmetjenesten og nabokommuner. I 2003, da de første intervjuene ble gjennomført, hadde den integrerte psykisk helsetjenesten seks ansatte og en leder på deltid.

Den manglende tilretteleggingen for samordning medførte at det bygget seg opp konflikter der personalet i hjemmetjenesten blant annet beskyldte psykisk helsearbeid for å tilrettelegge arbeidet annerledes enn hva de gjorde selv. Dette inkluderte at psykisk helsearbeid ikke tok bakvakter og helgevakter, og det ble hevdet at brukere i hjemmetjenesten ikke mottok tjenester for behandling av aldersrelaterte psykiske lidelser. Lederen i psykisk helsearbeid kritiserte på sin side holdningen som lå til grunn for denne kritikken: «Hjemmetjenester ytes til eldre. Det er en interesse for å flytte psykiske helsetjenester ut av det fokuset» (R.1). Organisatorisk betydde det at et skifte var ønsket fra en tjeneste der et geografisk område ble dekket til en tjeneste der kjennetegn ved brukerne var det organisatoriske prinsippet.

Normer og rutiner for gjennomføring av hjemmetjenestenes arbeidsoppgaver var utviklet ut fra den institusjonelle tilhørigheten tjenesten hadde som en områdebasert organisasjon som ble koordinert hierarkisk. De hadde dermed forventninger til at den valgte integrerte modellen skulle medføre at psykisk helsetjeneste skulle styrke tjenestene de ytte til sine eldre brukere. De ønsket at den psykiske helsetjenesten skulle følge hjemmetjenestens normer og rutiner for tjenesteyting. Denne forventningen stemte ikke med de forventningene til utvikling

av profesjonell kunnskap og rutiner personalet i de psykiske helsetjenestene hadde. De ønsket på sin side å reorientere tjenestene mot en ny brukergruppe definert med distinkte behov for psykiske helsetjenester og ønsket å involvere hjemmetjenesten i tjenesteyting til denne brukergruppen. Hvem som var definert som brukergruppen til de psykiske helsetjenestene var uavklart (Ramsdal, 2013), og utgjorde ikke et grunnlag kommunene kunne navigere etter i sitt arbeid med iverksetting av planen. Etableringen av psykisk helsearbeid endret fokuskommunens organisasjon og skapte en maktforskyvning kun i kraft av at tjenesten ble bygget opp. Forskyvningen ble ikke håndtert av lederne. Da hjemmetjenestenes forventninger til utøvelsen av psykisk helsetjenester ikke ble innfridd, ble endringen i makt mellom profesjonsgruppene tydeligere. Hjemmetjenesten opplevde dette som en trussel mot ressurstilgangen og noe som ville ramme deres brukere negativt. De psykiske helse-tjenestene fikk innfridd sine forventninger og hadde både sin sterke vekst og opptrappingsplanens øremerkede midler som basis – tjenesten ble satset på og oppbyggingen styrt av krefter utenfor den kommunale organisasjonen.

Det kan være utfordrende å involvere profesjonelt personell i samarbeidsprosesser. Det kan raskt oppstå konflikt om faglig kompetanse og om hvilken profesjon som tilbyr de beste og mest helhetlige tjenestene, og profesjonsgrupper kan gjøre forsøk på å ekskludere andre (Mangan et al., 2015). Faglige identiteter, normer og verdier samt konflikter om faglige grunnlag (epistemologi) og prosesser der faglig kunnskap ikke deles, vil være til hinder for samarbeid (Sehested & Leonardsen, 2011, s. 223). Det var akkurat dette som skjedde i fokuskommunen. Fordi opptrappingsplanen ble implementert i en hierarkisk struktur, ble det ikke gjort noen anstrengelser for å skape en kultur for samarbeid. Det ble forventet at medarbeidere forholdt seg til regler, og nye rutiner og prosedyrer ble ikke utarbeidet. Implementeringen var ikke forankret hverken hos medarbeiderne eller i ledelsen av hjemmetjenesten. Det ble heller ikke etablert en fungerende arena for samarbeid der det kunne skapes enighet og konsensus om hvordan og til hvem tjenestene skulle ytes. Ingen av lederne på de ulike nivåene engasjerte seg i systemtenkning ved å forholde seg til at det var to tjenester og til konfliktene som oppstod.

Den hierarkiske iverksettingen av psykisk helsetjeneste utsatte den kommunale organisasjonen for betydelige utfordringer av både organisatorisk, ledelsesmessig og faglig karakter, men organisasjonen ble ikke bevisst endret som del av iverksettingen. Den overordnede lederen tok ikke på seg nye oppgaver og opptrådte hverken som tilrettelegger for samarbeid eller megler knyttet til arbeidsdelingen mellom tjenestene. Det ble heller ikke lagt til rette for tillitsbygging; dette ble overlatt lederne *primus inter pares*. De var i en posisjon til å bruke sin kontekstspesifikke kunnskap om egen tjeneste og sin faglige autoritet til å forhandle om arbeidsoppgaver og arbeidsdeling, men den hierarkiske organisasjonen hadde ikke etablert en møteplass, eller forhandlingsarena, der det kunne gjennomføres. Dermed ble det heller ikke på dette nivået lagt til rette for tillitsbygging, og lederne handlet ikke for å fremme en samarbeidskultur. Hjemmetjenesten klamret seg til den makten de hadde knyttet til sine ressurser og brukere.

## Omorganisering

I 2004 gjennomgikk fokuskommunen en større, politisk vedtatt NPM-inspirert omorganisering. Dette innebar at den hierarkiske og antatt integrerte organisasjonen ble endret til spesialiserte en-saksheter. Mellomlederne ble fjernet, hjemmetjenestene fikk én leder, og den tidligere lederen *primus inter pares* for psykisk helsetjeneste gikk inn i heltidsstilling og fikk mer myndighet. Andre deler av myndigheten ble delvis sentralisert til en nyetablert bestillerenhet for helse og omsorg, og noe ble sentralisert hos rådmannen. Bestillerenheten diagnostiserte brukere, vurderte individuelle behov, bestemte hvilken tjenesteenhet som skulle yte tjenestene til enkeltbrukere, samt evaluerte tjenestene. Den fikk ansvaret for å delegere oppgaver og ble dermed den instansen som definerte målgruppen og fattet beslutninger om arbeidsdelingen mellom enhetene. Denne omorganiseringen medvirket til at fokuskommunen ble en av de 33 prosentene av norske kommuner som faktisk organiserte omsorgstjenestene i henhold til en bestiller-utførermodell i 2004 (Monkerud et al., 2016).

I den kaotiske omorganiseringsperioden overførte hjemmetjenesten alle brukere som ble ansett å ha behov for psykiske helsetjenester til denne tjenesten. Den nye lederen for de psykiske helsetjenestene uttalte

i 2006: «Etter tre måneder [var mellomlederne borte] vi fikk en to-nivå-organisasjon og psykisk helsetjeneste ble en selvstendig tjenesteenhet» (R.6). Det ble opplevd som overveldende, ettersom nye rutiner og prosedyrer måtte utarbeides for langt de fleste aspektene ved å drive en tjenesteenhet, ikke minst knyttet til organisering, planlegging av tjenester, etablering av tjenestetilbud og budsjettering: «Det vi kan si helt sikkert er at omorganiseringen ga oss arbeid. Vi har etablert helt nye enheter. Tidligere var vi en del av et hele [...] Vi måtte slåss» (R.6). Lederen i psykisk helsetjeneste kom ikke i en posisjon der det ble mulig å forhandle med hjemmetjenesten om hvilke brukere de skulle yte tjenester til. Nye tjenester – boliger, dagsenter og støttekontakter – måtte etableres, i tillegg måtte det lages nye rutiner for å fatte vedtak om å yte tjenester til individuelle brukere.

Et medlem av overordnet ledelse observerte samtidig at reorganiseringen etablerte «demarkasjonslinjer mellom tjenesteenheter [...] og nå er det konflikter om profesjonelle jurisdiksjoner. Hjemmetjenestene kastet fra seg brukere og etablerte en 'hjemmetjenestesilo'» (R.5). Omorganiseringen gjorde omgivelsene kompliserte for den nye psykisk helse-enheten. Fragmenteringen som fulgte av konflikten mellom hjemmetjenesten og psykisk helsearbeid ble institusjonalisert, og den overordnede ledelsen var fortsatt orientert mot administrasjon og la ikke til rette for at samarbeid kunne foregå hverken som meningsutveksling, interaksjon eller tillitsbygging. Heller ikke lederne i tjenesteenhetene viste interesse for å finne løsninger for å sikre et samarbeidsbasert tjenestetilbud til brukerne. Den NPM-orienterte endringen la til rette for at ledere skulle fokusere strategisk på forvaltning av ressurser som økonomi, personell og kunnskap, samt resultatkontroll og motivering av ansatte til å nå etablerte mål. Dette skjedde ikke. Implementering av NPM forutsetter ansattes selv-styring knyttet til eksterne faktorer. Dette kan ikke sammenlignes med faglig autonomi, som er basert i kunnskapen den enkelte besitter, men skaper interne organisatoriske prosesser som legger press på tilgjengelige ressurser både blant ledere og medarbeidere (Kolind & Sørensen, 2011). Fragmenteringen av psykisk helsetjeneste og etableringen av nye enheter med egne ledere er i tråd med en slik utvikling.

Medarbeiderne i psykisk helsetjeneste opplevde heller ikke at de fikk støtte fra egen ledelse med hensyn til samarbeidstiltak: «Vi har ikke et forum for samarbeid. Vi har spurt om det, men har ikke lykkes» (R.7). Hjemmetjenesten isolerte sin virksomhet og fortsatte i sitt spor, mens psykiske helsetjenester måtte etablere ny organisasjon. Ansvar for å tilrettelegge for samarbeid om fordeling av brukere eller arbeidsoppgaver ble ikke tatt av respektive ledere – de handlet i tråd med det som ble vist til som teoretiske forventninger, og vendte oppmerksomheten mot interne prosesser. Samarbeidsaspektet ved tjenesten ble neglisjert, og initiativet til samarbeid måtte tas av andre aktører og på andre arenaer. Medarbeiderne i psykisk helsetjeneste handlet i samsvar med dette.

Som et svar på hjemmetjenestens opplevelse av å stå overfor en trussel, rekrutterte den overordnede ledelsen medarbeidere til den nyopprettede bestillerenheten utelukkende fra hjemmetjenesten. Dette medførte at enheten ikke ble oppfattet som en nøytral arena, og bidro til at medarbeiderne i psykisk helsetjeneste utviklet mistillit til bestillerenheten. Det ble ikke oppfattet at enheten fattet gode vedtak om hvilke tjenester som skulle ytes til hvilke brukere. Derfor sørget medarbeiderne selv for å komme i posisjon til å forhandle om vedtak: «De [bestillerenheten] har ikke kompetanse om psykisk helsearbeid [...] De vurderer ting veldig ulikt fra oss [...] Vi vet hvordan vedtak fattes. Vi skriver utkast til dem, men bestillerenheten fatter de endelige vedtakene» (R.7). Prosessen med å fatte vedtak ble samarbeidsorientert som følge av at medarbeiderne i psykisk helsearbeid tok initiativet til å etablere en dialogisk praksis: «Vårt samarbeid er ikke dårlig. Vi har gode møter der vi går gjennom beslutningene som skal fattes» (R.8). Dette initiativet medførte at bestillerenheten ble arenaen for forhandling og samarbeid, men uten at det ble lagt til rette for det og uten involvering fra ledelsen.

## I kjølvannet av omorganiseringen

I arbeidet med å tilpasse kommunal organisasjon til NPM-løsningene ble kommunene sterkt oppfordret til å formalisere arbeidsrutiner i tråd med forvaltningsloven og dokumentere hvilke tjenester de ytte (Indseth et al., 2012). I fokuskommunen ble det blant annet etablert nye prosedyrer for å



sikre at vedtak var i samsvar med forvaltningsloven (1967, § 2a), som fastslår at beslutninger skal fattes gjennom søknadsbaserte offentlige vedtak og at vedtakene definerer rettigheter og plikter overfor privatpersoner. Vedtakene er av kontraktsmessig art; de definerer forholdet mellom tjenesteheten og brukerne og legger fast hovedtrekkene i tjenestene som skal ytes. Kommunale bestillerenheter profesjonaliserte vedtaksprosessene. Denne endringen medførte at fokuskommunen kontraktsfestet tjenester uten at det var avklart hvilket innhold de skulle ha og til hvilke brukere de skulle ytes. Samtidig begynte kommunen å arbeide mer detaljert med kostnadskontroll ved å definere noen ikke-vedtakspiktige tjenester. Disse kunne ytes til brukere som selv oppsøkte de psykiske helsetjenestene, og som oppfølging av brukeres pårørende. Å fatte slike vedtak ble delegert til psykisk helses medarbeidere. Formelle vedtak ble etter dette kun krevd for tjenester som skulle ytes i brukernes hjem. Overordnet leder beskrev det slik: «Om det lages vedtak avhenger [...] Noen tjenester kan ytes uten vedtak. Ansatte er profesjonelle, de kan utføre profesjonelle oppgaver. De må kunne arbeide uten vedtak» (R.9).

Lederen ønsket å ta i bruk en ressurs vedkommende oppfattet at eksisterte, og som var «ubundet» (R.9). Strategien for å gjøre dette bestod i å delegere myndighet til medarbeidere og dermed kreve mer kostnadskontroll gjennom profesjonelles egenstyring av tjenesteytingen. Ettersom kun vedtaksbaserte tjenester ble registrert som resultatoppgjør, ble ikke de tjenestene som medarbeiderne selv fattet beslutning om formelt gjort til en del av grunnlaget for finansiering av tjenestene. Medarbeiderne argumenterte for at også slike vedtak burde registreres som resultat og inngå i beslutningsgrunnlaget. Formalisering av vedtak ble gjort uten at det var etablert enighet om hvordan og til hvilke brukere tjenestene skulle ytes. Det skapte konflikt om normer for tjenesteyting, registrering av ressurser brukt internt i psykisk helsearbeid og dermed om hvilke rutiner som skulle gjelde. Medarbeidere opplevde dermed kostnadskontrollen som en innskrenkning av eget handlingsrom og en reduksjon av tjenestenes kvalitet: «Hvis tjenester bare skal være faglig tilstrekkelige blir de snart for dårlige. Vi trenger en buffer, en buffer som beskytter god praksis.» (R.8). Vedkommende er oppmerksom på at det å innrette seg etter slike rutiner og prosedyrer for vedtak kunne få dem til å tenke på måtene

Lipsky (1980) beskriver: «justering av arbeidsvaner og holdninger som gjenspeiler lavere forventninger til seg selv, sine klienter og potensialet i den offentlige politikken» (Lipsky, 1980, s. xii, min oversettelse). Delegering av beslutningsansvar til medarbeidere tydeliggjorde NPM-fokuset på kostnadskontroll og økonomiske insentiver, og viste også til mangel på tillit til at medarbeiderne brukte ressursene godt.

Konfliktene om kostnader og finansiering, samt rutiner og normer for tjenesteyting, var lenge barrierer for at tjenestene skulle finne sin form. Dette falt i tid sammen med at «Omsorgsplan 2015» ble iverksatt, den pekte på at også de kommunale hjemmetjenestene skulle styrkes. Bestillerenhetens faglige slagside mot hjemmetjenestene og mangelen på formelt samarbeid anerkjente ikke at det var flere aktører med kunnskap og interesser i bildet, eller at forhandling kunne gjennomføres for å komme til enighet. Mistilliten medarbeiderne i psykisk helsetjeneste hadde til systemet ble forsterket. Arbeidspresset ble også høyere. I 2008 begynte opptrappingsplanen å gå mot slutten, mens «Omsorgsplan 2015» var et par år ute i sin iverksetting, samt at Samhandlingsreformen var lansert (Meld. St. 47 (2007–2008)). Dette forsterket trolig slagsiden mot hjemmetjenestene. Psykisk helsearbeid hadde fått flere brukere, og en ansatt i psykisk helsetjeneste uttalte følgende: «Vi arbeider mye. Det er mange søknader om tjenester som kommer til oss. Vi må avgrense hvem vi kan yte tjenester til og hvilke tjenester individuelle søkere skal få tilgang til.» (R.13). Videre, for å løse utfordringene knyttet til den horisontale koordineringen med hjemmetjenesten, kommenterte enhetslederen følgende: «Vi må ha avtaler. Slik det er nå, blir vi lurt. Vi vet ikke hva vi skal spørre om når pasienter blir utskrevet [fra sykehuset]» (R.12). Når sykehusene skrev ut pasienter til den kommunale omsorgstjenesten, var det til bestillerenheten i helse og omsorg. Psykisk helsetjeneste var avhengig av denne enheten; den fattet vedtakene og fordelte arbeid mellom enhetene, men opplevde ikke at det var tilrettelagt for forhandling slik at konsensus kunne utvikles om brukere og innhold i tjenestene. Psykisk helsearbeid kontrollerte dermed ikke eget arbeid og situasjonen ble beskrevet som: «Vi bruker mye energi for å finne ut hvor brukerne hører hjemme. Mange brukere er i grenseland; det er ingen klare skiller. Når brukere har vært mentalt syke en lang stund får de somatiske lidelser, og skal vi da, i disse

sakene, starte behandling, eller skal de overføres til hjemmetjenesten?» (R.20).

2008 var for tidlig til å etablere avtaler for å styre den vertikale samordningen mellom kommunenes psykiske helsearbeid og sykehus, og enhetslederne i fokuskommunen arbeidet fortsatt med de ulike konfliktenes de var viklet inn i. Ledelsen i psykiske helsetjenester var opptatt av å sikre at ressurser ble brukt til å yte tjenester kun til egne brukere, og ikke til hjemmetjenestenes brukere, på samme måte som de opplevde at hjemmetjenesten agerte. De psykiske helsetjenestene skapte dermed en egen silo, og helse og omsorg engasjerte seg i det som må kalles «ikke-verdiskapende virksomhet» (Radnor et al., 2012), ettersom begge tjenesteenhetene måtte tilby brukerne ordinære tjenester innen eldreomsorg og psykisk helsearbeid respektive når behovet oppstod. Da psykisk helsetjeneste etablerte en egen bestillerenhet i 2010, ble den organisatoriske fragmenteringen institusjonalisert. Dette grepet løste det fastlåste spørsmålet om ressursbruk, men fjernet arenaen for samarbeid mellom tjenestene.

Da det ble fattet et politisk vedtak om at psykisk helsetjeneste i fokuskommunen skulle endre institusjonell tilhørighet fra helse- og omsorgsavdelingen til de kommunale bolig- og sosialtjenestene, falt dette i god jord både hos ansatte og ledelsen: «Vi har øket avstanden til hjemmetjenestene med hensyn til både budsjett og hvilken overordnet avdeling vi sokner til» (R.19). Ved at fragmenteringen av den kommunale omsorgssektoren ble fullført, ble ikke sykehusenes utskrivning av pasienter, ressursbruk og tjenestetilbudet til brukerne i psykisk helsetjeneste lenger et stridstema.

Med denne reorganiseringen ble kommunen en del av de 50 prosent av kommunene som i 2012 hadde organisert sine psykiske helsetjenester som en separat tjeneste (Tjerbo et al., 2012). I stedet for å forhandle mellom de ulike profesjonsgruppene og forsøke å stabilisere arbeidsdelingen mellom dem og bygge tillit, avsluttet overordnet ledelse konflikten ved å fullføre den organisatoriske fragmenteringen. Først når NPM-reformen var organisatorisk gjennomført og tjenesteenhetene ikke lenger var underlagt samme overordnede avdeling og budsjett, kunne den ønskede og nødvendige samordningen mellom dem etableres. Samordningsarenaen ble formalisert til å være relasjonen mellom bestillerenhetene. For å

inngå i denne samordningen vedtok hjemmetjenesten en modell med et oppgavebasert tjenestetilbud som delte opp omsorgsfunksjonene i enkeltoppgaver som ble målt i minutter (Hanssen & Helgesen, 2011). Dette dannede grunnlaget for fordelingen av økonomiske midler, og banet veien for at bestillerenheten for psykiske helsetjenester kunne bestille og betale for enkeltoppgaver som hjemmetjenesten kunne yte for deres brukere.

Løsningen på den 15 år lange konflikten bestod altså i å etablere et NPM-basert kvasi-marked der de to enhetene kunne opptre som likeverdige parter, og samordningsverktøyet ble penger; et antatt nøytralt virkemiddel. Behovet for ledelse ble dermed sterkt redusert. Samstyring, eller nettverksorientering der begge aktørenes interesser ble anerkjent, ble dermed ikke en realitet i den perioden psykisk helsetjeneste var organisert sammen med hjemmetjenesten. Heller er det mulig å si at mange av NPM-trekkene psykisk helsearbeid fikk i perioden ble videreført i den nye organisasjonen.

Den oppgavebaserte modellen for tjenesteyting var et sentralt tema i psykisk helsearbeid da intervjuene ble gjennomført i 2012. Den ble ansett som håpløs og ineffektiv i en psykisk helsearbeid-kontekst. Psykiske helsetjenester ble i stedet beskrevet som noe som krevde løpende tilpasning til brukere, til behov som oppstår og som ikke kan forutses, og til den enkelte brukers sosiale kontekst. De psykiske helsetjenestene ble dermed anerkjent som en tjeneste som hadde et særskilt kulturgrunnlag med utgangspunkt i enkeltbrukere og deres spesifikke lidelser. Som følge av dette hevdet både ledelsen og de ansatte at tjenestetilbudet ikke skulle dekontekstualiseres, noe som er en forutsetning for et standardisert, oppgavebasert system. Som enhetslederen i psykisk helsearbeid formulerte det: «Jeg håper vi ikke innfører det. I hjemmetjenestene gir [de] medisinsk behandling. De har en spesiell måte å gjøre ting på, mens i vårt tilfelle er brukere mentalt syke. En dag sier du ikke et ord til dem [...] den neste bruker du hele dagen på terapeutiske samtaler. Det er den typen utfordringer vi har» (R.20). Leder av bestillerenheten beskrev psykisk helse som noe som «ikke [var] så konkret som hjemmetjenester», og at man måtte «se ting i en større sammenheng» (R.19).

Ledelsen og medarbeiderne i psykisk helsearbeid erkjente imidlertid at den oppgavebaserte modellen hadde en standardiserende effekt for

vedtaksfatting og rutiner for tjenesteyting, og at den var nyttig fordi det ble laget tydelige beskrivelser av de aktuelle tjenestene som ytes. Dermed kunne også arbeidsmengde forutsies, noe som var en utfordring. Samtalene om slike faktorer førte til at psykisk helsearbeid, overordnet ledelse og de utskilte tjenesteenhetene, samt bestillerenheten, etablerte et prosjekt for å standardisere tjenestetilbudet. Lederen uttrykte det slik: «Vi har startet et prosjekt. Målsettingen er at vi skal utvikle normer angående hvem vi skal yte tjenester til og hvilke tjenester vi skal yte [...] Og jeg tror dette har å gjøre med det faktum at vi skal utvikle likere tjenester, at kommunen skal prøve å yte mer likeverdige tjenester [...] vi kan fortelle brukere: dette får du hjelp for» (R.20). Den oppgaveorienterte modellen bygger videre på kontraktstankegangen som ligger i begrunnelsen for å lage formelle vedtak. De ansatte støttet argumentene fra ledelsen, og stilte selv spørsmål ved tjenestenes omfang og varierende innhold. De argumenterte videre for at standardiserte tjenester av høy kvalitet kunne garantere for at de kunne levere universelle og likeverdige tjenester (R.18).

## Drøfting

Det ble stilt tre forskningsspørsmål innledningsvis. Knyttet til det første så vi at alle kommuner på en eller annen måte endret sin organisasjon som respons på opptrappingsplanen. Fokuskommunens respons var at den etablerte en integrert modell. Det ble antatt at den hierarkiske organisasjonsstrukturen skulle sørge for at reformen ble gjennomført. Etter hvert endret den organisasjonen sin i tråd med NPM, og en utstrakt fragmentering av organisasjonen fant sted. Fra å være en helhetlig tjeneste ble det etablert en tåverorganisasjon, et dagsenter og en bolig, etter hvert også en bestillerenhet. Dette var et grep som så ut til å fungere godt knyttet til de organiserte omgivelsene psykisk helsearbeid fungerte innenfor.

Svaret på det andre spørsmålet som ble stilt, om ledelsesoppgavene endret seg, er at trolig gjorde de ikke det. Det var planlegging, beslutninger om bemanning og ressurstilgang, samt tilrettelegging for samordning som under hele prosessen framstår som de viktigste lederoppgavene og de ble gjennom hele perioden gjennomført hierarkisk. Men det ble flere lederoppgaver, og i tillegg til at reformen skulle forvaltes og administreres

etter gitte regler, ble det forventet at ledere skulle inngå i forhandlinger og megle mellom tjenesteenheter og profesjonsgrupper. Både bemanning, ressurstilgang og typer tjenester som skulle ytes, og i tillegg hvilken brukergruppe de skulle ytes til, var faktorer det kunne forhandles om. Men, da det var aktuelt, skiftet ikke fokuskommunen sin oppmerksomhet fra weberiansk forvaltning til NPM- eller forhandlingsledelse på overordnet nivå. På dette nivået skapte noen av hendelsene knyttet til organisasjonsendringen i stedet overraskelse over at det ble stilt spørsmål om profesjonelle jurisdiksjoner og at det ble etablert tjenestesiloer. Lenger nede i organisasjonen medførte NPM at det ble etablert heltidsstillinger for ledere; disse ble knyttet til de ulike enhetene fragmenteringen skapte innenfor rammene av psykisk helsearbeid. Dermed ble det flere lederoppgaver, men for et nytt sett av ledere, nemlig på enhetsnivå. Oppgavene disse lederne fikk var rettet mot organisasjonsinterne prosesser, i tråd med teorien, og medførte at psykisk helsetjenestes fokus på samarbeid ble neglisjert. Analysen tyder på at innføring av nye organisasjonsparadigmer ikke medførte at trekk ved tidligere organisasjons- og ledelsesformer ble skiftet ut, men ble beholdt og videreført i den nye organisasjonen.

Dette peker mot to punkter der kommunen innledningsvis i iverksettelsesprosessen kunne ha handlet annerledes. Det første var at den eksisterende hjemmetjenesten kunne blitt forberedt på at psykisk helsearbeid skulle ha egne ressurser og egen bemanning, og at det ville bli arbeidet for å etablere en gruppe brukere som var i behov av en distinkt psykisk helse-tjeneste, det vil si at hjemmetjenestens posisjon og makt ville endre seg. Det andre var at det også kunne blitt tilrettelagt for samarbeid eller forhandling om disse aspektene ved den nye tjenesten. Disse to punktene leder til svaret på det siste spørsmålet, om lederrollene endret seg og eventuelt hvorfor og på hvilken måte. De nye oppgavene iverksettingen av opptrappingsplanen kunne medført, ble innledningsvis ignorert av ledere på alle nivåer. Som det er vist til over resulterte dette i en altoverskyggende og langvarig konflikt mellom hjemmetjenestene og psykisk helsearbeid som ledet til duplisering av arbeidsoppgaver. Årsaken til manglende endring i lederrollene er trolig at den integrerte modellen ikke satte spørsmålsteget ved ledelse, men forventet forvaltning. Det ble antatt at psykisk helsearbeid skulle være villig til å innordne seg hjemmetjenestens normer og

rutiner for tjenesteyting, og da det ikke skjedde, var det ingen overordnet leder til stede som tok ansvar for å tilrettelegge for forhandling om verdier og mening, blant annet samordning. Det var månedlige koordineringsmøter mellom disse ledelsesnivåene, men det framkommer ikke av datamaterialet at disse ble brukt til å diskutere spørsmålene om bemanning og arbeidsdeling, eksemplifisert som helge- og bakvakter eller ressursfordeling.

Hjemmetjenesten fikk ikke sine forventninger innfridd, og det resulterte i at de kom i en forsvarsposisjon som hindret dem i, også på senere tidspunkter, å inngå samarbeid med psykisk helsetjeneste. Omorganiseringen med utgangspunkt i NPM medførte at eksisterende organisasjon ble fragmentert. Psykisk helsearbeid måtte bygge ny organisasjon med flere ledelsesnivåer, der verktøyene for kostnads- og resultatkontroll, vedtaksfetting samt ledelse på individnivå ble implementert. Slike verktøy er rettet mot interne prosesser, og tar ikke konteksten psykisk helsearbeid eksisterer innenfor, i betraktning. Bortsett fra dette representerte NPM ingen reell løsning på de fastlåste konfliktene i fokuskommunen, men framhevet snarere at det var utfordrende å skulle bygge bro mellom hierarkisk ledelse, ledelse av enkeltansatte og samarbeidsledelse, og at de tilhørende lederrollene resulterte i at de tjenesteenhetene som ikke var motivert til å samarbeide ble isolert. Samarbeid og meglings ble to av de mest forsømte oppgavene i fokuskommunenes implementeringsprosess, og psykisk helsearbeids samarbeidsaspekter ble fortsatt neglisjert. Helse og omsorgs bestillerenhet måtte etableres før det ble mulig å samarbeide, men denne arenaen ble brukt til samarbeid uten at det var tilrettelagt for på et av ledelsesnivåene. Medarbeiderne i psykisk helsearbeid inngikk på eget initiativ i samarbeid med bestillerenheten. Det er den organisatoriske fragmenteringen som ser ut til å ha vært løsningen på konflikten. Fragmenteringen ble ferdigstilt etter 15 år, da psykisk helsearbeid skiftet til en annen overordnet avdeling. Dette ser ut til å ha vært en betingelse for at samarbeid kunne finne sted: Da framstod hjemmetjenesten og psykisk helsearbeid som likeverdige tjenester som kunne inngå i et økonomisk og kontraktsbasert samarbeid.

Hendelsene som er skissert representerer hver på sin måte vippepunkter for utviklingen av de psykiske helsetjenestene. Viktige forutsetninger

for samarbeid er at overordnede ledere tar en nøytral rolle, at beslutninger forankres hos mellomlederne, at det utarbeides troverdige og overbevisende rutiner og prosedyrer for å fatte vedtak som er akseptable for alle parter, og at det tilrettelegges for en felles forståelse av opptrappingsplanen. I et alternativt scenario ville den overordnede lederrollen endret seg med nye oppgaver og ny organisasjon, og dermed hadde ikke vedkommende overtatt hjemmetjenestens oppfatning av at kjerneoppgavene deres ble angrepet. Lederen kunne fått rollen som en nøytral forvalter og tilrettelagt for dialog. Samarbeidet kunne funnet sted på en arena etablert nettopp for dette, noe som er et viktig aspekt med tanke på at hjemmetjenesten hadde fire mellomledere og mange flere ansatte enn psykisk helsearbeid i den innledende perioden, og dermed hadde en sterkere posisjon enn psykisk helsearbeid med sin ene leder. En megler kunne sørget for at det ble tatt beslutninger om ressursfordeling som kunne aksepteres av begge parter, og tilrettelagt for konstruktiv meningsutveksling og tillitsbygging, samt sørget for å forankre beslutninger. Senere kunne en katalysator identifisert eventuelle ikke-verdiskapende situasjoner som oppstod som følge av en mangel på vertikal samordning med helseforetakene, og eliminert disse for å sikre mest mulig effektiv tjenesteyting.

Alle disse lederrollene er nødvendige for å danne en produktiv samarbeidskultur. Hvis alle hadde vært til stede i den innledende fasen av opptrappingsplanens implementering, ville dette trolig vært en enkel prosess. Vi vet imidlertid ikke hva som ville ha skjedd under NPM-omorganiseringen. Fokuskommunen kom sent på banen med denne reorganiseringen, og ved å se på erfaringene fra andre kommuner kunne denne omveien ha vært unngått. En grunn til at dette ikke skjedde, kan være at NPM-omorganiseringen var instrumentell: Det kunne besluttes politisk og administrativt at det skulle implementeres en pakke med organisasjons- og lederteknikker i en organisasjon som ikke fungerte optimalt. Teorien lovet også at NPM skulle legge til rette for samarbeid. Dersom samarbeid var et av de ønskede resultatene, i tillegg til bedre kostnadskontroll, framstod NPM som en riktig løsning. Standardiseringsprosjektet kan belyse det interne fokuset på organisatoriske prosesser. Ifølge NPM burde standardiseringen ha blitt innført på et tidligere stadium i prosessen, men ble gjennomført i 2012 fordi dette var første gang psykisk helsetjeneste



opplevde at de hadde full kontroll over eget budsjett og tjenestetilbudet som helhet. Utad åpnet overgangen til ny institusjonell tilhørighet for nye samarbeidstiltak. Lederen for de psykiske helsetjenestene omtalte dette i positive ordelag: «Mental helse angår boligrelaterte spørsmål i stor grad» (R.19). Vedkommende så derfor fram til å begynne å samarbeide med enhetene der om å tildele sosialtjenester, kommunale boliger og sysselsettingsmuligheter til sine brukere. Senere er psykisk helse slått sammen med tjenester til rusavhengige og blitt en etat som tilbyr individuell oppfølging, samt tilrettelagte bo- og aktivitetstilbud.

## Avslutning

Avslutningsvis er det mulig å peke på at opptrappingsplanen ble iverksatt i en brytningstid. Det vil si at en nasjonal plan som var i tråd med verdiene i den weberianske byråkratimodellen i stor grad traff kommuner som reorganiserte seg i tråd med kjennetegnene i New Public Management. Dette skapte forvirring om verdier og normer i de aktuelle tjenestene i casekommunen. Skifte av institusjonell tilhørighet for psykisk helsearbeid i 2012 peker mot at det i tiden etter kunne legges opp til en mer samarbeidsorientert kultur, men der tydelige trekk av NPM ble beholdt i organisasjonen.

## Referanser

- Ansell, C. & Gash, A. (2008). Collaborative governance in theory and practice. *Journal of Public Administration Research and Theory*, 18(4), 543–571. <https://doi.org/10.1093/jopart/mumo32>
- Ansell, C. & Gash, A. (2012). Stewards, mediators, and catalysts: Towards a model of collaborative leadership. *The Innovation Journal: The Public Sector Innovation Journal*, 17(1).
- Baldersheim, H. & Ståhlberg, K. (2002). From guided democracy to multi-level governance: Trends in central-local relations in the Nordic countries. *Local Government Studies*, 28(3), 74–90. <https://doi.org/10.1080/714004149>
- Braun, V. & Clarke, V. (2006). Using thematic analysis in psychology. *Qualitative Research in Psychology*, 3(2), 77–101. <https://doi.org/10.1191/1478088706qp0630a>

- Christensen, T., Egeberg, M., Læg Reid, P., Roness, P. G. & Røvik, K. A. (2015). *Organisasjonsteori for offentlig sektor*. Universitetsforlaget.
- Christensen, T. & Læg Reid, P. (2001). New Public Management: The effects of contractualism and devolution on political control. *Public Management Review*, 3(1), 73–94. <https://doi.org/10.1080/14616670010009469>
- Forvaltningsloven. (1967). *Lov om behandlingssmåten i forvaltningssaker* (LOV-1967-02-10). Lovdata. <https://lovdata.no/lov/1967-02-10>
- Hanssen, G. S. & Helgesen, M. K. (2011). Multi-level governance in Norway: universalism in elderly and mental health care services. *International Journal of Sociology and Social Policy*, 31(3–4), 160–172.
- Helgesen, M. K. & Hanssen, G. S. (2014). Kommunalt handlingsrom etter samhandlingsreformen. *Tidsskrift for velferdsforskning*, 17(3), 41–53.
- Helgesen, M. K., Olsen, D. S., Holm, A., Monkerud, L. C. Røste, R. (2016). *Utvikling og formidling av kunnskap i kommunal helse og omsorg. Evaluering av Utviklingssentre for sykehjem og hjemmetjenester*. Norsk institutt for by- og regionforskning & Nordisk institutt for studier av innovasjon, forskning og utdanning.
- Helse- og omsorgstjenesteloven. (2011). *Lov om kommunale helse- og omsorgstjenester m.m.* (LOV-2011-06-24-30). Lovdata. <https://lovdata.no/lov/2011-06-24-30>
- Helsedirektoratet. (2005). *Psykisk helsearbeid for voksne i kommunene* [Veileder]. Helsedirektoratet
- Hood, C. (1991). A public management for all seasons? *Public Administration*, 69, 3–19.
- Huxham, C. & S. Vangen (2005): *Managing to collaborate. The theory and practice of collaborative advantage*. Routledge.
- Indseth, M., Klausen, J. E., Møller, G., Smith, E. & Zeiner, H. (2012). *Likeverd mellom staten og kommunene* (Rapport). Norsk institutt for by- og regionforskning & Telemarkforskning.
- Kolind, H. & Sørensen, E. (2011). When public leaders are to lead collaborative innovative process. I E. Sørensen & J. Torfing (Red.), *Collaborative innovation in the public sector* (s. 237–257). Jurist- og Økonomforbundets Forlag.
- Lipsky, M. (1980). *Street-level bureaucracy: Dilemmas of the individual in public services*. Russell Sage Foundation.
- Mangan, C., Miller, R, Ward C. (2015). Knowing me, knowing you, Interprofessional working between general practice and social care. *Journal of Integrated Care*, 23(2) 62–73. <https://doi.org/10.1108/JICA-02-2015-0010>
- Meld. St. 25 (1996–97). *Åpenhet og helhet. Om psykiske lidelser og tjenester*. Sosial- og helsedepartementet.
- Mintzberg, H. (1979). *The structuring of organizations*. Prentice Hall.

- Monkerud, L. C., Indseth, M., Stokstad, S., Klausen J. E. (2016). Kommunal organisering 2016. Redegjørelse for Kommunal- og moderniseringsdepartementets organisasjonsdatabase. NIBR-rapport 2016:20
- Myrvold, T. M. (2006). *Kommunalt psykisk helsearbeid. Utviklingstrekk 2002–2005*. Norwegian Institute for Urban and Regional Research.
- Myrvold, T. M. & Helgesen, M. K. (2009). *Kommunalt psykisk helsearbeid. Organisering, samarbeid og koordinering*. Norsk institutt for by- og regionforskning.
- Osborne, S. P. (2006). The new public governance? *Public Management Review*, 8(3), 337–387. <https://doi.org/10.1080/1471030600853022>
- Osborne, S. P. (2010). Introduction. The new public governance: A suitable case for treatment? I S. P. Osborne (Red.), *The new public governance? Emerging perspectives on the theory and practice of public governance*. Routledge.
- Peters, B. G. (2015). *Pursuing horizontal management. The politics of public sector coordination*. University Press of Kansas.
- Radnor, Z. J., Holweg, M. & Waring, J. (2012). Lean in health care: The unfilled promise? *Social Science and Medicine*, 74, 364–371.
- Ramsdal, H. (2013). Statlige reformer og lokal iverksetting – hva betyr det for psykisk helsearbeid? *Tidsskrift for psykisk helsearbeid*, 10(4), 328–337.
- Ramsdal, H. & Skorstad, E. (2004). *Privatisering fra innsiden. Om sammensmeltingen av offentlig og privat organisering*. Fagbokforlaget.
- Røiseland, A. (2013). Forhandle, friste eller fasilitere? Et teoretisk rammeverk for å analysere styring av offentlig-privat samarbeid. *Norsk statsvitenskapelig tidsskrift*, 29(4), 309–326.
- Røiseland, A. & Vabo, S. I. (2016). *Styring og samstyring – governance på norsk*. Fagbokforlaget
- Sehested, K. & Leonardsen, L. (2011). Fagprofessionelles rolle i samarbejdsdrevet innovation. I E. Sørensen & J. Torfing (Red.), *Samarbejdsdrevet innovation i den offentlige sektor* (s. 215–234). Jurist- og Økonomforbundets Forlag.
- Meld. St. 47 (2008–2009). *Samhandlingsreformen. Rett behandling – på rett sted – til rett tid*. Helse- og omsorgsdepartementet. <https://www.regjeringen.no/no/dokumenter/stmeld-nr-47-2008-2009-/id567201/>
- St.prp. nr. 63 (1997–98). *Om opptrappingsplanen for psykisk helse 1999–2006. Endringer i statsbudsjettet for 1998*. Sosial- og helsedepartementet. <https://www.regjeringen.no/no/dokumenter/stprp-nr-63-1997-98-/id201915/>
- Tjerbo, T., Zeiner, H. & Helgesen, M. K. (2012). *Kommunalt psykisk helsearbeid 2012*. Norsk institutt for by- og regionforskning.

## KAPITTEL 8

# Helhetlige tjenestetilbud i en liten kommune

*Gunnar Vold Hansen*

Fakultet for helse, velferd og organisasjon, Høgskolen i Østfold

**Abstract:** One of the three municipalities that participated in the ROPIT project was a relatively small one. In this chapter, we take a closer look at how the distinctive features of a small municipality can affect how services are provided to persons with dual diagnoses. It seems as though the work is characterized by collaboration between service providers and service recipients as well as a flexible and pragmatic approach within the services, but such flexibility is not explicit in the relation between the municipality's other services. However, this is not a unique situation for small municipalities. There is reason to believe that larger municipalities do not necessarily provide better services for persons with dual diagnoses. Yet how they choose to organize their services according to given goals and priorities in order to achieve coordinated services will vary.

**Keywords:** coordination, flexibility, integrated services, municipality, organization

## Kommunal organisering og samarbeid

Norske kommuner står i prinsippet fritt til å organisere sine tjenester slik de selv ønsker. Riktignok finnes det bestemmelser i særlovgivingen som begrenser denne friheten. I tillegg samarbeider de fleste kommunene i KS, kommunesektorens organisasjon, og får råd derfra om hvordan man kan organisere seg. Likevel er det stor variasjon i organisering av norske kommuner. Det skyldes blant annet ulikheter i størrelse. I organisasjonsteorien er spørsmålet om hvordan man bør organisere virksomheter sentralt. For at en organisasjon skal fungere er det viktig at den ivaretar arbeidsdeling og koordinering. Hvordan dette kan ivaretas vil

Sitering av denne artikkelen: Hansen, G. V. (2021). Helhetlige tjenestetilbud i en liten kommune. I C. Bjørkquist & H. Ramsdal (Red.), *Statlig politikk og lokale utfordringer: Organisering av tjenester innen rus og psykisk helse* (Kap. 8, s. 155–173). Cappelen Damm Akademisk. <https://doi.org/10.23865/noasp.140.ch8>  
Lisens: CC-BY 4.0

være avhengig av en rekke faktorer som blant annet størrelse, oppgaver og organisasjonens omgivelser (Mintzberg, 1979). Mintzberg (1979) deler organisasjoner inn i flere ulike grunnformer. I denne sammenhengen er det særlig to slike former som er aktuelle. Den ene formen kalles adhokrati og kjennetegnes blant annet av at den har en enkel struktur med forholdsvis få medlemmer, der den viktigste koordineringsmekanismen er gjensidig tilpasning. Denne organisasjonsformen finnes gjerne i håndverksbedrifter og forskningsinstitusjoner. Den andre organisasjonsformen som skal trekkes frem, er maskin-byråkratiet. Denne finnes blant annet i store produksjonsbedrifter og i offentlig forvaltning, og kjennetegnes blant annet av en pyramidelignende struktur der virksomheten organiseres i vertikale linjer. Standardisering av for eksempel roller, regler og utdanning er sentrale koordineringsprinsipper i slike organisasjoner. (Mintzberg, 1979).

Norsk forvaltning er i stor grad organisert som maskinbyråkratier. Det skaper utfordringer for samarbeidet både inter- og intraorganisatorisk (Nesheim et al., 2019). Disse utfordringene blir særlig tydelige der man skal løse problemer til personer med behov for omfattende og samordnete tjenester. Utfordringene knytter seg til flere forhold. For det første er det en utfordring at det i et maskinbyråkrati er vanskelig å få til kommunikasjon mellom linjene. For virksomheter som er organisert i ulike linjer er det nødvendig med særskilt tilrettelegging for å få til kommunikasjon og samarbeid på tvers av linjene (Head & Alford, 2015). I tillegg er fragmentering av tjenestene også en utfordring. Fragmentering kan oppstå som følge av utviklingen med stadig tydeligere ansvarsdeling og budsjettdeling mellom de ulike tjenestene, blant annet som følge av bruken av egne bestiller-kontorer (Peters, 2018). Ansvarsdelingen knyttes vanligvis til oppgaver og ikke personer. Det innebærer blant annet at spesialisering i form av særskilt kompetanse kan bli et problem. Jo mer spesialisert en kompetanse er, jo mer presis kan den beskrives og knyttes til et bestemt, avgrenset ansvarsområde. Spesialister har gjerne et avgrenset tiltakspanorama som styrer hvilke behov man avdekker hos brukerne (Abbott, 1988; Hansen, 2007). Dersom brukeren har behov for et sammensatt tjenestetilbud, vil en spesialist gjerne bare kunne tilby deler av dette, og behovet for samarbeid blir stort. Spesialiserte tjenester kan dermed medføre at

tjenestene bare forholder seg til en bestemt utfordring for brukeren, slik ROP-brukere har opplevd at spesialisthelsetjenestens deling i en tjeneste for ruslidelser og en annen for psykiske lidelser fører til.

Hvordan man skal organisere tjenestene for å motvirke denne oppdelingen? Det har blitt skissert ulike løsninger som nettverksorganisering (Ferlie et al., 2011) og fleksibilitet (Head & Alford, 2015). Fleksibilitet er et begrep som kan oppfattes på ulike måter. I noen tilfeller er det de tilsatte som er fleksible – det vi kan betegne som personlig fleksibilitet, mens i andre sammenhenger er det organisasjonen som er fleksibel – det vi kan betegne som organisatorisk fleksibilitet (Karlsson, 2006). Dersom man har ambisjoner om å yte samordnete og individuelt tilpassete tjenester, bør disse inneha både personlig og organisatorisk fleksibilitet (Head & Alford, 2015). Nettverk kan på samme måte både være organisatoriske, ved at det tilrettelegges for kontaktpunkter og samarbeid både mellom linjene i en organisasjon og mellom organisasjoner, og individuelle, ved at personer kjenner og samarbeider ( gjerne uformelt) med personer i andre linjer og organisasjoner (Peters, 2018).

Et sentralt spørsmål er hvordan man kan analysere samordningsprosesser. Nesheim et al. (2019) mener at det er viktig å legge vekt på flere dimensjoner. For det første er det nødvendig å klargjøre hvilke oppgaver de ulike samarbeidspartene har og i hvor stor grad de er avhengige av samarbeidet for å løse sine hovedoppgaver. I tillegg er det viktig å legge vekt på distanse – det gjelder på flere områder, som fysisk og ideologisk distanse. Dessuten handler det om hvilke konkrete tiltak man har iverksatt for å få på plass samarbeid både intra- og interorganisasjonisk.

I dette kapitlet skal vi analysere organiseringen av tjenestetilbudet i en liten kommune og hvordan dette påvirker mulighetene for å tilby ROP-brukere helhetlige tjenester. I evalueringen av opptrappingsplanen for rusfeltet konkluderer forfatterne med det at synes som om mindre kommuner har større problemer med å gi brukerne et tilfredsstillende tilbud enn store kommuner. Etter deres mening skyldes dette blant annet at små kommuner har problemer med å rekruttere personell med relevant kompetanse (Hansen et al., 2021, s. 46). Ifølge et ekspertutvalg oppnevnt av regjeringen bør en kommune ha minst 20 000 innbyggere for å kunne gi et tilfredsstillende tilbud til innbyggerne (Christensen, 2020).

Diskusjonen om kommunestørrelse er verken ny eller spesifikk for Norge. Argumentene for å satse på større kommuner knytter seg blant annet til at man antar at større kommuner kan tilby tjenester av bedre kvalitet, at saksbehandlingen i mindre kommuner ikke er tilstrekkelig profesjonell og uavhengig, og at stordriftsfordeler gir grunnlag for bedre utnyttelse av begrensede ressurser (Mouritsen, 1999). Statistikk viser at mindre kommuner for eksempel har lavere utdanningsnivå på sine ansatte, at de har dårligere karakterresultater på skolene og lavere dekning av sentrale tjenesteutøvere som leger (Christensen, 2020). Slik sett kan man si at kvaliteten på kommunale tjenester i mindre kommuner er dårligere enn i større. Likevel viser brukerundersøkelser at befolkningen er mer tilfredse med tjenestene i mindre kommuner enn i større (Monkerud & Sørensen, 2010). Brukertilfredshet er en klart subjektiv variabel, og det kan være andre årsaker til høy brukertilfredshet i mindre kommuner enn kvantitative kvalitetsindikatorer. En slik årsak kan være det som kalles «nærhetseffekten» (Jacobsen & Holtskog, 2013). Kort avstand mellom de som er brukere av offentlige tjenester og de som skal yte disse, kan bidra til at tjenestene blir bedre tilpasset det brukerne har behov for. For eksempel kan det være at små kommuner både har en fleksibel organisasjon og tilsatte, slik at kommunen blir tilpasset ønsket om å yte samordnete og individuelt tilpassete tjenester (Head & Alford, 2015). En antakelse kan også være at større grad av brukertilfredsstillelse i små kommuner enn i store, kan komme av at det i små kommuner er større grad av uformell hjelp mellom innbyggerne (Christensen, 2020). Det kan i så fall bidra til at innbyggerne i små kommuner ikke blir så avhengige av offentlige tjenestetilbud som i store kommuner.

Dette kapitlet vil derfor konsentrere seg om hvordan en liten kommune utformer et helhetlig tjenestetilbud til ROP-brukere. Sentrale spørsmål er hvilke utfordringer kommunen står overfor og hvordan disse løses, og om utfordringer og løsninger påvirkes av kommunestørrelsen.

## Metode

Dette kapitlet bygger på datainnsamlingen som er beskrevet i kapittel 2 i denne antologien. Det innebærer at det beskrevne seminaret, to

gruppeintervjuer med alle de fem ansatte i avdeling psykisk helse og rus, og en del kommunale dokumenter er benyttet. Det siste gruppeintervjuet ble gjennomført over et år etter at seminaret ble gjennomført. En del av kommentarene som ble gitt i det siste intervjuet, viser derfor til en utvikling som er skjedd i løpet av prosjektperioden. Det må også understrekes at intervjuene ble gjennomført før behandlingslinjer for rus- og psykisk helse ble implementert. De skriftlige intervjuene og dokumentene er gjennomgått med sikte på å få frem beskrivelser av hvordan tjenestene er organisert og hvordan avdeling psykisk helse og rus samarbeider både med brukerne og andre tjenester. Disse beskrivelsene ble så skilt ut og analysert i en form for innholdsanalyse der det hele tiden utvikles teorier og hypoteser som testes mot data (Swanson & Holton, 2005). I denne prosessen ble det lagt særlig stor vekt på de organisasjonsteoretiske perspektivene. Analysen viste at det var hensiktsmessig å organisere resultatene slik at de beskrev en prosess med etablering av tjenestetilbud, innholdet i tjenestetilbudet, og samarbeid. For oversiktens skyld er det dessuten innledningsvis i resultatpresentasjonen tatt med en beskrivelse av relevante deler av kommunen.

## Resultater

### Generelt om kommunen

Kommunen er den minste av kommunene i ROPIT-prosjektet med under 5000 innbyggere. Kommunen er vidstrakt, men har et mindre kommunesentrum der alle sentrale kommunale tjenester er lokalisert. Kommunen er organisert i syv virksomheter, der følgende tre jevnlig yter tjenester til ROP-brukere: omsorg, NAV og familie og helse. Hver av virksomhetene har sine egne ledere og har ulik størrelse og struktur. Tjenestene til mennesker med rus- og/eller psykiske lidelser er først og fremst organisert som en avdeling innenfor virksomhetsområdet «familie og helse». I virksomhetsområdet omsorg er det særlig hjemmetjenesten som bidrar. Kommunen mener selv at den fremstår som en representant for små kommuner, der både muligheter og utfordringer er knyttet til skala-problematikk: Det er relativt få pasienter/brukere og få ansatte i tjenestene, ressursene er relativt begrensede og det politisk-administrative



systemet kjennetegnes av nærhet og gode forutsetninger for utstrakt kommunikasjon på tvers av etater.

## Familie og helse

Virksomhet familie og helse består av helsestasjon, legekontor, fysio-/ergoterapi, barneverntjeneste og psykisk helse og rus. Virksomheten har ca. 20 ansatte og et budsjett på vel 20 millioner kroner. Prosjektmidler har bidratt til et balansert resultat i forhold til budsjett, samtidig som det også er et mindre overforbruk til noen deler av virksomheten.

## Avd. psykisk helse og rus

Innenfor virksomhet familie og helse er kommunens tilbud til mennesker med psykiske helseplager og rusproblemer organisert i Avd. psykisk helse og rus. Avdelingen har eget budsjett og er organisert som et team med til sammen 5 ansatte. Det er samarbeid med fastlege, kommunale etater og spesialisttjenestene. Avdelingen administrerer flere fellestiltak, blant annet et dagsenter og «Fellesskapet», som er et tilbud om møteplass for fem ROP-brukere. I begge disse tiltakene er ressursene til ulike aktiviteter relativt begrensede.

En arbeidsgruppe med ansatte fra hjemmetjenesten, ruskonsulent, avdelingsleder for psykisk helse og rus, avdeling barn og unge, samt en representant for brukerne deltok med innspill til kommunedelplan på helse og omsorgssektoren. Der ble utfordringer og forslag til tiltak beskrevet. En av utfordringene som blir beskrevet er at det «trolig» vil bli et behov for flere personer og økt kompetanse i psykisk helsearbeid. Dette vil særlig være tilfellet for gruppen brukere med lettere psykiske lidelser og rusproblemer, en gruppe som forventes å bli behandlet i kommunen. Gruppen peker på at er behov for å rekruttere flere personer til avdelingen, øke kompetansen på enkelte områder (som kartlegging, familieperspektiv), og at det er viktig at kommunen legger til rette for videreutdanning og annen kompetanseheving. Det pekes også på at en forventer at samarbeidet med spesialisttjenestene vil bli mer systematisert gjennom etableringen av pakkeforløp innen rus og psykisk helse.

Personalet i rus-/psykisk helse-teamet har vært stabilt over mange år. Av de fem ansatte har fire utdanning på høghskolenivå samt relevante videreutdanninger, en har utdanning fra videregående skole og har i tillegg svært lang erfaring fra kommunen. Noen av de ansatte har hatt kortere arbeidsopphold andre steder. Gjennom midler fra opptrappingsplanen for rusfeltet ble ruskonsulent finansiert gjennom et tidsavgrenset prosjekt. Etter at prosjektet ble avviklet ble det imidlertid klart at ruskonsulent i full stilling ble finansiert av kommunen, og vedkommende har derfor fortsatt i jobben.

## Etablering av tjenestetilbud

Kommunen har ikke et bestillerkontor. Det betyr at det er Avd. psykisk helse og rus selv som utformer vedtak om tjenester. Dette oppfattes som en fordel:

Vi har ikke sånn bestiller-utførerkontor, vet du. Det er proppen i alt, det. Så her kan du egentlig bare komme og banke på døra og spørre om å få en prat, eller slå på tråden. Så ...

Det er særlig to ting som fremheves som en fordel ved ikke å ha et bestillerkontor som brukere først skal kartlegges av før de får et tilbud. For det første gir dette de ansatte muligheter til å utforme det tjenestetilbudet de mener er relevant selv. Dernest fremheves muligheten brukerne har til å ta direkte kontakt. Det innebærer at de verken må gå omveien om et bestillerkontor eller en henvisning fra for eksempel en fastlege. Dette er en tilnærming som gjør at tjenesten blir et lavterskeltilbud. Det har flere fordeler og en av de andre ansatte utdyper dette:

Og vi har jo noen brukere som kontakter oss bare av og til, òg, når de har et behov. For da hjelper det ofte bare med en eller to samtaler, og så går det bra igjen. Noen fungerer det bra med, at vi slukker litt brann ved å være lett tilgjengelige. Og det er jo det vi satser på òg, at vi slukker en del branner ved å være godt tilgjengelig.

De ansatte understreker at de mener at denne tilnærmingen innebærer at brukerne kan få hjelp i en tidlig fase av sykdomforløpet og på den måten

reduere behovet for tjeneste. Det fører til at det noen ganger er nok med bare en eller noen få samtaler for brukeren. Flere kommer gjerne tilbake etter en tid for en ny runde med to–tre samtaler. Dette er en gruppe som man ikke utformer varige vedtak for.

For de som trenger et mer omfattende tjenestetilbud, gjennomfører avdelingen selv en omfattende kartlegging. En av de ansatte beskrev denne kartleggingen slik:

Jeg tror vi er ganske gode på å tenke helhetlig i kartleggingen. At det handler om et sted å bo, det handler om økonomi, det handler om sosialt nettverk, det handler om psykisk helse og fysisk helse. Ja. For det er innom de fleste områdene. Det er liksom fysisk helse og psykisk helse, rus, vold, kriminalitet og familienettverk ... Og ikke minst da litt hva som er problemet og hva de ønsker og hva vi kan bidra med, liksom.

Dette tyder på at avdelingen er opptatt av å avdekke brukerens samlede behov for tjenester og at de ansatte skaffer seg en oversikt både over hvilke tjenester de selv skal yte og hvilke andre virksomheter de må samarbeide med.

Likevel er det områder teamet peker på at tjenestetilbudet klart kan forbedres. Det gjelder både aktivitetstilbud til brukerne og samarbeid med pårørende. Det understrekes også at kommunen ikke har tilrettelagte boliger for denne brukergruppen, men at boligsituasjonen i kommunen generelt er god, slik at det ikke er vanskelig å finne ledige boliger. Da en av brukerne fikk behov for skjermet bolig med døgnoppfølging, var det et tilbud kommunen ikke kunne gi, og kommunen måtte da kjøpe dette tilbudet fra andre.

## Innholdet i tjenestetilbudet

Kartleggingen som gjøres viser at noen brukere trenger mer langvarig oppfølging. En av de ansatte svarer slik på spørsmålet om hvordan vedtak utformes:

Jeg vil si det er et samarbeid med brukerne der. For jeg pleier å spørre hva de ser for seg av oppfølging. Og så kommer jeg hvert fall med forslag om hvor ofte de vil ha oppfølgingen, hvert fall. Og så er det sånn ... Vi skriver ikke så mye

konkret, vi skriver bare støttesamtaler, vet du. Så det blir jo andre ting som skrives i forhold til hva det skal inneholde. Men i selve vedtaket, så er det ofte at vi innvilger bare støttesamtaler.

Dette tyder på at avdelingen legger vekt på å utforme tjenestetilbudet i samarbeid med brukerne. Samtidig vil det at tjenesten legger vekt på å utforme generelt utformede vedtak skape muligheter slik at de kan tilpasse seg vekslingen mellom gode og dårlige perioder for brukeren. Det synes klart at avdelingen ikke er spesielt opptatt av å avgrense det tilbudet de gir. Noen ganger medfører det at de synes det er like hensiktsmessig å løse oppgaver som andre har ved å gjøre jobben selv.

Og ofte det økonomiske og må vi ordne opp i, selv om det egentlig er NAV som skal ta av seg det. Men så går det ofte litt treigt noen ganger, og da må vi ... Vi tar imot en bærepose og går igjennom regninger og skriver opp og ... Hindrer at huset går på tvangsauksjon og litt sånt.

Dette tyder på at de ansatte legger mer vekt på å løse de utfordringene som plager brukeren, enn hvem som egentlig burde løst oppgaven. Heller ikke innad i avdelingen er man opptatt av å sette grenser mellom de ulike profesjonene. Det virker som mange av brukerne har tett kontakt med «sin» behandler, og at de tar opp de problemene de har med denne behandleren og overlater til vedkommende å finne ut hvem som skal hjelpe. Den ansatte prøver da gjerne å løse problemet uten å ta det opp med andre dersom det er mulig. Konsekvensen av dette er at utdanningsbakgrunn ikke er så styrende for hvem som skal gjøre hva. En av de ansatte beskrev det på denne måten: «Jeg tror vi er litt visket ut i faget.» Arbeidsdeling er derfor i liten grad knyttet til utdanning. Fordelingen av nye brukere bygger på den kartleggingen som er gjort og en intern diskusjon både om hvilken oppfølging brukeren bør få og hvem som er best egnet til å følge vedkommende opp. Her er utdanningsbakgrunn bare en av flere faktorer som påvirker beslutningen. Samtidig er de også opptatt av at de kan få hjelp av de andre i avdelingen dersom de trenger det. En av de ansatte beskrev praksisen slik: «Og har vi noen utfordringer eller føler vi at vi liksom ikke kommer så mye videre, så tar vi det jo ofte opp i gruppa, får litt nye innspill ...»

På denne måten sørger de ansatte for at de kan utnytte ulikhetene i hverandres bakgrunn. Selv om det synes nokså tydelig at avdelingen er

opptatt av å gi et bredest mulig tilbud, så må de i en rekke tilfeller likevel samarbeide med andre for å få til et helhetlig tilbud.

## Samarbeid

En stor del av brukerne har behov for tjenester fra andre deler av kommunen. Det gjelder blant annet dersom brukeren har behov for oppfølging på grunn av somatiske problemer. Det ble beskrevet på følgende måte: «Det som det har vært veldig mye av i det siste, synes jeg, er det med somatiske plager og komplikasjoner etter bruk av mye rusmidler.» Dette gjør at avdelingen må etablere et samarbeid med hjemmetjenesten. Dette samarbeidet er nødvendig av to årsaker. For det første er det klart at Avd. psykisk helse og rus ikke har tilstrekkelig kompetanse til å følge opp slike somatiske lidelser. Avdelingen yter dessuten normalt bare tjenester i ordinær arbeidstid, mens hjemmetjenesten har mer omfattende åpningstider. Dette samarbeidet har ikke vært uproblematisk. Det skyldes flere forhold knyttet til at hjemmetjenesten ikke fremstår like fleksibel som Avd. psykisk helse og rus. I tillegg er det åpenbart at holdninger er et problem. En beskrev det slik: «Vi legger vekt på tålmodighet – evne til å jobbe litt saktere, ulikt for eksempel hjemmetjenesten, der alt skal gå så fort.»

Tilbakemeldingene tyder på at her er det en del gjensidig kritikk. Avd. rus og psykisk helse mener at hjemmetjenesten ikke tar seg tid nok i oppfølging av ROP-brukere, mens hjemmetjenesten kritiserer avdelingen for å bruke for mye tid og ikke være effektive nok. En slik manglende forståelse for hverandres arbeidsform har nok et potensial i seg for å skape et dårlig samarbeidsklima. Dette har ledelsen sett, og det er i løpet av prosjektperioden etablert faste samarbeidsmøter en gang i måneden mellom de to avdelingene. Dette har gitt resultater, og oppfatningen er derfor at «hjemmetjenesten er blitt bedre til å samarbeide – nå kan vi lage felles journalnotater». På denne måten har man styrket mulighetene for samarbeid ved å etablere felles møteplasser. Samtidig er felles journalnotater en form for skriftlig utveksling av informasjon. Dette gir grunnlag for å beskrive hva som gjøres og hvorfor, noe som også bør være et grunnlag for å styrke samarbeidet. En av de ansatte

pekte dessuten på at vedkommende hadde lang og omfattende erfaring fra flere virksomheter i kommunen, og at vedkommende derfor hadde kjente som ble kontaktet og samarbeidet med utenom ordinære kommunikasjonskanaler. Dette illustrerer at også private nettverk kan skape relevante samarbeidsarenaer.

Ansvarsgrupper er en annen felles møteplass som etableres i noen tilfeller. Det er også en løsning for å styrke samarbeidet med hjemmetjenesten og andre. Dette blir i så fall møteplasser som kommer i tillegg til de faste møteplassene mellom avdelingene. Det er også viktig å registrere at når de ansatte ser at det er behov for samarbeid med andre, så er det de som tar initiativ til å få på plass dette. Dette illustreres i følgende utsagn fra en av de ansatte: «Hvis du ser at det her er liksom mange aktører som egentlig burde snakke sammen, så er det liksom greit å få et vedtak på at vi koordinerer ansvarsgrupper.» I utgangspunktet er avdelingen opptatt av å ha generelt utformede og fleksible vedtak, men likevel kan de være tydelige på at det skal opprettes en ansvarsgruppe og at de selv tar ansvar for å gjøre dette. Dette tyder på at de ser nytten av å ha slike samarbeidsarenaer.

Det er ikke lokalisert noe spesialisthelsetjenestetilbud i kommunen. Samarbeidet med spesialisthelsetjenesten er en utfordring. Det skyldes delvis at brukerne har problemer med å benytte polikliniske tilbud på grunn av avstand og manglende offentlig kommunikasjonsstilbud. I tillegg peker de ansatte i kommunen på at den elektroniske kommunikasjonen mellom spesialisthelsetjenesten og teamet ikke fungerer tilfredsstillende. Likevel er det slik at en del av brukerne er avhengig av oppfølging fra spesialisthelsetjenesten, og da har gjerne løsningen vært at de ansatte har tatt på seg rollen som sjåfør: «Vi har jo kjørt en del òg, vi da. Kjørt og fulgt. Men jeg opplever jo mange som skal ha poliklinisk oppfølging av spesialisthelsetjenesten, sier at de får like god behandling hos oss.»

Det kan være at tjenestene kommunen tilbyr ivaretar brukerne like godt som spesialisthelsetjenesten, men det er også mulig å se kommentaren om at brukerne får like god behandling i kommunen som et uttrykk for hvor viktig tilgjengelighet og fleksibilitet er. Flere av uttalelsene som er vist til foran viser hvordan brukerne kan få både tjenester når de ønsker det og for en stor del tilpasset deres umiddelbare behov. Konsekvensen

av tjenester som ikke er tilgjengelige eller fleksible, beskrives av en av de ansatte på følgende måte:

Jeg hadde et tilfelle med alkohol hvor hun var motivert til behandling i spesialisttjenesten. Men det ble for langt løp. For da skulle fastlegen først henvise videre, og så skulle de vurdere og da ... Og det ble for langt løp, da var hun ikke motivert lenger.

Tilbud fra spesialisthelsetjenesten krever henvisninger og kartlegginger. Kommunen krever ikke dette. I stedet er de tilgjengelig nærmest umiddelbart. Dette resulterer i at det kommunale tilbudet i stor grad kan tilpasse seg svingninger både i brukers motivasjon og behov.

## Drøfting

Avdeling for rus og psykisk helse fremstår som en avdeling med trekk av adhokrati slik Mintzberg (1979) beskriver det. De ansatte beskriver en flat struktur der samarbeidet er uformelt og den interne samordningen ivaretas gjennom gjensidig tilpasning. Organisasjonsformen samsvarer også med beskrivelsen av tverrfaglige team (Øvretveit, 1996). For enkelthets skyld betegnes avdelingen i det videre som teamet. Teamet har ansvar både for rus og psykisk helse. Det innebærer at man ikke har like omfattende spesialisering som man ofte finner i spesialisthelsetjenesten. Kommunen unngår dermed noen av de utfordringene som gjerne oppstår ved å dele ansvarsområdet opp i to spesialiteter.

De fem medlemmene i teamet har ulik utdanning og erfaring. Kompetansenivået fremstår som godt, og utfordringene knyttet til kompetanse som Hansen et al. (2021) beskriver synes ikke å være et problem i denne kommunen. I teorien kan derimot høy utdanning bli en utfordring, fordi profesjonstilhørighet ofte beskriver oppgaver og ansvarsområde (Abbott, 1988). På den annen side skaper dette også grunnlag for å nyttiggjøre seg ulik kompetanse til både å få en oversikt over hvordan brukerens problemer skal forstås og hvilke løsninger som er aktuelle (Hudson, 2004). Den ansatte beskriver en arbeidsform der de ansatte åpenbart ikke er så opptatt av rammene for egen utdanning, men legger mer vekt på hva som er brukernes behov.

## Etablering av tjenestetilbud

Det er tjenesteyterne selv som utformer vedtakene om hvilke tjenester brukerne skal få. Disse vedtakene bygger på en omfattende kartlegging av brukernes behov. En av utfordringene med små miljøer er at det alltid er fare for at saksbehandlingen blir farget av personlig kjennskap og ikke ivaretar ugildhet i tilstrekkelig grad (Jenssen & Robertsen, 2015). En av begrunnelsene ved å benytte et bestillerkontor er at det kan skape en avstand mellom tjenesteyter og bruker som gjør at personlige holdninger ikke påvirker vedtakene. På den annen side vil det for ROP-brukere i stor grad være behov for at den som skal utforme gode tiltak kjenner brukernes behov godt (Hansen & Ramsdal, 2005). Muligheten teamet har til umiddelbart å yte tjenester, ved for eksempel å ha samtaler med aktuelle brukere, synes å være effektiv. Dette bidrar til at tjenestetilbudet til ROP-brukere er fleksibelt. Saksbehandlingen er enkel, og gir både brukere og tjenesteyterne grunnlag for å få tilpasset tjenestetilbud, slik erfaringen også ofte er med andre små kommuner (Monkerud & Sørensen, 2010). Her er både organisasjonen og de ansatte fleksible. Organisasjonen er fleksibel ved at den aksepterer at det er tjenesteyterne som skal utforme vedtakene, og de ansatte er fleksible ved at de tilpasser sine ytelser til brukernes behov og ønsker. Dette kan da oppfattes som elementer i den fleksibiliteten som Head & Alford (2015) mener er nødvendig for å kunne løse *wicked problems*.

En av fordelene med å ha et felles bestillerkontor er at et slikt kontor kan bestille tjenester fra flere virksomheter samlet med sikte på å etablere et samordnet tjenestetilbud på tvers av ulike virksomheter i kommunen. I en organisasjon der de ansatte ikke umiddelbart ser behovet for samarbeid (Knudsen, 1993), er en klassisk løsning å pålegge de ansatte å samarbeide (Mintzberg, 1979). Et felles vedtak fra et bestillerkontor kan dermed være en form for pålegg om hvordan man skal samarbeide. Likevel vil det ofte være behov for at tjenesteyterne fra de ulike virksomhetene i samarbeidet viser fleksibilitet og vilje til gjensidig tilpasning (Head & Alford, 2015). Det er derfor grunnlag for at personer i organisasjonen, uavhengig av sentrale pålegg, tar initiativ til å etablere samarbeidsarenaer mellom flere tjenester (Hudson, 2004). Eksempel på dette kan være beskrivelsen teamet gir av hvordan de legger inn krav om ansvarsgrupper i de vedtakene de utformer. Dette utdypes mer siden.



## Innholdet i tjenestetilbudet

At teamet selv utformer vedtakene, gir dem et grunnlag for å gjøre vedtakene så fleksible at de kan tilpasse innholdet i tjenestene til endringer i brukers behov. På den andre siden gir generelt utformede vedtak brukerne et svakere rettslig krav på bestemte tjenester og overlater til tjenesteteyerne å definere hva som er brukernes behov. Beskrivelsen av hvordan teamet utformer vedtakene i samarbeid med brukerne tyder likevel på at brukerne har god innflytelse over innholdet i tjenesten. Teamet peker også på at de i visse tilfeller løser oppgaver for brukerne som egentlig skulle vært løst av andre – eksempelvis ordne opp i ubetalte regninger. Dette er også en indikasjon på at de tilpasser tjenestetilbudet til brukernes behov.

Selv om teamet ikke er delt opp i spesialiteter er det en form for spesialisering innad i teamet ved at de fem medlemmene i teamet har ulik utdanning og erfaring. Utdanning kan oppfattes som en form for standardisering. Slik standardisering kan danne grunnlag for entydige koblinger mellom utdanning og arbeidsoppgaver, ved at det er profesjonstilhørighet som beskriver oppgaver og ansvarsområder (Abbott, 1988). Dette er åpenbart ikke tilfelle i dette teamet. Beskrivelsen av hvordan medlemmene lar seg styre av brukernes behov og dermed føler seg litt «visket ut i faget» tyder på at profesjonsbakgrunn i liten grad er styrende for fordeling av arbeidsoppgaver.

For at en gruppe skal kunne fungere som et reelt tverrfaglig team, er det viktig at teamet samarbeider innad (Øvretveit, 1996). Ansatte beskriver at de tar opp saker der de føler behov for hjelp fra de andre i teamet tyder på at de både har respekt for hverandre og at de ser gevinsten i å få synspunkter fra de andre medlemmene (Hudson, 2004). Dette gir et bilde av et team som samarbeider og utnytter ulikheter i utdanning og erfaring til beste for brukerne.

Alle brukere får en primærkontakt som har hovedansvaret for å følge opp vedkommende. Det er, som pekt på foran, interessant at disse koordinatorene allerede når det skrives et vedtak, tar med at det må etableres en ansvarsgruppe og at de selv tar ansvar for å gjøre dette. Tilbakemeldingene tyder på at disse primærkontaktene fungerer som aktive koordinører (se kapittel 6 i denne antologien). De tar altså ansvar for å få på

plass en arena for nettverkssamarbeid, de velger utradisjonelle løsninger i form av å ta ansvar for andres oppgaver (som å få orden på ubetalte regninger) og de tar selv ansvar for å administrere tjenestetilbudet. Det er dermed brukernes behov, mer enn profesjonstilhørighet, som styrer hva de gjør – og de fyller dermed en koordinatorrolle slik Oliver (2013) anbefaler det.

Teamet har god kontroll på viktige elementer i tjenestetilbudet. Det er de som tar imot brukere og avgjør om de skal få hjelp, det er de som kartlegger, det er de som formulerer vedtak og det er de som styrer innholdet i tjenesten. Dette gjør brukerne svært avhengige av dem og gir medlemmene grunnlag for å overstyre brukerne. Beskrivelsen teamet gir av hvordan innholdet i tjenestene utformes, tyder likevel på at brukermedvirkningen ivaretas (Hansen, 2019). Dette underbygges også av hvordan de beskriver at oppgaver som egentlig tilligger andre, blir løst av teamet. For teammedlemmene medfører dette at de har stor grad av fleksibilitet til å tilpasse tjenestetilbudet til variasjoner i brukers situasjon. Slik sett representerer medlemmene stor grad av personlig fleksibilitet. Beskrivelsen viser et tjenestetilbud som bygger på stor grad av tilgjengelighet og individuell tilpasning til brukernes situasjon, noe som tyder på at de tjenestene teamet yter i stor grad kjennetegnes av en «nærhetseffekt» (Jacobsen & Holtskog, 2013).

Likevel pekes det på at kommunen ikke har gode nok aktivitetstilbud, at oppfølgingen av pårørende ikke er god nok og at det mangler tilrettelagt boligtilbud. Dette er problemer som er generelle for mange kommuner, og synes ikke å være konsekvens av kommunestørrelsen (Helsetilsynet, 2016). At kommunen generelt sett ikke har mangel på boliger, er heller en indikasjon på at kommunen er bedre rustet til å løse slike utfordringer enn større kommuner.

## Samarbeid

Fleksibiliteten i tjenesteytingen fra teamet er likevel avgrenset til ordinær kontortid. Flere av de ansatte er bosatt i andre kommuner, og det innebærer at de heller ikke blir presset til å yte tjenester ut over den tiden de får betalt, slik andre rapporterer om (Masvie & Ytrehus, 2013). For

å yte tjenester utover ordinær kontortid er de avhengig av et samarbeid med andre, særlig hjemmetjenesten. Samarbeidet med hjemmetjenesten har vært en utfordring og det synes som om manglende tillit mellom tjenestene og en viss grad av stigmatisering av brukerne har vært et problem (San Martin-Rodriguez et al., 2005). Enighet om mål og midler er et viktig prinsipp for samarbeid (Head & Alford, 2015), men kommentarer knyttet til manglende forståelse i hjemmetjenesten for at det må brukes tid til brukerne, tyder ikke på det. Dette fører til at de kan få en form for ideologisk distanse (Nesheim et al., 2019) der hjemmetjenesten og teamet ikke har felles forståelse av brukernes behov og felles mål for tjenesten. Ulik tilnærming til brukerens behov er en vanlig utfordring i helse- og velferdssektoren og krever vanligvis at man bevisst prøver å skape en felles forståelse mellom de ulike aktørene (Glouberman & Mintzberg, 2001). De faste samarbeidsmøtene man nå har etablert mellom teamet og hjemmetjenesten, kan være et middel til å redusere motsetningene.

Det er også interessant å registrere at ett av medlemmene i teamet ikke opplevde motsetningene like tydelig, og begrunnet det med sin lange erfaring og kontakt med andre fra flere avdelinger i kommunen. Dette kan være en illustrasjon på hvordan private nettverk påvirker mulighetene for å få til et samarbeid (Peters, 2018). Etableringen av faste samarbeidsmøter skjedde først etter at mesteparten av datasamlingen var gjort. Hvorvidt dette kan fungere som et organisatorisk nettverk i fremtiden er det ikke data på. Det er likevel grunn til å tro at slike felles møteplasser også kan skape grunnlag for private nettverk (Bjørquist & Hansen, 2018).

Et annet perspektiv som også er viktig når man skal analysere samarbeid, er i hvilken grad de som skal samarbeide er avhengige av hverandre (Knudsen, 1993). Dersom den ene parten er avhengig av den andre parten for å få løst sine oppgaver, så er denne parten mer interessert i samarbeid enn den som ikke er avhengig av den andre parten for å løse sine oppgaver (Nesheim et al., 2019). Avdeling helse og rus er avhengig av hjemmetjenesten for å få gitt et helhetlig tilbud til «sine» brukere, men hjemmesykepleien synes ikke i utgangspunktet å se oppfølging av ROP-brukere som sin oppgave. En slik manglende gjensidighet mellom de to avdelingene kan også forklare noe av vanskene med å få til et godt gjensidig samarbeid.

Samarbeidet med spesialisthelsetjenesten beskrives som vanskelig. Fysisk avstand og dårlig offentlig kommunikasjonstilbud gjør at brukerne synes det er vanskelig å utnytte polikliniske tilbud i spesialisthelsetjenesten. Når det også tar tid å få etablert et tilbud fra spesialisthelsetjenesten, slik teamet beskriver, er det ikke overraskende at brukerne sier seg fornøyd med det kommunale tilbudet. For de ansatte blir det da heller ikke naturlig å ha omfattende kontakt med spesialisthelsetjenesten. Dette svekker mulighetene for at tjenesteytere i kommunen kan danne private nettverk (Peters, 2018) med ansatte i spesialisthelsetjenesten. Et viktig grunnlag for godt formelt samarbeid mellom ulike virksomheter synes å være at man også har gode uformelle kontakter (Bjørkquist & Hansen, 2018; Hudson, 2004). Det innebærer at gode formelle nettverk bygger på gode personlige relasjoner. Teamet pekte også på at den elektroniske kommunikasjonen med spesialisthelsetjenesten ikke fungerte tilfredsstillende. Gode kommunikasjonskanaler er sentralt for at organisatoriske nettverk skal fungere (Ferlie et al., 2011). En konklusjon blir da at fysisk avstand, manglende kjennskap til hverandre og ineffektive kommunikasjonskanaler kan forklare at samarbeidet med spesialisthelsetjenesten er begrenset.

## Avslutning

Avdeling rus og psykisk helse fremstår som et fungerende tverrfaglig team. Innad i teamet synes fleksibiliteten å være stor. Mulighetene for å nyttiggjøre seg ulik utdanning og erfaring som grunnlag for brede faglige vurderinger både av problemer og løsninger, synes stor. Utfordringer knyttet til kompetanse, som andre mindre kommuner erfarer, er ikke et problem i denne kommunen. For brukere som i hovedsak mottar tjenester fra dette teamet, synes kommunestørrelsen å bidra til gode og oversiktlige tjenester. Kommunen synes dermed å ha en «nærhetseffekt» av å være liten (Jacobsen & Holtskog, 2013).

Utfordringen synes å oppstå når det blir behov for fleksibilitet og nettverk både mellom ulike virksomheter i kommunen, og mellom kommunen og spesialisthelsetjenesten. Verken private eller organisatoriske nettverk synes å ivareta behovet for godt samarbeid. Dette er likevel ikke

problemer som er spesielle for små kommuner. Det er derfor ikke noe som tyder på at tjenestetilbudet ROP-brukere mottar, svekkes av at kommunen er liten.

## Referanser

- Abbott, A. (1988). *The system of professions: An essay on the division of expert labor*. University of Chicago Press.
- Bjørkquist, C. & Hansen, G. V. (2018). Coordination of services for dual diagnosis clients in the interface between specialist and community care. *Journal of Multidisciplinary Healthcare*, (11), 233–243. <https://doi.org/10.2147/jmdh.s157769>
- Christensen, D. A. (2020). Kommunestørrelse og tjenestetilfredshet. *Stat & Styring*, 30(1), 14–18.
- Forlie, E., Fitzgerald, L., McGivern, G., Dopson, S. & Bennett, C. (2011). Public policy networks and «wicked problems»: A nascent solution? *Public Administration*, 89(2), 307–324. <https://doi.org/10.1111/j.1467-9299.2010.01896.x>
- Glouberman, S. & Mintzberg, H. (2001). Managing the care of health and the cure of diseases – Part I & Part II. *Health Care Management Review*, 26(1), 56–92. <https://doi.org/10.1097/00004010-200101000-00006> & <https://doi.org/10.1097/00004010-200101000-00007>
- Hansen, G. V. (2007). *Samarbeid uten fellesskap – om individuelle planer i kommunalt psykisk helsearbeid* [Doktorgradsavhandling, Karlstads Universitet]. DiVA. <http://urn.kb.se/resolve?urn=urn:nbn:se:kau:diva-799>
- Hansen, G. V. (2019). Organisering av individuell brukermedvirkning. I C. Bjørkquist & M. J. Fineide (Red.), *Organisasjonsperspektiv på samordning av helse- og velferdstjenester* (s. 47–67). Cappelen Damm Akademisk. <https://doi.org/10.23865/noasp.66.ch2>
- Hansen, G. V. & Ramsdal, H. (2005). Om sirkelens kvadratur. Psykisk helsearbeid møter bestiller-utførerorganisasjonen. *Tidsskrift for psykisk helsearbeid*, 2(2), 134–148.
- Hansen, I. L. S., Tofteng, M. & Holst, L. S. (2021). *Et tjenesteområde i utvikling. Evaluering av opptrappingsplanen for rusfeltet* (Fafo-rapport 2021:17). <https://www.fafo.no/zoo-publikasjoner/item/et-tjenesteomrade-i-utvikling>
- Head, B. W. & Alford, J. (2015). Wicked problems: Implications for public policy and management. *Administration & Society*, 47(6), 711–739. <https://doi.org/10.1177/0095399713481601>
- Helsetilsynet. (2016). *Risikovurdering av tjenester til personer med samtidig ruslidelse og psykisk lidelse* (Rapport fra Helsetilsynet 3/2016).

- Hudson, B. (2004). Analysing network partnerships: Benson re-visited. *Public Management Review*, 6(1), 75–94. <https://doi.org/10.1080/14719030410001675740>
- Jacobsen, D. I. & Holtskog, K. H. S. (2013). Nærhetseffekten – kommunal service, kommunistørrelse og ny teknologi. *Tidsskrift for samfunnsforskning*, 54(4), 408–436.
- Jenssen, S. & Robertsen, Ø. K. (2015). Det kommunale handlingsrommet – bare for små kommuner? *Norsk statsvitenskapelig tidsskrift*, 31(4), 333–356. <https://doi.org/10.18261/ISSN1504-2936-2015-04-05>
- Karlsson, J. C. (2006). Bra och dålig flexibilitet – en litteraturöversikt. *Arbetsmarknad & arbetsliv*, 12(3), 135–146.
- Knudsen, H. (1993). Samarbeid på tvers av organisasjonsgrenser. I P. Repstad (Red.), *Dugnadsånd og forsvarsverker: Tverretatlig samarbeid i teori og praksis* (s. 12–69). Tano.
- Masvie, T. B. & Ytrehus, S. (2013). Psykisk helsearbeideres erfaringer med å jobbe i små kommuner i Nordland. *Nordisk tidsskrift for helseforskning*, 9(1), 19–34. <https://doi.org/10.7557/14.2561>
- Mintzberg, H. (1979). *The structuring of organizations*. Prentice-Hall.
- Monkerud, L. C. & Sørensen, R. J. (2010). Smått og godt? Kommunistørrelse, ressurser og tilfredshet med det kommunale tjenestetilbudet. *Norsk statsvitenskapelig tidsskrift*, 26(4), 265–295.
- Mouritzen, P. E. (1999). De små kommuner: De er ikk'så ringe endda? AKF.
- Nesheim, T., Gressgård, L. J., Hansen, K. & Neby, S. (2019). Gjenstridige problemer og tverretatlig samordning: Et analytisk rammeverk. *Norsk statsvitenskapelig tidsskrift*, 35(1), 28–50. <https://doi.org/10.18261/issn.1504-2936-2019-01-02>
- Oliver, C. (2013). Social workers as boundary spanners: Reframing our professional identity for interprofessional practice. *Social Work Education*, 32(6), 773–784. <https://doi.org/10.1080/02615479.2013.765401>
- Peters, B. G. (2018). The challenge of policy coordination. *Policy Design and Practice*, 1(1), 1–11.
- San Martin-Rodriguez, L., Beaulieu, M. D., D'Amour, D. & Ferrada-Videla, M. (2005). The determinants of successful collaboration: A review of theoretical and empirical studies. *Journal of Interprofessional Care*, 19(sup1), 132–147. <https://doi.org/10.1080/13561820500082677>
- Swanson, R. A. & Holton, E. F. (2005). *Research in organizations: Foundations and methods in inquiry*. Berrett-Koehler Publishers.
- Øvretveit, J. (1996). Five ways to describe a multidisciplinary team. *Journal of Interprofessional Care*, 10(2), 163–171. <https://doi.org/10.3109/13561829609034099>



## KAPITTEL 9

# Samordning av lokalbaserte tjenester: Når svake formelle samordningsstrukturer kompenseres av uformelle samordningsgrep

*Mona Jerndahl Fineide*

Fakultet for helse, velferd og organisasjon, Høgskolen i Østfold

*Therese Dwyer Løken*

Fakultet for helse, velferd og organisasjon, Høgskolen i Østfold

*Erna Haug*

Fakultet for helse, velferd og organisasjon, Høgskolen i Østfold

**Abstract:** By studying how primary care providers organize their services for people with concurrent substance abuse and mental health problems (dual diagnosis), this study aims to investigate formal and informal integration mechanisms. The study has an explorative approach based on interviews with people with dual diagnosis, managers, and front-line professionals in a Norwegian municipality of medium size. We found poor formal structures for internal coordination between services for mental health care and services for substance abuse, although they were organised in the same unit. Further, there were challenges in cooperation between this unit and the other healthcare units. Front-line professionals seemed to compensate for poor formal organisational structures with individual, informal coordination arrangements. Drawing on organisational theory, in particular the dilemmas of street-level bureaucrats and the role they play in policy implementation, this chapter discusses the importance and limitations of informal coordination measures for people with dual diagnosis.

**Keywords:** coordination, mental health, primary care services, street-level bureaucrat, substance abuse

Sitering av denne artikkelen: Fineide, M. J., Løken, T. D. & Haug, E. (2021). Samordning av lokalbaserte tjenester: Når svake formelle samordningsstrukturer kompenseres av uformelle samordningsgrep. I C. Bjørkquist & H. Ramsdal (Red.), *Stallig politikk og lokale utfordringer: Organisering av tjenester innen rus og psykisk helse* (Kap. 9, s. 175–194). Cappelen Damm Akademisk. <https://doi.org/10.23865/noasp.140.ch9>  
Lisens: CC-BY 4.0



## Innledning

Slik det er beskrevet innledningsvis i denne boken, har idealet om integrerte lokalbaserte tjenester vært en politisk styringsambisjon gjennom flere år. Men, slik kapittel fire i denne boken redegjør for, angir reformer, lover og retningslinjer få signaler med tanke på hvordan den enkelte kommune skal organisere for å sikre reelle og integrerte tjenester til innbyggere som har behov for det. Kommunene har stor frihet i valg av organisatoriske løsninger, og valgene vil være basert på lokale forhold og fortolkninger av styringsambisjonen (Rønhovde, 2016, s. 80). Gjennom å reise spørsmålet «hvordan har kommunen organisert sine tjenester for å skape samordning?» har dette kapitlet til hensikt å belyse hvordan tjenester for innbyggere med ROP-lidelser utøves lokalt.

ROP-retningslinjen vektlegger at tjenester til personer med ROP-lidelser skal foregå integrert og samtidig (Helsedirektoratet, 2012) – i motsetning til parallelle og/eller sekvensielle tjenester, som hevdes å være lite egnet (Mueser et al., 2006). Med parallelle tjenestetilbud menes at en tjenestemottaker mottar tjenester fra flere organisatoriske enheter samtidig, uten at disse blir sett i sammenheng. Med sekvensielle tjenestetilbud menes at brukerne mottar én tjeneste av gangen. ROP-feltet er komplekst, med motstridende funn i studier av «hva som virker» (Christiansen & Fodstad, 2014). Det eksisterer en rekke ordninger i repertoaret av samordningsstrategier i en stadig mer spesialisert og kompleks tjeneste (Andersson et al., 2011). Kapitlet vil derfor belyse kommunens ulike virkemidler for samordning og koordinering. Her vil vi løfte frem både formelle og uformelle samordningsstrategier og tiltak som skal bidra til å skape helhet og sammenheng for den enkelte bruker. Om tjenester skal organiseres som integrerte, parallelle og/eller sekvensielle er avhengig av hva som er det beste for bruker (Bjørkquist & Fineide, 2019).

## Organisasjonsteoretisk innretning

Samordning kan beskrives som kontinuerlige prosesser der de ulike delene eller elementene er knyttet sammen, prioritert og tilpasset hverandre. Samordning kan organiseres på ulike måter (Bjørkquist & Fineide, 2019; Goodwin et al., 2013). Selv om kommunene forholder seg til de

samme politiske ambisjonene om integrerte og lokalbaserte tjenester, vil samordningsstrategiene variere. I et instrumentelt perspektiv kan kommunene ses på som redskap for å sette dette idealet ut i live. Institusjonelle organisasjonsperspektiver peker derimot på at rasjonelle, instrumentelle grep for å skape koordinering ikke nødvendigvis lar seg realisere hvis de bryter mot innarbeidede forståelser og praksiser (Andreassen, 2019). De institusjonelle perspektiver åpner nettopp her opp for at organisasjonene har egne institusjonelle regler, verdier og normer som gjør at de ikke uten videre tilpasser seg de de nye styringsambisjonene (Christensen et al., 2015).

Formelle organisasjoner er institusjonaliserte organisasjoner som utvikler uformelle normer og verdier (Eriksson-Zetterquist et al., 2005). Menneskebeholdende organisasjoner, som helse- og velferdstjenestene, kan regnes som arketypiske eksempler på slike institusjonaliserte organisasjoner. I begrepet menneskebeholdende organisasjon ligger å utføre arbeid som direkte bearbeider og forandrer menneskers status, helse eller livsbetingelser (Hasenfeld, 1992; Vabø & Vabo, 2014). Dette er organisasjoner som er bundet til å forholde seg til ulike verdsett – som krav om effektivitet, byråkratisk grundighet, innsyn og kontroll. Samtidig skal de forholde seg til forventninger om å fungere fleksibelt nok til å kunne håndtere menneskelige problemer som er innfløkte og moralsk krevende (Vabø & Vabo, 2014). Profesjonsutøvere i menneskebeholdende organisasjoner står ovenfor såkalte *wicked problems* (Rittel & Webber, 1973; Vabø & Vabo, 2014), som beskrevet i kapittel 5 i denne antologien. Når vi nå skal belyse hvordan tjenester for innbyggere med ROP-lidelser utøves lokalt, er det naturlig å rette blikket nettopp mot profesjoner og profesjonelt arbeid. Lipsky (2010) omtaler profesjonene som statens forlengede arm; de er både døråpnere og portvakter, de møter tjenestemottakerne ansikt til ansikt og de står i situasjoner som krever umiddelbar handling. De er «bakkebyråkrater» og utøver stor grad av skjønn for å kunne tilpasse tjenestene til brukeren. Dette kan utfordre bakkebyråkratene ved at de kan komme i en skvis mellom «systemet» og innbyggenes behov. Dette er i tråd med Hasenfelds (1992) beskrivelser av trekk ved menneskebeholdende organisasjoner. Denne skvisen kan medføre at bakkebyråkratene utvikler mestringsstrategier som verken overensstemmer med

brukernes behov, de faglige idealene eller politikernes ønsker (Lipsky, 2010; Zacka, 2017). Sistnevnte omtaler disse mestringsstrategiene som *the indifferent*, *the enforcer* og *the caregiver* (fritt oversatt som «den likegyldige», «håndheveren» og «forsørgeren»). Disse moralske disposisjoner omtaler Zacka som patologiske responser på organisatorisk press som til syvende og sist vil påvirke bakkebyråkratenes skjønnsutøvelse (Zacka, 2017).

Bakkebyråkratene i de lokaliserte tjenestene befinner seg nederst i tjenestelinjen der man ikke kan desentralisere ansvaret. Bjørkquist og Ramsdal (2021) betegner en slik posisjon som «strukturell fraskrivelse av ansvar», ettersom pasienter med alvorlige psykiske diagnoser ofte blir skrevet ut fra spesialisttjenester til lokalbaserte tjenester som mangler nødvendige ressurser. Videre improviserer bakkebyråkratene ved å inkludere tiltak som finnes i lokalsamfunnet og til og med i deres private liv, noe som gjør arbeidet deres stressende. Dette betegner de som «personlig oversvømmelse av ansvar». De argumenterer således for at den moralske disposisjonen til profesjonelle i frontlinjen (Zacka, 2017) bør utvides til å omfatte mestringsstrategien «personlig ansvarsoversvømmelse» (Bjørkquist & Ramsdal, 2021).

## Metode

Det empiriske grunnlaget i kapitlet bygger på analyser av data fra en middels stor kommune på omlag 30000 innbyggere (heretter kalt Kommunen). Datainnsamlingen foregikk i perioden 2018–2020. Kommunale styringsdokumenter som planer, budsjettdokumenter og rapporter gir et bilde av status og prioriteringer. Den administrative organisasjonsstrukturen med beskrivelse av ansvars- og arbeidsdelingen gir en indikasjon på formelle samordningsstrukturer internt i virksomhet for psykisk helse og rustjenester og mellom denne virksomheten og de andre kommunale virksomhetene som helsetjenestene og NAV. Vi har også samlet inn data på ulike tiltak og uformelle grep som blir tatt for å sikre horisontal samordning.

Det ble gjennomført ti individuelle intervjuer; fem intervjuer med tjenestemottakere og fem intervjuer med ansatte (se også kapittel 2

(Bjørkquist & Ramsdal) i denne boken). Alle de fem tjenestemottakere har eller hadde hatt omfattende bruk av legale og illegale rusmidler, og i perioder også dårlig psykisk helse, fysiske og medisinske utfordringer. Flere av informantene hadde lang erfaring fra arbeidslivet. De ansatte jobbet i virksomhet for psykisk helse- og rustjenester og koordinerende enhet (KE). Med unntak av en leder hadde alle en bruker-rettet stilling som profesjonsutøvere. Vi anvender i tillegg data fra ett fokusgruppeintervju med ansatte samt fra to intervjuer med ledere i virksomhet for psykisk helse- og rustjenester.

Det ble tatt lydopptak av alle intervjuene som så ble transkribert. I analysen startet vi med en felles gjennomgang av ett intervju før vi fordelte de resterende oss imellom for sortering og bearbeiding. Vi hadde da fått en felles forståelse av koding av materialet, og hadde jevnlig møter for å diskutere funn og identifisere temaer som fremkom. Vi hadde med oss en organisasjonsteoretisk forståelse ut fra institusjonelle perspektiver, og analysene kan således karakteriseres som en kombinasjon av induktive og deduktive tilnæringer. Oppsummert går denne studien i dybden, med en kombinasjon av deskriptivt og eksplorativt design (Jacobsen, 2005; Miles & Huberman, 1994; Yin, 2003).

## **Kommunens organisering av tjenester og tilrettelegging for samordning**

Denne delen av kapitlet starter med å gi en beskrivelse av hvordan kommunens virksomhet knyttet til rus og psykisk helse er organisert i henhold til organisasjonskartet med ansvars- og oppgavefordelingen og andre strukturelle forhold som kan knyttes til den interne samordningen. Deretter presenterer vi samordningstiltak som ikke i samme grad er formalisert.

I kommuneplanens samfunnsdel beskrives psykiske plager og rusproblematikk som en av de største helseutfordringene (Kommunen, 2018, s. 35). Rus og psykisk helse er organisert som en egen virksomhet i kommunalavdeling helse og omsorg. I samme kommunalavdeling ligger også andre virksomheter – som helsehuset, sykehjem og hjemmesykepleie. Etter diskusjon i forbindelse med en nylig omorganiseringsprosess ble

resultatet at psykisk helse og rus fortsatt skulle være en egen virksomhet, og ikke organisert sammen med de øvrige helsetjenester: «Så vi følte at vi var et lite sånt vedheng som ikke passet inn, og som ikke ville bli hørt i den massen av somatikk som vi skulle være en del av» (L5).

Det trekkes frem av de ansatte at virksomheten er relativt liten, og at det er et komplekst fagfelt. Det å stå som en egen virksomhet muliggjorde at fagfeltet ble synlig i den nye kommunalavdelingen.

## Samordning internt i virksomhet for psykisk helse- og rustjenester og koordinerende enhet (KE)

Psykisk helse og rustjenester ledes i dag av virksomhetsleder som rapporterer til kommunalsjefen. I virksomheten er det tre avdelinger som består av avdelingene psykisk helse, rustjenester og døgnbemannet bolig. Hver avdeling ledes av avdelingsleder som rapporterer til virksomhetsleder.

Avdeling psykisk helse inneholder psykisk helseteam og aktivitetssenter for innbyggere med rus og psykisk helse-problemer. Avdelingen er bemannet med seks sykepleiere med videreutdanning i psykisk helsearbeid som arbeider på dagtid. Avdeling for rustjenester består av feltteamet som arbeider i turnus og har en bemanning på omkring ni årsverk med både helse- og sosialfaglig utdanning. Rusteamet, med rundt fem årsverk, arbeider på dagtid og er bemannet med sosialfaglige ansatte. Her er også helsestasjon for rusavhengige. Den tredje avdelingen er oppfølgingsbolig psykisk helse, som er døgnbemannet med helse- og sosialfaglige ansatte. De fleste tjenestene i virksomheten er samlokalisert i ett bygg i sentrum av byen. Informantene trekker frem at dette var en god løsning med hensyn til tilgjengelighet for tjenestemottakerne og samarbeidsmuligheter for de ansatte.

Det må søkes skriftlig på alle tjenester, også om det søkes om plass på kommunens aktivitetssenter. Det er etablert ansvarsgrupper for de brukerne som har individuell plan (IP), og samarbeidsmøter for de som ikke har IP. Koordinerende enhet (KE) har det overordnede ansvaret for koordinering av tjenester i kommunene, mens tjenester rettet mot enkeltbrukere ligger til den enkelte virksomhet. KE har et eget kartleggingsteam som gjennomfører en tverrfaglig kartlegging hvor en representant fra

kartleggingsteamet, en fra den aktuelle virksomheten og den som søker tjenester møtes. Deretter blir det fattet vedtak i KE på tildeling av eksempelvis hjemmesykepleie, hjemmehjelp, støttekontakt eller kommunal bolig. KE har vedtaksmyndighet for alle tjenestene i kommunalavdeling helse og omsorg, med unntak av virksomhet for psykisk helse og rustjenester, som fatter egne vedtak. Denne organiseringen av tjenestetildeling kan illustrere at ansatte i virksomhet for psykisk helse og rus mente at de selv var best egnet til å fatte egne vedtak fordi det var de som hadde kompetanse rundt den enkelte bruker.

Det synes ikke å være særlig grad av formalisert samarbeid mellom avdelingene i virksomhet for psykisk helse og rustjenester og det synes heller ikke å være en felles samarbeidsordning om ressurser; snarere er ressursene i form av lønns- og driftsmidler fordelt på avdelingsnivå. I praksis betyr dette at tjenestemottakere med dominans av rusproblem får tjenester fra avdeling rustjenester, og tjenestemottakere med dominans av psykisk helseproblemer får tjenester fra avdeling psykisk helse. En av tjenestemottakerne opplevde at han måtte velge: «Jeg fikk ikke både psykiatrisk sykepleier og rusteam. Da måtte jeg velge, og valgte rusteam» (M1).

I hovedsak forsøkes det å ha kun en avdeling inne rundt hver bruker, men i enkelte tilfeller – og da særlig i komplekse saker – mobiliseres begge avdelingene: «Så det handler om at begge kompetansene trengs og man må være to og da kan det likeså godt være en fra hvert team» (L7).

Utsagnet med «begge kompetansene» kan forstås ut fra at de ansatte i avdeling psykisk helse har sykepleiefaglig kompetanse, og de ansatte i avdeling rustjenester har en kombinasjon av helse- og sosialfaglig kompetanse. Det er de ansatte selv som sørger for å samarbeide der de ser at brukeren har behov for begge kompetanseområdene.

## Samordning med hjemmesykepleie, fastlegene og NAV

Samordningen mellom virksomhet rus og psykisk helsetjeneste og hjemmesykepleien beskrives av de ansatte som utfordrende. I en tilsynsrapport fra Fylkesmannen i 2019 kommer det frem at det finnes en prosedyre for

hvordan utveksling av informasjon skal formidles raskt mellom psykisk helse og rus og hjemmesykepleie. Prosedyren er kjent, men følges ikke av alle (Fylkesmannen, 2019). Tilsynsrapporten beskriver at ansatte i hjemmesykepleien opplever at de kjenner for lite til status på enkeltpersoner med rusmiddelproblem og psykisk lidelse som de yter tjenester til, og at de har generelt lite kunnskap om brukergruppen. De er ukjente med om det foreligger en plan for krisehåndtering og handlingsstrategier ved plutselig forverring i sykdomsforløp (Fylkesmannen, 2019). Ifølge intervjuene med de ansatte har hjemmesykepleien manglende tidsressurser. De ansatte fra hjemmesykepleien blir ofte invitert inn i ansvarsgrupper som er ledet av virksomhet psykisk helse og rus: «Men de har en mye mer presset arbeidshverdag enn det vi har, så det er vanskelig for dem å møte» (L5).

Det har vært en diskusjon med hjemmesykepleien om manglende tilgang til virksomhetens journaler, noe som også ble påpekt av Fylkesmannen i tilsynsrapporten. Dette ble løst ved at ansvarshavende sykepleier i hjemmesykepleien fikk tilgang. Ansvarshavende må da sørge for å distribuere informasjon til de ansatte som skal hjem til brukeren.

Kommuneoverlegen er bindeleddet mellom kommunen og fastlegene, men det er ikke etablert strukturert eller overordnet samarbeid mellom legene og virksomheten som yter tjenester til denne gruppen utover samordning rundt den enkelte (Fylkesmannen, 2019). Det synes også å være lite samordning mellom legevakten og virksomhet psykisk helse og rus. De ansatte forteller at det er vanskelig å fange opp de brukerne som trenger hjelp. Hendelser der en tjenestemottaker har hatt behov for legevakten på kveldstid blir ikke fanget opp av virksomheten fordi den ikke blir videre-sendt: «for der kommer de som kanskje er mye ut og inn, men ikke har ... Ikke klarer å følge opp eller søke sjøl» (sosionom, fokusgruppeintervjuet).

Det er heller ikke etablert felles journalføring mellom legevakten og virksomheten, noe som gir små muligheter til fange opp det som har skjedd, med mindre den enkelte selv henvender seg til virksomheten og søker om tjenester.

Virksomhet psykisk helse og rus kan disponere to senger i kommunale akutte døgnenheter (KAD), men synes å være lite involvert i bruken av disse plassene. Om brukere har akutt behov for hjelp, blir de oppfordret til å kontakte fastlegen eller legevakten.

Det finnes en skriftlig rutine for samarbeidet mellom virksomheten og NAV, og det er avtalt at det skal gjennomføres samarbeidsmøter to ganger i året. De ansatte forteller at det ofte handler om tildeling av kommunal bolig, noe de gir uttrykk for er en stadig utfordring.

## Samordning med spesialisthelsetjenesten

Oppsøkende rusteam (ORT) ble startet opp som et fire års samarbeidsprosjekt mellom rustjenesten i kommunen og sosialmedisinsk poliklinikk (SMP) ved sykehuset. På det tidspunktet intervjuene ble gjennomført, ble ORT driftet som et samordningstiltak mellom kommunen og spesialisthelsetjenesten. Hensikten var – og er fortsatt – å gi pasienter med ROP-lidelse et helhetlig tilbud i tråd med anbefalinger i ROP-retningslinjen (Helsedirektoratet, 2012). Teamet har fire halve stillinger; to fra kommunen og to fra spesialisthelsetjenesten. Dette er et tilbud til de sykeste pasientene, som får tjenester fra teamet i en avgrenset periode. Det gjennomføres her først og fremst dybdekartlegging og ikke oppfølging av tjenestemottakere. Kartleggingen legger grunnlag for videre oppfølging fra ordinært tjenestetilbud.

Kommunens mulighet til intern samordning settes på prøve når pasienter skrives ut fra sengepost i spesialisthelsetjenesten. Virksomhetsleder forteller at for noen år siden var det vanlig at de ble kontaktet for samarbeidsmøter i god tid før utskrivning: «Nå går alt på E-Link og det er gjerne dagen før, eller to dager før. Pasienten skal skrives ut på torsdag, kan dere komme i morgen» (leder, intervju). Dette har kommunene sjelden mulighet til, forteller hun. De får også sjelden epikrise. Men de må snu seg raskt rundt og samarbeide om å etablere et tilbud.

Oppsummert viser kommunens styringsdokumenter og intervjuer med ansatte og brukere en indikasjon på at kommunen organisatorisk sett i liten grad har innrettet sine tjenester i tråd med den politiske styringsambisjonen om integrerte lokalbaserte tjenester. Selv om avdeling for psykisk helse og avdeling for rus er i samme virksomhet, synes det ikke å være formalisert samarbeid mellom avdelingene. Det er fravær av formalisert samordning og mangel på felles dokumentasjonssystemer mellom virksomheten og helsetjenestene og NAV. Manglende samordning



internt i virksomheten og mellom virksomhetene kan indikere at tjenestemottakerne må forholde seg til både parallelle og sekvensielle tjenester. Ett unntak er ORT, som er etablert i tråd med ROP-retningslinjen fra 2012. Vi skal nå se nærmere på koordinatorfunksjonene og aktivitetssenteret som uformelle samordningsmekanismer.

## Den betydningsfulle koordinatorrollen

Intervjuene med de ansatte i kommunen viser at hver enkelt ansatt i tillegg til sine ordinære oppgaver også har en mer eller mindre uformell koordinatorrolle. Vi omtaler denne funksjonen som koordinator her, fordi vedkommende koordinerer tjenestene overfor tjenestemottaker og skal sørge for horisontal samordning mellom de lokalbaserte tjenestene, men også vertikal samordning mellom tjenestenivåene. Ordningen bærer preg av å være formell og i tråd med forskrift om habilitering og rehabilitering, individuell plan og koordinator (2011). Ut fra vårt datamateriale har vi ikke grunnlag for å skille mellom koordinator som formell posisjon (for eksempel en ansatt som er oppnevnt i forbindelse med etablering av ansvarsgruppe og IP), eller om det er en ansatt som er utpekt av leder som kontaktperson for en bruker. Sistnevnte bærer preg av en uformell posisjon. Betegnelser som kontaktpersoner, kontakter og koordinator brukes nettopp både av de ansatte og tjenestemottakerne, og ofte er vedkommende omtalt med fornavn. Tjenestemottakerne kan omtale koordinatoren sammen med omtale av «teamet mitt» eller «de andre» i den forstand at alt ikke står og faller på den ene koordinatoren. Koordinatoren kan være en ansatt i virksomhet psykisk helse og rus, eller det kan være en fastlege som utgjør et sentralt bindeledd mellom de ulike tjenestene. Men, slik brukerne formidler, kan denne funksjonen også utøves av en ansatt i spesialisthelsetjenesten.

Det fremkommer av intervjuene at disse kontaktene ofte er langvarige og stabile kontakter som gir kontinuitet og sørger for opplevelsen av helhet og sammenheng, nærmest som et «nav» for tjenestemottakeren. Inspirert av Zackas (2017) moralske disposisjoner hos bakkebyråkratene, fritt oversatt som «den likegyldige», «håndheveren» og «forsørgeren», samt Bjørkquist og Ramsdals (2021) beskrivelse av «personlig ansvarsoversvømmelse», vil

vi nedenfor presentere de mest sentrale funksjonene koordinator beskrives å inneha. Disse rollebeskrivelsene omtaler vi her som «døråpneren», «tilretteleggeren» og «fallskjermen», slik disse fremkommer i vårt data-materiale.

## «Døråpneren»

Døråpneren kjenner til den organisatoriske konteksten og de øvrige tjenestene og sørger for kontakt og/eller henvisning til andre tjenesteytere og virksomheter. De deltar på møter og samtaler sammen med brukeren og taler tjenestemottakernes sak når de selv ikke klarer dette. Døråpneren kan eksempelvis være fastlegen:

Ja, har hatt henne noen år. Og hun er bra, for hun kjenner jeg, hun vet akkurat hvordan det fungerer med rutiner og hele pakka, og hun hører på meg når jeg snakker. Og hun vet at når jeg sier at det er på en måte, så er det sånn. (K2)

Døråpneren kan også være en av de ansatte i psykisk helse og rus om har gode personlige relasjoner til samarbeidspartnere som ansatte i NAV og som sørger for direkte kontakt til vedkommende. Men døråpneren kan også være en ansatt i Sosialmedisinsk poliklinikk (SMP) som har kjennskap til og henviser videre til rette navngitte behandlere innenfor spesialisthelsetjenesten.

Det kan også være vanskeligheter med å fylle «døråpnerfunksjonen». Koordinatorne i virksomhet psykisk helse og rus drar ofte sammen med tjenestemottakerne til fastlegen. Situasjoner der det er behov for akutt bistand fra fastlegen kan imidlertid være tidskrevende:

Så skal du sitte halve formiddagen i telefon, og så kanskje er du heldig og får en akutt-time, så skal du klare å få pasienten akkurat til det tidspunktet, og så må du sitte å vente i tillegg med en pasient som er dårlig. Da er klokka to, ikke sant, da har du holdt på hele dagen. Og så kan du risikere at pasienten bare reiser seg og går fra det legekantoret. (Sosionom, fokusgruppeintervjuet)

Det var i dette tilfellet den ansatte som sørget for akutt-time og som reiste til legen sammen med den syke tjenestemottakeren. Informanten formidlet videre at hun skulle forholde seg til flere tjenestemottakere som hadde

ulike behov gjennom denne arbeidsdagen, og hun ga uttrykk for at det var krevende å stå i en slik situasjon. Her illustreres hvordan koordinatorene forsøker å dekke gapet mellom stor arbeidsmengde, knappe ressurser og uttalte behov hos tjenestemottakerne.

### «Tilretteleggeren»

Tilretteleggeren sørger for organisering av ansvarsgruppemøter og samarbeidsmøter med de nødvendige aktørene. Her er det en rekke ulike aktiviteter og arrangementer som skal planlegges, gjennomføres og følges opp av tilretteleggeren. Det kan være både sporadiske ad hoc-møter og planlagte møter. En av tjenestemottakerne forteller at hun har faste ukentlige møter med ansatte fra psykisk helse og rus og i tillegg ansvarsgruppemøter: «og så hver fjerde uke har ansvarsgruppemøte med alle sammen, med både hjemmesykepleie, ambulerende team og ...» (K3).

Som tidligere nevnt betegnes møter som ansvarsgrupper for de tjenestemottakerne som har IP og samarbeidsmøter for de som ikke har IP. Betegnelsen ansvarsgruppemøte kan således tyde på at brukeren har en individuell plan, og hun forteller at en slik ble laget en gang. Men hun er usikker på om den er gjort ferdig, og synes ikke å være særlig opptatt av å ha en slik plan.

Tilretteleggeren kan også være fastlegen. En av tjenestemottakerne forteller at fastlegen arrangerer at hun får møte både fastlegen og psykiateren samtidig, og at det da blir et godt samarbeid om alt fra medisinerer til annen form for behandling. Her har fastlegen organisert arbeidstiden sin med en fast dag i uken som brukes til å delta på samarbeidsmøter med NAV og andre sammen med pasienten. En annen tjenestemottaker vektlegger fastlegens tilretteleggende rolle gjennom organisering av møter med store deler av behandlingsapparatet og at hen er opptatt av å finne alternative løsninger.

Det er mye praktisk som tjenestemottakerne skal forholde seg til for å få tjenester fra NAV. Her trekker både ansatte og tjenestemottakere frem betydningen av å tilrettelegge for bistand og hjelp til søknader og annet. Dette er det ofte koordinatoren i psykisk helse- og rusteamet som utfører.

En av tjenestemottakerne omtaler koordinator ved rustjenesten sammen med «teamet mitt»:

For bedre team skal du lete lenge etter. Nå har jeg ruskonsulenten her, jeg har psykiatritjenesten – ja, det er jo kommunen – og så har jeg en behandler på SMP. Og så resten av teamet, det er liksom fastlegen min og saksbehandleren min i NAV, som er helt fantastisk, og vergen min. (K3)

Hun forteller videre at ruskonsulenten skulle tilrettelegge et møte med psykisk helsetjeneste neste uke, men så ringte SMP henne og ville ha et møte på onsdag. Så var det fastlegen som sa at han skulle sette opp time på tirsdag. Selv om brukeren forholdt seg til mange aktører ble ikke dette problematisert, og hun uttrykker at «de hjelper med hjertet her».

## «Fallskjermen»

Fallskjermen er tilgjengelig, enkelte også utenom arbeidstid, og *tar imot* når brukeren ikke mestrer livet.

Men uansett så er de der og støtter meg og bryr seg. Om det skulle vært kvelden når de var ferdige på jobb, noen av dem i hvert fall. Eller om det ... Ja, når som helst på døgnet, egentlig. (K3)

Sitatet over viser at noen av de ansatte er tilgjengelig utenfor arbeidstid. Det kan tyde på at de ansatte som inntar rollen som fallskjerm kan ha en sterk opplevelse av forpliktelse overfor brukerne. Vi har tidligere vist til at kommunen ikke har en døgnkontinuerlig tjeneste, men at avdeling for rustjenester har et feltteam som arbeider i turnus. At ansatte bruker egen fritid til å møte hensynet til det særegne og spesielle i brukernes situasjon kan gjøre arbeidet deres svært belastende.

En tjenestemottaker forteller at hun har en svært tilgjengelig fastlege, men her innenfor kontortid:

Og jeg kan i prinsippet komme opp og si: «Jeg *må* prate med [fornavn legen]. Nå! For nå er det ikke greit.» Da kan hun fort be en pasient vente ti minutter, så tar hun meg inn. [...] Og skulle det bli så det faller, så jeg kjenner at jeg trenger psykolog, da sier jeg bare til fastlegen: «Nå må du henvise meg.» (K2)

En annen tjenestemottaker forteller at hvis det tar en halvtime hos legen, så blir det en halvtime. Han ringer eller sender melding, så han kommer inn raskest mulig.

Vi ser her at de tre rollene som er fremkommet av datamaterialet er delvis overlappende med de moralske disposisjoner hos bakkebyråkrattene, særlig rollene som «håndheveren», «forsørgeren» og «personlig ansvarsoversvømmelse» (Bjørkquist & Ramsdal, 2021; Zacka, 2017). Vi diskuterer de moralske disposisjoner i slutten av kapitlet. I denne siste del av analysen vil vi ta for oss betydningen av sosiale møteplasser som uformell samhandlingsarena.

## Aktivitetssenteret som sosial møteplass og samhandlingsarena

Aktivitetssenteret har omkring tre årsverk og er åpent alle – hverdager på dagtid, og en dag i uken også på kveldstid. Det stilles krav om søknad for å få plass, og det fattes vedtak for seks måneder av gangen. Vedtaket spesifiserer hvilke aktiviteter som tildeles og hvilke dager man kan møte. Tidligere var dette senteret kun for de tjenestemottakerne som benyttet tjenester fra avdeling psykisk helse. Avdeling for rustjenester hadde samtidig startet opp «prosjekt helsestasjon og lavterskeltilbud til rusavhengige». Tiltaket var finansiert av prosjektmidler fra Fylkesmannen og ble prøvd ut ett år. Det var mindre vellykket, og det ble gjennomført en brukerundersøkelse der det viste seg at 95 prosent av brukerne ønsket seg et rusfritt tilbud. Helsestasjonen for rusavhengige ble videreført, men lavterskeltilbudet ble nedlagt og midlene lagt inn i aktivitetssenteret. Da dette ble rapportert til Fylkesmannen fikk de tilbakemelding på at dette var i tråd med intensjonen om nedbygging av særordninger for de enkelte gruppene.

I forbindelse med en nylig omorganisering var det planlagt at aktivitetssenteret skulle trekkes ut av virksomhet for psykisk helse- og rustjenester og organiseres inn i en ny virksomhet sammen med de andre kommunale aktivitetstilbudene. De ansatte argumenterte for at aktivitetssenteret var knyttet tett opp til utfordringer for personer med ROP lidelser:

Det går dårlige folk der som man trenger kompetanse for å se at «nå er det var-selsymptomer, nå blir han dårligere, snart må han legges inn ...», så da fikk vi beholde aktivitetssenteret i vår virksomhet. (L5)

Nå er aktivitetssenteret tilgjengelig for alle brukere i virksomheten, og det er organisert ut fra avdeling for psykisk helse. Aktivitetssenteret gir virksomheten et spillerom når henvendelsene hoper seg opp:

For selv om det er venteliste på en til en samtaler i psykisk helseteam eller på kursene som holdes her, så har man muligheter til å begynne på aktivitetssente-ret, og der er det ikke ventetid. (L7)

Den ansatte forteller videre at dette er en god ordning med tanke på inte-grering av psykisk helse og rus. Tjenestemottakerne løfter opp betydning av aktivitetssenteret som en uformell sosial arena der de kan møte andre tjenestemottakere og ansatte. For noen tjenestemottakere er det også et sted for møter med «sin» koordinator. På den måten kan også de ansatte her utøve de koordinatorfunksjoner vi har omtalt som døråpnere, tilret-teleggere og fallskjerm.

Som nevnt møter brukerne i ulike aktivitetsgrupper på bestemte dager og dette er beskrevet i vedtak. Men det er allikevel en fleksibilitet i tilbu-det:

Jeg kan komme hit på onsdag ettermiddag når det er åpent for alle. De andre dagene har vi ulike grupper, så du blir tildelt grupper. Og jeg er jo i kjøkken-gruppen tirsdag og fredag. Men det er jo aldri noen som skulle si noe om jeg kommer inn på en mandag og bare tar en kaffe. (K2)

En tjenestemottaker forteller at det er mange som ønsker å komme inn på senteret. Noen blir værende der, og andre er bare innom før de går videre. Hun ser på senteret som en form for ettervern:

... de som ikke har noen familie rundt seg, som for eksempel har vært lagt inn på DPS eller sånt. Så virker det jo som om det er så lite ettervern når de blir skrevet ut. Og det samme tenker jeg at det er jo også i forhold til folk som har rusa seg, å ha en mellomstasjon. Og det tror jeg egentlig senteret her gjør veldig bra. (K1)

En annen tjenestemottaker forteller at han er så fornøyd med senteret fordi han er med i kjøkkengruppen der han kan lage mat og diskutere

med andre. Og hvis det er noe han sliter med, «så kan jeg ventilere, lufte og blåse ut, i stedet for at ... eller gå på trimgruppa i tillegg for å få ut litt» (M2). Sitatet illustrerer at brukeren opplever å bli møtt på sine egne premisser i trygge rammer som gir rom for både aktivitet og sosial kontakt.

Oppsummert indikerer denne del av analysen at de uformelle samordningsmekanismene, som koordinatorfunksjoner og aktivitetssenteret, gjør at spørsmål rundt hvorvidt tjenestene er parallelle eller sekvensielle er av mindre betydning. Det er den enkelte profesjonsutøver i sine koordinatorfunksjoner som «døråpner», «tilrettelegger» og «fallsjerm», som sørger for integrasjon av tjenestene. Det kan således tyde på at enkelte brukere opplever at det er integrerte lokalbaserte tjenester selv om tjenestene er parallelle og/eller sekvensielle.

## Drøfting

Vi reiste spørsmålet «hvordan har kommunen organisert sine tjenester for å skape samordning»? Funnene indikerer at kommunen – med unntak av oppsøkende rusteam (ORT) – i liten grad har tilrettelagt for å etablere formelle samordningsstrukturer mellom de lokalbaserte tjenestene for personer med ROP-lidelser. ORT var en satsing på etablering av en ny samarbeidskonstellasjon mellom kommunen og sykehuset i tråd med ROP-retningslinjen fra 2012. Her er det en tydelig kobling mellom mål om integrerte lokalbaserte tjenester og middel; det vil si det ble utviklet en ny praksis gjennom måten ORT ble organisert på. Selv om dette er et tiltak som kan bidra til vertikal samordning mellom nivåene, ser det ikke ut til å påvirke den horisontale samordningen nevneverdig.

Innledningsvis viste vi til at det er klare styringsambisjoner om integrerte lokalbaserte tjenester, og at kommunene har stor frihetsgrad i valg av organisatoriske løsninger. Det er dermed ikke gitt at styringsambisjonene innfris, og det kan være vanskelig for organisasjonene å rette seg inn mot krav om etablering av nye formelle samordningsstrukturer. Der som styringsambisjonene bryter med allerede innarbeidede forståelser og praksiser vil det være en utfordring for organisasjonene helt uten videre å tilpasse seg de stadig nye kravene (Andreassen, 2019; Christensen et al.,

2015). Vi skal nå diskutere betydningen av – og begrensningene med – de «dagligdagse» og uformelle samordningsgrepene som i all hovedsak utføres av bakkebyråkratene.

## Når styringsambisjonen møter etablerte praksiser

De «dagligdagse» uformelle samordningsgrepene gir et bilde av en innarbeidet forståelse og praksis (Eriksson-Zetterquist et al., 2005). Denne praksis kan synes å bidra til delvis å kompensere for styringsambisjonens krav om etablering av formelle samordningsstrukturer som i utgangspunktet skal sikre integrerte lokalbaserte tjenester. Her kan organisatorisk fragmentering kompenseres eller «mykes» opp gjennom uformelle samordningstiltak, slik at tjenestemottakeren kan oppleve helhet og sammenheng i de lokalbaserte tjenestene. De dagligdagse samordningsgrep vil således ha stor betydning for tjenestemottakeren.

Men, slik analysen viser, er det strukturelle utfordringer rundt eksempelvis organisering av informasjonsdeling mellom virksomhet psykisk helse og rus og hjemmesykepleien. Og her, som på andre sårbare tjenesteområder, kan utstrakt bruk av uformelle arrangementer stå i fare for å skyggelegge strukturelle samordningsutfordringer. En skyggelegging i denne sammenheng kan innebære at samordningsutfordringer som oppstår på grunn av organisatorisk fragmentering ikke så lett kommer til syne. Utstrakt bruk av uformelle arrangementer kan således begrense organisasjonens mulighet til å identifisere behovet for å etablere formelle samordningsstrukturer som skal sikre integrerte tjenester. Vi vil derfor rette oppmerksomheten mot den rollen bakkebyråkratene kan spille.

## Bakkebyråkratenes roller og mestringsstrategier

Bakkebyråkratene i de menneskebehandlende organisasjoner spiller en vesentlig rolle for at brukeren skal oppleve helhetlige tjenester og utøver stor grad av skjønn for å kunne tilpasse tjenestene til den enkelte brukers behov (Lipsky, 2010). Som vi tidligere har vært inne på, er arbeidshverdagen preget av mange ulike hensyn og motstridende interesser, og det kan



oppstå problemer ved at bakkebyråkraten kan havne i en skvis mellom «systemet» og brukerens behov (Hasenfeld, 1992; Lipsky, 2010). «Systemet» kan assosieres med de strukturer og vilkår som bakkebyråkraten omgis med, eksempelvis standarder som regulerer arbeidsutførelsen, krav til effektivisering, prosedyrer for samhandling mellom enhetene og obligatorisk bruk av felles kommunikasjonssystemer. Det kan også være fravær av formelle samordningsstrukturer, samarbeidsavtaler, rutiner og prosedyrer i «systemet», slik vi har sett i vår analyse. Og her vil det forventes at bakkebyråkraten skal dekke slike mangler for å klare å håndtere krevende og innfløkte menneskelige problemer (Lipsky, 2010; Vabø & Vabo, 2014). Bakkebyråkratene innfrir nettopp disse forventningene gjennom bruk av uformelle, dagligdagse samordningsgrep for å få til gode løsninger for tjenestemottakeren. Disse uformelle arrangementene er en naturlig del av profesjonsutøvelsen, men det kan være krevende. Vi har sett at profesjonsutøveren inntar ulike roller både innenfor arbeidstiden og på egen fritid, noe som kan gjøre arbeidet svært belastende. Til syvende og sist kan bakkebyråkratene som utsettes for organisatorisk press utvikle mestringsstrategier som verken overensstemmer med brukernes behov, de faglige idealene eller politikernes ønsker (Bjørkquist & Ramsdal, 2021; Lipsky, 2010; Zacka, 2017).

## Avslutning

Vi har i dette kapitlet vist til at uformelle arrangementer som utføres av bakkebyråkrater delvis kan kompensere for manglende formelle samordningsstrukturer ved at organisatorisk fragmentering «mykes» opp av den enkelte bakkebyråkrat, slik at brukeren får en opplevelse av integrerte tjenester. Her er bruk av de uformelle arrangementene av stor betydning.

Men bakkebyråkratene kan utsettes for et organisatorisk press, og det kan også stilles spørsmål om utstrakt bruk av uformelle arrangementer kan resultere i skyggelegging av reelle samordningsutfordringer i de lokalbaserte tjenestene. Således kan organisasjonens mulighet til å identifisere behovet for etablering av formelle samordningsstrukturer bli begrenset.

## Referanser

- Andersson, J., Ahgren, B., Axelsson, S. B. Eriksson, A. & Axelsson, R. (2011). Organizational approaches to collaboration in vocational rehabilitation – an international literature review. *International Journal of Integrated Care*, 11(4). <https://doi.org/10.5334/ijic.670>
- Andreassen, T. A. (2019). Tilnærminger i forskning om samordning og samarbeid. I C. Bjørkquist & M. J. Fineide (Red.), *Organisasjonsperspektiv på samordning av helse- og velferdstjenester* (s. 19–46). Cappelen Damm Akademisk. <https://doi.org/10.23865/noasp.66.ch1>
- Bjørkquist, C. & Fineide, M. J. (2019) Introduksjon: Behovet for samordning og samarbeid I C. Bjørkquist & M. J. Fineide (Red.), *Organisasjonsperspektiv på samordning av helse- og velferdstjenester* (s. 7–17). Cappelen Damm Akademisk. <https://doi.org/10.23865/noasp.66.cho>
- Bjørkquist, C. & Ramsdal, H. (2021). Structural disavowal and personal inundation of responsibility – a local perspective on pressure on mental health front-line professionals. *European Journal of Social Work*. <https://doi.org/10.1080/13691457.2021.1882399>
- Christensen, T., Egeberg, M., Læg Reid, P., Roness, P. G. & Røvik, K. A. (2015). *Organisasjonsteori for offentlig sektor* (3. utg.). Universitetsforlaget.
- Christiansen, B. & Fodstad, H. (2014). Hva kan kjennetegne oppfatninger av personer med rus- og psykiske helsevansker (ROP) hos ansatte og studenter? *Tidsskrift for psykisk helsearbeid*, (2), 126–134.
- Eriksson-Zetterquist, U., Kalling, T. & Styhre, A. (2005). *Organisation och organisering*. Liber.
- Forskrift om habilitering og rehabilitering. (2011). *Forskrift om habilitering og rehabilitering, individuell plan og coordinator* (FOR-2011-12-16-1256). Lovdata. <https://lovdata.no/forskrift/2011-12-16-1256>
- «Fylkesmannen». (2019). *Tilsynsrapport*. [Anonymisert av personvernansyn]
- Goodwin, N., Sonola, L., Thiel, V. & Kodner, D. (2013). *Co-ordinated care for people with complex chronic conditions. Key lessons and markers for success*. The King's Fund. <https://www.hqsc.govt.nz/assets/General-NEMR-files-images-/nick-goodwin-co-ordinated-care-kingsfund-Nov-2013.pdf>
- Hasenfeld, Y. (1992). *Human services as complex organizations*. Sage.
- Helsedirektoratet. (2012). *Samtidig ruslidelse og psykisk lidelse (ROP-lidelser)* [Nasjonal faglig retningslinje]. <https://www.helsedirektoratet.no/retningslinjer/samtidig-ruslidelse-og-psykisk-lidelse-rop-lidelser>
- Jacobsen, D. I. (2005). *Hvordan gjennomføre undersøkelser? Innføring i samfunnsvitenskapelig metode* (2. utg.). Høyskoleforlaget.
- «Kommunen». (2018). *Årsrapport*. [Anonymisert av personvernansyn]

- Lipsky, M. (2010). *Street-level bureaucracy: Dilemmas of the individual in public services* (Utv. utg.). Russell Sage Foundation. (Opprinnelig utgitt 1980)
- Miles, M. B. & Huberman, A. M. (1994). *Qualitative data analysis: An expanded sourcebook* (2. utg.). Sage.
- Mueser, K. T., Noordsky, D. L., Drake, R. E. & Fox, L. (2006). *Integrert behandling av rusproblemer og psykiske lidelser*. Universitetsforlaget.
- Rittel, H. W. & Webber, M. M. (1973). Dilemmas in a general theory of planning. *Policy Sciences*, 4(2), 155–169. <https://doi.org/10.1007/bfo1405730>
- Rønhovde, L. (2016). Kommunal organisering i møtet med samhandlingsreforma. I J. Amdam, R. Bergem & F. O. Båtevik (Red.), *Offentleg sektor i endring* (s. 79–96). Universitetsforlaget. <https://doi.org/10.18261/9788215027722-2016-07>
- Vabø, M. & Vabo, S. I. (Red.). (2014). *Velferdens organisering*. Universitetsforlaget.
- Yin, R. K. (2003). *Case study research*. Sage.
- Zacka, B. (2017). *When the state meets the street: Public service and moral agency*. Harvard University Press.

## KAPITTEL 10

# Samarbeid om rus- og psykiske helsetjenester – erfaringer fra en innovasjonsprosess i en storbykommune

*Rannveig Røste*

Fakultet for helse, velferd og organisasjon, Høgskolen i Østfold

*Catharina Bjørkquist*

Fakultet for helse, velferd og organisasjon, Høgskolen i Østfold

**Abstract:** Collaboration has been emphasized as a solution for many complex problems, in both political agendas and research literature. Public reforms aim at coordination and integration of services for people with complex health and social challenges, such as addiction and mental health problems. How to organize services in a coordinated and integrated manner is for each local authority to determine. In this chapter, we examine an innovation process initiated by a large city in order to develop integrated services. By using the process approach as a method, this chapter provides in-depth insight into how different actors meet and collaborate on reorganizing the services and the challenges they encounter in their collaboration.

**Keywords:** addiction and mental health, collaborative innovation, coordination, innovation process, integrated services

## Innledning

Dette bokkapittelet diskuterer forskningsfunn fra en studie av en innovasjonsprosess i rus- og psykiske helsetjenestene i en storbykommune. Denne storbykommunen er blant de stedene i landet som har flest personer med

Sitering av denne artikkelen: Røste, R. & Bjørkquist, C. (2021). Samarbeid om rus- og psykiske helsetjenester – erfaringer fra en innovasjonsprosess i en storbykommune. I C. Bjørkquist & H. Ramsdal (Red.), *Statlig politikk og lokale utfordringer: Organisering av tjenester innen rus og psykisk helse* (Kap. 10, s. 195–216). Cappelen Damm Akademisk. <https://doi.org/10.23865/noasp.140.ch10>  
Lisens: CC-BY 4.0

rus- og psykiske lidelser, og kommunen har igangsatt et prosjekt for å imøtekomme utfordringene. Prosjektet er innrettet mot å utvikle en ny organisasjonsenhet med et samlet tjenestetilbud tilpasset brukernes behov. Helt konkret består den nye organisasjonsenheten av en overflytting av NAVs sosialtjeneste til kommunens enhet for mestring av psykisk helse og rus. Den nye organisasjonsenheten er innrettet mot å utvikle et tett samarbeid om et helhetlig tjenestetilbud hvor brukerens ressursmobilisering og egenmestring står i sentrum. Opprettelsen av denne nye organisasjonen er interessant å studere gjennom en innovasjonsprosess for å få innsikt i hvordan samarbeidet oppstod og ble utviklet over tid, og hvilke utfordringer kommunen står overfor i samordningen av de komplekse kommunale rus- og psykisk helsetjenestene.

Komplekst sammensatte problemer, som rus- og psykiske lidelser, har blitt beskrevet som et kjennetegn på moderne samfunnsutfordringer, og som i forskningslitteraturen er omtalt som *wicked problems* (Head & Alford, 2015; Rittel & Webber, 1973). I nyere litteratur om innovasjon i offentlig sektor er samarbeidsdrevet innovasjon fremhevet for å fremme mulige løsninger gjennom samarbeid på tvers av organisasjons- og profesjonsgrenser (Hartley et al., 2013; Torfing et al., 2019). Samtidig innehar denne litteraturen få konkrete anbefalinger for hvordan samarbeid kan bidra til å overkomme komplekst sammensatte problemer. Koordinering av samarbeid gjennom opprettelse av nye organisasjonsenheter på tvers av eksisterende organisasjonsgrenser har vært trukket frem som en mulig løsning, men hvor litteraturen også har påpekt hindringer i endring av eksisterende strukturelle og institusjonelle grenser (Christensen et al., 2019; Christensen & Lægneid, 2007).

Kapittelet bidrar med ny innsikt til denne forskningslitteraturen om hvordan samarbeid på tvers av organisasjonsgrenser blir til for å løse komplekst sammensatte problemer, hvilke utfordringer samarbeidet møter underveis, og hvordan disse utfordringer forsøkes overkommes. Dette gjøres gjennom å benytte prosesstilnærming som forskningsmetode for å kunne gå i dybden for å frembringe kunnskap om hvordan og hvorfor samarbeid på tvers av organisasjonsgrenser oppstår, utvikler seg og bidrar til å iverksette endringer over tid (Langley et al., 2013; Pettigrew, 2012).

Prosjektet i denne storbykommunen hadde et mandat som la opp til samarbeidsdrevet innovasjon for å fremme helhetlige tjenester for personer med rus- og psykiske lidelser. Dette prosjektet er derfor en mulighet til nettopp å studere hvordan denne organisasjonsformen kan bidra til å utvikle samarbeid i et komplekst sammensatt problemområde og på tvers av eksisterende grenser. Studien bringer til overflaten problemer som kommunen står overfor med å gi tjenester til personer med sammensatte og komplekse behov, og gir innsikt i hvordan de ulike involverte partene jobber, møtes og samarbeider om utvikling av tjenestene i den nye organisasjonen.

Følgende forskningsspørsmål stilles: Hvordan kan prosjektet om samarbeidsdrevet innovasjon bidra til å etablere en arena for å utvikle helhetlige tjenester på tvers av eksisterende organisasjonsstrukturer, og hvilke utfordringer møtte samarbeidet underveis?

I de videre delene av bokkapittelet presenteres en gjennomgang av forskningslitteraturen om hvordan samarbeidsdrevne prosesser kan bidra til å utvikle helhetlige tjenester. Prosesstilmærming som metode introduseres, før det går inn i den konkrete innovasjonsprosessen som studeres, i utvikling av en ny organisasjonsenhet med et helhetlig tjenestetilbud for personer med rus- og psykiske lidelser i denne storbykommunen. Hovedfunnene diskuteres deretter og avslutningsvis summeres det opp hvordan samarbeid kan bidra til å overkomme komplekst sammensatte problemer.

## **Utvikling av helhetlige tjenester gjennom samarbeid**

De siste tiårene har forskningslitteratur innen offentlig administrasjon fremhevet betydningen av samarbeid. Samarbeid har vokst frem som en del av nettverksbaserte styringsformer, og som et alternativ til eksisterende styringsformer om byråkrati og New Public Management (Bryson et al., 2017; Pollitt & Bouckaert, 2011). I denne litteraturen er det relasjonelle og interaktive aspektet i offentlig styring fremhevet, i hvordan moderne problemer bringer sammen aktører med sammenfallende interesser og etablerer nye arenaer for samarbeid. Litteraturen presiserer også behovet for samhandling på tvers av organisasjonsgrenser gitt

kompleksiteten i de mange sammensatte samfunnsutfordringer. I møtet mellom de mange ulike aktørene, deres ideer og erfaringer fra eksisterende praksis, kommer nye forståelser til syne. Nettverk utfordrer slik eksisterende praksiser og de enkelte aktørenes vanetenkning og muliggjør for transformativ endring.

En nettverksbasert tilnærming som har fått oppmerksomhet den senere tid, er samarbeidsdrevet innovasjon (Crosby et al., 2017; Sørensen & Torfing 2011; Torfing et al., 2019). Perspektivet fremhever hvordan ulike aktører kommer sammen og skaper innovasjoner ved at offentlig ansatte, ledere, politikere, interesseorganisasjoner og private bedrifter ofte kommer sammen i nettverk. Nettverkene representerer offentlige verdier (Bryson et al., 2017; Hartley et al., 2013), som danner grunnlag for deres samarbeid. Det er deres sammenfallende interesser for disse offentlige verdiene som bringer dem sammen og danner et grunnlag for samarbeid i praktiske problemløsningsprosesser.

Samtidig påpeker sentrale bidragsyttere (Crosby et al., 2017; Sørensen & Torfing, 2011; Torfing et al., 2019) at det er en rekke hindringer for innovasjon i nettverk. Interaksjonen over tid kan føre til at aktørene utvikler et sett av delte oppfatninger som hemmer kreativ nytenkning. Manglende tillit til hverandre og en høy grad av usikkerhet kan begrense deling av tanker og ideer. På den annen side er det ikke slik at alle aktører i et nettverk må være enige om en bestemt løsning. Sterke koalisjoner med kompetente og ressurssterke aktører kan være nok til å skape og gjennomføre kreative løsninger. Slike koalisjoner vil ofte være i stand til å bryte med en sporavhengig utviklingsretning og skape en ny rute (Ansell & Torfing, 2014). Samarbeidsdrevet innovasjon er med andre ord ikke en enkel løsningsformel. Organisasjonsformen kan fungere godt dersom det er tilstrekkelig grad av samarbeid eller sterke koalisjoner, men for tett interaksjon og maktdominerte forhold kan også forhindre både nytenkning og utvikling av nye tjenester.

Innen offentlig administrasjonslitteraturen er etablering av nye forståelser i organisasjoner som bryter med eksisterende praksiser, en velkjent tematikk (March & Olsen, 1984; March & Simon, 1958). I senere tid har også denne litteraturen pekt på de komplekst sammensatte samfunnsproblemene og at koordinering av samarbeid er viktig for å bryte med

etablerte strukturer og skape nye helhetlige styringssystemer (Christensen et al., 2019; Christensen & Læg Reid, 2007; Fimreite et al., 2013). Denne litteraturen har imidlertid presisert at selv om det foreligger styringsverktøy og det er forventninger til samarbeid, både fra politisk styringshold, ledelse og blant ansatte, så er det vanskelig å koordinere samarbeid på tvers av eksisterende organisasjonsgrenser. Utfordringen ligger i de bestående strukturerne; i de institusjonaliserte rutinene for hvordan organisasjonene pleier å løse problemene de står overfor.

Samarbeid kan slik forstås som nøkkelen til transformativ endring, men det kan være en rekke hindringer som gjør at samarbeidet ikke blir godt og effektivt og som dermed gjør det vanskelig å bryte med de institusjonaliserte rutinene i organisasjonen.

## Metode

Denne studien har tilnærmet seg problemfeltet utvikling av helhetlige tjenester gjennom samarbeid ved bruk av prosesstiltærning som metode. Prosesstiltærning er ikke en enhetlig metode, men et sett av forskningsstrategier som er innrettet mot å skape forståelse av hvordan og hvorfor fenomenene innovasjon og endring oppstår, utvikles og iverksettes over tid i og på tvers av organisasjoner (Langley et al., 2013; Pettigrew, 2012). Bidragene er forente i forståelsen av fenomenene som er for komplekse til å brytes opp i uavhengige og avhengige variabler, og at innovasjons- og endringsprosesser må studeres i sin helhet.

Prosessene studeres gjennom å kartlegge hendelser og serier med hendelser over tid. Tid er en viktig faktor for å forstå hvordan innovasjonen oppstår, utvikles og iverksettes i kronologiske utviklingsprosesser, men også for å forstå det temporære – i hvordan enhver hendelse foregår i en gitt tid. Hendelsene foregår slik i en bestemt sosial kontekst, som virker inn og former prosessene som studeres. Ved å studere det spesifikke i dets tid og kontekst kan dette forskningsdesignet bidra til å frembringe ny innsikt om de sosiale mekanismene som ligger under de observerbare hendelsene.

I dette kapitlet omhandler disse mekanismene samarbeid for å utvikle helhetlige tjenester, gjennom å undersøke hvordan samarbeid



blir til på tvers av organisasjoner, hvilke utfordringer samarbeidet møter underveis og hvordan disse utfordringer forsøkes overkommet. Det observerbare er data som samles inn om hendelser i det faktiske prosjektet: organisasjonsendring i psykisk helse- og rustjenestene i denne storbykommunen. Prosjektet foregår i en storbykommune med et høyt antall innbyggere med alvorlige rus- og psykisk helseutfordringer, med et mandat om samarbeidsdrevet innovasjon, og hvor det tilsynelatende har vært lite tradisjon for samarbeid på tvers av organisasjonsgrenser, NAV og andre kommunale tjenester. Prosjektet fremstår slik som et vindu til et sosialt drama, slik Pettigrew (1990) beskriver det, hvor vi kan kikke inn på samarbeidet og kontroversene som utspiller seg.

I prosesstilnærmingen brukes ulike strategier for å skape forståelse og teoretisere. Denne studien har benyttet strategien temporære brudd (Langley, 1999, 2009). Strategien går ut på å gruppere data i tidsperioder definert av bestemte hendelser, for slik å analysere hvordan hendelser i en tidsperiode resulterer i endring i en neste periode. Virkeligheten er langt fra en slik lineær ordning av hendelsene, men ved å gruppere hendelsene kan en arrangere orden i kompleksiteten for å gå inn og forstå hvordan sosiale mekanismer driver frem og hindrer prosessen.

Presentasjon av resultatene benytter også dette analytiske grepet ved å fortelle om innovasjonsprosessen gjennom tre overordnede tidsperioder: initiering, utvikling og iverksetting. Prosessen som er gjenstand for studien her, utspiller seg i en kort tidsperiode, fra februar 2019 til oktober 2019, men den har røtter lenger tilbake i tid. Den er også del av en prosess som fremdeles pågår.

Analysen er basert på en rekke data om selve prosjektet i form av interne dokumenter, møter og intervjuer med involverte. I tillegg har datamaterialet beskrevet i antologiens kapittel 2 (Bjørkquist & Ramsdal) vært benyttet, gjennomgang av relevante strategier i kommunen og staten samt intervjuer med ansatte i aktuelle rus- og psykisk helsetjenester i kommunen.

Det er gjennomført intervjuer og gruppeintervjuer med ledere og ansatte involvert i innovasjonsprosessen på ulike tidspunkt, og i henholdsvis i 2018, 2019 og 2020. I det første gruppeintervjuet deltok to ansatte og to ledere fra hver enhet, til sammen åtte personer. Temaet var

ansvarsfordeling mellom NAV og kommunale tjenester, hvordan de to enhetene jobbet med brukere og hvilke tjenester som var spesielt rettet mot målgruppen. I det andre gruppeintervjuet var antall enheter redusert gjennom organisasjonsendringen, og det var nå fire personer som deltok. Temaet var tjenester til brukere med rus- og psykiske lidelser, den foregående omorganiseringen samt samarbeid mellom kommunale tjenester og spesialisthelsetjeneste. I 2020 intervjuet vi prosjektlederen om hennes deltakelse i prosjektet, om organiseringen og metodene som ble benyttet i prosjektet, og om hennes refleksjoner om organisasjonsendringen. De første gruppeintervjuene (beskrevet i kapittel 2) hadde et bredere siktemål enn denne organisasjonsendringen, men hvor lederne hadde flere utsagn som har vist seg interessante i lys av hvordan prosessen har utviklet seg. Utsagnene viser hvordan involverte aktører vurderte situasjonen på et tidlig tidspunkt, og er særlig viktig datamateriale for å forstå hvorfor og hvordan innovasjonsprosessen startet opp.

Interne dokumenter er innhentet fra prosjektgruppa i kommunen. Dokumentene består av rapporter, notater og presentasjoner fra prosjektarbeidet. I tillegg har vi innhentet strategier, årsmeldinger og organisasjonskart fra kommunen. Prosjektet er godt dokumentert, noe som har bidratt til en god tilgang til data. Vi har ikke inntrykk av at det er holdt tilbake dokumentasjon fra prosjektgruppa. Dokumentene er skrevet av ulike personer i prosjektgruppa, lederne og ansatte i de berørte organisasjonsenhetene og ledelsen i kommunen, samt av en utviklingskonsulent som var prosjektleder i initierings- og utviklingsfasen. Dokumentene gjengir slik oppfatninger fra mange ulike personer som var til stede i prosessen, samt fra mange ulike tidspunkt. I analysen har vi vurdert disse oppfatningene i forhold til det øvrige datamaterialet, med utsagn fra møter, intervjuer og dokumenter, for slik å kunne vurdere de ulike oppfatningene i forhold til utsagn fra enkeltpersoner.

## **Helhetlige rus- og psykiske helsetjenester i en storbykommune**

Denne delen av kapittelet forteller om det faktiske prosjektet i organisasjonsendring i rus- og psykisk helsetjenester i denne storbykommunen,

gjennom identifisering av viktige hendelser i tre overordnede tidsperioder i innovasjonsprosessen: initiering, utvikling og iverksetting.

## Initiering

Kommunen satte i gang prosjektet *organisasjonsendring i psykisk helse- og rustjenester* ved inngangen til 2019. I mandatet for prosjektet<sup>1</sup> fremheves det at «kommunen skal ha psykisk helse- og rustjeneste som sikrer at innbyggere tilbys nødvendige og forsvarlige helse- og omsorgstjenester. [...] Samhandling mellom instansene flyter, og innbyggerne opplever bydelens tjenester innen helse- og omsorg som en helhet». Første skritt i organisasjonsendringen er å overføre arbeid med personer med rusutfordringer fra NAV til kommunens enhet for mestring av psykisk helse og rus.

I dokumentasjonen av prosjektet karakteriseres den eksisterende organiseringen av tjenestene i NAV og kommunen som et problem. Inndelingen er problematisk fordi arbeidsfordelingen er uklar mellom de to organisasjonene. NAV har ansvaret for oppfølging av arbeid og sosiale tjenester for personer med rus- og psykisk helseutfordringer, mens kommunen følger opp rusomsorgen med ettervern, aktivitetssenter, boligoppfølging og psykiske helseutfordringer. I realiteten tilbyr de to organisasjonene overlappende tjenester, og de har ansvar for mange av de samme brukerne.

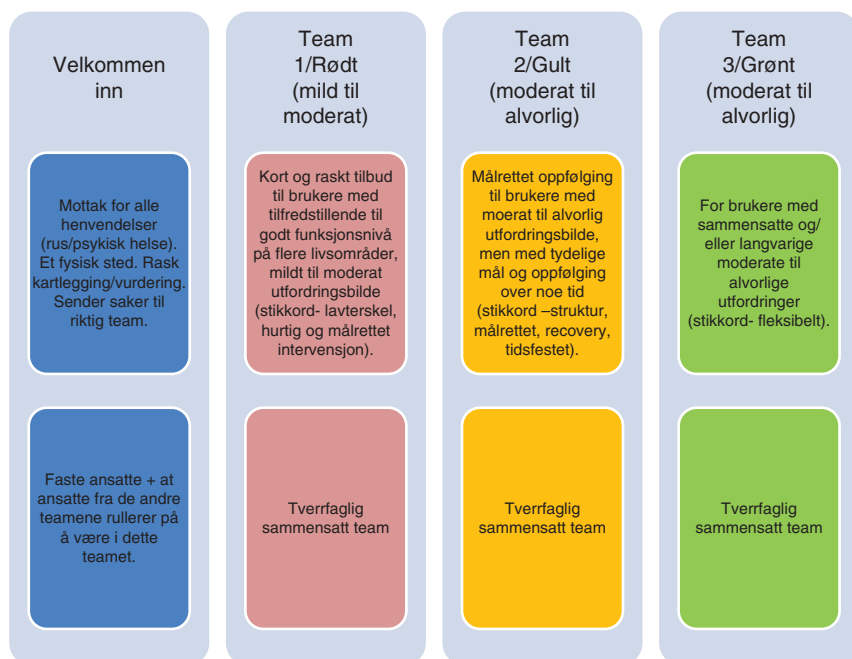
I tråd med mandatet ble det nedsatt en prosjektgruppe bestående av teamlederne i de berørte organisasjonene, tillitsvalgte og hovedverneombud. Avdelingens utviklingskonsulent ble utnevnt til prosjektleder, med ansvar for utarbeidelse av aktivitetsplan, fremdrift, dokumentasjon og sluttrapportering. Avdelingsdirektøren ble oppnevnt som prosjekteier, og som leder av en styringsgruppe bestående av enhetsledere fra de berørte områdene i kommunen og NAV.

Prosjektgruppa presenterte et forslag til ny organisasjonsmodell i mars 2019. Forslaget strukturerte arbeidet etter alvorlighetsgraden i utfordringene til brukerne (mild, moderat og alvorlig grad), og med et

---

1 «Mandat prosjekt organisasjonsendring psykisk helse og rus», Storbykommunen, februar 2019.

mottak for kartlegging, se figur 1. Forslaget inneholdt en rekke anbefalinger for hvordan lykkes med organisasjonsendringen, blant annet samlokalisering i et nytt bygg som er planlagt ferdigstilt i 2021, og behovet for avklaring av rolle- og myndighetsområder mot andre tjenestesteder i kommunen.



**Figur 1.** Forslag til ny organisasjon fra prosjektgruppa

Kilde: Prosjektdokument mars 2019<sup>2</sup>

Prosjektgruppa understreker i løsningsforslaget at prosjektarbeidet har synliggjort et behov for å innhente mer innsikt om antall brukere og hvilke tjenester de mottar for å foreta justeringer av den foreslåtte organisasjonsmodellen. Innspill fra ansatte og brukere er også ønskelig for å sikre vurderingene til prosjektgruppa og gjøre eventuelle tilpasninger.

2 «Forslag til løsning for overføring av ansvar for innbyggere med rusutfordringer fra NAV til kommunen», prosjektdokument, mars 2019.

Prosjektgruppa anbefalte at denne innsikten ble fremskaffet i løpet av to uker.

Løsningsforslaget fremstår som svært konkret, både i den foreslåtte modellen og i behovene som påpekes for samlokalisering, i grense-dragningene til andre enheter i kommunen og i involvering av ansatte og brukere for å utvikle og iverksette modellen. Det kan slik se ut til at prosjektgruppa hadde bestemt seg for en organisasjonsmodell allerede en måned etter at prosjektet var igangsatt. Datamaterialet gir noen indikasjonjer på hvordan og hvorfor prosjektgruppa kom frem til denne raske løsningen.

For det første uttalte lederne i intervjuer våren 2018 at de lenge hadde ønsket en endring fordi den eksisterende organisering ga flere utfordringer. En av teamlederne uttrykket for eksempel i et intervju i mai 2018: «Det viser seg at det er en tilfeldig inngangsport for hvor du havner, om det er på psykisk helse, rus, NAV.» For det andre forteller lederne at flere storbykommuner har foretatt tilsvarende organisasjonsendringer, og at det lenge har vært en trend å se rus og psykisk helse i sammenheng.

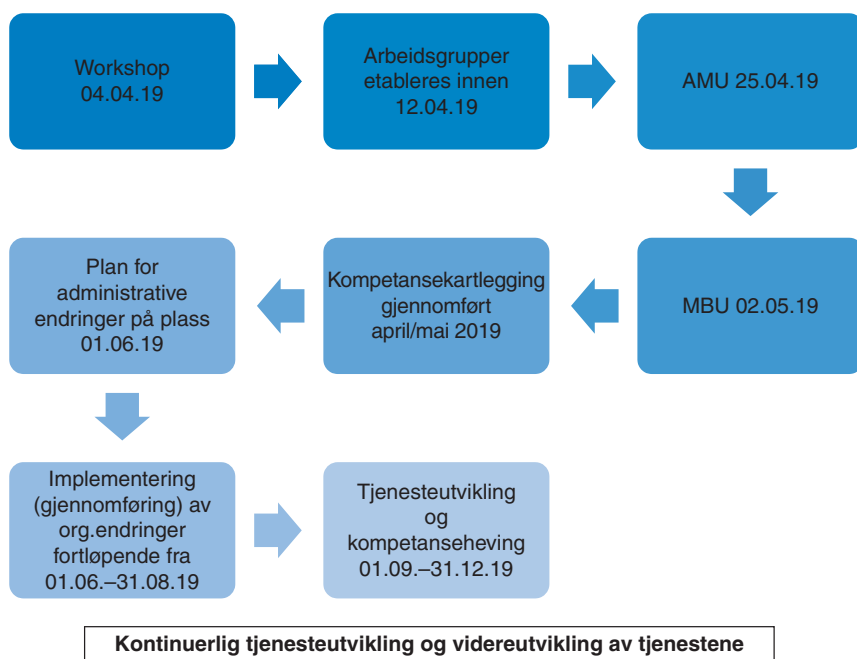
Lederne i de to organisasjonene fremstår slik som å ha vært klare for endringen lenge før prosjektet ble en realitet, og til å ha hatt mange uformelle samtaler om organiseringen. Som en forklaring på hvorfor organisasjonsendringen ikke har vært igangsatt tidligere, viser lederne til at det har vært lite tradisjon for samarbeid på tvers av organisasjonsenhetene i denne kommunen, som uttrykt i intervju i mai 2018: «Når du har et organisasjonskart tegnet med en tykk sprittusj så er det vanskelig å trenge gjennom til neste boks.»

Prosjektgruppa kan slik ha lagt opp til en konsentrert prosjektprosess fordi de allerede hadde etablert en felles forståelse av behovet for endring og kjennskap til organisasjonsendringer foretatt andre steder før selve prosjektarbeidet startet opp.

## Utviklingen

Utover våren 2019 ble det arrangert flere aktiviteter for å utvikle den nye organisasjonen, se figur 2. Prosjektlederen var i mandatet tilskrevet et ansvar for å utarbeide en aktivitetsplan for utvikling av den nye

organisasjonen, og for hvordan det skulle jobbes med utvikling av tjenestene etter at den nye organisasjonsmodellen var implementert. Etter planen skulle den nye organisasjonen realiseres i juni 2019, mens en så for seg at tjenesteutviklingen skulle fortsette utover høsten 2019.



**Figur 2.** Aktivitetsplan for utvikling av ny organisasjon

Kilde: Prosjektdokument april 2019<sup>3</sup>

Figur 2 viser at en rekke aktiviteter var planlagt inn i utviklingen og implementeringen. Hensikten med de ulike møtene var å invitere brukerrepresentanter og ansatte, slik det ble påpekt i et prosjektdokument i mars 2019, for «å identifisere problemområder, nye løsninger og risikovurdere disse, samt avstemme brukeres behov med hvordan kommunen tilbyr tjenestene».<sup>4</sup>

3 «Forslag til løsning for ny enhet som utgangspunkt for videre utredning», prosjektdokument, april 2019.

4 «Forslag til løsning for ny enhet som utgangspunkt for videre utredning», s. 3, prosjektdokument, april 2019.

En invitasjon til deltakelse i en ressursgruppe ble sendt til medarbeiderne i de to organisasjonsenhetene, brukerne av tjenestene og rusmisbrukernes interesseorganisasjon RIO. 13 personer ønsket å delta. Ressursgruppa diskuterte løsningsforslaget på et arbeidsmøte i april, hvor de identifiserte en rekke utfordringer og nedfelte fem arbeidsgrupper til å jobbe med identifiserte problemområder frem mot et nytt arbeidsmøte i juni 2019. Disse fem arbeidsgruppene skulle se nærmere på: (1) arbeidsprosesser, rutiner og kompetanse, (2) vurdering og vedtak, (3) grensdragning mellom målgrupper og team, (4) kartlegging av behov og ressurser og (5) videreutvikling av løsningsforslaget til ny organisasjonsenhet med bruk av iterativ metode. Prosjektgruppa utformet mandat for hvert av problemområdene.

I arbeidsgruppene deltok 25 ansatte fra de to organisasjonsenhetene: NAVs sosialtjeneste og kommunens enhet for mestring av psykisk helse og rus. Arbeidsgruppene ble satt sammen med ansatte på tvers av organisasjonene.

Arbeidet i gruppene viste at de ansatte opplever at man jobbet i hver sine retninger, og det var særlig problematisk at det ikke fantes noen oversikt over hvem som har benyttet de ulike tjenestene, hvilke tiltak som har vært benyttet, og hvilke erfaringer man hadde med bruk av ulike tiltak for den enkelte bruker. Organiseringen innebar slik en lite hensiktsmessig utnyttelse av ressursene. Hver enkelt saksbehandler hadde en stor portefølje, og når mange personer henvender seg til mange ulike saksbehandlere, ble det lite tid til grundig oppfølging av den enkelte person. Organiseringen var uheldig for brukerne, i den manglende helheten i behandlingen, og i uverdigheten ved gjentatte ganger å måtte fortelle om behovet for hjelp.

Arbeidet i gruppene resulterte i identifisering av 12 kompetanseområder. Disse ble presentert på et arbeidsmøte med prosjekt- og ressursgruppa i juni 2019. Møtet hadde et uttalt formål om å «lande et forslag til ny løsning», slik det er referert til i prosjektdokument i juni 2019.<sup>5</sup> Utfallet av møtet ble at man skulle utarbeide konkrete planer for tiltak med gjennomføring innen september 2019. Av disse planene var blant annet en kompetansekartlegging av medarbeiderne, samt utarbeidelse av

---

5 «Workshop med bruker-, ansattrepresentanter og prosjektgruppa», prosjektdokument, juni 2019.

administrative og budsjettmessige detaljplaner. Ressursgruppa møtte til et arbeidsmøte hvor de videreutviklet forslaget, og allerede dagen etter presenterte prosjektgruppa et revidert løsningsforslag til ny organisasjonsmodell for styringsgruppa.

Det var altså stor aktivitet og en rekke aktører involvert i prosjektet denne våren. Prosjektgruppa hadde påpekt i løsningsforslaget at det var behov for å involvere brukere og ansatte til å videreutvikle modellen. Dokumentasjonen fra prosjektet fremhever at involvering av brukere og ansatte er et viktig suksesskriterium i endringsprosesser både for å finne frem til den beste løsningen og for å gjøre medarbeidere ansvarlige og motiverte.

I flere av kommunens strategier er også bruker- og ansattinvolvering fremhevet. Samtidig påpeker sluttrapporten og prosjektlederen at en utstrakt involvering, som i dette prosjektet, var nytt for denne kommunen:

Nivået av brukere- og ansattinvolvering i denne type endringsarbeid og organisasjonsutvikling var nytt for både ledere, tillitsvalgtapparat, vernetjeneste og medarbeidere i kommunen [...] For å få alle partene med på en større grad av involvering måtte nye metoder for endringsarbeid og organisasjonsutvikling presenteres og slå rot. [...] Dette er i realiteten en kulturrendring som tar tid og må fortsette fremover.<sup>6</sup>

Dokumentasjonen fra prosjektet og intervjuer med teamlederne viser imidlertid at den kommunale ledelsen ikke nødvendigvis delte disse oppfatningene om nye metoder, kulturer og endringstempo. Både prosjekteier og styringsgruppa var opptatt av en rask avklaring og implementering av den nye organisasjonen, slik for eksempel styringsgruppa uttrykte det i et prosjektdokument i mai 2019: «Det er viktig at prosessen avgrenses i tid.» Det kan slik synes som om prosjektet her sto overfor to ulike kulturer til organisasjons- og endringsarbeid, hvor ledelsen var opptatt av synlige resultater og utviklingskonsulenten av det interaktive i samarbeidet.

---

6 «Metoder og prosesser for bruker- og ansattinvolvert endringsarbeid og organisasjonsutvikling», august 2019.



## Iverksettingen

I juni 2019 ble en ny organisasjonsmodell presentert. Modellen ble presentert som et forslag til løsning og som et resultat av involvering av ansatte og brukerne i arbeidsmøtene og arbeidsgruppene våren 2019.



**Figur 3.** Forslag til løsning for ny organisasjon

Kilde: Prosjektdokument juni 2019<sup>7</sup>

I det reviderte forslaget var den nye organisasjonen organisert i to team: lavterskel- og oppfølgingsteamet. Dette forslaget hadde slik endret prosjektgruppas opprinnelige løsningsforslag, som innebar tre team.

<sup>7</sup> «Workshop: Vi skaper de beste tjenester for rus- og psykisk helse», prosjektdokument, juni 2019.

Teamene er organisert etter brukernes behov for henholdsvis lavterskel-tiltak og oppfølging. Oppfølgingsteamet er delt i to, hvor det ene teamet følger opp brukere med psykisk helseutfordringer og det andre brukere med rus- og samtidige psykisk helseutfordringer. Den nye modellen ble vedtatt og bestemt til å tre i kraft 1. september 2019.

Det var i hele prosjektprosessen et uttalt mål at tjenestene skulle videreutvikles også etter at den nye organiseringen var på plass, men selve prosjektet med organisasjonsendringen ble avsluttet da den nye organisasjonsmodellen ble iverksatt. Med avslutning av prosjektet opphørte prosjektorganiseringen, med alle tildelte roller i prosjektgruppe, prosjektleder, prosjekteier, styringsgrupper, ressursgruppe og arbeidsgrupper. Selve iverksettingen hadde intet mandat eller milepæler for når endringene skulle være på plass, heller ikke avsatte roller og ressurser til å jobbe frem endringen. Team- og enhetslederne opplyste i intervju i november 2020 at det videre arbeidet med iverksettingen ble overlatt til dem, som et arbeid som skulle forløpe ved siden av den ordinære driften. Rapporteringen foregikk gjennom oppnåelse av momentene i gevinstrealiseringsplanen.

Ved utgangen av 2020 jobbet kommunen fremdeles med å få på plass et reelt samarbeid i den nye organisasjonen. De hadde hatt store utfordringer med fremdriften under covid-19-pandemien, som la lokk på endringsprosessen. Samtidig hadde denne perioden gitt lederne muligheter til å reflektere rundt hva som kunne gjøres for å få på plass et godt samarbeid og for å videreutvikle arbeidet i tjenestene.

## Drøfting

Norske kommuner har stor frihet med hensyn til hvordan de vil organisere sine tjenester. Slik er det også innenfor psykisk helse og rus, hvor det ikke er noen klare føringer i offentlige planer for hvordan tjenestene skal organiseres. Samtidig er det slik at tjenestene skal håndtere stadig flere utfordringer, og tjenestene tilskrives flere oppgaver. Forskningslitteraturen om *wicked problems* (Head & Alford, 2015; Rittel & Webber, 1973) viser at tilskrivelsen ikke bare kommer ovenfra, fra statlig hold, men også fra en økt kompleksitet i problemene som skal løses. I prosjektet som er studert her, forventet

man en økning i kommunens ansvar og arbeidsoppgaver for personer med rus- og psykiske lidelser, blant annet på grunn av desentralisering av rustiltak, avvikling av botilbud for rusavhengige og innføring av pakkeforløp for psykisk helse og rus. Kompleksiteten i brukernes behov fordret også bedre samordning og samarbeid mellom tjenestene.

Kommunens mandat påpekte nettopp dette behovet for bedre samhandling mellom eksisterende organisasjoner, samt et behov for å organisere for et tettere samarbeid for å skape fremtidige helhetlige tjenester. Behovet ble nedfelt i målsettinger og i en organisering av aktiviteter og personer til å jobbe frem resultatene. Mandatet kan slik sies å legge opp til samarbeidsdrevet innovasjon (Crosby et al., 2017; Sørensen & Torfing 2011; Torfing et al., 2019), hvor prosjektet om organisasjonsendring i rus- og psykisk helsetjenester etablerte en arena for å komme sammen for å skape helhetlige tjenester for personer med rus- og psykiske lidelser.

I litteraturen om samarbeidsdrevet innovasjon er offentlige verdier sentrale for å skape et nødvendig felles grunnlag for samarbeid (Bryson et al., 2017; Hartley et al., 2013). I dette prosjektet ble en kommunal enhet for rus- og psykisk helsetjenester definert som en første målsetting, og kan slik fremstå som et fundament for å samordne kommunale aktører for den videre utviklingen av helhetlige tjenester for brukergruppen (Osborne et al., 2016). Det betyr imidlertid ikke at alle parter la det samme innholdet til grunn i sin oppfattelse av målet og for sin deltakelse i prosjektet. Mandatet definerte ikke hva de enkelte aktørene skulle gjøre for å oppnå hovedmålet, og når de skulle gjøre det i prosjektprosessen.

Det kan se ut til at prosjektgruppa oppfattet sin rolle som fremtredende, mens styringsgruppa oppfattet sin rolle som tilbaketrasket. Påtrykket for initieringen synes særlig å ha kommet nedenfra, og da spesielt fra mellomledernivå i disse to organisasjonsenheter. Samtidig har det vært et press ovenfra og utenfra med økt oppmerksomhet på helhetlige tjenester både i nasjonal politikk og i det internasjonale fagmiljøet. I denne kommunen hadde det imidlertid vært lite tradisjoner for samarbeid på tvers av organisasjonsenheter, men med endringer i kommunens ledelse åpnet det seg et mulighetsvindu (Aberbach & Christensen, 2001; Christensen & Læg Reid, 2007).

Prosjektgruppa leverte et løsningsforslag allerede en måned ut i prosjektet. Gitt at prosjektgruppa bestod av lederne i organisasjonene som var under omorganisering, så bryter denne hendelsen med betingelsene for samarbeidsdrevet innovasjon. Invitasjonen til samarbeid var dessuten i form av en videreutvikling av den foreslåtte modellen, ikke til utvikling av alternative modeller. Prosjektet kan slik fremstå som styrt av lederne, og av deres oppfatninger om organisering av helhetlige tjenester innen rus- og psykisk helse. Samtidig kan det synes som det var etablert en allianse mellom lederne i tjenestene forut for den formelle opprettelsen av prosjektet og før man fikk mandat fra kommunen. En slik allianse styrker muligheten for å bryte med etablerte spor og skape samarbeidsdrevet innovasjon (Ansell & Torfing, 2014). Samtidig kan den tette interaksjonen ha hemmet nytenkningen og forhindre andre aktører i å bidra inn til utviklingen.

Det kan også synes som om lederne var inspirert av løsninger valgt andre steder, samt av nasjonal politikk og internasjonale trender. Et eksempel på dette er forslaget til ny organisasjon fra prosjektgruppa, hvor organisasjonen er strukturert i tre team etter alvorlighetsgrad i brukernes lidelser. Prosjektgruppa bygger her på «Sammen om mestring» (Helsedirektoratet, 2014). Veilederen gir ingen konkrete forslag til organisatoriske løsninger, men den blir retningsangivende for utformingen av dette første løsningsforslaget. (Se også kapittel 5 (Bjørkquist & Ramsdal) i denne antologien hvor veilederen diskuteres.)

Sett i lys av den brede involveringen som mandatet la opp til, kan imidlertid løsningsforslaget virke noe forhastet og førende. Det særlig fordi løsningsforslaget inneholder uttalelser om manglende innsikt i brukernes behov og tjenestene, men hvor en likevel velger å foreslå organisasjonsmodellen. Ledelsen kan her fremstå som formet av valg gjort andre steder. De har ventet lenge på muligheten til å gjøre noe med organiseringen av arbeidet, og var nå klare til endelig å gjennomføre endringene som de så var iverksatt andre steder. Det må også legges til at det var lite tradisjon for samarbeid om organisasjons- og tjenesteutvikling i denne kommunen, og at det var lederne som vanligvis igangsatte og implementerte slike prosjekter. Lederne i disse organisasjonene kan slik ha vært styrt av flere institusjonaliserte rutiner i organisasjonen

(March & Olsen, 1984; March & Simon, 1958), hvorav samarbeid om organisasjonsløsninger innad og på tvers av organisasjoner ikke var en del av de institusjonaliserte rutinene.

Dersom det hadde blitt benyttet en annen tilnærming og andre metoder fra starten av, kunne det ha gitt et annet utgangspunkt for prosjektet. Perspektivet om samarbeidsdrevet innovasjon (Crosby et al., 2017; Sørensen & Torfing 2011; Torfing et al., 2019) fremhever at møtet mellom ulike aktører og deres erfaringer og ideer fra eksisterende praksiser kommer til syne som kan utfordre den eksisterende praksisen og muliggjøre transformativ endring. I denne studerte innovasjonsprosessen viser involveringen av de ansatte og brukerorganisasjonene at de hadde mange erfaringer om utfordringene de opplevde og ideer til hvordan utvikle mer helhetlige tjenester gjennom et tettere samarbeid i utviklingsprosessen. Involveringen brakte inn en rekke forhold som ledelsen ikke hadde tenkt på. Det viste seg imidlertid vanskelig å få arbeidet inn de ansattes og brukerorganisasjonenes ideer. En årsak kan være at ansatte og brukerorganisasjoner kan være opptatt av detaljer og egen situasjon, og slike innspill kan vanskeliggjøre deres bidrag inn i innovasjonsprosessen. Utvikling av mer helhetlige tjenester krever et overordnet perspektiv blant annet fordi brukernes behov nettopp går på tvers av organisasjons- og profesjongrensener (Bjørkquist & Fineide, 2019; Bryson et al., 2017).

Hvorfor det hastet så med å få på plass organisasjonsmodellen fremgår i liten grad av dokumentene og intervjuutsagnene, ut over at ledelsen generelt var opptatt av å komme frem til konkrete produkter og ikke bruke unødvendig tid på diskusjon av utfordringer. Den påpekte manglende kulturen for samarbeid på tvers av organisasjoner i kommunen innebærer at det er lite erfaring med hvor krevende en slik organisasjonsendring kan være, og at man på overordnet nivå under vurderer arbeidet og ressursene som må til for å komme i mål med en vellykket endring. I denne kommunen har det også vært en tydelig horisontalt og vertikalt inndelt organisasjonskultur og -struktur, med lite tradisjon for samarbeid om organisasjonsendringer på tvers av og innenfor avdelinger, som en utfordring for samarbeidsdrevet innovasjon (Christensen, et al., 2019; Christensen & Lægred, 2007; Fimreite,

et al., 2013). De siste årene har det imidlertid kommet inn mange nye aktører som tenker annerledes om organiseringen. Det gjelder særlig for ledelsen i kommunen, som bidro til initieringen av dette prosjektet med sine ideer. Det gjelder også for prosjektlederen som bidro til å fremme samarbeidsdrevet innovasjon med sine metodikker i utviklingsfasen. Organisasjonene som stod overfor endringene ser på den annen side ut til å stå fast i rutiner som har begrenset arbeidet og løsningsrepertoaret.

## Avslutning

Forskningslitteraturen har fremhevet betydningen av samarbeid for å identifisere nye løsninger og bryte med etablerte strukturer i offentlig sektor. Samtidig er det slik at denne litteraturen har få konkrete anbefalinger for hvordan samarbeid kan overkomme komplekst sammensatte og komplekse problemer. Vi har i dette kapitlet vist at samarbeid kan være utslagsgivende for initieringen og utviklingen av prosjekt, men at samarbeidsdrevne innovasjonsprosesser er krevende for forventningene om en rask implementering av innovasjonen.

Samarbeid kan ha en rekke utfordringer for implementeringen innenfor det kommuneledelsen setter som rammer. Involveringen av mange ulike interessenter medfører at det ble brakt inn en rekke forhold som det viste seg vanskelige å få arbeidet inn på den korte tiden som var satt av til prosjektet. Prosjektet opphørte også på det tidspunkt organisasjonsmodellen var antatt ferdig utviklet og ble satt i verk. En var slik for optimistisk til en rask implementering av den nye modellen. Det var ikke avsatt ressurser til å utvikle nye samarbeidsrutiner i denne fasen av en innovasjonsprosess. Samarbeidet kan slik ha muliggjort en transformativ endring, men selve endringen tar tid og er krevende å få på plass på grunn av sin omfattende karakter.

Aktørene som deltar i slike innovasjonsprosesser, har ulike interesser og problemoppfatninger betinget av posisjon, ansvar og myndighet. Kommuneledelse, mellomledere, ansatte og brukerrepresentanter har ulike oppfatninger om hvordan man kan organisere for å skape helhetlige tjenester. Det kan slik synes som særlig viktig å arbeide med rolleforståelsen

i samarbeidsdrevne innovasjonsprosesser for på den måten å tydeliggjøre funksjonen til den enkelte aktør og unngå at noen føler seg forbigått i prosessen. Det synes også viktig å gi plass til de mange rollene i alle fasene av innovasjonsprosessen når det legges opp en samarbeidsdrevet prosess. Dersom samarbeidet ikke får spillerom, kan den samarbeidsdrevne innovasjonen bli en skinnprosess. Det kan bidra til at både implementering og den videre utviklingen i organisasjonen blir vanskelig. I tillegg kan det medføre svekkede tillitsforhold.

I den innovasjonsprosessen vi har studert, har man tatt utgangspunkt i den nasjonale veilederen «Sammen om mestring». Det viser seg vanskelig å omsette veilederen direkte til organisatoriske løsninger som kan fungere i praksis. Det kommunale selvstyret står sterkt med hensyn til organisering i Norge. Det er opp til enkelte kommune selv å utforme den konkrete organiseringen av helse- og velferdstjenestene slik man vurderer det egnet til å realisere lokale mål og prioriteringer innenfor tilgjengelige ressurser og kommunale rammer. Følgelig vil organiseringen av helse- og velferdstjenestene variere mellom ulike kommuner.

En utvikling av nye helhetlige tjenester på tvers av eksisterende organisasjonsgrenser innebærer en endring av institusjonelle rutiner i og mellom mange organisasjoner. Endring av mange og komplekst sammensatte rutiner er vanskelige å bryte på samme tid og mot et felles mønster. Dette står i sterk motsetning til forventninger om raske omstillinger og gevinster i kommunene, i form av sparte kostnader, behovsrettede tjenester og tilfredse brukere. Vår studie viser slik behovet for å sette av ressurser til implementering av endringer. Innovasjoner blir ikke til av seg selv, men må følges opp og ledes.

Det er et utstrakt press på å vise handlingskraft og endringsvilje i norske kommuner. I tillegg er tenkningen rundt organisering i kontinuerlig endring. Vi vil derfor ikke kunne forvente at organisasjonsmodeller vil bestå over særlig lang tid, før det vil komme nye krav og forventninger om endringer. Utfordringen for kommunene synes her å være at tenkningen om innovasjon fremdeles er sterkt forankret i en lineær tankegang, mens erfaringer viser behovet for systemisk og sirkulær tenkning.

## Referanser

- Aberbach, J. D. & Christensen, T. (2001). Radical reform in New Zealand: Crisis, windows of opportunities, and rational actors. *Public Administration*, 79(2), 404–422.
- Ansell, C. & Torfing, J. (Red.). (2014). *Public innovation through collaboration and design*. Routledge.
- Björkquist, C. & Fineide, M. J. (Red.). (2019). *Organisasjonsperspektiv på samordning av helse- og velferdstjenester*. Cappelen Damm Akademisk. <https://doi.org/10.23865/noasp.66>
- Bryson, J., Sancino, A., Benington, J. & Sørensen, E. (2017). Towards a multi-actor theory of public value co-creation. *Public Management Review*, 19(5), 640–654. <https://doi.org/10.1080/14719037.2016.1192164>
- Christensen, T., Læg Reid, O. M. & Læg Reid, P. (2019). Administrative coordination capacity; does the wickedness of policy areas matter? *Policy and Society*, 38(2), 237–254. <https://org.doi/10.1080/14494035.2019.1584147>
- Christensen, T., & Læg Reid, P. (2007). The Whole-of-Government Approach to Public Sector Reform. *Public Administration Review*, 67(6), 1059–1066. <https://doi.org/10.1111/j.1540-6210.2007.00797.x>
- Crosby, B. C., 't Hart, P. & Torfing, J. (2017). Public value creation through collaborative innovation. *Public Management Review*, 19(5), 655–669. <https://doi.org/10.1080/14719037.2016.1192165>
- Fimreite, A. L., Lango, P., Læg Reid, P. & Rykkja, L. H. (2013). After Oslo and Utøya: A shift in the balance between security and liberty in Norway? *Studies in Conflict & Terrorism*, 36(10), 839–856. <https://doi.org/10.1080/1057610X.2013.823754>
- Hartley, J., Sørensen, E. & Torfing, J. (2013). Collaborative innovation: A viable alternative to market competition and organizational entrepreneurship. *Public Administration Review*, 73(6), 821–830. <https://doi.org/10.1111/puar.12136>
- Head, B. W. & Alford, J. (2015). Wicked problems: Implications for public policy and management. *Administration & Society*, 47(6), 711–739. <https://doi.org/10.1177/0095399713481601>
- Helsedirektoratet. (2014). *Sammen om mestring – lokalt psykisk helsearbeid og rusarbeid for voksne* [Nasjonal veileder]. Helsedirektoratet. <https://www.helsedirektoratet.no/veiledere/sammen-om-mestring-lokalt-psykisk-helsearbeid-og-rusarbeid-for-voksne>
- Langley, A. (1999). Strategies for theorizing from process data. *Academy of Management Review*, 24(4), 691–710. <https://doi.org/10.5465/amr.1999.2553248>
- Langley, A. (2009). Studying processes in and around organizations. I D. A. Buchanan & A. Bryman (Red.), *The Sage handbook of organizational research methods* (s. 409–429). Sage Publications.



- Langley, A., Smallman, C., Tsoukas, H. & Van de Ven, A. H. (2013). Process studies of change in organization and management: Unveiling temporality, activity, and flow. *Academy of Management Journal*, 56(1). <https://doi.org/10.5465/amj.2013.4001>
- March, J. G. & Olsen, J. P. (1984). The new institutionalism: Organizational factors in political life. *The American Political Science Review*, 78(3), 734–749.
- March, J. G. & Simon, H. A. (1958). *Organizations*. Wiley.
- Osborne, S. P., Radnor, Z. & Strokosch, K. (2016). Co-Production and the co-creation of value in public services: A suitable case for treatment? *Public Management Review*, 18(5), 639–653. <https://doi.org/10.1080/14719037.2015.1111927>
- Pettigrew, A. M. (1990). Longitudinal field research on change: Theory and practice. *Organization Science*, 1(3), 267–292. <https://doi.org/10.1287/orsc.1.3.267>
- Pettigrew, A. M. (2012). Context and action in the transformation of the firm: A reprise. *Journal of Management Studies*, 49(7), 1304–1328. <https://doi.org/10.1111/j.1467-6486.2012.01054.x>
- Pollitt, C. & Bouckaert, G. (2011). *Public management reform: A comparative analysis – New Public Management, governance, and the Neo-Weberian state*. Oxford University Press.
- Rittel, H. W. & Webber, M. M. (1973). Dilemmas in a general theory of planning. *Policy Sciences*, 4(2), 155–169. <https://doi.org/10.1007/bfo1405730>
- Sørensen, E. & Torfing, J. (2011). Enhancing collaborative innovation in the public sector. *Administration & Society*, 43(8), 842–868.
- Torfing, J., Sørensen, E. & Røiseland, A. (2019). Transforming the public sector into an arena for co-creation: Barriers, drivers, benefits, and ways forward. *Administration & Society*, 51(5), 795–825. <https://doi.org/10.1177/0095399716680057>

## KAPITTEL 11

# Bolig til brukere med omfattende rus- og psykiske lidelser

*Gunnar Vold Hansen*

Fakultet for helse, velferd og organisasjon, Høgskolen i Østfold

**Abstract:** This chapter addresses one of the biggest challenges for persons with dual diagnoses – the need for adapted housing. We take a close look at how housing needs are defined, allocation processes, and coordination with other relevant services. A major challenge is allocation of adapted housing, partly because many people with dual diagnoses are unable to function adequately in the housing they have at their disposal. The chapter concludes with the suggestion that one of the reasons why housing is so challenging is that those responsible for allocation do not have sufficient knowledge of the housing users and their needs. This challenge could be resolved by enabling more extensive cooperation between the various actors who provides services to the end users.

**Keywords:** adapted housing, allocation, cooperation

## Innledning

En konsekvens av den internasjonale utviklingen der større deler av helsetjenestens tilbud flyttes ut av institusjoner og går over til å ytes poliklinisk eller ambulant, er at bolig blir et viktig tema for dem som mottar tjenester (Nelson, 2010). I den risikovurderingen Helsetilsynet fikk gjennomført, konkluderte man med at tilrettelagt bolig var et av de områdene tjenestene til ROP-brukere sviktet mest (Helsetilsynet, 2016). I ROPIT-prosjektet har et av de områdene vi har sett nærmere på vært

Sitering av denne artikkelen: Hansen, G. V. (2021). Bolig til brukere med omfattende rus- og psykiske lidelser. I C. Bjørkquist & H. Ramsdal (Red.), *Statlig politikk og lokale utfordringer: Organisering av tjenester innen rus og psykisk helse* (Kap. 11, s. 217–234). Cappelen Damm Akademisk. <https://doi.org/10.23865/noasp.140.ch11>  
Lisens: CC-BY 4.0

de utfordringene kommunene har med å tilrettelegge for gode boliger til denne brukergruppen og hvordan man har håndtert disse utfordringene.

Bolig ses vanligvis som en del av den sosiale tryggheten i et velutviklet velferdssamfunn som Norge. Tilrettelagte boliger handler i Norge derfor om noe mye mer enn bare mennesker med rus- og psykiske lidelser. Begrepet som brukes for å beskrive samfunnets strategi for å sikre alle et tilfredsstillende boligtilbud, er boligsosialt arbeid. Med boligsosialt arbeid menes det minst tre ulike tiltak. Først handler det om å skaffe bolig til dem som trenger det. Dernest handler det om å sikre beboerne økonomisk på en slik måte at de kan beholde boligen, og i siste omgang handler det om å gi beboerne oppfølging i hjemmet for at de skal kunne fungere der (NOU 2011: 15). Boligpolitikken i Norge handler slik om noe mer enn å bare å få tak over hodet. Regjeringen har derfor lagt følgende til grunn for hvordan boliger skal tildeles ROP-brukere:

Det er viktig at kommunen tek utgangspunkt i den enskilde sine behov. Ein god busituasjon kan gjere den enskilde meir sjølvstendig og sjølvhjelpen, medan ein dårleg busituasjon kan føre til eit større hjelpebehov. (Meld. St. 17 (2012–2013), s. 103)

Det sentrale spørsmålet i dette kapitlet blir da om kommunene klarer å leve opp til disse ambisjonene.

## **Boligløsninger – muligheter og utfordringer for ROP-brukere**

I Norge er det særlig to måter å organisere boligtilbudet til brukerne på (Holm, 2012). Det ene er å tilby ulike former for felles bolig til en gruppe brukere – det som kalles bofellesskap. Slike bofellesskap består ofte av en serviceenhet med personell til stede hele døgnet. Denne serviceenheten har fellesområder der beboerne kan ta kontakt med de ansatte dersom de ønsker det, og der det gjerne arrangeres en del fellesaktiviteter. Bofellesskapets ansatte har ansvar for å yte botrening og aktivitetstilbud, men gir ikke noe behandlingstilbud. De har likevel ofte oversikt over hvilke behandlingstilbud beboerne får, ambulant eller poliklinisk, og sørger gjerne for at beboerne møter opp til sine avtaler. Beboerne har i tillegg

sine egne boenheter – små leiligheter eller hybelleiligheter. Beboerne anses som leietakere og har egen leieavtale og disposisjonsrett over leiligheten, men noen bofellesskap har leieavtaler som forplikter beboerne til å følge fastsatte regler.

Den andre måten er å la beboerne bo i egne leiligheter eller andre boliger som beboerne enten eier eller leier av andre, for eksempel kommunen. Beboerne får et ambulant og/eller poliklinisk tjenestetilbud. Hva slags tilbud de får varierer. Noen får da tilbud fra en rekke ulike aktører, andre får et mer samordnet tilbud gjennom oppfølging fra team som yter helhetlige tjenester.

Internasjonalt er det fortsatt en rekke land som tilbyr ulike former for hospits eller lignende der beboerne ikke har egen boenhet, men bare får tilgang til et rom med seng (Nelson, 2010). Dette er løsninger hvor brukerne langt på vei opplever seg utstøtt og uten støtte til å mestre livet sitt (Johannessen, 2008), og internasjonal forskning viser at slike institusjonspregete boliger ikke oppleves som særlig positive blant annet fordi de utfordrer brukernes selvstendighet og fordi de i liten grad fremmer rusfrihet. Slike løsninger finner vi derfor i begrenset grad i Norge i dag. Flertallet av brukerne av slike botilbud ønsker andre boformer (Duffin, 2007; Nelson & Laurier, 2010).

Det har vært gjort en del undersøkelser av hva slags bolig mennesker med rus- og psykiske lidelser ønsker. Duffin (2006) finner at brukerne er opptatt av gode boligtilbud, men at midlertidige boliger med mye rusmisbruk – som hospits – egner seg dårlig som utgangspunkt for å bli rusfrie. Brukerne legger også stor vekt på at de har behov for ambulante og tverrfaglige tjenester. Browne & Courtney (2005) finner at for brukerne er det viktig å ha en tilfredsstillende bolig – en opplevelse av et eget hjem. De finner også at brukerne legger vekt på relasjoner – å bli akseptert og forstått av andre, og å ha noen å bo sammen med.

Borg et al. (2005) oppsummerer funnene fra sin undersøkelse med at bolig handler om å realisere noe alle drømmer om. Dersom den i tillegg skal kunne karakteriseres som et hjem, legger brukerne vekt på at boligen skal være et sted for vekst og utvikling, et sted der brukerne selv har kontroll, og et sted der de kan balansere privatliv og sosial deltakelse. Forchuk et al. (2006) peker i tillegg på at jo større grad av selvstendighet

brukerne har, jo vanskeligere er det å få hjelp dersom det oppstår en krisesituasjon. Det er derfor ønskelig med tjenester som er tilgjengelige døgnet rundt. I tillegg er det viktig med tilrettelagte transporttjenester som ikke koster brukerne mer enn de har råd til å betale dersom de er avhengig av poliklinisk oppfølging.

Andvig et al. (2013a) konkluderer på grunnlag av en review med at boligtilbud kan bidra både til positive erfaringer (for eksempel trygghet, sosial kontakt og tro på fremtiden) og til utfordringer (for eksempel ensomhet, økonomiske problemer og utilstrekkelig bistand). Det er også viktig at boligen oppleves som et hjem. I Hansen (2020) beskriver beboere i bofellesskap selv hvordan boligtilbudet bidrar til blant annet trygghet, sosial kontakt og tilgang på andre tjenester.

I en undersøkelse der man sammenlignet beboerne i bofellesskap med omfattende tjenesteoppfølging og beboere i uavhengige boliger med begrenset ambulant tjenestetilbud, fant man at beboerne i begge formene for botilbud gradvis fikk det bedre (Grant & Westhues 2010). Et interessant aspekt ved denne undersøkelsen var at avgjørelsen om hvilken boform de skulle ha, var tatt av beboerne selv i samarbeid med tjenesteytere som kjente dem godt. En antakelse er derfor at det ikke er avgjørende hvilken boform som velges, men at valget bygger på individuell tilpasning til den enkelte bruker. En slik oppfatning deles av Richter og Hoffmann (2017), som mener at det er klar dokumentasjon på at beboernes egne valg av boform er avgjørende for deres livskvalitet og bedringsprosess. Dette er en konklusjon som deles av andre, og det synes å være stor enighet om at avgjørende for god livskvalitet er at brukerne selv får være med på å avgjøre hvilket botilbud de skal tilbys (Nelson & Laurier, 2010; O'Connell et al., 2006; Richter & Hoffmann, 2017).

Noen kommuner har innført en helt spesiell form for brukermedvirkning ved at de inkluderer brukerne både i planlegging og oppføring av boligene. Blant annet viser oppfølgingen av en gruppe bostedsløse som selv var med på å planlegge og bygge sine egne boliger, at boligene blant annet bidro til trygghet, forutsigbarhet og fellesskap (Andvig et al., 2013b). De samme erfaringen har man også gjort i andre kommuner (Wågø et al., 2019).

De siste årene har boligtilbud til ROP-brukere gjerne blitt knyttet opp mot den strategien som betegnes *housing first*. Utgangspunktet for tilbudet til ROP-brukere har ofte vært at man først skal de behandles i en institusjon for å bli rusfrie. Når de så er rusfrie, skal man kunne tilby ulike former for oppfølging i hjemmet, men siden de da er «friske», har man ikke ansett at det har vært behov for omfattende tjenester. *Housing first* er en omvendt strategi. Her tenker man seg at bolig er basis, og ulike tjenester bygger på at målsettingen ikke nødvendigvis er å bli frisk, men derimot å kunne mestre livet og sosiale utfordringer man møter best mulig. Sentralt i denne strategien er at brukerne selv skal velge hvilket botilbud de skal ha (Tsemberis et al., 2004).

Et viktig poeng når det skal tildeles bolig, er at bistandsbehovet for denne gruppen kan variere stort fra dag til dag (Evjen et al., 2012). Mange vil derfor oppleve at det er ønskelig med personell som er fleksible og tett på og kan tilpasse oppfølgingen raskt til endringene (Forchuk et al., 2006). Slik oppfølging er det lettere å legge til rette for dersom tjenesteyterne er tett på brukerne i deres hjem (Hansen & Grødem, 2012).

Denne gjennomgangen gir grunnlag for å trekke følgende konklusjon: Det er behov for å sørge for at bolig er basis i alle tjenestetilbud til ROP-brukere, og boligtilbudet må fremstå som en integrert del av det totale tjenestetilbudet.

## Metode

Dette kapitlet bygger på intervjuene vi gjorde på seminaret som er beskrevet i kapittel 2 (Bjørkquist & Ramsdal) i denne antologien. De skrevne intervjuene ble gjennomgått slik at alle utsagn som omhandlet tildeling av bolig og oppfølging av brukerne etter at de hadde blitt tildelt bolig, ble skilt ut for seg. Det ble benyttet en analysemetode som kalles direkte innholdsanalyse. Denne analysemetoden er i hovedsak deduktiv og tar utgangspunkt i relevante teorier og forklaringer knyttet til forskningstemaet – i dette tilfellet bolig til ROP-brukere (Lune & Berg, 2017). Analysen av data viste tydelig at det sentrale analytiske begrepet var *housing first*, og teorier knyttet til dette begrepet. Dette gjorde at det ble naturlig å organisere temaene i tråd med en utviklingsprosess fra tildeling av bolig,

via behovet for en talsmann til behovet for oppfølging etter at brukeren var kommet inn i boligen (jfr Miles & Hubermann, 1994). Dette ga følgende tematiske overskrifter: *housing first*, tildelingsprosessen, behovet for en talsmann og behovet for oppfølging. Disse temaene ble så analysert hver for seg i en prosess der teorier og hypoteser ble utviklet og testet mot dataene (Ruona, 2005). En viktig ramme for analysen var, i tillegg til teorien om *housing first* og erfaringene om hva som er viktige elementer i tjenestetilbud forankret i denne strategien, de ambisjonene regjeringen har skissert i Meld. St. 17 (2012–2013), *Byggje – bu – leve*. Til slutt ble intervjuene lest gjennom på nytt for å sikre at de konklusjonene som ble trukket ikke var i motstrid til et helhetlig bilde av intervjuene.

## Resultater

### Housing first

Bolig er åpenbart basis i de kommunale tjenestene. En av de ansatte beskriver utfordringen mange av dem peker på:

Hvis man ikke bor noen sted, hvordan skal man følge opp en pasient da? Du må jo ha et sted å starte. Hvis de bare er på midlertidig bolig og sover på sofaen hos kameraten, så er det vanskelig å gi gode tjenester.

Dette viser hvordan prinsippet fra *housing first* om bolig før behandling danner utgangspunkt for det kommunale tjenestetilbudet. Dersom tjenestene skal kunne følge opp brukerne med tilfredsstillende tilbud, legger de ansatte til grunn at brukeren må ha en bolig som basis for tjenestetilbudet. ROP-brukere er en brukergruppe som ofte trenger omfattende oppfølging. Kommer brukerne fra en institusjon, eller av andre grunner ikke har hatt egen bolig tidligere så er det vanskelig å klare seg uten god oppfølging. En av de ansatte formulerte utfordringen slik: «Det er utrolig bratt å komme fra de skjermede omgivelsene og ut i en kommunal leilighet, hvor verden er foran deg, og du har ingenting.»

Når brukerne er i en slik situasjon, der de mangler erfaring med hvordan de skal leve utenfor en institusjon, så er det avgjørende at de har en bolig for at tjenesteyterne skal kunne yte nødvendige tjenester. Det medfører at tildelingen av en bolig blir svært viktig for brukerne både fordi

det er ønskelig å ha et sted å bo og fordi en bolig er avgjørende for at de skal få tilfredsstillende oppfølging.

## Tildeling av bolig

De to største kommunene hadde da intervjuene ble gjennomført begge en form for bolig- eller bestillerkontor – her benevnt som tildelingsmyndighet. Tildeling av kommunale boliger avgjøres av disse kontorene etter søknad. I utgangspunktet er det brukeren selv som må ta kontakt og søke om et botilbud. Kommunale boliger ytes til en rekke grupper, og det er tilsynelatende stor mangel på slike boliger. Det skaper utfordringer knyttet til hvordan brukere skal følges opp dersom de kommer fra et institusjonsopphold (fengsel, sykehus eller annen behandlingsinstitusjon). En av de ansatte beskrev utfordringen slik:

Det er kø på kommunale leiligheter. Så jeg synes at det er kjempevanskelig å få på plass gode tilbud, da. Da blir det på en måte en sånn ventetid, kanskje, hvor ting er litt sånn uavklart og hvor vi egentlig ikke kan levere på noe. Og så har vi sykehusene som på en måte ... Pasienten er utskrivningsklar, og så har vi på en måte ikke noe som kan ivareta brukeren på en god måte i etterkant. Så da blir det liksom løsninger som er ... Ja, veldig midlertidige og ikke bra nok, da, tenker jeg.

Det er ikke bare mangel på boliger som er et problem. Også de prinsippene tjenestene ytes etter, kan gjøre at det blir vanskelig for brukerne å mestre det boligtilbudet de får.

Man begynner med lite, sper på hvis det er behov for det. Men mange av disse trenger mye med en gang, også trekker man heller ifra. [...] Det tilbudet de får er ofte så dårlig at de nesten vet at det ikke kommer til å gå bra før de starter. Det er ikke noen god følelse å sitte på. Det er akkurat forsvarlig helse, men det er ikke noe mer enn det. Og de skal gjerne ha mer for å lykkes. Så det der er vanskelig.

Problemet, slik det beskrives her, er at tilbudet i begynnelsen ikke er omfattende nok. Det skyldes delvis at det tar tid å få på plass et tilbud, og delvis at man i første omgang legger opp til å yte boligtilbud med minst mulig oppfølging og ser om det fungerer. Slik våre informanter beskriver



det synes det som at det er stor enighet om at de som tildeler bolig ikke har tilstrekkelig oversikt over hvilke behov brukerne har. Tildelingsmyndigheten har da store problemer med å finne frem til en velegnet bolig for den enkelte bruker. En av tjenesteyterne skisserte følgende løsning på dette problemet: «Vi fantaserer om at vi gjerne skulle hatt noen overgangsboliger hvor man kunne kartlagt det reelle funksjonsnivået.»

Dette utsagnet indikerer at det er svært utfordrende å finne frem til et boligtilbud som brukeren kan mestre. En søknad og en enkel kartlegging er ikke tilstrekkelig grunnlag for å finne frem til en tilpasset bolig. Denne informanten ser derfor behov for å ha muligheter til å observere brukeren over tid med sikte på å se hva vedkommende mestrer og hva vedkommende bør ha hjelp til.

## Brukermedvirkning og makt

Tilrettelagt bolig er åpenbart et knapt gode. Det innebærer at det både er vanskelig å få tilfredsstillende bolig, og at det kan være ventetid før bolig blir tildelt. Det er også en utfordring at tildelingsmyndigheten skal skaffe bolig til en rekke andre grupper. Tildelingsmyndigheten må derfor foreta prioriteringer. Det er uklart hvilke kriterier boligkontorer tildeler bolig på grunnlag av, men det ser ut som man i begrenset grad samler inn opplysninger og vurderinger fra de som ellers følger opp brukeren. Derimot er det klart at de blant annet forholder seg til egne erfaringer med den aktuelle brukeren. Det er ikke alltid en fordel for vedkommende. Flere av brukerne har hatt vansker med å fungere i boligtilbud som de har fått tidligere. Følgende utsagn illustrerer hvordan dette blir problematisk:

Vi har jo noen utfordrende brukere. Og det blir kjempevanskelig for oss som jobber med dem og få dem inn i en bolig, og i hvert fall inn i en egna bolig hvis de har en historie på å ødelegge.

Dette tyder på at hvis tildelingsmyndigheten har negative erfaringer med brukeren fra før, så blir det vanskelig, ikke bare å få en tilrettelagt bolig, men å få en bolig i det hele tatt. En slik situasjon kan føre til at brukeren vil ta til takke med en hvilken som helst bolig. Et annet utsagn understreker samme poenget:

Jeg har erfart at mange innenfor denne målgruppa har hatt en kommunal bolig tidligere, på et eller annet tidspunkt, og så har de av en eller annen grunn blitt kasta ut. Og så kanskje de i større grad nå er klar for å bo i bolig, men så slår det inn at du har gjeld og den må betales tilbake før du kan få bolig ...

I dette tilfellet pekes det også på poenget om at noen brukere har pådratt seg gjeld fordi de har en historie med utagerende atferd som har ført til ødeleggelser kommunen krever at de må erstatte. Dette er også en situasjon som fører til at brukeren er i en dårlig forhandlingssituasjon overfor tildelingsmyndighetene. Denne forhandlingssituasjonen kan til en viss grad styrkes ved at brukeren har med seg en talsmann. De ansatte peker på at mange av de aktuelle brukerne har vansker med å kommunisere med et bolig-/bestillerkontor. Flere brukere understreker også at de føler seg både mistenkeliggjort og misforstått når de søker om bolig. En av de ansatte mente at det derfor var behov for at brukerne hadde en person som kunne støtte dem i møter med tildelingsmyndighetene: «Hvis tjenesteyter deltar på møtet med brukeren, så tyder erfaring på at det er lettere å få gjennomslag.»

For det første innebærer dette at en slik talsmann kan bidra med mer innsikt i brukerens situasjon enn det tildelingsmyndigheten ellers har. I tillegg synes dette å antyde at en talsmann også kan innebære en viss form for maktbalansering ved at talsmannen har større tillit fra systemet.

## Flere tjenester

*Housing first* innebærer at bolig bare er basis i et større tjenestetilbud. Informantene er derfor tydelige på at bolig er bare en av mange utfordringer som må løses. En av tjenesteyterne skisserer følgende utfordringer.

Og mange av dem kommer i leilighet og bolig for første gang, og så skal vi tilrettelegge tjenester slik at vi ser hva de trenger av tjenester, alle mulige. Hvis de har oss så får de ikke oppfølging da, men ... Ja, som jeg nevnte behandling: tannlege, fastlege, få alt dette her opp og gå.

Denne uttalelsen skisserer to poenger. For det første at det er behov for en omfattende kartlegging før man kan konkludere med hvilken oppfølging brukeren trenger. I tillegg er det viktig å få på plass en rekke andre

tjenestetilbud som er nødvendige for at beboeren skal få et tilstrekkelig helhetlig tilbud. Dessuten tyder beskrivelsen på at behovet for samarbeid ikke begrenser seg til et samarbeid mellom tildelingsmyndigheten og rus- og psykisk helsetjeneste, men også bør inkludere flere hjemmebaserte tjenester.

Det er altså en utfordring å finne en bolig som er tilpasset den enkeltes behov, slik ambisjonen i regjeringens melding til Stortinget er beskrevet foran. Tjenesteyterne beskriver en rekke situasjoner der beboeren ikke klarer å mestre situasjonen. Noen av disse situasjonene oppstår fordi beboeren mangler erfaring med å løse elementære oppgaver som matlaging og husarbeid. Andre beskriver situasjoner der beboerne mangler forståelse for hvordan utstyr for eksempel på bad og kjøkken fungerer. Konsekvensen av dette er at noen brukere får boligtilbud de ikke klarer å håndtere, og da blir resultatet gjerne det en av de kommunalt ansatte beskrev på følgende måte: «De klarer ikke å bo. Å holde på en leilighet.»

Tjenesteyterne ser likevel at det finnes løsninger på de utfordringene de beskriver. En informant formulerte følgende tilnærming til hva som burde gjøres:

Jeg tenker at en del her går på samhandling, å ha boligkontoret tettere opp mot tjenesten, og man må på en eller annen måte prioritere gruppa, i større grad enn det som har blitt gjort.

I praksis synes denne uttalelsen å skissere to forventninger til hva som bør gjøres. Forventningen om å prioritere brukergruppen innebærer trolig et ønske om at tilgangen til boliger skal bli bedre. Det kan gi grunnlag for å gi brukerne valg mellom flere boalternativer. Bedre samarbeid er den andre forventningen som kan bidra at de boalternativene som foreligger blir vurdert ut fra et helhetlig perspektiv på brukerens situasjon og behov.

## Drøfting

### Housing first

Informantene er tydelige på at det er brukernes bolig som er utgangspunkt for de tjenestene de yter, og at en hensiktsmessig bolig er nødvendig for at de kan yte et tilfredsstillende tjenestetilbud. Dette er i tråd med

en *housing first*-strategi. Forskning på *housing first* tyder på at det er av avgjørende betydning for beboernes mestring at boligtilbudet bygger på god innsikt i brukerens mestringsnivå, og at tilbudet utformes i samarbeid både med brukeren selv og de som kjenner vedkommende. Videre synes det å være viktig å sørge for at brukeren kan få hjelp når vedkommende trenger det – aller helst burde det være tilgjengelig døgnet rundt. I tillegg tyder mange undersøkelser på at det er positivt for brukeren at flest mulig tjenester ytes av færrest mulig tjenesteytere (se f.eks. Nordaunet & Andvig, 2018; Snertingdal, 2014; Tsemberis et al., 2004). Dette innebærer at hvordan man organiserer tildeling av bolig, hvordan man tilrettelegger for brukermedvirkning og hvordan man følger opp de brukerne som har fått en bolig, blir viktige faktorer for å bidra til mestring for brukeren.

## Tildeling av bolig

Beskrivelsene som våre informanter har gitt, tyder på at tildelingsprosessen av bolig kjennetegnes av to forhold: For det første at det er egne tildelingsmyndigheter som ikke har spesiell innsikt i brukerens situasjon, og for det andre at man er opptatt av å tildele minst mulig ressurskrevende boligtilbud. Dette kommer i motstrid til de erfaringer som er gjort i andre sammenhenger og som tyder på at det er viktig at de som skal tildele bolig har god innsikt i brukernes atferd, kognitive funksjon og relasjonelle ferdigheter (Ose & Pettersen, 2014). I praksis innebærer det at den som tildeler en bolig må ha bedre kjennskap til brukerne enn det man får ved å forholde seg til en skriftlig søknad og en rask kartleggingssamtale. For det andre tyder utsagnene fra våre informanter at tildelingsmyndighetene er opptatt av å tildele minst mulig ressurskrevende botilbud. Dette kan føre til at en del av brukerne får botilbud de ikke mestrer. Manglende mestring kan så føre til at brukeren utagerer, og at det igjen bidrar til at tildelingsmyndigheten er negativ til å prøve ut nye botilbud, slik flere av informantene beskriver.

Informantene i denne undersøkelsen peker på at det i alle fall finnes to tiltak som kan avhjelpe svakhetene i en slik tildelingsprosess. For det første handler det om mulighetene for å gi brukeren en midlertidig bolig der brukeren kan prøve ut eget mestringsnivå og observeres tett. Dette er

løsning som gir større muligheter for å avdekke brukerens mestringsnivå enn ved en søknad eller en kartleggingsamtale. En annen løsning er at en tjenesteyter som kjenner brukeren godt kan delta i en kartleggingsamtale og hjelpe til å beskrive brukerens mestringsnivå, gjerne en koordinator, slik som beskrevet i kapittel 6 (Hansen) i denne antologien. Vi kommer også tilbake til at dette kan styrke brukerens situasjon på flere måter.

## Brukermedvirkning og makt

*Housing first* er en tankegang som er forankret i brukermedvirkning (Tsemberis et al., 2004). Dette underbygges i en rekke andre undersøkelser som viser at botilbud til ROP-brukere bør bygge på brukernes egne valg og prioriteringer (se f.eks. Nelson, 2010; O'Connell et al., 2006; Richter & Hoffmann, 2017). Vi legger til grunn at brukermedvirkning innebærer at brukerne har reell innflytelse på relevante beslutninger. Beslutningsprosesser styres også av hvor klare målene er, at man kjenner aktuelle løsningsalternativer og at man ser konsekvensene av de løsningsalternativene som foreligger (March, 1994). Det innebærer at vi anser at brukermedvirkning må innebære at brukerne får informasjon om ulike alternativer som kan foreligge, får innsikt i hvilke konsekvenser hvert enkelt alternativ har, at de får anledning til å diskutere de aktuelle løsningsalternativene og at de har innflytelse på de beslutningene som tas (Hansen, 2019). En måte dette kan oppnås er ved hjelp av det som gjerne kalles delt beslutningstaking. Storm & Edwards (2013) peker på at en slik prosess blant annet krever aktiv deltakelse fra både bruker og tjenesteyter og en prosess der informasjonsdeling og reelle valg av løsninger er sentrale elementer. Undersøkelsene som er presentert viser at brukerne ofte har ønsker som kan oppfattes som motstridende. For eksempel kan det være vanskelig å kombinere mest mulig selvstendighet og ønsket om at hjelp skal være tilgjengelig døgnet rundt. En diskusjon der brukeren presenteres for fordeler og ulemper med ulike former for botilbud bør derfor være sentral i prosessen med å tildele bolig til ROP-brukere. I de beskrivelsene som informantene gir i dette kapitlet er det ikke noe som tyder på at tildeling av bolig foregår på denne måten. Det ser ut som om det i større grad er spørsmål om å få et botilbud eller ikke som er situasjonen.

En forutsetning for delt beslutningstaking er at det er en viss balanse i maktforholdet mellom de som skal ta en felles avgjørelse. En klassisk definisjon på makt, er: «Makt forekommer når en aktør A får en aktør B til å gjøre noe hun eller han ellers ikke ville ha gjort» (Dahl, 1957, s. 202–203, min oversettelse). Slik makt kan oppstå dersom man har et bytteforhold som ikke er balansert. Det vil si at dersom aktør A har et gode som aktør B virkelig ønsker seg uten at aktør B har noe å gi tilbake, vil aktør A ha makt over aktør B (Hernes, 1978). Dette er relevant i denne sammenhengen fordi tildelingsmyndighetene har noe som brukeren er svært opptatt av å få – en bolig, mens brukeren ikke har noe å tilby igjen. De beskrivelsene som informantene gir tyder på at brukere som fra tidligere har en historie med «uheldige» situasjoner, kommer i en spesielt dårlig forhandlingsituasjon. Det betyr at selv om brukeren har klare preferanser for hva slags botilbud vedkommende ønsker seg, er det fare for at brukeren kan akseptere løsninger som ikke er ønskelige bare for å få en bolig. Brukermedvirkning i form av delt beslutningstaking der tjenesteyter og bruker diskuterer seg frem til en god løsning kan derfor være vanskelig å oppnå.

Også i denne problemstillingen skisserer informantene en løsning. I mange tilfeller styrkes brukerens situasjon dersom vedkommende har en talsmann (Bjørkquist & Hansen, 2019). Dette er et synspunkt som også fremmes i denne undersøkelsen. I kapittel 6 i denne antologien pekes det på at mange av brukerne vil ha behov for en koordinator som kan fremme brukerens synspunkter. I våre data er det flere som fremhever behovet brukerne har for å ha med seg en talsperson i møtet med tildelingsmyndighetene. Det kan bidra både til at tildelingsmyndighetene får tilgang på gode data om brukeren, og at brukeren får med seg en som kan bidra til å utjevne ulikhetene i makt.

## Flere tjenester

Dataene viser at det er et problem at så mange brukere ikke mestrer livet i boligene de disponerer. Det er flere grunner til det. De ansatte peker på at det er brukere som ikke har erfaring med å bo for seg selv og mangler innsikt i hvordan man lager mat og hvordan man ellers løser de daglige gjøremålene i en egen bolig. I tillegg er det åpenbart at bolig i seg selv

løser få problemer. For de fleste må det på plass en rekke andre tjenestetilbud for at brukerne skal kunne mestre et liv i egen bolig. Informantene peker på flere årsaker til at det er vanskelig å yte tilfredsstillende oppfølging av brukerne i boligen.

For det første beskrives en praksis der man begynner med minst mulig omfattende tjenester og så fyller på med mer etter hvert som det avdekkes nye behov. En av kommunene har fått kritikk fra fylkesmannen fordi de ikke hadde et tilfredsstillende system for opplæring av brukere som fikk bolig. Som en av informantene påpeker foran, har en del av brukerne lite eller ingen erfaring med å bo for seg selv. Beskrivelsen tyder på at brukere da kommer i en situasjon de ikke mestrer.

I tillegg er det utfordringer knyttet til samarbeid. Informantene peker på at tjenestene i boligen ytes av flere ulike virksomheter som rus- og psykisk helsetjeneste, boveiledningstjeneste og andre individuelt tilpassete tjenester. Selv om det i mange tilfeller benyttes ulike former for ansvarsgruppemøter for å ivareta samarbeid mellom de ulike virksomhetene, er dette tilsynelatende ikke nok. Det skyldes trolig at man organiserer tjenestene i egne budsjettenheter (Hansen & Ramsdal, 2005; Head & Alford, 2015). Denne delingen, der hver virksomhet bare har ansvar for en liten del av tjenestetilbudet til brukerne, gjør det utfordrende å samarbeide. En grunnleggende forutsetning for at man skal få til et godt samarbeid i en gruppe, er at alle grupped medlemmene tar et ansvar for helheten (Øvretveit, 1996). Dersom man har en ordning der virksomheter som skal samarbeide om et helhetlig tjenestetilbud er egne budsjettenheter, vil dette kunne føre til at den enkelte virksomhet bare er villig til å ta ansvar for de oppgavene den er pålagt å løse, og unngår nye oppgaver – selv om man ser at brukeren trenger slik hjelp (Head & Alford, 2015). Undersøkelser som er gjort tyder på at tilstrekkelig oppfølging i hjemmet og samarbeid mellom de ulike tjenestene er avgjørende for at brukerne skal kunne mestre boligsituasjonen (Sylvestre et al., 2007). Dette er også den løsningen våre informanter peker på.

## Avslutning

Regjeringen har skissert klare ambisjoner om at boligtilbudet til ROP-brukere skal bygge på behovene til hver enkelt bruker. Situasjonen

informantene beskriver tyder på at det er langt igjen til denne ambisjonen er oppfylt. Det er særlig fire forhold som bidrar til dette. For det første er tildelingen av bolig ikke god nok. Den bygger ikke på tilstrekkelig innsikt i brukerens situasjon til at man kan finne en tilpasset bolig. For det andre beskrives en praksis der man innledningsvis yter et minimumstilbud og tenker seg at det skal fylles på med mer etter hvert som behovene blir avdekket. I tillegg tyder dataene på at brukermedvirkningen er svak, blant annet fordi det ikke er tilstrekkelig maktbalanse mellom den som yter tjenester og bruker. Manglende helhet til tjenestetilbudet på grunn av fragmentering av tjenestene er det siste problemet som trekkes frem av informantene.

Informantene peker også på hvordan en del av disse problemene kan løses. For det første understrekes det at tildeling av bolig bør skje ved et samarbeid mellom tildelingskontor og de som ellers yter tjenester og kjenner brukerens mestringsnivå. Dernest pekes det på at dersom en av tjenesteyterne fungerer som brukerens talsmann, så kan det styrke både innsikt i brukerens behov og brukerens forhandlingssituasjon. Til slutt understrekes behovet for økt samarbeid mellom de ulike tjenestene som skal yte et samlet og helhetlig tjenestetilbud.

Erfaringene med *housing first* viser at dette er en strategi som kan oppfylle ambisjonene som regjeringen skisserer i stortingsmeldingen. Samtidig tyder erfaringene i dette kapitlet på at dersom ambisjonene skal realiseres, er det behov for at tildeling av bolig må integreres bedre i et tjenestetilbud der brukerens behov, boligtilbud og andre tjenestetilbud utgjør en samordnet og tilpasset helhet.

## Referanser

- Andvig, E., Lyberg, A. & Gonzalez, M. T. (2013a). Erfaringer med å bo i egen bolig ved langvarige psykiske helseproblemer: En scoping review. *Tidsskrift for psykisk helsearbeid*, 10(2), 115–128. <https://doi.org/10.18261/ISSN1504-3010-2013-02-03>
- Andvig, E., Lyberg, A., Karlsson, B. & Borg, M. (2013b). Et anstendig liv: Erfaringer med å skape et hjem for personer med rus- og psykiske helse problemer. *Tidsskrift for psykisk helsearbeid*, 10(2), 160–168. <https://doi.org/10.18261/ISSN1504-3010-2013-02-07>



- Bjørkquist, C. & Hansen, G. V. (2018). Reducing service barriers to people with dual diagnosis in Norway. *Cogent Social Sciences*, 4(1), 1561237. <https://doi.org/10.1080/23311886.2018.1561237>
- Borg, M., Sells, D., Topor, A., Mezzina, R., Marin, I. & Davidson, L. (2005). What makes a house a home: The role of material resources in recovery from severe mental illness. *American Journal of Psychiatric Rehabilitation*, 8(3), 243–256. <https://doi.org/10.1080/15487760500339394>
- Browne, G. & Courtney, M. (2005). Housing, social support and people with schizofrenia: A grounded theory study. *Issues in Mental Health Nursing*, 26, 311–326. <https://doi.org/10.1080/01612840590915694>
- Dahl, R. A. (1957). The concept of power. *Behavioral Science*, 2(3), 201–215. <https://doi.org/10.1002/bs.3830020303>
- Duffin, M. (2006). Community safety: Housing drug and alcohol users. *Housing, Care and Support*, 9(4), 27–29. <https://doi.org/10.1108/14608790200600029>
- Duffin, M. (2007). Barriers and gaps in current housing provision for drug and alcohol users. *Housing Care and Support*, 10(2), 4–8. <https://doi.org/10.1108/14608790200700008>
- Evjen, R., Kielland, K. B. & Øiern, T. (2003). *Dobbelt opp: Om psykiske lidelser og rusmisbruk*. Universitetsforlaget.
- Forchuk, C., Nelson, G. & Hall, B. (2006). «It's important to be proud of the place you live in»: Housing problems and preferences of psychiatric survivors. *Perspectives in Psychiatric Care*, 42(1), 42–52. <https://doi.org/10.1111/j.1744-6163.2006.00054.x>
- Grant, J. G. & Westhues, A. (2010). Choice and outcome in mental health supported housing. *Psychiatric Rehabilitation Journal*, 33(3), 232–235. <https://doi.org/10.2975/33.3.2010.232.235>
- Hansen, G. V. & Ramsdal, H. (2005). Om sirkelens kvadratur. Psykisk helsearbeid møter bestiller-utførerorganisasjonen. *Tidsskrift for psykisk helsearbeid*, 2(2), 134–148.
- Hansen, G. V. (2020). For noen beboere er bofellesskap en god løsning. *Tidsskrift for psykisk helsearbeid*, 17(2–3), 95–104. <https://doi.org/10.18261/issn.1504-3010-2020-02-03-03>
- Hansen, G. V. (2019). Organisering av individuell brukermedvirkning. I C. Bjørkquist & M. J. Fineide (Red.), *Organisasjonsperspektiv på samordning av helse- og velferdstjenester* (s. 47–67). Cappelen Damm Akademisk. <https://doi.org/10.23865/noasp.66.ch2>
- Hansen, I. L. S. & Grødem, A. S. (2012). *Samlokaliserte boliger og store bofellesskap. Perspektiver og erfaringer i kommunene* (Fafo-rapport 2012:48). <https://www.fafo.no/zoo-publikasjoner/fafo-rapporter/item/samlokaliserte-boliger-og-store-bofellesskap>
- Head, B. W. & Alford, J. (2015). Wicked problems: Implications for public policy and management. *Administration & Society*, 47(6), 711–739. <https://doi.org/10.1177/0095399713481601>

- Helsetilsynet. (2016). *Risikovurdering av tjenester til personer med samtidig ruslidelse og psykisk lidelse* (Rapport 3/2016). <https://www.helsetilsynet.no/publikasjoner/rapport-fra-helsetilsynet/2016/risikovurdering-av-tjenester-til-personer-med-samtidig-ruslidelse-og-psykisk-lidelse/>
- Hernes, G. (1978). *Makt, blandingsøkonomi og blandingsadministrasjon*. Universitetsforlaget.
- Holm, A. (2012). *En verdig bosituasjon innen psykisk helsearbeid: Om boliger, tjenester og kapasitet innenfor kommunenes arbeid for personer med psykiske vansker* (NIBR-rapport 2012:2). <https://hdl.handle.net/20.500.12199/5514>
- Johannessen, K. (2008). *Et liv mellom bygningene*. Norsk institutt for by- og regionforskning.
- Lune, H. & Berg, B. L. (2017). *Qualitative research methods for the social sciences*. Pearson.
- March, J. G. (1994). *A primer on decision making. How decisions happen*. Free Press.
- Meld. St. 17 (2012–2013). *Byggje – bu – leve*. Kommunal- og moderniseringsdepartementet. <https://www.regjeringen.no/no/dokumenter/meld-st-17-20122013/id716661/>
- Miles, M. B. & Huberman, A. M. (1994). *Qualitative data analysis: An expanded sourcebook*. Sage.
- Nelson, G. & Laurier, W. (2010). Housing for people with serious mental illness: Approaches, evidence, and transformative change. *Journal of Sociology & Social Welfare*, 37(4).
- Nordaunet, O. M. & Andvig, E. (2018). Møte mellom skadereduksjon og Housing First i Norge – ansattes beskrivelser. *Tidsskrift for psykisk helsearbeid*, 15(1), 52–62. <https://doi.org/10.18261/issn.1504-3010-2018-01-06>
- NOU 2011: 15. (2011). *Rom for alle. En sosial boligpolitikk for fremtiden*. Kommunal- og moderniseringsdepartementet. <https://www.regjeringen.no/no/dokumenter/nou-2011-15/id650426/>
- O'Connell, M., Rosenheck, R., Kasprow, W. & Frisman, L. (2006). An examination of fulfilled housing preferences and quality of life among homeless persons with mental illness and/or substance use disorders. *The Journal of Behavioral Health Services & Research*, 33(3), 354–365. <https://doi.org/10.1007/s11414-006-9029-z>
- Ose, S. O. & Pettersen, I. (2014). *Døgnpasienter i TSB 20. november 2012* (Sintef rapport A26186). <http://hdl.handle.net/11250/2562955>
- Richter, D. & Hoffmann, H. (2017). Preference for independent housing of persons with mental disorders: Systematic review and meta-analysis. *Administration and Policy in Mental Health and Mental Health Services Research*, 44(6), 817–823. <https://doi.org/10.1007/s10488-017-0791-4>
- Ruona, W. E. (2005). Analyzing qualitative data, I R. A. Swanson & E. F. Holton (Red.), *Research in organizations: Foundations and methods in inquiry* (s. 223–263). Berrett-Koehler Publishers.

- Snertingdal, M. I. (2014). *Housing First i Norge – en kartlegging* (Fafo-rapport 2014:52). <https://www.fafo.no/zoo-publikasjoner/fafo-rapporter/item/housing-first-i-norge-en-kartlegging>
- Storm, M. & Edwards, A. (2013). Models of user involvement in mental health. Patient-centred health care: Achieving co-ordination, communication and innovation. *Psychiatric Quarterly*, 84(3), 313–321. [https://doi.org/10.1057/978113730931\\_17](https://doi.org/10.1057/978113730931_17)
- Sylvestre, J., Ollenberg, M. D. & Trainor, J. (2007). A participatory benchmarking strategy for describing and improving supportive housing. *Psychiatric Rehabilitation Journal*, 31(2), 115. <https://doi.org/10.2975/31.2.2007.115.124>
- Tsemberis, S., Gulcur, L. & Nakae, M. (2004). Housing first, consumer choice, and harm reduction for homeless individuals with a dual diagnosis. *American Journal of Public Health*, 94(4), 651–656. <https://doi.org/10.2105/ajph.94.4.651>
- Wågø, S. I., Høyland, K. & Bø, L. A. (2019). Bokvalitet og verdighet – en evaluering av boliger for mennesker med rus- og psykiske lidelser. SINTEF. [https://www.sintefbok.no/book/index/1210/bokvalitet\\_og\\_verdighet\\_en\\_evaluering\\_av\\_boliger\\_for\\_mennesker\\_med\\_rus\\_og\\_psykiske\\_lidelser](https://www.sintefbok.no/book/index/1210/bokvalitet_og_verdighet_en_evaluering_av_boliger_for_mennesker_med_rus_og_psykiske_lidelser)
- Øvretveit, J. (1996). Five ways to describe a multidisciplinary team. *Journal of Interprofessional Care*, 10(2), 163–171. <https://doi.org/10.3109/13561829609034099>

## KAPITTEL 12

# «... det vanskeligste er jo å finne noe fornuftig å gjøre»: Om betydningen av arbeid og aktivitet for mennesker med ROP-utfordringer

*Ragnhild Fugletveit*

Fakultet for helse, velferd og organisasjon, Høgskolen i Østfold

**Abstract:** This chapter explores ways in which work and other activities contribute meaning in the everyday lives of people with co-occurring challenges. There is still insufficient knowledge about the importance of work and activity among people with co-occurring challenges. This is evident in the Norwegian context, where people with co-occurring challenges are marginally represented in the workforce and other realms of activity. The conceptual framework in this chapter is based on symbolic interactionism, which implies meaning as a formative process. The methodological design is a bottom-up perspective, and the empirical sample consists of qualitative interviews with 13 women and men with challenges and/or co-occurring challenges. The findings indicate that work and activity have a significant impact, providing structure in their everyday lives and benefiting others. Work and activity contribute to affiliation in society and the local community. The conclusion indicates that emphasis and attention on work and activity as basic needs for people with co-occurring challenges is required: work and activity must become a central part of comprehensive services aimed at people with co-occurring challenges.

**Keywords:** activity, bottom-up, co-occurring challenges, work

Sitering av denne artikkelen: Fugletveit, R. (2021). «... det vanskeligste er jo å finne noe fornuftig å gjøre»: Om betydningen av arbeid og aktivitet for mennesker med ROP-utfordringer. I C. Bjørkquist & H. Ramsdal (Red.), *Statlig politikk og lokale utfordringer: Organisering av tjenester innen rus og psykisk helse* (Kap. 12, s. 235–257). Cappelen Damm Akademisk. <https://doi.org/10.23865/noasp.140.ch12>  
Lisens: CC-BY 4.0

## Innledning

Temaet for dette kapittelet er å diskutere hvilke symbolske betydninger aktivitet og arbeid kan ha for mennesker som har sammensatte problemer relatert til rus og psykisk helse. Kapittelet har som ambisjon å løfte frem enkeltmennesker med psykiske og rusrelaterte problemer, for å synliggjøre deres oppfatninger og vurderinger av deres hverdagsliv og mer spesifikt til betydningen av arbeid og aktivitet.

I kapittelet argumenteres det for at arbeid og aktivitet er viktige og sentrale forhold som må inngå som nødvendige deler av tjenestetilbudet. Det å ha noe meningsfylt å fylle hverdagen med er nært forbundet med levekår, og må derfor vurderes på lik linje med andre tjenester som tilbys den enkelte som har utfordringer knyttet til rusproblematikk og psykisk helse. Denne forståelsen gjenspeiles til en viss grad gjennom arbeidslinja, hvor velferdssystemet skal tilrettelegge for inntektsgivende arbeid for alle i yrkesaktiv alder. Arbeid skal være hovedmålet for alle arbeidssføre i yrkesaktiv alder, og dersom arbeid ikke er mulig, skal aktivitet være målet (St.meld. nr. 39 (1991–92)).

Av sentrale levekår er det aktivitet og arbeidsliv som innebærer de største utfordringene for mennesker med sammensatte problemer knyttet til rusproblematikk og psykisk helse. Det er også en sterk oppfatning om at arbeid og aktivitet kan bidra til stabil inntekt, redusere skadelig rusinntak, strukturere hverdagen, redusere stigma og etablere relasjoner (Biernacki, 1986; Cebulla, 2004; Fugletveit, 2018; Hustvedt et al., 2018; Lauritzen et al., 2012; McIntosh et al., 2008; Prop. 15 S (2015–2016); Ravndal, 2009; Thommesen, 2012).

Deltakelse i arbeidslivet har en sterk verdi i det norske samfunnet. For den enkelte kan arbeidsliv innebære identitet, aksept, mening og sosialt felleskap med andre (Øverbye & Hammer, 2006; Fugletveit, 2018). Og motsatt, det å ikke være i arbeid kan medføre at man mister en viktig del av den sosiale aksepten i samfunnet (Tanum & Krogstad, 2014; Fugletveit, 2018). Ifølge Wadel (1973/2011, s. 21) er det få unntak: «Dei som er unnatekne og framleis sosialt aksepterte, er dei sjuke, dei gamle, dei unge og ein kunne legge til, dei rike som ikkje treng å arbeide fordi dei har midlar til å klare seg sjølv.» Wadel (1973/2011) minner oss om at det ikke er hvem som helst som kan befinne seg utenfor arbeidslivet og

samtidig bli akseptert for det. I dette kapittelet blir temaet belyst med utgangspunkt i «bottom up» perspektivet (Blumer, 1969), som innebærer å analysere erfaringer fra ståstedene til mennesker som er berørt av denne tematikken og deretter etablere kunnskap med dette som grunnlag.

## Begreper og problemstilling

Sammensatte problemer relatert til rus og psykiske helse betegnes vanligvis som ROP-lidelser (Helsedirektoratet, 2012). Den forståelsen av begrepet som ligger til grunn for dette kapittelet er at det å ha sammensatte problemer relatert til rus og psykisk helse utfordringer oppleves, forstås og erfares på ulike måter, noe som også betyr at menneskene som er berørt, ikke kan fremstilles som en homogen gruppe. Dette betyr også at problemene, lidelsene og utfordringene ikke kan forstås som utelukkende individuelle, eller som medisinske diagnoser, uten å belyse de strukturelle dimensjonene – som også innebærer tilgjengelighet til og oppfølging av hjelpeapparatet. ROP-utfordringer er sammensatt av individuelle og strukturelle forhold, noe som også innebærer levekårene til den enkelte. Fattigdom, stigma, marginal tilgang på lønnet arbeid, boligproblemer, ensomhet og fysiske helseproblemer er sentrale dimensjoner i denne sammenheng (Nafstad, 2013). Det å ha ustabil bosituasjon, mangel på rusfrie nettverk og svak tilknytning til aktivitet eller arbeidsliv kan i seg selv bidra til å opprettholde problemene, utfordringene og lidelsene. Med andre ord er det forholdet mellom den enkelte og omgivelsene som danner utgangspunktet og forståelsen av ROP-utfordringer i dette kapittelet.

Problemstillingen for kapittelet er: *Hvordan kan arbeid og aktivitet skape mening for mennesker med ROP-utfordringer?* Begrepet mening er hentet fra teoritradisjonen symbolsk interaksjonisme (Blumer, 1969). Denne teoritradisjonen viser til at mennesker ikke automatisk overtar sosiale definisjoner av virkeligheten. Aktørene reflekterer over den mening deres handlinger utgjør, parallelt med hvordan andre (samfunnet/kulturen) oppfatter handlingene. Symbolsk interaksjonisme består ifølge Blumer (1969) av tre grunnleggende premisser, der det første er at

mennesker handler mot «noe» på basis av meningene dette «noe» har for dem. Andre premiss er at disse meningene utvikles fra sosial interaksjon med andre mennesker, og tredje premiss er at disse meningene håndteres og modifiseres gjennom fortolkninger som gjøres av personene og situasjonene de utspilles og erfares i. Blumer (1969) understreker betydningen av å fortolke mening som ikke innebærer en sosialt determinerende prosess, og utdyper dette poenget på følgende måte: «Accordingly, interpretation should not be regarded as a mere automatic application of established meanings but as a formative process in which meanings are used and revised as instruments for the guidance and formation of action» (Blumer, 1969, s. 5).

Relatert til problemstillingen innebærer symboler i denne sammenheng en fortolkning av betydningen av hva arbeid og aktivitet innebærer for mennesker med sammensatte lidelser og utfordringer. Det å analysere mening handler i denne sammenheng om å analysere hvilke fortolkninger informantene vektlegger når de vurderer betydningen av arbeid og aktivitet som en del av deres hverdagsliv.

## Arbeid og aktivitet – noen utfordringer

Det er et stort forbedringspotensial når det gjelder tjenester som kan bidra til meningsfull hverdag. I *Opptappingsplanen for rusfeltet* (Prop. 15 S (2015–2016)) ble det lagt vekt på tilbud «som kan bidra til en meningsfull hverdag, fremme mestringsevne og sosial inkludering» (Prop. 15 S (2015–2016)), s. 47). Evalueringen av opptappingsplanen viser at andelen med meningsfylt aktivitet er stabilt lav, på 29 prosent (Hansen et al., 2020). Utfordringene synliggjøres også i *Brukerplan*, som er kommunenes kartlegging av brukere av tjenestene. *Brukerplan* viser at arbeid eller aktivitet er områdene som brukerne skårer lavest på av alle levekårene som blir kartlagt (Hustvedt et al., 2018). Registeringene, som ble utført i 2017, viser at 60 prosent av brukere som ble definert i kategorien «ROP-utfordringer» hadde svært lite eller ingen form for meningsfull aktivitet (Hustvedt et al., 2018).

Fravær av meningsfylte aktiviteter i hverdagen oppgis også som en av årsakene til tilbakefall etter gjennomført rusbehandling i tverrfaglig

spesialisert behandling (Prop. 15 S (2015–2016)). I en longitudinell oppfølgingsstudie av mennesker som søkte rusbehandling i 1998 understreker Lauritzen et al. (2012) behovet for en bredere tilnærming. Ti år senere var den største utfordringen fraværet av meningsfull aktivitet eller arbeid. Lauritzen et al. (2012, s. 135) utdyper utfordringen på følgende måte:

Det er en stor utfordring for offentlige og private aktører å imøtekomme de som har redusert eller avsluttet rusmiddelbruken og som ønsker å komme inn i sosiale sammenhenger med tilpasset aktivitet, men som ofte beskriver et liv med stor grad av ensomhet og passivitet.

Passivitet og mangelen på aktivitet og arbeid er områder som flere forskningsbidrag definerer som hovedutfordringene til mennesker som har utfordringer knyttet til rus og psykisk helse. Et viktig poeng i denne sammenhengen er det ensidige fokus på heltidsarbeid. McIntosh et al. (2008) hevder at arbeidstiltakene i altfor stor grad er rettet mot heltidsarbeid og mindre mot deltidsarbeid. Mer vekt på deltidsarbeid kan føre til at flere klarer å mestre et arbeidsforhold, og viktige elementer i slike tiltak må også være utdanning og arbeidstrening som kan sikre basisferdigheter.

Arbeidsliv kan bidra til identitetsendringer som innebærer andre syn på seg selv og sin situasjon, noe som blir påpekt i Biernackis (1986) empiriske studie av 101 tidligere heroinavhengige personer som klarte å redusere rusproblemene uten rusbehandling. Studien viser til tre sentrale områder som ble viktige for å redusere problemene. For det første var det viktig å ha en aktivitet, noe å fylle tiden med – som arbeid, frivillig arbeid eller tilgang til et rusfritt nettverk. Aktivitetene hjalp informantene til å holde oppmerksomheten og håpet rettet mot målet om å skape avstand til rusen og miljøet. For det andre bidro deltakelse i arbeidslivet med muligheten til å planlegge livet mer langsiktig. Det tredje området som informantene vektla var å bli bekreftet av andre, det å bli sett som noe annet og mer enn det å ha ruslidelser og psykiske problemer. De tre områdene som studien utdyper som betydningsfulle, viser at arbeid og aktivitet er viktige elementer som kan bidra til å endre levekår og skape bedre livsvilkår (Biernacki, 1986).



McIntosh & McKeganey (2000) gjennomførte en tilsvarende kvalitativ intervjustudie i Glasgow i Skottland 14 år etter Biernackis (1986) undersøkelse. I likhet med Biernacki viser McIntosh et al. (2000) betydningen av å distansere seg fra rusen og miljøet som et viktig utgangspunkt for bedring og at hovedproblemet ikke var å stoppe å ruse seg, men å unngå tilbakefall når beslutningen om å slutte å ruse seg var tatt. To prosesser ble viktige: For det første måtte informantene distansere seg fra sitt tidligere rusmiljø, og for det andre ble det viktig å få tilgang til andre og nye aktiviteter og nettverk. McIntosh et al. (2000) påpeker imidlertid betydningen av lønnet arbeid som den mest ideelle løsningen. Studien viste at lønnet arbeid skapte mening, men også trygghet mot tilbakefall, økt selvtillit og stabilt fotfeste i arbeidslivet. Evans og Repper (2000) understreker betydningen av å vektlegge arbeid for personer med rus- og psykiske lidelser. Slade går enda lenger og hevder at hvis det er én faktor som skal fremheves foran andre i tjenestetilbudet, så er det arbeid (Slade, 2010, s. 9).

Ifølge van der Wel et al. (2019, s. 309) preges de norske sysselsettings tiltakene av en «overdreven behandlingsoptimisme» hvor resultatene er marginale når det gjelder økt sysselsetting av mennesker med sammensatte problemer og behov. At resultatene er marginale handler også om at de aktive arbeidsmarkedstiltakene og kvalifiseringsprogrammet som ble etablert i 2006 i forbindelse med etablering av NAV, er individuelt utformet, hvor det er deltakerne som skal klargjøres for å mestre arbeidslivets krav. Tilsvarende krav blir ikke stilt arbeidsgivere og arbeidslivet generelt (Hernes, 2014). Evalueringer av arbeidsmarkedsprogrammer som er utviklet i tråd med «individuell opprustningsideologi» (Hernes, 2014, s. 310) viser beskjedne resultater. Et annet og typisk kjennetegn er at mennesker med ruslidelser og psykiske helseproblemer først må utredes og behandles terapeutisk og/eller medisinsk til å bli «frisk nok», før en eventuell avklaring for arbeid eller aktivitet kan utredes og iverksettes (Hansen et al. 2019; Schafft, 2013). Et siste kjennetegn er en ny type program, *supported employment* (jobbstøtte). Her brukes det ordinære arbeidslivet som arena, hvor det offentlige setter inn ressurser overfor arbeidstakere med store bistandsbehov og gir støtte til arbeidsgivere. Dette arbeidsmarkedstiltaket har vist seg spesielt lovende for mennesker

som sliter med moderate psykiske problemer og utfordringer (Reme et al., 2016).

## Metode

Det metodologiske utgangspunktet er inspirert av «bottom up»-perspektivet (Blumer, 1969), som innebærer en induktiv tilnærming (Fugletveit, 2018). Det vil si å ta utgangspunkt i menneskenes liv og deres fortolkninger, og deretter etablere teorier ut fra forskningsmaterialets meningskompleksitet (Blumer, 1969). Denne teoriretningen vektlegger forståelser av den sosiale virkeligheten, mer enn å forklare eller studere årsakssammenhenger (Blumer, 1969; Fugletveit, 2018). Dette innebærer «kontekstspesifikke regelmessigheter som verken tilfredsstillende kravet om universell gyldighet eller kausal nødvendighet» (Aakvaag, 2008, s. 71).

## Utvalg og rekruttering

Datagrunnlaget som utgjør empirien i denne artikkelen er basert på kvalitative individuelle intervjuer med mennesker som har ROP-utfordringer og deres vurderinger av arbeid og aktivitet. Samlet utgjør utvalget 13 individuelle intervjuer av 5 kvinner og 8 menn i alderen 25 til 65 år, som det er redegjort for i kapittel 2 (Bjørkquist & Ramsdal) i denne boken. Fellestrekket for informantene var at ROP-utfordringer hadde bidratt til omfattende levekårsproblemer, som å miste kontakten til nære relasjoner, ha ustabile bosted og sporadiske arbeidsliv. Alle informantene hadde flere års erfaringer med oppfølging fra både kommunale og statlige helse- og velferdstjenester. Inntektsgrunnlaget for informantene var lønnsinntekt, uførepensjon, arbeidsavklaringspenger (AAP) eller sosialpenger.

Informantene som inngår i den empiriske undersøkelsen i kapittelet er en utvalgt gruppe av mennesker hvor alle har til felles at de har erfaringer med å motta tjenester fra det offentlige hjelpeapparatet – som rusbehandling, psykisk helsevern, ettervern, arbeidsgivere og NAV – for å få innpass i arbeidslivet. På denne måten knytter jeg det å ha sammensatte ROP-utfordringer og problemer til noen bestemte livsomsendigheter og kontekster: de som er i kontakt med hjelpeapparatet for

deres problemer med rus og psykisk helse. Dette er en viktig presisering ettersom flere med sammensatte utfordringer og problemer ikke oppsøker hjelpeapparatet, men klarer å redusere rusproblemene og skaffe seg arbeid eller meningsfulle aktiviteter på andre måter, uten oppfølging fra velferdsstaten (Biernacki, 1986; Blomqvist, 2002; Fugletveit, 2018; Granfield & Cloud, 1999).

## Analysestrategi

Jeg har valgt tematisk analyse som fremgangsmåte til fortolkningen av dataene (Braun & Clarke, 2006). Tematisk analyse er ikke personorientert; det vil si at det ikke er den individuelle biografien eller livshistorien som er hovedanliggendet, men snarere *hva* og til dels *hvordan* meningsproduksjonen fremtrer, løst fra den biografiske fremstillingsformen (Braun & Clarke, 2006).

I arbeidet med analysene har jeg valgt ut temaer som har utdypet eller fått frem nyanser i problemstillingen. Jeg har vært inspirert av Braun og Clarke (2006, 2016), som har utviklet seks trinn for tematisk analyse for å beskrive hvordan analysene ble kodet og systematisert underveis til den endelige fremstillingen av empirien. Jeg har fulgt de stegene som fungerte hensiktsmessig for å gjøre det empiriske grunnlaget forståelig og transparent.

Inspirert av Braun & Clarkes (2006) tematiske tilnærming ble følgende hovedtema fremtredende: «... det vanskeligste er jo å finne noe fornuftig å gjøre»; «Avklaring av situasjonen – jobb eller uføre?»; «Jeg klarer ikke å jobbe 100 % ...», «Ønske om å bidra til fellesskapet»; «Kjedsomhet, støtte og dagsform». Temaene utdyper informantenes vurderinger av hvilke(t) meningsinnhold arbeid og aktivitet hadde i deres hverdag.

## Resultater

### «... det vanskeligste er jo å finne noe fornuftig å gjøre»

Det var både krevende og utfordrende for informantene å fylle hverdagen med fornuftige gjøremål. Dette var et fellestrekk som alle informantene

hadde kjent på, og som ble aktivert i møte med velferdsstatens tjenester. Ingen hadde en konkret plan for hva de ønsket å gjøre med livet ut over det å ikke ruse seg på skadelige måter. Forventningene de hadde til seg selv var skyhøye fordi de var så redde for å feile og «havne på ruskjøret» igjen. Denne perioden ble opplevd som vanskeligere enn å slutte å ruse seg. En av informantene, en mann i 50-årene, uttrykte utfordringene på følgende måte: «Det vanskeligste er jo ikke å slutte med rus, det vanskeligste er jo å finne noe fornuftig å gjøre.» Sitatet peker på de utfordringene informantene kjente på når de ble bedt om å beskrive sine interesser eller ønsker for fremtiden, gjerne i forbindelse med behandlingsopphold eller i møter med NAV. En av de andre informantene beskrev et møte med NAV hvor hun ble bedt om å definere interessene hennes.

Så skulle jeg selv finne ut av hva jeg skulle bli når jeg blir stor. Jeg var i begynnelsen av 40-årene og hadde aldri tenkt på hva jeg skulle bli når jeg ble stor. Jo, jeg ville bli ballettdanser, men det var for seint. Jeg hadde ikke peiling på noe og var godt over 40 år, og trodde ikke jeg skulle leve så lenge.

Det å definere interesser eller ønsker for arbeidslivet var vanskelig, slik denne informanten uttrykker det. Ikke fordi hun ikke hadde erfaringer med å arbeide, men fordi hun sjeldent ble spurt eller hadde tenkt over hvilke interesser hun hadde. Det hun midlertid var klar på, var at hun ville ut av NAV-systemet. «Jeg ville jo ut av systemet, jeg hadde jo gått på sosialkontoret siden begynnelsen av 1980-tallet.» Ambisjonene var enorme, og hun var redd for å feile da hun fikk innvilget økonomisk støtte til utdanning via NAV.

Man blir jo sett på som frisk med en gang, men med min diagnose så tar jeg alt innover meg selv. Jeg fikk beste resultater på eksamenene, men var jo helt utslitt. Det er jo de kravene man får, ikke sant. Og jeg turte ikke å si at dette her passer meg ikke eller det her går ikke. Jeg fikk supre karakterer og da ble jeg jo sett på som veldig ressurssterk, ikke sant.

Stresset og forventningene til å være flink og prestere ovenfor andre og selv fikk helt andre konsekvenser for denne informanten. Da siste eksamen var gjennomført hadde hun ikke mer å gi og var utslitt. Siste rest av arbeidsevne var oppbrukt. «Så møtte jeg veggen når jeg var ferdig

med fagbrevet. Jeg tenkte hva er jeg driver med nå? Jeg kjørte meg helt i grøfta.» Slitasjen etter mange år med enorme belastninger i livet ble med dette sluttpunktet for å forsøke å komme seg ut av systemet. Hennes innsats for å tilpasse seg systemet på systemets premisser hadde sin pris.

Nei altså, når jeg ser tilbake så «burde» jo noen ha sagt til meg at kanskje det er best at du søker uførepensjon for mange år siden, så hadde jeg sluppet så mye smerte og så mye strev. Jeg fungerte jo ikke i arbeidslivet, ikke i livet.

Det å ta ansvar eller sette ned foten når det er åpenbart at arbeidslivet ikke er en løsning, var en vanskelig avveining som handler om flere og til dels kompliserte avgjørelser. Forventningene i det å «bli som andre» med jobb som inntektskilde var en sterk identitetsmarkør som var sterkt forankret i informantenes bevissthet, noe som kom tydelig til uttrykk i denne informantens beskrivelser. Hun investerte mange år med omskolering og utdanning før slitasjen og de psykiske utfordringene satte en stopper for planene om å «komme seg ut av systemet». Dette sier noe om informantens vilje til å prøve å tilpasse seg arbeidslivets krav om kompetanse. Arbeidslivet var målet og gullstandarden, men til hvilken pris? Dette var en uhyre komplisert og vanskelig balansegang som informantene slet med å finne veier ut av. Utfordringene stod i kø. Ikke bare skulle informantene finne en interesse, de måtte finne ut av hvor mye stress og påkjenninger de var i stand til å mestre i et arbeidsliv, og ikke minst finne ut av hvilke alternativer som kan fungere som et alternativ til arbeidsliv. Dette var vanskelige avveininger, som krevde bevissthet og kjennskap til egne grenser og ikke minst til å håndtere forventningene fra arbeidsgivere og hjelpeapparatet for øvrig. I tillegg til at innholdet i arbeidsliv og aktiviteter måtte skape mening i deres liv.

### «Jeg klarer ikke å jobbe 100 % ...»

Blant informantene var det flere som var under utredning for avklaring av arbeidskapasitet. Flere av dem var engstelige og redde for fremtiden. Det å være i en slik situasjon var veldig stressende for informantene. Det var vanskelig å se fremover og planlegge livet langsiktig, fordi fremtiden var usikker. Flere av informantene befant seg midt i denne frustrasjonen.

En kvinne i begynnelsen av 30-årene hadde nylig sendt søknad om delvis uføretrygd. Hun var nervøs for hva som ville skje dersom hun ikke fikk innvilget søknaden. Til forskjell fra informanten i forrige avsnitt hadde hun et helt avklart forhold til sin egen arbeidsinnsats. Hun visste hvor mye hun kunne mestre av arbeid.

Nå så jobber jeg ca. 40 prosent og stortrives med det. Jeg blir stresset. Så nå gjelder det å stoppe opp litt fordi jeg er så kreativ og har lyst å jobbe masse med det, men det kan jeg ikke. Jeg må holde meg litt tilbake.

Hun var bevisst på arbeidsmengden og måtte jobbe hardt med seg selv for ikke å gli inn i gammelt mønster igjen.

Ja, det er det derre stresset som er så farlig for meg. Jeg klarer ikke 100 % jobb, da kan jeg bare legges inn rett og slett. Jeg er redd for å sprekke. Og det er noe jeg må jobbe hardt for hver dag å ikke gjøre.

Redselen for å ruse seg igjen var til stede og noe hun tenkte mye på og jobbet hardt for å unngå. Men den største usikkerheten var knyttet til vurderingen av søknaden om delvis uføretrygd.

Hvis jeg får beskjed om at du får ikke innvilget uføre, så slutter arbeidsavklaringspenger [AAP] så vet jeg ikke hvordan det går. Jeg vet ikke helt hva jeg gjør da.

Frustrasjonen over å ikke ha kontroll over fremtiden var altoverskygende i livet hennes. Risikoen for å havne på sosialhjelp, bli presset til å jobbe heltid og sprekke og havne tilbake i gammelt rusmønster, var noe av det stresset og skrekks scenariene hun forsøkte å håndtere i hverdagen. Hennes nåværende arbeidssituasjon var avklart ut fra hennes premisser. Hun hadde kjempet hardt for å finne en plass i arbeidslivet som var tilpasset hennes behov og mestring.

Jeg må holde meg litt tilbake. Dette er jo en arbeidsplass som bare ansetter folk med rusbakgrunn. Sånn at jeg har sjef som skjønner hvis jeg kommer og sier at jeg har en dårlig dag. Nå tipper det over i hodet liksom. Så jeg kan si ifra til han hvis jeg har en dårlig dag. Det er ikke noe problem.

Denne arbeidsplassen kjente godt til informantens behov, og dette var noe av oppskriften på hvorfor det fungerte så bra for henne på denne

arbeidsplassen. Å jobbe sammen med andre i tilsvarende situasjon fungerte bedre enn det hun hadde av erfaringer fra tidligere arbeidsplasser. Hun hadde lært gjennom tidligere arbeidserfaringer viktigheten av å stoppe opp og kjenne etter.

Jeg har 7 timer på jobb og skal ikke jobbe mer, men det surrer rundt i hodet mitt etter jobb og jeg blir så stressa, derfor kan jeg ikke ha en 100 % jobb. Det er så mye sånn som jeg må passe på da.

Redselen for å ta for mye ansvar med alt det innebar av tenkearbeid var noe hun slet med å avgrense seg fra. Dette er kanskje den delen av det å slite med ROP-utfordringer som er mest komplisert i møte med arbeidsliv eller aktiviteter. Ingen av informantene hadde fått særlige gode råd eller hadde særlig bevissthet rundt det å sette grenser for seg selv. Hva tåler jeg og hvordan unngå at det blir for mye press og stress var noe alle informantene slet med å tilpasse og forholde seg til.

## Ønske om å bidra til fellesskapet

Informantene som ble rekruttert til denne studien hadde til felles at det var sårt å ikke skulle bidra til fellesskapet via inntektsgivende fulltidsarbeid. De ønsket å være en ressurs for fellesskapet, og i denne sammenheng utgjorde arbeidsliv et viktig symbol. Alle hadde et sterkt ønske om å skaffe seg en jobb for å bli anerkjent og skape mening i hverdagen. Ingen av informantene i denne studien hadde helse til å jobbe fulltid i det ordinære arbeidslivet. Denne erkjennelsen var utfordrende fordi det brøt med planene for fremtiden, og ikke minst verdiene knyttet til det å delta i arbeidslivet. Det var ikke kun planene som måtte endres, det krevde også omstillinger av verdier og deres identitet. En av informantene, en mann i slutten av 50-årene, uttrykte det på følgende måte: «Jeg kommer fra et hjem hvor arbeid har vært kjerneverdien.» Det å omstille seg til å tenke alternative løsninger, krevde andre måter å betrakte seg selv på og ikke minst skape mening i hverdagslivet. Mening måtte revurderes, tilpasses og justeres til andre områder. Hva kunne erstatte arbeidslivet? Hvordan skape tilhørighet utenfor det ordinære arbeidslivet? Dette var spørsmål som informantene forholdt

seg til i prosessene med å finne andre alternative måter å skape mening og innhold i hverdagen.

Tilpasningene eller prosessen med å endre synet på hva innholdet i fremtiden skulle innebære, involverte frustrasjoner og usikkerhet. En av informantene beskrev den første reaksjonen han fikk etter å ha fått innvilget uførepensjon. «Jeg husker at jeg tenkte: jøye meg, har de kapp a deg beina nå.» Erkjennelsen av å ikke være en del av arbeidslivet var tøff. I likhet med de andre informantene hadde han hatt arbeid gjennom store deler av livet, og identifiserte seg sterkt med det å arbeide. Det å omjustere arbeidskapasiteten til andre områder ble viktig for han, og noe han fikk hjelp av et oppfølgingsteam til å håndtere. Etter flere runder med samtaler med oppfølgingsteamet fant han nye løsninger på hvordan han skulle håndtere livssituasjonen.

«Men så tenkte jeg, oj det er jo en unik mulighet da. Da kunne jeg senke skuldrene. Jeg gikk inn i Røde Kors og psykisk helsehjelp. Ja jeg trengte det, å ha noen støttespillere.

Informanten fant omsider sin plass og mening i frivillig arbeid, hvor han hjalp andre i tilsvarende situasjoner. Det frivillige arbeidet, når helsen tillot det, bidro til å regulere hverdagen og fikk nærmest lik betydning som ordinært arbeid hadde hatt tidligere. Forskjellen var at han nå kunne påvirke arbeidsmengden og regulere belastningen. Denne informanten var også bevisst på hvilket område han valgte å gå inn i. Det å velge psykisk helsehjelp handlet også om å ha noen støttespillere dersom han hadde behov for oppfølging. Flere av informantene beskrev hvordan de taklet det å ikke skulle være en del av det ordinære arbeidslivet og hvordan det åpnet opp andre måter å bidra til fellesskapet på. Bevisstheten de opparbeidet seg skapte ro til å fokusere. En av informantene beskrev det på følgende måte: «Jeg har fått mer ro i livet. Jeg sover bedre, får mer energi, da kan jeg drive frivillig arbeid i ting som jeg brenner for da, og hjelpe andre igjen, ikke sant.»

Det å brenne for noe eller ha en interesse som kunne overføres til frivillig arbeid var konstruktivt og viktig, slik informanten ovenfor også uttrykker. Det å ha en interesse eller et felt som engasjerte var også en fordel dersom det kunne overføres til det kommunale aktivitetstilbudet.



Da ble det enklere å ta kontakt og finne sin plass i tilbudet. En av informantene trakk frem nettopp dette som en fordel:

Det jeg trenger mest, det er å få være ute blant folk og gjøre folk glad. Jeg liker å lage mat, jeg er jo kokk. Å få den positive tilbakemeldingen fra andre brukere, det gir meg glede. Det gir meg så mye tilbake.»

Denne informanten hadde overført interessene fra arbeidslivet inn i aktivitetstilbudet. På denne måten fikk hun videreført det hun likte å gjøre. Hun overførte de tingene som hun mestret fra tidligere arbeidsliv, og erfarte at det ga henne anerkjennelse også i det nåværende aktivitetstilbudet.

## Kjedsomhet, støtte og dagsform

Til tross for at informantene var opptatt av å skape ny mening eller andre former for mening, var kjedsomhet og passivitet også en sentral del av deres liv. Spesielt for dem som ikke hadde særlig innvirkning på aktivitetstilbudet. Dette handlet til dels om hvor de bodde. De som bodde i byer hadde flere og varierte aktivitetstilbud enn de som bodde mer perifert. Den siste kategorien måtte nærmest ta til takke med det tilbudet som kommunen kunne tilby, noe som ifølge informanten var lite i løpet av en uke.

Det er ikke så mye sosialt jeg har. Så det kommunale tilbudet er noe av det. Det vil jeg si at er en god ting. Det gjør at du kommer deg litt vekk fra husets fire vegger, for å si det sånn. Det har jo litt å si. Ellers blir det til at jeg sitter mye inne og ser på TV.

Dagtilbudet ble et viktig avbrekk i informantens hverdag. Det handlet om å komme seg ut av huset og være sosial med andre, og informantene var prisgitt det som kommunene hadde av dagtilbud til dem. Det å ha noe meningsfullt å fylle hverdagen med var viktig, spesielt for de som ikke kunne være i arbeid. For dem ble hverdagen ofte preget av kjedsomhet og passivitet. En av informantene synliggjorde denne utfordringen på følgende måte: «Nei, det daglige er ganske kjedelig. Jeg er trygdet. Jeg er ikke frisk nok til å jobbe, men ikke syk nok til det motsatte. Da er det sånn at jeg kan være med på det meste.»

Informanten var tydelig på at det var overskudd av tid i hans tilværelse, tid som skulle fylles med et eller annet. Han benyttet et kommunalt aktivitetstilbud, som innebar 2 timers sosialt samvær med andre i lignende situasjon 1 gang i uka.

Men det er greit å være med der, for jeg har jo tid til det. Du kan si det på den måten. Jeg har tid til å gå dit. Da blir det sånn at jeg dilter etter. Man sitter der og drikker kaffe et par timer. Kanskje jeg heller skulle funnet på noe annet positivt? Men hvis det er dårlig vær ute, er det jo greit å komme og drikke kaffe.

I likhet med de andre informantene hadde denne informanten vært i arbeid store deler av sitt voksne liv, men på grunn av helsemessige årsaker måtte han avslutte yrkeslivet. Det han hadde av sosial kontakt med andre ut over familien, var dette tilbudet og kommunens aktivitetstilbud, som ble ukas avbrekk fra kjedsomheten.

Passiviteten og kjedsomheten i hverdagen handlet ikke utelukkende om mangelen på aktivitetstilbud i nærmiljøet der informantene bodde. Det handlet også om terskelen for å oppsøke disse tilbudene. En av informantene formulerte det på følgende måte: «Det er mange som sliter med psykiatri og rus som faktisk sliter med at de ikke tør. De vet kanskje ikke engang hva de skal be om.» Utsagnet sier noe om angsten og redselen for å oppsøke tjenestene som tilbys. Informanten vil ikke være til bry, parallelt med at terskelen for det å ta egne grep for å komme seg ut, var høy. Ikke fordi de ikke ville eller var motivert. En av informantene var irritert over måten flere av aktivitetstilbudene ble organisert på. Hun mente at det var helt feil å forvente at folk ville møte opp på eget initiativ uten å kjenne til aktivitetstilbudet eller menneskene som vanket der:

Men på mange av disse stedene så tenker man at folk må jo ville, og da må de klare å komme dit selv. Nei, noen ganger så trenger man å bli fulgt. Jeg er en voksen kvinne, men av og til trenger jeg andre voksne til å ta vare på meg. Det er helt innafor og kanskje man burde ha en slags fadderordning. Folk som følger deg til sånne aktiviteter. Ja du burde klare å komme dit selv, men noen ganger så klarer du ikke det.

Informanten synliggjør her en annen og viktig del av det å være aktiv i hverdagen, som handlet om å ikke forveksle vilje med motivasjon. Det å

ønske å delta, eller å ha en interesse, var ikke nødvendigvis det som skulle til for å komme seg ut av boligen. Det handlet også om å bli «dyttet» ut i det. Informanten ønsket mer fokus på støtte til å komme seg ut av boligen. Mye av utfordringene i det å delta på aktiviteter handlet også om å forsere «dørstokkmila», slik denne informanten påpekte. Barrierene for å oppsøke aktiviteter handlet også om å vurdere dagsformen. Dette gjaldt aktivitetstilbud som minnet mer om arbeidsliv, hvor den enkelte måtte gi beskjed dersom vedkommende ikke klarte å møte opp. To av informantene poengterte det som kunne minne om en form for manglende tillit til å vurdere egen dagsform:

De må jo se an situasjonen din, for er du kjempedårlig så kan du jo ikke tvinges til hva som helst. Men da kan det jo være nok med at du faktisk bare er her og får være sosial og sånn. Etter en tid så vil de gjerne at du har faste dager og faste aktiviteter som du møter opp til. Det var litt motstand iblant en del til å begynne med, men det tror jeg mesteparten har funnet ut at er en fordel. For det er jo ikke sånn at ... Hvis du har en dårlig dag og du er sjuk, så ringer du bare og sier ifra: «Jeg klarer ikke å komme i dag.»

Det er fælt om det skal begynne å mislykkes, for man føler seg så mislykket om du ikke kommer ut og kommer av gårde. Jeg gjør det i hvert fall, og det tror jeg de fleste gjør. At da føler man på den: «Faen, klarte jeg ikke å komme meg ut dag? Uff.» For det handler ikke om å ikke komme opp. Jeg sitter ferdig hjemme og er klar. Det handler om å gå ut døra.

Aktivitetstilbudet var organisert etter en struktur som krevde større grad av forpliktelse blant brukerne, med hensyn til dagsform, hvilke dager de benyttet og hvilke aktiviteter de ønsket å delta på. Dette var ikke helt ukomplisert å forholde seg til som bruker.

Og så på dette nye systemet så har de en slags evaluering hver sjettede måned. At de ser om du kanskje skal bytte aktivitet, eller om du skal ha flere eller mindre dager ved senteret. Det spørres hvordan de ser ... Noen har jo muligheten til å utvikle seg, andre har kanskje tilleggdiagnoser som gjør at de ikke ... For en del så skal det liksom være mellomstasjonen, og så skal man gå videre. Men de tilpasser jo som regel.

Brukerne av aktivitetstilbudet ble vurdert etter potensiale og videre utvikling for andre aktiviteter. En slik organisering kunne bety mer fokus på å delta i aktivitetene, fordi det var forventet et aktivt engasjement av brukerne. Tiltaket åpnet også opp for at brukerne hadde behov for ulike tilpasninger og at dette var mulig å justere, slik en av informantene understreket på følgende måte: «Det er jo kanskje det som er litt givende med senteret òg, at vi som klarer litt, vi kan engasjere oss litt og hjelpe til litt.» Aktivitetene skapte tilhørighet og engasjement, og kanskje var dette mest til hjelp for dem som «klarte litt ekstra». Men kanskje bidro kravene, oppfølgingen og bevisstheten rundt egen situasjon, også til at brukere som ikke var bevisst på hva de ønsket med fremtiden, falt fra.

En annen merkbar utfordring blant dem som var i et arbeidsforhold, var behovet for å ha noen snakke med og ventilere utfordringene de støtte på i hverdagslivet uten planlagt oppfølging fra hjelpeapparatet. En av informantene som var tilbake i jobb, understreket dette behovet: «Nå er jeg tilbake i hundre prosent jobb og nå fungerer alt, så tenker jeg at kanskje skulle jeg ha bedt om å få noen timer, kanskje med stort mellomrom mellom hver, men beholdt litt av det.» Informanten var redd at det også denne gangen skulle gå galt, slik det hadde gjort så mange ganger tidligere: «Fordi jeg gikk veldig fort på snørra, for å si det sånn, regelrett.»

Redselen og angsten for at livssituasjonen skulle bli verre, var til stede blant informantene. Dette var noe av det som både holdt dem tilbake fra høyt aktivitetsnivå. For utenforstående var det ofte vanskelig å forstå informantenes livssituasjon og utfordringer. En av informantene forsøkte å beskrive kontrastene mellom det folk oppfattet og det informanten slet med:

For jeg mener mange kan ikke i sin villeste fantasi skjønne hvilke problemer jeg har, egentlig. Som sliter noe så sinnssykt med rutiner, fremmede folk og nye ting. Jeg kan begynne å grine bare de har snudd en rutine. Og det er sånn folk ser meg. Så det blir virkelig to sider. For jeg er den kjempesosiale, men jeg er også den som ... Jeg sliter noe sinnssykt. Bare vit hva det koster, liksom.

Grensene mellom det å være syk og frisk var en vanskelig balansegang som også handlet om hvordan andre betraktet den enkelte og situasjonen de befant seg i. Denne reguleringen av andres vurderinger som ikke

alltid stemte med den enkeltes bilde av seg selv, var noe det var viktig å jobbe med. Ikke minst det å sette klare grenser for hvor mye aktivitet man kunne bidra med i hverdagen.

Så lenge så holder to dager, og så onsdagen frivillig. Det holder godt for at jeg skal kjenne ... For å kjenne at jeg har overvunnet. Og skulle jeg kjenne at jeg har lyst på en dag til, da sier jeg ifra. Men det gjør jeg ikke før jeg er sikker på at jeg klarer det.

Grensene for aktivitetsnivået var viktige å overholde for seg selv, ikke minst for å avverge nye nederlag og slit. Dette krevde bevissthet og kontinuerlig vurdering av livssituasjonen, noe som var enklere å håndtere når det gjaldt aktiviteter. Det å holde igjen i arbeidslivet kunne være mer utfordrende dersom man ikke hadde noen å støtte seg til.

## Drøfting

### Arbeid og aktiviteter skaper mening i hverdagen

For alle informantene var det sentralt å ha noe å fylle hverdagen med. Når arbeidslivet ikke var mulig, ble det viktig å delta på aktiviteter som på en eller annen måte ga mening. Informantene styrte innholdet i aktivitetene i liten grad, og flere av dem «måtte» ta til takke med det kommunen hadde å tilby. Analysene av arbeid og aktivitet gir liten tvil om at det å ha noe å gjøre i hverdagen var viktig for informantene. De kom seg ut av boligen og hadde noe å strekke seg etter, noe som også skaper anerkjennelse og tilhørighet. Dette var like viktig enten informantene benyttet seg av aktivitetstilbud og frivillig arbeid eller var i et arbeidsforhold.

En rekke av de undersøkelsene jeg tok utgangspunkt i innledningsvis, beskriver arbeid som en betydningsfull vei til å løse problemer og utfordringer som den enkelte slet med (Biernacki, 1986; McIntosh et al., 2008; Slade, 2010). Denne fremstillingen av arbeid og aktivitet minner også om det som Hernes (2014) omtaler som «behandlingsoptimisme», og fremstår nærmest som en behandlingsstrategi hvor arbeid er synonymt med personlig endring og reduksjon av problemer. Informantene i denne studien viser at det ikke er så enkelt. Flere av informantene hadde

mistet jobben på grunn av problemer med rus og psykisk helse, og hadde ikke helse til å delta på de premissene som arbeidslivet eller arbeidsgivere definerte.

Studien viser imidlertid at mening handler om mestring av arbeid eller tilpasning av aktiviteter i lys av de ressursene man har. Hvis det oppstår ubalanse, kan man gjenopprette balansen ved enten å redusere krav, øke ressursene eller gjøre begge deler (Bakker & Demerouti, 2017). Dette tyder på at det er utfordringer knyttet til det å bruke arbeid som en del av en behandling og rehabiliteringsopplegg. Det å definere arbeid som en ensidig suksessfaktor for oppnåelse av mening, kan være en altfor ensidig strategi, ettersom det ikke vil fungere for alle.

Denne studien viser at arbeidslivet fungerte for svært få av informantene. Derfor var det viktig å utvikle aktivitetstilbud som kunne erstatte betydningen arbeidslivet hadde hatt, som en viktig markør på hvem de oppfattet seg som. Øverbye og Hammer (2006) kaller arbeid for en identitetsmarkør. Personer beskrives ut fra hvilket arbeid de har, og de som av ulike grunner står utenfor arbeidslivet må bruke mye innsats på å rettferdiggjøre denne situasjonen. Dette stemmer til en viss grad med resultatene i denne studien. Å arbeide – å ta del i den samfunnsmessige produksjonen, blir vanligvis regnet som den mest grunnleggende forutsetning for at et menneske skal kunne fungere som et fullverdig medlem av samfunnsfellesskapet. Informantene i denne studien åpner opp for at aktivitet og frivillig arbeid kan ha samme betydning, når det oppleves som meningsfylt og gir anerkjennelse. Det er nærmest som om aktiviteter og frivillig arbeid langt på vei bidrar til den sosiale aksepten som Wadel (1973/2011) hevder er forbeholdt arbeidstakere.

Resultatene synliggjør viktigheten av å betrakte aktiviteter som en viktig del av de helhetlige tjenestene for mennesker med sammensatte problemer. Ensomhet og mangel på mening i hverdagen er viktige dimensjoner som må håndteres helhetlig; det vil si at alle tjenester som er involvert må ha oppmerksomheten rettet mot fremtiden til den enkelte. Slade (2010) fremhever arbeid og aktivitet som en helt sentral dimensjon som i større grad må integreres i tjenestene. Dette er et viktig perspektiv som bør ha en større plass i behandlingsplaner og videre oppfølging av mennesker med sammensatte utfordringer og problemer.

Studien viser, i likhet med Lauritzen et al. (2012), at aktivitetstilbud og frivillig arbeid bør fremheves som et alternativ for dem som av ulike grunner ikke mestrer lønnsarbeid. Dette er et viktig resultat som ikke bare synliggjør viktigheten av å fremme andre alternativer til arbeid når situasjonen til den enkelte krever det. Det krever også at den enkelte det angår, og tjenestene, har oversikt og kjennskap til de ulike tilbudene som eksisterer, slik at man i større grad tilpasser aktivitetene og arbeidsinnsatsen til det som er mulig for den enkelte å gjennomføre. Dette kan bidra til langsiktig planlegging, slik Biernacki (1986) og McIntosh (2000) understreker, hvor den enkeltes tilpasning samt hensyn til forutsigbarhet er sentrale elementer. Studien viser at langsiktig planlegging også bør være en del av aktivitetstilbudene som gis, slik at menneskene som bidrar kan legge planer for fremtiden og oppnå samme grad av forutsigbarhet som i arbeidslivet. Det kan bidra til rutiner i hverdagen, noe som er viktig for den enkelte.

Arbeidsliv eller aktivitet løser ikke alle utfordringene den enkelte kan ha, men det kan bidra til å strukturere hverdagen og på denne måten bidra til mening og bevissthet rundt egen livssituasjon. Det kan til en viss grad redusere kjedsomhet og ensomhet og bidra til livskvalitet på flere dimensjoner enn helse. Et helhetlig tjenestetilbud til mennesker med sammensatte utfordringer må derfor omfatte tjenester som på lang sikt kan bidra til å løse andre utfordringer, som det å sosialiseres inn i meningsfulle hverdagsliv. Et viktig premiss i denne sammenhengen er å i større grad tilrettelegge for kombinasjoner av arbeid og aktivitet for dem som ikke greier fulltidsarbeid, men som ønsker å ha et fotfeste innenfor det ordinære arbeidslivet.

## Avslutning

I dette kapitlet har jeg vist på hvilke måter arbeid og aktivitet kan ha betydning for mennesker som har ROP-utfordringer. Dette er områder som – til tross for økt politisk fokus og innsats gjennom flere opptrappingsplaner – viser seg å utgjøre de største utfordringene knyttet til levekår. Inspirert av Blumer (1969) og hans fokus på å utvikle kunnskap nedenfra, fra ståstedene til mennesker som er berørt av denne tematikken,

kan kapittelet knyttes til minst tre sentrale premisser for å imøtekomme dem som ønsker en hverdag med økt innslag av arbeid og aktivitet. For det første er det å ha ROP-utfordringer sammensatt; noe som betyr nødvendigheten av individuelle tilpasninger, også når det gjelder tjenestetilbud. Dette innebærer økt oppmerksomhet på den enkeltes mestring av arbeid og aktivitet, ikke kun arbeidslivets eller aktivitetstilbudets behov og premisser. Dette henger også sammen med det andre premisset, som handler om vurderinger av egen dagsform, kapasitet og interesse. Dette er en vanskelig og ofte utfordrende vurdering som kan medføre vanskeligheter med å opprettholde et arbeidsforhold, samt aktivitetstilbud som krever kontinuitet og engasjement. Press og krav kan bidra til økt stress og angst som i liten grad bidrar til mening og inkludering i fellesskapet. Det fører i større grad til ekskludering og dårligere helse. Dette er et sentralt poeng som må ivaretas ytterligere i de politiske ambisjonene om økt aktivitetsnivå og arbeidsinkludering innenfor dette feltet. Dette henger sammen med det tredje og siste premisset, som retter seg til forståelsen av det å ha ROP-utfordringer. Dette er ikke en homogen gruppe, hvor ensartet tilnærming vil fungere for å oppnå økt aktivitetsnivå og deltakelse i arbeidslivet. Mennesker med ROP-utfordringer har ulike erfaringer, behov og muligheter og må derfor møtes på deres premisser.

## Referanser

- Bakker, A. B. & Demerouti, E. (2017). Job demands–resources theory: Taking stock and looking forward. *Journal of Occupational Health Psychology*, 22(3), 273–285. <https://doi.org/10.1037/ocp0000056>
- Biernacki, P. (1986). *Pathways from heroin addiction: Recovery without treatment*. Temple University Press.
- Blomqvist, J. (2002). Recovery with and without treatment: A comparison of resolutions of alcohol and drug problems. *Addiction Research and Theory*, 10(2), 119–168.
- Blumer, H. (1969). *Symbolic interactionism: Perspective and method*. University of California Press.
- Braun, V. & Clarke, V. (2006). Using thematic analysis in psychology. *Qualitative Research in Psychology*, 3, 77–101. <https://doi.org/10.1191/1478088706qp>
- Cebulla, A., Smith, N. & Sutton, L. (2004). Returning to normality: Substance user's work histories and perceptions of work during and after recovery. *British Journal of Social Work*, 34, 1045–1054. <https://doi.org/10.1093/bjsw/bch128>



- Evans, J. & Repper, J. (2000). Employment, social inclusion and mental health. *Journal of Psychiatric and Mental Health Nursing*, 7(1), 15–24.
- Fugletveit, R. (2018). *Fra rus til arbeidsliv. Hva har hatt betydning? En kvalitativ intervjustudie av prosesser fra å ha rusproblemer til å bli stabil arbeidstaker* [Doktorgradsavhandling, OsloMet – storbyuniversitetet]. <https://hdl.handle.net/10642/6534>.
- Granfield, R. & Cloud, W. (1999). *Coming clean: Overcoming addiction without treatment*. New York University Press.
- Hansen, G. V., Fugletveit, R. & Arvesen, P. (2019). Arbeid som recovery-strategi. *Tidsskrift for psykisk helsearbeid*, 16(2), 80–89.
- Hansen, I. L. S., Tofteng, M., Flatval, V. S. & Holst, L. S. (2020). *Evaluering av opptrappingsplanen for rusfeltet. Fjerde statusrapport (Fafo-rapport 2020:29)*. <https://www.fafo.no/zoo-publikasjoner/fafo-rapporter/item/evaluering-av-opptrappingsplanen-for-rusfeltet-6>
- Helsedirektoratet. (2012). *Nasjonal faglig retningslinje for utredning, behandling og oppfølging av personer med samtidig ruslidelse og psykisk lidelse (ROP-lidelser)*. <https://www.helsedirektoratet.no/retningslinjer/samtidig-ruslidelse-og-psykisk-lidelse-rop-lidelser>
- Hernes, T. (2014). Arbeidsinkludering – noen historiske spenninger og aktuelle utfordringer. I K. Frøyland & Ø. Spjelkavik (Red.), *Inkluderingskompetanse. Ordinært arbeid som mål og middel* (s. 306–325). Gyldendal Akademisk.
- Hustvedt, I. B., Lie, T., Håland, M. E., Stevenson, B. & Nesvåg, S. M. (2018). *Tjenestemottakere med rus- og psykiske helseproblemer i kommunene. Brukerplanstatistikk 2017*. Helse Stavanger.
- Lauritzen, G., Ravndal, E. & Larsson, J. (2012). *Gjennom 10 år. En oppfølgingsstudie av narkotikabrukere i behandling*. Statens institutt for rusmiddelforskning.
- McIntosh, J. & McKeganey, N. (2000). Addicts' narratives of recovery from drug use: Constructing a non-addict identity. *Social Science & Medicine*, 50, 1501–1510. [https://doi.org/10.1016/S0277-9536\(99\)00409-8](https://doi.org/10.1016/S0277-9536(99)00409-8)
- McIntosh, J., Bloor, M. & Robertson N. (2008). Drug treatment and the achievement of paid employment. *Addiction Research and Theory*, 16(1), 37–45. <https://doi.org/10.1080/16066350701699197>
- Nafstad, I. (2013). *Et anstendig menneske. Møter mellom rusbrukere og det offentlige rom i Oslo* [Doktorgradsavhandling]. Universitetet i Oslo.
- Prop. 15 S (2015–2016). *Opptrappingsplanen for rusfeltet (2016–2020)*. Helse- og omsorgsdepartementet. <https://www.regjeringen.no/no/dokumenter/prop.-15-s-20152016/id2460953/>
- Ravndal, E. (2009). Behandling eller kontroll – om disiplinering og makt i den norske ruselsetjenesten. *Nordisk alkohol- & narkotikaidsskrift*, 26(1), 74–79. <https://doi.org/10.1177/145507250902600106>

- Reme, S. E., Monstad, K., Fyhn, T., Øverland, S., Ludvigsen, K., Sveinsdottir, V., Lønvik, C. & Lie, S. A. (2016). *Effektevaluering av Individuell jobbstøtte (IPS): sluttrapport*. Uni Research Helse & Uni Research Rokkansenteret.
- Schafft, A. (2013). Om å komme seg i arbeid. I R. Norvoll (Red.), *Samfunn og psykisk helse. Samfunnsvitenskapelige perspektiver* (s. 188–212). Gyldendal Akademisk.
- Slade, M. (2010). Mental illness and well-being: The central importance of positive psychology and recovery approaches. *BMC Health Services Research*, 10. <https://doi.org/10.1186/1472-6963-10-26>.
- St.meld. nr. 39 (1991–92). *Attføring og arbeid for yrkeshemmede. Sykepengar og uførepensjon (Attføringsmeldingen)*. Sosialdepartementet.
- Tanum, S. & Krogstad, A. (2014). Fortellinger om livet uten arbeid. *Sosiologisk tidsskrift*, 3(22), 249–275. <https://doi.org/10.18261/ISSN1504-2928-2014-03-03>
- Thommesen, H. (2012). *Hverdagsliv med psykiske og rusrelaterte problemer*. Gyldendal Akademisk.
- van der Wel, K., Hermansen, Å., Dahl, E. Lødemel, I. & B. Løyland. (2019). Fra marginalisering til arbeidsinkludering? Intensjoner og realiteter gjennom NAV-reformen. I H. A. Aamodt, E. Dahl, E. Gubrium, M. Haldar & Å. Hermansen (Red.), *Sosialt arbeid og sosialpolitikk i samhandling* (s. 289–312). Fagbokforlaget.
- Wadel, C. (2011). Og kven si skuld er det? I O. L. Fuglestad, C. C. Wadel & C. Wadel, *Og kven si skuld er det? Ein arbeidslaus mann sin kamp for sjølvrespekt* (s. 17–26). Høyskoleforlaget. (Opprinnelig utgitt 1973)
- Øverbye, E. & T. Hammer (2006). Strategier for et inkluderende arbeidsliv. I T. Hammer & E. Øverbye (Red.), *Inkluderende arbeidsliv? Erfaringer og strategier*. (s. 11–31). Gyldendal Norsk Forlag.
- Aakvaag, C. G. (2008). *Moderne sosiologisk teori*. Abstrakt forlag.



# Oppfølging av ROP-brukere før, under og etter at de har sonet en dom i fengsel

*Gunnar Vold Hansen*

Fakultet for helse, velferd og organisasjon, Høgskolen i Østfold

**Abstract:** In this chapter, we take a closer look at the follow-up of convicted offenders with dual diagnoses during and after imprisonment. Helping convicted offenders to lead a crime-free life after release is an important goal within the criminal justice system. Reaching this goal depends on cooperation between the justice system and municipalities during the offender's imprisonment. Today there are different strategies for reaching this goal, and measures within the criminal justice system appear to be divided. One possible obstacle to effective collaboration is the lack of inter-professional education between healthcare and social services personnel, and those working in the criminal justice system. This is particularly interesting because one of the goals of the ROPIT project is to outline a common interprofessional training program for all relevant bachelor-level educational programs. A possible solution, therefore, is to ensure that prison service educational programs adopt a common interprofessional training program.

**Keywords:** collaboration, imprisonment, interprofessional education, municipalities

## Innledning

I St.meld. nr. 37 (2007–2008) *Straff som virker – mindre kriminalitet – tryggere samfunn* la regjeringen stor vekt på at straff skal være noe mer enn bare oppbevaring av de domfelte. En dom skal ha et innhold som innebærer at de domfelte etter endt soning er bedre i stand til å leve et liv uten kriminalitet. Et av målene i ROPIT-prosjektet (se også kapittel 2 (Bjørkquist

Sitering av denne artikkelen: Hansen, G. V. (2021). Oppfølging av ROP-brukere før, under og etter at de har sonet en dom i fengsel. I C. Bjørkquist & H. Ramsdal (Red.), *Statlig politikk og lokale utfordringer: Organisering av tjenester innen rus og psykisk helse* (Kap. 13, s. 259–279). Cappelen Damm Akademisk. <https://doi.org/10.23865/noasp.140.ch13>  
Lisens: CC-BY 4.0

& Ramsdal) i denne antologien) var derfor å se hvordan kommunene samarbeidet med kriminalomsorgen med sikte på å tilrettelegge soningen slik at de domfelte ble best mulig forberedt på et liv i frihet etter endt soning. I dette kapitlet ser vi derfor nærmere på en del av de utfordringene man møter i et slikt samarbeid og hvordan man kan håndtere disse.

Kriminalomsorgen er et statlig ansvar, mens kommunene har ansvar for primær helse- og sosialtjeneste – også mens domfelte soner en fengselsstraff. Kommunene har ansvar for en omfattende offentlig helse- og velferdstjeneste som blant annet inkluderer boligtilbud, økonomisk støtte, medisinsk behandling, rusmestringssamtaler og aktivitetstilbud. De som soner fengselsstraff, har en rekke levekårsutfordringer. Blant annet kan vi nevne at om lag en tredel av dem har alvorlige psykiske problemer, og at halvparten av dem har brukt ulovlige rusmidler daglig det siste halvåret før soningen ble påbegynt. Nesten halvparten har ulike former for offentlig stønad som viktigste inntektskilde og om lag en tredel av de innsatte har fått behandling for sine rus-/psykiske lidelser tidligere (Bukten et al., 2016; Revold, 2015). Det innebærer at en stor del av de sonende har omfattende og samtidige rus- og psykiske plager – det vi betegner som ROP-brukere. Denne gruppen har ofte et stort behov for kommunale tjenester før, under og etter soning. Det innebærer at det er ønskelig med samarbeid mellom kommunale helse- og velferdstjenester og kriminalomsorgen for å sikre et helhetlig og samordnet tjenestetilbud.

I dette kapitlet skal vi se nærmere på forhold som fremmer og hemmer mulighetene for å få til et helhetlig tjenestetilbud til innsatte ROP-brukere.

## **ROP-lidelser og kriminalitet som uregjerlige problemer**

Både ROP-lidelser og kriminalitet kan beskrives som *wicked problems*, på norsk omtalt som uregjerlige problemer (Ferlie et al., 2011; Freudenberg, 2006; Rittel & Webber 1973). Det er en rekke kjennetegn på uregjerlige problemer. Kunnskapen om hva som bidrar til at en person blir kriminell, er begrenset. Riktignok vet man at blant annet ruslidelser, lite formell utdanning og svak kobling til arbeidslivet er risikofaktorer, men det

er ikke slik at alle med en ruslidelse, lite formell utdanning og svak kobling til arbeidslivet blir kriminelle. Det er også begrenset innsikt i hva som bidrar til at en domfelt fjerner seg fra kriminalitet. Det er likevel i stor grad blitt forståelse for at løsningen trolig ligger i å forholde seg til at kriminalitet, ROP-lidelser og andre risikofaktorer er deler i en helhet. Løsningen finnes derfor i å se på utfordringene som en helhet der de ulike elementene er gjensidig avhengig av hverandre. Likevel er det slik at for hver enkelt person er sammensetningen av ulike problemer og hvordan disse griper inn i hverandre forskjellige, og det er derfor nødvendig å forholde seg til domfelte som individer – ikke som en gruppe (Freudenberg 2006; McNeill, 2006).

Denne innsikten har bidratt til at norsk kriminalpolitikk de siste tiårene har lagt stadig større vekt på å motivere kriminelle til å bli lovlige, heller enn å satse på at strengere straffer skal avskrekke dem fra kriminalitet (Hansen & Samuelsen, 2016). Denne tilnærmingen er forankret i flere ulike teorier som kan samles under overskriften positiv kriminologi (Ronel & Elisha, 2010). I norsk sammenheng har begrepet *desistance* vært sentralt. *Desistance* er en prosess som kjennetegnes av at den domfelte blir mer moden, fjerner seg fra sosiale nettverk som identifiseres med kriminalitet og kvalifiserer seg for deltakelse i ordinært samfunnsnivå (for eksempel ved utdanning/arbeid), og der man endrer sin sosiale identifikasjon ved å bli mer ansvarlig, mer opptatt av andre og mer opptatt av fremtiden (McNeill, 2006). En slik prosess vil i mange tilfeller være avhengig av at den domfelte har støtte fra en eller flere personer som de etablerer gode og trygge relasjoner til (Panuccio et al., 2012, Weaver, 2012). Også utenfor kriminalomsorgen, i sosialt arbeid og psykisk helsearbeid, ser vi det samme. Det er klar dokumentasjon på at hvis man skal få til en endringsprosess, er det viktig at brukeren opplever sosial støtte fra en eller flere av de som yter tjenester (se f.eks. Redko et al., 2007; Topor et al., 2011).

Den endringsprosessen som det er ønskelig at den domfelte gjennomgår, er ofte preget av to skritt frem og ett tilbake (MacDonald et al., 2012; Weaver & McNeill, 2011). Dette er en følge av at de utfordringene de domfelte har, er uregjerlige problemer (Freudenberg, 2006). De ulike delproblemene og tiltakene som iverksettes vil påvirke hverandre. Det

er derfor ikke bare de problemene som avdekkes mens en domfelt soner som er viktig å få på plass. Ofte er det slik at en del av problemene som de domfelte har, bare kan løses utenfor murene. Det vil derfor være slik at et helhetlig tjenestetilbud bør innebære at de tiltakene som ytes i løpet av straffegjennomføringen, henger sammen både med eventuelle tiltak før soningen og oppfølging etterpå (Fox et al., 2005). En forutsetning for å få til dette vil i mange sammenhenger være at det eksisterer et nettverk der kommunen og kriminalomsorgen kan samarbeide (Ferlie et al., 2011). Fordi det er individuelt og forbundet med usikkerhet knyttet til hva som virkelig skaper en endringsprosess, er det viktig at deltakerne i et slikt nettverk er fleksible og kan tilpasse innsatsen til den utviklingen de registrerer (Pacanowsky, 1995).

Kriminalpolitikken bygger i dag på to strategier. Den ene er å iverksette tiltak i løpet av soningen som kan bidra til at den domfelte blir motivert til å fjerne seg fra kriminelle aktiviteter. Den andre strategien handler om å knytte interne tiltak i fengslene sammen med tjenester den domfelte har, eller burde hatt, før og etter soningen.

## Tiltak i fengslene

I denne sammenhengen skal det trekkes frem to viktige tiltak som benyttes i fengslene for å forberede domfelte til et liv utenfor fengselet. Det er ordningen med kontaktbetjenter og programvirksomhet.

### *Kontaktbetjenter*

Alle som soner i fengsel, skal få oppnevnt en kontaktbetjent. Målet med kontaktbetjentordningen er at den domfelte skal få en person å forholde seg til som kan hjelpe vedkommende til å få på plass et soningsforløp som bidrar til en kriminalitetsfri fremtid etter endt soning. Den forskningen som er presentert foran, har vist at hvis man skal legge til rette for en endringsprosess der domfelte endrer seg fra kriminell til lovlydig, så er det behov for motivasjon og støtte. Det er derfor forventet at kontaktbetjenten skal «skal arbeide aktivt sammen med den innsatte i en motivasjons- og endringsprosess». Kontaktbetjenten skal også være sentral i arbeidet med å få på plass samarbeid med andre aktører som kan yte

tjenester både under og etter soning (Justis- og politidepartementet, 2002).

### **Programvirksomhet**

Kriminalomsorgen i Norge, så vel som i en rekke andre vestlige land, tilbyr domfelte ulike former for programmer med sikte på å redusere gjentakelse av kriminell aktivitet. En stor del av disse programmene tar sikte på å endre risikofaktorer i de domfeltes atferd (for eksempel rusbruk eller vold). For å sikre at de programmene som tilbys har en tilfredsstillende kvalitet, har mange land etablert akkrediteringsordninger der et program blir vurdert før det blir godkjent for allmen bruk i kriminalomsorgen. For å få et program akkreditert, må det vises at det er forankret i vitenskapelige prinsipper. I praksis innebærer det at man i stor grad har vært opptatt av å dokumentere at de prinsippene et program bygger på, fører til at man reduserer risikofaktorer (Maguire et al., 2010).

Kortprogram rus (KR) er et program som er utviklet for å være et tilbud til innsatte med korte dommer eller som er varetektsfengslet. Det er derfor vesentlig kortere enn andre tiltak som tilbys i kriminalomsorgen. Programmet har som målsetting å bevisstgjøre de innsatte på utfordringene med rus og gi dem motivasjon og muligheter for å redusere sitt rusproblem. Programmet tilbys med fire samlinger i løpet av fire uker. I tillegg er det ambisjoner om å engasjere andre deler av relevant helse- og sosialtjeneste både innenfor og utenfor kriminalomsorgen, med sikte på å bygge opp et samordnet og helhetlig tjenestetilbud som både kan følge opp den innsatte resten av soningstiden og etterpå. Programmet kan derfor ses på som et ledd i en helhetlig strategi med sikte på å legge forholdene til rette for at deltakerne kan få kontroll på sine rusproblemer og begrense eller slutte med sin kriminelle aktivitet (Hansen, 2017).

### **Samarbeid mellom kommune og kriminalomsorg**

Mange land har satt i gang forsøk eller prosjekter for å få til slikt samarbeid. Kinner & Williams (2006) oppsummerer sin gjennomgang av den forskningen som er gjennomført med å konkludere at dersom man tilrettelegger for et helhetlig soningsforløp og planlegger både hvilke tiltak



som skal gjennomføres under soningen og hvilke som skal være tilgjengelige som en videreføring etter endt soning, så bidrar dette til å redusere gjentatt kriminell aktivitet og til å bedre livet for de domfelte og deres pårørende. Slike resultater har man også sett i forsøk som er gjennomført i Storbritannia (Fox et al., 2005). EU har satt i gang et utviklingsprosjekt i seks land med sikte på å skape et helhetlig og samordnet tilbud til de domfelte fra de påbegynner soningen til de er godt tilbakeført etter endt soning. Dessverre har evalueringen vist at resultatene ikke var i samsvar med ambisjonene. Utfordringene knyttet seg særlig til manglende felles kartlegging og utveksling av data, manglende oppfølging fra kommunene under soning, uavklarte ansvarsforhold og ulike ideologier (MacDonald et al., 2012).

En oppsummering av denne litteraturgjennomgangen kan være at dersom målsettingen til kriminalomsorgen om å få de domfelte gjennom en endringsprosess fra kriminell til lovlydig, så er det behov for at kriminalomsorgen følger opp med sosial støtte i løpet av soningen og legger til rette for at det kan planlegges og ytes praktisk bistand både under og etter soningen. For mange domfelte er det en utfordring å ordne dette mens de soner. I Norge er den tiden de domfelte sitter i fengsel forholdsvis kort, og mer enn halvparten av de innsatte slipper ut før det er gått 90 dager (Kriminalomsorgen, 2019). En stor del av de korte dommene er rusrelaterte.

## Metode

Dette kapitlet bygger på de intervjuene som vi gjorde på seminaret beskrevet i kapittel 2 (Bjørkquist & Ramsdal) i denne antologien. Det viste seg at mange av ansatte hadde liten erfaring i samarbeid med kriminalomsorgen, og at ingen av de brukerne hadde, eller ville fortelle at de hadde, vært i fengsel. For å få en bredere forståelse av samarbeidet eller mangel på samarbeid vil vi i dette kapitlet også ta med en del av de erfaringene som ble beskrevet av både innsatte og ansatte i en del fengsler som hadde gjennomført et opplæringsprogram i rusmestring.

I tillegg til intervjuene vi gjorde i seminaret (se kapittel 2), ble det gjennomført ni individuelle intervjuer med deltakere fra tre ulike programgjennomføringer. Alle de domfelte var menn, og de fleste hadde

en lengre historie både med rusmisbruk og kriminalitet. Dessuten ble i alt syv ansatte i kriminalomsorgen intervjuet i tre gruppeintervjuer, hvorav fire ansatte var med på to gruppeintervjuer. De individuelle intervjuene med deltakerne varte normalt ca. 20 minutter, noen litt mer, og noen litt mindre. Intervjuene var semistrukturerte, der deltakerne først ble oppfordret til å si noe om hvilke tanker de satt igjen med etter at de hadde deltatt i programmet. Etter hvert ble samtalen mer styrt inn på spørsmålet om hvordan deres behov for oppfølging i kommunene ble ivaretatt. De tre gruppeintervjuene med de ansatte varte mellom 1 og 1 ½ time hver.

I intervjuene fra seminaret ble de få utsagnene som omhandlet fengsel og samarbeid med kriminalomsorgen skilt ut. En tilsvarende prosess ble gjort med intervjuene av ansatte i kriminalomsorgen, der intervjuene som omhandlet samarbeid både internt og med kommuner ble skilt ut. Fra intervjuene med deltakerne ble utsagn som omhandlet behov og ønsker om videre oppfølging skilt ut. Det ble benyttet en analysemetode som kalles direkte innholdsanalyse. Denne analysemetoden er i hovedsak deduktiv og tar utgangspunkt relevante teorier og forklaringer knyttet til forskningstemaet – i dette tilfellet samarbeid mellom kommuner og kriminalomsorgen om tjenester til ROP-brukere som soner en dom i fengsel (Lune & Berg, 2017). Analysen av data viste tydelig at utfordringen handlet om å få tjenestetilbudet til å fremstå som en sammenhengende prosess. Dette gjorde at det ble naturlig å ta utgangspunkt i hvordan tjenestene og de ulike tilbudene var organisert, hvordan de domfelte ble kartlagt og hvordan de ble fulgt opp, samt foreta en analyse av hva de svakhetene som ble avdekket kunne skyldes. Relevante utsagn ble derfor organisert i følgende fire temaer: fragmenterte tjenester; kartlegging; oppfølging; holdninger. Disse temaene ble så analysert i en prosess der teorier og hypoteser ble utviklet og testet mot dataene (Ruona, 2005). Det ble lagt særlig vekt på de teoriene som er presentert foran, om organisering av helhetlige tjenester og betydningen av gode relasjoner for å bistå den domfelte i en prosess mot et kriminalitetsfritt liv etter endt soning. Til slutt ble intervjuene lest gjennom på nytt for å sikre at de konklusjonene som ble trukket ikke var i motstrid til et helhetlig bilde av intervjuene.

## Resultater

### Fragmenterte tjenester

Innledningsvis ble det i denne boken (kap. 1) pekt på fragmentering som en av årsakene til at det er vanskelig å skape helhetlige tjenestetilbud. Fragmentering er en problemstilling som også er relevant i denne sammenheng. Internt i kriminalomsorgen har de ulike fengslene blant annet en egen helseavdeling og en egen sosialtjeneste som har sine definerte oppgaver, men som forventes å samarbeide med kontaktbetjentene. Tilbakemeldingene fra ansatte i kriminalomsorgen tyder på at samarbeidet mellom fengslenes sosialtjeneste og kontaktbetjentene oppfattes som begrenset. Også ved gjennomføringen av Kortprogram rus ble dette et problem. Før programmet ble startet opp ble mulige deltakere kartlagt, delvis for å avklare om de burde delta i programgjennomføringen og delvis for å avklare hva slags oppfølging de trengte. Programlederne ga klart uttrykk for at de var skuffet over at ingen andre i kriminalomsorgen var opptatt av å følge opp denne kartleggingen. Verken kontaktbetjenter, sosialkonsulenter eller helseavdelingen benyttet seg av denne kartleggingen. En av de ansatte i helseavdelingen sa det slik: «Programmet er bra, men for oss skaper det bare merarbeid.» En viktig begrunnelse for at også andre i kriminalomsorgen burde følge opp deltakerne var at programmet var begrenset til totalt fire samlinger over fire uker. Programlederne var derfor bevisste på at den daglige oppfølgingen er det andre som bør ha ansvar for: «Vi ser at en del av oppfølgingen – den gode relasjonen – bør etableres med kontaktbetjenter, sosialkonsulent og/eller en sykepleier.» Et viktig poeng her er at forskningen som er vist foran tyder på at de domfelte trenger en person å etablere en god relasjon til for å komme vekk fra kriminalitet. Slik programlederne ordlegger seg synes det å være begrenset interesse for å etablere slike relasjoner med utgangspunkt i den kartleggingen som blir gjort ved oppstart av programmet.

En annen form for fragmentering er den oppdelingen av ansvar som foregår ved at de ulike aktørene løser sine oppgaver suksessivt. Tilbakemeldinger fra både kriminalomsorgen og kommunene viser at man i stor grad fordeler ansvaret etter hvor brukeren oppholder

seg. Kriminalomsorgen peker på denne utfordringen på denne måten: «Utfordringen er at vi gjør vårt, men så må andre utenfor ta over – hvem skal ta over den stafettspinnen?»

Tilsvarende beskriver en av de kommunalt ansatte hvordan kommunen ikke følger opp brukere mens de soner en dom: «Hvis en person skal være i fengsel over lang tid, så jobber jo ikke vi med oppfølging mens de er der, stort sett, vi venter liksom litt mer til de er på veien til å komme ut.»

Selv om det siste utsagnet peker på personer som soner lange dommer, så viser både dette og det forrige utsagnet at man tenker seg at ansvaret knytter seg til hvor brukeren er. Det vil si at er vedkommende i et fengsel, så er ansvaret hos kriminalomsorgen, og hvis vedkommende er løslatt, er vedkommende kommunens ansvar. Dette er også en indikasjon på at ingen tar et helhetlig ansvar for et samlet tjenestetilbud fra domfellelse via soning til brukeren er innlemmet i samfunnet utenfor fengselet igjen.

## Kartlegging

I mange sammenhenger er det en fordel også for kommunen at de får kontakt med den domfelte før vedkommende er blitt løslatt. Det handler blant annet om kartlegging. I fengselet vil de innsatte komme i en helt annen situasjon enn utenfor murene. De får en klar døgnrytme med faste tider for søvn, mat og aktivitet. I tillegg er de fleste rusfrie. Det skaper muligheter for en annen kontakt enn den man kan oppleve utenfor. En av de kommunalt ansatte hadde tidligere jobbet et år i et fengsel og beskrev sine erfaringer på denne måten:

Det var bare så spennende å jobbe i fengselet og få alle de som ruser seg så hardt ute, så kommer de inn der og så blir de jo nykter, og så har de jo tenkt litt andre ting etter hvert da, til når de kommer ut.

Dette tyder på at det er mer fruktbart å kartlegge brukeren mens vedkommende soner. Kommunen har da et bedre grunnlag for å finne frem til et helhetlig tjenestetilbud bygget på brukermedvirkning. Det er ingen av deltakerne som beskriver at denne muligheten utnyttes, heller tvert imot. En av de kommunalt ansatte fortalte dette:

Det er ikke noe samarbeid. Vi kan vite at folk sitter i fengselet ... vi har jo bedt om å få noen utredninger, blant annet, i fengselet da, på ekstremt dårlige brukere som vi ikke får til: får avslag, gang på gang, kan ikke gjøre det. Så jeg synes at samarbeidet med fengselet er enten dårlig eller ikke-eksisterende.

Denne historien er problematisk fordi kommunen tydeligvis ikke har fått noen god begrunnelse for avslagene, noe som bidrar til at kommunen får inntrykk av at fengselet ikke er interessert i samarbeid. Det er da interessant å se nærmere på hvordan det legges opp til samarbeid både internt i kriminalomsorgen og med kommunene.

## Oppfølging

En av målsettingene med Kortprogram rus var at deltakerne skulle få på plass oppfølging både i fengselet og etterpå. Problemet er at deltakerne ikke opplever at de får en slik oppfølging. For det første peker deltakerne på at programmet er av begrenset omfang og at de derfor ønsker seg en oppfølging En av deltakerne sa det slik: «Det hadde vært bra om vi kunne hatt en oppfølging – du får ikke mye ut av fire ganger.»

En annen er tydelig på at det er ønskelig at man får oppfølging både i fengselet og etterpå:

Jeg vil gjerne ha et klart tilbud når jeg kommer ut. Kurset var greit – det var ikke dårlig, men det var litt kort for å komme i gang ordentlig [...] trenger oppfølging [...] skulle vært lengre – skulle hatt flere samtaler, gjerne ordnet oppfølging når vi kommer ut.

Erfaringen denne domfelte beskriver, viser flere av de utfordringene som man står overfor. For det første bekrefter vedkommende at deltakerne hadde ønsket et mer omfattende tilbud. I den forbindelse er det viktig å legge merke til at vedkommende særlig etterspør flere samtaler. Vedkommende peker også på behovet for at tilbud som ytes i fengsel, ofte bør følges opp ved løslatelse. Ønsket om å få til flere samtaler synes det vanskelig å få realisert. Det handler tydeligvis også om relasjoner. En beskriver det på følgende måte: «Jeg snakker ikke om problemene mine med kontaktbetjenten – sosialkonsulenten snakker jeg litt med, men hun er ganske opptatt.»

Kriminalomsorgen legger opp til at den sentrale personen for personlige samtaler skal være kontaktbetjenten. For de fleste bygger personlige samtaler på tillit til den man skal kommunisere med, og dette utsagnet tyder på at det her ikke er tilstrekkelig tillit til kontaktbetjenten. Det kan ha en sammenheng med at kontaktbetjenten også har en viktig funksjon som «vokter». Det underbygges av at informanten sier vedkommende har et godt forhold til sosialkonsulenten som ikke har en «vokterrolle» i fengselet.

En annen tolkning handler om at slike personlige samtaler ikke prioriteres av kontaktbetjentene. En av deltakerne fortalte følgende historie:

Jeg hadde en kjempegod samtale med kontaktbetjenten min her om dagen. Da var vi innom alt, han var veldig fornøyd. Sånne samtaler hjelper deg – nei, men det er viktig å ha hjelp, sørge for at det blir samarbeid. Jeg har hatt god kontakt med sosialkonsulenten – det har egentlig bare vært henne som har vært interessert. Nå er kontaktbetjenten også på banen. Sosialkonsulenten har ordnet kontakt med ruskonsulent når jeg kommer ut, så det meste er på plass.

Selv om denne deltakeren er positiv, er det grunn til å merke seg at kontaktbetjenten først er kommet på banen etter en stund. Det synes dessuten som om det er sosialkonsulenten som har vært den som har tatt ansvar for å følge opp deltakeren og sørge for at det er på plass en oppfølging etter endt soning. At sosialkonsulenter i fengslene er aktuelle samarbeidsparter for kommunene trekkes frem også av en av de kommunalt ansatte.

Erfaringene tyder på at det er særlig sosialarbeiderne i fengslene kommunene klarer å samarbeide med:

Men jeg har da vært på mange ansvarsgruppemøter ... hvor de var veldig på, fra fengselet sin side, hun som er sosialarbeider der oppe, for å få kontakt og for å være i forkant av en løslatelse hvor vedkommende ikke har noe sted å bo, og hvor vi skal nå planlegge for det.

Her beskrives det en situasjon der kommunen klarer å få på plass et tilbud før den domfelte er løslatt. For at kommunen skal kunne få på plass et tilfredsstillende tilbud, er den ofte avhengig av at det gjøres en skikkelig kartlegging.

## Holdninger

Data-analysen viste at når de ulike aktørene skulle beskrive samarbeidet mellom kriminalomsorgen og kommunene, så pekte mange på problemer. Programlederne uttrykker for eksempel bekymring for hvordan kommunene følger opp. Blant annet peker de på at en del kommuner er trege med å få i gang arbeid med individuelle planer og oppnevning av koordinatorene med ansvar for helhetlige tjenestetilbud i kommunen. Likevel er de tydelige på at de er opptatt av å få på plass et samarbeid med kommunene. En forteller følgende:

Vi ser tydelig at KR gir oss en innsikt som gjør at vi kan sende henvisninger til kommunene. På bakgrunn av dette har enkelte av deltakerne fått kontakt med egne ruskonsulenter. Hvis vi er gode på å skrive henvisninger og å dokumentere behovene så kan vi følge opp og hjelpe deltakerne med å skrive klager til fylkesmannen når de ikke får den hjelpen vi mener de har krav på.

Selv om de peker på at det er eksempler på at de domfelte får på plass en oppfølging etter endt soning, så er det også tydelig at de i mange tilfeller forventer at kommunen ikke følger opp, og at henvisninger derfor må skrives slik at det er lett å klage til fylkesmannen (nå statsforvalteren).

Også kommunene beskriver problemer med samarbeidet med kriminalomsorgen. Et eksempel som går igjen, er dato for løslatelse. En av de kommuneansatte beskrev problemet slik:

Men et problem kan være at man har en dato, ikke sant, og den kan vel endre seg hele tiden, altså den kan vel forflytte seg litt. Så har man fått en dato, at ok, da skal brukeren ut, og så er vi veldig på at: «Da må dere si ifra litt i god tid, så vi kan forberede oss, sånn at vi kan være på.» Og så blir de ofte sluppet før datoen, og så har vi ikke fått vite om det. Da er det jo litt vanskelig å være ... Å sikre en god overgang, da.

Både disse to utsagnene og flere av dem som er sitert foran tyder på at det er begrenset tillit mellom ansatte i kriminalomsorgen og i kommunene. Dette er et problem som kan påvirke mulighetene for å få til et godt samarbeid.

## Drøfting

### Fragmentering

Mange land sliter med å få til ordninger som sikrer at de domfelte får de tjenester de har behov for og krav på, både under og etter soning (se f.eks. MacDonald et al., 2012). Vanskelighetene med å få til et samarbeid mellom kommuner og kriminalomsorgen som skisseres her er derfor ikke spesielle for Norge. Spørsmålet er hvorfor dette er så vanskelig å få til? Det handler både om de tiltakene som kriminalomsorgen setter i verk i løpet av soningen og om hvordan kommuner og kriminalomsorgen samarbeider.

Beskrivelsene fra både de ansatte og de innsatte tyder på at de domfeltes problemer i kriminalomsorgen blir håndtert som om de kan løses hver for seg. Selv om kriminalomsorgen har vært klar over at de domfelte har en rekke problemer å forholde seg til både under soning og etterpå, så har de tiltakene de har tilbudt, vært oppdelte – for eksempel i avgrensede programmer som beskrevet her i dette kapitlet. Selv om ambisjonen med dette programmet er å ivareta en rekke av de problemene deltakerne har, viser erfaringen at det stort sett bare er ruslidelsen man tar tak i. Dette synes i stor grad å være tilfelle med ulike programmer i kriminalomsorgen. Et viktig element med disse programmene er at de skal være standardiserte, slik at tilbudet skal være likt fra fengsel til fengsel (Maguire et al., 2010). Konsekvensen av dette er man verken tilpasser seg forskjeller mellom de ulike fengslene eller mellom de ulike domfelte (Hansen et al., 2013). Ambisjonen om å se den domfelte som helhetlige og ulike personer kan derfor vanskelig ivaretas. Riktignok var ambisjonen med dette programmet – Kortprogram rus – at man skulle få til en slik helhetlig tilnærming. Forutsetningen var at andre skulle følge opp deltakerne både under programgjennomføringen og etterpå. I den sammenhengen har kontaktbetjentene en særlig viktig rolle, men dataene tyder på at de ikke følger opp verken internt i fengslene eller eksternt overfor kommunene.

I tillegg er det tydelig at de ulike aktørene i kriminalomsorgen ikke samarbeider godt nok. Oppfølgingen fra kontaktbetjentene er svak. Utsagnet fra en ansatt i helseavdelingen ved et av fengslene om at programmet bare førte til merarbeid for dem, tyder på at programmet ikke



ses på som en del av en helhetlig strategi for hele virksomheten. Det betyr at programmet blir sett på som en aktivitet litt på siden av de oppgavene som andre deler av kriminalomsorgen ønsker å prioritere. Det tyder på at den klassiske utfordringen om å bli enige om mål og prioriteringer også skaper problemer for internt samarbeid i fengslene (Head & Alford, 2015). Det ser likevel ut som om sosialavdelingen er et unntak fra dette. Både samarbeid utad beskrives positivt, og de domfelte beskriver at de får hjelp derfra. Dette er ikke nødvendigvis uttrykk for at sosialavdelingen samarbeider internt. Det kan også forstås som at de anser oppfølging etter løslatelse som en av sine hovedoppgaver og at de derfor prioriterer den.

Det synes også som om kommunene tenker seg at de problemene som domfelte har med rus, psykisk helse og mestring generelt, er problemer som enten kan settes på vent mens de soner, eller som det er kriminalomsorgens ansvar å følge opp. På denne måten får man en prosessorientert oppfølging av brukerne, en forløpsmodell (Fineide, 2019). En av utfordringene med den forløpsmodellen som kommunene og kriminalomsorgen legger opp til, er overgangene mellom de ulike tjenestene. Målet må være å gjøre disse overgangene sømløse, ved at fengselet har planlagt soningen og oppfølgingen av den domfelte før vedkommende har påbegynt soningen, og at kommunen har planlagt oppfølging etter endt soning før den domfelte løslates. De ansatte i denne undersøkelsen beskriver hvordan informasjonsutvekslingen mellom kommune og kriminalomsorgen svikter i ulike sammenhenger.

## Kartlegging og oppfølging

En av de kommunalt ansatte som hadde jobbet en tid i et fengsel, ga en interessant beskrivelse av hvordan det var å møte brukere som vedkommende kjente fra før igjen i fengselet. Historien tyder på at det kan være hensiktsmessig også for kommunen å kartlegge brukere mens de soner. Et sentralt spørsmål er i så fall hvem som skal kartlegge. Kriminalomsorgen har de siste årene lagt stor vekt på å ta i bruk omfattende kartlegging av de domfeltes behov både under soning og etter løslatelse (Hansen & Samuelsen, 2016). Kartlegging handler gjerne om å avdekke sensitive data som man ikke vil dele med andre enn dem man stoler på.

Tilbakemeldingene som er presentert foran tyder på at de domfelte i liten grad har etablert gode og tillitsfulle relasjoner til kontaktbetjentene som har ansvar for å gjennomføre slike kartlegginger. Det er ikke noe nytt at de domfelte mangler tillit til ansatte i fengsel. En rekke undersøkelser har opp gjennom årene vist at forholdet mellom de domfelte og fengselsansatte generelt sett er preget av mistro og mistenksomhet (se f.eks. Christie, 2007; Farral & Maruna, 2004; Ugelvik, 2011). Dette gjør blant annet at Kolind et al. (2010) reiser spørsmålet om det er mulig å fungere både som vokter og veileder for de domfelte.

I kapittel 6 (Hansen) i denne antologien ble rollen til en aktiv koordinator eller *boundary spanner* beskrevet nærmere. I USA har det vært gjort forsøk med å etablere en ordning der man engasjerte frivillige som tok på seg oppgaven som *boundary spanner* både under og etter endt soning. Tilbakemeldingene var at denne ordningen gjorde at de domfelte fikk gode og trygge relasjoner til koordinatoren og at de fikk tilgang på oppfølging etter endt soning (Pettus & Severson, 2006).

Det gir grunnlag for å stille spørsmål om kommunen bør ta et sterkere ansvar for å følge opp ROP-brukere mens de soner i fengsel. Som pekt på foran har kommunen samme ansvar for å yte tjenester til sonende ROP-brukere som de har når brukeren er utenfor fengselet. Data som ble presentert i kapittel 6, viser at brukerne opplevde aktive koordinatorene som tok et ansvar for å få på plass et helhetlig tjenestetilbud som positivt. Det bør derfor vurderes om den koordinatoren som den domfelte hadde før soning, bør ta et fortsatt koordinatoransvar også gjennom soningen og etterpå. Dersom den domfelte ikke har en slik koordinator før soning, bør det kanskje oppnevnes en slik under soningen.

Innledningsvis ble det vist til en god og trygg relasjon til en person som kan støtte vedkommende i en prosess bort fra kriminalitet er et sentralt element i det som kalles *desistance* (McNeill, 2006). En rekke undersøkelser viser til at domfelte har fremhevet slike relasjoner med en ansatt i eller utenfor kriminalomsorgen som avgjørende for at de har fjernet seg fra kriminalitet (Barry, 2007; Panuccio et al., 2012). Etablering av en trygg og god relasjon mellom ROP-brukere og en tjenesteyter synes også være den faktoren som er viktigst i brukerens mestringsprosess (Davidson et al., 2008).

Erfaringene de domfelte beskriver foran tyder på at kontaktbetjentene i liten grad er en person som de domfelte har gode og tillitsfulle relasjoner til. Det kan derfor tenkes at også ambisjonene om å redusere kriminalitet best kan realiseres ved at det er kommunalt ansatte som etablerer gode og tillitsfulle relasjoner til brukerne også mens de soner.

## Holdninger

Både ansatte i kommunene og i kriminalomsorgen uttaler seg på en måte som tyder på at de har manglende tillit til hverandre. Manglende tillit og negative holdninger har en tendens til å forsterke seg ved at aktiviteter og uttalelser blir tolket i verste mening (Schein, 1987). Hvis det er slik at ansatte i kriminalomsorgen og kommunalt ansatte mangler tillit til hverandre, kan dette hemme mulighetene til å få på plass et samarbeid (San Martin-Rodriguez et al., 2005). Riktignok peker en av de kommunalt ansatte på at vedkommende samarbeider godt med en sosialarbeider i kriminalomsorgen. Dette tyder på at samarbeid mellom to med felles utdanning og bakgrunn kan være lettere enn med andre (Hudson, 2004). Sentrale elementer i utviklingen av et samordnet og helhetlig tjenestetilbud er evnen til å kommunisere og bli enige om felles mål (Head & Alford, 2015). Det forutsetter at deltakerne har en forankring i et felles begrepsapparat (Clark & Brennan, 1991). Det gjør det lettere for en kommunal sosialarbeider å kommunisere med en i kriminalomsorgen og kan forklare hvorfor informantene beskriver slike erfaringer. Erfaringer tyder dessuten på at kontaktbetjenter i fengsel har begrenset innsikt i kommunale tjenestetilbud og hvordan de eventuelt kan hjelpe den domfelte (Hansen & Bjørkquist, 2017). Det kan derfor være grunn til å stille spørsmål om utdanningssystemet er organisert slik at man legger tilstrekkelig grunnlag for et godt samarbeid mellom kommuner og kriminalomsorgen. Vanskeligheter med å etablere gode samarbeidsrelasjoner mellom ulike yrkesgrupper er ikke en ny utfordring. Utdanningsmyndighetene har derfor i årevis lagt opp til å utforme helse- og velferdsutdanningene slik at de legger til rette for samarbeid. I løpet av 90-tallet satte derfor Utdanningsdepartementet i gang en prosess for å samordne en del av helse- og

sosialfagutdanningene. Dette ble etter hvert fulgt opp med Meld. St. 13 (2011–2012) *Utdanning for velferd*. Denne meldingen konkluderte med at beskrivelsen av kompetansebehov i utdanningene viste at bachelorutdanningene trengte større grad av tverrprofesjonell samarbeids- læring (TPS) på tvers av utdanningene. TPS innebærer at medlemmer av flere enn en profesjon har praktiske øvelser sammen for å bli kjent med hverandres kompetanse og lære å jobbe sammen mot et felles mål (Barr, 2012). En gjennomgang av den forskningen som er gjort på dette feltet, viser at dette er en strategi som stort sett fungerer (Reeves et al., 2017). I Norge har dette ført til at TPS er et krav i alle helse- og velferds- utdanningene. Utdanning av fengselsbetjenter er likevel ikke inkludert i dette samarbeidet. Kriminalomsorgens utdanningssenter (KRUS) er nå inkludert i høyskolesystemet, men uten å være samlokalisert med andre utdanninger. Kravene om at alle helse- og velferdsutdanninger skal knyttes til TPS, gjelder ikke for KRUS.

Det at KRUS ikke er inkludert i den aktuelle TPS-strategien for helse- og velferdsutdanningene, bidrar både til at fengselsbetjenter får dårlig innsikt i andre profesjoners kompetanse, men også til at andre profesjoner heller ikke får kjennskap til hva fengselsbetjenter gjør og hvordan kriminalomsorgen jobber for å forberede de innsatte på et liv i frihet. Det er derfor ikke overraskende at begge parter er misfornøyde med hverandres innsats for å skape et helhetlig og samordnet tjeneste- tilbud.

Det finnes en rekke måter å bygge opp et godt samarbeid mellom ulike virksomheter. TPS som et sentralt ledd i grunnutdanningen utgjør en slik måte, men det tar trolig lang tid før en slik strategi får omfattende virkninger. Det er derfor viktig å ha klart for seg at TPS ikke ensidig handler om grunnutdanninger, men like gjerne kan være en del av etter- og videreutdanning, eller gjennomføres som gjensidige hos- piteringsordninger. Et av målene med ROPIT-prosjektet er at det skal utarbeides et felles opplæringsprogram. En løsning som kan bidra til å skape den felles forståelsen som TPS etterstreber, kan være å la grunn- utdanningsstudenter i kriminalomsorgen gjennomføre denne felles opplæringen som et TPS-prosjekt med aktuelle helse- og sosialfaglige bachelorutdanninger.

## Avslutning

Kriminalomsorgen i Norge har som mål at domfelte i løpet av sonings-tiden skal forberedes for liv uten kriminalitet etter soningen. Det innebærer at man ser behov for at kriminalomsorgen og kommuner skal tilby et samlet og helhetlig tjenestetilbud både under og etter soning. Dette forutsetter samarbeid mellom kriminalomsorgen og kommunene. Data som er presentert i dette kapitlet viser at det er vanskelig å få til et slikt samarbeid. Slik informantene beskriver det, synes det være særlig to grunner til at samarbeidet ikke fungerer i tråd med intensjonene. Den ene grunnen er at tjenestene ytes fragmentert og i en forløpstenkning. Den andre er at ansatte i kriminalomsorgen og kommunene mangler tillit til hverandre. I dette kapitlet skisseres to mulige løsninger på disse problemene. Den ene er å sørge for at den domfelte har en kommunal koordinator som følger den domfelte gjennom både soningsforløp og etterpå, og som tilrettelegger for et samlet tjenestetilbud, slik som beskrevet i antologiens kapittel 6. Den andre løsningen handler om å koble KRUS tettere opp mot resten av helse- og velferdsutdanningene, for eksempel ved at den felles utdanningsbolken om tjenester til ROP-brukere som ROPIT-prosjektet skal utvikle, gjennomføres som et TPS-tilbud der også studentene ved KRUS inkluderes.

## Referanser

- Barr, H. (2012). Integrated and interprofessional care. *International Journal of Integrated Care*, 12(5). <https://doi.org/10.5334/ijic.987>
- Bukten, A., Stavseth, M. R., Skurtveit, S., Kunøe, N., Lobmaier, P. P., Lund, I. O. & Clausen, T. (2016). *Rusmiddelbruk og helsesituasjon blant innsatte i norske fengsel. Resultater fra The Norwegian offender mental health and addiction study (NorMA)*. Seraf & UiO. <http://hdl.handle.net/11250/2407155>
- Christie, N. (2007). Sosial kontroll. I L. Finstad & C. Høigård (Red.), *Kriminologi* (s. 91–98). Pax.
- Clark, H. H. & Brennan, S. E. (1991). Grounding in communication. I L. Resnick, J. M. Levine & S. D. Teasley (Red.), *Perspectives on socially shared cognition* (s. 127–149). APA. <https://doi.org/10.1037/10096-006>
- Davidson, L., Andres-Hyman, R., Bedregal, L., Tondora, J., Frey, J. & Kirk Jr, T. A. (2008). From «double trouble» to «dual recovery»: Integrating models of recovery

- in addiction and mental health. *Journal of Dual Diagnosis*, 4(3), 273–290. <https://doi.org/10.1080/15504260802072396>
- Falck, S. (2015). *Tilbakeføringsgarantien som smuldret bort: Mellom kriminalomsorg og kommunale tjenester. Tiltaksbro, systematikk eller tilfældighet?* Statens institutt for rusmiddelforskning. <http://hdl.handle.net/11250/283355>
- Farrall, S. & Maruna, S. (2004). Desistance-focused criminal justice policy research: Introduction to a special issue on desistance from crime and public policy. *The Howard Journal of Criminal Justice*, 43(4), 358–367. <https://doi.org/10.1111/j.1468-2311.2004.00335.x>
- Ferlie, E., Fitzgerald, L., McGivern, G., Dopson, S. & Bennett, C. (2011). Public policy networks and «wicked problems»: A nascent solution? *Public Administration*, 89(2), 307–324. <https://doi.org/10.1111/j.1467-9299.2010.01896.x>
- Fineide, M. (2019). Prossessorienterte modeller – tre organisatoriske utfordringer. I C. Bjørkquist & M. J. Fineide (Red.), *Organisasjonsperspektiv på samordning av helse- og velferdstjenester* (s. 145–167). Cappelen Damm Akademisk. <https://doi.org/10.23865/noasp.66.ch6>
- Fox, A., Khan, L., Briggs, D., Rees-Jones, N., Thompson, Z. & Owens, J. (2005). *Throughcare and aftercare: Approaches and promising practice in service delivery for clients released from prison or leaving residential rehabilitation* (Home Office rapport 01/05). <https://www.drugsandalcohol.ie/5960/>
- Freudenberg, N. (2006). Coming home from jail: A review of health and social problems facing US jail populations and of opportunities for reentry interventions. *American Journal of Public Health*, 95(10), 1725–1736. <https://doi.org/10.2105/ajph.2004.056325>
- Hansen G. V., Arvesen, P. A. & Tonholm, T. (2013). *Evaluering av programmet «Pappa i fengsel»* (Høgskolen i Østfold oppdragsrapport 2013:18). <http://hdl.handle.net/11250/147839>
- Hansen, G. V. & Samuelsen, F. (2016). Assessment of offenders: New trends in Norway. *EuroVista*, 4(2).
- Hansen, G. V. (2017). The «short addiction program»: Experiences from an intervention by the correctional services in Norway. *Criminal Justice Studies*, 30(1), 86–96. <https://doi.org/10.1080/1478601X.2016.1269326>
- Head, B. W. & Alford, J. (2015). Wicked problems: Implications for public policy and management. *Administration & Society*, 47(6), 711–739. <https://doi.org/10.1177/0095399713481601>
- Hudson, B. (2004). Analysing network partnerships: Benson re-visited. *Public Management Review*, 6(1), 75–94. <https://doi.org/10.1080/14719030410001675740>
- Justis- og politidepartementet. (2002). *Rundskriv KSF 02/2002: Retningslinjer for kontaktbetjentarbeidet*. <https://www.regjeringen.no/no/dokumenter/rundskriv-ksf-02--2002/id109082/>

- Kinner, S. & Williams, M. L. (2006, 27. oktober). *Post-release experience of prisoners in Queensland: Implications for community and policy* [Paperpresentasjon]. Social Change in the 21st Century Conference, Queensland University of Technology.
- Kolind, T., Frank, V. A. & Dahl, H. (2010). Drug treatment or alleviating the negative consequences of imprisonment? A critical view of prison-based drug treatment in Denmark. *International Journal of Drug Policy*, 21(1), 43–48. <http://dx.doi.org/10.1016/j.drugpo.2009.03.002>
- Kriminalomsorgen. (2019). *Kriminalomsorgens årsstatistikk 2018*. <https://www.kriminalomsorgen.no/statistikk-og-publikasjoner.518716.no.html#>
- Lune, H. & Berg, B. L. (2017). *Qualitative research methods for the social sciences*. Pearson.
- MacDonald, M., Williams, J. & Kane, D. (2012). Barriers to implementing throughcare for problematic drug users in European prisons. *International Journal of Prisoner Health*, 8(2), 68–84. <https://doi.org/10.1108/17449201211277192>
- Maguire, M., Grubin, D., Lösel, F. & Raynor, P. (2010). «What works» and the correctional services accreditation panel: Taking stock from an inside perspective. *Criminology and Criminal Justice*, 10(1), 37–58. <https://doi.org/10.1177/1748895809352651>
- McNeill, F. (2006). A desistance paradigm for offender management. *Criminology and Criminal Justice*, 6(1), 39–62. <https://doi.org/10.1177/1748895806060666>
- Meld. St. 13 (2011–2012). *Utdanning for velferd*. Kunnskapsdepartementet. <https://www.regjeringen.no/no/dokumenter/meld-st-13-20112012/id672836/>
- Pacanowsky, M. (1995). Team tools for wicked problems. *Organizational Dynamics*, 23(3), 36–51.
- Panuccio, E. A., Christian, J., Martinez, D. J. & Sullivan, M. L. (2012). Social support, motivation, and the process of juvenile reentry: An exploratory analysis of desistance. *Journal of Offender Rehabilitation*, 51(3), 135–160. <https://doi.org/10.1080/10509674.2011.618527>
- Pettus, C. A. & Severson, M. (2006). Paving the way for effective reentry practice: The critical role and function of the boundary spanner. *The Prison Journal*, 86(2), 206–229. <https://doi.org/10.1177/0032885506287821>
- Redko, C., Rapp, R. C., Elms, C., Snyder, M. & Carlson, R. G. (2007). Understanding the working alliance between persons with substance abuse problems and strengths-based case managers. *Journal of Psychoactive Drugs*, 39(3), 241–250. <https://doi.org/10.1080/02791072.2007.10400610>
- Reeves, S., Palaganas, J. & Zierler, B. (2017). An updated synthesis of review evidence of interprofessional education. *Journal of Allied Health*, 46(1), 56–61.
- Revd, M. K. (2015). *Innsattes levekår 2014. Før, under og etter soning* (SSB-rapport 2015/47). [https://www.ssb.no/sosiale-forhold-og-kriminalitet/artikler-og-publikasjoner/\\_attachment/244272?\\_ts=150b8c1bceo](https://www.ssb.no/sosiale-forhold-og-kriminalitet/artikler-og-publikasjoner/_attachment/244272?_ts=150b8c1bceo)

- Rittel, H. & Webber, M. (1973). Dilemmas in a general theory of planning. *Policy Sciences*, 4(2), 155–169. <https://doi.org/10.1007/bf01405730>
- Ronel, N. & Elisha, E. (2010). A different perspective. Introducing positive criminology. *International Journal of Offender Therapy and Comparative Criminology*, 55(2), 305–325. <http://dx.doi.org/10.1177/0306624x09357772>
- Ruona, W. E. (2005). Analyzing qualitative data. I R. A. Swanson. & E. F. Holton (Red.), *Research in organizations: Foundations and methods in inquiry* (s. 223–263). Berrett-Koehler Publishers.
- San Martin-Rodriguez, L., Beaulieu, M. D., D'Amour, D. & Ferrada-Videla, M. (2005). The determinants of successful collaboration: A review of theoretical and empirical studies. *Journal of Interprofessional Care*, 19(sup1), 132–147. <http://dx.doi.org/10.1080/13561820500082677>
- Schein, E. H. (1987). *Organisasjonskultur og ledelse, er kulturendring mulig?* (K. Arnulf & H. Brun, Overs.). Libro forlag.
- St.meld. nr. 37 (2007–2008). *Straff som virker – mindre kriminalitet – tryggere samfunn*. Justis- og beredskapsdepartementet. <https://www.regjeringen.no/no/dokumenter/stmeld-nr-37-2007-2008-/id527624/>
- Topor, A., Borg, M., Di Girolamo, S. & Davidson, L. (2011). Not just an individual journey: Social aspects of recovery. *International Journal of Social Psychiatry*, 57(1), 90–99. <https://doi.org/10.1177/0020764009345062>
- Ugelvik, T. (2011). *Fangenes friheter: Makt og motstand i et norsk fengsel*. Universitetsforlaget.
- Weaver, B. & McNeill, F. (2011). *Some lessons from research for organising and delivering case management work with offenders*. DOMICE, Final Conference, Barcelona.
- Weaver, B. (2012). The relational context of desistance: Some implications and opportunities for social policy. *Social Policy & Administration*, 46(4), 395–412. <https://doi.org/10.1111/j.1467-9515.2012.00840.x>





## KAPITTEL 14

# «Det nye paradigmet» i rus- og psykiske helsetjenester – utfordringer og muligheter

*Catharina Bjørkquist*

Fakultet for helse, velferd og organisasjon, Høgskolen i Østfold

*Helge Ramsdal*

Fakultet for helse, velferd og organisasjon, Høgskolen i Østfold

**Abstract:** The purpose of this book has been to show how the challenges associated with services for people with complex needs, exemplified here by addiction and mental health disorders, are handled at the local level. The starting point was three characteristics of trends in national policy and organization of services for people with complex needs: decentralization, user participation and coordination. We argue that these characteristics represent conditions within the services for such disorders and also provide a framework for development within them. The characteristics are understood as entangled processes that constitute elements in the emergence of a “new paradigm” in the services, what is described as a focus on “locally based services”. The processes for change at the local level which we have studied show that institutional characteristics, based on different histories and traditions in the work with addiction and mental health disorders, are important for understanding how these change processes are organized. The three municipalities we studied all recognize that addiction and mental health disorders and illness are important societal problems that must be addressed locally. We can also state, however, that local strategies for achieving the goal of better coordination and integrated services evolve in very different ways.

**Keywords:** Addiction and mental health services, change processes, integrated services, national policies

Sitering av denne artikkelen: Bjørkquist, C. & Ramsdal, H. (2021). «Det nye paradigmet» i rus- og psykiske helsetjenester – utfordringer og muligheter. I C. Bjørkquist & H. Ramsdal (Red.), *Statlig politikk og lokale utfordringer: Organisering av tjenester innen rus og psykisk helse* (Kap. 14, s. 281–299). Cappelen Damm Akademisk. <https://doi.org/10.23865/noasp.14o.ch14>  
Lisens: CC-BY 4.0

## Innledning

Formålet med denne boken har vært å vise hvordan utfordringene knyttet til tjenester for mennesker med komplekse og sammensatte behov håndteres på lokalt nivå. Her illustreres dette med eksempler fra politikk og tjenester rettet mot mennesker med samtidige ruslidelser og psykiske lidelser. Disse lidelsene betegnes vanligvis som «ROP-lidelser». Ambisjonsnivået for tjenestene til mennesker med slike lidelser har økt betraktelig de siste tiårene. Både psykiske lidelser og ruslidelser var – hver for seg – i lang tid et ikke-prioritert, og i mange sammenhenger skjult, politikk- og tjenestefelt. Fordommene mot mennesker med slike lidelser var store, og er ennå ikke borte. Men den politiske oppmerksomheten har etter hvert blitt større, og det er en erkjennelse av at kostnadene – for den enkelte, familien, og for samfunnet – er store og økende. Derfor er dette feltet nå i sentrum av mange politiske initiativ og debatter.

Innledningsvis stilte vi noen spørsmål som omhandlet hvordan nasjonal politikk er utformet med tanke på regulering, finansiering og organisering av lokale rus- og psykiske helsetjenester. Videre har vi studert hvordan tjenestene er organisert, spesielt med tanke på muligheten for å skape integrerte tjenester og samarbeid mellom tjenestene. I dette kapitlet vil vi trekke frem tre forhold som kan danne utgangspunkt for en diskusjon av de resultatene og analysene vi har presentert i de foregående kapitlene.

For det første har vi diskutert de statlige reformstrategier og faglige kunnskapsgrunnlag slik disse er manifestert i de siste års opptrappingsplaner og faglige veiledere, og i arbeidet med å styrke brukerperspektiv blant annet gjennom statlige krav om individuelle planer. Dette har vi diskutert i tre kapitler presentert i del 1. Boken er et resultat av et forskningsprosjekt finansiert av Norges forskningsråd, og i denne første delen inngår også et kapittel om brukerdeltakelse i forskning, slik Forskningsrådets politikk legger føringer for. Bedre samordning gjennom integrerte tjenester, særlig mellom rustjenestene og psykiske helsetjenester, og økt vektlegging av brukermedvirkning på alle nivå i tjenestesystemet er her viktige kjennetegn.

For det andre viser vi hvordan de kommunene der vi har studert endringsprosesser på tjenestefeltet har valgt ulike strategier for

(re-)organisering av tjenestene. Dette er knyttet til de fire kapitlene i del 2. Til sist har vi tatt for oss noen av de tjenestene som er sentrale for mennesker med rus- og psykiske lidelser: bolig og arbeid. For det tredje vet vi også at noen, særlig innenfor rusfeltet, kommer i kontakt med kriminalomsorgen, der samhandling (eller manglende samhandling) med lokale tiltak og tjenester er en utfordring. Dette er tema for del 3. Gjennom de empiriske analysene er det en felles tråd knyttet til å se hvorvidt de nasjonale mål blir ivarettatt, og særlig hvordan en organiserer for bedre samordning og samarbeid i tjenestesystemet.

De organisatoriske og faglige perspektivene på rus- og psykiske helsetjenester har endret seg. I innledningskapittelet i denne boken tok vi utgangspunkt i tre utviklingstrekk i organiseringen av tiltak og tjenester for mennesker med komplekse problemer som reflekterer denne utviklingen: *desentralisering*, *brukermedvirkning* og *samordning*. Disse utviklingstrekkene mener vi legger en ramme for, og representerer premisser for, den tjenesteutvikling vi ser for slike lidelser. Utviklingstrekkene må forstås som sammenfildrede prosesser, og vi har betegnet disse som elementer i fremveksten av et «nytt paradigme» i tjenestene: mot det som betegnes som et fokus på *lokalbaserte tjenester*.

Ved å se utviklingen av tjenestetilbudet gjennom disse tre perspektivene, fremkommer det et komplekst bilde som er i kontinuerlig endring. Et hovedspørsmål er om de utviklingsprosessene vi har studert, bidrar til å nå de overordnede målene om helhetlige og likeverdige tjenester uansett hvor en bor i landet. Disse prosessene omfatter samspillet mellom statlige og lokale myndigheter, mellom faglige arbeidsformer og økonomisk-administrative kjennetegn, og samordning og samarbeid mellom ulike deler av tjenestesystemet.

Vi vil understreke at det er viktig å se de lange linjene i utviklingen av tjenestefeltet – både slik de manifesterer seg som statlig politikk og som organisatoriske og faglige løsninger lokalt. Ideen om «lokalbaserte tjenester» er forankret i nasjonale, statlige reforminitiativ. Derfor er det ikke mulig å forstå hvordan lokale endringsprosesser skjer uten å se dem i sammenheng med statens mål og ambisjoner, og, som vi har vært særlig opptatt av i denne boken; hvordan de statlige virkemidler for å bidra til den lokale utvikling i tjenestesystemet blir utformet. Det er i

det dynamiske samspillet mellom statlige og lokale endringsstrategier og -prosesser at omfang, kvalitet og struktur på disse tjenestene blir til.

Utviklingen av tjenestesystemet på rus- og psykisk helsefeltet er kjenetegnet av de nasjonale målene slik de er formulert i ulike politiske dokumenter. Her heter det at befolkningen skal ha god behandling og likeverdig tilgang til helse- og omsorgstjenester. Dette gjelder uavhengig av for eksempel diagnose, alder og bosted, og uansett om tjenestene blir levert på lokalt nivå eller i spesialisttjenestene. Det er i ulike sammenhenger understreket at dette også er prinsipper og mål som gjelder de som også har rus- og psykiske plager. Rus- og psykiske helsetjenester skal prioriteres både i lokale tjenester og i spesialisttjenestene, heter det. Disse rettighetene er dels beskrevet i lover og beslutninger vedtatt i hovedsak enstemmig av Stortinget gjennom flere tiår. I tillegg kommer en rekke forskrifter som pålegger bestemte krav til utøvelsen av tjenestene. En rekke reforminitiativ og opptrappinger på feltet har konkretisert en generelt utformet nasjonal politikk, og vært viktige for den lokale utviklingen av tjenestesystemet – både i spesialisttjenestene og i kommunene.

Det har derfor ikke manglet på gode mål og ambisjoner på feltet. Mange tiltak er blitt etablert, og de statlige bevilgningene til tjenesteutvikling lokalt har økt. Opptrappingsplanen for psykisk helse (1998–2009) og de to opptrappingsplanene for rusfeltet (2007–2010, 2016–2020) kan stå som viktige milepæler i denne utviklingen. Disse planene reflekterer også at ideen om å bygge ut «lokalbaserte tjenester» er blitt bekreftet og forsterket gjentatte ganger. Dette betyr ikke at spesialisttjenestene ikke er viktige, men at deres rolle blir endret. Dette er i tråd med prinsipper som ble presisert i Samhandlingsreformen (St.meld. nr. 47 (2008–2009)), der det heter at deres rolle skal være å bli mer spesialiserte, mer kompakte og mer behandlingsorienterte. Både de kommunale tjenestene og spesialisttjenestene er derfor i endring, i tråd med det nye paradigmet som nå er gjeldende politikk.

For politiske myndigheter er det kanskje naturlig å understreke alt det som har gått bra på feltet. I forbindelse med behandlingen av den såkalte rusreformen i 2021 viser regjeringen til flere forhold som bekrefter dette: bevilgningene over statsbudsjettet har økt, og målet om 2,4 milliarder kr knyttet til rusopptrappingsplanen 2016–2020 er «overoppfylt», heter det.

Dette skjer samtidig med en opptrapping av økte bevilgninger til boligtiltak, og en bedring i antallet rusavhengige som har fått arbeid og aktivitet (fra at 42 prosent ikke hadde arbeid/aktivitet da opptrappingsplanen ble startet i 2016 til en reduksjon til 28 prosent i 2020) (Helse- og omsorgsdepartementet, 2019). Antallet årsverk i kommunale rus- og psykiske helsetjenester har også økt med 2500 siden 2016. I tillegg må nevnes at i 2018 oppgir 65 prosent av kommunene at deres tjenester på rus- og psykisk helsefeltet rettet mot voksne nå er samlet i en felles enhet for psykisk helse- og rusarbeid, mens 27 prosent oppgir at tjenestene er organisert i separate enheter (adskilte tjenester). De øvrige 9 prosent oppgir at de har «integreerte tjenester», det vil si at rus- og psykiske helsetjenester er organisert sammen med andre helse- og/eller velferdsfaglige tjenester (Ose et al., 2018).

Samtidig har en rekke undersøkelser vist at endringsprosessene for å realisere høyere kvalitet og likeverdige tjenester for hele landet ikke er nådd. Det er langt igjen, og «det går for sakte» (Karlsson, 2016). En rekke evalueringer og tilsyn har vist at tjenestene sliter med alvorlige utfordringer. Riksrevisjonens undersøkelse av psykiske helsetjenester i 2020 konkluderer med at samtidig som en større andel av befolkningen får mer behandling, er fordelingen ujevn, og befolkningen i noen helseregioner får mer behandling enn andre. Tilgangen til psykiske helsetjenester i kommunene er ulik, og mange med psykiske plager og lidelser får ikke hjelp når de trenger det. Det heter også at «den gylne regel» om at vekst i psykisk helse og rusbehandling skal prioriteres foran somatiske helsetjenester ikke er innfridd. Arbeidet med å øke og ta i bruk kunnskap i behandling av psykiske plager og lidelser er ikke godt nok, det er ikke tilstrekkelig brukermedvirkning, og kvalitetsforbedring blir ikke ivaretatt av mange ledere i tjenestene (Riksrevisjonen, 2021, s. 5).

For oss er et viktig poeng i Riksrevisjonens rapport dessuten at «(D)e statlige virkemidlene som skal bidra til god kvalitet i tjenestene kan brukes på en bedre måte» (Riksrevisjonen, 2021, s. 13; 99–73). Om dette heter det blant annet at over halvparten av de faglige retningslinjene som omhandler psykisk helse ikke er oppdaterte de siste fire årene, selv om veilederne og retningslinjene i stor grad oppleves som nyttige. Pakkeforløp som er iverksatt på rus- og psykisk helsefeltet har ikke bidratt til

økt samarbeid og koordinering, og mange kommuner opplever ikke å få god nok bistand av statsforvalteren. Det påpekes også at det ikke eksisterer «nasjonale kvalitetsindikatorer som gir informasjon om hvorvidt tjenestene til personer med psykiske plager og lidelser er virkningsfulle» (Riksrevisjonen, 2021, s. 60). Riksrevisjonen peker også på at studier av brukernes erfaringer med tjenestene er fåtallige på nasjonalt nivå.

Dette er en klar indikasjon på at det er grunn til å stille spørsmål ved omfang og kvalitet av tjenestene og særlig at målet om likeverdige tjenester for hele landet ikke er oppnådd. Til det er variasjonene i tjenestetilbudet, særlig i kommunene, for store. En rekke evalueringer og uttalelser fra brukere og organisasjoner på feltet synes å være samstemte i at dette er en korrekt beskrivelse av dagens situasjon. Mens det foreligger mange og gode oversikter over utviklingen, særlig knyttet til evalueringene av opptrappingsplanene, er det imidlertid vanskeligere å gripe de lokale prosesser som kan *forklare* hvorfor dette skjer, og fanger nyanser i de endringsprosessene der målet om «lokalbaserte tjenester» skal ivretas.

Nettopp fordi det er så allmenn oppslutning om de overordnede målene, er det, slik vi ser det, behov for å studere den lokale iverksettingen av målene og organisering av tjenestetilbudet. Her kan empiriske analyser vise hvordan lokale endringsprosesser skjer. Her kan en også konkretisere utfordringer og dilemmaer om organisering av tjenestefeltet som ofte er underkommunisert i politiske (og mange ganger også faglige) sammenhenger. Det blir også tydeligere at mens det er tilslutning til de overordnede målene, er det – slik vi tolker det – stadig flere som stiller spørsmål ved om *virkemidlene* er tilstrekkelige for å nå dem.

## Statlig politikk – rammene for utvikling av tjenestene på rus- og psykisk helsefeltet

Det er ikke mulig å forstå utviklingen av «det nye paradigmet» om lokalbaserte tjenester i rus- og psykisk helsefeltet uten å avklare de rammene som statens politikk kjennetegnes av. Denne politikken fremtrer primært som resultatet av nye reguleringer; lovverk og retningslinjer for tjenestene, statlig organisering av utdannings- og kunnskapssystemet, og ikke minst de reformene og opptrappingene som har vært lansert de siste tiårene. To

trekk ved disse statlige initiativene er påfallende. For det første innebærer det at rus og psykisk helse er kommet på den politiske dagsorden, fra et utgangspunkt der mange politiske aktører frem til 1980-årene hadde et svært lavprofilert, nærmest angstfylt forhold til mennesker som led av psykiske lidelser og rusproblemer. Men sett i perspektiv har en gjennom mange år – i Norge som i andre vestlige land – opplevd at dette er satt på agendaen, ut fra erkjennelsen av hvor omfattende utfordringene er. For det andre har utviklingen dreiet seg om en styrking av de lokalbaserte tjenestene – også dette har vært en kontinuerlig og konsistent utvikling. De reformene og opptrappingene som har blitt initiert i Norge, følger den internasjonale utviklingen på feltet. Men i likhet med i andre land, er de forvaltningsmessige rammene særegne, og krever for eksempel en avklaring av hvilken rolle statlig styring og kommunalt «selvstyre» skal ha i endringsprosessene. Her fremtrer det dilemmaer som kan innebære at kraften i reformarbeidet, sett fra brukeres eller sektorens perspektiv, må modifiseres for å balansere ulike hensyn. Derved er det vanskelig å anvende styringsinstrumenter som potensielt ville ha sterkere påvirkning på lokal organisering og arbeidsformer enn tilfellet faktisk er.

Slik vi ser det, er det vanskelig å ikke oppfatte de reformdesign som har vært valgt i forbindelse med de tre opptrappingene på rus- og psykisk helsefeltet de siste tiårene, som uttrykk for de muligheter og dilemmaer en møter i arbeidet med disse lidelsene. Opptrappingsplanen for psykisk helse var kanskje der en tok grep som var mer koplet til en hierarkisk styringsmodell enn tilfellet var for de to rusopptrappingsplanene som ble lansert senere. De viktigste kjennetegn på dette var at en i denne planen både stilte krav om bemanning – men ikke hvilke profesjonsgrupper som skulle ansettes – og valgte å finansiere størstedelen av den kommunale veksten gjennom øremerkede tilskudd. Fordi dette brøt med den rådende forvaltningspolitikken, slik den er nedfelt i kommuneloven, kan dette anses som et relativt radikalt uttrykk for at en ga psykiske helsetjenester i kommunene prioritert. Dette ble begrunnet nettopp gjennom en «krise-definisjon» – at det var «svikt i alle ledd». Valg av styringsinstrumenter i opptrappingsplanen for psykisk helse ble ansett som sterke, og i ettertid fremstår resultatene som i all hovedsak vellykkede. Det er liten tvil om at denne planen også banet veien for en konkretisering og utdyping av



hva en skulle legge inn i begreper som «lokalbaserte tjenester». Dette ble i praksis først avklart som begrep i veilederen «Sammen om mestring» i 2014. De to rusopptappingsplanene fulgte i kjølvannet av opptappingsplanen for psykisk helse, men innebar at en her tok bort det virkemiddelet som kanskje hadde størst konsekvenser: nemlig øremerkede tilskudd til kommunene.

Det er ikke mulig å forstå de utfordringene rus- og psykisk helsefeltet lokalt står overfor, uten å se det i sammenheng med utformingen av opptappingene. Mange av de viktigste trekk bryter med det overordnede mål om likeverdige tjenester. Dette gjelder i forhold til faglig kvalitetsutvikling, god behandling og likeverdig tilgang til helse- og omsorgstjenester. De mål som er formulert, innebærer at en forventer at rus- og psykiske helsetjenester integreres også i kommunene, og at en legger vekt på å utvikle god samordning med spesialisttjenestene. Som vist, har det skjedd en økning i størrelsen på overføringene til kommunene med henblikk på å styrke tjenestene på feltet. Men dersom en ikke er oppmerksom på de forvaltningspolitiske rammene, vil anvendelsen av disse midlene lokalt fremstå som et paradoks. De lokale aktørene som forsvarer en økning i ressursene til disse tjenestene, må selv overbevise politiske og administrative instanser i kommunen om at dette er ment som en forutsetning for å utvide det lokale tilbudet. Debatten i forbindelse med rusreformen i 2021 dreier seg – uavhengig av hovedspørsmålet om avkriminalisering av avgrenset narkotikamisbruk – om behovet for økte ressurser til forebyggende arbeid blant barn og unge, og statlig støtte til ulike tiltak for voksne.

På den ene siden vil derfor den «dialogiske» styringsrelasjonen mellom stat og kommune for mange fremtre som for svak til å skape tilstrekkelig kraft i prioriteringene. På den annen side er tanken bak at kommunene selv skal velge hvordan de vil organisere sine tjenester også på dette feltet. Her er begrunnelsen at lokale aktører kjenner best til forholdene, og at en her har mulighet til å prioritere både omfang og struktur på de tjenestene som skal betjene lokalbefolkningen. Resultatet er uansett, slik evalueringer og tilsyn viser, at variasjonen i tjenestetilbudet for brukere med rus- og psykiske lidelser er stor mellom kommunene. Den umiddelbare kritikken av opptappingene på rusfeltet er at de ikke tar i

bruk sterkere virkemidler; særlig øremerkede tilskudd, bemanningskrav og mer spesifikke kvalitetskriterier for tjenestene. Et annet aspekt er at det er vanskelig å få en samlet oversikt over de statlige overføringene i rusopptrappingene, ettersom bevilgningene til dette formålet skjer via budsjettene til ulike departementer – nettopp det som gir disse opptrappingene karakter av fragmentering (Hansen et al., 2018). Dette legger i sin tur grunnlag for at det er usikkerhet og uenighet om hvorvidt de statlige mål for den økonomiske satsingen faktisk ivaretas eller ikke.

Et annet punkt er at kommunene, og da særlig lederne for rus- og psykisk helsetjenestene, gjennom de relativt vide rammer den statlige politikken setter, gis et tilsvarende «handlingsrom» som de selv kan fylle. Dette oppfattes av mange ledere som positivt, og som et uttrykk for at også mange kommuner gir sektoren et mandat til selv å organisere sine tjenester. Men denne frihet innebærer også at kommunen, og da også særlig lederne for tjenestene, blir belastet med krav fra pasienter og pårørende i tillegg til forventninger i spesialisttjeneste som de ofte ikke kan tilfredsstillere. Derved blir handlingsrommet også et uttrykk for det som betegnes som «maktens samvittighet» – at desentralisering av ansvar medfører at en til sist blir alene med de utfordringene styringssystemet etterlater lokalt (Anvik et al., 2020; Bjørkquist & Ramsdal, 2021; Vike et al., 2002). Ved siden av utfordringene dette innebærer for ledere og ansatte i tjenestene, peker dette også på utfordringene som preger prosessene der tjenestene organiseres – nettopp det vi har fokusert på i våre studier presentert i del 2.

## **«Det nye paradigmet» om lokalbaserte tjenester møter ideen om «den nye kommunen»**

Vi har tatt utgangspunkt i at målet om å vektlegge lokalbaserte tjenester i rus- og psykisk helsefeltet, og i andre tilsvarende komplekse arbeidsfelt, må organiseres i den enkelte kommune og i lokale spesialisttjenester (som DPS og SMP) på relativt fritt grunnlag der statlige standarder ikke etableres. Dette har to viktige implikasjoner: for det første er feltet, sett i perspektiv, åpent for lokale fortolkninger av nasjonale mål og ambisjoner. For det andre er organisering av tjenestene en dynamisk prosess – der det

kontinuerlig skjer større eller mindre tilpasninger til ulike hensyn. Ideen om «den nye kommunen» – i en partnerskapsrelasjon til statlige myndigheter – innebærer at kommunene selv må finne en vei der lokale særpreget blir ivaretatt (NOU 2005: 6). Det er likevel viktig å påpeke at tendensen i utviklingsprosessene vi kan observere innebærer at retningsangivelsen ligger fast – mot ideen om lokalbaserte tjenester innenfor rammen som ideen om «den nye kommunen» representerer. Dette innebærer at det er grunnleggende konsistens i den forvaltningspolitiske retningsangivelsen vi her retter oppmerksomheten mot. Men det innebærer både utfordringer, dilemmaer og muligheter å skulle organisere tjenestesystemet lokalt på dette grunnlaget.

Helgesens studie (kapittel 7 i denne boken) av organiseringen av psykiske helsetjenester i kjølvannet av opptrappingsplanen for psykisk helse er i så måte illustrerende. Den viser at det skjer endringer i måten disse tjenestene organiseres ved å først bli koplet til hjemmetjenestene, som primært har eldre brukere, for etter noen år bli en egen tjenesteenhet i sammenheng med boligjenester og sosialtjenestene. Denne utviklingen er også preget av at nye organisasjons- og styringsprinsipper, forankret i New Public Management-prinsipper som resultatenheter og bestillerutfører-organisering, blir innført i kommunen (Ramsdal, 2004). Dette har to implikasjoner: at psykiske helsetjenester får en mer selvstendig identitet, og at tjenestene blir mer isolert fra det øvrige tjenestesystemet. Dette er et frampek mot den organisering av disse tjenestene som vi har vært særlig opptatt av: koplingen mellom psykiske helsetjenester og rustjenester. Sett i perspektiv, er denne beskrivelsen av utviklingen av tjenestene på dette feltet i en kommune å anse som eksempel på hvordan «lokalbaserte tjenester» utvikles som et eget ansvars- og arbeidsområde. Et uttrykk for dette er at de statlige anbefalingene om å integrere psykiske helsetjenester til hjemmetjenestene i den første fasen av opptrappingsplanen etter hvert ble erstattet av en anbefaling om å etablere en egen tjeneste på dette feltet senere i gjennomføringen av planen – noe kommunene i all hovedsak fulgte opp.

Den statlige styringen som skjer gjennom opptrappingsplanene og veiledere på feltet er å forstå som anbefalinger – og det er primært gjennom tilsyn basert på relativt få og til dels upresise kvalitetsstandarder at

kommunene kan få et inntrykk av hvorvidt deres valg av organisasjonsløsninger er hensiktsmessige. Veilederne spiller utvilsomt en viktig rolle, men de er ofte så generelt formulerte, eller har så mange gode råd, at kommunene også i relasjon til disse har stor grad av frihet.

Vi har argumentert for at den statlige påvirkningen, som en kombinasjon av dialogiske, «svake» reformdesign og veilederne, kan karakteriseres som *nudging*. Men erfaringene tyder på at øremerkede midler er viktig. I forbindelse med opptrappingsplanen for rusfeltet (Prop. 15 S (2015–2016) fikk kommunene nesten to milliarder kroner til rusarbeid, men det viser seg at hver fjerde kommune ikke trappet opp innsatsen sin på dette feltet (Borge et al., 2020). Det vil likevel være nok rom for at de lokalbaserte tjenestene kan og må formes i kommunene hver for seg.

## Kommunale endringsprosesser og tjenesteutvikling på noen arbeidsfelt

De fire kapitlene i del 2 som omhandler hvordan kommunene møter forventninger om å samordne tiltak og tjenester for mennesker med rus- og psykiske lidelser viser at problemstillingene som er skissert over, har stor betydning når lokale endringsprosesser finner sted. Studiene av endringer i organisasjons- og arbeidsformer i utvalgte kommuner fokuserer særlig på hvordan målene om samordning og samarbeid om ROP-brukere gjennom organisatorisk integrasjon mellom rustjenestene og psykiske helse-tjenester skjer. Et hovedinntrykk er at kommunene er på leting etter gode løsninger, men at deres søken etter disse er en relativt ensom, til dels isolert, prosess. Dette må forklares med at en både må tilpasse endringene til lokale forhold, ivareta noen overordnede prinsipper for organisasjon og styring den enkelte kommune har valgt, og samtidig at det gis få, om noen, retningsangivelser i de statlige føringene på feltet. Kapitlene som tar for seg dagens situasjon viser at mens de nasjonale rammebetingelsene for arbeidet med integrerte og helhetlige tjenester er de samme, er løsningene en velger, ulike.

Det er likevel noen viktige likhetstrekk mellom kommunene – uavhengig av kommunestørrelse og politisk-administrative forhold. Et viktig fellestrekk er at en erkjenner at rus- og psykiske lidelser og plager

er et viktig samfunnsproblem, som må håndteres lokalt. utfordringene er beskrevet i ulike kommunale planer og dokumenter, og det er generelt politisk enighet om at det er behov for å utvikle tjenestene. Det kan synes som at det ikke lenger er (sterk) motstand mot utviklingen av lokalbaserte tjenester, slik en ofte opplevde da deinstitutionaliseringen skjedde fra 1970-tallet. Sett i et lengre tidsperspektiv, må det kunne hevdes at enigheten om at lokale tjenester skal være ryggraden i tjenestene som en nå finner, innebærer at det politiske grunnlaget for iverksetting av «det nye paradigmet» prinsipielt er til stede. utfordringene dreier seg tilsynelatende om *hvordan* denne utviklingen skal finne sted: Vil en finne organisatoriske løsninger lokalt som innebærer at forutsetningene for god tjenesteyting faktisk skjer?

Alle kommunene vi har studert, har initiert endringsprosesser for å skape mer integrerte og helhetlige tjenester på feltet. Her har en ønsket å endre både strukturen på tjenestene og arbeidsformer. Disse endringsprosessene har også til felles at de i hovedsak skjer ved at kommunene hver på sin måte har måttet finne organisatoriske og faglige løsninger ut fra sine forutsetninger og fortolkninger av nasjonale mål og råd. Kommunene har kunnskaper om anbefalingene nasjonale helsemyndigheter, KS og andre relevante parter har gitt, og har forsøkt å tilpasse valgte løsninger i samsvar med disse. I dette arbeidet har en valgt ulike strategier, men i tråd med nasjonale mål har det særlig vært lagt vekt på å bedre samordning og samarbeid i tjenestene. Her viser det seg at samordning på tvers av nivåene – mellom kommunale tjenester og spesialisttjenestene, og mellom ulike lokale tiltak og tjenester – er utfordrende.

Vi ser at de fleste kommuner har etablert rus- og psykiske helsetjenester som egne administrative enheter, og at disse i løpet av de siste årene har fått en egen identitet i det kommunale systemet. Rus- og psykiske helsetjenester har blitt utskilt fra for eksempel hjemmesykepleie, og fremstår som et kompetansefelt som har en særegen form – i skjæringspunktet mellom helse- og sosialfag. Det har for eksempel etter hvert stort sett fått aksept for at særpreget ved brukernes problemer tilsier at standardiserte vedtak innenfor rammen av et bestiller-utfører-system ikke er adekvate for denne brukergruppen. Slik vi ser det må det oppfattes som en manifestasjon av at rus- og psykisk helsearbeid

har fått en selvstendig status som kunnskaps- og arbeidsfelt i de kommunene vi har studert.

Det er likevel vanskelig å finne fellestrekk i måten de kommunale tjenestene er strukturert. Ulikhetene har dels sammenheng med kommunestørrelse, og det er åpenbart at en liten kommune på 3000–4000 innbyggere preges av en «nærhetskultur» i det politisk-administrative systemet som skaper helt andre forutsetninger for lokale løsninger enn tilfellet er i storkommunen. De endringsprosessene vi har fulgt, viser at også institusjonelle særtrekk, forankret i ulik historie og tradisjon i arbeidet med ruslidelser og psykiske lidelser, er viktige for å forstå hvordan en velger å organisere endringsprosessene. Tidligere erfaringer med omorganiseringer på kommunenivå – blant annet med styrings- og ledelsesformer i tråd med New Public Management-ideer – har nedfelt seg i ulike tilnærminger til endringsprosessene både med hensyn på tidsperspektiver, løsninger som oppfattes som «realistiske» og grad av involvering av brukere og ansatte.

Ved å studere endringsprosessene i de tre kommunene som er beskrevet i boken, kan en konstatere at strategiene for å nå målet om bedre samordning og helhetlige tjenester skjer på svært ulike måter:

I den lille kommunen gjennom *inkrementelle prosesser*, der en fra år til år har justert og økt rammene for tjenestetilbudet. Rus- og psykiske helsetjenester er organisert i en enhet, med flere parallelle og overlappende tiltak. Samtidig bærer tjenestene preg av at det er en bemerkelsesverdig stabil stab, med godt samarbeid, fleksible arbeidsformer og personlige relasjoner både til brukerne og ansatte i de kommunale tjenestene.

I den mellomstore kommunen finner vi at de formelle strukturene for tjenestene er endret ved å skape en selvstendig enhet for rus- og psykisk helsearbeid, men at det internt i avdelingen fremdeles er formelle skiller mellom rustjenester og psykiske helsetjenester. For å overkomme disse ser en at uformelle ordninger vokser frem og kompenserer for skillene i den formelle oppdelingen i avdelingen. Totalt sett fremtrer derfor den kommunale organiseringen og faglig arbeid i denne kommunen som en noe paradoksal *hybridform*.

I den største kommunen er endringsprosessene mer utfordrende. Slik vi ser det, er tjenestene preget av at de er «dobbelte autonome»: Staten

avholder seg fra å styre den kommunale organisering, mens kommunenivået ikke legger seg bort i hvordan kommunedelene organiserer sine tjenester – ut fra samme målstyringslogikk som statlige myndigheter benytter. Også her er de ansvarlige for rus- og psykiske helsetjenester i kommunedelen vi har studert, under betegnelsen «storbykommunen», overlatt til seg selv i å gjennomføre prosjektet for å endre tjenestene. Så vidt vi kan se er det heller ikke kommunikasjon eller samarbeid mellom kommunedelene om hvordan mål, prosesser og forventede resultater skal struktureres. Her har endringsprosessen skjedd primært ved at deler av NAV blir integrert med de eksisterende rus- og psykiske helsetjenester, i tråd med målet om å konkretisere samordnings- og samarbeidsformer i disse tjenestene. Men endringsstrategien her blir betegnende nok studert som en «innovasjonsprosess» – strukturert gjennom et formalisert prosjekt som ytre sett tilfredsstillende mange av de krav som stilles til god prosjektorganisering. Det er også interessant at kommunen i sin første modell valgte å la strukturen følge prinsippene for inndeling av pasientene i tre grupper i tråd med prinsippene i veilederen «Sammen om mestring». Dette måtte en senere gå bort i fra, ettersom det viste seg at denne inndelingen ikke skapte effektive løsninger på organisasjonsnivå. (Å kople organisasjonsstruktur til pasientgruppene på denne måten har strengt tatt ikke vært tanken fra de som produserte denne veilederen.) Men innflytelse og påvirkning i prosessen er ulikt fordelt mellom deltakerne, og selve prosessen har vært relativt tung, med usikkerhet, leting etter løsninger og mange fram- og tilbakeskritt. Det som slår oss er at betingelsene for hvordan tjenestene fungerer uansett er at de økonomiske rammene er anstrengt, de ansatte og ledelse er hardt presset, i en vanskelig balansegang mellom brukernes behov og de rammene en opererer innenfor.

De tre kommunene vi har fulgt endringsprosessene i, har derved hatt ulike utfordringer for å skape integrerte og helhetlige tjenester, og svart på disse på svært ulikt vis. Disse prosessene er særlig interessante i relasjon til ROP-brukerne. Vi har vært opptatt av at en kan identifisere disse utfordringene på ulike nivåer i organiseringen av tjenestene: På et overordnet nivå dreier det seg om hvordan en forholder seg til de nasjonal politikk, og slutter seg til de overordnede mål for denne. I dette ligger også

spørsmålet om hvorvidt en utnytter, og derved retter seg etter, de incitamentene som statlige myndigheter anvender. Dette er særlig viktig når det gjelder finansieringssystemet, der øremerkede tilskudd til bestemte tiltak er prioritert nasjonalt, men ikke nødvendigvis lokalt: Den minste kommunen i vår studie valgte å trekke seg fra samarbeidet om ACT – med begrunnelsen at utgiftene overgikk fordelene på grunn av avstander og pasientgrunnlag i kommunen. På den annen side var storkommunen etter hvert «eksperter» i å finne slike prosjektbaserte tiltak som en – åpenbart på grunn av storskala-fordeler – kunne etablere. Interessant er at en her etter hvert også fikk mer spesialiserte (F)ACT-team (FACT eldre, FACT ung).

Mens disse prosjektfinansierte tiltakene var knyttet til standardiserte modeller, er det likevel interessant at den «ordinære» kommunale driftsorganisasjonen i praksis måtte endres gjennom lokalt genererte prosesser – uten særlig hjelp fra overordnede myndigheter. På mange måter er det et paradoks at parallelt med at rus- og psykisk helsearbeid er blitt mer selvstendig – både faglig og organisatorisk – har dette medført en mer isolert tilværelse i kommuneorganisasjonen. Og samtidig skjer organiseringen av tjenestene ved at en i stor grad selv har måttet finne løsninger på driftsorganisasjonen, her isolert fra støtten statlige myndigheter kunne gitt gjennom reformer, økonomisk støtte og faglige kvalitetskrav. Å studere endringsprosesser på feltet uten å ha disse rammene for tjenestene i mente, gjør det vanskelig å forklare ulikhetene i tjenestetilbudet mellom kommunene.

Ulikhetene som kan observeres mellom kommunene i sine endringsprosesser og organisasjons- og samarbeidsformer reflekteres også i analysene av de tre tjenesteområdene som er presentert i del 3. Her presenteres problemstillinger og politiske betingelser for noen utvalgte tjenestefelt som har særlig betydning for mennesker med kombinerte rus- og psykiske lidelser. Det som er felles for disse tjenestefeltene er at de viser utfordringene som slike brukere har, og som vi har diskutert som «uregjerlige» problemer. De tre kapitlene viser hver på sin måte at det er behov for fleksible løsninger som ivaretar den enkelte brukers behov og er tilpasset de særegne utfordringer den enkelte har. Kapitlene viser kompleksiteten i lidelsesformer og utfordringer i dagliglivet, og at disse ofte kan endre



seg fra dag til dag. Betydningen av at tjenestene bidrar til mening og trygghet i hverdagen er et viktig fellestrekk. Et annet fellestrekk er også at det er utfordringer med hensyn til samordning og samarbeid knyttet til delene av tjenestesystemet som er særlig rettet mot denne brukergruppen og de som i utgangspunktet har en større målgruppe hvor ROP-brukere også inngår. Dette gjelder boligpolitikken og NAVs tiltak når det gjelder arbeid og aktiviteter, men også kriminalomsorgens primæroppgave sett i relasjon til brukerens behov for gode overganger i tiden etter soning. Forfatterne beskriver hvordan en på hvert av disse tjenesteområdene har samordningsutfordringer, og at overordnede mål om meningsfull tilværelse for den enkelte og helhetlige tjenester møter en rekke utfordringer når en skal standardisere tiltakene. Det er likevel uklart hvor grensen går mellom utfordringene som tjenestene kan bidra til å redusere og særtrekene ved den enkelte brukers lidelser og problemer, og hvor realistisk det er å tilrettelegge for disse bidragene innenfor rammene av de eksisterende tjenestesystemene som er etablert. Analysene av de tre tjenesteområdene understreker betydningen av individuelt tilpassede løsninger, der planer og tiltak må ta utgangspunkt i kompleksiteten i den enkelte brukers behov.

## Avslutning

Vi har i denne boken vist noen av utfordringene som oppstår i møtet mellom mennesker med komplekse problemer – eksemplifisert ved kombinerte rus- og psykiske lidelser – og tjenestesystemet som er utformet basert på overordnede mål om helhetlige, integrerte og samordnede tjenester. Dette har vi betegnet som utviklingen av «et nytt paradigme» i rus- og psykisk helsefeltet. Vi har vektlagt at dette innebærer noen utviklingslinjer som viser at disse møtene endrer karakter. Den første tendensen er at en politisk har søkt å *desentralisere* tjenestetilbud, hovedsakelig til kommunene. Dette innebærer at reformstrategiene som er valgt de siste tiårene, både søker å fasttømre det lokale ansvaret for tjenester på feltet, og samtidig utformer vide rammer – et stort handlingsrom – for måten de lokalbaserte tjenestene kan utformes. Evalueringene som er gjennomført de siste årene viser at det har skjedd en positiv utvikling i

tråd med mål og ambisjoner på feltet. Det er for eksempel vist, også i våre analyser, at det skjer en integrasjon av rus- og psykiske tiltak og tjenester i kommunene.

Samtidig er det mange aspekter ved denne utviklingen som skaper utfordringer i den daglige tjenesteyting: fremdeles er samordning og samarbeid et problem – både horisontalt mellom tjenestene på samme forvaltningsnivå, og vertikalt mellom kommunale tjenester og spesialisttjenestene. Det kan, med grunnlag i de utfordringene det siste punktet innebærer, stilles spørsmål ved hensiktsmessigheten av at skillet mellom spesialisttjenester og kommunale tjenester, særlig DPS og SMP, opprettholdes. På samme måte viser evalueringene at *brukerperspektiver* etter hvert får større plass i tjenestene, og at det nå er klarere begreper om hvilke krav som må tilfredsstilles for at brukernes innflytelse over egne tjenester skal bli innfridd. Samtidig er det mange utfordringer ved at en fremdeles ser at fordommer mot brukerne finnes – ikke bare i befolkningen, men også blant ansatte i helse- og velferdssektoren. Også her er det en lang vei å gå før de overordnede mål og ambisjoner blir ivaretatt i hverdagen.

Ambisjonene om å skape bedre *samordning* og integrering av tjenestene er på samme måte et prioritert område. Det er liten tvil om at det har skjedd mange viktige endringsprosesser i tjenestesystemet som har hatt dette formålet. Det gjelder både i reformene som er initiert, og i de lokale endringsprosessene vi har studert. Hvilke faktorer som hemmer og fremmer bedre samordning og samarbeid har utviklet seg til et eget kunnskapsfelt – både internasjonalt og i Norge. Erfaringene tilsier at kombinasjonen av endringer i utdanningssystemet, i samordningsprosesser i ulike tjenester og den politiske oppmerksomheten vil bidra til at samordningen vil bli lettere, og at samarbeidsrelasjoner som ikke er konstruktive vil bli uakseptable i det fremtidige helsesystemet.

En hovedkonklusjon av evalueringene som er gjennomført av de siste opptrappingsplanene viser at kommunenes tilbud varierer – og at dette innebærer at målet om likeverdige tjenester uansett hvor du bor i landet ikke blir nådd. Dette kan knyttes til reformenes preg av å være utformet med virkemidler som er «dialogiske». Reformenes mangel på presise forventninger til lokal tjenesteyting er knyttet til kombinasjonen av strukturen i de økonomiske overføringene, manglende standarder

for kvalitetskrav knyttet til rekruttering og kompetanse i tjenestene, og faglige veiledere som gir så mange åpninger for lokale tilpasninger at de primært fungerer som det vi har betegnet som *nudging* eller *dul-ting*. Kombinasjonen av «dialogiske» reformdesign og *nudging* for faglig veiledning representerer til sammen et hovedproblem i forhold til de ambisiøse mål en nå har formulert for rus- og psykiske helsetjenester. Et svar på dette, som kan henviser til de gode erfaringene med opptrappingsplanen for psykisk helse, vil være at nasjonale myndigheter velger øremerkede midler til kommunenes rus- og psykiske helsetjenester, at en krever planer for organisering og rekruttering av fagkompetanse, at en stiller kvalitetskrav som blir formulert som samlede, og konsentrerte, forventninger i tjenesteytingen. Med andre ord: fra «governance-styring» til mer «government-styring» på dette tjenesteområdet. Nye, friske midler er også nødvendig, hevder blant annet Actis – rusfeltets samarbeidsorganisasjon og lederne for kompetansesentrene for rusomsorg (Borge et al., 2020).

Det må likevel understrekes at heller ikke overordnede nasjonale politiske tiltak vil være tilstrekkelig for å forbedre kvalitet, likhet, samordning og samarbeid i seg selv. Til det er brukernes utfordringer for komplekse. Arbeidsinnsatsen som tjenesteyterne gjør i sitt daglige arbeid sammen med brukerne, må anerkjennes og være grunnlaget for måten en organiserer tjenestesystemet på.

## Referanser

- Anvik, C. H., Sandvin, J. T., Breimo, J. P. & Henriksen, Ø. (2020). *Velferdstjenestenes vilkår. Nasjonal politikk og lokale erfaringer*. Universitetsforlaget.
- Björkquist, C. & Ramsdal, H. (2021). Structural disavowal and personal inundation of responsibility – a local perspective on pressure on mental health front-line professionals. *European Journal of Social Work*, 1–12. <https://doi.org/10.1080/13691457.2021.1882399>
- Borge, L., Svendsen, E. & Mæhlum, I. A. (2020). *Opptrapping sier regjeringen. Nei sier hver fjerde kommune*. Rus & samfunn. <https://www.rus.no/aktuelt/opptrapping-sier-regjeringen-nei-sier-hver-fjerde-kommune-article596-934.html>
- Hansen, I. L. S., Tofteng, Holst, L. S., Flatval, V. S. & Bråthen, K. (2018). *Evaluering av opptrappingsplanen for rusfeltet* (Fafo-rapport 2018:44). <https://www.fafo.no/>

- zoo-publikasjoner/fafo-rapporter/item/evaluering-av-opptrappingsplanen-for-rusfeltet-4
- Helse- og omsorgsdepartementet. (2019, 7. oktober). *Målet om 2,4 milliarder kroner til rusfeltet er overoppfyllt* [Pressemelding]. <https://www.regjeringen.no/no/aktuelt/malet-om-24-milliarder-kroner-til-rusfeltet-er-overoppfyllt/id2672208/>
- Karlsson, B. (Red.). (2016). *Det går for sakte ... i arbeidet med psykisk helse og rus*. Gyldendal Akademisk.
- NOU 2005: 6. (2005). *Samspill og tillit – om staten og lokaldemokratiet*. Kommunal og moderniseringsdepartementet. <https://www.regjeringen.no/no/dokumenter/nou-2005-06/id390194/>
- Ose, S. O., Kaspersen, S. L. Ådnes, M., Lassemo, E., & Kalseth, J. (2018). *Kommunalt psykisk helse- og rusarbeid 2018: Årsverk, kompetanse og innhold i tjenestene*. SINTEF. [https://www.sintef.no/globalassets/sintef-teknologi-og-samfunn/avdelinger/helse/endelig\\_kommunalt-psykisk-helse-rusarbeid-2018.pdf](https://www.sintef.no/globalassets/sintef-teknologi-og-samfunn/avdelinger/helse/endelig_kommunalt-psykisk-helse-rusarbeid-2018.pdf)
- Prop. 15 S (2015–2016). *Opptappingsplanen for rusfeltet (2016–2020)*. Helse- og omsorgsdepartementet. <https://www.regjeringen.no/no/dokumenter/prop.-15-s-20152016/id2460953/>
- Ramsdal, H. (2004). Psykisk helsearbeid i lokalsamfunnet – noen organisasjonsteoretiske perspektiver. *Tidsskrift for psykisk helsearbeid*, 1(2), 5–17.
- Riksrevisjonen. (2021). *Riksrevisjonens undersøkelse av psykiske helsetjenester. Dokument 3:13 (2020–2021)*. <https://www.riksrevisjonen.no/globalassets/rapporter/no-2020-2021/psykiske-helsetjenester.pdf>
- St.meld. nr. 47 (2008–009). *Samhandlingsreformen. Rett behandling – på rett sted – til rett tid*. Helse- og omsorgsdepartementet. <https://www.regjeringen.no/contentassets/d4foe16ad32e4bbd8d8ab5c21445a5dc/no/pdfs/stm200820090047000ddpdfs.pdf>
- Vike, H., Bakken, R., Brinchmann, A., Haukelien, H. & Kroken, R. (2002). *Maktens samvittighet*. Universitetsforlaget.



## Om forfatterne

**Catharina Bjørkquist** er professor ved masterstudiet i samordning av helse- og velferdstjenester ved Fakultet for helse og velferd, Høgskolen i Østfold og har en ph.d. i statsvitenskap fra Karlstads universitet. Hennes forskningsinteresser er organisering av tjenester, digitalisering, styring og ledelse i sykehus og brukerinvolvering. Hun leder NFR-prosjektet ROPIT som studerer organisering av integrerte tjenester til mennesker med samtidige ruslidelser og psykiske lidelser.

**Mona Jerndahl Fineide** er førsteamanuensis ved Fakultet for helse, velferd og organisasjon, Høgskolen i Østfold og er knyttet til masterstudiet i samordning av helse- og velferdstjenester. Hun har mange års erfaring fra kommunal helse- og velferdstjeneste som profesjonsutøver og leder og har en doktorgrad i arbeidsvitenskap fra Karlstads universitet. Hennes forskningsinteresser er styring, organisering og ledelse av helse- og velferdstjenester.

**Ragnhild Fugletveit** er førsteamanuensis ved Fakultet for helse, velferd og organisasjon, Høgskolen i Østfold. Hun er sosiolog og har en ph.d. i sosialt arbeid og sosialpolitikk ved OsloMet – Storbyuniversitetet. Hennes forskningsområder er rusproblematikk, psykisk helsearbeid, barnevern og digitale velferdstjenester.

**Gunnar Vold Hansen** er professor emeritus ved Høgskolen i Østfold og har vært knyttet til masterstudiet i samordning av helse- og velferdstjenester siden studiet ble opprettet i 2008. Han er utdannet cand.polit. med hovedfag i administrasjon og organisasjonsvitenskap. Han har i tillegg en doktorgrad i arbeidsvitenskap. Hans forskning har særlig vært rettet mot samordning av tjenester for mennesker med rus- og/eller psykiske lidelser, samt domfelte som soner dom i fengsel.

**Erna Haug** er førstelektor tilknyttet masterstudiet i samordning av helse- og velferdstjenester ved Høgskolen i Østfold. Hun er vernepleier og har hovedfag i sosialt arbeid fra NTNU. Forskningsinteresser er samarbeid og samordning av helse- og velferdstjenester, arbeidsliv, arbeidsinkludering og inkluderingskompetanse.

**Marit Kristine Helgesen** er professor ved masterstudiet i samordning av helse- og velferdstjenester ved Fakultet for helse og velferd, Høgskolen i Østfold. Hun har doktorgrad i statsvitenskap fra Universitetet i Bergen. Helgesens viktigste forskningsinteresser er digitalisering, kommunal organisering, samordning og profesjoner. Hun leder for tiden forskningsgruppen Digital Decision Support Systems (DDSS).

**Therese Dwyer Løken** er doktorgradsstipendiat ved Fakultet for helse, velferd og organisasjon, Høgskolen i Østfold, med tilknytning til ph.d.-programmet Person-centred Health Care ved Universitetet i Sørøst-Norge. Hun arbeider med en doktorgradsavhandling om organisering av kommunale helse- og velferdstjenester til mennesker med samtidig rusavhengighet og psykiske utfordringer. Hennes vitenskapelige interesser er offentlig styring, tjenesteintegrering, tverrprofesjonalitet, tverrprofesjonelt samarbeid og kompetanse.

**Helge Ramsdal** er utdannet statsviter, og professor emeritus ved Høgskolen i Østfold. Han er tilknyttet masterstudiet i samordning ved Fakultet for helse, velferd og organisasjon. Hans forskningsinteresser omfatter generelle forvaltningspolitiske spørsmål, arbeidslivsorganisering og politikk og tjenesteutvikling i helse- og velferdssektoren. Han var en periode leder for forskningsprosjektet ROPIT, og har vært særlig opptatt av utviklingen av tjenestene på rus- og psykisk helsefeltet.

**Rannveig Røste** er førsteamanuensis ved Fakultet for helse, velferd og organisasjon ved Høgskolen i Østfold. Hun har ph.d. i innovasjon og entreprenørskap fra Handelshøyskolen BI og har erfaring som oppdragsforsker fra Nordisk institutt for studier av innovasjon, forskning og utdanning. Røste er særlig opptatt av hvordan innovasjonsprosesser vokser frem, utvikles og tas i bruk over tid i komplekst sammensatte innovasjonssystemer.