

HØGSKOLEN I ØSTFOLD

**TVERRFAGLIG SAMARBEID I
RUSBEHANDLING
For hvem og til hvilken nytte?**

Master i tverrfaglig samarbeid innen helse og sosial MTFS-2008

Lise Schistad

01.05.2012

Sammendrag

Denne studien har sett nærmere på tverrfaglig samarbeid og brukervedvirkning i rusbehandling, belyst gjennom behandlingsforløpet, på tjenestenivå. Problemstilling for studien er «*Hva fremmer eller hemmer tverrfaglig samarbeid og brukervedvirkning i rusbehandling*». Et sentralt mål var hvorvidt tjenestene samhandlet slik at bruker møter et helhetlig behandlingsforløp. Tverrfaglig samarbeid er en arbeidsform som innebærer at ulike yrkesgrupper utfyller hverandre gjensidig for en mest mulig helhetlig tilnærming til brukerens behov. San Martin-Rodriguez et. al. (2005) beskriver i sin artikkel determinanter som må være tilstede for et suksessfullt samarbeid. Artikkelen har vært sentral i analysearbeidet og drøfting.

Utvalget består av seks informanter, tre tjenesteytere, en brukerrepresentant og to brukere. Tjenesteyterne representerer ulike tjenester. Kunnskapen er innhentet gjennom kvalitative intervju, og analysert med kvalitativ innholdsanalyse. Studiens gyldighet er vurdert til at kunnskapen har overføringsverdi utover denne studien, med de begrensningene som er redegjort for i kapittel 2.

Funnene viser åpenbart behov for bedre samarbeid mellom spesialisthelsetjenesten og kommunen, som kanskje er en særlig utfordring i rusbehandling. Behandlingsforløpet er både uoversiktlig og komplisert å forholde seg til. Henvisningsprosedyrer fører til mer diagnostisering enn behandling, hvor byråkratiske regler gir liten fleksibilitet og en omfattende ressursbruk. Ressursbruken fører til at mange tjenester ikke har tid til samarbeid, med stadig pålegg av nye oppgaver. Omorganiseringer fører til at tjenesteytere mangler kompetanse om eget arbeid og andres arbeid. Brukers behov kommer mye i skyggen av tjenestenes uavklarte roller, funksjoner og koordineringsansvar. Samarbeidet har klare utfordringer.

Abstract

This study has looked closely at the phenomenon of interprofessional collaboration and user participation in substance abuse treatment, illustrated through the treatment course, at service level. Issues for the study is "What promotes or inhibits interdisciplinary collaboration and user participation in substance abuse treatment." A key measure was whether the services interacted so that the user encounters a complete course of treatment. Interdisciplinary collaboration is a method whereby various professions complement each other mutually for the most comprehensive approach to user needs. San Martin-Rodriguez et. al. (2005) describes in his article determinants that must be present for a successful cooperation. The article has been central in analyzing and discussion.

The committee consists of six informants, three service providers, a user representative and two users. The knowledge obtained through qualitative interviews, and analyzed with qualitative content analysis. The study's validity is considered that the knowledge can be generalized beyond this study, with the limitations described in Chapter 2.

The findings show clearly the need for better cooperation between the specialist health services and the municipality, which may be a particular challenge in substance abuse treatment. Treatment course is both complex and complicated to deal with. Referral procedures lead to more diagnosis than treatment, where bureaucratic rules provide little flexibility and a comprehensive use of resources. The use of resources means that many services do not have time to collaborate, with ever order of new tasks. Reorganization means that service providers lack knowledge about their own work and others' work. User needs are much in the shadow of unresolved services roles, functions and coordination responsibilities. The collaboration has certainly challenges.

Forord

Arbeidet med masteroppgaven har vært en lang og lærerik prosess. Jeg har flere å takke for at jeg kom i mål med denne oppgaven. Jeg hadde ikke klart å skrive denne oppgaven uten veldig god støtte fra min tålmodige veileder Ragnhild Fugletveit, som også inspirerte meg til å begynne på masterstudiet. Hun har lest utkast etter utkast på kort varsel, vært motiverende og gitt meg gode tilbakemeldinger. Hentet meg inn gang etter gang når jeg har sporet av. Takk for alle konstruktive råd gjennom hele studien, selv om det ikke var alt jeg forstod der og da.

Jeg vil også takke de seks personene som gjorde det mulig å skrive denne oppgaven, som møtte meg med åpenhet og vennlighet. Som stilte opp til intervju og tok av sin tid i en travel arbeidshverdag og delte sine kloke tanker og meninger med meg. Jeg vil også rette en stor takk til brukerne som delte sine personlig opplevde historier, og viste meg tillit. Uten deres vilje til å bringe erfaringer, opplevelser og følelser omkring tverrfaglig samarbeid, brukermedvirkning og rusbehandling, hadde det aldri blitt noen oppgave! Det personlige møtet med hver enkelt vil jeg ta med meg videre.

Og sist, men absolutt ikke minst, ønsker jeg å takke venner og familie, for støtte underveis og at dere fortsatt er her, håper jeg, etter mitt ”fravær” de to siste årene. Spesielt til Caroline og Erik som har gitt meg tid og rom til arbeidet, og Kari som har pushet på når jeg har hatt lyst til å gi opp. En spesiell takk til Tom Sydhagen som har kommet med mange gode innspill. Dere har alle gitt meg tro på at dette en dag skulle bli et ferdig produkt.

Halden 20.mai 2012

Lise Schistad

Innhold

1	INNLEDNING – bakgrunn for valg av tema	7
1.1	Oppgavens oppbygging	9
1.2	Veien til problemstilling	10
1.3	Presentasjon av oppgavens tema	11
1.4	Problemstilling	11
1.4.1	Avgrensning og presisering av problembeskrivelse	12
1.5	Formål med oppgaven	13
1.6	Begrepsavklaringer	14
1.6.1	Tverrfaglig samarbeid	15
2	METODEKAPITTEL	19
2.1	Begrunnelse for valg av metode	19
2.2	Etiske overveielser	20
2.3	Utvelgelse av informanter	22
2.4	Førforståelse	23
2.5	Intervjuene	24
2.6	Transkribering	26
2.7	Analyse og tolkning	26
2.8	Gyldighet og generaliserbarhet	27
2.8.1	Reliabilitet	29
2.8.2	Generaliserbarhet	30
3	TEORI OG TIDLIGERE FORSKNING	32
3.1	Samhandlingsreformen og (NOU 2005:3)	32
3.2	Rusreformen	33
1.1.1	Hva er en reform?	33
3.2.1	Rusreformen og samhandlingsreformen som NPM-reform	34
3.2.2	Kjennetegn for rusfeltet	34

3.2.3	Ansvarsforhold	37
3.3	Hva er tverrfaglig samarbeid?	39
3.3.1	Brukermedvirkning og Individuell Plan	41
3.4	Rammer for samarbeid	42
3.4.1	Systemiske determinanter	43
3.4.2	Organisatoriske determinanter	45
3.4.3	Relasjonelle faktorer/determinanter	47
4	Presentasjon av data	49
4.1	Rusbehandling	49
4.1.1	Motivasjon	49
4.1.2	Mål for samarbeidet	50
4.1.3	Samarbeid om ettervern	51
4.1.4	Brukers forventninger til samarbeidet	52
4.2	Forståelse av tverrfaglig samarbeid	53
4.2.1	Hva kjennetegner godt tverrfaglig samarbeid?	55
4.2.2	Gråsoner	56
4.2.3	Samarbeid om beslutninger	57
4.2.4	Forventninger til samarbeidet	59
4.2.5	Hva mente brukerne om samarbeidet?	61
4.2.6	Kompetanse for samarbeidet	62
5	HVA FREMMER OG HEMMER TVERRFAGLIG SAMARBEID OG BRUKERMEDVIRKNING I RUSBEHANDLING?	63
5.1	Hvilke utfordringer møter tjenestene og brukerne i behandlingsforløpet?	63
5.2	Hvilke systemiske og relasjonelle determinanter fremmer og hemmer tverrfaglig samarbeid og brukermedvirkning, mellom brukerne, spesialisthelsetjenesten og kommunen?	68
5.2.1	Systemiske determinanter	68
5.3	ORGANISERING AV SAMARBEIDET	81

5.3.1	Ansvarsgruppe som samarbeidsforum.....	82
5.4	Relasjonelle determinanter	85
5.4.1	Mål for samarbeidet	87
5.4.2	Relasjoner.....	90
5.4.3	Kollektivt ansvar	91
5.4.4	Forventninger til samarbeidet.....	92
5.4.5	Tverrfaglig/Flerfaglig/Monofaglig samarbeid	94
5.4.6	Ledelse	95
6	OPPSUMMERING OG KONKLUSJON	96
6.1	Noen avsluttende kommentarer, samt forslag til tiltak	99
7	Litteraturliste.....	101
8	Oversikt over selvvalgt pensum Lise Schistad MTFS-2008	111

Antall ord: 31798

1 INNLEDNING – bakgrunn for valg av tema

«Å bedre samhandlingen er en av de største utfordringene rusfeltet står overfor» står det skrevet i Samhandlingsreformen(St.meld.nr. 47:2008:13). En utfordring innen rusbehandling, har bakgrunn i at rusmiddelavhengighet griper inn i mange sfærer av personens liv, slik som arbeidslivet, familie, helse, bosituasjon og venner. Rusmiddelavhengige vil ofte være avhengig av ulike tjenester, som kan tilby hjelp og støtte. I mange tilfeller vil rusmiddelavhengige være uten arbeid og bolig, med behov for offentlig støtte til bolig og livsopphold, eller tiltak rettet mot å komme ut i arbeidslivet. For en person som er i en sårbar livssituasjon kan det å ta kontakt med tjenesteapparatet være tungt. Når personen i tillegg forventes å forholde seg til et helt spekter av tjenester, og på egenhånd må finne frem til hvilke tjenester som kan hjelpe til med hva, kan det oppleves som nytteløst og vanskelig. Bruker kan også risikere å måtte gjengi sin historie gang på gang. Resultatet kan for bruker være en opplevelse av å være en «kasteball» mellom ulike tjenester. Tjenester som ikke er godt nok koordinert er et erkjent problem, og påpekes i offentlige utredninger og stortingsmeldinger. For å bedre situasjonen anses samarbeid på tvers av tjenester og etater som en måte å kunne tilby rusmiddelavhengige et helhetlig tjenestetilbud. Bakgrunnen er at rusmiddelavhengige ofte har behov som ingen av tjenestene kan løse alene, og krever spesialisering på det enkelte nivå. Det er ønskelig at den enkelte tjeneste endrer praksis, slik at brukere med sammensatte problemer opplever å møte helhetlige behandlingsforløp. Intensjonen om tverrfaglig samarbeid innen rusbehandling har en mangeårig klar forankring, problemet er fremdeles stort, noe jeg vil redegjøre for nærmere i kapittel 3.

Studien vil se på tverrfaglig samarbeid som en av mange måter å organisere samarbeidet i rusbehandling på. Min erfaring er at tverrfaglig samarbeid som begrep og arbeidsform sjeldent reflekteres over. Så lenge tjenesteytere med ulik yrkesbakgrunn settes til å gjøre en felles oppgave, oppfattes det som tverrfaglig samarbeid uten nærmere refleksjon. Imidlertid er det ikke tilstrekkelig å sette sammen en gruppe med ulike yrkesbakgrunn, benevne det som tverrfaglig samarbeid, og deretter ta det for gitt at sammensetningen i seg selv bidrar til tverrfaglig samarbeid. Tverrfaglig samarbeid vil sannsynligvis ikke finne sted om det ikke reflekteres over.

Samhandling og brukermedvirkning er et område med stort politisk trykk nå. Intensjonene er klart nedfelt i lovverk, reformer, stortingsmeldinger og planer, som påpeker behovet for å samhandle med andre tjenester og sektorer. Det har vært foreslått ulike måter å få til bedre samarbeid, fokus har vært både på utdanning og organisering. Det siste er Samhandlingsreformen (2008) som ble lagt frem 19. juni 2009. Erfaringene viser at det er svikt i alle ledd, og på alle nivåer, hvor samhandlingen mellom tjenesteytere og tjenestenivåer ikke er god nok (St.meld.nr.47:2008). Samhandlingsreformens (2008) målsetting presiseres i undertittelen «*Rett behandling - på rett sted-til rett tid*». Bruker skal sikres et mer helhetlig behandlingsforløp i sitt eget nærmiljø, ved bedre samhandling mellom ulike tjenester. Fragmenterte tjenester skal bli bedre koordinert, slik at bruker får et kvalitetssikret behandlingstilbud, samtidig som ressursbruken skal bli mer effektiv. Tjenestene skal leveres koordinert slik at bruker selv slipper koordineringsoppgaven (St.meld.nr.47:2008).

En av årsakene til fragmenteringen er økende spesialisering, hvor tilbudet organiseres i egne enheter med høy spesialisert kompetanse, men begrenset ansvarsområde. Organiseringen krever da at tjenesteyterne avgrenser sin innsats til de oppgavene de har fått definert som sine. En annen årsak er at målene defineres av tjenestene, og ikke den som skal ha hjelpen - brukeren. Det skal løses ved at levering av tjenester forankres med utgangspunkt i brukers behov (St.meld.nr.47:2008). Begrunnelsen er tydelig: *Brukerens integritet og behov er utgangspunkt for helse- og omsorgssektorens eksistens* (St.meld.nr. 47:2008:47). Selv om formelle rammer er tydelige på viktigheten av brukermedvirkning er begrepet tvetydig og komplisert å gjennomføre i praksis. Forskning viser at til tross for en overordnet målsetting i velferdspolitikken, har brukere i liten grad blitt involvert, med liten innflytelse i møter med hjelpeapparatet (Rønning & Solheim 2000, Hansen 2007, Ulvestad, Henriksen, Tuseth & Fjeldstad 2007, Thommesen 2008, Skjellet 2009, Thommesen 2010, Aasmundsen 2009, Lie & Granby 2011). Noe som også ser ut til å gjelde rusmiddelavhengige (Thommesen 2008, Schulte et. al. 2007, Skjellet 2009). Det foreligger lite forskning om brukermedvirkning i forhold til rusmiddelavhengighet, slik at det er behov for mer forskning på området (Schulte et.al 2007, Skjellet 2009). Forskning viser også at vi har begrenset kunnskap om hvordan brukere av tjenester kan delta i samarbeidet (Rundskriv 1-8/2004, NOU:2005:3, D'Amour et.al. 2005, Schulte et. al. 2007, St.meld. nr. 47:2008, Opptrappingsplan for rusfeltet: Statusrapport 2008, Thommesen 2008, Forløpsgruppe 2 2009, Skjellet 2009, Willumsen 2009). Det foreligger også lite

tilgjengelig kunnskap om hvordan brukere opplever behandling og bistand de mottar (Thommesen 2008:10, Kothari et.al. 2010, Lie & Granby 2011). Forskning har overveiende fokusert på effekten av ulike behandlingsmetoder og gjennomføring av disse for å kunne predikere vellykket behandling. Det er i overraskende liten grad undersøkt hvordan brukerne selv opplever behandlingen og bistanden de mottar, og følgene tiltaket får for hverdagslivet og selvfølelsen til den enkelte bruker (Crawford et. al 2003, Drake et. al 2003 I: Thommesen 2008:10, Lie & Granby 2011). Samtidig viser forskning i forhold til hva som virker i behandling at brukermedvirkning i rusbehandling er mulig, og nødvendig for at god behandling skal finne sted. Med en erkjennelse av at det bare er bruker selv som kan endre seg selv(Gjerme, Lømo & Lundgaard 2007). Det er også lite kunnskap om samarbeid om rusmiddelavhengige i spesialisthelsetjenesten, og om tverrfaglig spesialisthelsetjeneste fungerer. Hvor en utfordring er å komme fram til gode resultatmål(Lilleeng 2009:37).

1.1 Oppgavens oppbygging

Dette første kapitlet vil videre redegjøre nærmere for valg av tema og formål med oppgaven, deretter gi en problembeskrivelse, og avgrensinger som er gjort. Kapitlet avsluttes med begrepsavklaringer.

Kapittel 2 starter med en presentasjon og begrunnelse for valg av metoden - kvalitativt intervju. Deretter drøftes etiske overveielser som er gjort i forhold til studien, utvalgsmetode og inklusjonskriterier. Jeg viser så til min førforståelse for studiet, og praktisk metodisk gjennomføring av studien. Kapitlet avsluttes med refleksjoner og vurderinger for studiens gyldighet og generaliserbarhet, samt reliabilitet.

Kapittel 3 tar for seg tidligere forskning, og relevant teori som belyser temaet tverrfaglig samarbeid og brukermedvirkning i rusfeltet. Til grunn for drøfting av tverrfaglig samarbeid støtter jeg meg til San-Martin-Rodriguez et. al. (2005), som beskriver hvilke betingelser som må være til stede for et vellykket samarbeide. I tillegg presenteres rusfeltets historikk samt begrepene tverrfaglig/tverrprofesjonelt og flerfaglig samarbeid og teorier om samarbeid og samhandling.

I kapittel 4 presenteres studiens funn ved hjelp av noen hovedtemaer som har framkommet i det empiriske materialet. Hensikten er å fremlegge ny kunnskap om tverrfaglig samarbeid og brukermedvirkning i rusbehandling.

I kapittel 5 blir funnene i kapittel 4, drøftet i lys av de teoretiske tilnærmingene, og tidligere forskning beskrevet i kapittel 3. Oppsummering, avslutning og implikasjoner følger i kapittel 6, hvor det blant annet antydes mulige forskningstema i videre forskning av tverrfaglig samarbeid og brukermedvirkning i rusbehandling.

1.2 Veien til problemstilling

Med ulike former for kontakt med rusfeltet over mange år, var det ting som vekket min undring og nysgjerrighet. Gjennom denne forskningsoppgaven fikk jeg anledning til å gå nærmere inn og undersøke fenomenene jeg undret meg over. Utgangspunkt for valg av problemstilling var nysgjerrighet på hvordan tverrfaglig samarbeid fungerte innen rusbehandling. Jeg var også nysgjerrig på hvordan brukermedvirkning ble ivaretatt. Begrunnelsen for å intervjuer både brukere og tjenesteytere var å belyse tverrfaglig samarbeid og brukermedvirkning fra ulike ståsteder, som samarbeid ofte handler om. Det var viktig å benytte bruker som informant da det nettopp er brukernes behov som skal ivaretas. Jeg så det derfor som nyttig å ta utgangspunkt i bruker. Samtidig var min oppfatning at bruker står nærmest til å kunne si noe om brukermedvirkning. Min førforståelse var rusmiddelavhengighet som et komplekst område med bredt spekter av ulike forklaringer, og metoder. Et spørsmål jeg var særlig opptatt av, var hvordan ulik ideologi mellom tjenesteytere/tjenester påvirket tverrfaglig samarbeid, med en antakelse om at det kunne være en utfordring. Hvordan møtes kompleksiteten i rusfeltet når tverrfaglig samarbeid skal praktiseres? Når det gjelder tverrfaglig samarbeid og brukermedvirkning, var dette fenomener jeg hadde mindre kunnskap om, noe jeg har forstått gjennom arbeidet med denne studien.

1.3 Presentasjon av oppgavens tema

Tverrfaglig samarbeid i rusbehandling – en refleksjon med perspektiver fra rustjenesten, sosialmedisinsk poliklinikk, fastlegen, brukerorganisasjon og brukere.

Tverrfaglig samarbeid anses nødvendig for å gi brukerne et helhetlig behandlingsforløp og kvalitativ god behandling, til tross for at slikt samarbeid kan by på problemer. Et slikt tverrfaglig samarbeid er å anbefale, selv om det ikke alltid fungerer godt (Lauvås & Lauvås 2004). Gjennom å undersøke hva som fremmer eller hemmer et godt tverrfaglig samarbeid i rusbehandling, og hvilke utfordringer tjenestene møter i behandlingsforløpet, ønsker jeg å kunne si noe generelt om hvilke determinanter som hemmer eller fremmer tverrfaglig samarbeid. Problemstillingen tjenestene innen rusbehandling står ovenfor er en indikasjon på utilstrekkelig samarbeid mellom deler av det offentlige apparat, og reiser interessante spørsmål. Hvordan skal man få til et tverrfaglig samarbeid mellom tjenester, slik at behandlingsforløpet for rusmiddelavhengige blir helhetlig? Hvem har ansvaret for å bistå, og hvordan skal man sørge for at de tar dette ansvaret? Hvilke determinanter bestemmer om et samarbeid går bra? Er det mulig å pålegge samarbeid, eller er det kun fri vilje som styrer tjenesteyterne? Dette er spørsmål som favner videre enn bare brukere og samarbeid mellom tjenestene. De senere årene har velferdsstaten økt i omfang, og det er i dag et krav om at brukeren skal stå i sentrum. Da er samordning av instanser nødvendig. Denne oppfatningen er særlig gjeldende for brukere med behov for hjelp fra flere tjenester. Det skal være én dør inn, og behovet for styrket tverrfaglig samarbeid anses som en hovedutfordring (Knudsen 2004). Jeg ønsker å se utfordringene i lys av behandlingsforløpet knyttet til samarbeidet mellom tjenester i rusbehandling, i en større sammenheng. Temaet for oppgaven er tverrfaglig samarbeid, mellom rustjenesten, fastlege og Sosialmedisinsk poliklinikk (Smp), samt brukerrepresentant og brukere.

1.4 Problemstilling

Dette er en problemstilling der ulike tjenester, sammen med brukere og brukerorganisasjon, sier noe om hvordan de opplever tverrfaglig samarbeid i rusbehandling. Samarbeidet skal foregå på to forvaltningsnivåer, forankret henholdsvis i

kommunen og staten ved Helseforetakene. Innenfor de to forvaltningsnivåene er det også en rekke organisatoriske inndelinger. Dette fører til at mange med ulik organisatorisk forankring og kompetanse må samarbeide med hverandre, som kan by på en rekke utfordringer. Parallelt skal det foregå et samarbeid med brukerne. Studien vil belyse utfordringer de ulike tjenestene Sosialmedisinsk poliklinikk, rustjenesten, fastlegen og brukerne opplever i tverrfaglig samarbeid med utgangspunkt i behandlingsforløpet på tjenestenivå. Et sentralt mål med studien er å identifisere hva som fremmer eller hemmer tverrfaglig samarbeid og brukervedvirkning i rusbehandling.

Opgavens hovedproblemstilling er:

1. Hva fremmer eller hemmer tverrfaglig samarbeid og brukervedvirkning i rusbehandling?

For å gjøre problemstillingen mer håndterlig og for å sikre at den blir besvart valgte jeg å dele den opp i følgende underproblemstillinger:

1. Hvilke utfordringer møter tjenestene og brukerne i behandlingsforløpet?
2. Hvilke systemiske og relasjonelle determinanter fremmer eller hemmer tverrfaglig samarbeid og brukervedvirkning, mellom brukerne, spesialisthelsetjenesten og kommunen?

1.4.1 Avgrensning og presisering av problembeskrivelse

Fordi tema er stort og komplekst er det nødvendig å gjøre visse avgrensninger med tanke på studiens omfang og dybde.

For det første belyses tverrfaglig samarbeid på tjenestenivå, og ikke ut fra profesjon.

Sannsynligvis vil mange av de samme profesjonene være å finne innen de ulike tjenestene, men ha ulike arbeidsoppgaver og mandat. Profesjoner og fag er sentralt i tverrfaglig samarbeid, og kan ha betydning blant annet i forhold til status og makt, hvor det kan oppstå juridiksjonskonflikter (Abbott 1988). Tema berøres derfor under pkt. 3.2.1 og 3.3.2, i kapittel 3. og kapittel 5. Allikevel er det viktig å presisere at hensikten med studien er å

belyse samarbeidet mellom *tjenestene*, uavhengig av den enkelte informants profesjon. For det andre er det ikke lagt vekt på type rusmiddel eller diagnose som benyttes, eller avgrenset til kjønn, hvilket betyr at rusbehandling drøftes på et generelt grunnlag. Jeg ser også bort ifra etiske problemstillinger og tema, da jeg ser at flere av temaene kunne vært diskutert ut fra et etisk perspektiv, for eksempel stigma. Brukermedvirkning er en sentral føring i rusbehandling, ikke minst i forhold til tverrfaglig samarbeid. Tema berøres flere steder, blant annet i kapittel 3 og 5. Men har ellers i all hovedsak konstatert at det er stor enighet om viktigheten av brukermedvirkning, og valgt og ikke gå dypere inn i temaet. Med det mener jeg å beskrive historikk, definisjoner, sammenhengen med andre begrep, for eksempel empowerment (Askheim 2007), eller ulike teorier og retninger når det gjelder brukermedvirkning.

1.5 Formål med oppgaven

Hensikten med studien er å finne ut noe generelt om hvordan tverrfaglig samarbeid og brukermedvirkning i rusbehandling erfarer, av tjenester og brukere. Det er få studier basert på brukers opplevelse av tverrfaglig samarbeid og brukermedvirkning i rusbehandling. Samtidig er det en ambisjon om å bedre samhandlingen mellom tjenester, hvor det særlig vektlegges brukers medvirkning, for å skape helhetlige behandlingsforløp. Tanken bak hovedproblemstillingen er at jeg er av den oppfatning at for å få et tverrfaglig samarbeid mellom tjenestene, som skal komme brukerne til gode, så må samarbeidet og samhandlingen fungere godt. Dette for at brukerne ikke kun skal bli kasteballer mellom tjenester, men faktisk få nytte av bedre tilbud og oppfølging.

Vitenskapelig kunnskap om hvordan tverrfaglig samarbeid og brukermedvirkning oppleves for både brukere og tjenester, vil være nyttig i mange sammenhenger. Temaene har samfunnsmessig relevans, da det er svært viktig at samarbeidet mellom tjenestene kan fungere. Hvor utfordringen for behandlingsapparatet har vært å få til god samhandling mellom tjenestene (St.meld.nr.47:2008). Det kan også være bakgrunnsinformasjon for opplæring i tverrfaglig samarbeid eller brukermedvirkning, i forhold til hva som bør vektlegges i arbeidet, og som tilbakemelding til myndighetene som satser på tverrfaglig samarbeid som en arbeidsform i helse- og sosialtjenestene.

1.6 Begrepsavklaringer

Begrepsavklaring er nødvendig i forhold til noen av begrepene som brukes for å fremstille funnene i studien. Begreper kan virke stigmatiserende, hvor det er lett å sette mennesker i bås (Pausewang 2001).

Studien vil benytte *tjeneste og tjenesteyter* om de ulike informantene fra tjenestesiden. Når det er påkrevd vil de også bli omtalt som *Rustjenesten*, *Smp (Sosialmedisinsk poliklinikk)* og *fastlege*, som henviser til den tjenesten informanten representerer.

Bruker er i stor grad benyttet i oppgaven som benevnelse, fordi det inkluderer mennesker som mottar offentlige tjenester (Rønning & Solheim 2000), enten det handler om sosialhjelp, trygd eller helsehjelp. Dette vil også i mange tilfeller omfatte pasient, klient og rusmiddelavhengig. Med *rusmiddelavhengige* menes personer som har en avhengighet av alkohol og / eller narkotika og som opplever å ha problemer knyttet til sin avhengighet (Blindheim et. al. 1998). Brukerbegrepet benyttes også i forbindelse med organisasjoner som dannes av mennesker med felles problemer eller interesser, slik som RIO¹. I helsesektoren benyttes ofte ordet *pasient*, men det betegner også et menneske som er syk. Begrepet *klient* kan ha negative assosiasjoner, jeg vil derfor bruke begrepet *bruker*, fordi det dekker alle tjenestene denne studien omhandler (Hummerfelt 2001, Rønning & Solheim 2000).

Brukermedvirkning; Brukermedvirkning handler dermed om at brukerne skal ta del i, og virke med noen i relasjon i til noen andre, og handler om aktiviteten bruker deltar med, og tjenesteyterne tilrettelegger for. Å være bruker betyr å nyte, utnytte, anvende, mens medvirkning betyr å delta, bidra og hjelpe. (Humerfelt 2001). Brukermedvirkning er nedfelt i en rekke offentlige dokumenter hvor bruker skal sikres *innflytelse* (St.meld.nr.34(1996-97):29), *likeverdig samarbeid og aktiv deltakelse i hele prosessen* (Sosial- og helsedirektoratet 2006:8) og utformingen av tjenestetilbudet (St.meld.nr.34(1996-97), Sosial- og helsedirektoratet 2006:8), lovfestet i pasientrettighetsloven kap.3 § 3-1 (Pasientrettighetsloven 1999). På systemnivå vil deltakelse fra brukerorganisasjoner i ulike prosesser ivareta brukermedvirkning. Mens på

¹ RIO = Rio er en interesseorganisasjon for mennesker som har eller har hatt problemer knyttet til rusmidler (www.riorg.no).

personnivå skal brukermedvirkning forankres ved at bruker deltar i eget forebyggings-, behandlings- rehabiliterings-, og omsorgsopplegg (St.meld.nr.47:2008). Studien ivaretar brukermedvirkning ved å synliggjøre brukers meninger og opplevelser.

Brukerrepresentant representerer brukerne, og må ha *egen* erfaring med gruppen de representerer. Representanten må også klare å sammenholde egne erfaringer med andres for å kunne generalisere, og ikke kun presentere sine egne erfaringer (Humerfelt 2005:90).

Tverrfaglig spesialisert rusbehandling (TSB) vil i denne studien være representert ved Sosialmedisinsk poliklinikk. *Sosialmedisinsk Poliklinikk* (heretter SMP²) er poliklinikker som gir tilbud til brukere med ulike former rusmiddelavhengighet, og er organisatorisk plassert under Helseforetakene (Hansen & Ramsdal 2006).

1.6.1 Tverrfaglig samarbeid

I tilknytning til arbeid i organisasjoner brukes begrepene *samhandling*, *samordning*, *samarbeid* og *integrering* om hverandre, som dagligdags begreper. Begreper som brukes ofte og i mange forskjellige sammenhenger er imidlertid vanskelig å definere presist (Lauvås & Lauvås 2004:52). *Samhandling* viser likhetstegn med ordet transaksjon, hvor ytelser utveksles, ved for eksempel bytte varer og tjenester med hverandre (Knudsen 2004:24,25).

Samarbeid innebærer at oppgavene fordeles i form av ytelse og gjenytelse, ved at informasjon og analyser utveksles, og aktørene tilpasser seg hverandre. Hvor de har et gjensidig avhengighetsbehov av hverandre. Koordineringen skjer på frivillig basis, fra alle involverte parter (Jacobsen 2004).

Samordning handler om frivillig eller ekstern tvang ved at en tredjepart pålegger andre å koordinere sine virksomheter. Det kan utarbeides regler og rutiner som tvinger igjennom koordinering mellom virksomheter, eller en leder kan gi ordre om hvordan det skal gjøres.

² Tjenesten forutsettes å være tverrfaglig, som en del av spesialisthelsetjenesten. <http://www.sykehuset-ostfold.no/omoss/avdelinger/sosmedisinsk-poliklinikk-fredrikstad/Sider/enhet.aspx>

Målet er å gjennomføre jobben uforstyrret fra de andre, men tilpasses slik at det kommer på riktig tidspunkt i forhold til annen behandling eller oppfølging (Jacobsen 2004).

Koordinering, viser til en eller annen form for styring av transaksjonene, enten av en overordnet enhet eller av partene selv (Knudsen 2004:25). Dårlig koordinering eller mangel på en sådan vil kunne føre til *dobbeltarbeid*. Det innebærer at flere parter går inn og gjør samme oppgaven flere ganger, som er sløsing av ressurser. Det vil også føre til økte kostnader ved at det brukes flere ressurser enn nødvendig, eller at bruker får en dårligere tjeneste (Jacobsen 2004). *Gråsoner*, oppstår når ingen har ansvar for en oppgave eller ansvaret er uklart. I begge tilfellene ligger årsaken til koordineringsproblemene i at arbeidsdelingen ikke er klar nok, som kan skyldes at arbeidsområdet er vanskelig å dele opp (Jacobsen 2004:78).

Det er mulig å tolke at samordning representerer bestemmelser gitt av politikere eller ledere på styringsnivå som gjennom sin posisjon enten styrer eller tvinger igjennom en koordinering, mens samarbeid viser til frivillig tilpasning på relasjonelt nivå mellom tjenesteyterne. Samordning som bestemmes på systemnivå, forutsetter et samarbeid mellom tjenesteyterne på et relasjonelt nivå. I studien vil jeg benytte betegnelsen samarbeid for å beskrive relasjonen tjenestene imellom, selv om kanskje ikke alle involverte opplever det som frivillig. Begrunnelsen for det er at Samhandlingsreformen (2008) og lovverk pålegger tjenestene i denne studien å samhandle om behandlingsforløpet, hvor det kan være tjenesteytere som i utgangspunktet ikke ønsker å samarbeide med andre tjenester. Jeg vil også benytte begrepene samordning og koordinering for å beskrive samarbeidet mellom tjenestene.

Jeg vil videre redegjøre noen av de begrepene som ofte brukes synonymt med begrepet *tverrfaglig samarbeid*. Uklar bruk av begreper vil kunne medføre ulike forventninger til samarbeidet og danne grunnlag for uenighet og konflikt blant tjenesteyterne (Lauvås & Lauvås 2004). *Tverretatlig/tverrsektorielt samarbeid*, baseres på at tjenesteyterne kommer fra ulike etater, ikke først og fremst at de representerer ulike fag (Lauvås & Lauvås 2004:42), og foregår mellom tjenester/etater på organisasjonsnivå (Willumsen 2009:22). Samarbeidet kan foregå mellom tjenesteytere med samme eller ulik fagbakgrunn, tilhørende ulike etater (Knudsen 2004, Willumsen 2009:21). Det er ikke uvesentlig om samarbeidet er tverretatlig eller ikke, forskjellen mellom tverrfaglig samarbeid innen

samme organisasjon og mellom etater er de ansattes *mandat* og *taushetsplikt* (Knudsen 2004). Utveksling av informasjon innen samme etat kan innen visse grenser være mulig. Det er strengere krav til utveksling av informasjon når samarbeidet foregår over etatsgrenser (Lauvås & Lauvås 2004). Taushetsplikten berøres ikke i denne masteroppgaven.

Flerfaglig samarbeid, handler om samarbeid hvor faggruppene arbeider ved siden av hverandre eller parallelt med sterkt atskilte fagområder, for å ivareta bestemte funksjoner (Willumsen 2009:21, Lauvås & Lauvås 2004:45). Hvert fag bidrar til å belyse et problem, uten at det etableres kontakt mellom innfallsvinklene og kunnskapsbasene fagene representerer (Lauvås & Lauvås 2004:45). Det kan være hierarkiske forhold mellom faggruppene, med lite fokus på helhetssyn og felles ansvar. Flerfaglig samarbeid kan være tilstrekkelig når en oppgave kan defineres og avgrenses rimelig greit (Willumsen 2009:21). På en sykehusavdeling vil for eksempel legen, sykepleieren, fysioterapeuten og sosionomen ivareta hver sin avgrensede oppgave, men ingen utbredt kontakt seg imellom (Lauvås & Lauvås 2004:46).

Monofaglig samarbeid, innebærer at en profesjon påtar seg en overordnet, premissgivende posisjon eller tildeles en slik av samarbeidspartnerne. Monofaglig samarbeid er antakelig en viktig variant av tverrfaglig samarbeid i yrkessammenheng. I bestemte konstellasjoner av samarbeidende yrkesgrupper vil ofte kunnskapsbasen til en av gruppene opphøyes til et selvfølgelig grunnlag for de andre fags bidrag. Medisinen kan i en somatisk sykehusavdeling få en slik status, i skolesammenheng kan pedagogikken gi strukturen for de samarbeidende (Lauvås & Lauvås 2004:46).

Flere forfattere (Lauvås & Lauvås 2004:61, Willumsen 2009:21-23) problematiserer bruken av tverrfaglig samarbeid, fordi det i teorien ekskluderer bruker i samarbeidet. Skal det inngås likeverdig samarbeid med brukerne, må begrepet utvides hvor brukerne integreres i «faglig» samspill som aktive aktører. Kunnskapen brukerne selv har om egen situasjon må inngå som et viktig bidrag til den felles tverrfaglige innsikt. Som et mulig alternativ er begrepet «the open team» (Willumsen 2009:23). Definisjonen av det åpne teamet inkluderer både tjenesteyterne og brukerne samt deres nettverk. Til tross for dette har jeg valgt å bruke begrepet tverrfaglig samarbeid i denne studien. Begrunnelsen er at det foreløpig er det begrepet som er mest benyttet i skandinavisk terminologi (Lauvås &

Lauvås 2004:44). Imidlertid er det viktig å være bevisst på at brukermedvirkning er viktig og helt nødvendig i all kontakt med brukere, uavhengig av type samarbeid (Willumsen 2009). I denne studien brukes begrepet tverrfaglig samarbeid synonymt med begrepet tverrprofesjonelt samarbeid. Dette i tråd med Willumsen (2009) og Lauvås og Lauvås (2004).

2 METODEKAPITTEL

I dette kapitlet presenterer jeg metode og begrunnelse for den, samt framgangsmåte og bakgrunn for valg av metode. I tillegg kommer refleksjoner over valg jeg har gjort samt; metodekritikk.

2.1 Begrunnelse for valg av metode

For å finne ut hvordan brukere og tjenesteytere opplevde tverrfaglig samarbeid i rusbehandling, ville jeg bruke en metode som gikk i dybden. Jeg ønsket å møte brukere og tjenesteytere på en mest mulig åpen måte. Det er samspillet mellom aktørene som er viktig. Ved og da velge kvalitativt intervju, mente jeg å tilegne meg mest mulig dybdekunnskap. Dette mente jeg var viktig for å kunne analysere innsamlet informasjon. Av den grunn valgte jeg kvalitativt intervju, det var ønskelig å få frem forståelser, ikke fakta. Jeg fant kvalitativt intervju med standardiserte spørsmål og åpne svaralternativ, passende som metode for å utføre undersøkelsen (Kvale & Brinkmann 2009).

Formålet med intervjuene var å fremskaffe et empirisk materiale som bestod av informantenes egne beskrivelser av *samarbeidet*. Jeg ønsket å få fram intervjupersonenes egne perspektiver på tverrfaglig samarbeid – hvordan de selv forstår tverrfaglig samarbeid i rusbehandling. Målet for undersøkelsen var å få en mest mulig helhetlig forståelse av bruker og tjenesteytternes opplevelse av hvordan tverrfaglig samarbeid fungerte. Et kvalitativt intervju gir mulighet til å komme i kontakt med menneskene som berøres av fenomenet, deres egne opplevelser og forståelser (Kvale & Brinkmann 2009). Jeg ønsket å få informasjon om noen fastlagte temaer, men samtidig ønsket jeg å kunne følge de tema informantene selv opplevde som viktige. Med dette som bakgrunn fant jeg halvstrukturert kvalitativt intervju (dybdeintervju) som mest hensiktsmessig (Jacobsen 2005). Det kjennetegnes ved fokus på bestemte temaer og standardiserte spørsmål, hvor informant står fri i forhold til svar. Ved å lytte og «sette i parentes» egen forhåndskunnskap åpnet jeg for å høre informantens egen tolkning av spørsmålene. Informantene fikk dermed

større frihet, sammenliknet med et spørreskjema, hvor svarene er gitt på forhånd. Allikevel preges spørsmålene i intervjuguiden av min førforståelse (Kvale & Brinkmann 2009:46). Det førte til at intervjuene berørte tema jeg ikke hadde vurdert i utgangspunktet, og utvidet min forståelseshorison. Et tema var hvordan terskelen inn til behandling var hevet, og er noe jeg vil komme tilbake til i kapittel 5. I planleggingsfasen vurderte jeg å bruke spørreskjemaer, men valgte intervju da jeg ønsket å gå i dybden, med muligheten til å foreta oppfølgingsspørsmål. Menneskers erfaringer og oppfatninger kommer best frem når informanten kan bidra med hva som skal tas opp i intervjuet (Kvale & Brinkmann 2009, Johannesen et.al. 2010). Ved at jeg valgte bort spørreskjema, sitter jeg igjen med tre typer data, egenerfaring, intervju og skriftlige kilder. Mine hoved data er intervjuer av brukere, brukerorganisasjon og tjenesteytere i rusfeltet.

For å systematisere og strukturere studiet har jeg benyttet Kvales (1997) syv faser for intervjuforskning. Fasene består av *tematisering, planlegging, intervju, transkribering, analyse, verifisering og fremstilling*. Fasene forutsetter ikke hverandre, verken kronologisk eller logisk. Skillet mellom intervju og analyse er liten, forskeren analyserer og fortolker også under selve intervjuet. Under hele prosessen er det mulig å gå tilbake å korrigere (Fog 2004, Kvale 1997).

2.2 Etiske overveielser

Søknad om formell godkjenning ble sendt NSD (Norsk Samfunnsvitenskapelig Datatjeneste) mars 2010 for godkjenning. Da godkjenning forelå juni 2010, ble første intervju gjennomført. I den formelle godkjenning var intervjuguide, og en forespørsel om å delta i intervju vedlagt (vedlegg godkjennelse fra NSD).

Som forsker har jeg en etisk rolle som innebærer å vurdere gevinstene av forskningen opp mot konsekvenser for informantene (Kvale & Brinkmann 2009, Jacobsen 2005). For å ivareta informantene har tre grunnleggende krav vært sentrale i studien; informert samtykke, privatlivets konfidensialitet og konsekvenser (Kvale & Brinkmann 2009). Før oppstart foretok jeg en konsekvensanalyse hvor jeg vurderte eventuelle konsekvenser informantene ville påføres av studien (Kvale & Brinkmann 2009). En forskningsetisk

utfordring er at brukerne kan være i en sårbar situasjon. Brukerne ble derfor rekruttert gjennom en tredjeperson ved brukerorganisasjonene AA³ og Rio, for å ivareta etiske prinsipper. Dermed unngikk jeg at de følte seg presset til å delta i studien, som kunne skjedd dersom jeg kontaktet dem direkte. Informantene var informert om at undersøkelsen var basert på frivillighet, som innebar at de når som helst kunne trekke seg fra studiet uten videre begrunnelse (Kvale & Brinkmann 2009).

Hvordan materialet presenteres stiller etiske krav. Informantene representerer hver for seg et ståsted i systemet, hvor formålet var å belyse tverrfaglig samarbeid og brukervedvirkning. Små forhold gjør at anonymisering og personvern har vært et sentralt punkt både under undersøkelsen og i framstillingen av resultatene. Det er av stor betydning at informanten ikke skal bli gjenkjent, slik at det har ikke eksistert noen liste med deres identitet. Ytre kjennetegn som navn, alder, kommune- eller organisasjonstilhørighet, er utelatt for å unngå at informantene gjenkjennes, og farge oppfatningen til leserne som kjenner de ulike informanter. Deres ulike syn og erfaringer, står som nettopp deres unike erfaringer, og ikke som konflikter eller motsetningsforhold satt opp mot hverandre. Utfordringen har til tider vært hvor mye som er etisk forsvarlig å formidle, hvor enkelte data er utelatt nettopp av hensyn til informantens anonymitet (Kvale & Brinkmann 2009). Et etisk problem kan være at informanten sier mer enn vedkommende ønsker, noe som betegnes som den «Trojanske hest» (Fog 2004). Tverrfaglig samarbeid som tema er relativt lite sensitivt, og berører ikke den enkelte informant i særlig grad, allikevel viser forskning at tverrfaglig samarbeid ofte er konfliktfylt (Lauvås & Lauvås 2004, Willumsen 2009). Noen av informantene kan dermed ha opplevd utfordrende situasjoner. Jeg har i arbeidet ikke vært ute etter den enkeltes kunnskap om tverrfaglig samarbeid, men deres refleksjoner. Brukervedvirkning er kanskje et mer sensitivt tema da bruker kanskje ikke er enig i hvordan jeg definerer begrepet. En grunnleggende konflikt i brukervedvirkning er om tjenesteyter eller bruker har rett til å definere hva som er riktig eller galt (Skau 1992 I: Hansen 2007, Rønning & Solheim 2000). Det har derfor vært viktig for meg å gjengi data slik det har blitt fortalt, uten å ta det ut konteksten det er hentet fra.

³ AA er en selvhjelpsgruppe for tørrlagte alkoholikere (www.anonymealkoholikere.no)

2.3 Utvelgelse av informanter

Som utgangspunkt bestemte jeg meg for seks informanter, strategisk valgt fra ulike tjenester og nivåer, som jeg antok bruker har kontakt med. Jeg ønsket den enkeltes forståelse og opplevelse av tverrfaglig samarbeid. Ved utvelgelse av informanter ønsket jeg bredde og spredning, og sikre meg variasjonsbredde for og få frem ulike nyanser av fenomenet. Det åpner for en triangulering hvor samme fenomen undersøkes fra ulike vinkler (Kvale 1997:149). Informantgruppen jeg fikk frem da besto av en bruker, fastlege, Nav, LAR, sosialmedisinsk poliklinikk og behandlingsinstitusjon (Jacobsen 2005, Kvale & Brinkmann 2009). Mitt valg av informantgruppe behøver ikke bety de er representative i forhold til fenomenet tverrfaglig samarbeid (Jacobsen 2005:174). I ettertid ser jeg andre relevante informanter jeg kunne intervjuet, som Nav og fagkonsulent ved Smp. Dette var informanter jeg i utgangspunktet vurderte, men de jeg kontaktet ønsket ikke å bli intervjuet.

Jeg bestemte meg for at første informant skulle være bruker, for å få ideer og tips om informanter som kunne være interessante å benytte (Jacobsen 2005). Dette var også utfra et ideal om at det skulle være brukerstyrt. Samtidig sto jeg litt fri til valg av påfølgende informanter, som ble klarere etter hvert (Jacobsen 2005). For eksempel ble det viktig å intervjuer ytterligere en bruker, som dessuten skulle være kvinne. Dette da jeg ønsket å se om det eksisterte noen kjønnsmessige forskjeller, og gi større spredning (Jacobsen 2005, Kvale & Brinkmann 2009). Dermed måtte jeg også vurdere om jeg skulle vektlegge kjønnsmessige forskjeller for hele studiet, som kunne påvirke valg av informanter. For å avgrense oppgaven valgte jeg bort fokus på kjønn.

Av etiske grunner var rusfrihet et kriterium ved utvelgelse av brukerinformant, sammen med erfaring fra behandling (-er) og fortrinnsvis over 30 år. Uten behandlingserfaring ville informanten sannsynligvis ikke kunne gi meg den informasjon jeg ettersøkte. Informant over 30 år ville kunne gi et mer modent erfaringsmessig syn. Kriteriet i forhold til tjenesteyter var tilknytning til tverrfaglig samarbeid og rusfeltet i det daglige arbeid i minst fem år, og at ulike faggrupper og utdanningsbakgrunner var representert (Jacobsen 2005). Jeg antok at tidsfaktoren

kunne gi et større innblikk i hvordan samarbeidet har fungert over tid (Jacobsen 2005).

Det faktiske utvalget besto av to brukere, og en brukerrepresentant. Tjenesteyterne var representert med en sosionom i rustjenesten (kommunen), psykolog ved Smp (Sosialmedisinsk poliklinikk) med lederfunksjon, og fastlege. Ved å intervju seks ulike informanter fra både brukersiden og tjenestesiden, som alle møter rusmiddelavhengighet enten i sin yrkeshverdag eller hverdag, ønsket jeg å få frem deres unike perspektiv på tverrfaglig samarbeid i rusbehandling både som individer og som del av et system. Dette for å få en forståelse både av hva slags utfordringer og problemer som finnes innen tverrfaglig samarbeid, samt innblikk og erfaringer fra ulike deler og nivåer på tverrfaglig samarbeid innen rusbehandling. Dette er i tråd med San Martin-Rodriguez et.al. (2005) som mener forskningsdesign må gå på tvers av determinantene på mikro-, meso- og makronivå når tverrfaglig samarbeid skal studeres (San Martin-Rodriguez et.al. 2005). Samtlige informanter ble kontaktet via telefon, hvor tidspunkt for intervju ble avtalt. Skriftlig forespørsel med opplysninger om studiets hensikt, og samtykkeerklæring ble sendt ut i forkant av intervjuet. Jeg opplevde det lettere å rekruttere brukere enn tjenesteytere. Brukerne jeg kontaktet svarte umiddelbart ja. Med tjenesteytere var det ikke like enkelt, noen hadde ikke tid, andre trakk seg etter forespørsel var sendt ut. Dermed brukte jeg mer tid på å rekruttere tjenesteytere enn brukere. Dette kan skyldes forhold som at mennesker med erfaring fra rusmiddelavhengighet, opplever at noen utenfor deres hverdagsmiljø, uten terapeutisk siktemål, er interessert i hva de opplever og erfarer (Thommesen 2008).

2.4 Førforståelse

Ingen kan møte et felt eller situasjon forutsetningsløst da vi bærer med oss erfaringer fra situasjoner som danner grunnlag for ulike førforståelser i møte med et forskingsfelt. Min førforståelse vil kunne påvirke *hva* jeg observerer, og *hvordan* disse observasjonene vektlegges og tolkes. Alle forskere trekker en del av seg selv inn i undersøkelsen. Det gjelder alle element i undersøkelsen; problemstilling, teoretiske perspektiver, utvalg,

analyse og tolkning av data (Johannessen et.al. 2010, Kvale & Brinkmann 2009). Jeg vil derfor presentere mine erfaringer om valgte tema.

Min førforståelse bygger på arbeidserfaring som tilkallingsvakt i offentlige og private rusinstitusjoner. På det grunnlaget har jeg erfaring av rusbehandling som komplekst og omfattende. I tillegg har jeg teoretisk forståelse med videreutdanning i rusproblematikk og dualproblematikk, med praksisplass fra akuttpost for rus og psykiatri. Jeg har også forebyggende kurs i regi av interesseorganisasjon. Videre bygger min førforståelse på arbeid som lærer i barneskolen, hvor jeg ofte har møtt barn som berøres av foreldres avhengighet. I den forbindelse har jeg savnet samarbeid med andre tjenester for å lette barnets situasjon. Det har også gjort meg oppmerksom på dilemmaer som kan oppstå i samarbeid, hvor både den rusmiddelavhengiges og barnets behov skal ivaretas. Dette var førforståelsen jeg gikk inn i studiet med, og viktig å være meg bevisst på under hele prosessen. Det krever at jeg som forsker foretar en selvransakelse. Jeg er forsker men samtidig også en alminnelig person. I ureflektert form kommer følelsene til å leve deres eget liv og påvirke intervjuet og dermed empirien, uten at det nødvendigvis blir synlig. Det kan handle om spørsmål som ikke blir stilt (Fog 2004). Under arbeidet med analysen dukket det opp spørsmål jeg ikke hadde tenkt over eller stilt, som informantenes forståelse av ettervern. Med oppfølgingsspørsmål som *hva legger du i ettervern*, ville jeg kanskje fått frem informantens dypere forståelse. Det er heller ikke alle spørsmål jeg har fått tydelige svar på i intervjuene. Det kan skyldes at informantene har tolket spørsmålene i forhold til egen hverdag og forståelse, eller at jeg ikke har vært tydelig nok i formuleringen av spørsmålet (Kvale & Brinkmann 2009).

2.5 Intervjuene

Under intervjuene ble lydopptaker/Mp-3 spiller benyttet, noe informantene var informert om og godkjent på forhånd. Informantene ble også opplyst om at de når som helst under intervjuet kunne trekke seg, og at all data ville bli slettet.

Lydopptaker gjorde det mulig å være tilstede under selve intervjuet, uten og stadig skrive notater. Intervjuene hadde en varighet på 1 ½ til 2 timer (Jacobsen 2005:187, Kvale & Brinkmann 2009).

Før intervjuene startet prøvde jeg å skape en god atmosfære slik at informanten kunne føle seg trygg, ved å introdusere meg selv og småprating om tema for intervjuet (Kvale & Brinkmann 2009). I selve intervjusituasjonen ble intervjuguide benyttet, som inneholdt intervjuspørsmål utledet fra forskningsspørsmål rundt de tema jeg ønsket å belyse (Kvale & Brinkmann 2009). Intervjuguiden var mest som en liste over tema jeg ønsket informantene skulle si noe om, og ikke fulgt slavisk. For meg var det viktig å være åpen for andre tema som informantene selv brakte på banen. Et tema som dukket opp var hvordan veien inn til behandling var hevet. I flere situasjoner ble nettopp slike tema forfulgt da de syntes å være mest sentrale hos akkurat den informanten. Dette var tema som jeg i utgangspunktet ikke hadde vurdert. Noe som overrasket meg var hvordan ressursene ble brukt innen spesialisthelsetjenesten. Ved at intervjuguiden ikke ble fulgt slavisk åpnet det for en friere dialog med informanten. Samtidig var det viktig å stille noenlunde samme spørsmål under de ulike intervjuene, for å sikre at vi kom inn på de viktigste temaene (Jacobsen 2005:145, Kvale & Brinkmann 2009). Jeg bestrebet meg på å stille de samme spørsmålene til samtlige informanter, allikevel ble de noe ulike for bruker og tjenesteytere, naturlig nok. Bruker og tjenesteytere vil ha ulike utgangspunkt i samarbeidet. Spørsmål som hvilke tjenester de hadde mottatt var ikke relevant å spørre tjenesteyterne om. Dermed hadde jeg to intervjuguider. Intervjuene ble avsluttet med å spørre informant om det var noe de ønsket å ta opp selv, og om det var mulig å komme tilbake om jeg trengte det.

Tid og sted for selve intervjusituasjonen kan ha betydning for resultatet av intervjuet, og gi verdifull bakgrunnsinformasjon (Jacobsen 2005). Intervjuene ble gjennomført på plasser som for informantene var naturlige/kjente. To intervjuer ble gjennomført på dagtid hjemme hos informant. De resterende fire intervjuene ble gjennomført på respektives arbeidsplass i arbeidstid. Valg av sted for intervjuet var utfra informantenes egne ønsker. Allikevel hadde jeg på forhånd tenkt igjennom alternative steder å gjennomføre intervjuene (Jacobsen 2005:187, Kvale & Brinkmann 2009).

2.6 Transkribering

Intervjuene ble tatt opp på lydopptaker, som etter hvert ble transskribert ordrett til tekst for å kunne gjøre en tekstanalyse. Det gir en *tykk beskrivelse* (Jacobsen 2005:192), rik på detaljer, nyanser og variasjoner. Pauser og avbrudd av andre personer ble tatt med. Andre ting som ble tatt med i transkriberingen var intonasjonsmessige understrekninger og følelsesuttrykk som latter. Dette for å se om det ville ha betydning for selve analysen (Kvale & Brinkmann 2009:190). Transkriberingen ga meg fordelene at jeg enkelt kunne sammenstille de ulike intervjuene med hverandre. Dessuten slapp jeg huske alt som ble sagt under intervjuet, og mer tilstedeværelse i selve intervjusituasjonen, til tross for at det ble mange timers etterarbeid. Det åpner også for kontroll av rådata, slik at andre, for eksempel veileder, kan se om tolkninger jeg har gjort er gode nok (Jacobsen 2005:189). Allikevel vil moment som ansiktsuttrykk, sittestilling, ikke være mulig å få med seg i et intervju, noe som derimot er mulig med video (Jacobsen 2005:190-191). Jeg valgte å transkribere intervjuene selv. Første intervju ble transkribert før de påfølgende intervjuene fant sted. Det var nyttig, da jeg fikk reflektert over ulike tema og spørsmål som kunne være aktuelle å følge opp i påfølgende intervjuer (Kvale & Brinkmann 2009). Under transkriberingen vurderte jeg om jeg skulle skrive ordrett på dialekt, eller oversette til bokmål. Jeg bestemte meg for å beholde dialekten. I selve oppgaven derimot valgte jeg å oversette til bokmål, for å unngå gjenkjennelse av den enkelte informant, og opprettholde deres anonymitet (Kvale & Brinkmann 2009, Jacobsen 2005).

2.7 Analyse og tolkning

Analysen startet allerede under første intervju, og pågikk kontinuerlig under hele forskningsprosessen, hvor jeg har beveget meg mellom de enkelte delene og helheten (Kvale 1997, Jacobsen 2005, Fog 2004). I analysearbeidet benyttet jeg Kvales (1997) tre tolkningsnivåer: *selvforståelse*, hvor informantenes mening/oppfattelse ble fortettet. I *allmennforståelsen* trakk jeg inn egen forståelse og ga fortolkningen en bredere forståelsesramme. På det *teoretiske forståelsesnivået* knyttet jeg funnene opp mot teori, hvor jeg benyttet San-Martin Rodriguez et. al.'s rammer for tverrfaglig samarbeid (Kvale & Brinkmann 2009, San-Martin Rodriguez et. al. 2005).

Analysearbeidet begynte med flere gjennomlesninger av intervjuutskriftene for å bli kjent med materialet. Under gjennomlesingen var det viktig å legge min førforståelse til side, og være åpen for inntrykk fra datamaterialet (Kvale & Brinkmann 2009). Ved å lese datamaterialet *fortolkende*, prøvde jeg forstå den dypere *meningen* av informantenes tanker, og lette etter interessante eller *sentrale* tema (Johannessen, Tufte & Christoffersen 2010:173, Kvale 1997). Neste fase var å finne *meningsbærende* enheter, setninger eller utsagn, som jeg tilordnet *tema*. I denne fasen sorterte jeg de *meningsbærende* elementene under tema og spørsmål fra intervjuguiden. Under prosessen fortolket jeg teksten utfra hva jeg trodde den representerte, jeg var ikke opptatt av det som ble sagt bokstavelig, men det som lå bak (Johannessen et.al. 2010:168, Kvale & Brinkmann 2009, Kvale 1997). I påfølgende fase *kondenserte* jeg teksten ved å klippe ut de meningsbærende delene av teksten, som ble ordnet etter temaene. På den måten kunne jeg avdekke liknende utsagn, mønstre, sammenhenger og fellestrekk eller forskjeller. Når det sorterte materialet var analysert og sammenhenger var funnet brukte jeg Kvales (1997) metode med *meningsfortetting*. Teksten ble forkortet, hvor den umiddelbare meningen ble gjengitt med få ord (Kvale 1997). Utsagn ble sortert etter temaer, som var brukt i intervjuguiden, men også nye som dukket opp under analysearbeidet. Jeg sto igjen med to hovedtemaer, *tverrfaglig samarbeid*, og *rusbehandling*. Temaene ble til slutt vurdert opp mot eksisterende forskning og teori (Johannessen et.al. 2010:175-176, Kvale & Brinkmann 2009).

2.8 Gyldighet og generaliserbarhet

Gyldighet er viktig uansett teoretisk innfallsvinkel, eller bruk av kvantitative eller kvalitative data, og har å gjøre med tre forhold: troverdighet, bekreftbarhet og fortolkningsgrunnlag (Kvale & Brinkmann 2009, Kvale 1997). Den begrepsmessige gyldigheten er mindre viktig i åpne kvalitative undersøkelser, fordi det er informantene som definerer begrepene (Jacobsen 2005:214). For å øke troverdigheten har jeg redegjort undersøkelsens ulike faser, blant annet *metoder*, *utvelgelseskriterier* og *avgrensinger* som ligger til grunn for studiens datagrunnlag (Kvale & Brinkmann 2009).

Det er to fallgruver som kanskje utpeker seg mest, det ene er å velge ut data som passer til en idealisert oppfatning (forutinntatthet) av et fenomen. Det andre er å velge ut data som er interessante fordi de er eksotiske, på bekostning av data, av mindre dramatisk (men muligens viktigere) art (Silverman i Jacobsen 2005:213). Utfordringen har vært å være nyansert i analysearbeidet, hvor enkelte stemmer til tider, som brukerne, har fått en bredere plass enn andre (Jacobsen 2005:214). En årsak kan være at jeg overidentifiserte meg med deres ønske om å bli hørt (Kalleberg 1996). For å yte studie og informanter rettferdighet har jeg derfor prøvd å skape balanse ved å presentere de ulike perspektivene i forskningskonteksten. Ved og ikke å velge ut kun det ene eller det andre, har jeg prøvd å vise leseren alle perspektiver i datamaterialet. Dermed kan jeg redusere en ensrettet fremstilling av tverrfaglig samarbeid, hvor hensikten er å behandle alle informantenes stemmer balansert (Kvale & Brinkmann 2009).

Tolkningsgyldigheten handler om etikk og makt, om rett og makt å tillegge andres uttalelser en bestemt mening. En av farene er å plassere dem i egne kategorier som tillegges intervjupersonen, som kanskje bare er mine egne eksplisitte teorier (Kvale 1997:156). Dilemmaet er hvem som eier meningene som skapes i intervjuet, tolkningen foregår i intervjuerens kontekst. For å unngå eller redusere dette kontrollerte jeg konklusjonene mot hverandre, med en kritisk gjennomgang av selve resultatene. Jeg har også sjekket og tolket funnene mot foreliggende teori, og forskning (Kvale 1997:167, Jacobsen 2005). Under analysearbeidet har jeg også drøftet funn med veileder. I intervjusituasjonen grep jeg historiene og erfaringene informantene kom med, og gikk også tilbake til tidligere uttalelser. På den måten fikk jeg undersøkt om jeg hadde forstått det de sa på en korrekt måte og reflekterte sammen med informantene om sammenhenger i historiene. Materialet ble dermed analysert underveis i intervjuet, og validert ved å sjekke ut forståelsen (Kvale & Brinkmann 2009).

Positivismen understreker idealet om at det bør være et skille mellom forsker og fenomenet som undersøkes (Jacobsen 2005). Dette er blitt kritisert, for sterk avstand kan vanskeliggjøre forskerens mulighet til å få informantens dypere forståelse og fortolkning (Jacobsen 2005:30). Fog (2004) sier forskerens subjektivitet i intervjusituasjonen er det beste og noen ganger eneste redskap som konkret anerkjenner den andre personen. (Fog 2004:16). Intervjusituasjonen har som ufravikelig forutsetning at det er *kontakt* mellom samtalepartnerne (Fog 2004). Overinvolvering i kontakt kan gjelde tema, den andre eller

intervjueren selv, hvor alle formene henger sammen (Fog 2004). Under andre intervjuet ble jeg redd for å ha påvirket informanten. Etter intervjuet tok jeg det opp, informanten hadde merket dette, men mente det ikke hadde påvirket vedkommendes utsagn. For meg var det en viktig erfaring og bevisstgjøring om rollen som intervjuer, som jeg reflekterte over i påfølgende intervjuer. Engasjementet var nært knyttet til den nye rollen som intervjuer, men også min førforståelse om det tverrfaglige samarbeidet. I påfølgende intervjuer var jeg bevisst på og ikke la egne følelser komme til syne i intervjusituasjonen (Fog 2004). Mye forskning viser at folk endrer atferd etter hva slags omgivelser de befinner seg i, som kan påvirke gyldigheten til selve intervjuet. Slik at intervjuer som foregår i kunstige omgivelser er å foretrekke (Silverman 1993, i Jacobsen 2005:227). I et av intervjuene gjennomført hjemme hos en informant, var det flere avbrudd fra familie og telefoner. Hvorvidt det har påvirket selve intervjuet og utsagn er vanskelig å si, men noe jeg tok i betraktning under analysearbeidet. En annen situasjon var intervju på arbeidsplassen til informanten, hvor en kollega kom og ga innspill den resterende tiden av intervjuet. Informanten ble avbrutt av sin kollega et par ganger, og kan ha hatt betydning for intervjuet. Samtidig bekreftet kollegaen flere av informantens uttalelser, og styrket dermed utsagnene til informanten. Kollegaens uttalelser er strøket i analysen av etiske hensyn. Jeg opplevde også at flere av informantene kom med informasjon etter lydopptakeren var stengt av, men i redsel for å bli avslørt ikke ønsket at det skulle tapes. Denne informasjonen er heller ikke tatt med i studien av etiske hensyn til informantene (Kvale et.al. 2009).

2.8.1 Reliabilitet

Reliabilitet har med forskningsresultatens konsistens og troverdighet å gjøre, hvorvidt resultatet kan reproduseres på andre tidspunkter av andre forskere. Vil intervjupersonen endre sine svar med en annen intervjuperson, og slik sett komme frem til andre resultater? Ved at design og fremgangsmåte beskrives er det mulig å etterprøve studiet. Fasene *planlegging, intervju, transkribering, analyse og verifisering*, er utdypet i dette kapitlet, for å gjøre leseren i bedre stand til å vurdere forskningens verdi. Slik kan leseren forvise seg om designens relevans for

undersøkelsens tema og formål, og vurdere påliteligheten av resultatene (Kvale et al. 2009).

2.8.2 *Generaliserbarhet*

En gylden regel er at informasjon fra flere uavhengige kilder gir en gyldig beskrivelse av fenomenet (Jacobsen 2005:218). Kildene trenger ikke være enige om beskrivelsen, som kan være et like godt tegn på gyldighet, vi får ulike beskrivelser av et fenomen. Mennesker tolker ting ulikt, og er et av hovedpoengene med kvalitative tilnærminger (Jacobsen 2005:218). Det er summen av informasjon fra ulike informanter som er den riktige beskrivelsen av fenomenet, enten denne beskrivelsen går mot enighet (konvergens) eller uenighet (divergens) (Jacobsen 2005:218). Antall informanter er et begrenset empirisk utvalg. Utvalget er på seks personer som har sagt noe om tverrfaglig samarbeid i rusbehandling, og representerer deres subjektive opplevelser. Antallet begrenser ikke informantenes opplevelser og historier, men kan utgjøre et problem i forhold til generalisering og overførbarhet (Kvale 1997, Jacobsen 2005). Under hele prosessen har jeg lett etter teori som kan belyse deres opplevelser, teorien indikerer at opplevelsene ikke er unike. Mine funn er mulig å finne igjen i andre studier, noe som indikerer at dette har relevans utover mitt utvalg (Jacobsen 2005:216, Kvale 1997). Mange av funnene er av relativt stor konsistens, hvor informanten uavhengig av hverandre vektlegger de samme forholdene. Jeg mener likheten mellom intervjuene retter opp noe av svakheten ved at det er et relativt lite utvalg, og for eksempel utelatelse av enkelte kilder, som Nav. Allikevel er det ikke sikkert informantene kjenner seg igjen i konklusjonene, det betyr ikke at resultatene ikke er gyldig. Forskerens oppgave er mange ganger å avdekke forhold informantene ikke nødvendigvis selv er klar over. Slik sett kan funn eller konklusjoner, informantene ikke kjenner seg igjen i, også være gyldig. Informantene vil kunne ha blindsoner, områder de ikke vet så mye om (Jacobsen 2005:215, Kvale & Brinkman 2009). Som forsker kan det by på dilemma, informantene kan føle seg ført bak lyset. For å unngå dette har jeg vektlagt betydningen av å gjengi data uten å henge ut informantene.

Tradisjonelt er det større tiltro til en kilde som er nær fenomenet, informasjonen blir førstehånds uten at informasjonen blir farget (Jacobsen 2005:217). Et problem kan være at tjenesteyterne er pålagt tverrfaglig samarbeid og brukermedvirkning gjennom samhandlingsreformen (2008). Det betyr at tjenesteytere med motforestillinger ikke ønsker å stå frem som informant, eller at informantene sier de «riktige» tingene, men gjør noe annet. I studiet har jeg prøvd å vektlegge at studiet ikke er en evaluering av informantene og hvorvidt de har de «riktige» holdninger og kunnskaper (Jacobsen 2005:217-218, Hansen 2007). Informantene kan ha vært preget av hvordan de ønsker å presentere seg selv og *sider ved sitt liv*. Brukerne kan også ha unnlatt å komme med kritikk i redsel for å miste et tilbud de er avhengig av, samtidig kan deres posisjon som ekspert på egen situasjon gjøre at de kan være i opposisjon. Dermed kan slike forhold ha formet brukernes utsagn. Muligheten for gyldighet, blir mindre om de kan kontrolleres mot andre kilder, som også er uavhengige av hverandre. Kilder som er avhengig av hverandre kan påvirke hverandre, og ha felles motiv for å gi det samme bildet av virkeligheten. Hvis derimot kildene er uavhengige – og best av alt – også har ulike interesser og motiver, vil informasjonen tillegges stor gyldighet (Jacobsen 2005:218). Tjenesteyterne kan ha ulike interesse og motiv om å få til tverrfaglig samarbeid, ved at de er hentet fra ulike nivåer, etater og tjenester. utfordringen kan være at kildene ikke kan kontrolleres mot hverandre, da de representerer ulike ståsteder.

3 TEORI OG TIDLIGERE FORSKNING

I dette kapitlet vil jeg presentere styringsdokument, og teorier som har betydning for tverrfaglig samarbeid og brukermedvirkning i rusbehandling. Sentralt er teorier i forhold til tverrfaglig samarbeid, samt Samhandlingsreformen (St.meld.nr.47:2008). Når det gjelder tverrfaglig samarbeid bygger jeg det teoretiske grunnlaget på artikkelen «*The determinants of succesful collaboration: A review of theoretical and empirical studies*» (San Martin-Rodriguez et. al. 2005⁴). For å få en forståelse av kompleksiteten i rusfeltet, er det en gjennomgang av historikken i rusfeltet. Rusreformen (RundskrivI/8-2004)er viktig i det henseende, da den endret på rusbehandlingens plassering i systemet. Sammen danner dette bakgrunnsteppe for senere beskrivelser og drøftinger av tverrfaglig samarbeid og brukermedvirkning innen rusbehandling.

3.1 Samhandlingsreformen og (NOU 2005:3)

Samhandlingsutfordringene har vært erkjent gjennom flere tiår, og bakgrunn for samhandlingsreformen (2008). For å møte utfordringene har det vært et fortløpende utviklingsarbeid, sentral i arbeidet er *NOU 2005:03; Fra stykkevis til helt – en sammenhengende helsetjeneste* (Wisløff-utvalget⁵). Hovedformålet var å vurdere rammebetingelsene for å bedre samhandlingen mellom spesialist- og kommunehelsetjenesten, med bakgrunnen i den delte funksjonsfordelingen hvor tjenestenes ansvar var delt mellom kommune og stat (NOU 2005:03). Utredningen var også viktig for å bedre bruken av Individuell Plan (St.meld.nr.47:2008). Ifølge Wisløffutvalget (NOU 2005:03) kunne manglende samhandling skyldes at brukerperspektivet var for lite vektlagt. Samhandlingsreformen (2008) følger opp dette hvor det presiseres at samtlige tjenesteytere, på alle nivå, plikter å legge brukerperspektivet til grunn for sine handlinger. Brukernes erfaringsbaserte kunnskap kan være en inspirasjonskilde og ressurs for samhandlingen (St.meld.nr. 47:2008). Dette er også en av

⁴ Til tross for at artikkelens empiri er basert på tverretattlig samarbeid innenfor helsesektoren, ser jeg en relevans i forhold til min studie. Min studie tar for seg tverrfaglig samarbeid hvor helsesektoren er en del av samarbeidet.

⁵ Wisløff-utvalget ble oppnevnt i statsråd 17.okt 2003. Utvalget fikk navnet etter utvalgets leder. Utvalgets innstilling kom 1.febr 2005; NOU 2005:3 Fra stykkevis til helt- en sammenhengende helsetjeneste.

begrunnelsene for mitt valg om å benytte bruker som informant. Er tjenestene tilpasset bruker, eller er det bruker som tilpasser seg tjenesten? Arbeidet med samhandlingsreformen (2008) har foregått i dialog med brukerorganisasjoner om utviklingstiltak for helhetlige behandlingsforløp (St.meld.nr. 47: 2008:47). Fra brukers ståsted er det ikke særlig viktig om ansvaret er delt mellom kommune og spesialisthelsetjeneste, det viktigste er at tjenestene imøtekommer brukers behov. Uavhengig av hvem som har ansvar for deltjenestene (St. meld.nr. 47: 2008:48). Målsetningen er at bruker møter en helhetlig tjeneste med god samordning og kontinuitet, samt helhetlige behandlingsforløp med god behandlingskvalitet (St.meld.nr.47:2008:48). Samhandling skal ifølge samhandlingsreformen (2008) bedres ved at tjenestene utvikler samhandlingskulturen, ved at tjenestene ser egen tjeneste som del av et samlet behandlingsforløp (St.meld.nr. 47:2008:48). Regelverk for prioriteringer vil sette rammer for hvilke tjenester som skal gis, styrt av faglige og etiske normer (St.meld.nr. 47:2008). Spørsmål i den forbindelse er, *Hvordan og hvem skal måle behandlingskvaliteten? Hva er god behandlingskvalitet? Hvilken behandling skal vurderes, og hva er behandling?* Strateginotat «Bedre behandlingstilbud til rusmiddelmissbrukere» (Strateginotat 2004), sier at for å sikre gode behandlingstiltak skal intervensjoner som tilbys være kunnskapsbaserte, som vil si at det foreligger kvalifisert viten om effekt (Strateginotat 2004).

3.2 Rusreformen

1.1.1 Hva er en reform?

Det kan være viktig å skille mellom reformer og endringer i organisasjoner. Reform er aktive, bevisste forsøk fra administrativt og politisk hold på å endre kulturelle eller strukturelle trekk ved organisasjoner, mens endringer faktisk er det som skjer med slike trekk (Christensen & Læg Reid 2006, Christensen, Læg Reid, Roness & Røvik 2009, Christensen et al. 2007 I: Nielsen 2010). Dermed er reform og endring i offentlige organisasjoner noe som kan foregå samtidig, hvor reformer kan ha basis i initiativ fra toppen mens endringer foregår kontinuerlig nedenfra i organisasjonen (ibid).

3.2.1 *Rusreformen og samhandlingsreformen som NPM-reform*

Siden 1990 har offentlig sektor vært gjenstand for omfattende reformer og omorganiseringer. Reformene har i stor grad hentet inspirasjon fra marked og bedriftsliv med betegnelsen New Public Management (NPM), for organiseringen av offentlige tjenester (Hansen et.al. 2009, Christensen & Lægred 2006). Hovedtanken bak NPM er å redusere økte utgifter innen helse- og sosialsektoren, ved å konkurransesette tjenester. Det var ikke samsvar mellom problem som skulle løses, og det statlige apparatet utløste dermed reformer og omorganiseringer (Christensen 2006:217, Hansen et. al. 2009). De sentrale reformtiltakene innen NPM og reformene er fristilling av gjensidig uavhengige organisasjoner, med selvstendig ansvar og definerte grenser; med økt vekt på *resultat, marked og konkurranse*, og *sterkere brukerorientering* (Christensen 2006:216, Hansen et.al.2009:147-148, Nielsen 2010). Bakgrunnen var blant annet dårlige behandlingsresultat, hvor de-institusjonalisering var løsningen. NPM har blitt oversatt til nye generelle organisasjonsoppskrifter, blant annet bestiller/utfører- modellen (Hansen et.al. 2009). Andre utførelsenheter kan komme med tilbud om tjenestene bestillerenheten ønsker å kjøpe. Flere aktører konkurrerer dermed om prisen, som åpner for markedsmekanismer og mulig kostnadsreduksjon. Hovedprinsippene i bestiller/utfører-modellen er et klart tydelig skille mellom forvaltning og myndighetsutøvelse (bestilleroppgave) på den ene side, og tjenesteproduksjon (utføreroppgaven) på den andre (Hansen et.al. 2009).

Sykehusreformen blir sett på som en NPM inspirert reform. Reformen førte til opprettelse av autonome helseforetak, fritt sykehusvalg, og innføring av enhetlig ledelse på samtlige nivå i sykehusene, med klare markedselementer (Christensen 2006, Nielsen 2010). Rusreformen i 2004, som jeg kommer tilbake til (pkt. 3.2.2) førte til inkludering av rustiltakene i helseforetakene. Dermed kan rusbehandlingen ses som en del av et reformert helsevesen med klare NPM kjennetegn (Nielsen 2010).

3.2.2 *Kjennetegn for rusfeltet*

Hjelpetilbudet til rusmiddelavhengige har gjennomgått større forandringer på kortere tid enn de fleste andre deler av helse- og sosialapparatet. Utviklingen har vært preget av store

endringer både i omfang og type rusmiddelproblemer, i faglig kompetanse og ideologi, og samfunnets holdninger til rusmiddelavhengighet. Endringene har hatt ulike konsekvenser for de ulike delene av hjelpeapparatet for rusmiddelavhengige (Lie & Nesvåg 2006).

Rusreformen (2004) må ses i sammenheng med rusfeltets politiske historikk. Mange vesentlige endringer på et politisk nivå har ført til de styringer som ligger til grunn for behandling av rusmiddelavhengighet i dag (Fekjær 2004, Lie & Nesvåg 2006). Med rusreformen (2004) ble spesialisthelsetjenesten overført fra fylkeskommunen til staten. Overføringen innebar en reduksjon av forvaltningsnivåene fra tre til to: kommunalt og statlig (Ot. prp nr. 3 2002-2003), og må ses i sammenheng med sykehusreformen av 2002 (Ot.prp.nr. 66 2000-2001), hvor staten overtok ansvaret for sykehusene. Staten overtok dermed kontrollen og ansvaret for sykehusene i et forsøk på å redusere muligheten for ansvarsfraskrivelse og gråsoneproblematikk. Endringene skjedde på systemplan som et forsøk på å skape mer kompetanse (Ot.prp. nr. 3 2002-2003), og bedre tjenestetilbudet til rusmiddelavhengige (Strateginotat 2004:20). Blant annet avga en forskerkommisjon en oppsummering av kunnskap om effekt av tiltak på rusmiddelfeltet (NOU 2003:4). Det ble blant annet vist til at den ensidige forankringen i Sosialtjenesteloven kan ha vektlagt den sosialfaglige dimensjonen til fordel for den helsefaglige, selv om intensjonen var at helse- og sosialtjenestene samlet skulle ha et ansvar (Strateginotat 2004:19). Den endelige rusreformen som kom i 2004(Rundskriv I-8/2004)består av forslag og endringer, forutfor den endelige reformen kalt Rusreform I (Ot.prp. nr.3 2002-2003) og II (Ot. prp. Nr.54 2002-2003). Etter Rusreform I (Ot. prp. Nr. 3 2002-2003) var alt lagt til helsetjenesten, slik at sosialtjenesten måtte gå via helsevesenet for henvisning til rusbehandling. Dette ble endret i den endelige rusreformen (Rundskriv I-8/2004) hvor sosialkontorene beholdt muligheten å henvise til rusbehandling (Pasientrettighetsloven 1999, Ot. Prp. Nr.66:2000, Ot.prp nr. 3 2002, Ot.prp nr. 54:2002-2003, NOU 2003:4, Helsedepartementet 2004, Rundskriv I-8/2004, Bergsgard 2010). Fastlege og sosialtjenesten ble dermed kommunens henvisende instanser (Rundskriv I-8/2004, Lie & Nesvåg 2006, St.meld.nr.47:2008).

Rammene og ansvaret for rusbehandling ble med rusreformen (Rundskriv I-8/2004) flyttet fra det sosiale tjenestefeltet til det medisinske ved spesialisthelsetjenesten og de regionale helseforetakene. Staten ble ansvarlig for rusbehandlingen, via de regionale helseforetakene. Behandlingen fikk betegnelsen *tverrfaglig spesialisert rusbehandling* (heretter TSB), og forutsettes å være tverrfaglig sammensatt, både helse- og sosialfaglig (Rundskriv 1/8-2004,

Lie & Nesvåg 2006). Rusmiddelavhengige ble omdefinert fra å være sosialklient med behov for hjelp, behandling og omsorg, til å bli *pasienter* med behov for medisinsk behandling, underlagt lov om pasientrettigheter (Lov nr. 63 1999), med samme regelverk som pasienter i somatikken og psykiatrien (Bergsgard 2010, Rundskriv I-8/2004, Pasientrettighetsloven 1999). Ved at rusbehandling fikk status som spesialisthelsetjeneste, innebar det et tydelig organisatorisk og faglig brudd (Mjåland 2008), som utfordrer organisering, prosedyrer, dokumentasjon, ideologi og behandlingstilnærminger (Nesvåg & Lie 2010, Lie & Nesvåg 2006, Bergsgard 2010).

Rusreformen (2004) hadde som uuttalt mål å bedre helsetilbudet til rusmiddelavhengige generelt. Pasientrettigheter sto sentralt, og skulle gjøre det enklere å få helhetlig behandlingstilbud, med rett til utredning, behandling innen fastsatt frist, og rett til ny vurdering. Rusreformen (2004) tok sikte på at kvaliteten i behandlingstiltakene som tilbyr tverrfaglig spesialisert behandling for rusmiddelavhengige, skulle bli bedre. Psykiske og somatiske helseproblemer var både årsak til og effekt av rusmiddelmisbruk. Rusmiddelavhengige med omfattende helseproblemer skulle motta nødvendige helsetjenester. En bedre koordinering av behandling, ikke bare av avhengighetsproblemene, men også diagnostiserte somatiske og psykiske lidelser, var derfor en viktig forutsetning for å gi rusmiddelmisbrukere et bedre hjelpe og behandlingstilbud. Dette innebærer at ved siden av de behandlingstiltak som var spesielt innrettet mot behandling av rusmiddelavhengigheten, må også øvrige deler av spesialisthelsetjenesten møte rusmiddelavhengiges behov. Lovmessig pasientrettigheter kan være et framskritt for alle brukergrupper, også for rusmiddelavhengige med sammensatte behov. Imidlertid vil denne retten være avhengig av tilgang på behandlingsplasser og innhold og kvalitet på behandlingen. Et slikt rettighetsregime kan også bli ressurskrevende, og favorisere brukere som har kunnskap og ressurser til å følge opp sine rettigheter (Rundskriv 1/8-2004, NOU 2005:3, Lie & Nesvåg 2006, Lie & Granby 2011).

I 2006 ble rusreformen (2004) evaluert av International Research Institute of Stavanger (IRIS), etter tre års virketid (Lie & Nesvåg 2006). Som forvaltningsreform, var den vellykket, men mer tvilsomt om den hadde ført til et mer helhetlig, sammenhengende og individuelt tilpasset tilbud. Tjenestene var blitt flerfaglige med et større innslag av helsefaglig personell. Behandlingsforløpet viste et stort antall brudd. Bruker ble overført

fra instans til instans (henvisning, vurdering, utredning, behandling og oppfølging) uten sikret sammenheng i tjenestene, med stort frafall av brukere før inntak i behandlingen. Imidlertid hadde brukerne fått bedre tilgang til somatiske og psykiatriske helsetjenester, med klar økning i bruk av Individuell Plan (se pkt. 3.3.1), men initiativ til etablering av planen skjedde først når bruker kom i behandling. Konklusjonen var at den største utfordringen for TSB blir å flytte et ensidig fokus på formelle henvisningsprosedyrer og overholdelse av frister, over på utvikling av samhandling som oppfyller faglige krav til en sammenhengende tilpasset behandling (Lie & Nesvåg 2006).

3.2.3 Ansvarsforhold

Tverrfaglig spesialisert rusbehandling (heretter TSB) organiseres ulikt i regionene. Tilbudet er i noen regioner organisert i eget helseforetak, mens andre har tilbudet fordelt på helseforetakene som en spesialisthelsetjeneste. Halvparten av døgnkapasiteten innen TSB tilbys av private offentlige tilbud, som fordrer at tjenestetilbudet er godkjent av spesialisthelsetjenesten. Lov om offentlige anskaffelser (2006) legger premisser for avtalene.

I denne studien ivaretar *Sosialmedisinsk Poliklinikk* (heretter Smp), tverrfaglig spesialisert rusbehandling (heretter TSB). Tjenesten er organisatorisk plassert under divisjon for psykisk helsevern i Helseforetaket, og gir tilbud til brukere med ulike former for rusmiddelavhengighet (Sykehuset Østfold¹). Ansvaret omfatter; *avrusning, utredning og behandling*, og skal i utgangspunktet integrere områder som psykiske lidelser, somatiske sykdommer og sosiale problemer, fastsatt i pasientrettighetsloven; § 2-1 (1999). TSB gjennomføres på grunnlag av medisinsk, psykologisk og sosialfaglig kompetanse. Ved rettighetsvurderinger skal det tas stilling til om det foreligger et rimelig forhold mellom kostnadene ved hjelpen og forbedring eller unngått forverring av brukers helsetilstand. Det innebærer kostnader til avrusning, utredning, diagnostikk, poliklinikk, innleggelse, habilitering og rehabilitering. Det skal også vurderes kostnadseffektivitet i forhold til kostnader ved utredningen. Hvor det også tas stilling til om bruker trenger poliklinisk behandling eller avrusning/behandling i institusjon/døgnbehandling. (Henvisning til tverrfaglig spesialisert rusbehandling 2008). TSB skal registrere behov i kommunen for

behandling i TSB, og tilstrekkelig behandlingsplasser (Lie & Nesvåg 2006:28). Spesialisthelsetjenesten har ansvar og varslingsplikt overfor sosialtjenesten *i god tid før* utskrivning, når bruker har behov for oppfølgende tiltak i kommunen, fastsatt i spesialisthelsetjenesteloven § 2-1a (1999).

Rustjenesten, er organisatorisk plassert under kommunens sosialtjeneste med ansvar som førstelinjetjeneste (kommunehelsetjenesteloven 1982). *Kommunen* styres både av staten og lokalt. Målsettingen for arbeidet og oppgavene er forankret i ulike lovverk deriblant Helse- og omsorgstjenesteloven (2011), Sosialtjenesteloven (1991) og Kommunehelsetjenesteloven (1982). De ulike lovene og særlovene stiller *funksjonskrav*, som sier noe om hvilke oppgaver som skal løses. Dette gir kommunene stor organisatorisk frihet til hvordan oppgavene løses, og hvordan styringen utføres i praksis (Øgar & Hovland 2004:41). Kommunen har koordineringsansvar for *oppfølging før, under og etter opphold i spesialisthelsetjenesten*, samt å sikre brukere et forsvarlig tilbud for medisinsk behandling, sosiale tjenester og oppfølging (Kommunehelsetjenesteloven 1982, Rundskriv I-30/2001). Ansvaret omfatter rådgivning og veiledning, bolig, oppsøkende arbeid, sosial- og arbeidsrettet rehabilitering, samt IP, og oppfølging av LAR-brukere. Grunnleggende behandlings- og koordineringsansvar, er dermed lagt til kommunen mesteparten av tiden, med store krav til tilgjengelighet, kapasitet, bredde i kompetanse, kontinuitet, fleksibilitet og samhandling. Det stiller store krav til menneskelige og andre ressurser, organisering, ledelse, holdninger og innsats fra den enkelte tjenesteyter (Øgar & Hovland 2004:51-52).

Fastlegen, er en del av fastlegeordningen, innført i 2001 (Fastlegeordningen 2000), hvor de aller fleste allmennleger ble selvstendig næringsdrivende uten særlig tilknytning eller lojalitet til den kommunale organisasjonen (Øgar & Hovland 2004). Formålet var å sikre alle innbyggere en fast allmennlege å forholde seg til, og bedre tilgang til allmennlegetjenesten (Fastlegeordningen 2000). Fastlegen skal på dagtid dekke behovet for allmennlegetjenester og øyeblikkelig hjelp til brukere på sin liste. Legetime skal være mulig å få innen rimelig tid. Fastlegen har både ansvar for, og en viktig rolle i planlegging og koordinering av brukers behov for medisinske tjenester, og skal holde seg oppdatert rundt brukers sykehistorie og legemiddelbruk. Ved behov skal fastlegen samarbeide med primærhelsetjenestene og sosialtjenesten om legeopplysninger ved søknad om helse-, trygde- og sosialtjenester. Samarbeidet kan omfatte hjemmebaserte tjenester og kommunal rusomsorg. Brukere på egen liste skal prioriteres foran andre, med unntak av lovpålagt

øyeblikkelig hjelp, henvendelse eller andre lovpålagte forpliktelser (Fastlegeordningen kapittel 3 § 7).

Både rustjenesten/sosialtjenesten og fastlegen har ansvar og myndighet til å henvise til TSB (Fastlegeordningen 2000, Sosialtjenesteloven § 6-1)

3.3 Hva er tverrfaglig samarbeid?

Idealet om tverrfaglig samarbeid defineres ifølge Lauvås & Lauvås (2004) som:

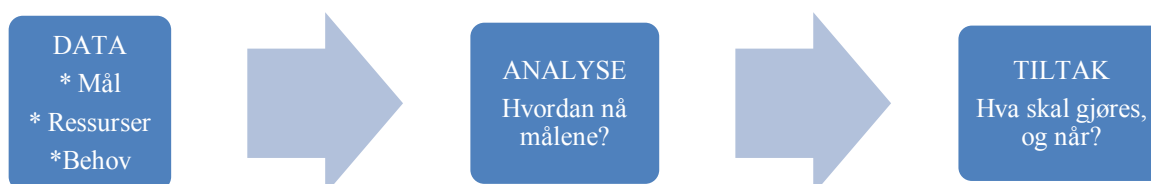
«Interaksjon mellom ulike representanter fra ulike fag med et dobbelt formål. Det ene er å sikre kvalitet i arbeidet ved å utnytte den samlede faglige kompetansen maksimalt. Det andre er å utvikle felles kunnskapsgrunnlag på tvers av fag og stimulere til faglig utvikling innen bidragende fag. De samarbeidende skal utvikle tverrfaglig kunnskap og kompetanse, ikke bare bidra med det de representerer fra et fag eller profesjon, til løsning av en oppgave (Lauvås & Lauvås 2004:53).

Et viktig kjennetegn og ambisjon, er at de samarbeidende skal utvikle tverrfaglig kunnskap og kompetanse, den enkelte ikke kan oppnå alene (Lauvås & Lauvås 2004:53). En «merviten», som utvikles gjennom diskusjoner og refleksjoner over brukers ulike behov, og hvordan tilrettelegging av tiltak og tjenester skal foregå for å ivareta brukers behov best mulig (Willumsen 2009:21, 67). Tjenestene skal oppnå gevinster ved samarbeidet en «synergieffekt» (Willumsen 2009:67). Medlemmene skal ikke tviholde på sin spesialkompetanse, men dele den med de andre. Samtidig må ikke medlemmene slipes så mye til hverandre, at det tverrfaglige dempes ned eller forsvinner (Lauvås & Lauvås 2004:53). Det krever høy grad av bevissthet om egen kompetanse, og tjeneste, hva den representerer og kan bidra med i forhold til bruker. Respekt for hverandres kompetanse og tjeneste er viktig for å stimulere faglig utvikling og sikre best mulig kvalitet. Samtidig er det viktig å ha kjennskap til og forståelse for de andre profesjonenes kompetanse og tjeneste (Willumsen 2009:22). *Fellesfaglig kompetanse* oppstår dersom samarbeidet får utvikle seg over tid, til en felles viten og forståelse. Samarbeidet vil da preges av høy grad av delegering, hvor deltakerne har fokus på felles mål og helhetssyn. Helhetsforståelsen blir

overordnet den enkeltes særinteresser, felles ansvar er sentralt, og innebærer at tjenesteyterne kan overta hverandres roller og primæroppgaver (Willumsen 2009:22). Rammene for det tverrfaglige samarbeidet bestemmes av ulike lovverk. Innholdet for samarbeidet kan spesifiseres i individuelle planer, hvor formelle tverrfaglige prosedyrer kan være regelmessige tverrfaglige møter (Willumsen 2009:43). Ansvarsgruppe er en samarbeidsform som også inkluderer bruker, og kan være nødvendig når bruker har komplekse behov (Willumsen 2009:21). Ansvarsgruppen kan ses som en gruppering av mennesker som sammen presenterer seg som et team i en spesifikk situasjon, teamet oppstår ikke før medlemmene presenterer seg som det (Kvarnström 2009:89).

Profesjonelt samarbeid

Abbott (1988) ser profesjonelt samarbeid som tre prosesser, *datasamling, analyse, tiltak*, hvor utgangspunktet er datasamlingen (Abbott 1988, Hansen 2007:83), som kan nedtegnes i en Individuell Plan i en ansvarsgruppe. Datasamlingen danner grunnlag for tiltak som skal iverksettes, og kan knyttes til brukers bakgrunn, undersøkelser, behov, ressurser og mål. Før tiltak settes inn, *analyserer* tjenesteyterne sammen for å finne tiltak som gir bruker best tilbud. Følgende modell kan illustrere prosessen:



Figur 2 Prosessen i profesjonelt arbeid (Hansen 2007, Hansen & Fugletveit 2010).

Tverrfaglig samarbeid kan derfor forstås som en prosess der de ulike tjenesteyterne samarbeider om datasamlingen og felles analyse for å finne de beste tiltakene. Det forutsetter at tjenesteyterne samarbeider om alle leddene i en profesjonell praksis (Hansen & Fugletveit 2010, Abbott 1988). Denne modellen vil danne grunnlag for min definisjon for hva et tverrfaglig samarbeid skal innebære.

3.3.1 Brukermedvirkning og Individuell Plan

Brukermedvirkning er en sentral føring i helse- og sosialtjenesten. Argumenter for brukermedvirkning henviser til både demokratiske prinsipper, og som et redskap for effektivisering (Lauvås & Lauvås 2004, Humerfelt 2001). Brukermedvirkning kan være motivert ut fra: *Effektivitetsargumenter*, bruker vet best hvor skoen trykker. *Økonomiske argumenter*; aktive deltakere er billigere enn passive mottakere. *Terapeutiske argumenter* hvor det hevdes at man ved å aktivisere brukerne vil oppnå bedre behandlingsresultater. *Moralske argumenter* som bygger på ideer om at gode mennesker klarer seg selv og ligger ikke andre til byrde. *Profesjonsargumenter*, hvor den ydmyke behandler må lære av den som vet hvor skoen trykker, og at brukerne selv må ta ansvaret for de svake og vanskelige gruppene (Lauvås & Lauvås 2004:57).

Til grunn for idealet om brukermedvirkning ligger fire sentrale krav; *Individuell tilpassing, samordnet, rom for medvirkning og tilgjengelige* (Willumsen 2009:18).

Individuell tilpassing forutsetter at tjenesteyter kjenner brukers behov, ressurser og mål. For å få klarlagt dette, er det nødvendig med en god kommunikasjon med bruker, og innebærer at bruker må bli hørt. Jo mer komplekse behov, desto større behov for samordning av tiltakene. Samordnet og helhetlig tilnærming som tar hensyn til brukers totale behov, forutsetter et samarbeid mellom tjenesteyterne, og mellom tjenesteyterne og bruker. Bruker skal gis rom for medvirkning, både ved utforming – gjennomføring og evaluering av tjenestene. Det forutsetter tilstrekkelig informasjon, hvor medvirkningen legger premisser for *hva* som skal gjennomføres og på hvilken måte det skal skje. Synspunkter skal tillegges vekt. Tilgjengelige tjenester, innebærer at det skal være lett å få kontakt med hjelpeapparatet, og at bruker gis oversikt over tilgjengelige tjenester, innsyn i tjenestenes utforming og hvordan de kan gjennomføres. Bruker må også få tilgang til ulike produkter og tjenester. Målet er å sikre at bruker får tilstrekkelig informasjon, til å vurdere å ta stilling til tjenesten og måten den skal gjennomføres på (Kjellevold 2005 I: Willumsen 2009:18).

Brukermedvirkning kan sikres ved å benytte Individuell Plan (heretter IP), som også er bakgrunn for at den er lovfestet; «*Brukere med behov for langvarige og koordinerte tjenester, har rett til Individuell Plan*» nedfelt i pasientrettighetsloven § 2-5 (1999) og sosialtjenesteloven § 4-3a(1991). Tjenesteytere både i kommunen og

spesialisthelsetjenesten, skal vurdere behov for IP når de kommer i kontakt med brukere som har behov for sammensatte tjenester. Initiativet til å starte arbeidet med IP kan komme både fra bruker selv. Hovedansvaret ligger hos tjenesteapparatet, hvor kommunen har hovedansvar for å koordinere (Individuell plan 2010). Ifølge forskriften (2010) skal IP bidra til at brukere får et helhetlig, koordinert og individuelt tilpasset tjenestetilbud. Intensjon er å bidra til samarbeid mellom tjenesteytere og tjenester til beste for brukerne. Brukers mål, ressurser og behov avgjør hvilke tjenestebidrag som skal planlegges, koordineres og evalueres, og bestemmende for tjenestetilbudets og planens innhold. Planen gir ikke rett til tjenester (Thommesen 2010, Individuell plan 2010). Individuell plan er nært knyttet sammen med begrepet *rehabilitering*, som er sentralt i arbeidet med helhetlige tilbud. Forskriften om habilitering og rehabilitering § 2 (2001) definerer rehabilitering som:

”Tidsavgrensede, planlagte prosesser med klare mål og virkemidler, der flere aktører samarbeider om å gi nødvendig bistand til brukernes egen innsats for å oppnå best mulig funksjons- og mestringsevne, selvstendighet og deltagelse sosialt og i samfunnet”.

Rehabilitering og habilitering skal altså ta utgangspunkt i brukerens egen innsats, det er ikke tjenestenes oppgave å bedre brukers funksjons- eller mestringsevne. Tjenestene bistår bruker i rehabiliteringen. Selve prosessen skal styres av brukeren, ingen andre. Målet er vidtfavnende; *funksjonsevne, mestringsevne, selvstendighet og deltakelse*. Hvordan målene skal nås og iverksettes avhenger av den enkelte brukers behov, og av hva bruker selv opplever som viktig (Hansen & Fugletveit 2010, Forskrift om habilitering og rehabilitering 2001).

3.4 Rammer for samarbeid

San Martìn-Rodriguez et.al.(2005) deler i sin review-artikkel samarbeidsdeterminantene inn i tre nivåer *systemiske (makro)*, *organisatoriske* (meso) og *relasjonelle (mikro)*, basert på tilgjengelig teori og empiri i feltet. Forfatterne mener det er nødvendig å se på determinanter på alle tre nivåer for å analysere hva som kan gi samarbeidsgevinst (fremmer) og hva som gir samarbeidstreghet (hemmer) i et tverrfaglig samarbeid(San Martìn-Rodriguez et. al.

2005). Modellen (figur 1) vil bli brukt i mitt senere arbeid med å analysere intervjuene med informantene, sammen med andre bidrag, for å sammenstille determinanter som hemmer og fremmer tverrfaglig samarbeid.

FREMMER	HEMMER	
		SYSTEMISKE
		ORGANISATORISKE
		RELASJONELLE

Figur1 Modell for analyse

3.4.1 Systemiske determinanter

De systemiske omhandler forhold utenfor organisasjonen, som *maktforhold* påvirket av kultur- og profesjonsforskjeller. Likestilling mellom tjenester har betydning for at samarbeidet skal fungere. Sosiale forhold som *status* kan gjøre maktforholdet skjevt, eller kulturelle forskjeller som *ideologi*. *Kulturelle faktorer* som normer, verdier og grunnleggende antakelser kan være ulike mellom ulike grupper (Jacobsen 2004), og skape konflikter i samarbeidet ved at man har ulike tanker om hva som er rett og riktig (Jacobsen 2004, Knudsen 2004). Tjenesteyterne representerer ikke bare sin profesjon, men også organisasjonen vedkommende tilhører, og bringer dette med seg i samarbeidet (San Martin-Rodriguez et al. 2005). I kommunen vil tjenesteyterne for eksempel ha ulikt *legitimeringsgrunnlag* for beslutninger, sosialstønad er noe bruker søker, mens sykepenger er noe som gis legitimert av legen og lovverk (Jacobsen 2004, Knudsen 2004). Samarbeid mellom tjenester og profesjoner handler mye om hvilken grad tjenestene opplever gjensidig avhengighet og aksepterer *gråsoner*, områder der det er uklart hvem som bør gjøre hva. For eksempel vil en psykiater og psykolog begge kunne stille en diagnose. De samarbeidende må være bevisste på forskjellene, vise vilje til å lære av hverandre og tilpasse seg hverandre (Jacobsen 2004, San Martin Rodriguez et. al. 2005).

Utdanningssystemet kan påvirke utviklingen i samarbeidet, med tradisjoner til eget yrkesområde og liten kunnskap om andres. Mer sannsynlig vil *profesjonsforskjeller* føre til at skjevheter oppstår. Profesjonene karakteriseres mer av dominans, autonomi og kontroll, fremfor tillit og fellesskap med andre profesjoner (Abbott 1988). Profesjoners holdninger og roller kan medføre ulike ønsker om å ta ansvar for oppgaver (Abbott 1988, Willumsen 2009).

En profesjon defineres av Abbott (1988) som yrkesgrupper med en relasjon mellom selve yrket og utdannelsen. Begrepet jurisdiksjon benyttes hvor en profesjon anvender en bestemt viten eventuelt lovfestet, med monopol på selve utførelsen av arbeidet, både innen arbeidsplassen, og overfor statlige myndigheter (Abbott 1988:20). Profesjonens faglige skjønn og kunnskap bygger på abstrakt og teoretisk grunnlag basert på vitenskap, med egenutviklet etikk, nedfelt i yrkesetiske retningslinjer. Selve utdanningen fører til spesialisering og ekspertgjøring på sitt område. (Abbott 1988, Lauvås & Lauvås 2004, Willumsen 2009). Profesjonenes myndighetsområde veksler over tid avhengig av indre (ny teknologi og konkurranse fra andre profesjoner), og ytre (lovgivning og endringer i samfunnet) faktorer (Abbott 1988). For å ivareta offentlige velferdstilbud, har det med tiden og endringene i samfunnet blitt flere yrkesgrupper som kaller seg profesjon. Dette har resultert i diskusjoner om enkelte profesjoner som ikke oppfyller kriteriene kan benytte seg av tittelen. Dette skjer med oppgaver i grenseområder, hvor rutineoppgaver kan delegeres til det som blir kalt semi-profesjoner, mens sentrale oppgaver ivaretas av profesjonen (Abbott 1988, Ejrnes 2006). Semi-profesjonene er på ene siden karakterisert med en spesiell viten på et avgrenset område, men er ikke oppnådd gjennom langvarig akademisk studium, og gir ikke absolutt monopol på utøvelsen av bestemte arbeidsfunksjoner (Ejrnes 2006). Sosialt arbeid har for eksempel svake profesjonaliseringsbetingelser, arbeidsområdet er diffust, og mangler eget profesjonalisert funksjonssystem. Derved havner det i en underordnet posisjon i et hierarki av profesjonelt arbeid, og kan utføres av flere profesjoner som for eksempel både vernepleiere og sosionomer. Sosialarbeideren vil som oftest måtte trekke inn andre profesjoner for å løse oppgavene, dermed er oppgaven ikke noe klart individuelt ansvar for den enkelte sosialarbeider (Molander & Terum 2008). Utfordringen i samarbeidet er at tjenesteyterne vil bruke ulike *teori* /-er (generell kunnskap), *metode* (framgangsmåte i det praktiske arbeidet) og *arbeidsmetoder* (organisatorisk tilrettelegging av arbeidet) i arbeidet (Abbott 1988, Ejrnes 2006). Dermed kan enkelte profesjoner og semi-profesjoner hemme tverrfaglig samarbeid, da de utvikler og lærer ulike metoder og teorier for å løse problemer på områder det skal samarbeides om. Stat og politikk påvirker utførelsen av arbeidet ved å håndheve hvordan undersøkelse, kategorisering og behandling av rusmiddelavhengige skal skje, som skaper egen jurisdiksjon for hvordan arbeidet skal foregå. LAR¹ (Legemiddelassistert rehabilitering) er et mål, og har en sterk grad av jurisdiksjon, behandlingen skal foregå på en bestemt måte (Abbott 1988).

3.4.2 Organisatoriske determinanter

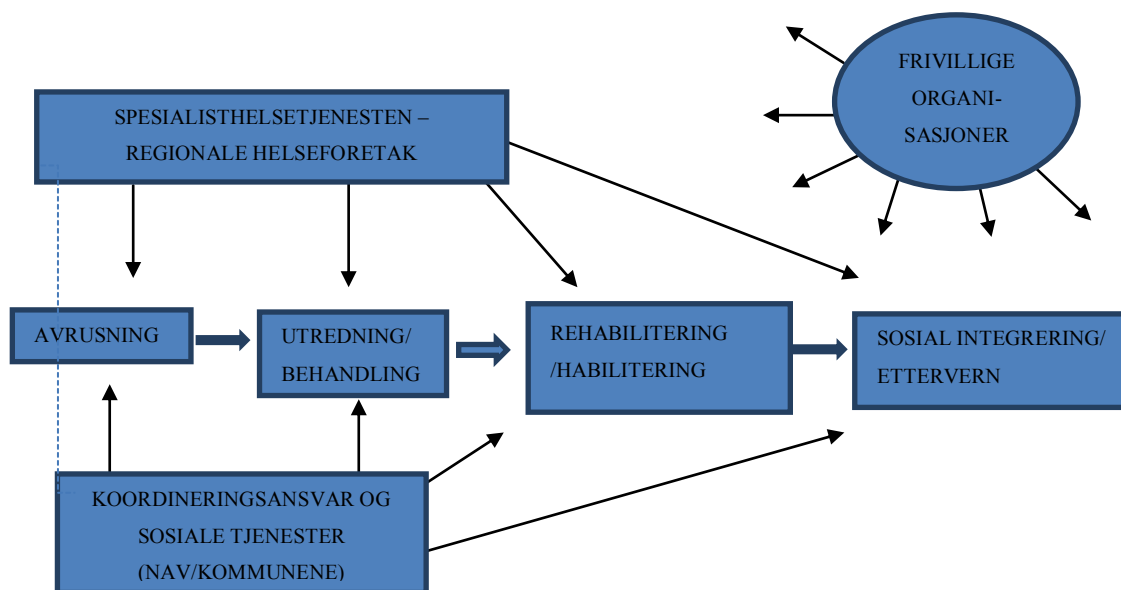
De organisatoriske determinantene omhandler forhold innad i organisasjonen, som *organisasjonsstruktur*, *administrativ støtte*, og *konkrete ting som tid og rom* for møter. En *organisasjonsfilosofi* som verdsetter deltagelse, uavhengighet og ytringsfrihet vil ha betydning. *Organisasjonsstrukturen* vil ha betydning for hvordan kommunikasjon og arbeidsdeling foregår (Hansen & Fugletveit 2010, Jacobsen & Thorsvik 2007).

Administrativ støtte fra leder er vesentlig, da en god organisatorisk ramme for samarbeidet er viktig. Samarbeidet må gis *ressurser*, da en av de viktigste forutsetninger for samarbeid er tid og rom for å møtes, med mulighet til og utvikle gode relasjoner og rutiner.

Formalisering av rutiner med faste prosedyrer og standarder for dokumentasjon kan være hensiktsmessig. Det samme gjelder for *kommunikasjonskanalene*, hvor et forum bør være på plass (San Martín Rodríguez et. al. 2005). En måte å organisere arbeidet på er gjennom en koordinator. Koordineringsansvarlig får en enklere oppgave om organisasjonene har delvis overlappende *domene*. Hvor tjenestene utfyller hverandres kompetanse, med flere tjenestetilbud samtidig. Tjenester med *fullstendig sammenfallende domener* vil sannsynligvis ha lite å tilby hverandre, og føre til konflikt. Tjenester uten *noen form for sammenfallende domener*, har lite å tilby hverandre, verken i tid, rom eller funksjon (Knudsen 2004).

Mintzberg(2001) deler inn organisering i seks ulike koordineringsmekanismer; *gjensidig tilpasning*, *direkte styring*, *standardisering av arbeidsoppgaver*, *standardisering av arbeidsresultatet*, *standardisering av normer* og *standardisering av kompetanse* (Mintzberg 2001:73). Eller ulike konfigurasjoner; *entreprenørorganisasjon*, *maskinbyråkrati*, *profesjonsbyråkrati*, *divisjonaliserte* og *adhocracy* eller *nettverksorganisering* (Jacobsen & Thorsvik 2007). Samordningsformene karakteriseres som limet i organisasjonen. Hver av organiseringsmåtene synes å ha en fremtredende samordningsmekanisme. Entreprenørorganisasjonen er preget av direkte styring som viktigste samordningsmekanisme. Maskinbyråkratiet samordner ved standardisering av arbeidsprosessen, profesjonsbyråkratiet er preget av standardisering av kompetanse, en divisjonsbasert organisering samordner ved standardisering av resultat, mens nettverksorganisering er preget av gjensidig tilpasning som viktigste samordningsmekanisme. Av disse, synes først og fremst maskinbyråkratiet, profesjonsbyråkratiet og nettverksorganisering å ha relevans for min studie (Mintzberg 2001, Jacobsen & Thorsvik 2007).

Når det gjelder organiseringen av behandlingsforløp kan det ses som en lineær prosess hvor hovedelementene kan beskrives som (1) avrusning, (2) utredning/behandling, (3) rehabilitering/habilitering og (4) sosial integrering/ettervern (Bergsgard 2010). Ideelt sett forutsetter det et strømlinjeformet behandlingsforløp, hvor bruker kommer inn på et nivå, og går videre til neste (Rundskriv I-8/2004, St.meld.nr.47:2008, Bergsgard 2010).



Figur 3 Behandlingsforløpet (Bergsgard 2010).

Figur 3 illustrerer det ideelle behandlingsforløpet. Virkeligheten er noe annerledes, en «sprekk» hos bruker vil føre bruker bakover i kjeden, og utfordrer tjenestenes fleksibilitet(Bergsgard 2010). Det krever at tjenestene har avklarte roller sammen med et utstrakt samarbeid, slik at det ikke oppstår *gråsoner og brudd* mellom de ulike tilbudene. Det stiller også krav til koordinering og tjenestenes tilgjengelighet (Knudsen 2004, Lie & Nesvåg 2006, St.meld.nr.47:2008, Willumsen 2009, Bergsgard 2010). Samarbeidsformene vil variere, både tverrfaglig teamarbeid, tverretatlig og/eller ansvarsgruppe parallelt, kan foregå samtidig. Avhengig av behov i fokus, hvilken fase i forløpet bruker er, og utviklingen i samarbeidet, hvilket betyr at struktur og innhold i samarbeidet er i kontinuerlig endring (Willumsen 2009:39). Helhetlige behandlingsforløp handler om å sikre et samarbeid etter tre dimensjoner. Den første dimensjonen er samarbeidet mellom kommunen og spesialisthelsetjenesten, mens den andre er samarbeidet på samme nivå, som

mellom Dps⁶ og Smp. Den siste dimensjonen handler om hvordan tjenestene samarbeider over tid (Hansen 2007).

3.4.3 Relasjonelle faktorer/determinanter

De relasjonelle determinantene handler om relasjon mellom tjenesteyterne som skal samarbeide, slik som; *vilje og ønske om et samarbeid, tillit, kommunikasjon, respekt, og kjennskap om hverandres kunnskaper*. De fleste forskere fremhever *tillit*, både til seg selv og andre som en av de viktigste faktorene (Vangen & Huxham 2009:73). Tillit til at samarbeidspartnerne har et godt faglig grunnlag, som gjør det nyttig å samarbeide med dem. Fravær av tillitsforhold vil føre til at samarbeidet blir kostbart og ineffektivt. Tillit er dermed grunnleggende og utslagsgivende for de andre faktorene (Knudsen 2004:24). Bygging av tillit krever tid og innsats, og avhenger av kompetanse (San Martin-Rodriguez et. al. 2005). To faktorer er viktige for å etablere et tillitsforhold. Det ene er avklaring av forventinger til samarbeidet, det andre handler om risiko. Partene må stole nok på hverandre til å våge initiere samarbeidet, er begge faktorer tilstede vil tillit gradvis bygges opp ved å starte med beskjedne realistiske mål (Vangen & Huxham 2009:73). *Kommunikasjon* er selve limet i samarbeidet, tilbakemeldinger og uformell støtte er sentrale kjennetegn, med gode rutiner for utveksling av informasjon (Ødegård 2009). Schön (1983) legger vekt på “praktisk kunnskap”, som ofte er skjult; *vi gjør ikke alltid det vi sier at vi gjør*. Derfor kan det være nødvendig å reflektere over samarbeidspraksis. Effektive og positive samarbeid vil i sannsynligvis liten grad skje uten åpen dialog om hvordan arbeidet foregår, og fremdriften. Samarbeid som ikke reflekteres over kan fort preges av gjentakelser og rutiner (Schön 1983). Opparbeidelse av *gjensidig respekt*, innebærer kunnskap om de andres profesjoner (San Martin-Rodriguez et. al. 2005). Det er en fordel om partene har noenlunde samme kvalitetsnivå, Knudsen (2004) kaller dette for *kvalitetsmessig kompatibilitet* (Knudsen 2004). *Ideologisk kompatibilitet*, er viktig, det innebærer at partene vet hvilke verdier de andre står for, og kan gå god for disse (Knudsen 2004). Det kan handle om like oppfatninger om hva som er god terapi, arbeidsmåter og behandlingsformer, hvilke normer som ligger til grunn for samarbeidet (Knudsen 2004). Det er viktig med fokus på hvorfor og om det er nødvendig

⁶ Dps – Distriktpsikiatrisk poliklinikk, hovedansvar for spesialisert behandlingstilbud i psykiatri <http://helsedirektoratet.no/psykisk-helse-og-rus/psykisk-helsevern/dps/Sider/default.aspx>

med samarbeid, ved å stille seg spørsmål om hva vi vil samarbeide om og hvorfor. Et vellykket samarbeid krever *velvilje* (Knudsen 2004, San Martin-Rodriguez et al. 2005, Vangen & Huxham 2009).

4 Presentasjon av data

I dette kapitlet vil jeg presentere data fra intervjuene. Analysen ledet fram til to hovedtema «Rusbehandling» og «Forståelse av tverrfaglig samarbeid». Undertemaene beskrives fortløpende i teksten med sitater fra informantene. Sitatene er markert med kursiv, og gjengitt med noen språklige redigeringer.

Hovedhensikten med datasamlingen var å få innsikt i de ulike informantenes erfaringer og vurderinger på et gitt tidspunkt. Poenget for meg var å få frem hvordan både brukere og ulike tjenesteytere, ut fra ulike roller, ulike funksjoner, ulike ansvar, erfarer rusbehandling og tverrfaglig samarbeid, og utfordringene knyttet til dette.

4.1 Rusbehandling

Samtlige informanter, var involvert i rusbehandling enten gjennom hele forløpet eller deler av det. Felles for brukerne var kontakt med tjenesteapparatet hvor de over mange år hadde gått inn og ut av ulike behandlingsopplegg.

4.1.1 Motivasjon

Samtlige informanter mente bruker måtte gjennom *erkjennelse* og være motivert for behandling, hvor motivasjonen måtte jobbes med kontinuerlig, og utfordret behandlingen. Fastlegen mente rusmiddelavhengige ofte ikke fikk den behandlingen som trengtes, da den koster mye i menneskelig anstrengelse, i kontrast til andre type behandling. Rusbehandling var for eksempel ikke dyrere enn kreftbehandling, men det handlet om vilje og motivasjon hos både bruker og tjenesteyter. For å skape motivasjon hos bruker, måtte bruker få tillit til at tjenesteyter kunne hjelpe, men det var ikke alltid viljen hos tjenesteyter var der. Fastlegen mente videre at den tillit som må skapes tar tid, og må være på et dypere nivå enn kun forskriving av medikamenter. Til syvende og sist handlet det om relasjon, å kunne tilby noe annet enn forskriving av medikamenter.

Fastlegen: «Prisen for en kreftbehandling er minst like høy som prisen for en rusbehandling, men viljen er kanskje ikke til stede, og kanskje ikke viljen hos pasienten heller, det må skapes en motivasjon. Motivasjonen må i hvert fall skapes ved en tillit til denne personen som jeg snakker til og som jeg ønsker skal hjelpe meg med mitt rusproblem, han må jeg ha tillit til kan hjelpe meg med det som ligger under rusproblemet».

Brukerne selv mente de måtte være motivert for behandling, og ikke noe de kunne tvinges til, og de hadde selv valgt å gå tilbake til rusen. En bruker hadde selv valgt tvangsbehandling, og mente det var eneste måten å fullføre behandling. Både brukerrepresentanten og rustjenesten mente tvang kanskje var nødvendig noen ganger, da enkelte brukere ruset seg så destruktivt at de holdt på å dø. Ved å få bruker inn i behandling, kunne det gi en forståelse av hva behandling var, og noen ganger hadde det snudd til noe positivt.

4.1.2 Mål for samarbeidet

Rusmiddelavhengighet har mange årsaksforklaringer. Det var derfor viktig å få frem informantenes syn på avhengighet, da det kunne ha betydning for målsetting for samarbeidet. En av brukerne sa følgende om avhengighet;

Bruker: “ ... Fylle en tomhet i livet. De ganger hvor jeg gikk på rusmidler over lang tid, ble jeg dårlig når jeg ikke fikk noe, da er det enkelt å beskrive avhengigheten. Jeg blir abstinent og må ha det for å bli frisk. Avhengigheten som er der når du ikke bruker noe, det er den som er vanskelig. Når rusen tar overhånd blir det medisinsk, bivirkningene. Gjør det lettere for behandlingssystemet om det er et medisinsk problem, lettere å få behandling ... ”.

Brukerne mente å slutte og ruse seg ikke var det vanskeligste, men å leve et rusfritt liv. Rusens funksjon hadde vært å fylle en tomhet i livet. Når det gjaldt behandling mente brukerne den *sosialfaglige kulturen* hadde større forutsetninger enn den medisinske, men trodde det var lettere å få behandling om det var et medisinsk problem. Selv mente brukerne at det kun kunne ses som medisinsk når rusen tok overhånd.

Brukerrepresentanten understreket at brukere er hele mennesker, hvor alle innfallsvinkler var like viktig, men kanskje til ulike tider. Det juridiske var knyttet til *pasientrettigheter*, tjenester de hadde krav på. Brukerne var unisone på at rusfrihet måtte være målet for behandlingen.

Tjenesteyterne oppfattet rusmiddelavhengighet som både et medisinsk, sosialt og psykisk problem, og nettopp derfor behov for tverrfaglig samarbeid. Selv om kroppen ble fysisk avhengig så handlet det også om *sosiale forhold* og *psykisk sårbarhet*. Fokus kun på medikamentell behandling ville føre ut i nytt uføre, og fungerte ikke uten oppfølging på den sosiale biten samtidig. Fastlegen mente bruker valgte rusen som selvmedisinering.

Fastlegen «... Jeg kan tenke meg at noen av dem som henvises fra DPS til sosialmedisin, for det går den veien også. Sier dette er et rusproblem, må ordne opp med rusen sin først, så sitter vi og tenker at her er det jo rus. Fordi under er et annet problem som gjør at man velger rus som behandling, som selvmedisinering. Da må du tenke langs begge linjer, hvorfor drikker Jeppe? Kanskje Jeppe har et problem som han ikke får løst og da må han få hjelp til å løse det problemet, samtidig som han skal løse problemet med å slutte å drikke. Men du kan kanskje ikke bare hjelpe han å si at du må slutte å drikke...»

4.1.3 Samarbeid om ettervern

Samtlige informanter påpekte mangelen på ettervern og oppfølging. Brukerne mente ettervern var det viktigste i behandlingen, og unisone på at ressursene måtte legges i oppfølgingen. Rusbehandling var nesten bortkastet om de ikke hadde noe å gå til daglig etter behandlingsopphold, som arbeid eller skole. Å komme ut i vanlig arbeidsmarked kunne være vanskelig. Mange brukere hadde liten erfaring utenom «rus-tilværelsen», da flere har ruset seg fra de var 12-13 år, med manglende skolegang, ifølge brukerrepresentant og rustjenesten. Samtlige informanter påpekte manglende rehabilitering i LAR, som stort sett handlet om urinprøvetaking, henting av medisiner på apoteket og ansvarsgruppe hver 10.uke. Behandlingstilbud måtte dessuten opprettholdes, og ikke legges ned for å spare penger, mente rustjenesten. Det er ikke tilstrekkelig å gi bruker et medikament, med forventning om at kommunen skulle ha alle tilbudene. Det

måtte bygges opp mange tilbud og benytte ressurser fra både 1. og 2. linje. Ettervern måtte etableres som et samarbeid mellom kommune og spesialisthelsetjenesten, mente informanten.

Rustjenesten «... Ikke ta bort institusjonene selv om bruker får subutex, conserta... Et medikament får aldri ta bort et behandlingstilbud – uten det forutsetter hverandre. Skal et medikament virke må det finnes et individuelt tilpasset behandlingstilbud, og man kan ikke bare si at kommunen skal tilpasse det. Noen ganger må folk inn i 1 års behandling, deretter sammen med kommunen, og poliklinikken lage et godt ettervern.»

Brukerne og fastlegen mente ideologiske behandlingsmodeller ble presset mer og mer ut. Mange rusinstitusjoner fikk ikke godkjent sine anbud, da de manglet breddekompetanse som ivaretok både rus og psykiatri. Det var destruktivt for «rusomsorgen» og rehabilitering. Anbudsopplegg hindret langsiktig tenkning. Hvor mye våget folk å investere i et prosjekt, hvor midler kanskje bare bevilges for fire år? Kompetanseoppbygging samt tilretteleggelse av lokaler, tok minst to år. Med god utvikling tok det ytterligere to år å utvikle en gjennomgripende behandlingsmodell, ifølge fastlegen. Det skal bygges team, som også skal ha tro på behandlingsmodellen. Slik at konsekvensen kan være at når en kompetent gruppe først er bygget opp, kommer nye politiske signaler eller andre med billigere tilbud. Så forsvinner de 30 plassene sammen med kompetansen.

Fastlegen: «Psykiatribehandling og rusbehandling er prosjekter som går over tid, kompetansen bygges over tid. Alle prosjekter har lyktes men det er hverdagen som teller. Du setter ikke inn ferske terapeuter til å jobbe med ting som går såpass dypt. Anbudstenkning i forhold til rusbehandling og i forhold til psykiatrisk behandling det tenker jeg, er ikke å ta faget på alvor»».

4.1.4 Brukers forventninger til samarbeidet

Samtlige brukere mente ingen behandling i seg selv kunne hjelpe dem. Bruker måtte lære seg å gjøre jobben selv, tjenesteytere kunne veilede til behandling. En bruker mente LAR-

behandling til unge brukere, var signaler fra behandlingsapparatet om at de hadde gitt opp. Brukerne mente de hadde måttet *stille krav* til tjenestene for å få oppfylt sine behov:

Bruker «*første sosialkontoret jeg tilhørte, der var det ikke mye hjelp å få. Jeg skulle inn på tvangsbehandling. Sosialtjenesten var ansvarlig for å sende bekymringen, det nektet de å gjøre. Jeg sto på et år å krangle for at de skulle få meg inn på tvang, som de nektet. Til tross for at både legen og psykologen sa det var til mitt beste. Så det var en lang og vond kamp ...*»

Brukerne mente at mye av jobben måtte de selv gjøre, hvor tjenesteyter kunne veilede og vise vei. Brukerne mente at de lett ville blitt et offer i systemet om de ikke hadde stilt krav, med en opplevelse av at tjenesteytere gjerne unngikk oppfølging det siste stykket på veien.

Bruker: «*mye av jobben må du gjøre selv, men du må ha hjelp på veien, må kreve at det blir fulgt opp. Jeg tror det er viktig, man kan lett bli offer i systemet hvis man ikke gjør det ... man blir fort skjøvet vekk, ikke imøtekommet, man får ikke de rettighetene og alle de tingene der. Man får fortere avslag, blir liksom litt glemt, følger kanskje ikke opp på avtalen, ringer kanskje ikke tilbake, og de tingene der ...*»

Samtidig opplevde brukerne at de aldri hadde møtt noen som ikke ønsket å hjelpe. Dilemmaet var at enkelte tjenesteytere overinvolverte seg med bruker, og utførte oppgaver bruker var i stand til selv, i tro om at det var brukermedvirkning. For behandlingens del var det viktig med individuell tilrettelegging og mangfoldig tilbud, hvor langtids- og døgntilbud ble opprettholdt. Enkelte brukere trengte skjerming både fra rusmidler og mennesker.

4.2 Forståelse av tverrfaglig samarbeid

I intervjuet ble informantene spurt om hva de la i begrepet tverrfaglig samarbeid.

Samarbeid er et fenomen som tjenesteytere kan forstå på forskjellige måter. Det var viktig å få frem informantenes forståelse av fenomenet, for å se om det var noen forskjeller.

Samarbeid mellom ulike tjenester er en viktig funksjon innen rusbehandling. Det kan også ha betydning for selve analysen. Samtlige tjenesteytere mente tverrfaglig samarbeid, var

ulike profesjoner som jobbet sammen rundt bruker. Rustjenesten vektla kontakt med bruker gjennom hele behandlingsforløpet, hvor ettervern og oppfølging stilte mest krav i samarbeidet. Samarbeid med andre tjenester ble etablert ut fra brukers behov.

Dominerende samarbeidspartnere for rustjenesten og fastlegen var Nav, fastleger, institusjoner og spesialisthelsetjenesten, samt instanser i kommunen, avhengig av hvor i behandlingsforløpet bruker var.

Rustjenesten: «Bidra til opplegg rundt bruker ved utskriving, hvordan gi ettervern, samtalebehandling, hjelp av Smp, kanskje Nav. Holde i trådene i forhold til støttesamtaler, være koordinator, bruke IP. Det kan være greit med en gruppe så lenge det er funksjonelt, brukers nytte av de menneskene som er der... det er også viktig i forhold til Smp, med samtale før og etter i forhold til meg, med tanke på oppfølging etterpå og ettervern».

Til sammenlikning etablerte Smp eksternt samarbeid når bruker ble søkt inn til behandling, allikevel ble ikke alltid eksterne samarbeid opprettet. Ikke alle brukere hadde behov for ansvarsgrupper, ifølge informanten. Smp deltok også i inntaksmøter ved Dps for vurdering av brukere. Smp beskrev det eksterne samarbeidet slik:

Smp:« ... Alle har sitt mandat – legen sykemelding, 1.linje transport til Smp, psykolog psykologisk samtale i forhold til vurdering av innleggelse. Synes likestilt ut fra ulikt mandat, skal ha ulikt mandat når det er tverrfaglig. Får vi dette til å fungere, sammen med god kommunikasjon, tett oppfølging og god arbeidsfordeling, tror jeg pasienten får god hjelp...»

Smp skilte seg i forhold til de andre tjenestene ved at det eksisterte et tverrfaglig team internt i tjenesten, sammensatt av ulike profesjoner. I interne møter på Smp tok de opp brukere til vurdering for videre tiltak og status i tverrfaglige inntaksteam. Alle tjenesteyterne hadde sitt mandat hvor oppgaver fordeltes utfra profesjon eller spisskompetanse. Beslutninger ble foretatt på tverrfaglige teammøter. Samarbeidet internt i Smp kan beskrives som følgende:

Smp: «Her har vi erfaring med å drøfte problematikken utfra ulike ståsted. En sosionom ser helt tydelig det sosialfaglige arbeidet, hva trengs i forhold til førstelinjen? Ved innleggelse i institusjon eller oppfølging i 1.linje kan

*fagkonsulentent ta oppgaven, ved psykologisk utredning bruker man psykolog.
Fordele arbeidsoppgavene, utfylle hverandre på det man har spisskompetanse på... «*

4.2.1 Hva kjennetegner godt tverrfaglig samarbeid?

Rustjenesten beskrev godt samarbeid som enkle linjer hvor det var enkelt å få kontakt, fastleger var en fantastisk ressurs når de var tilgjengelige, ringte, og tok kontakt. Det kunne også være viktig å stå sammen rundt krevende brukere.

Rustjenesten: « *Det å stå sammen kan være viktig da noen rusmiddelavhengige er krevende.. den hjelpen kan også være viktig når det er veldig krevende, og det er mer tidssparende når vi jobber sammen og har mer tid for hverandre, hjelpeapparatet rundt..»*

Informanten hadde dialog med Smp, de hadde hverandres mobilnummer og ringte hverandre. Det sikret veldig mye, og gjorde det enkelt å nå hverandre, de visste hvor de stod i forhold til hverandre, særlig viktig med samtale før og etter Smp, med tanke på oppfølging og ettervern. Tverrfaglig samarbeid betydde alfa og omega for å ivareta brukers behov.

Rustjenesten: «*... samarbeid er enkle linjer, hvor alle er villige til å ta sin del i blandingsproblematikk ... alfa og omega for brukere med mange behov...».*

Smp mente god kommunikasjon og drøftinger var viktig for samarbeidet, og var åpen for faglige ulikheter med diskusjoner og uenigheter. Å kjenne hverandre var en annen faktor som informanten mente var viktig for samarbeidet.

Smp: «*ulike profesjoner som sammen utgjør et team, ser ulike sider ved behandlingen av en pasient ... åpning for uenigheter og drøftinger ... «*

Fastlegen mente det var viktig for samarbeidet at tjenesteyterne ivaretok sin rolle og funksjon. Informanten var helt avhengig av mange som jobbet sammen rundt bruker.

Fastlege: »Som fastlege så er jeg helt avhengig av å ha mange som jobber sammen for pasienten, vi har vår rolle, funksjon, da er det viktig at vi ivaretar det...»

4.2.2 Gråsoner

Ifølge rustjenesten og fastlegen var samarbeidsforhold preget av prioritering eller nytteverdi, med vurderinger av hvem tjeneste som skulle ta ansvar for bruker. En utfordring var at andre tjenester forsvant om bruker hadde et rusinntak. Tjenester i kommunen som hjemmesykepleien, psykiatritjenesten og bo-veiledningen, mente bruker var rustjenestens ansvar med henvisning til at de hadde et rusproblem.

Rustjenesten: «... jeg opplever at vi noen ganger på en måte sier «er dette vårt ansvar?», at vi jobber ofte, hva er hovedproblematikken. Nei det var hovedproblematikken, men da er det den tjenesten som skal ta det... merker at vi må begynne kartlegging, må vurdere å se, lukter det litt rus, så er det rustjenesten ...»

Rustjenesten påtok seg ofte koordinatorrollen, men mente andre tjenester i kommunen som åpen omsorg like godt kunne gjort det. For Smp sin del var det ikke tema da psykiatritjenesten i informantens kommune mente det var deres oppgave. Samtlige tjenester mente særlig Dps holdt seg unna når det var rus i bildet. Fastlegen mente Smp og Dps, skulle hatt evnen til å tenke rus og psykiske problemer under ett, samt at Smp skulle hatt en bredere faglighet, slik at bruker kunne få hjelp med både det psykiske og rusproblemet samtidig. Smp og rustjenesten påtok seg ansvar for bruker da rusen var mest fremtredende. For rustjenesten og fastlegen betydde det ofte ny henvisning av bruker, og det kunne ta lang tid før brukere fikk «bukt med rusmisbruket».

Smp: «Men så har jo de hatt en litt sånn stygg historie på, for og si det rett ut, så fort det smaker noe rus eller de ser noe om det, så skal de hit. Det har vært vanntette skott mellom Smp og Dps, litt historie på det. Så sier vi, er du så sikker på det, at det er det som er det primære, den hasjrøykinga her, pasienten er jo også psykotisk og psykotiske pasienter skal ikke vi ha. Ser ingen poeng i og sitte og krangle med Dps om saker, tar saken selv, og avventer litt og tar det opp på nytt igjen. Da får vi det til ... ».

4.2.3 Samarbeid om beslutninger

Fastlegen og rustjenesten etterlyste mindre byråkrati og kartlegging, mer tilgjengelige tjenester. Fastlegen syntes systemet hadde gjort det unødvendig tungvint med at bruker nå måtte henvises til rustjenesten, som kompliserte samarbeidet. Om informanten nå skulle ha hjelp fra kommunen, så måtte bruker først innom Nav for å søke om tjeneste. Deretter skulle det foretas vurderingsbesøk /kartlegging, som førte til en unødvendig lang prosess for å få etablert tilbud til bruker. Informanten mente at det snart bare var fastlegen som hadde lavterskel:

Fastlegen: «... nå er det så vanskelig å få hjelp i kommunen også, nå er det snart bare fastlegen som har lavterskel ... fordi her kan du komme inn uten at det foreligger et vedtak om at du skal ha hjelp... jeg stiller ikke spørsmål om de er berettiget hjelp før de kommer inn døren... ».

Enkelte tjenester skjermet seg, slik at ting tok tid, ifølge rustjenesten. Det rammet bruker som ble gående og informanten ble frustrert. Det gjorde det vanskelig å stå sammen.

Rustjenesten: «Enkelte tjenester skjermer seg og er ikke så tilgjengelige, som gjør at brukeren blir gående, og vi blir frustrerte. Ting går dårlig rett og slett noen i hjelpeapparatet skjermer seg, “nei jeg har telefontid” og “jeg har ikke tid”. Brukeren blir gående, og vi blir litt frustrerte vi får ikke tak på hverandre, så går tiden og så kan det være vanskelig å stå sammen, for rusmisbrukerne, går ting veldig dårlig.»

Rustjenesten etterspurte også mer vilje til samarbeid. Ifølge informanten brukte noen institusjoner mer tid på å lytte til rustjenestens vurderinger, fremfor tidsfrist. Til tross for plassmangel presset man inn bruker, som oftest gravide, men var personavhengig.

Rustjenesten: «det er ille å si, men noen institusjoner har kjempe pågang, de må holde sine grenser og frister og alt mulig, men det er så personavhengig. De tar telefonen snakker med oss, gir beskjed, prøver å høre på vår vurdering, de sier send det inn til oss, vi tar det på inntaksmøte. Noen ganger så vurderer brukeren det opp mot behovet sitt og i forhold til individuell vurdering fra samarbeidspartner, fra kommune, fastlegen og ser den enkelte brukers behov. Ikke bare hvilke tidsfrister vi har, hvilke regler, og da blir den

matchen ofte veldig god, når man ser brukerens behov, og da har man noen ganger ikke plass, man får ikke trykt inn folk uansett, det er ikke flere sengeplasser så det er ikke så lett å få gjort noe mer. «

Fastlegen opplevde det mye lettere for allmennpraktikere å komme i dialog med Smp enn Dps, da Dps var mer preget av utredninger enn behandling. Henvisningen gikk raskere, folk ble bedre ivaretatt og fulgt opp. Rustjenesten opplevde også lang saksbehandlingstid til spesialisthelsetjenesten.

Fastlegen «... DPS er under stort press, mye utredning og mindre behandlingsperspektiv, skal gå fortere tilbake til fastlegene. Eller tilbake til psykiatritjenesten i kommunen. Ja, så blir det mer diagnostisering istedenfor behandling, har veldig mye tid på det altså ...»

Smp var frustrert av det store fokuset på somatikk og helsebyråkrati innen Helseforetaket de var del av. Informanten opplevde at de stadig ble pålagt nye oppgaver, med redegjørelse for epikriser, antall henvisninger og diagnoser. Informanten mente rapporteringene tok tid som heller kunne vært brukt på psykologi og bruker, og mente tall var det eneste politikerne forstod.

Smp: «Vi er jo ganske plaga vil jeg si av helsebyråkratiet, som kommer fra Helseforetaket og sykehuset, det er stadig vekk nye ting, som vi er pålagt å gjøre og det er litt plagsomt. Mye rapporteringer, vurderinger. Altså, det blir litt lite fokus på faglighet, og innhold mange ganger, det er veldig mye de ytre rammene våre. Det telles mye, det er sånn tellekultur, hvor mange nye henvisninger har dere hatt»

Nav var en tjeneste som utpekte seg, samtlige tjenester mente Nav-representant ofte manglet myndighet til å treffe vedtak. Både fastlegen og Smp mente omorganiseringen av Nav hadde ført til at tjenesteyterne ved Nav ble satt til å arbeide på områder de tidligere ikke hadde jobbet med.

Smp: «Noen ganger tar ting veldig lang tid, er Nav i bildet, eget kapittel, de har på mange måter hatt tilbakeskritt, de er jo omorganisert. Hadde mye samarbeid med gamle trygdekontoret, nå er det blitt veldig vanskelig, noe alle er frustrert over. Frustrert innad

på Nav også. De er utilgjengelige, vanskelig å nå på telefon, eller har ikke greie på det de jobber med. Kommer fra arbeidsetaten og skal plutselig jobbe med trygdesaker.»

Nav var savnet i samarbeidet, tjenesteyterne hadde sjelden tid. Rustjenesten mente det var lettere å få til samarbeid med tjenesteytere som hadde litt færre brukere. Nav's fravær i samarbeidet rammet særlig brukerne i forhold til ytelser som Nav forvalter. Smp poengterte at *tilbud kan ikke etableres i uvilkårlig rekkefølge*. Hadde bruker økonomiske problem, var det vanskelig å få »ro i sjelen» før økonomien var løst. Tjenesteyterne i Nav hadde fått beskjed av sine ledere at de ikke kunne prioritere deltakelse på ansvarsgruppemøter.

Smp: *« ... Det merker vi, særlig hos brukerne, påvirker folks psykiske helse og rusatferd. Mange sliter med økonomi – ta det først ellers får du ikke gjort noe med de psykiske problemene - da har Nav stor makt. Prøvd å ansvarliggjøre Nav å delta på ansvarsgruppemøter, har fått beskjed om og ikke delta, har ikke tid, lederne sier de ikke kan prioritere det...»*

Fastleger var også savnet i samarbeidet, og ansvarsgruppene. Både rustjenesten og Smp mente det kunne skyldes at de ikke ønsket rusmiddelavhengige som pasienter.

Smp: *«En del fastleger har vanskeligheter med å møte opp på samarbeidsmøter eller ansvarsgruppemøter de er veldig styrt av arbeidshverdagen sin som er veldig travel, og så er de opptatt av penger. Men de får også betalt for å gå på ansvarsgruppemøter. Noen gjør det jo, men så har vi noen som aldri dukker opp i det hele tatt ...»*

4.2.4 Forventninger til samarbeidet

Mange av fastlegens brukere opplevde å bli dårlig ivaretatt ved Nav, ofte traff ikke bruker den samme tjenesteyter, eller de hadde lite erfaring med rusmiddelavhengige. Informanten mente imidlertid at når de først var kommet »innenfor» ble bruker godt ivaretatt i rusteamet eller psykiatrien i kommunen. Fastlegen savnet lavterskeltilbud hvor det var mulig å henvende brukere, med tjenesteytere som hadde erfaring og kunnskap om rus.

Fastlegen: «treffer ikke alltid folk som er trent på å møte mennesker i den type situasjoner. Du møter mennesker som er funksjonær i annen sammenheng. Det å få hjelp til å fylle ut et slikt skjema, eller komme på tanken. Så jeg savner det stedet, det lavterskeltilbudet, hvor jeg kunne henvende pasienter, hvor jeg kunne si “stikk innom og snakk med den og den, der er det en som er utdannet innen rus, og kan hjelpe deg og komme i gang...»

Tjenesteyterne mente det var ille at brukere som var motivert for behandling måtte vente på plass grunnet behandlingsskøer og ventetider. Tilpassede institusjoner og avrusning hadde lang ventetid, og brukere måtte reise langt om de ville inn raskt. Det kunne også ta tid og finne frem til egnede behandlingsplasser, ifølge rustjenesten. Rustjenesten opplevde mange brukere ble borte fra spesialisthelsetjenesten, da brukere ikke klarte å møte, som kunne ha med dårlige erfaringer fra offentlige kontor å gjøre.

Rustjenesten: «Alle disse ikke-møtt timer... spesialisthelsetjenesten, det er en stor gruppe som blir borte fra dem, klarer ikke å møte... personer jeg oppfatter virkelig trenger hjelp innenfor spesialisthelsetjenesten men som ikke klarer å møte. Hvis man ikke har møtt til to-tre samtaler så blir man utskrevet, og på en måte avskrevet ... «

Rustjenesten opplevde også at brukere ikke møtte, og mente det kunne handle om at brukere hadde dårlige erfaringer med offentlige kontorer. Ofte var det brukere med store behov, men som kunne ha opplevd å få beskjed om at de ble fratatt barna tre måneder før planlagt. Informanten tok da kontakt med brukere på telefon, og prøvde å finne andre måter å møte brukere på, selv om det kunne være greit var greit å møtes på kontoret første gangen, for å bli bedre kjent med brukere, og hva brukere vil. Når spesialisthelsetjenesten hadde fått så mye ansvar, så forundret det rustjenesten at spesialisthelsetjenesten ikke gjorde noen endringer, og prøvde å møte brukere på annen måte.

Rustjenesten: «jeg har også brukere som ikke møter til timer hos meg. Da ringer jeg og spør, for jeg leser at den personen hadde et behov, for det er ofte folk med store behov, og kanskje litt vanskelig med å møte på kontoret. Det kan være mange vanskelige situasjoner som har skjedd på kontor tidligere, kanskje innkalt, fikk beskjed om at nå tar vi barna dine tre måneder før. Da prøver jeg å finne en annen måte å møte denne brukeren på. Det gjør ikke spesialisthelsetjenesten, og da tenker jeg hvis det er så mye ansvar som ligger på

spesialisthelsetjenesten så kanskje de må foreta noen endringer i forhold til hvordan man møter alle disse "ikke møtt"-timene «

Smp på sin side opplevde praktiske utfordringer som at bruker ikke klarte å komme til timen, mye måtte ordnes for at bruker skulle være i stand til å motta deres tilbud. Smp benyttet enten 1.linje eller fagkonsulent internt i tjenesten til å få bruker brakt til tjenesten.

Smp: *«... pasienten er ofte hos oss i fire, fem år, mye tilbakefall ... plutselig kanskje det hjelper.. rusbehandling er veldig sammensatt, praktisk komponent oppi det er at folk greier ikke komme til timen. Det er mye du må ordne for at folk skal være i stand til å ta imot vårt tilbud. Noen ganger ikke riktig at de er her i det hele tatt, riktig at de holder seg i førstelinjen, hvis du tenker LEON-prinsippet ... «*

4.2.5 Hva mente brukerne om samarbeidet?

Brukerrepresentanten opplevde lite synlig tverrfaglig samarbeid i ansvarsgrupper hvor bruker var til stede. Derimot foregikk det mye godt tverrfaglig samarbeid på overordnet systemnivå i veiledergrupper, hvor planer og styringsdokumenter ble laget. Utekontakten for eksempel kom med *innspill* i forhold til ungdom. Brukerrepresentanten ønsket de ikke var så redd for å vise sin faglighet når bruker var til stede. Etisk sett mente informantene at man alltid skulle ha den det gjaldt til stede. Informantene etterlyste også det tverrfaglige i behandlingen, og opplevde den var helsefaglig sammensatt.

Brukerrepresentant: *«... Opplever det er noe alle snakker om på konferanser. Fra at de skal samarbeide på faglig plan og utveksle fagerfaringer mens bruker er tilstede har de lang vei å gå. I ansvarsgruppene hvor man i hvert fall klarer å samarbeide rundt bruker og dermed et godt utgangspunkt for samarbeid ... om det er tverrfaglig samarbeid kan diskuteres. Opplever det ikke alltid sånn, tror de har det, men egentlig sitter de bare på samme møte ...»*

4.2.6 Kompetanse for samarbeidet

Brukerne mente det var viktig at tjenesteytere våget *by på seg selv* og *se bruker* som menneske, ikke som klient. Tjenesteyterne måtte også ha *kunnskaper* om avhengighet, ikke behandle avhengighet bare i egenskap av å være psykolog. Leger for eksempel, manglet kunnskap om avhengighet, og deres kunnskaper hadde de lært av brukerne.

Bruker: «*Erfarer at leger kan lite om rusbehandling, min lege har lært om rus av meg. Ikke noe jeg tror, han har sagt det selv*».

Rustjenesten mente de var avhengig av å få mer kompetanse inn, særlig når det gjaldt psykiatri. Informanten fortalte at de jobbet med å få folk edru, slik at de kan ta imot behandling av psykisk helse. Rustjenestens brukere var som regel ganske ruspåvirket når informanten jobbet med dem, slik at kompetansen ble ikke så drillet på psykisk helse, som ofte handlet om å finne ut brukers behov.

Rustjenesten: «*Jeg merker jo at kompetansen min blir jo ikke så drillet på psykisk helse, som på det å prøve å finne ut hva er den her personens behov. Hvordan kan jeg tilrettelegge, og koordinere tjenestene rundt den personen så at den tør å bli nykter. Så får vi se hva som viser seg når den her personen har blitt edru. Hva er tjenestebehovet da?*»

Smp mente det var nødvendig å bruke egen kompetanse begrunnet i at det har bruker behov for. Samtidig er det mulig å tenke at bruker er ekspert på eget liv, altså vet litt hva som trengs. Tjenesteyter må da være god på å lytte, ikke prøve å overkjøre bruker. Noen ganger er det nødvendig at tjenesteyter går inn og søker bruker videre til institusjon.

Smp: «*... hvem er eksperten egentlig? Du skal ikke miste profesjonen din, selv om du ikke skal ta på deg ekspertrollen, for du må jo bruke kompetansen din, det har jo pasienten bruk for. Men man kan jo tenke seg at pasienten er ekspert på eget liv, altså vet litt hva som trengs. Hvis du da prøver å få til en dialog på det, hvis du er god til å lytte da, det er jo viktig, ikke prøve å overkjøre pasienten...*»

5 HVA FREMMER OG HEMMER TVERRFAGLIG SAMARBEID OG BRUKERMEDVIRKNING I RUSBEHANDLING?

Jeg vil i dette kapitlet drøfte funn i empirien opp mot foreliggende teori og forskning. Jeg har foran presentert betingelser San Martin-Rodriguez et.al. (2005) mener må være til stede for å få til et vellykket tverrfaglig samarbeid. Med utgangspunkt i dette rammeverket vil jeg drøfte hvilke faktorer eller determinanter som jeg kaller det som blir viktig for et godt samarbeid. Hovedproblemstilling for studien er å undersøke hva som fremmer og hemmer tverrfaglig samarbeid og brukermidvirkning i rusbehandling.

Et grunnleggende tema i drøfting av samarbeidet i rusbehandling, er pasientflyten i behandlingsforløpet. Derfor har jeg valgt og først å belyse samarbeidet i selve behandlingsforløpet. Hvor jeg stiller spørsmål om «*Hvilke utfordringer møter tjenestene og brukerne i behandlingsforløpet?*» Jeg vil deretter drøfte systemiske og relasjonelle determinanters innvirkning på samarbeidet og brukermidvirkning.

5.1 Hvilke utfordringer møter tjenestene og brukerne i behandlingsforløpet?

Intensjonen i forhold til overordnede rammefaktorer som rusreformen (2004) og samhandlingsreformen (2008) er at det skal skapes helhetlige behandlingsforløp, og bedre behandlingsresultater. Innspill fra informantene viser brudd flere steder i behandlingsforløpet, ettervern og oppfølging etter behandling er noen av utfordringene. Mye tid er knyttet opp til prosedyrer med henvisninger og utredninger, som resulterer i et sekvensielt tilbud. Mangel på ansvarlig tjenesteyter, fører til utfordringer i forhold til hvilken tjeneste som skal ta ansvar for bruker, hvor ingen av tjenestene under departementsnivå har ansvar for helheten (St.meld.nr.47:2008:47).

Behandlingsforløpet menes her hele prosessen fra og med henvisning - inntak - utredning - behandling - utskriving eller overføring og ettervern/oppfølging, slik som illustrert i tiltakskjeden (figur 3 s.). Hensikten er at spesialisthelsetjenesten og kommunen yter tilbud

i form av et koordinert og samtidig tilbud, hvor utfordringen kan være overgangen mellom tilbudene (Vold Hansen 2007, Fugletveit & Vold Hansen 2010, St.meld.nr 47:2008).

Rustjenesten og fastlegen var sentrale i etablering av behandlingsforløpet, med en rolle gjennom hele forløpet. I motsetning var Smp og spesialisthelsetjenesten involvert i en mer avgrenset periode. Dermed deltok ikke alle involverte i planleggingsfasen, slik at utformingen av et helhetlig behandlingsforløp ble ikke en samtidig og helhetlig prosess (Jacobsen 2004, Willumsen 2009, Hansen & Fugletveit 2010). Mye av årsaken handlet om henvisningsreglene til spesialisthelsetjenesten. Selv om rustjenesten sto for mye av koordineringen, ligger allikevel ansvaret for å samordne tjenestetilbudet hos alle involverte tjenester. Dette syntes uavklart, og skaper utfordringer for kontinuiteten.

Fra henvisning var sendt til selve inntaket oppstod *ventetid*. Ifølge rustjenesten satte enkelte institusjoner henvisningsprosedyrer tilside og brukte mer tid på å lytte til rustjenestens vurderinger fremfor tidsfrist, men var personavhengig. I forhold til brukers svingende motivasjon som er en særlig utfordring i rusbehandling, var det ille at tjenestetilbud ikke var tilgjengelig når bruker var motivert. Langtidsinstitusjoner hadde i 2011 ventetid på 11,2 uker, og avrusingsplasser og populære institusjoner opp til et år. Ønsker bruker å ta imot et slikt tilbud mister vedkommende retten til et annet tilbud innen en bestemt frist (Lie & Nesvåg 2006). Mens poliklinikker har en ventetid på 63 dager, og dagbehandling 82 dager. (Ventetider og pasientrettigheter 2012). Uavhengig av ventetidens lengde skapte det brudd, og utfordret særlig fastlegen og rustjenesten. Selv om brukerne ikke tillat ventetid særlig vekt er det av interesse hva tjenestene kunne tilby i ventetiden. Fastlegen hadde lite å tilby utenom medikamentforskriving, rustjenesten brukte tiden til å opprettholde brukers motivasjon eller prøvde finne frem til midlertidige tilbud andre steder. Smp løste det med polikliniske samtaler (ved henvisning til institusjon). Lie & Nesvåg (2006) beskriver at sosialtjenesten/rustjenesten setter inn mange tiltak mens brukere venter på å bli tatt inn i behandling, både egne tiltak, men også kjøp av opphold i private institusjoner (Lie & Nesvåg 2006). Henvisningen kan også resultere i at bruker vurderes til tiltak i 1.linje i henhold til LEON-prinsippet, ifølge Smp. LEON-prinsippet er en viktig føring for tverrfaglig samarbeid, hvor bruker vurderes til å kunne motta forsvarlig behandling i kommunehelsetjenesten (Øgar & Hovland 2004). Samtidig kompliserer det samarbeidet da det medfører en økende forskyvning og påtrykk av oppgaver til kommunen, med ressurs- og kompetansemessige konsekvenser. I prinsippet kan dermed

videre samarbeid mellom spesialisthelsetjenesten og kommunen stagnerer her. Brudd oppstod også når døgntilbud ikke sto klart i forlengelse av et avrusningsopphold eller akutt-tilbud. Fasen er særlig sårbar i forhold til rusing hos bruker.

Brukerne selv tiller ikke ventetid særlig vekt, ventetiden var mer en viktig fase for endring. Deres fokus var mer på behandlingens lengde og innhold, og kanskje det alvorligste bruddet sett fra brukernes side - *manglende oppfølging og ettervern*. Ettervern var det viktigste for behandlingen, og brukerne var unisone på at det var bortkastet om de ikke hadde noe å gå til daglig etter behandlingsopphold. Andelen brukere som ikke har fått dekket sitt behov for aktivisering/dagtilbud, har økt fra 55 prosent i 2003 til 63 prosent i 2006 (Lie & Nesvåg 2006). En årsak kan være kravet til langtidsinstitusjoner om å redusere behandlingstiden til maks 2 år, til fordel for avgiftning og korttidsbehandling (Pasienter i TSB 2010: 2011). Det kan ses som et ledd i deinstitusjonalisering, hvor det er ønskelig at tjenestene tilbys på lavest mulig nivå, som i praksis vil si at bruker skal motta tjenester mens de bor hjemme, ikke i institusjon (Hansen & Fugletveit 2010:15).

Kortere behandlingstid gir en raskere pasientgjennomstrømning, hvor kommunen må ta større oppfølgingsansvar enn tidligere. Selv om kommunens ansvar ikke er endret etter rusreformen (Lie & Nesvåg 2006), opplevde rustjenesten økt press på kommunen om tilbud til bruker. Informanten mente det ikke var holdbart bare å gi bruker et medikament/LAR, å forvente at kommunen skulle ha alle tilbud. For å kunne gi bruker et helhetlig tilbud må det bygges opp tilbud, med ressurser fra både kommunen og spesialisthelsetjenesten. Ettervern må etableres som et samarbeid mellom kommune og spesialisthelsetjenesten, mente rustjenesten. Alle må være der. Empirien viser at ansvaret for ikke å slippe brukerne ut i et tomrom var sterk hos både Smp og rustjenesten. Smp løste manglende ettervern med å la bruker opprettholde sin plass i tjenesten, med tilbud om polikliniske samtaler et par ganger i året, fremfor utskriving.

Hovedansvaret for oppfølging ligger i kommunens helse- og sosialtjeneste, (Kommunehelsetjenesteloven 1982). Nielsen (2010) fant i sin studie at det som kunne være utslagsgivende er hvordan man definerer behandling, da tjenestene definerer begrepene faglig ulikt. Oppgavefordelingen endrer seg slik at arbeidet som tidligere ble gjort i institusjonene nå i større grad blir lagt til kommunen. En endring i definisjonen *behandling* og en endring i hva som skal være tidsdimensjonen i behandling påvirker det kommunale arbeidet direkte. Informantene i Nielsens studie (2010) meddelte at de så en tendens til at

samtaleterapi nå var behandling. Tidligere hadde bygging av sosiale nettverk og familiearbeid vært en naturlig del av behandlingen, men var nå blitt borte (Nielsen 2010).

Melding om utskriving er viktig for samhandlingen, hvor spesialisthelsetjenesten har et særlig ansvar, og lovregulert, under forutsetning av at bruker godkjenner det (Spesialisthelsetjenesteloven 1999§2-1a), men rustjenesten ble ikke alltid varslet når bruker ble skrevet ut. Det gjaldt særlig korttidsopphold og avrusing, men var personavhengig. Dette skapte problemer for rustjenesten da de plutselig hadde bruker stående på døren, uten at informanten hadde fått tilrettelagt videre oppfølging. Samarbeid må forankres og ikke være personavhengig. Det kan dermed synes som spesialisthelsetjenesten mangler tillit til rustjenesten, og ikke innlemmer de som en del av samarbeidet. En forutsetning for bygging av tillit er tenking om hvordan samarbeidet tilpasses slik at overordnede mål kan realiseres (Knudsen 2004, Vangen & Huxham 2009). Utskriving skjedde også dersom bruker hadde tilbakefall. Gjentatte tilbakefall kan tolkes som lite motivert- og behandlingvillig bruker, som kan resultere i at behandlingen avbrytes (Skjellet 2009:63). Brukere kunne bli utskrevet på grunnlag av at de ikke møtte tilstrekkelig antall ganger, som kunne ha bakgrunn i rusing. Når dette skjedde ble bruker skrevet ut av spesialisthelsetjenesten, som førte til at bruker måtte henvises på nytt, ifølge rustjenesten. I opptrappingsplanen for rusfeltet(2009) påpekes det at det må aksepteres at personer får tilbakefall (Opptrappingsplan 2009).

Spesialisthelsetjenestens krav om oppmøtekompetanse var forhold som ikke alle brukere mestret, ifølge informanten, og burde kanskje tilpasses mer den enkelte bruker. Noe av utfordringen var tjenestens tilgjengelighet og fleksibilitet, hvor informanten mente at tjenesten burde tilrettelegge bedre overfor bruker. Skulle de for eksempel ha ambulante team, så kunne de kanskje ikke bare ha dette mellom fem og syv på tirsdag og torsdag. En av brukerne hadde opplevd gjentatte utskrivinger, som også resulterte i at vedkommende mistet trygden da behandling var satt som betingelse for trygden. Opplevelsen ble for brukeren å måtte *bevise* og kunne nyttiggjøre seg behandlingen som tilbys. Bakgrunnen for at bruker ikke møtte var grunnet en voldelig samboer som holdt bruker tilbake. Manglende oppmøte hvor utskriving benyttes kan knyttes til strategier tjenestene bruker for å beskytte seg mot for stor pågang av brukere, brukere de opplever som ubehagelige eller brukere de anser som uegnede eller lite skikket til å nyttiggjøre seg offentlig hjelp. Strategiene kan

knyttet til om tjenesteyter er opptatt av brukers velferdsbehov eller er skikket ut fra effektivitets eller kontrollhensyn (Bleiklie et. al. 1997).

Smp på sin side opplevde det som en praktisk utfordring at *bruker ikke evner å møte* til timer, informanten benyttet 1.linje⁷ eller fagkonsulent ved Smp til å transportere bruker til tjenesten. Jeg undrer meg både over ressursbruken og fleksibiliteten hos Smp, hvor 1.linje benyttes til transport av bruker til Smp. Rustjenesten opplevde også at brukere ikke møtte, men valgte da å møte bruker hjemme. Informanten undret seg over at ikke spesialisthelsetjenesten foretok noen endringer i forhold til hvordan de møter brukere som ikke kom, når som tjeneste hadde fått så mye ansvar. En forutsetning for brukermedvirkning er at tjenestene er individuelt tilpasset, som forutsetter at tjenesteyter kjenner brukers behov, ressurser og mål. Det forutsetter en god dialog med bruker, og innebærer at vedkommende må bli hørt, hvor det ofte ikke er tilstrekkelig med standardiserte løsninger. Komplekse problemer krever fleksibilitet for å kunne skreddersys med utgangspunkt i brukers behov (Willumsen 2009:18-19).

⁷ Med 1.linje refereres det til helse- og omsorgstjenester i kommunen.

5.2 Hvilke systemiske og relasjonelle determinanter fremmer og hemmer tverrfaglig samarbeid og brukervedvirkning, mellom brukerne, spesialisthelsetjenesten og kommunen?

Jeg vil videre konkret drøfte hvilke systemiske og relasjonelle faktorer eller determinanter som jeg kaller det, som blir viktig for samarbeidet mellom spesialisthelsetjenesten, kommunen og brukerne. Bakgrunnen for dette er at mange systemiske determinanter synes å ha innvirkning på hvordan samarbeidet fungerer på relasjonelt nivå. Hensikten er å identifisere og forstå determinanters innvirkning på tverrfaglig samarbeid i rusbehandling.

5.2.1 Systemiske determinanter

Samarbeid må forankres. Dette kan gjøres enten tvunget, ved at tjenestene pålegges et samarbeid gjennom lovverk, regler eller standarder. Det kan også være frivillig ved at tjenesteyterne ser behov for samarbeid, og en gevinst ved det (Knudsen 2004, Jacobsen 2004). Selv om det innføres regelverk og standarder som gjør samarbeidet obligatorisk, er likevel samarbeid frivillig (San Martin-Rodriguez 2005:141). Det er mulig å iverksette tiltak, men tjenesteyterne må være villig til å praktisere samarbeidet (Knudsen 2004).

Kommunen og spesialisthelsetjenesten er gitt klart **mandat** fra samfunnet om å skape **bedre tverrfaglig samarbeid mellom tjenestene** for brukere med sammensatte behov (Ot. prp. nr. 3 (2002-2003), Ot. prp. nr. 54 (2002-2003), Rundskriv I/8-2004, NOU 2005:3, St.meld. nr.47:2008). **Samhandling** og **tverrfaglig samarbeid** er forankret politisk på nasjonalt nivå gjennom både Rusreformen (2004) og Samhandlingsreformen (2008). Det formelle rammeverket fra reformer, offentlige meldinger og lover representerer en «top-down» innfallsvinkel, for å ivareta kravet om samarbeid og sikre brukernes rettigheter (Willumsen 2009:47). Dette kan fremme et samarbeid. Samtidig viser forskning at initiativer som kommer ovenfra og ned i organisasjoner, kan vanskeliggjøre utviklingen av samarbeidsorganisasjoner (Åhgren 2009:151). Noe som kanskje berører rusbehandling i aller høyeste grad, hvor reformer og politiske føringer i stor grad styrer og har styrt utforming av tjenesten. Sjansene for et vellykket samarbeid er større om det initieres av

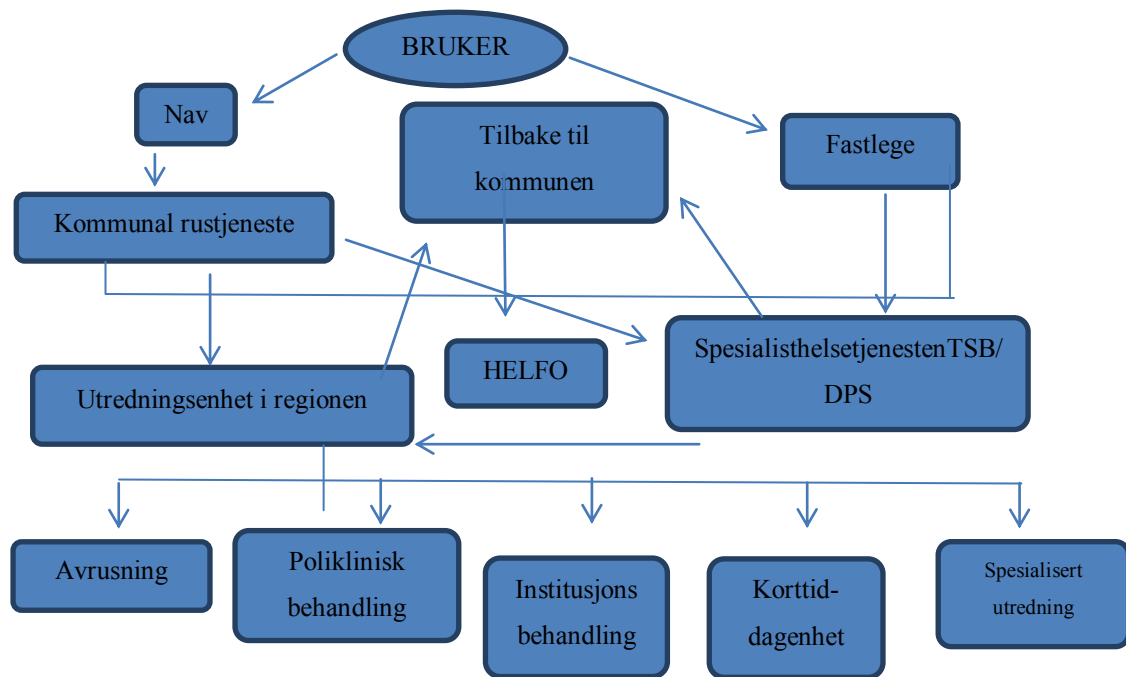
engasjerte tjenesteytere, med et ønske og vilje om samarbeid (St.meld.nr. 34:1996-97, Jacobsen 2004, Knudsen 2004, Lauvås & Lauvås 2004, Åhgren 2009).

Rammebetingelsene som gis synes ikke å være sterke nok føringer verken for kommunen eller spesialisthelsetjenesten for å få til et godt samarbeid mellom tjenestene. Noe som også synes å gjøre seg gjeldende for brukermedvirkning, hvor brukers behov i liten grad synes bli dekket. Samtidig er det ikke tvil om at det oppfattes som en begrensning i mulighetene for både brukermedvirkning og samarbeidet at både rustjenesten og Smp krever henvisning.

Henvisningsreglene utfordrer helt klart selve tilgangen for brukere og tjenestenes mulighet for samarbeid, hvor det stilles krav om henvisning i flere ledd, basert på både helse- og sosiallovgivning (Rønning & Solheim 2000). I et brukerperspektiv handler det om at tjenestene er tilgjengelige, slik at bruker lett kan få kontakt med tjenestene. Det vil også ha betydning for samarbeidet at tjenestene er lett tilgjengelig for hverandre (Willumsen 2009:19). Laveste terskel inn er fastlegen som ikke stiller vilkår for oppmøte, som fastlegen selv påpekte, og blir en viktig premissleverandør. Allikevel kan egenandel skape barriere for å oppsøke fastlegen. Kontakt med rus-/sosialtjenesten går via Nav, som kompliserte samarbeidet, ifølge fastlegen, og førte til unødvendig lang tid før et tilbud ble etablert. Spesialisthelsetjenesten, krever også henvisning enten fra lege eller rus-/sosialtjenesten, hvor spesialisthelsetjenesten etter gitte regler «vurderer om bruker har rett til behandling eller avslå» (Henvisning til spesialisert rusbehandling 2008). Om bruker ikke får tilbud om behandling innen tidsfristen (30 dager) vil enda et nivå melde seg gjennom HELFO⁸ (Vurdering av henvisning til spesialisthelsetjenesten 2008).

Innsøkningsprosessen kan illustreres med følgende figur:

⁸ HELFO = Helse- og økonomiforvaltningen, tidligere Nav pasientformidling.
<http://helfo.no/privatperson/brudd-pa-behandlingsfrist/Sider/default.aspx>



Figur 4. Innsøkningsprosessen til rusbehandling (Alver, Brette-Ville-Jensen & Kaarbøe 2004).

Rustjenesten, fastlegen og Smp har ulike oppgaver i behandlingsforløpet. For at behandlingsforløpet skal bli best mulig er de ulike delene gjensidig avhengig av hverandre. Det betyr at om bruker skal få best mulig behandlingstilbud, må både tjenester som har førstehåndskontakt med bruker, og tjenester som har ansvar for utredning, i størst mulig grad konkretisere behovet enten det handler om behandling innen TSB eller behov for behandling i den somatiske eller psykiatriske spesialisthelsetjenesten. Helseforetakene må på sin side ha et behandlingstilbud som i størst mulig grad er tilpasset brukernes aktuelle behov, og eventuelle endringer i dette behovet. De må også kunne gi en grundig beskrivelse av innholdet i tilbudet de gir. Det betyr at de ulike tjenestene på de ulike nivåene i behandlingsforløpet må, sagt på en annen måte, ha nødvendig «bestiller- og utførerkompetanse». Manglende kompetanse vil kunne føre til avslag. En av brukerne hadde opplevd at henvisningen var for dårlig, og fått avslag, som førte til ny henvisningsrunde.

Selve henvisningen vil bære preg av hvilken tjeneste eller profesjon bruker oppsøker, ulike tjenester eller profesjoner vil kunne ha forskjellige forslag til løsning (Abbott 1988, Hansen 2007). Det vil også ha betydning hvilken tjeneste eller profesjon som vurderer henvisningen (Abbott 1988, Hansen 2007). Ved Dps, som er underlagt psykisk helseverns lovverk, vil overlegen ha ansvar for vurderingen, og bli monofaglig, mens i TSB vil

vurderingen foretas av et tverrfaglig sammensatt team. Empirien viser at rustjenesten og fastlegen oppfattet avhengigheten som en løsningsstrategi, mens Smp mente det kunne ses som en sykdom. Brukerne selv mente det kunne ses som et medisinsk når de var abstinente, og trengte «rusen» for å bli frisk. Legges sykdomsbegrepet ensidig til grunn, vil oppmerksomheten trekkes bort fra et helhetlig perspektiv på brukers behov og problemer (Borg & Topor 2007).

Henvisningene og utredningene krever dokumentasjon, og registrering. Registrerings- og rapporteringssystemer er ulike både mellom kommune og spesialisthelsetjenesten, men også på institusjonsnivå (Sosial og helsedirektoratet 2004). Journalsystemene mellom tjenestene kommuniserer derfor ikke med hverandre, og fører til registrering av samme bruker innenfor hver enkelt tjeneste (NOU 2005:3). Det kunne kanskje vært unngått ved at tjenestene hadde hatt de samme registrerings- og rapporteringssystemene. Utfordringen er knyttet til personvernet (St.meld.nr. 47:2008). Gjentakende tema i empirien var henvisninger og utredninger, og det er opplagt at dette fører til stor ressursbruk.

Rettighetsvurderingene skal gjøres av et tverrfaglig sammensatt team, hvor det skal *vurderes kostnader ved hjelpen, og forbedring eller unngått forverring av brukers helsetilstand* (Vurdering av henvisning til spesialisert rusbehandling 2008). Empirien viser at tjenestene hemmes at tidsbruk til nettopp slike oppgaver. Dette er i tråd med annen forskning. Lie & Nesvåg (2006) påpekte at dette binder opp mye tid av flere spesialister, som da får mindre tid til det direkte arbeidet med bruker (Lie & Nesvåg 2006).

Vurderingene skal videre ta stilling til behandlingsnivå, ikke *type* behandling (*poliklinisk, dagbehandling, døgnbehandling, LAR og tvangsbehandling*). Er dette mulig å vurdere? Vurderingene om behandlingsnivå tar heller ikke stilling til type behandling. Er det mulig å dekke brukers behov og et differensiert behandlingstilbud, når vurderingene baseres på hvilket nivå behandling skal gis? Det er også rimelig å stille spørsmålstegn ved hvor hensiktsmessig alle vurderinger og utredninger er. Brukere blir ikke utredet bare en gang, det foretas en utredning ved henvisningen til spesialisthelsetjenesten, for deretter å bli utredet påny i spesialisthelsetjenesten eller institusjon. Ved re-henvisninger skal bruker utredes påny, det er opplagt at dette må kreve ressurser. Lie & Nesvåg (2006) kartla sosialtjenestenes oppgaver etter rusreformen (2004), hvor tjenesteyterne ga uttrykk for at de måtte legge ned mye arbeid i henvisningene. Sosialtjenestene følger også opp brukere før og etter behandlingsopphold. Forfatterne påpeker at mange brukere og

brukerorganisasjoner uttrykker at det er store mangler i oppfølgingsarbeidet, men studien har ikke klart å dokumentere om kommunene bruker mindre ressurser på dette (ibid).

Til tross for at henvisningene skaper utfordringer som vi har sett, mente Rustjenesten at *Pasientrettigheter* hadde økt brukers rettigheter og status. Samarbeidet til blant annet Dps var blitt bedre, det hadde også ført til at andre tjenester ikke kunne frasi seg bruker. *Fritt sykehusvalg*, har også gitt bruker, og henvisende tjeneste muligheten til å stille *krav*, hvor det er mulig å velge institusjon vedkommende vil til. Tidligere var dette begrenset til institusjoner distriktet hadde tilgang på, utover dette måtte det søkes fylkesmannen. Før rusreformen (2004) handlet det alltid om penger, og det manglet alltid penger. Nå er utfordringen at institusjoner og spesialisthelsetjenesten ikke har kapasitet til ansvarsgrupper, og behandlingsskøer. Brukerne hadde delte syn på pasientrettigheter. Det positive var at bruker nå får en dato å forholde seg til. Men ført til at brukere med tilbakefall ikke ble utskrevet fra behandling, da de ikke kan bli skrevet ut på grunnlag av noe de er innlagt for. Gjermo, Lømo & Lundgaard (2008) viser til at for opprettholdelse av miljø som fremmer behandling, er det helt nødvendig å avslutte heldøgns-behandling når bruker ruser seg. Brukere opplever at de hindres i egen behandling når medpasienter er ruset inne på institusjon (Gjermo et. al. 2008). Empirien viser imidlertid at det råder ulik praksis når det gjelder utskriving ved tilbakefall, som ble vist til i utfordringene under behandlingsforløpet.

Ulik status og makt mellom tjenestene som skal samarbeide kan bidra til vansker med å få til et godt samarbeid. (Abbott 1988, Glouberman & Mintzberg 2001, San Martin-Rodriguez et. al 2005:134, Hansen 2007, Willumsen 2009). Rustjenesten og fastlegens muligheter og forutsetninger for å påvirke avgjørelser får betydning for egne arbeidsoppgaver. Spesialisthelsetjenesten definerer ikke bare om bruker har krav på behandling, men avgjør også når en bruker er ferdigbehandlet. Dermed kan tjenesten også bestemme hva som er behandling og hva den skal inneholde, og definisjonsmakten. Ved at spesialisthelsetjenesten kan definere TSB både i omfang og innhold, vil de også kunne utdefinere resten og overlate det til kommunen. Kommunen har dermed ikke mulighet til å definere hva som er rehabilitering, ettervern og oppfølging, som synes være en utfordring i utgangspunktet i forhold til rusbehandling. Det kan føre til situasjoner hvor tjenestene har ulik «forståelse», hvor kommunen må stå med «lua i hånden» overfor spesialisthelsetjenesten. Det kan hemme samarbeidet da spesialisthelsetjenesten får en

maktposisjon overfor kommunen. Henvisningsrutinene fører dermed til at spesialisthelsetjenesten sitter med reelle maktmidler ovenfor kommunen. Bruker har også liten mulighet til å påvirke avgjørelsene.

Rusmiddelavhengige er like forskjellige som alle andre individer, ifølge samtlige informanter. Dette betyr at ikke alle har behov eller nytte av de samme tiltakene og behandlingstilbudene. Det var derfor viktig, mente brukerne samt rustjenesten og fastlegen at det eksisterte et mangfold i tilbudene som gis, dette vil også være gjeldende innenfor ulike typer behandlingsinstitusjoner. Det mangfoldige behandlingstilbudet før rusreformen (2004) ble delvis dekket av private ideelle institusjoner med driftsavtaler inngått med fylkeskommune. Mye av virksomheten som drives for rusmiddelavhengige i dag krever godkjenning av spesialisthelsetjenesten. Mange av virksomhetene mangler en slik status, og setter økonomiske og faglige begrensninger for virksomhetene (Bergsgard 2010). Behandlingen utsettes dermed for konkurranse, hvor mange ikke får støtte i sine anbud, da de ikke har nødvendig kompetanse. Brukerne og fastlegen mente anbudsopplegg var destruktivt for rusomsorgen. Å satse på slike prosjekter handler om en viss risiko da det tar tid å bygge opp en virksomhet og kompetanse. Hvor det kanskje ikke kan drives for mer enn fire år. Anbud i rusbehandling er ikke å ta faget på alvor mente fastlegen. Rapporten «pasienter i TSB 2010 (2011)», viser at enkelte driftsavtaler kun er av 2-3 års varighet, mens andre avtaler er basert på fakturering etter avsluttet behandling. Kjøp av ad-hoc-plasser benyttes i mindre omfang sammenlignet med tidligere (Pasienter i TSB 2010: 2011). Det vil kunne føre til at tilbud settes ut på anbud, hvor tiltak priser seg ned for å komme i betraktning for tilskudd. Selve innholdet i behandlingen vil også bli styrt av godkjenning fra spesialisthelsetjenesten. Dette gir også spesialisthelsetjenesten en viss makt og dominans over private institusjoner, og hemmer dermed samarbeidet i forhold til det frivillige.

Økonomiske incitamenter kan også gi utslag i styrkeforhold mellom tjenester, til tross for at både spesialisthelsetjenesten og kommunen mottar midler fra den samme kilden. New Public management's inntreden i den offentlige sektoren har ført til at en virksomhet som Helseforetaket konkurranseutsettes for å øke standard og effektivitet (Christensen 2006, Christensen et. al. 2006, Hansen et. al. 2009). Smp styres i stor grad av rammefinansiering for RHF, og har gjennom aktivitetsbasert finansiering incentiver til å ta imot brukere, men gjerne skrive dem raskt ut. Slik sett preges Smp av NPM-tenkning, hvor betydning av

lønnsomme og ulønnsomme pasienter vil kunne prege brukers rettigheter til behandling (Lian 2008). Rettighetsvurderingene vil også kunne la seg bli styrt av det økonomiske ved at det skal tas stilling til økonomiske konsekvenser ved behandling i spesialisthelsetjenesten (Vurdering av henvisning til spesialisert rusbehandling 2008). Anbudstenkningen overfor private institusjoner vil også kunne prege tilbud bruker får. Kommunen har også grunnlag til å la behandling foregå andre steder, eller utsette mottak av brukere. Det betyr at det finnes økonomisk grunnlag for å fraskrive seg ansvaret, og hemme samarbeidet (Askildsen & Kjerstad 2009).

Hvor stor avhengighet tjenestene har til hverandres tjenester vil derfor være av betydning. Både rustjenesten og fastlegen ga uttrykk for at de var avhengig av andre tjenester, blant annet spesialisthelsetjenesten. Fastlegen vil heller ikke ha en organisasjon å støtte seg til på samme måte som rustjenesten og Smp. Smp opplevde ikke den samme avhengigheten til rustjenesten og fastlegen, men opplevde derimot at Nav fikk makt grunnet byråkratiske regler, ved å trenere saksbehandlingstid eller ikke delta i ansvarsgrupper. Fastlegers finansieringsordninger stimulerer heller ikke til deltakelse i samarbeidsforum (Ramsdal & V.Hansen 2009:68), og kan være årsak til og ikke delta på ansvarsgruppemøter, ifølge brukerrepresentanten og Smp. Leger har både en myndighet til og selv styre hva slags tilbud de ønsker å yte, og kan også bestemme om de vil be om hjelp fra andre tjenester (Abbott 1988, Willumsen 2009, Glouberman & Mintzberg 2001). Selv om fastlegen i denne studien uttrykte å være avhengig av samarbeid med andre tjenester, viste empirien samtidig at det ikke var alle leger som delte denne oppfatningen eller behovet. Samarbeid som ikke innebærer en viss grad av gjensidighet blir dermed den enes dominans av den andre (Knudsen 2004).

Bang (1995:31-33) forstår konflikt mellom subkulturer som to grupper med ulike virkelighetsoppfatninger, verdier og normer som står i motsetning til hverandre på en slik måte at gruppen hindres i å nå sine mål. Slike subkulturer kan oppstå både innad i en organisasjon, men også mellom organisasjoner (Bang 1995). Hvordan forholder man seg til valg og ansvar i dette feltet?? Er misbruk en sykdom eller et produkt av sosiale faktorer og personlig disposisjon? Empirien viste at tjenestene hadde relativt lik forståelse av rusmiddelavhengighet, og oppfattet det som et sosialt, medisinsk og psykologisk problem. Det var mange grunner til rusmiddelavhengighet. Denne oppfattelsen ble allikevel ikke delt med andre tjenester de samarbeidet, med mye moralisme og stereotype holdninger, i

hjemmesykepleien, og hos enkelte leger som ikke ønsket rusmiddelavhengige og særlig ikke LAR-brukere. Empirien viser også *skott* mellom rus og psykiatri, med diskusjoner om hvorvidt bruker hadde et rusproblem eller et psykisk problem. Diskusjoner foregikk både mellom rustjenesten og psykiatritjenesten i kommunen, og mellom Smp og Dps i spesialisthelsetjenesten. Både Dps og psykiatritjenesten samt bo-veiledningstjenesten, og åpen omsorg, mente bruker var Smp eller rustjenestens ansvar. Uavhengig av om bruker hadde en «dobbeltdiagnose⁹» eller ikke, men mente rusmiddelavhengige «ikke var deres ansvar» og må ordne opp med rusen først. Fastlegen etterlyste evne hos både Dps og Smp til å tenke langs begge linjene. Bruke kompetansen begge besitter, og behandle både rusmiddelavhengigheten og bakenforliggende årsaker samtidig. Dette er ikke en ukjent eller ny problemstilling. Brukere med «dobbeltdiagnoser» har og blir ofte kastet mellom tjenester hvor ingen vil ta ansvar, som hemmer tverrfaglig samarbeid og brukermedvirkning. Psykiatrien har ofte håpet at rustiltakene skulle ta seg av dem, og vice versa. Til tross for normative vurderinger og rikelig dokumentasjon på at rusmiddelavhengige med en psykiatrisk tilleggdiagnose bør behandles for begge lidelser samtidig, utvises det liten vilje til samarbeid (Berg 1994, St.meld. nr.25:1996-1997, Landheim, Bakken & Vaglum 2002, Lie & Nesvåg 2006, Øverås & Fyhn 2006, Evjen et. al. 2007, Furuholmen & Schanche 2007, Kavanaugh & Mueser 2007, Fekjær 2008, Thommesen 2008, Lie & Granby 2011). For å minske barrierene kan det gjøres ved å skape en felles kultur, som krever tid og refleksjon (Glouberman & Mintzberg 2001, Jacobsen 2004, Willumsen 2009).

Et kjernedilemma innen rusbehandling går tilbake til hvordan rusmiddelavhengighet defineres, og hvordan behandlingstilbudet skal være. Ved at det allerede er definert som en psykisk lidelse ifølge ICD-10 og DSM IV, er det mulig å anse det som symptom på bakenforliggende årsaker som psykiske problemer (Lie & Nesvåg 2006). En ting er definisjon og kategorier, noe annet hva som faktisk fungerer, og hvordan tilbudet bør være uavhengig av hvordan det defineres. Dilemmaet knyttes til hvorvidt rus og psykiatri hører sammen eller ikke, med ulike syn på om skillet mellom rus og psykiatri gir riktig behandling eller ikke. I dag er rus og psykiatri adskilt i behandlingssystemet (Lie & Nesvåg 2006), og synes å skape utfordringer. Felles problemforståelse er en viktig faktor for at samarbeid skal lykkes (Willumsen 2009, Lauvås & Lauvås 2004). Evalueringen av

^{9 9} Betegnelsen «dobbeltdiagnose» benyttes overfor mennesker som har både en klassifisert psykisk lidelse og et etablert rusmiddelbruk (St.meld.nr.25 (1996-97)).

rusreformen (2006) viste at psykisk helsevern i litt mindre grad enn tidligere ekskluderer rusmiddelavhengige med lettere psykisk problematikk (Lie & Nesvåg 2006). Allikevel er *ansvarsfordelingen* mellom TSB og psykisk helsevern for dobbeltdiagnosepasienter ikke blitt klarere, hvor både somatikk og psykiatri presset på for å overføre rusmiddelavhengige så raskt som mulig til TSB (Lie & Nesvåg 2006). Tjenestene har et overordnet krav om å gi bruker et helhetlig tilbud, allikevel utvises det liten vilje til samarbeid på tross av ulikt syn. Utfordringene kan også knyttes til manglende entydig definisjon av rusmiddelavhengighet, selv om det er gjort forsøk på å definere det uten fullgode resultat. Diagnosesystemene ICD10 (International Classification of Diseases) og DSM IV (Diagnostics and Statistics Manual) definerer både avhengighet og misbruk som diagnoser, men tar ikke høyde for kontekstuelle forhold og er lite presise (Evjen et. al. 2007).

Spesialisthelsetjenesten mangler også faglig nasjonale retningslinjer for innholdet i TSB, og har dermed ikke støtte i nasjonale krav for hvordan tjenesten bygges opp (Lilleeng 2009, Riksrevisjonen 2010). Det innebærer at det er opp til den enkelte tjeneste og tjenesteyter og utforme behandlingstilbudet. Tjenestene som utformes og etableres er dermed ikke de mest hensiktsmessige da de ikke bygger på *dokumentert kunnskap* (Lilleeng 2009, Riksrevisjonen 2010). Imidlertid er det underforstått, at rusmiddelavhengighet må møtes tverrfaglig, med både medisinske, psykologiske og sosialfaglige tiltak (Nasjonal strategigruppe II 2010).

Hvilke forståelsesrammer har de ulike aktørene? Både rustjenesten og Smp er sammensatt av ulike profesjoner og semi-profesjoner, med ulike tradisjoner som ikke uten videre snakker samme språk (Abbott 1988, Ejrnaes 2006). Tjenestene representerer ulike behandlingsskulturer, *Care* og *Cure*. *Cure* er rettet mot intensiv medisinsk behandling, mens *care* rettes mot «community care», mens *cure* representerer tjenester kommunen yter. Utfordringen er å få til en samhandling mellom care og cure som kan føre til konflikter ved at man har ulike tanker om hva som er rett og riktig (Gloubermann & Mintzberg 2001, Knudsen 2004, San Martin-Rodriguez et. al. 2005, Hansen 2007, Hansen & Fugletveit 2010).

Empirien viser en rollekonflikt, hvor ingen ønsket å ta ansvar for bruker. Tjenestene rundt rustjenesten synes å jobbe ut fra og gi hverandre fagområdene de selv ikke ønsker å jobbe med. En tjenestekamp med motsatt fortegn. Hver tjeneste har fokus på sine oppgaver, og

arbeidet en ikke kan si at andre har ansvar for eller ønsker å ta medansvar for. Ved for sterkt fokus på oppgavene skapes det en kultur hvor få føler et helhetlig ansvar for tilbudet til bruker. Til tross for at både rustjenesten og fastlegen var opptatt av helheten, var de også avhengig av andre tjenesters velvilje for etablering av helhetlig behandlingstilbud. Det innebærer at rustjenesten og fastlegen hadde et tydeligere fokus på å finne ut hvordan bruker skal få de tjenestene vedkommende har behov for på grunnlag av et brukerfokus. Studier har påvist at rusbehandling er lite attraktivt arbeidsområde blant leger og til dels psykologer (Norredam & Album 2007, Lian 2008, Brean 2011). Det har også vært påvist at det er nesten umulig å få henvist rusmiddelavhengige til langvarig poliklinisk behandling, med begrunnelse i manglende kompetanse (Lossius 2011). En måte å heve status på et «fag» er å øke forskningen på området, viser studier (Brean 2011). Det kan kanskje være bakgrunn for opprettelsen av rusmedisin som eget fag. Anbefaling om opprettelse av egen medisinsk spesialitet innen rus- og avhengighetsmedisin ble aktualisert etter opprettelsen av TSB, og vedtatt på Den norske legeforenings landsstyremøte i 2009. Dermed vil rusfeltet få den medisinske forankringen og videre forskningen feltet trenger i kraft av å være spesialisthelsetjeneste, ifølge rapporten (Sektorrapport for rusbehandling 2008 4/09:35).

Informantene mente det sosialfaglige var det viktigste i arbeidet, å drive og rette opp med medikamenter ville bare føre ut i et nytt uføre. Imidlertid har sosialt arbeid svake profesjonaliseringsbetingelser, arbeidsområdet er diffust, og kan ikke legge til grunn eget profesjonalisert funksjonssystem. Derved havner det i en underordnet posisjon i et hierarki av profesjonelt arbeid. Sosialt arbeid kan utføres av flere profesjoner som for eksempel både vernepleiere og sosionomer. Sosialarbeideren vil som oftest måtte trekke inn andre profesjoner for å løse oppgavene, dermed er oppgaven ikke noe klart individuelt ansvar for den enkelte. Målet for arbeidet er også nokså diffust (Fauske 2008, Molander & Terum 2008). Brukerrepresentant mente den sosialfaglige kulturen hadde større forutsetning for helhetlig tenkning rundt rusmiddelavhengighet enn den helsefaglige kulturen. Samtlige brukere mente det kun var i abstinensfasen de var «syke». Dette kan være en utfordring når spesialisthelsetjenesten har det overordnede ansvar for rusbehandling, og veiledningsplikt overfor kommunen. Brukerne var redd det sosialfaglige ville forsvinne til fordel for det medisinske. Innenfor medisin benyttes naturvitenskapelig kunnskap og innsikt i diagnostisering og behandling, som på sikt kan føre til at naturvitenskapelig metode og ideologi blir det dominerende i behandlingen. I medisinsk behandling tas det lite hensyn til

psykososiale faktorer som årsak til sykdommer og skader(Lauvås & Lauvås 2004:148-149). Ulike syn og kultur vil kunne føre til konflikt om det ikke reflekteres over (Willumsen 2009, Lauvås & Lauvås 2004).

Empirien viser uttrykk for endringer i retning NPM, som handler om at tjenestene må ha effekter og strukturer å vise til. Smp er pålagt registrering av aktivitet og arbeid med anbud, det foregår også en form for profesjonalisering der det vektlegges kvalitetskontroll, med krav til personalsammensetningen(Bergsgard 2010). Krav til evidensbasert metodikk har også økt etter rusfeltet ble en spesialisthelsetjeneste. Når evidens settes foran etikk eller spørsmål som omhandler behandlingsrelasjon (tillit, omsorg, respekt) gjøres den til et teknisk-instrumentelt saksforhold, som kan gå galt (Ekeland 2009). Lobotomering var for eksempel vitenskapelig anerkjent og fikk bl.a. nobelpris i medisin, og anbefaling som standardbehandling (Ekeland 2009:147). Å måle kvalitet på rusbehandling er vanskelig da mye av behandlingen baserer seg på samtaler som gjør pasienter og brukere til medvirkende subjekt (Svensson & Karlsson 2008:269). Hvordan måle noe som først og fremst er et atferdsproblem uten å gi det en medisinsk tilnærming (Løvaas 2011:179).

En annen årsak til konflikt kan være at tjenestene har sammenfallende domener og lite å tilby hverandre (Knudsen 2004). Grensene mellom spesialisthelsetjenestens og kommunens tjenester er blitt mindre og mindre tydelige, som delvis skyldes at spesialisthelsetjenestene i større grad yter polikliniske tjenester hvor bruker samtidig får tjenester fra kommunen. Kompetansen er også styrket i kommunen, som innebærer at det ikke er vesensforskjell på kompetansen bruker møter i kommunen og spesialisthelsetjenesten (Abbott 1988, Hansen 2007:161). Hvor stor er skillet mellom psykiatritjenesten i kommunen og Dps? Eller for eksempel profesjonssammensetningen i Dps og Smp?

Samarbeid kan være utfordrende når de samarbeidende har ulik fagbakgrunn, særlig innen helsesektoren er det vist til flere eksempler på jurisdiksjonskonflikter mellom ulike profesjoner(Abbott 1988). For å minske barrierene kan det gjøres ved å skape en felles kultur, som krever tid og refleksjon (Glouberman & Mintzberg 2001, Jacobsen 2004, Willumsen 2009). Empirien viser en omvendt profesjonskonflikt, hvor enkelte leger ikke ønsket rusmiddelavhengige og særlig ikke LAR-brukere. En forklaring kan være at rusbehandling er lite attraktivt arbeidsområde blant leger og til dels psykologer (Norredam

& Album 2007, Lian 2008, Brean 2011). Rusfeltet mangler også egen «rusprofesjon», slik at ingen av tjenesteyterne har kompetanse på helheten (Abbott 1988, Hansen & Fugletveit 2010), hva skulle det bestå av? Styrkeforholdet mellom ulike profesjoner vil kunne være en kime til konflikt (Abbott 1988, Hudson 2007). Spesialisthelsetjenesten for eksempel ivaretar i stor grad spesialkompetanse og verner om spesialister og deres spesifikke fagområder, fremfor å ta utgangspunkt i brukers problemer og behov (Hudson 2007). Dette vil føre til et oppgavefokus fremfor brukerfokus. Både leger og psykologer har en diagnostisk og instrumentell tilnærming til bruker, hvor arbeidsredskapene i stor grad består av diagnostisering, utredning og terapisaamtaler. Bruker har størst behov for oppfølging etter behandling i form av sysselsetting. Semi-profesjoner er som regel underlagt et byråkrati (jfr. Sosionom i rustjenesten), og er dermed ikke i stand til å motsette seg kontrollen fra overordnede, slik som profesjonene (Fauske 2008:39). Rustjenesten har dermed i begrenset grad mulighet til å definere bort bruker, mens spesialisthelsetjenesten har større.

Tverrfaglig samarbeid i rusbehandling handler om å finne nye løsninger på nye problemer, og utfordrer kjennetegnet ved profesjonsbyråkratiet som spesialisthelsetjenesten representerer, om å finne kjente løsninger på kjente problemer, det Mintzberg (2001) kaller ”pigeonholing process” (Glouberman & Mintzberg 2001). Dermed kan det være utfordrende for enkelte profesjoner å delta i et samarbeid når det kreves *fleksibilitet*. Hvilke arbeidsoppgaver kan en psykologspesialist påta seg kontra en fagkonsulent? Empirien viste at arbeidsoppgaver som transport av brukere legges til fagkonsulent mens psykolog står for diagnostisering og utredning. Det er neppe en tilfeldig arbeidsfordeling, som utfordrer fleksibiliteten i samarbeidet. Dermed kan enkelte tjenester og profesjoner være barrierer for tverrfaglig samarbeid. (Lauvås & Lauvås 2004). Forskning viser også at der både leger og psykologer er til stede, vil sosialarbeidere og sykepleiere delta mindre i diskusjoner (San Martin-Rodriguez et. al. 2005:134). I et samarbeid vil således både lege og psykolog ha en sterkere stemme enn for eksempel sosionom. En liknende og delvis overlappende konflikt, er lojalitet overfor arbeidsgiver eller offentlig myndigheter på ene siden, og overfor brukere på andre siden. Leger for eksempel som skal stå for henvisninger, eller sosialarbeidere som skal fordele sosialhjelp, og samtidig holde seg innenfor økonomiske rammer (Mastekaasa 2008). Trygdeordninger skaper en avhengighet til nettopp noen profesjoner. Hvilke profesjoner er viktig på ansvarsgruppemøter? For brukers vedkommende vil det være av stor betydning at tjenester som Nav og fastlegen, som kan

tilby bruker tjenester i kraft av sin tjeneste eller profesjon, deltar på ansvarsgruppemøter. Noe empirien bekrefter, de viktigste tjenesteyterne på ansvarsgruppen var Nav og fastlegen, da de hadde tjenester å tilby som bruker hadde behov for. Kulbrandstad (2008) fant i sin studie om ikke-møtt problematikk, at gruppesamtaler hadde et mer stabilt fremmøte, hvor særlig ansvarsgruppemøter scoret høyt, fremfor individual samtaler hvor det var hele 35 prosent som ikke møtte (Kulbrandstad 2008).

Samarbeid må læres, hvor kjennskap til hverandres fagområder inngår, men samhandling er lite vektlagt i utdanningen, med liten kunnskap om andres yrkesområder. De fleste har som regel sin faglige forankring i kjernekompetanse (Abbott 1988, Lauvås & Lauvås 2004:50-51, Ramsdal 2004, Solheim & Rønning 2000, Glavin & Erdal 2007:40, Willumsen 2009). Legeetiske retningslinjer inneholder for eksempel ikke et ord om samarbeid med andre profesjoner, i motsetning til for eksempel sykepleiere og sosionomer (Etiske regler for leger 2002, Christoffersen 2005, Rammeplan for 3-årig sosionomutdanning 2005). Profesjonsutdanninger gjør ikke alle like, det er rimelig å anta at det finnes en personlig komponent i den profesjonelles virkelighetsforståelse. Oftest lærer de om typetilfeller, havner problemene langt utenom standardtypene kan behandlingen bli vanskelig (jfr. legene og psykologene). I rusbehandling er det vanskelig med en *standardisering* av behandling, da problemene er komplekse, hvor behandling må tilpasses den enkelte bruker, da de har individuelle behov, noe også samtlige informanter bekreftet. Paradokset for den enkelte tjenesteyters *virkelighetsforståelse* er at de i utgangspunktet har standardkunnskap, mens normen sier at det skal være individuelt. Politikk og byråkrati standardiserer tjenestene ut fra økonomiske hensyn. For brukerne blir det da en dobbeltsidig standardisering, hvor de møtes av profesjonelle med standardkunnskap, og standardløsninger som skal benyttes til individuelle behov hos bruker (Rønning & Solheim 2000). Innen behandling av rusmiddelavhengighet er det en utfordring at selve arbeidet, innholdet og målsettingen er så diffust og komplekst, hvor det samtidig er behov for individuelle løsninger

5.3 ORGANISERING AV SAMARBEIDET

En utfordring for samarbeidet i rusbehandling er organiseringen på to nivåer, henholdsvis stat og kommune, med hvert sitt administrative nivå. Systemene understøtter i liten grad brukers behov for helhetlig behandlingsforløp, de er mer innrettet mot å ivareta ulike deltjenester (St.meld.nr. 47:2008, Jacobsen 2004). En slik organisering kan fungere ved standardprosedyrer og regler, men mangler fleksibilitet (Glouberman & Mintzberg 2001). Empirien viser at dette også gjør seg gjeldende mellom tjenester på samme nivå. Blant annet kan det ikke etableres et formelt samarbeid mellom tjenestene om bruker uten at det foreligger en henvisning som vi har sett. Selv om både rustjenesten og fastlegen har henvisningsrett må bruker gå veien om Nav for å få tilgang til rustjenesten. Det er ikke uovervinnelig, men gjør tilgangen lite fleksibel. ORT-prosjektet er et eksempel på at fleksible løsninger er mulig (Hansen & Fugletveit 2010). Ideelt sett bør samarbeidet gi bruker et tilbud der det verken er overlapping av tilbudene som gis, eller oppstår «gråsoner» hvor tjenestene forventer at de andre tjenestene skal dekke dette området. Slik at tjenestene samhandler om å lage et helhetlig tilbud, hvor flere tjenester kan bidra med tiltak samtidig om det er behov for dette, med koordinering gjensidig tilpasset. Det krever en ryddig dialog- og beslutningsprosess om ansvars- og oppgavefordeling (Glouberman & Mintzberg 2001, Jacobsen 2004, Hansen 2007).

En måte å utforme tjenestetilbudet når det er behov for gjensidig tilpasning er det Mintzberg (2001) kaller *adhokratiet*, eller *behandlingsnettverk*. Samarbeidet skjer da først og fremst ved gjensidig tilpasning, og kan illustreres som i figur 4 (Jacobsen & Thorsvik 2007, Glouberman & Mintzberg 2001, Hansen 2007).

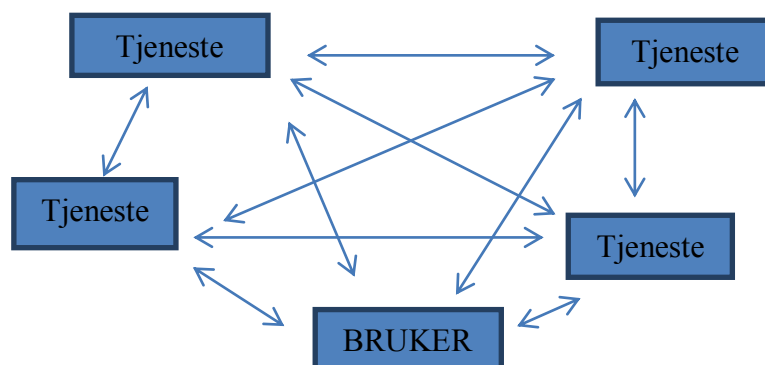


Fig. 5 *Adhokratiet/behandlingsnettverk*

Behandlingsnettverket i figur 5 viser hvordan tjenestene samhandler for å lage et helhetlig tilbud der flere tjenester bidrar med tiltak samtidig (Glouberman & Mintzberg 2001, Hansen 2007:160). En annen mulig koordinering av tjenestene er gjennom en koordinator, som sammen med bruker utformer et helhetlig tjenestetilbud. Koordinator sørger for at de andre tjenesteyterne følger opp og får rollen som mange brukere selv må ta når tjenestene ikke får til et samarbeid (Hansen 2007:166, Opptappingsplanen for rusfeltet 2009). Empirien viser at brukerne i stor grad har stått for koordineringen. Rustjenesten påtok seg ofte rollen som *koordinator*, og var opptatt av kontakt gjennom hele behandlingsforløpet. Utfordringen er at andre tjenester forsvinner når bruker ikke følger opplegg fullt, eller at andre tjenester mangler tid og ressurser til å delta i samarbeidet. Selv om Sosialtjenesten er pålagt oppfølging av bruker både før og etter behandling, er det ikke utpekt en enkelt tjenesteyter til å ivareta oppfølgingen.

5.3.1 Ansvarsgruppe som samarbeidsforum

I spesialisthelsetjenesten som Smp representerer, er medisinsk helbredelse målsetting, mens kommunens fokus er på funksjon og mestringsnivå. For å unngå konkurranse mellom de to ulike behandlingsskulturene er det nødvendig ifølge Gloubermann & Mintzberg (2001) å finne arenaer for samarbeidet for å sikre koordinering, framdrift og utvikle relasjoner. En måte å organisere samarbeidet er ansvarsgrupper rundt individuell plan (Glouberman & Mintzberg 2001, San Martin-Rodriguez et.al. 2005, Hansen 2007, Willumsen 2009).

Samarbeidsforum mellom tjenestene, og brukerne i denne studien var organisert i ansvarsgrupper og IP. Ikke alle brukere hadde det, dermed eksisterte det heller ikke alltid formalisert samarbeid mellom tjenestene (Willumsen 2009). Samtidig er det mulig å stille spørsmål ved om det er tilstrekkelig at bruker er fysisk tilstede på ansvarsgruppemøter for å få sine behov dekket eller blir hørt. Jeg tror det ofte er en udiskutert antakelse (Wackerhausen 1998). Er alle brukere istand til å medvirke, og hvem skal avgjøre det? Hva med den vanskelige bruker (Christoffersen 2005)? Rustjenesten mente at det var godt å være flere som stod sammen i samarbeidet da noen brukere kunne være krevende.

Nav og fastleger var savnet i ansvarsgruppene av samtlige tjenester. Dette kunne skyldes manglende ressurser som tid, og støtte fra ledelse. Det svekker også brukers muligheter for medvirkning. I et brukerperspektiv handler det om brukers muligheter til å medvirke til hva som skal gjennomføres, og hvordan det skal skje, som forutsetter et samarbeid mellom tjenesteyterne (Willumsen 2009:18).

Empirien viser uklarhet i hvilken tjeneste som hadde ansvar for opprettelsen av ansvarsgrupper. Rustjenesten bestrebet seg på å opprette ansvarsgrupper, men mente psykiatritjenesten eller bo-veiledningen noen ganger kunne gjort det. Rustjenesten påtok seg dermed ofte koordinatorrollen (jfr. figur 5). Dette er i tråd med at kommunen har oppfølgingsansvar men ingen enkelt tjenesteyter er utpekt (Kommunehelsetjenesteloven 1982). Informanten var godt kjent med mange av tjenestene, som spesialisthelsetjenesten, Nav, fastleger, og tjenester innad i kommunen. Kontakten ble etablert gjennom mail eller mobiltelefon/telefon, de hadde hverandres telefonnummer slik at de kunne nå hverandre raskere. Utfordringen for rustjenesten var manglende beslutningsmyndighet i forhold til rettigheter bruker ønsket eller hadde krav på, og er dermed avhengig av andre tjenesters velvilje (Lauvås & Lauvås 2004). Smp hadde ikke den samme rutinen, psykiatritjenesten i informantens kommune mente det var deres ansvar å opprette ansvarsgrupper. Etablering av ansvarsgrupper i rustjenesten var på grunnlag av den enkelte tjenestes bidrag i forhold til brukers behov. Utfordringen var å få andre tjenester på banen. Samarbeidet bar også preg av skiftende gruppesammensetning, avhengig av hvor i behandlingsforløpet var, eller at involverte tjenester ikke møtte. Når ikke alle involverte deltar, får de ikke lik informasjon og kjennskap til bruker, og kan dermed ikke overta oppgavene for hverandre, og oppnår heller ikke noen synergieffekt (Lauvås & Lauvås 2004, Willumsen 2005, Hansen & Fugletveit 2010). En bruker fortalte at det var mange brukere som ikke hadde ansvarsgrupper, og selv om de hadde det, var det ikke sikkert bruker fikk oppfylt sitt behov. Informantens erfaring var at det var nødvendig å stille krav hele veien, da tjenestene helst ville unngå den siste biten av oppfølgingen.

IP er foreslått som kvalitetsindikator på tjenesteleveringen, både i kommune og spesialisthelsetjeneste, men blir brukt i varierende grad av tjenestene (Thommesen 2010). Selv om bruker har rett til IP (Individuell Plan 2010), hadde ikke alle brukere det, og det var forskjell på hvordan rustjenesten og spesialisthelsetjenesten så på IP. Alle tjenester har et likeverdig ansvar i forhold til opprettelse av IP, men kommunen har et tyngre ansvar

(Individuell plan 2010). Rustjenesten utarbeidet IP etter hvert som informanten og bruker ble kjent. For eksempel på ansvarsgrupper mens bruker var i behandling, for å gi bruker trygghet i det som settes i gang. Informanten prøvde å motivere brukere, men ikke alle ønsket IP, opplevde den som enda et papir som bare havner i skuffen. Eller slitsomt når den brukes på hvert ansvarsmøte. Det var lettere med tiltaksplaner, som LAR-brukere har, da den var tydelig på målsetting, ifølge rustjenesten. Tiltaksplaner må være på plass for å kunne gå inn i LAR slik at det for bruker kan oppleves som et krav. En av informantene var LAR-bruker, og hadde både IP og tiltaksplan, og opplevde det som en trygghet/«rekkverk», som tydeliggjorde målsettinger. Brukerrepresentanten mente IP var et godt verktøy, men at mange tjenesteytere kanskje gjorde bruken mer komplisert enn nødvendig. Rustjenesten mente det var viktig å vise bruker at de som tjeneste kunne forplikte seg til samarbeid som var nyttig for bruker. En utfordring for rustjenesten var at etter LAR var blitt lagt til spesialisthelsetjenesten, ble ikke informanten kontaktet før bruker allerede var i gang i LAR. Konsekvensen var at planleggingsarbeidet ikke kom i gang før bruker allerede var i gang med LAR. Ansvar for å trekke inn rustjenesten på et tidligere tidspunkt, påhviler spesialisthelsetjenesten. Det betyr også at brukermedvirkning hemmes.

Smp hadde ingen rutine på å utarbeide IP, og var heller ikke særlig imponert over planen. Noe som forundret meg var at til tross for at Smp forbandt ansvarsgrupper og IP med brukermedvirkning hadde ikke alle brukere dette. Imidlertid hadde alle brukere Smp mottok fra psykiatrisk post i eget helseforetak ofte påbegynt IP. En forklaring kan være at belønningssystemene i den somatiske delen av sykehus er inntekter som belønner rask produksjon, mens iverksetting av IP ikke gir noen inntekt. Derimot er IP lovpålagt i psykiatrien, og har fått større oppmerksomhet, og blir mer aktivt brukt der (Thommesen 2010).

Et problem i forhold til IP, ifølge Smp og rustjenesten var at bruker har rett til IP, men ikke nødvendigvis rett til tiltakene som man enes om skal inngå i IP. Hvor særlig Smp mente det bare ble en formalitet uten kraft bak. Slik at selv om bruker har rett til IP, er det ikke med sikkerhet bruker får oppfylt behov eller mål som nedtegnes i IP. Det blir dermed heller ikke forpliktende for tjenestene å oppfylle tiltakene og samarbeid, selv om hensikten bak IP er å bidra til samarbeid. Forutsatt at tjenestene er *faglig forsvarlig* kan den enkelte kommune bestemme hvilke tjenester som skal tilbys. Planen kan være med på å utløse

nødvendige tjenester, ved at den er et viktig premiss når vedtak om tjenester skal fattes (Individuell plan 2010). Et forbedringspotensiale kan dermed være å skape mer tyngde bak det som nedtegnes i den.

Undersøkelse utført av TNS Gallup (Forslag til ny lov om kommunale helse- og omsorgstjenester 2011), viser at 87 % av informantene, mente IP var et verktøy som fremmer samhandling. Avgjørende forhold for å lykkes var at brukerne ble *sett, hørt* og *verdsatt*, det andre at *koordinatorrollen* løftes fram, og at *IP* forankres på politisk og administrativt nivå hvor et systemansvar må være på plass (ibid 2011).

Hansen (2007) fant i sin studie at innholdet i IP ikke var som resultat av en felles analyse og drøfting mellom tjenestene som førte til valg av tiltak, men det tilbudet den enkelte tjenesteyter kunne bidra med på vegne av egen tjeneste, og kunne dermed ikke vise til en samarbeidsgevinst. En IP skal blant annet bidra til at tjenestetilbudet bygger på brukermedvirkning. Studien viser at begrensninger i brukermedvirkning i stor grad er et resultat av manglende ressurser og begrenset tiltaksrepertoar i kommunene. Mangelen på klare mål og forståelse av hensikten med å utarbeide individuell plan hindrer at arbeidet med individuelle planer utnyttes til økt brukermedvirkning. Hansen (2007) sier at det er tjenesteyterne som sitter med definisjonsmakten overfor hva som er akseptable behov, og at de har en tendens til å definere hvilke problemer og behov tjenestemottakerne har (Hansen 2007).

5.4 Relasjonelle determinanter

Den enkeltes vilje til å samarbeide er sentral for samarbeidet, hvor **ressurssituasjonen** kan ha betydning, og hemme samarbeidet. Samarbeid koster både i tid og innsats (Jacobsen 2004). Hvor mye tid har tjenesteyterne til rådighet? Empirien viser at prioritering av regler om tidsfrister og omorganiseringer førte til at blant annet Smp måtte nedprioritere brukerrettet arbeid (Jacobsen 2004), til tross for at informanten ønsket og ville samarbeide. Smp er en del av Helseforetaket, hvor det fokuseres mye på somatikk og helsebyråkrati, og noe informanten var frustrert over. De blir stadig pålagt nye oppgaver, uten å få tilført nye ressurser, hvor hensikten er å redusere utgiftene, ifølge Smp, som mente at tall var det

eneste politikerne forstod. Spesialisthelsetjenesten ble fra 1.1.2009 pålagt registrering av aktivitetsdata i TSB, med rapportering av antall pasienter, epikriser og om vurderingsfrister overholdes, for å kvalitetssikre tjenesten (Helsedirektoratet 2010). For Smp sin del krever det at de må tilegne seg spisskompetanse på områdene juss og økonomi, for å kunne ivareta arbeidsoppgavene. Konsekvensen var et større fokus på helsebyråkrati, hvor rapporteringene stjeler mye tid som heller kunne vært brukt på brukerrettet arbeid, ifølge Smp. Både rustjenesten og fastlegen bekreftet dette, uten at de tilhører samme kommune som informant fra Smp, opplevde de at spesialisthelsetjenesten hadde mindre tid til samarbeid enn tidligere. Slik at det kan være regionale forskjeller. Det innebærer at all den tid som nyttes til kvalitetssikring av tjenestetilbudet i prinsippet bidrar til og både svekke tilbudet overfor bruker, og hemme samarbeidet. En løsning kan være å tilføre tjenestene flere ressurser. Rustjenesten trodde at noe av forklaringen på at spesialisthelsetjenesten var mindre fleksibel i arbeidsmetode med bruker handlet om ressurser.

Å anslå om tilføring av ressurser gir bedre resultater er vanskelig å si ifølge en undersøkelse. Studien (Hayes, Mann, Morgan, Kitcher, Kelly & Weightman 2011) er utført av engelske forskere for Cochrane, som studerte effekten av samhandling mellom lokal helsetjeneste og kommunale tjenester, basert på 11 komparative studier. Effekten ble målt med kun helserelevante utfall, og hvorvidt bruker fikk bedre helse eller sunnere livsstil ved at tjenestene samhandlet. Noen av studiene påviste positiv effekt, mens andre ikke. Problemet med noen av studiene som viste positiv effekt var at det ikke var mulig å skille på hva som var effekt av samhandlingen, og hva som var effekt av tilførte ressurser. Studien konkluderer med at det i dag ikke finnes nok dokumentasjon til om samhandling kan bedre helsetilstanden for målgruppene, deriblant rusmiddelavhengige (Hayes et. al. 2011).

I Nav som har vært i omorganisering, hadde tjenesteyterne fått beskjed av sine ledere om at de ikke kunne prioritere tid til ansvarsgruppemøter, ifølge Smp. Når Nav ikke deltok rammet det særlig brukerne i forhold til ytelser Nav forvalter, da tiltak ikke kan opprettes i uvilkårlig rekkefølge. Bruker som sliter med økonomiske problemer, hadde lite utbytte av psykologiske samtaler før det økonomiske var ordnet, mente Smp. Informanten mente det var vanskelig å oppnå kontakt med Nav, og når de først deltok i samarbeidet tok ting veldig lang tid. Tjenester som ikke opplever samarbeidet som avlastning og bedre ressursutnyttelse kan dermed unngå samarbeid (Jacobsen 2004). Det innebærer også at

dersom det ikke er tilstrekkelige ressurser tilgjengelige, så vil tjenestene i praksis ikke ha noen tjenester å samarbeide om fordi brukerne da bare får et minimums tilbud uansett (Hansen 2007:179).

5.4.1 Mål for samarbeidet

Å enes om felles mål er viktig for samarbeidet, hvor refleksjon over oppgaver og arbeidsform er sentralt, manglende refleksjon vil kunne føre til konflikt (Schön 1983, Willumsen 2009). Før selve behandlingen finner sted kan det derfor være formålstjenlig å fastsette tiltak og mål for arbeidet, ved å utveksle informasjon og analyser (Knudsen 2004). Slik at involverte tjenester vet hvorfor de deltar i samarbeidet, og hva de skal oppnå. Dette kan gjøres i tre steg, *datasamling, analyse og tiltak* (jfr. Abbott (1988)), som beskrevet i teorikapitlet (figur 2 s.). Datasamlingen definerer brukers behov og grunnlag for tiltak som skal iverksettes, hvor tjenestene er avhengig av et godt samarbeid sammen med bruker, da vedkommende kjenner sin bakgrunn best. Brukers medvirkning er også forankret i Pasientrettighetsloven (Pasientrettighetsloven 1999) samt Samhandlingsreformen (St.meld.nr.47:2008). Bruker kan sies ha førstehåndskunnskap til rusmiddelavhengighet. I en subjektivistisk samfunnsforståelse, er det mulig å gå så langt som til å påstå at det egentlig *bare* er brukeren som kan forstå sitt eget problem innenfra (Rønning & Solheim 2000:161). Rusmiddelavhengighet er ofte en del av et større tilstandsbilde, det er sjelden tilstrekkelig eller hensiktsmessig kun å fokusere på rusmiddelbruken. Forskning viser at selve rusbruken ikke er største problemet, men og ikke å begynne igjen (Evjen et.al. 2007, Fekjær 2008, Thommesen 2008, Lie & Granby 2011). Studier viser at i planleggingsprosesser er fokus oftest rettet mot selve rusbruken (Lie & Granby 2011, Thommesen 2008). Noe også empirien synes å gjenspeile, som kan ha med henvisningsreglene å gjøre, men også med uavklarte forventninger til hverandres tjenester.

Hjelpebehov og endringsmuligheter må ses i forhold til brukers muligheter og begrensninger, i hjelpeapparatet, arbeidsliv, skole, nærmiljø, familie og sosiale nettverk. Hva ønsker en å oppnå? Mangler bruker bolig er polikliniske samtaler hensiktsløs, klarer ikke bruker å bo, kan det viktigste behandlingstiltak være hjelp til å finne bolig, eller en måte å bo som bruker mestrer (Abbott 1988, Rønning & Solheim 2000, Taksdal, Breivik,

Ludvigsen & Ravneberg 2005, Evjen et.al 2007, Furuholmen & Andresen 2007, Hansen 2007, Fekjær 2008, Thommesen 2008, Lie & Granby 2011). Om tjenestene har et større fokus på oppgaver enn tiltak og behov, er det ikke med sikkerhet dette er brukers behov (Lie & Granby 2011, Evjen et. al. 2007). Utfordring for rusfeltet er at det er en sektor det i liten grad er klare indikasjoner som gir entydige løsninger slik det i større grad er i somatikken, samtidig kan det være en styrke at det eksisterer ulike løsninger. Selve arbeidet, innholdet og målsettingen er så diffust og komplekst, hvor det samtidig er behov for individuelle løsninger. Forskning har ingen entydig løsning på hva som er god og rett behandling, og det er vanskelig å finne en standardløsning, som utfordrer tjenestene når tiltak skal iverksettes (Reitan 1993, Berg 1994, Hansen 2007, Fekjær 2008, Ekeland 2009, Willumsen 2009, Lossius 2011). Mye av utviklingen innen rusbehandling synes ikke og å være et resultat av profesjonelle eller vitenskapelige framskritt, men hviler mer på politiske overveielser. Enten rusmiddelavhengige tvinges til arbeid og sosial oppdragelse eller tilbys psykoterapi eller farmalogisk behandling, stilles rusmiddelavhengige innfor alternativ som hviler på politisk-ideologiske overveielser (SOU 2011:6, 15).

Til tross for manglende målsettinger er det rimelig å anta at en overordnet synergieffekt for tjenestene er å gjøre tilbudet til bruker best mulig. Er det slik at bruker opplever det? Tilbakemeldingene fra brukerne er at de har måttet stille krav for å få oppfylt sine behov, hvor de ellers lett kunne bli et offer i systemet om det ikke ble stilt krav til tjenestene. Brukerne opplevde at utfordringen var å leve ett rusfritt liv, og at ressursene bør legges til oppfølging og ettervern, og var noe samtlige brukere hadde savnet. Tiltak som ble iverksatt måtte også ha mening for den det gjaldt, som arbeid og skole, eller hjelp i hverdagen. En bruker hadde opplevd å bli sendt på arbeidssøkerkurs, uten å forstå meningen med å være der. Forskning viser at mange rusmiddelavhengige har gått glipp av en vanlig ungdomstid, arbeidserfaring og utdanning, og vært del av et miljø med andre regler, normer og krav til kompetanse (Fekjær 2008).

Slik jeg forstår den overordnede målsetting med rusbehandling, skal rustjenesten, fastlegen og spesialisthelsetjenesten samarbeide om behandlingsforløpet. Hensikten er at tjenestene i fellesskap forhandler seg frem til et helhetlig tjenestetilbud, hvor alle deler henger sammen og utfyller hverandre. Empirien tyder på at slike prosesser ikke finner sted av flere årsaker. Problemet i planleggingsprosessen var at Nav-representant for eksempel ikke hadde vedtaksmyndighet, og dermed ikke kunne forplikte seg på tiltak som forhandles frem,

ifølge samtlige informanter. En mulighet er å trekke inn tjenesteyter med vedtaksmyndighet i planleggingsprosessen. En annen utfordring er henvisningsprosedyrene til spesialisthelsetjenesten, som er premissgivende for tildeling av tjenestetilbud med manglende fleksibilitet. Rettighetsvurderingene foregår i egne tverrfaglige team, som ikke deltar i den faglige analysen som er grunnlag for tiltakene som skal iverksettes. Vurderingen innebærer at det skal tas stilling til om bruker har *behov* for spesialiserte tjenester (Lie & Nesvåg 2006:46), og kan dermed overprøve beslutninger gjort i planleggingsprosessen. Begge forholdene fører til unødvendig saksbehandlingstid og ressurser, og skaper usikkerhet i planleggingen. Henvisningsreglene utfordrer dermed planleggingen av behandlingsforløpet, hvor det er vanskelig å forplikte seg på tjenestelevering på andres vegne.

Rustjenesten opplevde også at tjenester forsvant underveis i behandlingsforløpet om bruker hadde tilbakefall i form av rusing. En måte er å sikre gode rutiner mellom tjenestene, som kan inngå i planleggingsprosessen. Det kan være særlig viktig å ta høyde for tilbakefall og integrere det som en del av behandlingsforløpet da tilbakefall er mer vanlig enn uvanlig (Skjellet 2009:63). Helseforetakene er bedt om å sikre slike rutiner i sitt årlige tildelingsbrev (Opptrappingsplan for rusfeltet 2009). Vi så også at spesialisthelsetjenesten ikke trakk med rustjenesten i planlegging av rehabilitering i LAR på et tidlig tidspunkt. Dersom planleggingsfasen skal fungere etter intensjonene, må det utnyttes den muligheten som ligger i at de ulike tjenestene har ulik kompetanse og erfaring med tjenestemottakeren. Ett poeng med tverrfaglig samarbeid er at alle tiltakene skal bygge på den samme beskrivelsen av mål, ressurser og behov. Dersom tjenestene ikke har felles forståelse av grunnlaget for tjenestetilbudet, vil poenget med tverrfaglig samarbeid falle bort (Hansen 2007:171). Det kan også være av stor betydning for samarbeidsrelasjonene mellom tjenestene å få førstehåndskjennskap til hvilke forventninger de har til hverandre, hvilke behov som ønskes dekket, og hvilke oppgaver respektive tjeneste er fullt kompetent til å håndtere på egen hånd. Det at tjenestene fysisk møtes, kan bygge en gjensidig respekt for hverandres arbeidsfelt. Det betyr også at det er lettere å oppnå kontakt i ettertid der mange problemer kan løses uten at bruker trenger å henvises (Willumsen 2009).

Målet for behandlingen er heller ikke entydig. Brukerrepresentant reagerte på at de nye retningslinjene for LAR, hadde endret formålet fra rusfrihet til bedring av optimalt mestrings- og funksjonsnivå, som skal vurderes av spesialisthelsetjenesten

(Helsedirektoratet 08/2010). Informanten mener at behandlingen bør ha en klart formulert målsetting med rusfrihet som mål, slik det praktiseres fungerer LAR som lavterskel-tiltak hvor ingen snakker om nedtrapping. Dette i kontrast til rusbehandling hvor rusfrihet er målsetting. Bruker som selv er i LAR opplevde å være like avhengig i dag som tidligere når vedkommende brukte heroin.

5.4.2 Relasjoner

Mange forskere anser tillit som en av de viktigste forutsetninger for et samarbeid, noe som krever *tid og tålmodighet* (San Martin-Rodriguez et al. 2008, Willumsen 2009).

Det har med tiden vært gjort mye forskning på virksomme faktorer i relasjoner. Så vidt jeg har kunnet finne ut, baseres mye av forskningen først og fremst på psykoterapi i betydningen pasient-terapeutrelasjonen, hvor terapeuten er psykolog eller psykiater.

Forskningen viser at relasjonen til tjenesteyter er ansvarlig for 50 % av forskjellen når det gjelder selve behandlingsresultatet (Miller, Duncan & Hubble 2010). Til tross for at denne forskningen handler om psykoterapi, kan det være relevant å trekke den inn. Både psykoterapi og rusbehandling handler om relasjoner og samarbeid mellom bruker og tjenesteyter, hvor det også er et krav fra myndighetene at den skal være forsvarlig (Helsepersonelloven § 4). Denne forskningen viser at kontinuitet i relasjonen er viktig for samarbeidet og behandlingen. Relasjonens betydning understøttes av flere (Hubble et. al. 2010, Borg & Topor 2007).

Empirien viser at det *å bli sett* og selve relasjonen til enkeltpersoner/tjenesteyter, har vært av avgjørende betydning for bruker. Dette er i tråd med forskning i forhold til hva som virker i terapi og behandling. Relasjonen til terapeuten eller behandler er mer avgjørende enn selve metodikken som utgjør bare 30 % (Hubble et. al. 2010). Et grunnvilkår for at en relasjon skal kunne etableres og utvikles, er også at den får tid til det (Borg & Topor 2007). Dette kan by på utfordringer både ved at behandlingstiden er nedkortet, og medfører kortere tid å bygge tillit på. Kontinuiteten i relasjonene brytes dessuten i hver overføring eller brudd i behandlingsforløpet, både mellom bruker og tjenesteytere, men også mellom tjenesteyterne. Smp påpekte hvordan samarbeidet mellom Dps og Smp gikk bedre nettopp for at de begynner å bli bedre kjent, hvor tid var sentralt. Lege og rustjenesten synes å ha

størst forutsetning for å bygge relasjon til bruker, da de har en rolle i alle faser av behandlingsforløpet, i motsetning til Smp. Fastlegen var særlig opptatt av å skape en tillitsrelasjon til bruker, som kunne bidra til å motivere bruker for behandling. For å bygge relasjonen var det av betydning at bruker hadde tillit til tjenesteyter kunne gi adekvat hjelp. Det forutsatte at både tjenesteyter og bruker var motivert for å skape relasjonen, som strekker seg utover foreskriving av medikamenter og krever tid. Tjenesteyter må gjøre seg tilliten verdig, og skape rom for annen prosess enn bare vedlikehold av et misbruk, som også handler om kompetanse. Det betyr at tjenesteyteres kompetanse kan få betydning for bygging av tillit mellom bruker og tjenesteyter. Samtlige brukere mente at særlig leger og sykepleiere manglet kunnskap i forhold til rusmiddelavhengighet, det de kan ha lært av brukerne. Som en bruker sa: *«min lege har lært alt om rus av meg, ikke bare noe jeg tror, han har sagt det selv (Bruker)*. Brukerne på sin side besitter egenkompetanse og er eksperter på seg selv og sitt eget liv. Et spørsmål blir hvorvidt tjenesteyterne anerkjenner brukers kompetanse som relevant. Det vil kunne føre til et asymmetrisk forhold mellom bruker og tjenesteyterne, og svekke relasjonsbygging. Bruker har ofte behov for noe hjelperen har eller forvalter, forholdet har i seg et element av makt-avmakt (Humerfelt 2001). Det kan også være slik at bruker får makt over legen. Fastlegen opplevde at det å sitte med reseptblokken skapte utfordringer i forhold til relasjonsbygging, ved avslag hos en lege vil bruker kunne oppsøke annen. Manglende kompetanse vil dermed kunne utfordre samarbeidet mellom bruker og tjenesteyter, ved at bruker ikke opplever tjenesteyter adekvat.

5.4.3 Kollektivt ansvar

Det synes ikke finnes noe kollektivt ansvar mellom tjenestene overfor brukerne. Tjenestene fungerer ved at de påtar seg ansvar for bruker fordi andre tjenester ikke ønsker eller ser det som sin oppgave. Det fremkom at det som regel var kommunen ved rustjenesten eller psykiatritjenesten, som påtar seg ansvaret for bruker, eller Smp vis a vis Dps. Dette er hemmende for samarbeidet.

5.4.4 Forventninger til samarbeidet

De ulike tjenestene, tjenesteyterne sammen med brukerne har ulike behov, som skal dekkes på en og samme tid. Dette hemmer et samarbeid, samtidig som det er viktigere enn noen gang å samarbeide. Når dette er uavklart vil det kunne føre til konflikter og diskusjoner, og tyde på at man har antakelser om hverandres arbeid (Willumsen 2005, Lauvås & Lauvås 2004, Abbott 1988). Empirien tyder på uavklarte forventninger mellom tjenestene, med liten kunnskap om hverandres arbeid. Dette førte til at ressursene ble brukt mer på utredning og vedtak, enn gjennomføring av tiltak. For eksempel opplevde fastlegen at henvisning til Dps, førte til mer diagnostisering enn behandling «*Ja, så blir det mer diagnostisering istedenfor at det blir behandling, har veldig mye tid på det altså(fastlegeinformant)*». Når informanten henviste bruker var det med en forventning om at Dps hadde bedre kompetanse til å ivareta bruker enn fastlegen selv. På lik linje som når informanten henviser en bruker til en kirurg. Konsekvensen var at bruker kom raskere tilbake til fastlegene eller psykiatritjenesten, og resulterte i ny henvisning. Fastlegen mente det var lettere å samarbeide med Smp enn Dps, hvor de ble tatt raskere imot, med bedre oppfølging. Smp hadde også forventninger til brukerne om at de skulle kunne møte opp, som tyder på manglende kommunikasjon med brukerne, men kan også handle om fleksibilitet og ressurser.

Bygging av tillit er også avhengig av kompetanse. Medlemmene skal ikke tviholde på sin spesialkompetanse, men dele den med de andre (San Martin-Rodriguez et. al. 2005, Lauvås & Lauvås 2004). En utfordring for samarbeidet, ifølge samtlige informanter var at enkelte tjenesteytere i Nav manglet kompetanse på arbeidsområdet de var satt til å ivareta, for eksempel tjenesteytere som tidligere hadde arbeidet i arbeidsetaten og ble satt til å jobbe med trygdesaker. Fastlegen fortalte også at informantens brukere ble dårlig ivaretatt ved Nav, hvor de opplevde å møte tjenesteytere som ikke var så trent på arbeid med rusmiddelavhengige, og deres behov. Tjenesteytere som mangler kompetanse om egen tjeneste vil ha lite å bidra med i samarbeidet (Lauvås & Lauvås 2004:53), og føre til at samarbeidet blir kostbart og ineffektivt (Knudsen 2004:24). Allikevel handler det ikke bare om den faglige kunnskapen, den utgjør bare en faktor i samvirke med mange andre kunnskapsformer og kunnskapsområder ifølge Lauvås & Lauvås (2004). Som en av brukerne sa, selv om tjenesteyter ikke hadde kompetanse på arbeid med rusmiddelavhengige, hadde informanten blitt møtt på en imøtekommende måte.

Inngrodde antakelser og tankebilder påvirker hvordan vi oppfatter verden, og hvordan vi handler (Kim 1993), kan gi grobunn til konflikter. Påvirkning av mentale modeller er ikke alltid bevisst for medlemmene (Kim 1993). Når ulike syn ikke synliggjøres vil antakelser (Wackerhausen 1998) bevisst eller ubevisst, om andre og andres arbeid kunne føre til konflikt. Det er ikke alltid vi sier som vi gjør, noe som krever refleksjon (Schön 1983). I arbeidet med rusmiddelavhengige vil det kanskje være særlig viktig å avklare antakelser og syn, da det råder og har eksistert mange ulike forklaringsmodeller og syn. Empirien viste for eksempel hvordan enkelte tjenesteyteres syn påvirket samarbeidsforhold, hvor de nektet å ta ansvar for bruker. Min forforståelse var at ulik ideologi kunne ha betydning for samarbeidet, og flere informanter overrasket meg med at tjenestene ikke drøftet ideologisk ståsted. Uenigheter løftes ikke frem, men løses i det stille ved at for eksempel Smp påtar seg ansvar for bruker fremfor å løfte frem de ulike ståstedene. Når uenigheter ikke synliggjøres vil det sannsynligvis ikke skje noen forandringer og tjenestene vil fortsette å gjøre slik de alltid har gjort (Kim 1993). Selv om fastlegen mente, det var viktig å være ydmyk til egne begrensninger og kunnskapsmangler for å håndtere motsetninger i ideologier og fremgangsmåter, ble det ikke drøftet. Empirien tyder på at tjenesteyterne har antakelser til andre tjenesteyteres syn og perspektiv. *Uenighet* var noe som hørte med et samarbeid, ifølge Smp, hvor det tverrfaglige teamet innad i tjenesten førte diskusjoner, med ulike innfallsvinkler. Til tider eksisterte det uenigheter, hvor leder da tok ansvar for å skjære gjennom. Det kan være vanskelig å trekke en grense for når uenighet ikke lenger er et gode for tverrfaglig samarbeid. Hvor går grensen for når uenigheten blir så stor at den virker negativt inn på samarbeidet fordi den ikke lenger er produktiv, er det vanskelig å si noe om. For stor grad av uenighet kan også føre til at blir en «posisjonering» hos tjenestene. Når samarbeidende tjenester er uenige seg imellom er det viktig at disse ikke skjules eller overses, men blir brakt opp i dagen og diskutert (Lauvås & Lauvås 2004). Når konflikter synliggjøres er det også mulig å avverge uenigheter og posisjonering. For at ikke uenighet skal oppstå i større omfang er det viktig at samarbeidende tjenester er ærlig og åpne på hva de forventer av hverandre. Ærlighet om forventninger til hverandre, vil bidra til bedre kommunikasjon mellom tjenestene (ibid), som også kan bidra til å redusere graden av uenighet. I et tverrfaglig samarbeid i rusbehandling vil de samarbeidende kunne ha ulike syn på hva som er viktig i behandlingen. Ulike synspunkter på hva som er god behandling kan bygge på forskjellig ståsted. Samtidig kan ærlighet om forventninger bidra til å redusere graden av uenighet, samtidig som kommunikasjonen bedres. Det å diskutere mellom tjenester hva medlemmene forventer av hverandre kan derfor være bra for å bedre

kommunikasjonen og samarbeidet. Disse forholdene har alle involverte tjenesteytere som samarbeider nytte av å tenke på innimellom.

5.4.5 Tverrfaglig/Flerfaglig/Monofaglig samarbeid

Selv om informantene syntes forstått essensen av tverrfaglig samarbeid, fremstår de som flerfaglige og oppgaveorienterte. Tjenestene er opptatt av hva deres tjeneste kan tilby brukerne, og preges av manglende kunnskap om hverandres roller og ansvar. Det foretas kartlegginger og utredninger for å se hvilken tjeneste som skal ha ansvar for den enkelte bruker. Dette resulterer i rollekonflikter hvor de profesjonelle kjemper om de ulike oppgavene, eller «kjemper» om å bli kvitt oppgaver på grunn av stort arbeidspress. Rolleforventninger kan knyttes til profesjonelles bakgrunn eller arbeidsplass (Willumsen 2009, Glavin & Erdal 2007, San Martin-Rodriguez et. al. 2005). Samtidig etterlyser samtlige informanter et samarbeid hvor det er mulig å trekke veksler på fagligheten til hverandre.

Smp skilte seg ut ved at det eksisterte et tverrfaglig team innen tjenesten med faglige diskusjoner og utredninger. Leder åpnet for faglige uenigheter, og mente det skulle være dette i et samarbeid. Sammen finner de løsninger for den enkelte bruker. Imidlertid må det påpekes at bruker ikke er tilstede i disse møtene, slik at det foregår et tverrfaglig samarbeid uten bruker til stede. Spørsmålet blir da hvilken rolle bruker har i et tverrfaglig samarbeid? Skal ikke bruker være en del av samarbeidet? Hva skjer om bruker ikke er med i et samarbeid (Lauvås & Lauvås 2004). Empirien har ikke belegg for og kunne si noe om hvordan samarbeidet fungerte innen tjenesten, og er heller ikke fokus for oppgaven.

Ifølge brukerrepresentanten var det lite tverrfaglig samarbeid å se i ansvarsgruppene. Informanten opplevde at selv om tjenesteyterne klarte å samarbeide rundt bruker, og dermed et godt utgangspunkt, var det lite synlig utveksling av fagerfaringer mens bruker var til stede. Det er overraskende at tjenesteyterne ikke bruker sin «faglighet» når bruker er tilstede. Derimot så informantene mye godt tverrfaglig samarbeid på overordnet systemnivå hvor planer ble laget, men som ikke nådde frem til bruker. Dette kan tyde på at tjenestene samarbeider godt på systemnivå, men blir vanskelig når bruker til stede. Veileder- og

fokusgrupper oppleves som tverrfaglige, utekontakten for eksempel bidrar med mye i forhold til ungdom. Brukerrepresentanten ønsket de ikke var så redd for å vise sin faglighet når bruker var til stede. Etisk mente informanten at man alltid skulle ha den det snakkes om til stede. Når bruker ikke er til stede fører det til en objektivisering av bruker, og brukers egenkompetanse trekkes ikke frem som en verdifull ressurs (Humerfelt 2001). Hensikten med tverrfaglig samarbeid er at den enkeltes spisskompetanse skal deles med andre, når dette ikke skjer forsvinner hensikten med samarbeidet (Lauvås & Lauvås 2004).

5.4.6 Ledelse

Som jeg har vært inne på synes ansvarsgrupper som den mest brukte samarbeidsforum mellom tjenestene. Det foregår også uformell kontakt på telefon mellom tjenestene. Ansvarsgrupper er avhengig av en leder eller koordinator, dennes funksjon er å motivere deltakere samt koordinere arbeidet slik at gruppens mål kan nås. Grupper som eksisterer over lengre tid uten avklart ledelse står i fare for å fungere dårlig (Ødegård 2009:59). Det viste seg at koordinator-funksjonen som regel ble ivaretatt av rus eller psykiatri-tjenesten i kommunen. Dette kan være hemmende for samarbeidet, da de ofte har liten eller ingen myndighet overfor tjenester som krever henvisning. I mine data var dette enten en sosionom eller sykepleier, som sannsynligvis heller ikke vil ha noen beslutningsmyndighet (rustjenesten som del av sosialtjenesten har henvisningsrett) i forhold til rettigheter bruker ønsker eller har krav på. En forutsetning for god ledelse i tverrfaglig samarbeid er at tjeneste som har koordinatorrollen i samarbeidet har nødvendig beslutningsmyndighet til å kunne utføre oppgaver, og ikke er avhengig av andre tjenesters velvilje og mandat. Den med størst evne til argumentasjon har også sterkest innflytelse på hvilke beslutninger som tas. Argumentasjonstyngde gir også makt, og kan benyttes i tverrfaglig samarbeid slik at det gir inntrykk av at beslutninger treffes på demokratisk vis (Lauvås & Lauvås 2004:121).

6 OPPSUMMERING OG KONKLUSJON

Jeg vil i dette kapitlet gjøre en oppsummering av hovedtrekkene i forhold til problemstillingen. I tillegg belyses erfaringer jeg har gjort med denne oppgaven, og åpnes for tanker om videre forskning. Tema for studien er tverrfaglig samarbeid og brukervedvirkning i rusbehandling. Jeg satte spesielt fokus på samarbeidet i behandlingsforløpet, hvor målet er at tjenestene skal samhandle om å skape et helhetlig tjenestetilbud for rusmiddelavhengige. Sentral i analysearbeidet og drøfting var San Martin-Rodriguez et. al. (2005) artikkel, hvor de beskriver faktorer eller determinanter, som må være tilstede for et suksessfullt samarbeid.

Hovedproblemstillingen har vært:

Hva fremmer eller hemmer tverrfaglig samarbeid og brukervedvirkning i rusbehandling?

Det er igjen formulert til følgende underspørsmål:

3. Hvilke utfordringer møter tjenestene og brukerne i behandlingsforløpet?
4. Hvilke systemiske og relasjonelle determinanter blir viktig for tverrfaglig samarbeid og brukervedvirkning, mellom brukerne, spesialisthelsetjenesten og kommunen?

Hvilke utfordringer møter tjenestene og brukerne i behandlingsforløpet?

Forskning og litteratur viser at det er utfordringer knyttet til samarbeid mellom to forvaltningsnivåer. Dette underbygges i studien ved flere utfordringer knyttet til behandlingsforløpet. Noe av hensikten med overføring av rusbehandling til spesialisthelsetjenesten var å redusere ansvarsfraskrivelse og gråsoneproblematikk. Utfordringene i behandlingsforløpet, ble beskrevet som en fragmentert prosedyre, preget av mange brudd, og uklarhet om koordinering. Selv om rustjenesten påtok seg mye av koordineringen er det alle involverte tjenesters ansvar. Bruddene hadde bakgrunn i at tilbud om behandling ikke er tilgjengelig når bruker er motivert for å starte opp. Det synes også å være ubalanse i kapasiteten mellom tilbud, slik at neste tilbud ikke alltid er tilgjengelig når det forrige har gjort sin del av jobben. Kortere behandlingstid førte til at henvisningene opplevdes å bli mer diagnostisering enn behandling, hvor henvisende instanser må henvise på nytt. Forholdene skapte praktiske utfordringer, som gjorde det vanskelig å få til de tjenestene både bruker og tjenester ønsket. Utfordringene preges også av uklarhet om ansvar for og manglende tilbud til oppfølging og ettervern. Rustjenesten

mente ettervern måtte foregå som et samarbeid mellom kommunen og spesialisthelsetjenesten. For brukerne var ettervern og oppfølging det viktigste for behandlingen, men dagens tilbud var lite tilfredsstillende. Selve utformingen av spesialisthelsetjenesten oppleves som lite fleksibelt, hvor krav om oppmøte utfordret brukere som ikke evner å møte opp.

Hvilke determinanter fremmer eller hemmer tverrfaglig samarbeid og brukervedvirkning, mellom brukerne, spesialisthelsetjenesten og kommunen?

På bakgrunn av problemstillingen er faktorer som respekt for hverandres faglighet, og felles mål viktig. Det er viktig å legge vekt på de retningslinjer som ligger i samhandlingsreformen (St.meld.nr.47:2008). Systemiske determinanter som *maktforhold*, påvirker samarbeidet mellom rustjenesten og Smp, hvor Smp synes få en dominans i forhold til både rustjenesten og fastlegen. Spesialisthelsetjenesten definerer ikke bare om bruker har krav på behandling, men avgjør også når bruker er ferdigbehandlet. Det fører til at tjenesten kan definere behandling både i omfang og innhold, og utdefinere resten og overlate det til kommunen. Fastlegen fremstår på sin side som en viktig premissleverandør for iverksetting av tiltak. Tverrfaglig samarbeid innebærer mange positive muligheter, men det krever også at det er tilstrekkelig med tid og ressurser tilgjengelig slik at man virkelig kan benytte seg av de mulighetene som ligger latent i denne samarbeidsformen. Potensialet i tverrfaglig samarbeid handler om ulikheten aktørene i mellom, og den dynamikken som dette skaper. Da må det også legges til rette for at man kan snakke sammen. Det er i dialogen med andre at det oppstår en mer rikholdig forståelse av en gitt problemstilling. manglende ressurser kan hindre samarbeid (Ødegård 2009:54). Rammebetingelser som tid og ressurser for samarbeidet, forårsaket av blant annet omorganiseringer og byråkratiske henvisningsregler, synes å være en av største hindringen for tverrfaglig samarbeid og brukervedvirkning. Samarbeidsprosesser er mer rettet mot slike prosedyrer enn brukerrettet arbeid og samarbeid. Funn i studien viser at samarbeidet mangler omforente felles mål, hvor både tjenester og brukere preges av ulike behov og mål for arbeidet. Studier viser at forskjeller i hvordan problem forstås (faglig perspektiv), og håndteres kan hindre samarbeid (Ødegård 2009:54). I en slik kontekst ses samarbeid som en nødvendighet for å vareta tilretteleggingen av tjenester innenfor feltet som består av flere organisasjoner. Samtidig kan disse systemtrekk også oppfattes som hemsko for samarbeid.

Utfordringene i samhandlingen preges også av ulike funksjoner og roller. Det viser funn i denne studien. Blant annet ble det løftet frem utfordringer i forhold til ansvarsfordelingen mellom særlig rus og psykiatri, hvor psykiatritjenesten og Dps gjerne så at rustjenesten eller Smp tok ansvar for brukere. Mangel på ansvarlig tjenesteyter under departementsnivå, skaper behov for tydeligere avklaring av ansvarsforhold mellom tjenestene. Disse funnene er i tråd med annen forskning fra feltet. Lie & Nesvåg (2006) fant i sin evaluering av rusreformen (Lie & Nesvåg 2006), at ansvarsdelingen mellom TSB og psykisk helsevern for dobbeltdiagnosepasienter ikke er blitt klarere, hvor både somatikk og psykiatri presset på for å overføre rusmiddelavhengige så raskt som mulig til TSB (Lie & Nesvåg 2006).

Tverrfaglig samarbeid er viet mye oppmerksomhet, og nærmest blitt et honnørord for godt faglig arbeid. Tverrfaglig samarbeid kan bidra til en mer helhetlig tilnærming til brukernes behov. Det kan også gi bedre tjenester ved at man utfyller hverandre og korrigerer hverandre. Det kan også være et komplekst spenningsfelt som involverer motsetninger, ulike motiver og interesser. I utgangspunktet var jeg undrende til om det var mulig å få til tverrfaglig samarbeid innen rusbehandling da det kan råde vidt forskjellige syn på avhengighet mellom tjenester og tjenesteytere. Tverrfaglig samarbeid er en arbeidsform som innebærer at ulike tjenester og tjenesteytere utfyller hverandre gjensidig. Sammen skal de sikre et mest mulig helhetlig behandlingsforløp til brukere. I rusbehandling er det behov for samarbeid mellom tjenesteytere med ulik kompetanse, og ulike tjenestetilbud. En ting er å samarbeide innen en avdeling, men i rusbehandling foregår samarbeidet på tvers av yrkesgrupper, avdelinger, tjenester og etatsnivå. Tverrfaglig samarbeid innen rusbehandling synes å være en særlig utfordring. Brukernes ambivalente holdning til egen situasjon utfordrer samarbeidet og stiller store krav til hvordan tjenestetilbud utformes og koordineres. Hvor tid og sted for samarbeid blir viktig for å sikre koordinering og fremdrift, det viser funn i denne studien. Funn i studien viser at formelle møtepunkter mangler, selv om det opprettes ansvarsgrupper, er det ikke alle brukere som har dette. Samarbeidsforum er viktig for å sikre koordinering, framdrift og utvikling av relasjonene og brukermedvirkningen. Funn i studien viser også manglende tverrfaglig samarbeid i fora hvor brukere er til stede. Ansvarsgrupper oppstår på grunnlag av brukers behov, hvor tjenestene har et oppgavefokus fremfor brukerfokus, hvor manglende ressurser også setter preg på hvilke tjenester som bidrar til samarbeid. Empirien viser at det kan være behov for en aktiv og bevisst holdning til tverrfaglig samarbeid som arbeidsform for å få det til å fungere. Det er ikke gitt at tverrfaglig samarbeid skal gå av seg selv. Det handler om

ressurser, kommunikasjon og praktisk gjennomføring. Utfordringene og suksesskriterier går hånd i hånd. Uklar begrepsbruk av tverrfaglig samarbeid er synliggjort ved ulike forventninger til samarbeidet, som kan være grobunn til konflikt og gjør samarbeidet vanskelig. Samarbeid må læres, hvor aktørene redegjør for hvilke forventninger de har til samarbeidet, og hva de legger i begrepet tverrfaglig samarbeid. Et viktig utgangspunkt er en positiv holdning og ønske om å jobbe tverrfaglig, aktørene jobber tett sammen, og er gjensidig avhengig av hverandre. Det er også viktig med kompetanse på, og vilje til, som er selve fundamentet i det videre arbeidet. Personlig egnethet er derfor viktig, som er kompetanse i et videre perspektiv. Tverrfaglig samarbeid representerer en annen type dynamikk og stiller andre krav til deltakerne. Imidlertid er det viktig å være bevisst på at samarbeid mellom mennesker er en dynamisk prosess, hvor forholdet mellom aktørene utvikles over tid. Tverrfaglig samarbeid stiller krav til en forankring i systemet generelt, samt retningslinjer for innholdet i samarbeidet hvor ledelse støtter opp om deltakerne i det tverrfaglige samarbeidet, med å gi både ressurser og muligheter for samarbeidet.

Brukermedvirkning er viktig i det tverrfaglige samarbeidet, og var begrunnelsen for å intervju brukere i denne studien. Flere forfattere har imidlertid problematisert begrepet tverrfaglig samarbeid da det i teorien ekskluderer brukerne og deres kompetanse. Begrepsbruk er viktig, da det i ureflektert form blir styrende i våre handlinger. På samme måte som begrepet tverrfaglig samarbeid kan også brukermedvirkning som begrep bli stående som tomme ord, om det ikke reflekteres over. Brukermedvirkning handler i stor grad om hvilken verdi brukernes egen kompetanse og erfaring tillegges. Et spørsmål blir hvorvidt tjenesteyterne anerkjenner brukernes kompetanse som relevant. Funn i studien viser at brukers behov i liten grad synliggjøres, hvor tjenestene har fokus mer rettet mot oppgavene enn behovene. Byråkratiske henvisningsregler skaper flere brudd som utfordrer relasjonsbygging, både mellom bruker og tjenestene, men også mellom tjenestene.

6.1 Noen avsluttende kommentarer, samt forslag til tiltak

Min opplevelse med dette studiet er at brukerne forsvinner mer og mer etter hvert som jeg har jobbet med oppgaven, dette får meg til å undre over om det oppfattes slik for tjenesteyterne og? I utgangspunktet ønsket jeg å løfte frem bruker, men utfordringene

mellom tjenestene i samarbeidet overskygger brukernes egentlige behov som vies liten plass og tid.

Jeg har bevisst valgt informanter fra ulike yrkesgrupper og tjenester, samt brukere. Dette fordi jeg ønsket å se om det var noen åpenbare forskjeller i hvordan de forholdt seg til tverrfaglig samarbeid. Slike forskjeller har jeg ikke funnet. Informantene har forstått essensen av tverrfaglig samarbeid, og vært svært samstemte i sine uttalelser - selv om de har vektlagt ulike aspekter ved det tverrfaglige samarbeidet. Det synes i større grad å handle om holdninger, kunnskap og interesse i forhold til tverrfaglig samarbeid som arbeidsform.

Jeg har ikke sett nærmere på samarbeidet internt i de ulike tjenestene, eller samarbeidet mellom bruker og tjenesteyter og kan eventuelt være en spennende problemstilling for en annen masteroppgave. Studiens undertittel er *for hvem og til hvilken nytte*, da dette var noe som dukket opp underveis. Hvem skal ha nytte av samarbeidet, og hvilken nytte gjør samarbeidet, bruker eller tjenesteyter? Det er en nyttig refleksjon å ta med seg inn i det tverrfaglige samarbeidet, og være utgangspunkt for refleksjon rundt tverrfaglig samarbeid. Denne studien viser at tverrfaglig samarbeid, er en måte å organisere arbeidet på, som krever at de samarbeidende virkelig har tro på samarbeid som arbeidsform. Kjennskap til hverandres kompetanse er viktig for at de ulike aktørene skal ha respekt for hverandre, og for at de skal kunne stole på hverandre. Det er også viktig med tanke på å avklare faktisk kompetanse. På den måten unngår man at det ligger forventninger blant tjenesteytere som ikke kan innfris, alternativt uoppdaget kompetanse. Det gjør det også enklere å forstå og anerkjenne forskjeller som en nødvendig forutsetning for et dynamisk samarbeid. Det handler ikke bare om teoretisk kunnskap, men også om holdninger og menneskesyn.

Litteraturliste

- Abbott, A. (1988). *The System of Professions. An Essay on the Division of Expert Labor*. s. 33-58. Chicago and London: The University of Chicago Press,.
- Almås (2009). Tverrprofesjonell kapabilitet, sosialisering og helse- og sosialfaglig identitet. I: *Willumsen, E. (2009). Tverrprofesjonelt samarbeid i praksis og utdanning*. Oslo: Universitetsforlaget AS.
- Alver, Ø. O., A.L. Bretteville-Jensen & O.Kaarbøe (2004). *Rusreformen – noen grunnlagsdata om organisering og finansiering*. SIRIUS-rapport nr.2/2004. Statens institutt for rusmiddelforskning. Program for helseøkonomi i Bergen. Oslo
- Askheim, O. P. Empowerment – ulike tilnærminger (2007). I: Askheim, O. P: & B. Starrin (red.). I: *Empowerment i teori og praksis*. Oslo: Gyldendal.
- Askildsen, J. E. & E. Kjerstad (2009). *Samordning og finansiering av kommunale helsetjenester. Samfunns- og næringslivsforskning*. Rapport 3:2009. Rokkansenteret.
- Axelsson, S., B. & R. Axelsson (2009). Altruisme I tverrprofesjonelt samarbeid og ledelse. I: *Willumsen, E. (2009). Tverrprofesjonelt samarbeid i praksis og utdanning*. Oslo: Universitetsforlaget.
- Bang (1995). *Organisasjonskultur*. Oslo: TANO Aschehoug.
- Berg, J (1994). *Ressursorientert (re-)habilitering av misbrukere*. Universitetsforlaget.
- Bersggard, N. A., S. Fjær, S. I. Nødland & B. Ravneberg (2010). *Sivilt rusarbeid – mellom statlig styring og økende mangfold*. Stavanger: IRIS International Research Institute of Stavanger.
- Blindheim, M., D. Furuholmen, S. Skjøtskift & H. O. Fekjær (1998). TEMA, Hekta! *Rus & Avhengighet nr. 1-1998:17-32*.
- Blåka & Filstad (2007). *Læring i helseorganisasjoner*. Oslo: Cappelen.no
- Borg, M. & A. Topor (2007). *Virksomme relasjoner. Om bedringsprosesser ved alvorlige psykiske lidelser*. Oslo: Kommuneforlaget AS
- Christensen, T. (2006). Statens og reformenes forunderlige verden. *Nytt Norsk Tidsskrift*. 2006, nr.3:216-226.

- Christensen & Læg Reid (2006). *The whole-of-Government Approach – Regulation, Performance, and Public-Sector Reform*. Working Paper 6:2006. Stein Rokkan Centre for Social Studies. Unifob AS.
- Christensen, T., P. Læg Reid, P.G. Roness & K. A. Røvik (2009). *Organisasjonsteori for offentlig sektor*. Oslo: Universitetsforlaget AS.
- Crawford, M. J., D. Rutter, C. Manley, T. Weaver, K. Bhui, N. Fulop & P. Tyler (2002). Systematic review of involving patients in the planning and development of health care. *British Medical Journal*, 325, 1263-1268
- Dahl, U., G. H. L. Johansen & H. Ramsdal (2003). *Evaluering av ettervernet i Fredrikstad: faglig rapport*. Høgskolen i Østfold. Arbeidsrapport 2003:3. Halden: Unikom
- D'Amour, D., M. Ferrada-Videla, L. San Martin-Rodriguez, M. – D. Beaulieu (2005). The conceptual basis for interprofessional collaboration: Core concepts and theoretical frameworks. *Journal of Interprofessional Care*, 2005:vol.19, supplement 1 p.116-131.
- Duncan, B. L., S.D. Miller, B. E. Wampold & M. A. Hubble (2010). *The heart & soul of change. Delivering what works in therapy. Second edition*. Washington: American Psychological Association.
- Ekeland, T-J (2009). Hva er evidensen for evidensbasert praksis? I: Grimen, H. & L. I. Terum (red.) *Evidensbasert profesjonsutøvelse*. Oslo: abstrakt forlag.
- Everett, E., L. & I. Furseth (2004). *MASTEROPPGAVEN. Hvordan begynne – og fullføre*. Oslo: Universitetsforlaget AS.
- Everett, E., L. & I. Furseth (2012). *MASTEROPPGAVEN. Hvordan begynne – og fullføre*. Oslo: Universitetsforlaget AS.
- Evjen, R., K. B. Kielland & T. Øiern (2007). *Dobbelt OPP*. Oslo: Universitetsforlaget.
- Fauske, H. (2008). Profesjonsforskningens faser og stridsspørsmål. I: Molander, A. & L. I. Terum (red.). *Profesjonsstudier*. Oslo: Universitetsforlaget.
- Fastlegeordningen (2000). *Forskrift om fastlegeordningen i kommunene. F14.04.2000 nr. 328*. Sosial- og helsedepartementet.
- Fekjær, H. O. (2008). *RUS: Bruk, motiv, skader. 3.utgave* Oslo: Gyldendal akademisk.
- Fog, J. (2004). *Med samtalen som utgangspunkt*. København: Akademisk Forlag.

- Forskrift om habilitering og rehabilitering, individuell plan og koordinator (2011).
Helsedepartementet.
- Forslag til ny lov om kommunale helse- og omsorgstjenester (2011).
Samhandlingsreformen. Høringsnotat. Helse- og omsorgsdepartementet.
- Furuholmen, D. & A. Schanche Andresen (2007). *Fellesskapet som metode, om miljøterapi og rus*. Oslo: Cappelen Akademisk Forlag.
- Glavin, K. & B. Erdal (2007). Tverrfaglig samarbeid i praksis, til beste for barn og unge i Kommune-Norge. Oslo: Kommuneforlaget.
- Gloubermann, S. og H. Mintzberg (2001). Managing the Care of Health and the Cure of Diseases – Part I & Part II. I: *Health Care Management Rev.*, 2001, 26(1), s. 56-92. Aspen Publishers Inc.
- Gjerme, H., B. Lømo & R. Lundgaard (2007). Brukermedvirkning i rusbehandling – er det mulig? I: *Ulvestad, A. K., A. K. Henriksen, A-G. Tuseth & T. Fjeldstad (red.) (2007). Klienten – den glemte terapeut*. Oslo: Gyldendal Norsk Forlag AS. (s. 166-180).
- Hansen, G. V., & R. Fugletveit (2010). “... Vi driver og rydder hver uke vi...”. Høgskolen i Østfold. Oppdragsrapport 2010:2. Halden: Allkopi.
- Hansen, G.V., J. W. Kirchhoff & H. Ramsdal (2009). Bestiller/utfører-modellen-økt fleksibilitet i den kommunale helse- og sosialtjenesten? I: *Claussen, T. & J. C. Karlsson (red.). Den sköra balansen. Arbetslivet mellan flexibilitet och stabilitet. Växjö universitet: Repro*.
- Hansen, G. V. (2007). *Samarbeid uten fellesskap*. Doktoravhandling Karlstad universitet.
- Hansen, G. V. & Ramsdal H. (2006). *Ikke møtt. Oppdragsrapport 2006:1*. Halden: Høgskolen i Østfold.
- Hayes, S. L., M. K. Mann, F. Morgan, H. Kitcher, M. J. Kelly & A. L. Weightman (2011). Collaboration between local health and local government agencies for health improvement. *Cochrane Public Health group*. 15.6.2011. Publisering på Internett: <http://onlinelibrary.wiley.com/doi/10.1002/14651858.CD007825.pub5/full> Lesedato: 29.2.2012
- Helsedepartementet (2004). Bedre behandlingstilbud til rusmiddelmisbrukere. Perspektiver og strategier. Strateginotat. Helsedepartementet.

- Helsedirektoratet (2010). *Pasienter i TSB. Samdata analyse. Rapport*. Oslo: Helsedirektoratet.
- Helsedirektoratet (2011) *Behandlingstilbud til pasienter i TSB. SAMDATA*. Oslo: Helsedirektoratet.
- Helse- og omsorgstjenesteloven (2011). Lov om kommunale helse- og omsorgstjenester m. m. 2010-2011. Prop 91 L. Oslo: Helse- og omsorgsdepartementet.
- Helsepersonelloven (2001). Helse- og omsorgsdepartementet.
- Humerfelt, K. (2001). Begrepene brukermedvirkning og brukerperspektiv – honnørord med lavt presisjonsnivå. I: *Willumsen, E. (red.) Brukernes medvirkning!* Oslo: Universitetsforlaget.
- Humerfelt, K. (2005). Verdige historier, men uverdige bruk? Brukere med rusmiddelproblemer som offentliggjør sine egenerfarte historier. I: *Humerfelt, K. Brukernes medvirkning!* Oslo: Universitetsforlaget. (s.75-93).
- Forslag til ny lov om kommunale helse- og omsorgstjenester (2011). Samhandlingsreformen. Høringsnotat. Helse- og omsorgsdepartementet. Publisering på Internett: http://www.regjeringen.no/pages/14377693/I-1151B_B.pdf lesedato: 14.11.2011
- Individuell plan 2010. Veileder til forskrift om individuell plan (2010). IS-1253. Oslo: Helsedirektoratet. Publisering på Internett: <http://helsedirektoratet.no/publikasjoner/individuell-plan-veileder-til-forskriften/Publikasjoner/Individuell-plan-veileder-til-forskriften.pdf> (Lesedato: 7.5.2011).
- Jacobsen, D. I. (2005). *Hvordan gjennomføre undersøkelser? Innføring i samfunnsvitenskapelig metode. 2.utg.* Kristiansand: Høyskoleforlaget AS.
- Jacobsen, D. I. (2004). Hvorfor er samarbeid så vanskelig? I: Repstad, P. (red.) *Dugnadsånd og forsvarsverker*. Oslo: Universitetsforlaget.
- Jacobsen, D. I. & J. Thorsvik (2007). *Hvordan organisasjoner fungerer*. Bergen: Fagbokforlaget.
- Johannessen, A., P. A. Tufte & L. Christoffersen (2010). *Introduksjon til samfunnsvitenskapelig metode*. Oslo: Abstrakt forlag AS

- Kavanaugh, D., J. & K. T. Mueser (2007). Current evidence on integrated treatment for serious mental disorder and substance misuse. I: *Journal of the Norwegian Psychological Association. Vol. 44, May 2007.*
- Kim, D.H. (1993). The link between Individual and Organizational Learning. *Sloan Management Review, Fall*, s.37-50.
- Kjellevoid, A., E. Hærem, T. Midjo & E. Willumsen (1997). *Samarbeid for barnets beste.* Oslo: Ad Notam Gyldendal AS.
- Knudsen, H. (2004). Samarbeid på tvers av organisasjonsgrenser. I: Repstad, P. (red.) *Dugnadsånd og forsvarsverker.* Oslo: Universitetsforlaget.
- Kommunehelsetjenesteloven. Lov om helsetjenesten i kommunene. LOV 1982-11-19-66. Helse- og omsorgsdepartementet.
- Kothari, G., G. Hardy & G. Rowse (2010). The therapeutic relationship between therapists and substance-using clients: A qualitative exploration. *Journal of Substance Use, august 2010; 15(4): 257-271.*
- Kulbrandstad, T. (2008) Drop inn for Drop ut, en undersøkelse av fremmøte til poliklinisk rusbehandling (Rapport fra prosjekt ved DPS Hamar, poliklinikk rus). Hamar: Sykehuset Innlandet.
- Kvale, S. (1997). *Det kvalitative intervju.* Oslo: Ad notam Gyldendal. (s.121-177)
- Kvale, S. & S. Brinkmann (2009). *Det kvalitative forskningsintervju 2.utgave.* Oslo: Gyldendal Norsk Forlag AS.
- Landheim, A.S., K. Bakken & P. Vaglum. (2002). S sammensatte problemer og separate systemer. Psykiske lidelser blant rusmisbrukere til behandling i russektoren. *Norsk Epidemiologi 2002;12 (3): 309-318.*
- Lauvås, K. & P. Lauvås (2004). *Tverrfaglig samarbeid – perspektiv og strategi.* Oslo: Universitetsforlaget.
- Lian, O. S. (2008). Pasienten som kunde. I: Tjora, A. (red.). *Den moderne pasienten (s.34-54).* Oslo: Gyldendal Akademisk.
- Lie & Granby (2011). Mennesket bak rusen. om Selbukollektivets historie, ungdommens utviklingsprosess og betydningen av anerkjennelse. Bergen: Fagbokforlaget Vigmostad & Bjørke AS.

- Lie, T. & S. Nesvåg (2006). *Evaluering av rusreformen*. Rapport IRIS 2006/227.
Stavanger: IRIS
- Lilleeng (red.) (2009). SAMDATA. Sektorrapport for rusbehandling 2008 4/09. SINTEF
- Lossius, K. (2011). Om å ruse seg. I: Lossius, K. (red.) *Håndbok i rusbehandling*. Oslo: Gyldendal Norsk Forlag AS.
- Mastekaasa, A. (2009). Profesjon og motivasjon. I: *Molander, A. & L. I. Terum (red.). Brukeren som veileder*. Oslo: Gyldendal Norsk Forlag AS.
- Mintzberg, H. & S. Gloubermann (2001). Managing the Care of Health and the Cure of Disease – Part I Differentiation & Part II: Integration. *Health Care Management Rev.* 2001:26/1:56-92. Aspen Publishers Inc.
- Mjåland, K. (2008). Loggiker, aktører og myndighetsstrukturer. En institusjonell analyse av rusfeltet etter rusreformen. ATM-Skriftserie nr. 27/2008.
- Molander, A. & L. I. Terum (2008). Profesjonsstudier – en introduksjon. I: *A. Molander & L. I. Terum (red.) Profesjonsstudier*. Oslo: Universitetsforlaget.
- Nasjonal Strategigruppe II (2010). Psykisk helsevern og tverrfaglig spesialisert rusbehandling. Arbeidsgruppe 5. Tverrfaglig spesialisert rusbehandling.
- Nesvåg & Lie (2010). The Norwegian substance treatment reform. Between New Public Management and conditions for good practice. *Nordic studies on alcohol and drugs vol.27, 2010: 655-666*.
- Nielsen, I. H. (2010). *Rusreform 2004. En studie av reformens effekt på rusfeltet i Oslo*. Masteroppgave i styring og ledelse. Høgskolen i Oslo: Avdeling for samfunnsfag.
- Norredam, M. & D. Album (2007). Prestige and its significance for medical specialities and diseases. *Scandinavian Journal of Public Health*. 2007; 35; 655-661.
- NOU 2003:4 Forskning på rusmiddelfeltet. En oppsummering av kunnskap om effekt av tiltak. Sosial og helsedepartementet Oslo: GCS web as.
- NOU 2005:3. *Fra stykkevis til helt*. Oslo: Helse- og omsorgsdepartementet.
- Opptappingsplan for rusfeltet 2008-2010(2008). Oslo: Helse- og omsorgsdepartementet.
- Opptappingsplan for rusfeltet (2009). Statusrapport 2008. IS-1660. Helsedirektoratet.

- Ot. prp. nr. 3 (2002-2003). Om lov om endringer i lov 13. desember 1991 nr. 81 om sosiale tjenester m.v. og i enkelte andre lover (statlig overtakelse av deler av fylkeskommunens ansvar for tiltak for rusmiddelmissbrukere). Oslo: Helse- og omsorgsdepartementet.
- Ot. prp. nr. 54 (2002-2003). Om lov om endringer i lov 13. desember 1991 nr. 81 om sosiale tjenester m.v. (Rusreform II og rett til Individuell Plan). Oslo: Helse- og omsorgsdepartementet.
- Ot. prp. nr. 66 (2000-2001). *Om lov om helseforetak m.m. (helseforetaksloven)*. Oslo: Helse- og omsorgsdepartementet.
- Pasienter i TSB 2010 (2011). Oslo: Helsedirektoratet.
- Pasientrettighetsloven (1999). Lov om pasient- og brukerrettigheter. LOV-1999-07-02-63. Helse- og omsorgsdepartementet.
- Pausewang, E. A. (2001). *I: Lien, M. E., H. Lidèn & H. Vike (2001). Likhets paradokser*. Oslo: Universitetsforlaget.
- Rammeplan for 3-årig sosionomutdanning (2005). Fastsatt 1. desember 2005 av Utdannings- og forskningsdepartementet.
- Reitan, T. C. (1993). Hvem eier rusproblemene? Samordningsproblemer mellom etater og instanser i rusomsorgen og deres omgivelser. I: *Repstad, P. (red.) Dugnadsånd og forsvarsverker. Tverretatlig samarbeid i teori og praksis*. Otta: Forfatterne og TANO AS
- Riksrevisjonen (2010). Riksrevisjonenes undersøkelse om oppfølging av og kvalitet i private institusjoner innen tverrfaglig spesialisert behandling for rusmiddelavhengige. Dokument 3:7 (2009-2010). Bergen: Fagbokforlaget AS.
- Rundskriv I-30/2001. Rundskriv om forskrift om habilitering og rehabilitering. Helse- og omsorgsdepartementet. Publisering på Internett: <http://www.regjeringen.no/nb/dep/hod/dok/rundskriv/2001/i-302001.html?id=108870> (Lesedato: 15.12.2011)
- Rusreformen (2004), pasientrettigheter og endringer i spesialisthelsetjenesteloven. Rundskriv 1-8/2004 (2004). Oslo: Helsedepartementet.
- Rønning & Solheim (2000). *Hjelp på egne premisser? Om brukermedvirkning i velferdssektoren*. Oslo: Universitetsforlaget. (181 sider).

- San Martin-Rodriguez, L., M-D. Beaulieu, D. D'Amour & M. Ferrada-Videla (2005). The determinants of successful collaboration: A review of theoretical and empirical studies. *Journal of Interprofessional Care*, (May 2005) Supplement 1:132-147.
- Schulte, S., J. Moring, P.S. Meyer & C. Barrowclough (2007). User involvement and desired service developments in drug treatment. Service user and provider views. *Drugs, education, prevention and policy*. Vol. 14:3, Pages 277-287.
- Schön, D. A. (1983). *The reflective practitioner. How professionals think in action*. London: Arena, Ashgate Publishing Limited.
- Skjellet, T. (2009). *Veien fra alkoholavhengighet til rusfrihet- hva hjelper? Sett fra brukers perspektiv*. Masteroppgave i psykisk helsearbeid ved Høgskolen i Hedmark, avdeling for helse- og idrettsfag.
- Sosial- og helsedirektoratet (2004). *Forslag til ny lov om kommunale helse- og omsorgstjenester*.
- Sosialtjenesteloven (1991). Lov om sosiale tjenester mv. LOV 1991-12-13 nr.81. Helse- og omsorgsdepartementet.
- SOU2001:6 (2011). *Missbruket, Kunnskapen, Vården. Missbruksutredningens forskningsbilaga*. Statens Offentlige Utredninger. Stockholm: Fritzes kundtjänst.
- Spesialisthelsetjenesteloven (1999). Lov om spesialisthelsetjenesten m.m. LOV 1999-07-02-61. Helse- og omsorgsdepartementet.
- Stortingsmelding nr. 25 (1996-97). *Åpenhet og helhet. Om psykiske lidelser og tjenestetilbudene*. Oslo: Sosial- og helsedepartementet.
- Stortingsmelding nr. 34 (1996-97). *Resultater og erfaringer fra Regjeringens handlingsplaner for funksjonshemmede og veien videre*. Arbeidsdepartementet.
Publisering på Internett:
http://www.regjeringen.no/nb/dep/ad/dok/regpubl/stmeld/19961997/st-meld-nr-34_1996-97.html?id=191142 (Lesedato: 08.12.2012).
- Stortingsmelding nr.47 (2007-2008). Samhandlingsreformen. Rett behandling – på rett sted – til rett tid. Helse- og omsorgsdepartementet.

- Taksdal, A., J-K. Breivik , K. Ludvigsen & B. Ravneberg (2006). På randen av å bo. erfart kunnskap om livet og flyttingene mellom psykiatri, rusomsorg, gater, hospitser og egne boliger. Rökkansenteret. Bergen: Universitetsforlaget.
- Thommesen, H. (2008). Hverdagsliv, selvforståelse og dobbeltdiagnose – om mennesker med uvanlige erfaringer. Bodø: Trykkeriet Høgskolen i Bodø. (250 s.)
- Thommesen, H. (2010). *Rehabilitering som politikk, virksomhet og studiefelt*. Oslo: Gyldendal Norsk Forlag AS.(244 sider)
- Ulvestad, A.K., A.K. Henriksen, A.G. Tuseth & T. Fjeldstad (red.) *Klienten – den glemte terapeut. Brukerstyring i psykisk helsearbeid*. Oslo: Gyldendal Norsk Forlag AS.
- Vangen, S. & C. Huxham (2009). En forståelse av samarbeidets synergi. I. Willumsen, E. (red.) *Tverrprofesjonelt samarbeid i praksis og utdanning*. Oslo: Universitetsforlaget AS
- Ventetider og pasientrettigheter 2011 (2012). Norsk pasientregister. IS-1975. Oslo: Helsedirektoratet.
- Ventetider og pasientrettigheter 2. tertial (2011). IS-1930. Oslo: Helsedirektoratet.
- Vurdering av henvisning til spesialisthelsetjeneste. Veileder. **IS-1505**. (2008). Oslo: Helsedirektoratet. Publisering på Internett:
http://www.helsedirektoratet.no/vp/multimedia/archive/00068/Vurdering_av_henvisning_68619a.pdf (Lesedato: 22.11.2011).
- Wackerhausen, S. (1998). *Accounting for and changing Practice*. Aarhus: Institut for Filosofi, Center for Sundhed, Menneske og Kultur.
- Willumsen, E. (red.) (2009). *Tverrprofesjonelt samarbeid*. Oslo: Universitetsforlaget
- Wisløff, N. F. (2005). Fra stykkevis til helt: en sammenhengende helsetjeneste: innstilling fra et utvalg oppnevnt ved kongelig resolusjon av 17. oktober 2003: avgitt til Helse- og omsorgsdepartementet 1.februar 2005.(NOU 2005:3). Oslo: Statens forvaltningstjeneste, informasjonsforvaltning.
- Ødegård, A. (2009). Konstruksjoner av samarbeid. I: *Willumsen, E.(red.) Tverrprofesjonelt samarbeid*. Oslo: Universitetsforlaget.
- Øgar, P. & T. Hovland (2004). *Mellom kaos og kontroll. Ledelse og kvalitetsutvikling i kommunehelsetjenesten*. Oslo: Gyldendal Norsk Forlag AS.

Øverås, S. & Fyhn, A. B. (2006). *Fra døråpner til alibi*. Oslo: FAFO-Rapport.

Åhgren, B. (2009). Evaluering av tverrprofesjonelt samarbeid relatert til klinisk integrering. I: *Willumsen, E. (2009). Tverrprofesjonelt samarbeid i praksis og utdanning*. Oslo: Universitetsforlaget.

Internett kilder:

Anonyme Alkoholikere www.anonymealkoholikere.no

Rusmisbrukernes interesseorganisasjon www.riorg.no

Oversikt over selvvalgt pensum

Metodepensum (500 s)

Fog, J. (2004). *Med samtalen som utgangspunkt. Det kvalitative forskningsintervjuet. 2. reviderte utgave*. København: Jette Fog og Akademisk forlag (260 sider)

Jacobsen, D. I. (2005). *Hvordan gjennomføre undersøkelser?* Kristiansand: Høyskoleforlaget AS. Kap 4, 5, 6, 7, 8, 9, 10, 1, 16 (s.61-23, 375-388) (183 sider)

Kvale S. & S. Brinkmann (2009). *Det kvalitative forskningsintervju*. Oslo: Gyldendal Akademisk. (317 sider)

Totalt antall sider: 760 sider

Selvvalgt pensum (1000 s.)

Hansen, G. V., & R. Fugletveit (2010). "... Vi driver og rydder hver uke vi...". Høgskolen i Østfold. Oppdragsrapport 2010:2. Halden: Allkopi.(131 sider).

Humerfelt, K. (2001). Verdige historier, men uverdige bruk? Brukere med rusmiddelproblemer som offentliggjør sine egne erfaringer. *I: Humerfelt, K. Brukernes medvirkning!* Oslo: Universitetsforlaget. (s.75-93). (18 sider)

Lauvås, K. & P. Lauvås (2004). *Tverrfaglig samarbeid – perspektiv og strategi*. Oslo: Universitetsforlaget. (246 sider)

Lian, O. S. (2008). Pasienten som kunde. *I: Tjora, A. (red.). Den moderne pasienten (s.34-54)*. Oslo: Gyldendal Akademisk. (20 s.)

Rønning & Solheim (2000). *Hjelp på egne premisser? Om brukermidvirkning i velferdssektoren*. Oslo: Universitetsforlaget. (181 sider).

Ulvestad, A. K., A. K. Henriksen, A-G. Tuseth & T. Fjeldstad (red.) (2007). *Klienten – den glemte terapeut. Brukerstyring i psykisk helsearbeid.(s.114-147)* Oslo: Gyldendal Norsk Forlag AS. (33 s.)

Thommesen, H. (2008). Hverdagsliv, selvforståelse og dobbeltdiagnose – om mennesker med uvanlige erfaringer. Bodø: Trykkeriet Høgskolen i Bodø. (250 s.)

Willumsen, E. (red.) (2009). *Tverrprofesjonelt samarbeid*. Oslo: Universitetsforlaget. (235 sider)

Totalt antall sider: 1114sider

Liste over vedlegg

Vedlegg 1: Følg brev - Forespørsel om deltakelse

Vedlegg 2: Godkjenning fra NSD

Vedlegg 1: Følg brev

Forespørsel om å delta i intervju

Jeg er Mastergradsstudent i tverrfaglig samarbeid innen helse og sosial, ved Høgskolen i Østfold og holder nå på med den avsluttende Masteroppgaven. Tverrfaglig samarbeid er temaet for oppgaven, og jeg skal prøve å finne ut hva dette betyr innen rustiltak. For å finne ut av dette, ønsker jeg å intervju seks personer som på ulike vis er tilknyttet rusfeltet i en utvalgt region.

Intervjuet vil dreie seg om arbeidet som utføres ved ditt arbeidssted, og tverrfaglig samarbeid. En sentral målsetning er å få dannet meg et bilde av hva ulike aktører i rusfeltet mener om tverrfaglig samarbeid. Jeg vil av praktiske og metodiske årsaker gjerne få benytte båndopptaker og ta notater under selve intervjuet, og varigheten vil være omtrent en time. Det er selvsagt frivillig å være med og du kan trekke deg når som helst underveis, uten å måtte begrunne dette nærmere. Dersom du trekker deg vil alle innsamlede data om deg bli slettet. Opplysningene vil bli behandlet konfidensielt, og ingen enkeltpersoner vil kunne kjenne seg igjen i den ferdige oppgaven. Opplysningene anonymiseres og opptakene slettes når oppgaven er levert.

Hvis det er noe du lurer på kan du ringe meg eller sende en e-post. Du kan også kontakte min veileder Ragnhild Fugletveit ved Høgskolen i Østfold, avd. Helse- og sosialfag. Jeg vil ta kontakt per telefon en av de nærmeste dagene for å informere mer, og for å avtale eventuelt tidspunkt for intervju. Det er naturligvis mulig å reservere seg mot telefonhenvendelse ved å sende meg en e-post.

Studien er godkjent av Personvernombudet for forskning, Norsk samfunnsvitenskapelig datatjeneste A/S. Data vil bli behandlet i tråd med gjeldende forskrifter fra ovenfor nevnte organisasjon.

Med vennlig hilsen

Vedlegg 2: Godkjenning fra NSD

Norsk samfunnsvitenskapelig datatjeneste AS
NORWEGIAN SOCIAL SCIENCE DATA SERVICES



Harald Hårfagres gate 29
N-5007 Bergen
Norway
Tel: +47-55 58 21 17
Fax: +47-55 58 96 50
nsd@nsd.uib.no
www.nsd.uib.no
Org.nr. 985 321 884

Ragnhild Fugletveit
Avdeling for helse- og sosialfag
Høgskolen i Østfold
1757 HALDEN

Vår dato: 07.06.2010

Vår ref: 24014 / 2 / RKH

Deres dato:

Deres ref:

TILRÅDING AV BEHANDLING AV PERSONOPPLYSNINGER

Vi viser til melding om behandling av personopplysninger, mottatt 12.03.2010. All nødvendig informasjon om prosjektet forelå i sin helhet 03.06.2010. Meldingen gjelder prosjektet:

24014	<i>Hva er tverrfaglig samarbeid?</i>
Behandlingsansvarlig	<i>Høgskolen i Østfold, ved institusjonens overste leder</i>
Daglig ansvarlig	<i>Ragnhild Fugletveit</i>
Student	<i>Lise Schistad</i>

Personvernombudet har vurdert prosjektet, og finner at behandlingen av personopplysninger vil være regulert av § 7-27 i personopplysningsforskriften. Personvernombudet tilrår at prosjektet gjennomføres.

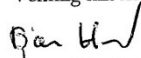
Personvernombudets tilråding forutsetter at prosjektet gjennomføres i tråd med opplysningene gitt i meldeskjemaet, korrespondanse med ombudet, vedlagte prosjektvurdering - kommentarer samt personopplysningsloven/-helseregisterloven med forskrifter. Behandlingen av personopplysninger kan settes i gang.

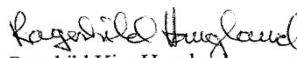
Det gjøres oppmerksom på at det skal gis ny melding dersom behandlingen endres i forhold til de opplysninger som ligger til grunn for personvernombudets vurdering. Endringsmeldinger gis via et eget skjema, http://www.nsd.uib.no/personvern/forsk_stud/skjema.html. Det skal også gis melding etter tre år dersom prosjektet fortsatt pågår. Meldinger skal skje skriftlig til ombudet.

Personvernombudet har lagt ut opplysninger om prosjektet i en offentlig database, <http://www.nsd.uib.no/personvern/prosjektoversikt.jsp>.

Personvernombudet vil ved prosjektets avslutning, 20.06.2011, rette en henvendelse angående status for behandlingen av personopplysninger.

Vennlig hilsen


Bjørn Henrichsen


Ragnhild Kise Haugland

Kontaktperson: Ragnhild Kise Haugland tlf: 55 58 83 34
Vedlegg: Prosjektvurdering
Kopi: Lise Schistad, Haslundsvei 12, 1777 HALDEN

Avdelingskontorer / District Offices:

OSLO: NSD, Universitetet i Oslo, Postboks 1055 Blindern, 0316 Oslo. Tel: +47-22 85 52 11. nsd@uio.no
TRONDHEIM: NSD, Norges teknisk-naturvitenskapelige universitet, 7491 Trondheim. Tel: +47-73 59 19 07. kyrre.svarva@svt.ntnu.no
TROMSØ: NSD, SVF, Universitetet i Tromsø, 9037 Tromsø. Tel: +47-77 64 43 36. nsdmaa@sv.uit.no