

MASTEROPPGAVE

Samarbeid på tvers av tjenester i rusomsorgen-

*En studie som undersøker samarbeidet mellom kommune
og Tverrfaglig spesialisert rusbehandling (TSB)*

Jenny Marie Johansen

Dato: 29.04.2022

Masterstudium i psykososialt arbeid- helse- og sosialfaglig yrkespraksis

Fakultet for helse, velferd og organisasjon



Forord

Det er mange som skal takkes i forbindelse med at jeg har klart å gjennomføre denne masteroppgaven.

Jeg vil først og fremst takke min veileder Eva Marie Toreld. Eva Marie har fulgt meg tett gjennom hele denne prosessen og har etter min opplevelse utvist en enorm tålmodighet og optimisme rundt mitt prosjekt. Takk for en utrolig spennende studieprosess. Den har vært lang og slitsom, men også svært lærerik, og jeg ville ikke vært den for uten.

Jeg vil også takke alle informantene som deltok i undersøkelsen. Uten dere ville ikke det vært mulig å gjennomføre dette prosjektet.

En stor takk går til ledere på eget arbeidssted, som har gjort det mulig for meg å kombinere jobb og studier.

Til sist vil jeg takke venner og familie. Beklager at jeg har vært lite tilgjengelig og stresset den siste perioden. Jeg lover at jeg nå når oppgaven er levert, vil komme sterkere tilbake.

Sammendrag

Formål: Studien undersøker hvordan kommunalt ansatte opplever samarbeidet med tverrfaglig spesialisert behandling av ruslidelser (TSB) i forbindelse med pasientens overgang fra langtids døgntil behandling til kommunalt ettervern, og hva som kan styrke det. Med bakgrunn i informantenes beskrivelser utforskes også hvordan politiske føringer og reformer legger til rette for eller hindrer samarbeidet.

Metode: Oppgaven har en hermeneutisk tilnærming og det er gjennomført fem individuelle semistrukturerte intervjuer med kommunalt ansatte som jobber med oppfølging av mennesker med en alvorlig rusmiddelavhengighet.

Resultater: Studien peker på betydningen av følgende faktorer 1) *forforståelser*, det vil si de ofte ikke uttalte forventninger og forutinntatte meninger som samarbeidspartnere har med seg inn i møtet om både seg selv og egen rolle, og den andre og dens rolle, og hvordan disse forforståelser kan hindre samarbeid. 2) At *informasjonsflyten* mellom forvaltningsnivåene er preget at TSB sin forståelse av hva kommunen trenger av informasjon, og at dette kan gå på bekostning av annen viktig informasjon kommunen bør ha. 3) *Reformer og føringer* på rusfeltet og hvordan de kan bidra til å skape, vedlikeholde og/eller forsterke samhandlingsutfordringer, til tross for ambisjoner om det motsatte.

Oppsummering: Denne studien bekrefter resultater fra tidligere undersøkelser om at gjensidighetskunnskap og likeverd på tvers av tjenestenivåer vil fremme samarbeidet i rusomsorgen. Den bidrar til diskusjonen om organisering av tjenester i rusomsorgen gjennom å stille spørsmål om de politiske reformene og føringene, slik de erfares fra praksisfeltet, legger til rette for samarbeid eller er et hinder.

Et viktig bidrag med studien er at den synliggjør hvordan forforståelser, også når det gjelder informasjonsflyt påvirker det konkrete samarbeidet mellom kommune og TSB, også i nye samarbeidsrelasjoner og allerede før oppstartet samarbeid, noe dagens organisering synes å ha bidratt til. Informantene opplever samtidig det generelle samarbeidet med TSB som godt, og at det ofte blir bra til slutt, til tross for at det kan ha vært utfordringer i begynnelsen. Et godt samarbeid med ansatte i TSB er ifølge informantene preget av a) tidlig opprettet kontakt, b) tidlig rolleavklaring, c) forståelse på tvers av forvaltningsnivåene, d) at TSB deler informasjon om pasientens fungering i behandling og at e) ansatte i TSB deler egne vurderinger rundt den enkelte pasient.

Det som virker å være til hinder for samarbeidet med TSB kan dreie seg om å ikke bli inkludert, at de ansatte i kommunen opplever å måtte forsvare kommunens rammer og ressurser ovenfor ansatte i TSB, og når ansatte i TSB forventer at kommunen skal innfri alle pasientens ønsker når det gjelder økonomisk bistand og bolig. For å styrke samarbeidet med kommunen, ønsker informantene at ansatte i TSB opparbeider seg mer kunnskap om, og med dette øke forståelsen for hvordan kommunens sosiale tjenester fungerer og organiseres.

Av studien fremkommer det at seneste års reformer kan ha bidratt til en styrket rusomsorg, da særlig i spesialisthelsetjenesten. Det er riktig nok mer usikkerhet knyttet til om reformene har ført til et styrket samarbeid på tvers av tjenestenivåene kommune og TSB. Det kan se ut til at reformenes føringer pålegger kommunen mer ansvar når det gjelder oppfølging av mennesker med en alvorlig rusmiddelavhengighet, men at ressursene som har blitt tildelt, ikke muliggjør reformenes mål, og at dette kan gå utover samarbeidet med TSB.

Abstract

Objective: This (thesis) study examines how municipal employees experience the cooperation with interdisciplinary specialized treatment of substance abuse disorders (TSB) in connection with the patient's transition from long-term round-the-clock treatment to municipal aftercare, and what can strengthen it. Based on the informants' descriptions, the study also examines how political guidelines and reforms facilitate or hinder cooperation.

Method: This thesis uses a hermeneutic approach; five individual semi-structured interviews have been conducted with municipal employees who provide aftercare for people with a serious drug addiction.

Results: The study points to the importance of the following factors: 1) *preconceptions*, i.e., the often unexpressed expectations and biased opinions that collaborating partners have about themselves and their own role as well as about the other, and the other's role as a collaborator, and that can hinder cooperation. 2) *The flow of information* between administrative levels is affected by TSB's understanding of what the municipality needs from information, and this may come at the expense of other important information the municipality should have. 3) *Reforms and guidelines* in the field of substance abuse and how they can contribute to creating, maintaining and/or enhancing interaction challenges, despite ambitions to the contrary.

Summary: This study confirms results from previous studies that reciprocity of knowledge between partners and equality across service levels will promote collaboration in substance abuse care. It contributes to the discussion on the organisation of services in substance abuse care by asking questions about how political reforms and guidelines, as experienced from the field of practice, facilitate cooperation or are an obstacle.

An important contribution to the study is that it highlights how preconceptions, and their influence on information flow, affect the actual cooperation between the municipality and TSB, also in new collaborative relationships and even before the start of cooperation. Additionally, the present study highlights how the current organization of services seems to have contributed to this problem. The study makes it clear that the informants perceive the general cooperation with TSB as good, and that the collaboration often goes well in the end, despite the fact that there may have been challenges at the beginning of the collaboration. The informants express clearly that in their experience, good cooperation with TSB employees is dependent on early establishment of contact, early role clarification and reciprocal

understanding across service levels. They further emphasize that good cooperation with TSB is characterised by TSB sharing information about the patient's functioning in treatment and the TSB employees sharing their own assessments about the individual patient. As to what seems to be an obstacle to cooperation with TSB, the informants state that this may involve not being included, when they experience having to defend the municipality's operations and resources to TSB employees, and when TSB employees have an expectation that the municipality will meet the patient's wishes in terms of financial assistance and housing. As for what the informants want TSB to contribute to strengthen cooperation with the municipality, it becomes clear that this is about a desire for TSB employees to acquire more knowledge and thereby increase their understanding of how the municipality's social services work and are organized. The study notes that previously mentioned reforms may have contributed to improved substance abuse care, particularly in the specialist health service. There is however, more uncertainty as to whether the reforms have led to strengthened cooperation across the municipal and TSB service levels. It appears that the reforms' guidance imposes greater responsibility on the municipality in terms of follow-up of people with a serious drug addiction, but that the allocated resources do not enable the goals to be met, and that this may also impact cooperation with TSB.

Innledning

Forord	2
Sammendrag	3
Abstract	5
1. Innledning.....	10
1.1. Bakgrunn for valg av tema	10
1.2. Utforming av problemstilling	11
1.3. Et nødvendig men utfordrende samarbeid?	14
1.4. Det psykososiale fagfeltet sosialt arbeid som faglig ståsted.....	15
1.5. Oppgavens disposisjon	18
2. Organisatorisk og politisk kontekst	19
2.1. Rusomsorgens organisering.....	19
2.2. De samarbeidene	20
2.3. Politiske reformer og tidligere forskning.....	22
3. Teoretisk og faglig ståsted.....	29
3.1. Et organisasjonsteoretisk perspektiv på samarbeid	30
3.2. Bakkebyråkrati og bakkebyråkrater i menneskebehandlingende organisasjoner	33
3.3. Sosialt arbeid som profesjon og fagområde	36
4. Metode.....	39
4.1. En hermeneutisk tilnærming.....	39
4.2. Intervju som metode	40
4.3. Rekrutteringsprosessen.....	41
4.4. Gjennomføring av intervjuene.....	42
4.5. Relabilitet og validitet	43
4.6. Personvern og etiske vurderinger	45
4.7. Analyseprosessen/tematisk analyse	46
5. Diskusjon/analyse.....	50
5.1. «Jeg kjenner ofte på at jeg kan grue meg til et møte»- om ansattes forforståelse	50
5.2. «Vi er avhengig av reelle fakta om hvordan det faktisk går»- om ansattes erfaringer med informasjonsflyt mellom kommune og TSB	55
5.3. «Når samarbeidet er godt, er det veldig enkel kommunikasjon mellom oss og institusjon»- Om opplevelsen av samarbeid med ansatte i TSB	60
5.4. «Jeg har egentlig lyst til å si før og etter pakkeforløpet jeg da»- Intervjuene i lys av politisk kontekst og tidligere forskning.....	64
6. Konklusjon/ avslutning.....	70
6.1. Studiens begrensinger.....	72

6.2. Tanker om videre forskning	72
Litteratur	74
Vedlegg	78
Informasjonsskriv	78
Samtykkeerklæring.....	81
Intervjuguide	81

1. Innledning

1.1. Bakgrunn for valg av tema

For å bli en kompetent fagutøver innen det psykososiale fagfeltet, er en nødvendighet å både kunne samarbeide med tjenestemottaker, med kollegaer i samme profesjon, og på tvers av profesjoner og tjenester (Nissen & Skærbæk, 2014).

Temaet for denne masteroppgaven i psykososialt arbeid, handler om nettopp dette, om samarbeid på tvers av tjenester i rusomsorgen. Jeg har valgt å rette søkelys på samarbeidet mellom kommune og spesialisthelsetjeneste, her under tverrfaglig spesialisert behandling av ruslidelser (TSB) ved langtidsdøgninstitusjoner, i perioden pasienten skal overføres fra langtids døgnbehandling til kommunalt ettervern. Bakgrunnen for valg av tema er en kombinasjon av egen yrkeserfaring og mine fire år på Høgskolen i Østfold sitt masterstudie «Psykososialt arbeid, helse og sosialfaglig yrkespraksis».

Jeg har jobbet i TSB, med rusmiddelavhengige i langtidsbehandling siden 2014, og har på bakgrunn av dette opparbeidet meg en del erfaring på feltet. Med erfaring følger også en for forståelse rundt hvordan en best mulig kan hjelpe mennesker med en rusmiddelavhengighet, og hva de trenger av støtteapparatet/samfunnet for å klare å leve det livet de ønsker.

Når jeg ser tilbake på egen yrkeskarriere har jeg ved flere anledninger dratt meg i håret og irritert meg over kommunale tjenester. Jeg har irritert meg over manglende forståelse for MIN pasient og pasientens behov når han/hun skal etablere seg i egen leilighet og starte livet på egne ben.

Denne irritasjonen endret seg imidlertid til nysgjerrighet da jeg begynte på masterutdanningen på Høgskolen i Østfold. Her møtte jeg flere kommunalt ansatte som jobbet i Nav, eller andre kommunale tiltak. I tillegg til å møte mine medstudenter omhandlet også emnene på masterstudiet i stor grad tematikk og kompetanse en må ha som yrkesutøver innenfor det psykososiale fagfeltet (Nissen & Skærbæk, 2014). Dette var temaer som; Samhandling på tvers av tjenester og Mangfold i yrkesfaglig praksis.

Jeg gikk fra å være en sosialarbeider som visste hvordan jeg mente systemet burde fungere, og hvordan de kommunalt ansatte burde behandle pasienter som avsluttet langtidsbehandling,

til å bli en sosialarbeider som var nysgjerrig på hva som gjorde at kommunalt ansatte hadde det fokuset de hadde, og hvorfor de jobbet som de gjorde.

I mine eksamener opp mot denne masteroppgaven i psykososialt arbeid har jeg skrevet om nettopp dette: samarbeid på tvers av tjenester i rusomsorgen. Kunnskapsgrunnlaget viser at alt for mange av pasientene i rusomsorgen opplever fragmenterte og lite koordinerte tjenester (Prop15 S, 2015- 2016). Dette har gjort meg nysgjerrig på systemene i velferdsetaten, samt hvordan politiske føringer innvirker på det. Studiene frem til denne oppgaven har gitt meg lyst til å undersøke hvordan samarbeidet på tvers av tjenester i rusomsorgen kan styrkes og se dette i lys av politiske føringer og reformer for samarbeid på tvers av tjenester.

Min arbeidshverdag innebærer rusbehandling for pasienter i langtids døgntil behandling. Kommunalt ansatte, som også hver dag står ovenfor en pasient/bruker-gruppe som trenger hjelp til å mestre livet på egenhånd, er en viktig samarbeidspartner. Jeg ville undersøke hvordan de kommunalt ansatte opplever samarbeidet med TSB og hva de tenker TSB kan bidra med for å styrke dette samarbeidet. Jeg har ikke tatt utgangspunkt i eget arbeidssted når det gjelder samarbeid mellom kommune og TSB, men er klar over at egne erfaringer fra feltet likevel vil kunne ha betydning når jeg skriver denne oppgaven.

1.2. Utforming av problemstilling

Utgangspunktet for denne problemstillingen handler om et praksisnært spørsmål knyttet til samarbeidet mellom kommune og TSB.

Som vist i bakgrunn for valg av tema, ønsker jeg å undersøke hvordan en kan styrke samarbeidet mellom kommune og spesialisthelsetjeneste. Denne tematikken har blitt forsket på i flere tiår og løsningen på mange av velferdsstatens utfordringer legges på et styrket samarbeid på tvers av tjenester og tjenestenivåer (Lundberg & Breimo, 2021).

Under gjennomføringen av dette masterprosjektet ble det tydeligere og tydeligere for meg at politiske føringer spiller en stor rolle for hvordan tjenestene i helsesektoren generelt, og også for hvordan rusomsorgen er organisert, og at dette kan ha noe å si for hvordan samarbeidet mellom tjenestene oppleves for tjenesteyterne¹. Videre ble det tydelig for meg at forsøk på å løse samarbeidsutfordringer gjerne kommer til syne gjennom strukturreformer.

Samhandlingsreformen (St.meld. nr. 47 (2008- 2009)) er et godt eksempel på dette. Når det

¹ Selvsagt også for pasienten selv om dette ikke er fokuset i denne oppgaven.

gjelder rusomsorgen er rusreformen (Helsedepartementet, 2004), og pakkeforløp for rus og psykisk helse (Ådnanes et al., 2020) gode eksempler på politiske føringer som kan få konsekvenser for samarbeid på tvers av tjenester.

Tidligere studiers problemstilling legger ofte til grunn politiske strategier som slår fast at vi trenger mer koordinering og samhandling, men få av forskningsbidragene stiller spørsmål ved denne virkelighetsoppfatningen eller om negative utfordringer og virkninger av økt samarbeid (Lundberg & Breimo, 2021). Mye tidligere forskning er basert på case-studier, og samarbeidet som har blitt studert har ofte vært mellom to ulike tjenester. Disse studiene konkluderer stadig med at samhandling og koordineringen mellom disse er mangelfull, og resultatet er ofte basert på tjenesteyters erfaring. Lite av litteraturen ser på samhandling og koordinering på et mer overordnet og generelt nivå. Dette blir sett på som en svakhet ved det foreliggende kunnskapsgrunnlaget (Lundberg & Breimo, 2021).

I denne studien har jeg, i likhet med flere før meg, studert samarbeid mellom to tjenester (kommune og TSB) med et ønske om å finne elementer som kan styrke samarbeidet. Jeg undersøker kommunalt ansattes erfaringer vedrørende samarbeidet med TSB. Samtidig ønsker jeg å løfte studien gjennom å se tjenesteyternes erfaringer i lys av politiske føringer og reformer. Jeg stiller spørsmål ved dagens organisering av tjenestene, og om og hvordan organiseringen med et tydelig skille mellom spesialisthelsetjenesten (staten) og kommunale tjenester (kommunen) legger til rette for et styrket samarbeid.

På bakgrunn av dette har jeg formulert følgende problemstilling og forskningsspørsmål:

Problemstilling:

Hvordan opplever kommunalt ansatte samarbeidet med TSB, i pasientens overgang fra langtids døgntil behandling til kommunalt ettervern, og hva ønsker de at TSB bidrar med for å styrke dette samarbeidet?

For å utforske problemstillingen og for å tydeliggjøre mitt fokus i undersøkelsen og i analysen har jeg valgt å dele inn problemstillingen i tre forskningsspørsmål.

Forskningsspørsmål:

1. Hvordan opplever kommunalt ansatte med ansvar for oppfølging av pasienter etter gjennomført langtidsbehandling i TSB samarbeidet med TSB; hva legger til rette for og hva hindrer samarbeidet?

2. Hva ønsker de kommunalt ansatte at ansatte i TSB bidrar med for å styrke samarbeidet?
3. På hvilken måte påvirker dagens reformstyrte organisering samarbeidet mellom kommune og TSB i rusomsorgen?

Oppgavens problemstilling greies ut gjennom å synliggjøre eksisterende kunnskapsgrunnlag, og se det innhentede datamaterialet i lys av dette, politiske reformer/føringer og teoretiske perspektiver. Målet er at studien skal bidra til å belyse hva kommunalt ansatte opplever at muliggjør og hindrer samarbeidet med TSB, å undersøke om og på hvilken måte politiske føringer, prioriteringer og reformer kan være en av årsakene til et utfordrende samarbeid, og hvordan samarbeidet kan styrkes.

1.2.1. Sentrale begreper/begrepsavklaring

Samarbeid: Begrepet samarbeid kan defineres på ulike måter (Lundberg & Breimo, 2021). I denne oppgaven benyttes begrepet samarbeid for all beskrevet interaksjon på tvers av tjenestene kommune og spesialisthelsetjeneste/TSB.

Rusomsorg: Rusproblemer kan skape store utfordringer både for samfunnet, helsetjenesten og den enkelte. Det anslås at det finnes et sted mellom 66 500- 123 000 mennesker i Norge som har behov for behandling/rusomsorg på bakgrunn av rusavhengighet (Biong & Ytrehus, 2012). Mennesker med en rusavhengighet blir trukket frem som en gruppe med stort behov for sammensatte tjenester, og flere av disse personene kan ha psykiske eller somatiske lidelser i tillegg. Dette krever at denne gruppen får et individuelt og helhetlig tjenestetilbud som omfatter ulike typer tjenester (Biong & Ytrehus, 2012). Rusomsorg blir i denne oppgaven definert som tilbud og tjenester til mennesker med en alvorlig rusmiddelavhengighet, uavhengig av om de blir gitt av kommunen eller i spesialisthelsetjenesten.

Pasient og bruker: Etter lov om pasient- og brukerrettigheter ("Pasient- og brukerrettighetsloven – pbrl," 1999) § 1-3 bokstav a, defineres en person som *pasient* dersom vedkommende henvender seg til helse- og omsorgstjenesten med anmodning om helsehjelp. Etter pbrl § 1-3 bokstav f, er en person *bruker* når personen som anmoder seg eller mottar tjenester omfattet av helse- og omsorgstjenesteloven som ikke er helsehjelp ("Pasient- og brukerrettighetsloven – pbrl," 1999). Ettersom en er pasient når en er innlagt i TSB og bruker når en mottar sosiale tjenester fra kommunen, vil jeg benytte meg av pasient når det er snakk

om personer som er innlagt i TSB og bruker når det gjelder personer som mottar eller skal motta kommunale tjenester i form av sosiale tjenester.

Tverrfaglig spesialisert behandling, av ruslidelser (**TSB**): Tverrfaglig behandling av ruslidelser, er den norske betegnelsen på tjenester som utfører rus- og avhengighetsbehandling på spesialistnivå. At tjenestene er tverrfaglige, betyr at de skal utføres av personell med medisinsk, psykologisk og sosialfaglig kompetanse. At de er spesialiserte, betyr at de skal fylle krav til helsetjenester på spesialistnivå (Spilhaug, 2022). Utredning og behandling i TSB, kan foregå poliklinisk eller i forbindelse med døgninnleggelse.

Langtids døgnbehandling: Denne oppgaven omhandler samarbeidet rundt pasienter som er innlagt for langtids døgnbehandling. Langtids døgnbehandling er en form for behandling innenfor TSB, og blir først nødvendig når det vurderes at poliklinisk oppfølging ikke er tilstrekkelig. Behandlingen vil da foregå ved en døgnenhet og en døgninnleggelse har vanligvis en varighet på: korttid, inntil 3-6 måneder og langtid; 6- 12 måneder. Dette kan tilpasses den enkelte pasient.

Kommunale helse- og omsorgstjenester: Etter lov om kommunale helse- og omsorgstjenester (Helse- og omsorgstjenesteloven, 2011) § 1-1 om lovens formål, er kommunen ansvarlig for å forebygge, behandle og tilrettelegge for mestring av sykdom, skade, lidelse og nedsatt funksjonsevne. Kommunen skal fremme sosial trygghet, bedre levekårene til vanskeligstilte, bidra til likeverd og likestilling og forebygge sosiale problemer. Videre skal kommunen sikre at den enkelte får mulighet til å leve og bo selvstendig og til å ha en aktiv og meningsfylt tilværelse i fellesskap med andre. Kommunen har også ansvar for å sikre samhandling og at tjenestetilbudet blir tilgjengelig for pasient og bruker, samt bidra til at ressursene utnyttes best mulig.

1.3. Et nødvendig men utfordrende samarbeid?

Helhetlige og integrerte tjenester for mennesker med psykiske lidelser og ruslidelser har vært et politisk mål i lang tid (Bjørkquist & Ramsdal, 2021; Lundberg & Breimo, 2021). Til tross for dette fremstår tjenestene ofte som ukoordinerte og oppsplittede (Prop15 S, 2015- 2016). For at tjenester skal oppfattes som helhetlige er det viktig at de ses i sammenheng og utfyller hverandre. Dette krever gjerne at tjenestene er planlagt og tilpasset samarbeidet med de ulike tjenestene (Bjørkquist & Ramsdal, 2021). Mennesker med en alvorlig rusmiddelavhengighet har ofte flere og sammensatte utfordringer, og er derfor ofte i behov av at flere tjenester

samarbeider. En konsekvens av dette er at det kan være utfordrende å etablere en tydelig mal for samarbeid som er tilpasset den enkelte pasient (Biong & Ytrehus, 2012; Bjørkquist & Ramsdal, 2021).

Et spørsmål som ofte har blitt stilt er hvordan samarbeidet mellom spesialisthelsetjenesten og kommunen kan styrkes (Kassah et al., 2014). Som en konsekvens av flere statlige reformer har desentraliseringen økt, og de siste tiårene har kommunene fått et større ansvar når det gjelder oppfølging og behandling av mennesker med en alvorlig rusmiddelavhengighet (Ytrehus, 2012). Dette har ført til et tydelig behov for samarbeid mellom kommune og spesialisthelsetjeneste og forskning viser at dette samarbeidet er utfordrende (Bjørkquist & Ramsdal, 2021). Helsetilsynet har gjennomført flere tilsyn og undersøkelser hva gjelder samarbeid og koordinering av tjenester for mennesker med psykiske lidelser og rusmiddelavhengighet, og det fremkommer av disse at samarbeidet mellom kommune og spesialisthelsetjeneste er svært viktig for å ivareta pasientenes behov, samtidig som det fremkommer at samarbeidet mellom disse virker å være svært utfordrende å få til på en god måte (Helsetilsynet, 2016).

Ettersom kommunene med blant annet rusreformen (Helsedepartementet, 2004) og samhandlingsreformen (St.meld. nr. 47 (2008- 2009)) har fått et økt ansvar for behandling og oppfølging av mennesker med en alvorlig rusmiddelavhengighet, bør de ses på som en viktig samarbeidspartner for TSB. På bakgrunn av dette finner jeg det interessant å undersøke samarbeidet mellom kommune og TSB sett fra kommunens ståsted, og jeg tar utgangspunkt i to ulike teoretiske perspektiver (bakkebyråkrati og organisasjonsteori), sosialt arbeid som faglig ståsted, samt politiske føringer og reformer, relevante for rusfeltet. De teoretiske perspektivene og reformene jeg ønsker å se problemstillingen og forskningsspørsmålene i lys av, vil tydeliggjøres avsnitt 1.5- hvor jeg går gjennom oppgavens videre disposisjon.

1.4. Det psykososiale fagfeltet sosialt arbeid som faglig ståsted

Einar Aadland (2004) beskriver mennesket som et vesen som er utstyrt med mange behov. I tillegg til grunnleggende behov som mat, klær, luft og vann, har mennesket også et behov for å leve i en sosial nærhet til andre, og vi trenger selvrespekt og psykisk trygghet. I tillegg trenger mennesket noe i livet som gir mening og dybde for tilværelsen (Aadland, 2004). Det synes altså at et menneskets liv er sammensatt av mange elementer og at de ulike elementene

ikke kan ses på isolert sett, men må ses i sammenheng når en som tjenesteutøver skal bistå mennesker som befinner seg i en vanskelig livssituasjon.

Denne studien presenteres innenfor det psykososiale fagfeltet. Det psykososiale fagfeltet er et relativt ungt fagfelt og det kombinerer akademiske, politiske, praktiske og teoretiske arenaer (Svalastog et al., 2019). Denne oppgaven trekker frem tidligere forskning som representerer det psykososiale fagfeltet og belyser hvordan politiske føringer får konsekvenser for yrkesutøvere og pasienter/brukere. Psykososialt arbeid har som utgangspunkt at livet har flere dimensjoner, og at disse dimensjonene må ses i sammenheng fordi de påvirker hverandre (Svalastog et al., 2019). Begrepet psykososialt arbeid brukes ifølge samme kilde ofte der det er et mål om å beskytte individer som risikerer å bli eller har blitt utsatt for sårbarheter som vold og rus. Denne oppgaven omhandler nettopp dette, å se på hvordan ulike tjenestenivåer kan samarbeide best mulig for å hjelpe mennesker i en sårbar situasjon. For å kunne gi best mulig hjelp og støtte til de menneskene vi arbeider for og sammen med, er det viktig å ha en psykososial tilnærming hvor vi som hjelpere forstår at samarbeidet på tvers av ulike arenaer kan ha stor påvirkning på enkeltindividers liv. Bevisstheten rundt samarbeid kan også spille en rolle for hvordan samarbeidet utspiller seg og oppleves for tjenesteutøverne som samarbeider, som igjen vil kunne få konsekvenser for tjenestemottaker.

Det finnes ikke en metode eller en forståelse, som alene favner den psykososiale kompleksiteten. Når det psykososiale skal vektlegges er det mange perspektiver som er nødvendige når det gjelder forståelsen av mennesker. Det samme gjelder forebygging og behandling. Begrepet psykososialt arbeid, tilsier at tjenestemottakers egen forståelse av sin historie, livssituasjon og ressurser må inkluderes i arbeidet med å hjelpe (Nissen & Skærbæk, 2014). For å bli en kompetent fagutøver innen det psykososiale fagfeltet, er det som nevnt i introduksjonen, en nødvendighet både å kunne samarbeide med tjenestemottaker, med kollegaer i samme profesjon og på tvers av profesjoner og tjenester. Den psykososiale kompetansen går ut på å kunne se at mennesket som er i behov av hjelp, inngår i et større bilde.

Jeg er en sosialarbeider, og sosialt arbeid er derfor et naturlig valg for mitt faglige ståsted i tilnærmingen til denne oppgaven. I den internasjonale foreningen for utdanningsinstitusjoner i sosialt arbeid (IASSW) og den Internasjonale føderasjonen for sosialarbeidere (IFSW General Meeting & IASSW General Assembly, 2014) finnes følgende definisjon av sosialt arbeid:

Sosialt arbeid er en praksisbasert profesjon og en akademisk disiplin som fremmer forandring og utvikling, sosial tilhørighet, sosial samhörighet og empowerment og frigjöring av mennesker. Prinsipper om sosial rettferdighet, menneskerettigheter, kollektivt ansvar og respekt for forskjeller er sentrale for sosialt arbeid. Understötet av teorier om at sosialt arbeid, samfunnsvitenskap, humanistiske fag og urfolks kunnskaper aktiverer sosialt arbeid mennesker og strukturer for å adressere livsutfordringer for å fremme livskvalitet.

Sosialt arbeid kjennetegnes av at det foregår på mange arenaer og i mange ulike virksomheter. Sosialarbeideren må forholde seg til hvilke kunnskaper og rammebetingelser som er relevante for det spesifikke arbeidsstedet (Hansen et al., 2017).

Sosialarbeidere i tjenester som Nav, barnevern og rusomsorg har en realismeposisjon i arbeidet med individer og familier i vanskelige situasjoner. Dette betyr at sosialt arbeid har et helhetsperspektiv som i likhet med det psykososiale fagfeltet önsker å forstå og favne helheten i tjenestemottakers livsverden (Hansen et al., 2017). Sosialarbeidere har et tydelig samfunnsmandat, som innebærer at yrkesgruppen må fange opp og kritisk reflektere over endringer og utfordringer som tjenestemottaker står ovenfor (Fellesorganisasjonen for barnevernpedagoger, 2011). Det å kunne vurdere dette opp imot organisatoriske rammer for eget arbeid, er sentralt for å bringe frem nye diskurser i det sosiale feltet (Hansen et al., 2017).

En sentral målsetting i sosialt arbeid er å omsette og formilde sosialpolitiske målsettinger til praktisk handling for å bedre levekårene og dagliglivet til de menneskene vi skal hjelpe. I likhet med mange andre profesjonsfag har menneskelig aktivitet og samarbeid, en sentral plass i sosialt arbeid (Solstad, 2017). Forvaltning er en viktig del av sosialt arbeid da mye av det sosialfaglige arbeidet foregår i regi av offentlige tjenester. Forvaltningen utfordrer sosialt arbeids verdier ved å være forbundet med maktbruk overfor individer, samtidig er forvaltning av ressurser til bedring av folks levekår og livskvalitet et av sosialt arbeids viktigste virkemidler (Solstad, 2017). Denne dualiteten kommer tydelig frem gjennom oppgavens analyse, hvor informantene i denne undersökelsen gir uttrykk for at fravær av forståelse for den offentlige forvaltningens manglende ressurser er en utfordring når det gjelder samarbeidet med TSB.

Samarbeidet mellom profesjonsutövare, tjenestemottakere og beslutningstagere, og hvordan helheten spiller en stor rolle for hvordan tjenestemottaker og profesjonsutövare opplever hjelp

og endringer i enkeltindividers liv står også sentralt i psykososialt arbeid (Svalastog et al., 2019).

1.5. Oppgavens disposisjon

I det første kapittelet har jeg gjort rede for bakgrunnen for valg av tema, formålet med masterprosjektet og prosjektets problemstilling, forskningsspørsmål og begrepsdefinisjoner. Slutten av det første kapittelet omhandler koblingen til psykososialt arbeid, og nærmere om samarbeidet mellom spesialisthelsetjeneste og kommunen. Den videre disposisjonen for denne oppgaven er delt inn i seks kapitler.

Kapittel to beskrives det hvordan rusomsorgen er organisert i Norge i dag. Videre tydeliggjør jeg hvem de samarbeidende i denne oppgaven er. Så setter jeg dette samarbeidet inn i en politisk kontekst ved å belyse sykehusreformen (Ot.prp. nr. 66, 2001), samhandlingsreformen (St.meld. nr. 47 (2008- 2009)) og rusreformen (Helsedepartementet, 2004) og hvordan disse reformene har fått konsekvenser for hvordan tjenestene i dagens rusomsorg er organisert og hvordan dette har fått konsekvenser for tjenesteyterne. Jeg trekker her også frem Nav-reformen og innføringen av pakkeforløp for rus og psykisk helse.

Kapittel tre utdyper mitt faglige ståsted og gjør rede for den teoretiske tilnærmingen jeg har valgt til oppgavens drøfting og analyse. Som en av to teoretiske tilnærminger har jeg valgt Lipskys (2010) forståelse av bakkebyråkratiet. Han beskriver hvordan bakkebyråkratene hver dag stilles ovenfor uforenelige oppgaver i spenningsfeltet mellom å innfri politikkenes krav og brukernes behov, og hva dette betyr for gjennomføring av egne arbeidsoppgaver. Jeg finner Lipskys (2010) teori om bakkebyråkrati nyttig i oppgavens analyse og drøfting, i et forsøk på å forstå hvordan kommunalt ansattes opplevelser av samarbeidet med spesialisthelsetjenesten med bakgrunn i de forutsetninger de jobber under. Her har jeg i tillegg til valgt å benytte meg av Breit og Andreassens (2020) artikkel «Organisatoriske blikk på samarbeid i velferdstjenester». Gjennom organisasjonsteori tydeliggjør denne artikkelen at samarbeid kan ses på gjennom ulike «blikk», og de beskriver hvilke blikk som kan brukes når ulike sider av fenomenet samarbeid skal studeres. Som faglig ståsted til oppgaven har jeg valgt å benytte meg av Hagen, Solem og Nybøs (2017) teoretiske tilnærming til sosialt arbeid som fag da samtlige av informantene har utdanning innenfor sosialt arbeid, som nødvendigvis vil påvirke faglige refleksjoner og arbeidet de utfører.

Kapittel fire er oppgavens metodekapittel. Her redegjør jeg for valg av metode og tydeliggjør den vitenskapsteoretiske tilnærmingen til oppgaven. Videre går jeg gjennom rekrutteringsprosessen, gjennomføringen av intervjuene, transkriberingen og analysen av disse. I dette kapittelet synliggjør jeg også hvordan jeg har ivaretatt personvernet til informantene og synliggjør etiske spørsmål knyttet til min rolle som forsker. Jeg benyttet meg av Braun og Clarke (2006) sin tematiske analyse for å analysere det innhentede datamaterialet, og beskriver i dette kapittelet hva dette innebærer for min oppgave.

I kapittel fem utforsker jeg problemstillingen gjennom å drøfte resultatene fra analysen opp imot tidligere nevnte teoretiske og faglige perspektiver, tidligere forskning og politiske føringer og reformer. Drøftingen tar utgangspunkt i de tre temaene som fremkom av den tematiske analysen; for forståelse, informasjon og samarbeid. I tillegg til drøftingen av nevnte temaer har jeg i slutten av dette kapittelet et eget avsnitt som ser på funnene fra nevnte temaer direkte opp imot politiske reformer og føringer og foreliggende kunnskapsgrunnlag.

Kapittel seks er oppgavens avsluttende kapittel. Her sammenfatter jeg resultater og diskusjon fra kapittel fem i oppgavens konklusjon og løfter frem studiens bidrag til forskningsfeltet, for jeg videre reflekterer over studiens begrensinger, deler tanker om hvordan resultatene i studien kan brukes fremover, og gir innspill til videre forskning på feltet.

2. Organisatorisk og politisk kontekst

2.1. Rusomsorgens organisering

Rusomsorg er både et politikkområde, et tjenestefelt og et fagfelt. Politikken kommer i hovedsak til uttrykk gjennom reformer, og økonomiske intensiver fra overordnet politisk nivå og forvaltning. I dag består tjenestefeltet av en rekke ulike tiltak og tilbud i kommunene og spesialisthelsetjenesten, og det ligger til grunn at et samarbeid mellom disse er nødvendig for å sikre gode helsetjenester til denne gruppen. Som fagfelt, består rusomsorgen av flere profesjoner, behandlingsstrategier og ulike praksiser (Hanssen & Henriksen, 2020).

I denne oppgaven undersøker jeg hvordan kommunalt ansatte som følger opp pasienter i overgangen fra langtids døgntil behandling i TSB til kommunalt ettervern, opplever samarbeidet med TSB. For å kunne utforske om og hvordan politiske reformer har påvirket samarbeidet mellom kommune og TSB har jeg sett nærmere på sykehusreformen (Ot.prp. nr. 66, 2001),

rusreformen (2004) og samhandlingsreformen (St.meld. nr. 47 (2008- 2009)). Bakgrunnen for at jeg har valgt disse reformene, er at innføringen av dem har ført til store endringer når det gjelder hvordan helse- og velferdstjenestene er organisert, her under også rusomsorgen (Halvorsen et al., 2019).

Før jeg går nærmere inne på de ulike reformene og konsekvensene av disse, vil jeg sette informantene og TSB inn i en samfunnsmessig og organisatorisk kontekst. Hensikten med dette er å tydeliggjøre for leseren hvem de samarbeidene i denne oppgaven er, samt å belyse hvilke arbeidsoppgaver som er tillagt dem.

2.2. De samarbeidene

I studien ser jeg på samarbeidet mellom ansatte i TSBs langtidsdøgninstitusjoner og kommunalt ansatte som følger opp mennesker med en alvorlig rusmiddelavhengighet. Jeg har ikke sett på samarbeidet mellom kommune og TSB når det gjelder avrusning, poliklinisk behandling, dagbehandling eller ambulerende oppfølging/behandling. Jeg har heller ikke gjort et skille mellom private aktører som ligger under TSB og de regionale helseforetakenes egne rusinstitusjoner i TSB.

Siden rusreformen i 2004 (Helsedepartementet, 2004), har de regionale helseforetakene (RHF) etablert et anbudssystem hvor private rusinstitusjoner inviteres til å gi tilbud på behandlingstjenester i henhold til regionens ønsker og behov. Dette har skjedd parallelt med at de regionale helseforetakene har bygd opp egne tilbud i TSB. Private institusjoner har stått for et betydelig bidrag i denne sektoren de siste tiårene, og behandlingstilbudets omfang er varierende mellom de ulike helseforetakene. En av forskjellene mellom de private aktørene og de regionale helseforetakenes egne institusjoner er at de private aktørene ofte tilbyr lengre behandlingstid enn de regionale helseforetakenes egne rusinstitusjoner (Pedersen et al., 2016). I 2016 var det 1153 døgnplasser på rusinstitusjoner hos private foretak og 764 hos helseforetakene. Mot utgangen i 2020 hadde TSB 1042 døgnplasser ved private foretak, og 883 døgnplasser ved helseforetakene. Det vil altså si at fra 2016 til 2020, har det vært en nedgang på 111 døgnplasser hos private aktører og en økning med 119 døgnplasser hos helseforetakene (Helsedirektoratet, 2020).

TSBs langtids døgninstitusjoner (private og helseforetak) har som andre deler av TSB ansvar for å kartlegge pasientens rusrelaterte utfordringer, sosiale fungering og psykiske og fysiske forhold (Helsedirektoratet, 2017). En viktig oppgave for TSB er å vurdere pasientens egne

evne til endring, relasjonelle nettverk og kartlegge om pasienten har barn, og eventuelt følge opp dette (Helsedirektoratet, 2017). TSB har også et ansvar for å kartlegge pasientens kognitive funksjonsnivå, foreta medisinske vurderinger, stille diagnoser og følge opp disse (Helsedirektoratet, 2017). Med behandling menes planlagte tiltak som skal bidra til positive endringer for pasienten. Dette kan være endringer som øker opplevelsen av mestring og som minsker symptomtrykket. At behandlingen skal være tverrfaglig spesialisert betyr at både det helsefaglige og det sosialfaglige perspektivet skal ivaretas og vektlegges i utredning og behandling (Sælør & Bjerkned, 2012).

Kommunene i Norge har et omfattende ansvar for tjenester til personer med en rusmiddelavhengighet. Dette følger av lov om kommunale helse- og omsorgstjenester m.m (Helse- og omsorgstjenesteloven, 2011; Regjeringen.no, 2013). Når det gjelder norske kommuners organisering, har kommunene etter Lov om kommuner og fylkeskommuner §§ 2-1 og 2-2 (Kommuneloven, 2018) rett til eget selvstyre og organisering innenfor nasjonale rammer. En konsekvens av dette er at kommunene i Norge organiseres ulikt. Dette fører til variasjon i tjenestetilbudet i norske kommuner, og at kommunens bevilgninger til de ulike tjenestene varierer (Arbeids- og velferdsetaten, 2013). Dette gjelder også for rusomsorgen. En kan tenke at kommuners ulike organisering kan gjøre samarbeidet med kommunen mer uoversiktlig for TSB ettersom det finnes store variasjoner i tilbudene i de ulike kommunene.

Om lag 80% av kommunene i Norge har lagt rusomsorgen til Nav-kontorene (St. Meld. nr. 30 (2011- 2012)). Sammen med arbeids og velferdsetaten avgjør hver enkelt kommune hvilke kommunale tjenester som skal inngå i Nav-kontoret, utover det som er et lovpålagt minimum. Et lovpålagt minimum består av kvalifiseringsprogrammer, sosialhjelp, opplysning, råd og veiledning, midlertidig bolig, økonomisk rådgivning og tilbud om individuell plan. Det betyr at kommunale tjenester knyttet til oppfølging av pasienter som er i behandling (før, under og etter) kan være organisert ulikt; tillagt Nav eller annen organisering (Arbeids- og velferdsetaten, 2013).

Nav har to eiere og to styringslinjer. De to eierne er staten og kommunen (Arbeids- og velferdsetaten, 2013). Den kommunale styringslinjen til Nav har ansvaret for de sosiale tjenestene til Nav-kontoret. Eksempler på sosiale tjenester kan være; fremme økonomisk og sosial trygghet, bedre levekårene for vanskeligstilte, bidra til økt likeverd og likestilling, og forebygge sosiale problemer (Arbeids- og velferdsetaten, 2013).

Fire av informantene i denne oppgaven er ansatt som ruskonsulenter i Nav under den kommunale styringslinjen, og skal i tillegg til oppfølging og koordinering av tjenester, også bistå med sosiale tjenester som behandling av søknader om økonomisk bistand og søknader om bolig. Den siste informanten er ansatt som ruskonsulent i kommunens tjeneste for oppfølging av rus og psykisk helse, men kommunen hvor informanten er ansatt har valgt å legge denne tjenesten utenfor Nav. Ved at denne tjenesten er lagt utenfor Nav har ikke den siste informanten mulighet til å innvilge søknader eller bolig, men kan bistå brukerne med oppfølging, koordinering av tjenester og støtte der det trengs.

Når det gjelder kontroll over tjenestetilbudet i helse- og sosialtjenestene er det statens helsetilsyn som har det overordnede ansvaret for å sørge for at de ulike tjenestetilbudene i landet utøver sitt arbeide i tråd med lovgivningen (Regjeringen.no). Det er statens Helsetilsyn og statsforvalteren som har den ledende rollen i dette arbeidet. I tillegg finnes det lovkrav, rundskriv og nasjonalfaglige retningslinjer og veiledere, som er førende for hva som til enhver tid ses på som forsvarlige krav til helsetjenestene (Regjeringen.no).

Når jeg nå har satt de samarbeidende i oppgavens problemstilling inn i en organisatorisk kontekst, vil jeg videre redegjøre for noen av de politiske føringene som også utgjør konteksten for samarbeidet mellom kommune og TSB i denne oppgaven.

2.3. Politiske reformer og tidligere forskning

Totalt sett kan en si at helse- og omsorgstjenestene og spesialisthelsetjenesten har vært kjennetegnet av sterk vekst i oppgaver, ansatte og økonomiske ressurser. Veksten har vært sterkest på det lokale nivået, og det har foregått en voldsom satsing på den kommunale helse og omsorgssektoren (Tingvoll et al., 2014)

På 1990-tallet fikk New Public Management ideologien (NPM) innflytelse i offentlig sektor (Halvorsen et al., 2019). NPM innebærer at bedriftsøkonomisk logikk i privat sektor tas i bruk i offentlig sektor for å styrke produktiviteten, effektiviteten og styringen. En kan stille seg spørsmålet om de siste tiårenes politiske organisering i form av ulike NPM-styrte reformer har dyttet pasientens behov foran, mens det egentlig er markedsstyringen med mål om økt produktivitet og (kostnads) effektivitet, som er gjeldende for helsesektorens seneste reformer. Tian Sørhaug (2003) beskriver hvordan «reform» i seg selv er et markedsnøytralt begrep, men at reformer i våre dager først og fremst fremstår som markedsvennlig, eller til og med markedsavhengig. Jeg finner dette interessant blant annet fordi denne reformstyringen av

helsesektoren har fått store konsekvenser for organisering og styring av tjenester de siste tiårene. Endringer som har fått konsekvenser både for tjenestemottakere og tjenesteyterne og som, til tross et uttalt fokus på samarbeid på tvers av tjenester, ikke ser ut til å ha hatt ønsket effekt. I hvert fall ikke når det kommer til samarbeid.

Tjenestene blir opplevd som fragmenterte og med manglende samarbeid. Dette gjelder både hos tjenestemottakere og tjenesteytere. Tingvoll et al (2014) argumenterer for at dette blant annet har en sammenheng med hvordan finansieringssystemet ikke har bidratt til at det har blitt helhetlige tjenester. Det motiveres heller ikke til å utvikle kostnadseffektive løsninger. Et godt eksempel som illustrerer dette, er at forebyggende tiltak er en kommunal kostnad, mens gevinsten tilkommer spesialisthelsetjenesten (gjennom færre innleggelser) og staten (ved reduserte trygdeutgifter) (Tingvoll et al., 2014).

2.3.4. Tidligere forskning

Økende spesialisering i velferdssystemet har ført til at tjenestene er mer fragmentert enn tidligere (Pedersen, 2021). Dette gjelder ikke kun i Norge. Pedersen (2021) beskriver at mangel på samarbeid mellom tjenester i Norden, har blitt problematisert tidligere, og at samarbeidslitteraturen etterspør både konkrete tiltak for å forbedre samarbeid og mer forskning på samarbeid som tematikk. Pedersen (2021) vektlegger videre at dimensjoner som trekkes frem for å styrke samarbeid, er felles rutiner og avklaring av roller og ansvar, samt åpen kommunikasjon og tilgjengelighet. Når det gjelder faktorer som trekkes frem som utfordrende for samarbeid på tvers av tjenester i helsesektoren, tydeliggjør Pedersen (2021) at disse omhandler utilgjengelighet, sektorbasert målstyring, organisering og tidspress.

Nevnte aspekter som utfordrer og fremmer samarbeid mellom kommune og spesialisthelsetjeneste fremkommer også blant annet hos Olsen (2015) og Hanssen og Henriksen (2020). I begge disse undersøkelsene blir det beskrevet at manglende rolleavklaring mellom kommune og spesialisthelsetjeneste oppleves som hemmende for samarbeidet og at ansatte i kommunen opplever tendenser til en «ovenfra og ned» holdning hos ansatte i TSB. Helsetilsynet (2016) har også gjennomført et landsomfattende tilsyn med det generelle samarbeidet mellom kommune og spesialisthelsetjeneste. Her fremkommer det alvorlig svikt i samhandlingen mellom kommune og spesialisthelsetjeneste, og området som omhandlet overføring av informasjon mellom sykehus og kommune var det området hvor det ble avdekket flest lovbrudd og forbedringsområder (Helsetilsynet, 2016). På bakgrunn av

dette kan en stille spørsmål om den politiske organiseringen har lagt til rette for samarbeid på tvers av tjenester, eller om dagens organisering av tjenester i helsesektoren, fremfor å legge til rette for samarbeid, bygger barrierer ved økende spesialisering (fragmentering) og effektivisering ved krav om kortere ventelister (flere innleggelser og hyppigere utskrivelser).

I den internasjonale undersøkelsen “Traditions of research in community mental health care planning and care coordination: A systematic meta-narrative review of the literature” (Jones et al., 2018), blir det belyst at det er betydelige mangler når det kommer til forskning på samarbeid og koordinering hva gjelder tjenester til mennesker med psykiske lidelser.

Undersøkelsen synliggjør at det finnes et stort avvik mellom de politiske målene og den faktiske praksisen hva gjelder koordinering og samhandling av tjenester for mennesker med psykiske lidelser. Undersøkelsen konkluderer med at kunnskapsgrunnlaget for samhandling av tjenester til denne gruppen er lite tilfredsstillende, og at utfallet av forskningen på feltet er utilstrekkelig for å kunne gi god veiledning på god omsorgspraksis, både på lokalt og politisk nivå (Jones et al., 2018).

Ser en denne undersøkelsen i sammenheng med tidligere nevnt forskning og politiske reformer, ser en at det er fellestrekk med den internasjonale undersøkelsen hva gjelder politiske mål for samarbeid og erfaringen av samarbeid og koordinerte tjenester på tvers av tjenestenivåer hva gjelder pasienter/brukere, pårørende og tjenesteutøvere. Her tenker jeg blant annet på uttalte politiske målsettinger opp imot de faktiske forutsetningene for yrkesutøverne å oppfylle dem. Dette fremkommer også i Hanssen og Henriksens (2020) undersøkelse hvor det blir beskrevet at manglende ressurser hos kommunen kan gjøre samarbeidet med spesialisthelsetjenesten utfordrende, og at ansatte i kommunen opplever at de strekker seg langt for å tette gapet mellom politiske og faglige intensjoner og faktiske forhold. Jeg finner dette interessant med tanke på min oppgaves problemstilling som omhandler samarbeid mellom kommune og spesialisthelsetjeneste og hvilke faktorer som kan påvirke dette.

2.3.1. Sykehusreformen (2001)

Da sykehusreformen ble innført i 2002 (Ot.prp. nr. 66, 2001) var den en av de første og største NPM-reformene som hadde funnet sted i norsk samfunnsliv (Røttingen et al., 2007). Målet med reformen var å skape en helhetlig og statlig styring av spesialisthelsetjenesten. Sykehusreformen skulle legge til rette for en klarere rolle og ansvarsfordeling mellom

kommune og spesialisthelsetjeneste, som igjen skulle føre til en bedre utnyttelse av ressursene i helsesektoren. Omorganiseringen gikk raskt og lot seg gjennomføre på kort tid. Bakgrunnen for den raske omorganiseringen -var at det gjennom 1990-tallet var gjort en rekke utredninger om organiseringen av spesialisthelsetjenesten (Røttingen et al., 2007). Regjeringen gikk inn for at staten skulle organisere sykehusene, og organiserte dem som helseforetak med styrer som var sammensatt av personer med bedrifts- og organisasjonserfaring (Halvorsen et al., 2019).

De regionale helseforetakene ble statens instrumenter for å gjennomføre regjeringens politikk knyttet til spesialisthelsetjenesten, og i dag er sykehusene organisert under fire helseforetak; Helse Sør-Øst, Helse- Midt, Helse- Vest og Helse- Nord. Sykehusreformen førte til en regional frihet og at tidligere roller og rollehåndtering måtte endres. Intensjonen med sykehusreformen var blant annet å styrke ledelsesautoriteten i sykehusene og det var forventet at ledelsen tenkte helhetlig (Trygstad & Hagen, 2004).

Etter at sykehusreformen ble innført, har det vært både en faglig og politisk debatt rundt ulike sider ved styringsmodellen. Det er tre overordnede budskap som trekkes frem, og det er at modellen er for markedsstyrt, udemokratisk, og skaper et unødvendig byråkrati (NOU 2016: 25, 2016). Sykehusreformen omfattet ikke kommunehelsetjenesten, men det fremgikk likevel av reformens premisser at den var ment for å bidra til å styrke samarbeidet mellom spesialisthelsetjenesten og kommunehelsetjenesten. Til tross for dette, har det i årene etter sykehusreformen, blitt avdekket et økende behov for informasjon og koordinering på tvers disse tjenestenivåene (Fjær et al., 2011).

Ser en sykehusreformen i sammenheng med problemstillingen denne oppgaven skal utforske, kan en tenke at denne reformen har bidratt til et klarere skille mellom kommunens og spesialisthelsetjenestens arbeids- og ansvarsoppgaver, som kan gjøre det lettere å navigere mellom de ulike tjenestenivåene. Samtidig kan et tydeligere skille ha bidratt til å øke avstanden mellom tjenestenivåene, som igjen kan ha ført til et mer utfordrende samarbeid, og mindre forståelse på tvers av disse forvaltningsnivåene.

2.3.2. Samhandlingsreformen (2012)

Det er interessant å se ovenstående i sammenheng med samhandlingsreformen (St.meld. nr. 47 (2008- 2009)), med undertittelen «*rett behandling- på rett sted- til rett tid*» og som ble innført i 2012. I den fremkommer det at til tross for sykehusreformens økte fokus og økte

økonomiske støtte til samarbeid på tvers av tjenester, var tilbakemeldingen fra yrkesutøvere, pasienter og pårørende fortsatt; samarbeid på tvers av tjenester i helsesektoren fungerer ikke godt nok (Willumsen & Ødegård, 2016) (St.meld. nr. 47 (2008- 2009)).

Samhandlingsreformen tydeliggjør at for pasienter med behov for sammensatte helse- og omsorgstjenester fra ulike virksomheter i spesialisthelsetjenesten, kommunehelsetjenesten og omsorgshelsetjenesten, så holder det ikke med gode deltjenester (St.meld. nr. 47 (2008-2009), , s. 21-22). Det forutsettes god samhandling, og manglende samhandling på tvers av tjenester kan føre til en opplevelse av fragmenterte og uoversiktlige tjenester, som igjen kan gjøre overgangen mellom disse problematisk. Samhandlingsreformen poengterer at pasienten blir den tapende parten dersom samhandlingen er dårlig. Pasienten kan med dette bli påført økte ventetider og unødvendige komplikasjoner (St.meld. nr. 47 (2008- 2009)).

Samhandlingsreformen legger føringer for en kompetanseheving og utvidede tjenester hos kommunen, samt et økt krav om samarbeid mellom spesialisthelsetjenesten, TSB og kommunehelsetjenesten (Sirnes, 2016). Med samhandlingsreformen skulle pasienter sendes hjem tidligere, og ansvaret for helsetjenester både før og etter sykehusinnleggelse ble overført til kommunen. Dette er interessant, for eksempel sett i sammenheng med NPM og refleksjonen rundt effektivitet og finansieringssystemer (Tingvoll et al., 2014). En forutsetning for at samhandlingsreformen skulle fungere, var et tettere samarbeid mellom kommune og spesialisthelsetjenesten.

Det fremstår som at samhandlingsreformen skulle bidra til å løse utfordringer som ikke ble ivaretatt eller løst gjennom sykehusreformen. Dersom en ser på samhandlingsreformens krav om økt samhandling blant annet mellom kommune og spesialisthelsetjeneste, finner jeg det interessant at flere undersøkelser, gjort flere år etter at samhandlingsreformen ble innført, viser at samarbeid mellom kommune og spesialisthelsetjeneste fortsatt har store utfordringer, og dette gjelder også for rusomsorgen (Hanssen & Henriksen, 2020; Helsetilsynet, 2016; Olsen et al., 2015; Prop15 S, 2015- 2016). Et spørsmål med bakgrunn i dette er hvilken rolle den reformstyrte NPM-organiseringen av helsetjenestene, hvor fokus på økonomi og effektivisering har vært gjeldende, har hatt for hvordan helse- og sosialsektorens yrkesutøvere samarbeider og hvilke vurderinger som blir gjort rundt den enkelte pasient.

2.3.3. Rusreformen (2004)

Siden denne oppgaven omhandler samarbeid mellom kommune og TSB når det gjelder mennesker med en rusmiddelavhengighet, er rusreformen (Helsedepartementet, 2004) sentral. Hva var intensjonen med rusreformen og hvilke konsekvenser har den hatt, både for mennesker med en rusmiddelavhengighet, men også for tjenesteutøverne som arbeider med denne gruppen? Med rusreformen ble tverrfaglig spesialisert rusbehandling (TSB), inkludert i de regionale helseforetakene. Mennesker med en alvorlig rusmiddelavhengighet fikk pasientrettigheter og rett på nødvendig helsehjelp, på lik linje med andre pasientgrupper (Fjær et al., 2011), og kommunens ansvar ble ikke endret, men kommunene betalte ikke lenger en egenandel når de har pasienter innlagt i TSB. Rusreformen ble først og fremst sett på som en ansvarsreform, men det ble også satt opp målsetninger for økt kvalitet (Omholt et al., 2004). Målet med rusreformen var å styrke behandlingstilbudet til mennesker med en alvorlig rusmiddelavhengighet, og samarbeidet mellom spesialisthelsetjenesten og kommunen ble sett på som avgjørende for å oppnå dette (Helsedepartementet, 2004). Finansieringen av rusreformen ble gjennomført etter samme hovedprinsipper som for sykehusreformen. Midler ble trukket ut av kommunene og overført til staten og helseforetakene. I tillegg ble det bevilget 100 millioner kroner i statsbudsjettet for å styrke det statlige behandlingstilbudet (Omholt et al., 2004). Rusreformen bidro til et tydelig skille mellom spesialisthelsetjenestens ansvar for behandling, og kommunens ansvar for å utvikle tjenester lokalt, som for eksempel; bolig, ettervern og omsorgstilbud. Denne organisatoriske løsningen utfordret målet om å skape sammenheng mellom tjenestene (Fjær et al., 2011).

2.3.4. Nav-reformen (2006)

Kun få år etter rusreformen ble Nav-reformen innført (St. meld. nr. 9 (2006-2007)). Nav-reformen var en reform for arbeids- og velferdsforvaltningen. Reformen innebar en sammenslåing av Aetat, trygdeetaten og sosialtjenesten i kommunene. Nav har blitt en viktig del av statsforvaltningens ytre etat, og er underlagt Arbeids- og sosialdepartementet (Halvorsen et al., 2019). Hensikten med Nav-reformen var en tanke om at en sammenslåing av nevnte etater ville få flere ut i arbeid, færre på trygd, forenkle tjenestene for brukerne og gjøre det enklere å tilpasse tjenestene etter brukernes behov, og samtidig få en helhetlig og effektiv arbeids- og velferdsforvaltning (St. meld. nr. 9 (2006-2007)). Regjeringen la vekt på at denne reformen ville føre til en ny og helhetlig førstelinjetjeneste og at denne skulle bygges

på en ansvarsfordeling mellom stat og kommune². Ansvarsfordelingen skulle fungere gjennom et fast og forpliktende samarbeid mellom stat og kommune (St. meld. nr. 9 (2006-2007)). Fundamentet for samarbeidet mellom stat og kommune skulle være lokale samarbeidsavtaler mellom den enkelte kommune og det som da het Arbeids- og sosialdepartementet (nå Arbeids og inkluderingsdepartementet), og det skulle opprettes drift av felles lokale kontorer, og disse kontorene fikk betegnelsen Nav-kontor. De første Nav-kontorene ble etablert i 2006 og det siste i 2011 (Halvorsen et al., 2019). Det er som nevnt ulik hvordan kommunene organiserer egen rusomsorg og det er ikke alle kommuner som har lagt rusomsorgen inn under Nav (Arbeids- og velferdsetaten, 2013).

Den uttalte hensikten med Nav-reformen er i likhet med samtlige her nevnte reformer, å styrke tjenestene for brukerne/pasientene, og retter fokuset mot samarbeid på tvers av tjenester.

2.3.5. Pakkeforløp for rus og psykisk helse (2019)

I 2019 ble pakkeforløp for rus og psykisk helse innført i Norge (Ådnanes et al., 2020), og en kan si at pakkeforløpet for rus og psykisk helse er enda en organiseringsform som er ment å styrke og effektivisere tjenestene til mennesker med en rusmiddelavhengighet. Satsingen på pakkeforløp innen psykisk helse og rus, er knyttet til regjeringens overordnede politiske mål om å skape «pasientens helsetjeneste (Ådnanes et al., 2020). Innføringen av pakkeforløp blir blant annet begrunnet med at det jevnlig ble dokumentert at rusomsorgen var preget av uønsket variasjon i ventetid, utredning, behandling og oppfølging. Det har også blitt rapportert at pasienter opplever mangelfullt samarbeid mellom tjenesteytere (Ådnanes et al., 2020). Dersom en ser dette i lys av tidligere nevnte reformer kan en jo spørre seg om enda en ny organisering av tjenestene i rusomsorgen vil kunne bidra til et styrket samarbeid, eller om utfallet av pakkeforløpet for rus og psykisk helse kun føyer seg inn i rekken av politiske styringsformer som ikke løser problemer knyttet til samarbeid på tvers av tjenester i helsesektoren. Pakkeforløp er ikke en behandlingsform, men en organisering av tjenestene som yter helsehjelp. Pakkeforløpet starter når kommunen ved fastlege eller sosialtjeneste/nav sender en henvisning til TSB og avsluttes etter gjensidig avtale mellom pasient, TSB og kommune/fastlege. Dersom det er behov for videre oppfølging fra for eksempel kommunen

² Med «førstelinetjeneste» menes kommunale helsetjenester, og spesialisthelsetjenesten blir gjerne omtalt som «andrelinjetjenesten».

etter endt behandling, legger pakkeforløpet det til grunn at det bør foreligge en skriftlig plan for videre oppfølging i kommunen (Helsedirektoratet, 2021). Pakkeforløpene både starter og slutter i kommunen. Når det gjelder evaluering av pakkeforløp innen rus og psykisk helse så langt, kan resultatene av pakkeforløpet sett fra tjenesteyterens side, tyde på et noe mer avklart samarbeid mellom døgneheter og kommune, og det blir tydeliggjort at dette kan skyldes pakkeforløpets tydelige føringer for når og hvor pasienter innlagt i døgnbehandling skal drøftes tverrfaglig og et tydeligere krav for avklaring i forbindelse med utskrivelse (Ådnanes et al., 2021).

3. Teoretisk og faglig ståsted

Først vil jeg beskrive et organisasjonsteoretisk perspektiv som retter søkelyset på at en kan studere samarbeid fra ulike vinkler. I artikkelen jeg tar utgangspunkt i redegjør Breit og Andreassen (2020) for seks ulike «blikk» en kan benytte seg av når en skal studere fenomenet samarbeid. Det er spesielt mikroblikket og det vide blikket, som fanget min oppmerksomhet. Mikroblikket (Breit & Andreassen, 2020) innebærer å studere samarbeid med utgangspunkt i individene som samarbeider og se på hvilke roller de har i samarbeidet og konsekvensen dette kan ha for samarbeidet. Det vide blikket omhandler konteksten for samarbeidet og hvilke konsekvenser dette kan ha (Breit & Andreassen, 2020). Til tross for at mikroblikket og det vide blikket får min oppmerksomhet når det kommer til å besvare oppgavens problemstilling, er jeg likevel av den oppfatning av at alle blikkene vil være interessante perspektiver når en skal studere fenomenet samarbeid

Det andre teoretiske perspektivet jeg har benyttet meg av for å besvare oppgavens problemstilling, er Lipskys (2010) teori om bakkebyråkratene. Lipsky argumenterer for at bakkebyråkratene er i en umulig situasjon fordi de hele tiden er i en limbo mellom å skulle oppfylle politiske pålagte krav og samtidig skulle møte brukeren/pasienten og gi den hjelpen som trengs, til tross for at ressursene ikke strekker til.

Det faglige perspektivet jeg benytter meg av for å svare på oppgavens problemstilling er et perspektiv på sosialt arbeid som fag (Hansen et al., 2017). Bakgrunnen for at jeg tenker perspektivet på sosialt arbeid kan bidra til å besvare min problemstilling er at samtlige av mine informanter innehar en utdanning som tilsier at de er sosialarbeidere, og bør inneha den kompetansen sosialt arbeid krever, og dette mener jeg kan ha en påvirkning på hvordan de opplever samarbeidet med TSB.

3.1. Et organisasjonsteoretisk perspektiv på samarbeid

For å belyse hvordan organisasjonsteori kan øke forståelsen av samarbeid har Eric Breit og Tone Alm Andreassen (Breit & Andreassen, 2020) laget et rammeverk bestående av seks ulike organisatoriske «blikk» på samarbeid. Disse seks blikkene er; mikroblikket, mesoblikket, makroblikket, det vide blikket, det lange blikket og det dype blikket. I sin artikkel «Organisatoriske blikk på samarbeid i velferdstjenester» (Breit & Andreassen, 2020) argumenterer de for at organisasjonsteori, altså teori om organisatoriske prosesser og måter å organisere på, er viktig for kunnskapsutviklingen om samarbeid i velferdstjenestene. Bakgrunnen for artikkelen, er at de har en forståelse av at forskningen på samarbeid er dominert av kvalitative, empiriske studier av konkrete samarbeid, og at det av dette fremkommer lite generell kunnskapsutvikling eller teoriutvikling ut over de konkrete samarbeidene som studeres.

Denne studien undersøker hvordan samarbeidet mellom kommune og TSB oppleves og kan styrkes. Det blir tatt utgangspunkt i intervjuene med ansatte i kommunen, og undersøkt hvordan funnene fra intervjuene kan være påvirket av politiske føringer og reformer med betydning for rusfeltet. De ulike blikkene er i denne sammenheng relevante og nyttige for å kunne løfte analysen av intervjumaterialet og belyse ulike elementer som kan påvirke samarbeid på tvers av tjenestenivåer og organisasjoner.

Begrepet «Blikk» blir i artikkelen definert som det forskere kan fokusere på og plassere i forgrunnen i sine analyser. I artikkelen blir «blikk» også beskrevet som det analytiske momentet som bestemmer hvilke sider ved et fenomen som kommer i forgrunnen (Breit & Andreassen, 2020). Det blir beskrevet at hensikten med dette er å zoome inn eller ut, for å se et fenomen på ulike måter. For eksempel kan dette være å se nært på individene som jobber i organisasjonen, eller langt fra, for å se forskjeller mellom organisatoriske felt eller velferdsregimer (Breit & Andreassen, 2020).

Deres argumentasjon for nødvendigheten av å se på samarbeid fra flere sider, og beskrive dette gjennom ulike blikk, fanget min oppmerksomhet og interesse. Bakgrunnen for dette er at jeg er av den oppfatning, at samarbeid mellom kommune og spesialisthelsetjenesten er preget av politiske føringer og retningslinjer, og at dette nødvendigvis vil få konsekvenser for de som jobber i de ulike tjenestene og samhandlingen mellom dem.

Breit og Andreassens (2020) poengterer at samarbeid kan og bør studeres fra ulike sider, og at dette kan styrke forståelsen av fenomenet samarbeid i velferdstjenestene. Dette inspirerte

meg, og jeg opplever deres organisasjonsteoretiske perspektiv som nyttig for min forståelse av samarbeidet mellom kommune og TSB. Kommune og TSB er nettopp to ulike organisasjoner, som gjennom tidligere nevnte reformer og retningslinjer er pålagt å samarbeide for at mennesker med en alvorlig rusmiddelavhengighet skal få så god behandling som mulig. Jeg vil nå gi en kort gjennomgang av Breit & Andreassens (2020) seks organisasjonsteoretiske blikk på samarbeid.

Mikroblikket- mot personene som samarbeider

Mikroblikket setter søkelyset mot individnivået, altså individene som samarbeider. Med mikroblikket kan en studere individers rolle og handlinger ut ifra at samarbeid utføres og påvirkes av individer. Med mikroblikket rettes oppmerksomheten mot hvilke ulike roller individene tar i samarbeidet. Mikroblikket fokuserer på individers handlinger i lys av fag- og yrkesroller mer enn organisasjonene/tjenestene individene representerer.

Mesoblikket- mot organisasjoner som aktør

Mesoblikket er ment for å rette blikket opp fra individene til organisasjonene samarbeidet foregår i eller mellom. Mesoblikket betrakter organisasjonene som aktører. Et relevant teoretisk perspektiv med mesoblikket er organisasjoners motivasjon for å samarbeide, hvorfor de har motstand mot samarbeid, eller hva som hindrer dem i å samarbeide.

Makroblikket- mot samarbeid som politisk virkemiddel

Med makroblikket nærmer en seg samarbeid på avstand. Ser en på samarbeid med et makroblikk er formålet med samarbeid å skape overblikk. I en velferdskontekst betrakter makroblikket samarbeid som et organisatorisk virkemiddel for politisk styring hvor samarbeidsrelasjonene blir sett ovenfra. Breit & Andreassen (2020) argumenterer for at dersom vi ser på sosialpolitisk forskning, er det flere som har forsøkt å etablere et overblikk over institusjonell fragmentering og mål om koordinering mellom ulike tjenester i velferdssektoren.

Det vide blikket- mot konteksten samarbeidet inngår i

Det vide blikket ser på konteksten samarbeidet inngår i. Dette kan handle om samfunnets struktur, kultur og normer. I et organisasjonsteoretisk perspektiv på fenomenet samarbeid, innebærer det vide blikket et søkelys på samarbeid i lys av den organisatoriske, sosiale, kulturelle eller institusjonelle konteksten det foregår i. Det vide blikket kan benyttes på både mikro, meso og makronivå. Breit & Andreassen (2020) legger organisatoriske felt til grunn

som et relevant teoretisk perspektiv da det gjelder bruk av det vide blikket.

Organisasjonsteoretiske felt består av et sett av organisasjoner- produsenter (tjenester), konsumenter (brukere), og regulerende myndigheter- som til sammen utgjør en egen del av samfunnet. Organisasjonsteoretiske felt kjennetegnes av samhandling, kommunikasjon, interorganisatoriske allianser, og gjensidig forståelse hos organisasjonen av at de er en del av samme virksomhet. Dette perspektivet kan antyde at samarbeid vil være lettere innad i en organisasjon enn på tvers.

Det lange blikket- mot endring over tid

Det lange blikket rettes mot en antagelse om at organisasjonsformer bør ses i lys av historiske prosesser. Et langt blikk ser på hva som har ført til endring, eller hva endringene har ført til. Det kan også studere et fenomen i en kontekst av institusjonell eller organisatorisk endring. Et eksempel på dette kan være reformprosesser. Det lange blikket kan i likhet med det vide blikket, anvendes på mikro, meso og makronivå. Breit & Andreassen (2020) argumenterer for at et sentralt kjennetegn ved institusjonelt samarbeid er aktørenes agenda, og deres kapasitet til å påvirke deres omgivelser. Videre beskriver de at et perspektiv som passer godt sammen med det lange blikket, er teori om institusjonell endring gjennom samarbeidsrelasjoner på tvers av institusjonelle felt. For å tydeliggjøre ytterligere beskriver de at et eksempel på dette kan være at regler og ressurser overføres fra et felt til et annet, og at dette kan bidra til å omforme feltet de overføres til.

Det dype blikket- mot en helhetlig og integrert forståelse av samarbeid

Det dype blikket er det siste blikket i Breit & Andreassens rammeverk. Det dype blikket retter oppmerksomheten mot inngående, helhetlige og integrerte forståelser av interorganisatorisk samarbeid. Breit & Andreassen er tydelige på at dersom en har det dype blikket i forgrunnen innebærer det en anerkjennelse av kompleksiteten i de ulike mekanismene som påvirker samarbeid. Det dype blikket omhandler teori, begreps og modellutvikling som skaper koblinger mellom ulike begreper og forståelser (Breit & Andreassen, 2020).

Da jeg kom over denne artikkelen fanget alle «blikkene» min interesse. Det hadde vært spennende å undersøke samarbeidet mellom kommune og TSB gjennom samtlige «blikk». I oppgavens drøfting vil jeg i hovedsak benytte meg av mikroblikket, det vide blikket. Med kombinasjonen av disse blikkene, ønsker jeg å undersøke informantenes egne erfaringer av samarbeidet med TSB i lys av samfunnets og politikkenes strukturer og føringer. På denne

måten vil jeg kunne studere samarbeid som fenomen på en breiere måte enn kun i lys av de samarbeidenes opplevelser og erfaringer, og sette det inn i en samfunnsmessig kontekst.

3.2. Bakkebyråkrati og bakkebyråkrater i menneskebehandling organisasjoner

I 1980-skrev Micael Lipsky boken «Street level bureaucracy». Denne boken blir i dag beskrevet som en klassiker i forståelsen av velferdsarbeidenes vanskelige mellomposisjon. Denne vanskelige posisjonen handler om å skulle hjelpe mennesker, og samtidig forholde seg til politiske føringer og ressurser, som sjeldent strekker til (Lipsky, 2010). Street level bureaucrats eller bakkebyråkrater som vi kaller det på norsk (Vabø & Vabo, 2014), er ifølge Lipsky yrkesutøvere som jobber i offentlige tjenester, direkte med mennesker og som i sin yrkesutøvelse har rom for å gjøre skjønnsmessige vurderinger. Han bruker eksempler som lærer, politi, sosialarbeider og sykepleier for å beskrive disse yrkesgruppene (Lipsky, 2010). I min studie kan både de kommunalt ansatte informantene og ansatte i TSB betegnes som bakkebyråkrater ettersom de alle er ansatt i en organisasjon hvor de må imøtekomme politiske krav samtidig som de møter, og skal hjelpe mennesker i en utfordrende livssituasjon. Med begrepet bakkebyråkrat ønsker Lipsky å tydeliggjøre at tjenestutøverne på disse feltene befinner seg midt imellom politikken og befolkningen, og på mange måter styrer hvordan politikken faktisk blir utført og opplevd av befolkningen. Derav bakkebyråkrat (Lipsky, 2010).

Brodin (2012) beskriver at Lipsky med begrepet «bakkebyråkrat» introduserte et nytt blikk på den allerede foreliggende forskningen på offentlig sektor, som hadde en tendens til å fremstille offentlig ansatte som skurker, motstandsdyktige mot ledelse og politisk kontroll, og at de ansatte var skylden i at tjenestene ikke fungerte godt nok. Gjennom å benytte seg av begrepet bakkebyråkrat eller «byråkrati på gatenivå» ønsket han å gjenvinne tillitten til offentlige ansatte ved å belyse de faktiske forholdene offentlig ansatte jobber under, og hva dette kan gjøre med gjennomføringsevne, innstilling og arbeidsinnsats. Altså å synliggjøre hvordan politikken får konsekvenser for offentlig ansatte og omvendt.

Brodin (2012) uttrykker at Lipsky i boken «Street-Level Bureaucracy» tydeliggjør to elementer som han mente manglet i litteraturen når det gjaldt ansatte i offentlige organisasjoner. Det ene er å undersøke ansatte i offentlige organisasjoner fra deres ståsted, og se hvordan de jobber. Denne tilnærmingen var en såkalt «bottom-up» fremfor «top-down» som hadde vært førende for litteraturen til nå (Brodin, 2012). Det andre elementet Lipsky

ønsket å gjøre noe med var de negative stereotypiene offentlig ansatte hadde havnet i, gjennom politikk og media. Brodtkin (2012) beskriver at Lipsky ønsket å gjøre dette gjennom å skape et analytisk rammeverk som kontekstualiserte offentlig ansattes praksis, og tydeliggjøre at strukturelle forhold som rammer og ressurser også var førende for hvordan tjenestene ble utført, og at disse igjen ble styrt av politikken. Videre påpeker Brodtkin at Lipsky med boken «Street-Level Bureaucracy» tok forskningen på ansatte i offentlige tjenester til et nytt nivå når han belyste hvordan offentlig politikk påvirker de ansatte i offentlige tjenester (Brodtkin, 2012).

Lipsky (2010) beskriver at bakkebyråkratene befinner seg i en situasjon hvor de daglig stilles ovenfor motstridende krav da det er et misforhold mellom faktiske ressurser og velferdspolitiske visjoner. Som en konsekvens av dette må bakkebyråkratene tilpasse forventningene til brukerne av de ulike tjenestene, og deres prioriteringer og vurderinger blir som nevnt førende for hvordan de offentlige tjenestene blir opplevd av brukerne og befolkningen generelt.

Bakkebyråkratens arbeidshverdag preges av at de kontinuerlig må ta skjønnsmessige vurderinger på bakgrunn av brukernes situasjon, og disse vurderingene vil stort sett få konsekvenser for brukeren. Mangelfulle ressurser er ofte et element bakkebyråkratene er bevisst når det gjelder arbeidet de gjør og konsekvenser av dette (Lipsky, 2010). Et eksempel kan være at en tildeler en bolig til en som står uten bolig, og ettersom det er mangel på offentlige boliger, men høy etterspørsel, vil nødvendigvis en annen måtte vente enda lenger på å få bolig. Eller som Lipsky (2010, s. 72- 73) bruker som eksempel: Dersom en bakkebyråkrat bruker veldig mye tid på en bruker, vil dette gå utover tiden de har til rådighet for andre brukere.

Videre argumenterer Lipsky (2010) for at høy etterspørsel og knappe ressurser gjør det umulig for bakkebyråkratene å realisere idealene for tjenestene de skal utføre, og at dette kan påvirke bakkebyråkratene på forskjellige måter. Han beskriver at en bakkebyråkrat ofte starter sin karriere innenfor offentlige tjenester med en tanke om å være lojal mot organisasjonen de jobber i, samtidig som de har høye forventninger til seg selv og hvordan de skal bidra konstruktivt ovenfor samfunnet og enkeltmennesker. Det som derimot møter bakkebyråkratene er; store skoleklasser, tårn av saksmapper og annet arbeidspress, som de skal kombinere med å hjelpe mennesker som selv ofte har få ressurser og har havnet i en situasjon de ikke ønsker å være i (Lipsky, 2010). Som ideal og gjennom utdanning har bakkebyråkratene lært at de skal møte brukernes individuelle behov og yte best mulig hjelp på

bakgrunn av dette. I praksis bør bakkebyråkratene møte brukerne på et mer generelt grunnlag da organisasjoners rammer og ressurser sjeldent legger til rette for individuell tilpassing (Lipsky, 2010). På bakgrunn av dette argumenterer Lipsky (2010) for at bakkebyråkratene i beste fall vil utvikle metoder som gjør at de klarer å møte brukernes behov på en ganske passende og omsorgsfull måte, og at de i verste fall ender opp med å favorisere en viss type brukere, kun jobber rutinebasert eller setter brukere inn i ulike stereotypier. Som en forlengelse av negative konsekvenser kan en bakkebyråkrat også etter hvert spesialisere seg på spesifikke arbeidsoppgaver, nettopp for å unngå arbeidsoppgaver de opplever som ubehagelige og utfordrende (Lipsky, 2010). Lipsky beskriver videre at de som orker å stå i jobben som bakkebyråkrat over tid, er de som klarer å senke egne krav til hva som skal gjennomføres til hvilken tid, med tildelte ressurser. På denne måten står kravene til en selv som profesjonsutøver, mer i stil med ressursene som blir tildelt av organisasjonen, og dette gjør arbeidshverdagen til bakkebyråkratene noe lettere å holde ut (Lipsky, 2010).

I boken «Street level Bureaucracy» synliggjør Lipsky (2010, s. 27- 28) hvilke forutsetninger bakkebyråkratene har for å gjennomføre arbeidsoppgavene sine på denne måten (min oversettelse):

- Ressursene de får tildelt er som regel uadekvate for oppgavene som skal gjennomføres
- Etterspørselen etter tjenester øker mer enn ressursene
- Målsetninger for organisasjonene de jobber under har tendenser til å være vage og i konflikt med hverandre
- Resultatene av arbeidet som utføres er nesten umulig å måle
- Brukerne av tjenestene mottar sjeldent tjenestene med glede, og de er derfor krevende skulle jobbe med

På bakgrunn av dette argumenterer han med at det kanskje ikke så rart at mange bakkebyråkrater enten blir sykemeldt eller bytter jobb i løpet av få år. En negativ og tyngende beskrivelse av bakkebyråkratene og deres (arbeids) liv og fremtidsutsikter.

Lipskys teori er relevant i undersøkelsen av kommunalt ansattes opplevelse av samarbeidet med TSB fordi både kommunalt ansatte og ansatte i TSB nettopp er bakkebyråkrater. Jeg undersøker samarbeidet mellom kommune og TSB på individ/mikronivå og fortolker det jeg får frem i intervjuene gjennom å sette det inn i en kontekst som bl.a. handler om rammer, ressurser og politikk. Med en rolle hvor de kommunalt ansatte informantene og ansatte i TSB både skal formidle og gjennomføre politikken, samtidig som de skal fremstå som hjelperen og

en god samarbeidspartner, fremstår for meg, som en utfordrende oppgave. Jeg tenker derfor det er interessant å studere kommunalt ansattes opplevelse av samarbeidet med TSB i lys av nettopp dette.

3.3. Sosialt arbeid som profesjon og fagområde

Sosialt arbeid er både en profesjon og et anvendt fagområde (Levin, 2021). I følge FO sitt yrkesetiske grunnlagsdokument for barnevernspedagoger, sosionomer, vernepleiere og velferdsarbeidere er sosialarbeiderens samfunnsoppdrag å bistå mennesker som har behov for hjelp, for å sikre menneskeverdige levekår og livskvaliteter (Fellesorganisasjonen for barnevernspedagoger, 2011). I boken «Sosialarbeid- en situert praksis» argumenterer Hansen, Solem og Nybø (2017) for at helse og sosialfaglig arbeid forutsetter både teoretisk og praktisk kunnskap, egen evne til refleksjon (skjønnsmessige vurderinger), og holdninger som er preget av ydmykhet, velvilje og respekt for brukernes verdier og livsvalg. De tydeliggjør at samfunnsmandatet til alle disse profesjonene innebærer et kritisk blikk på verdiene og rammene som til enhver tid styrer samfunnet. Sosialarbeidere er altså en profesjonsgruppe som er engasjert i menneskers liv på alle nivåer. Videre argumenterer de for at sosialarbeidere har et relasjonelt perspektiv, hvor fokuset er på personer som står i vanskelige livssituasjoner. I disse møtene er det viktig at sosialarbeideren utvikler en generell kritisk analytisk kompetanse og er bevisst mangfoldet av faktorer som påvirker enkeltindividers hverdag (Hansen et al., 2017).

Det fremkommer av boken (Hansen et al., 2017) at profesjonelt sosialt arbeid handler om hvordan, og med hvilken kunnskap sosialarbeidere handler i samarbeid med enkeltindivider som ber om hjelp. Sosialarbeidere fokuserer på ressurser og mestring hos den enkelte bruker, og ønsker, sammen med brukeren å styrke den enkeltes kapasitet til å nyttiggjøre seg de muligheter som finnes. Videre argumenterer de for at sosial arbeid kjennetegnes av at profesjonen har en samfunnsmessig helhetsforståelse som fokuserer på relasjoner mellom mennesker og samfunn, og er opptatt av menneskers mestring og ressurser (Hansen et al., 2017).

3.3.1. *Helhetsperspektivet i sosialt arbeid*

Hansen, Solem og Nybø (2017) tydeliggjør at en av sosialarbeiderens viktige roller er å inkludere samfunnsmessige forhold når en som profesjonsutøver skal sette seg inn i

tjenestemottakers situasjon. De har valgt å definere dette som helhetsperspektivet. Helhetsperspektivet handler om å se på menneskers levekår ut ifra et hverdagslivperspektiv. Dette innebærer at man ser på økonomi, hvordan den enkelte lever, bor og jobber, og hvilke aktiviteter den enkelte deltar på. I sosialt arbeids praksis, er det viktig å se hele mennesket, både dets ressurser og problemer. Sosialt arbeid, ses på som universelt, helhetlig og langsiktig, men må tilpasses samfunnets rådende forhold og kulturer (Hansen et al., 2017). Helhetsperspektivet bygger på systemteoretisk tenkning- at alt virker inn på alt, og at helheten er noe annet og mer enn summen av de enkelte delene (Hansen et al., 2017). Denne innfallsvinkelen kjenner vi også igjen når det gjelder psykososialt arbeid hvor en som tjenesteutøver må være bevisst på og ta hensyn til den fullstendige konteksten mennesker befinner seg i når en skal gi bistand på ulike områder.

Ettersom sosialarbeideren representerer et system i møte med mennesker i vanskelige livssituasjoner, er kompetanse i å møte mennesker med utfordringer, og samtidig kunne besitte praktisk dømmekraft i ulike situasjoner viktig. Det er mange hensyn som skal ivaretas i faglige vurderinger: brukerens behov, yrkesetiske verdier, eget arbeidssted, kollegaer, allmenheten og samfunnet (Hansen et al., 2017). Sosialarbeidere må derfor inneha kompetanse for å kunne navigere i det komplekse fagfeltet de skal ut i (Hansen et al., 2017). Begrepet kompetanse handler om en kombinasjon av kunnskap, ferdighet og verdier og holdninger som kommer til uttrykk i arbeidet. Jeg vil nå redegjøre for fire av flere ulike kompetanser Hansen, Solem og Nybø (2017, s. 29- 45) argumenterer for at en sosialarbeider med bachelorutdanning innenfor sosialt arbeid bør inneha.

3.3.2. Generalistkompetanse

Generalistkompetanse handler om å ha bred kunnskap og gode metoder for å kunne hjelpe mennesker med mange og sammensatte behov. Etter en fullført bachelorgrad skal en sosialarbeider ha utviklet generalistkompetanse med stor vekt på samfunnsmessig helhetsforståelse. Denne generalistkompetansen gjør sosialarbeideren egnet for å ivareta en helhetlig tilnærming til brukernes problemer. Dette er også en styrke i koordineringsarbeid i sammensatte saker.

3.3.3. *Systemkompetanse og kunnskap om rettigheter i velferdsapparatet*

Mange brukere har behov for informasjon om økonomiske støtteordninger og eventuelle rettigheter i velferdsapparatet. Det som ofte etterspørres er en systemoversikt og kompetanse til å mobilisere ressurser i velferdssystemet. Gjennom utdanning får sosialarbeidere kunnskap om sentralt lovverk og de kan anvende sin juridiske kunnskap i veiledning av brukere. På dette feltet har sosialarbeideren en viktig oppgave som sosialpolitisk aktør, ved at de bistår mennesker med å få tilgang til rettigheter de har krav på i samfunnet. Sosialarbeideren må ha kunnskap om og kunne formidle hvilke forventninger velferdssystemet til enhver tid har til brukere som søker hjelp, og hvilke forpliktelser som følger med å få ytelser fra hjelpeordninger. Å forstå forvaltningen av offentlige økonomiske tjenester kan være en utfordring for de fleste, og det er viktig at sosialarbeideren kan bistå brukeren i å forstå og tolke faglige begreper og skriftlige begrunnelser som svar på søknader eller klager.

3.3.4. *Kompetanse i tverrprofesjonelt samarbeid*

Tverrprofesjonelt samarbeid krever faglig trygghet på kunnskaper, ferdigheter og verdigrunnlag i egen profesjon, og det er denne kompetansen sosialarbeideren skal bringe inn i et tverrfaglig samarbeid. Sosialarbeiderens systemkompetanse innebærer et særskilt ansvar som initiativtaker og koordinator i tverrprofesjonelt samarbeid. Å Fremme egne faglige perspektiver, kanskje spesielt når de er i strid med andres tankesett, er et sentralt aspekt ved tverrprofesjonell kompetanse. Det bidrar til et bredt kunnskapsgrunnlag, som styrker klientens muligheter til å kjenne seg forstått.

3.3.5. *Relasjonskompetanse*

«Relasjonskompetanse handler om kunnskapene, ferdighetene og kapasitetene en sosialarbeider trenger for å etablere, utvikle og vedlikeholde og reetablere kontakt mellom mennesker». (Hansen et al., 2017, s. 37-38) Det betyr at sosialarbeideren må kunne bruke seg selv når en skal bli kjent med og skape en relasjon med tjenestemottaker for å skape endring i tjenestemottakers relasjoner til andre viktige mennesker i tjenestemottakers liv og omgivelser. Sosialarbeideren må også benytte seg av egen kunnskap som omhandler kommunikasjon og samhandling i møter med andre mennesker. Som sosialarbeider vil en med erfaring etter hvert opparbeide seg en kompetanse som omhandler i hvor stor grad en skal stille spørsmål til tjenestemottaker, og hvilke spørsmål som kan utsettes til senere. Tjenestemottaker kan

oppleve mange spørsmål om ulike temaer som påtrengende og mistenkeliggjørende. Relasjonskompetanse er noe som kjennetegner en profesjonell yrkesutøver innenfor sosialt arbeid.

4. Metode

4.1. En hermeneutisk tilnærming

Denne oppgaven har en hermeneutisk tilnærming til materialet. Hermeneutikk betyr fortolkingslære og handler kort sagt om å fortolke og forstå. Fortolkning er å gi mening til det en studerer, som overfladisk sett kan fremstå som uklart, uforståelig eller selvmotsigende. Hermeneutikken handler om å fortolke meningsfulle fenomener og beskrive vilkårene/konteksten for at forståelse av mening skal være mulig (Dalland, 2000). I mitt tilfelle ønsker jeg å forstå hvorfor samarbeid mellom kommune og spesialisthelsetjeneste er så utfordrende, til tross for en enorm politisk satsning på dette de siste tiårene. Når jeg leser gjennom det innsamlede transkriberte datamaterialet, strukturerer jeg meningsinnholdet med bakgrunn i et ønske om å bedre forstå dette samarbeidet.

Fortolkningen av meningsinnholdet i intervjuetekster handler om mer enn å strukturere meningsinnholdet som faktisk sies. Fortolkning av intervjuetekster med en hermeneutisk tilnærming handler om en dypere og mer kritisk fortolkning av teksten (Kvale & Brinkmann, 2009). Med en hermeneutisk meningsfortolkning finnes det ifølge Kvale og Brinkmann (2009) syv prinsipper en kan benytte seg av når en skal fortolke en tekst. Det første prinsippet de beskriver er den kontinuerlige frem og tilbake prosessen mellom deler og helhet, kalt den hermeneutiske sirkel. Denne prosessen blir også beskrevet som en spiral for å biledliggjøre at det ikke er gjentatte fortolkninger i en og samme sirkel, men en prosess som til stadighet åpner for en dypere forståelse av meningsinnholdet.

I mitt tilfelle handlet dette mye om å se de ulike intervjuene både som helheter, og som deler av en helhet sammen med de andre intervjuene. Det handler også om å forstå og fortolke intervjumaterialet i lys av foreliggende forskning og politiske føringer og reformer. Gjennom dypere innsikt i foreliggende kunnskapsgrunnlag så jeg nye ting i datamaterialet, og omvendt. I tillegg har min bakgrunn i egen referanseramme hatt betydning for hvordan jeg forstår og fortolker innholdet i intervjuene. Utfordringen med den Hermeneutiske sirkelen er ifølge Kvale og Brinkmann (2009) ikke å komme bort fra sirkulariteten av meningsutlegningen, men

å komme inn i sirkelen på riktig måte. For å komme inn i den Hermeneutiske sirkelen på «riktig» måte benyttet jeg meg av det Kvale og Brinkmann definerer som det fjerde hermeneutiske prinsippet; *tekstens autonomi*. Kvale og Brinkmann tydeliggjør at *tekstens autonomi* betyr at en alltid bør forstå tekst ut ifra egen referanseramme og at denne bør synliggjøres for å tydeliggjøre bakgrunnen for tolkningen av meningsinnholdet i intervjuene (Kvale & Brinkmann, 2009). I kapittel to og tre i denne oppgaven gir jeg en beskrivelse av oppgavens kontekst, og jeg tydeliggjør med teoretiske perspektiver og faglig ståsted min referanseramme når det gjelder tolking av intervjuene. Min tolkning av intervjuene blir igjen førende for oppgavens drøfting og konklusjon. I motsetning til krav om objektivitet og at det kun finnes ett riktig svar er hermeneutikken og fortolkningens oppgave å belyse forskjellige perspektiver, og ulike tolkninger av en tekst vil ikke være en svakhet, men en styrke da dette vil styrke intervjuforskningen (Kvale & Brinkmann, 2009). I denne studien er jeg opptatt av hvordan kommunalt ansatte opplever samarbeidet med TSB sett fra deres ståsted, noe jeg ønsker å få kunnskap om gjennom intervjuene. Å fortolke intervjuene i lys av den politiske konteksten for samarbeidet og nevnte teoretiske perspektiver kan bidra til å skape en analytisk distanse, samtidig som egen forforståelse og mitt faglige ståsted likevel vil prege oppgavens analyse og drøfting på en måte som nødvendigvis ikke er kjent for meg.

Filosofen Gadamer fremhever at all mening og all forståelse er strukturert av en forforståelse som ikke nødvendigvis alltid er kjent (Thomassen, 2006).

4.2. Intervju som metode

Jeg har valgt kvalitativ tilnærming i form av individuelle semistrukturerte intervjuer for å belyse problemstillingen til denne oppgaven. Bakgrunnen for det er at denne typen forskningsintervjuer, har som hensikt å undersøke den valgte problemstillingen sett fra intervjupersonens perspektiv (Kvale & Brinkmann, 2009). Det gir muligheten til å hente inn beskrivelser fra informantens livsverden knyttet til et av forskerens definerte tema (Kvale & Brinkmann, 2009), i dette tilfellet samarbeid mellom kommune og TSB. Slik jeg oppfatter det gjør semistrukturerte kvalitative forskningsintervjuer seg godt sammen med den hermeneutiske tilnærmingen jeg har til denne oppgaven. Dette da semistrukturerte intervjuer har en overordnet intervjuguide som utgangspunkt for intervjuet, mens spørsmål, temaer og rekkefølge kan variere, og en kan bevege seg frem og tilbake mellom temaer gjennom hele intervjuet (Johannessen et al., 2005) og skaper et materiale godt egnet for fortolkning. Johannessen (2005) argumenterer videre for at semistrukturerte forskningsintervjuer kan gi en

god balanse mellom standardisering og fleksibilitet. I forkant av intervjuene utarbeidet jeg en intervjuguide hvor alle spørsmålene var forankret i oppgavens problemstilling og tilhørende forskningsspørsmål.

Ettersom min studie er ute etter kommunalt ansattes opplevelse av samarbeidet med TSB, anså jeg et lukket spørreskjema eller en helt åpen dialog som uegnet. Dette ville ført til på forhånd bestemte alternative svar og begrense muligheten for mer utdypende beskrivelser, eller kunne ført til at jeg ikke fikk stilt spørsmål om den samme tematikken til alle deltagerne. Studien baserer seg på kvalitative semistrukturerte intervjuer blant annet fordi jeg ønsket at alle informantene fikk de samme hovedspørsmålene samtidig som jeg hadde muligheten til å få frem eventuelle nyanser på tvers av og innad i intervjuene.

4.3.Rekrutteringsprosessen

Det å finne deltagere/informanter til undersøkelsen var noe utfordrende i begynnelsen da det eneste jeg visste var at jeg ville snakket med kommunalt ansatte som jobbet med å følge opp mennesker med en rusmiddelavhengighet etter at de har vært i behandling i TSB. Uten å ha altfor mye erfaring med kommunal organisering var det vanskelig for meg å sette en merkelapp på utdanning eller tittel til de menneskene jeg ønsket å intervju. I utgangspunktet tenkte jeg på tittelen ruskonsulent, men jeg erfarte tidlig at denne tittelen ikke blir brukt i alle kommuner. I noen kommuner er det sosialrådgiver eller sosialkonsulent. Under ansvarsgruppemøter jeg har deltatt på tidligere har en AAP-veileder spilt det jeg har tenkt har vært rollen til en ruskonsulent, og en bo-oppfølger har spilt rollen til en AAP-veileder.

Jeg kan trygt si at jeg var på noe ustø grunn da jeg begynte letingen etter intervjupersoner. For å komme i kontakt med intervjupersoner vurderte jeg det som hensiktsmessig å kontakte ulike kommuner/sosialkontor/nav-kontor, for å komme i kontakt med de som hadde erfaring med oppfølging av personer med rusmiddelavhengighet og samarbeid med TSB. Kontakten jeg etablerte med ulike kommuner gikk gjennom eget nettverk, både profesjonelt og privat. I begynnelsen opplevde jeg at de jeg henvendte meg til ikke responderte, eller bruke flere uker på å komme med en tilbakemelding på om de ønsket å delta eller ikke. Det opplevdes svært utfordrende å finne informanter til prosjektet. Jeg uttrykte til slutt denne frustrasjonen ovenfor mitt private nettverk, og med ett var det en som satt meg i kontakt med en person som hadde god kjennskap til kommuners organisering og hvem jeg kunne kontakte i de ulike kommunene. Dette ble på mange måter min «vei inn» til informantene. Ved å kontakte

kommunene personen anbefalte, møtte jeg på imøtekommende og hjelpsomme kommunalt ansatte, som gjerne ville delta i studien.

Jeg fikk til slutt fem informanter som ønsket å stille opp til individuelle intervjuer.

Informantene var alle kvinner i alderen 30-50 år. Samtlige hadde utdanning innenfor sosialt arbeid og flere års erfaring med rusoppfølging på ulike arenaer. Alle hadde også ulike videreutdanninger innenfor rus og psykisk helse. Informantene som deltok, jobber alle med rusoppfølging i kommuner på Østlandet og fire har stillingsstittelen ruskonsulent. Den siste informanten jobber også som ruskonsulent, men har leder og koordineringsansvar i tillegg, og har derfor en annen tittel. To av informantene ikke ønsket at det skulle fremkomme hvilken kommune de arbeider i da de opplever kommunalt rusarbeid som et lite fagfelt. Jeg har derfor kun valgt å dokumentere at alle informantene jobber som ruskonsulenter på Østlandet i Norge. Informantene ble også garantert anonymitet i informasjonsskrivet de mottok i forkant av intervjuene. Fra arbeidet med rekrutteringsprosessen startet til jeg hadde fullført samtlige intervjuer og kunne gå i gang med analysearbeidet gikk det ca. 6 måneder.

4.4. Gjennomføring av intervjuene

Et kvalitativt semistrukturert forskningsintervju kan ligne en vanlig samtale, men hensikten er å innhente data som skal brukes i en analyse for å besvare forskningsspørsmål. Kvale og Brinkmann (2009) er tydelige på at det er viktig at intervjuet gjennomføres i overenstemmelse med intervjuguiden som skal legge føringen for samtaleens tema. Hensikten med å benytte semistrukturerte intervjuer er at det er ønskelig og rom for at samtalen blir til under intervjuet, selv om det holdes innenfor rammene for tematikken.

I forkant av intervjuene hadde jeg sammen med min veileder utarbeidet en intervjuguide som grunnlag for intervjuene. Informantene hadde, forut for intervjuene fått informasjon om tematikken og sentrale spørsmål i forbindelse med informasjonsskrivet til oppgaven. Dette for å gjøre dem kjent med hva intervjuet ville handle om, og gi de en mulighet til å forberede seg. Spørsmålene i intervjuguiden ble utarbeidet med et mål om å svare på oppgavens overordnede problemstilling.

Under intervjuene stilte jeg til sammen syv spørsmål som var utarbeidet i intervjuguiden. I tillegg stilte jeg oppfølgingsspørsmål som opplevdes som passende ut ifra samtaleens utvikling. Når det kommer til oppfølgingsspørsmålene opplevde jeg at dette ble lettere for hvert intervju. Jeg var ganske nervøs ved første intervju, og var veldig opptatt av at det

tekniske knyttet til lydopptaket skulle være i orden, samt at jeg skulle stille «riktige» spørsmål til riktig tid. Ettersom jeg opplevde at det første intervjuet gikk bra, slappet jeg mer av i intervju nummer to, og jeg kunne ta med erfaringer fra første intervju til neste. Dette utviklet seg kun i en positiv retning. Under de siste tre intervjuene opplevde jeg at samtalen fløt bedre, og at jeg klarte å følge bedre med på hva informantene fortalte, som også resulterte i at jeg opplevde at jeg stilte bedre oppfølgingsspørsmål. I tillegg hadde jeg kunnskap fra tidligere intervjuer med meg inn i intervjuet, noe som, slik jeg oppfattet det, også bidro til opplevelsen av bedre intervjuer med bedre oppfølgingsspørsmål.

For å legge best mulig til rette og skape mest mulig trygghet for informantene gjennomførte jeg alle intervjuene på den enkelte informants arbeidsplass. Dette for å minske deres belastning av å delta med tanke på tid og reisevei, men også fordi jeg tenkte informanten ville kjenne seg tryggere på egen arbeidsplass fremfor et ukjent intervjusted. Dette var imidlertid ikke noe jeg spurte informantene om, og jeg kan derfor ikke vite om det rent faktisk opplevdes slik. Alle informantene ble informert om at intervjuene ble anonymisert og at de ble tatt opp og slettet ved prosjektets slutt. Informantene ble også informert om at de når som helst kunne velge å trekke seg, også etter at intervjuet var gjennomført. Intervjuenes lengde varierte fra 30- 45 minutter. Hver av intervjuene ble nøyaktig transkribert ord for ord, og jeg opplevde at transkriberingen var en nyttig prosess hvor jeg ble godt kjent med det innhentede datamaterialet.

4.5. Relabilitet og validitet

Når det gjelder relabilitet (pålitelighet), er krav om dette ifølge (Johannessen et al., 2005) lite hensiktsmessig i kvalitativ forskning da det ikke benyttes strukturerte datainnsamlingsteknikker som i kvantitativ forskning. De begrunner dette med at i en kvalitativ undersøkelse er det ofte samtalen/forskningsintervjuet/observasjonen som styrer datainnsamlingen, og det vil så å si være umulig for en annen forsker å duplisere en annen kvalitativ forskers forskning da forskeren ofte bruker seg selv som instrument i undersøkelsen. Det er altså ingen andre enn forskeren selv som kan sette seg 100% inn i fortolkningsprosessen (Johannessen et al., 2005). Forskningens pålitelighet er selvsagt likevel ikke uviktig i kvalitative studier. Måten forskeren kan styrke påliteligheten til kvalitativ forskning er å gi leseren en inngående beskrivelse av oppgavens kontekst og en åpen og detaljert fremstilling av fremgangsmåten som er brukt gjennom hele forskningsprosessen. For å styrke denne oppgavens pålitelighet gir jeg en tydelig beskrivelse av konteksten for

oppgaven. Jeg beskriver hvilke politiske føringer og reformer oppgavens problemstilling besvares i lys av, og hvilke teoretiske perspektiver jeg tar utgangspunkt i, og hva som er mitt faglige ståsted. Alt dette bidrar til å forme min forforståelse og konteksten for analysen. Videre gir jeg en detaljert beskrivelse av egen datainnsamling og analyseprosess. Dette gjør jeg ved å tydeliggjøre utvalgskriterier, rekrutteringsprosessen, hvordan jeg innhentet data og hvordan jeg analyserte de transkriberte intervjuene gjennom Braun og Clarkes (2006) tematiske analyse. Jeg beskriver også egne tanker og vurderinger som dukket opp under analyseprosessen. I tillegg er intervjuguiden vedlagt slik at leseren kan se hvilke spørsmål jeg stilte informantene for å utforske oppgavens problemstilling.

Validitet i kvalitative undersøkelser handler gyldighet om i hvilken grad våre observasjoner virkelig avspeiler de fenomener som interesserer oss (Johannessen et al., 2005). Eller sagt på en annen måte; validitet i kvalitative undersøkelser handler om i hvilken grad forskerens funn/resultater reflekterer formålet med studien og representerer virkeligheten. Det er altså viktig at de forskeren spør kan ha noe relevant å fortelle om problemstillingen, at de har kunnskap og erfaringer om tematikken. For å styrke validiteten og troverdigheten av et kvalitativt studie er det flere teknikker som øker sannsynligheten for at forskningen frembringer gyldige resultater. En er å la kollegaer eller andre fagfeller analysere det samme materialet for å se om de kommer frem til den samme fortolkningen (Johannessen et al., 2005). For å styrke validiteten i denne undersøkelsen har jeg som nevnt intervjuet informanter som jobber innenfor det feltet jeg ønsket å undersøke. Slik jeg ser det sitter informantene på relevant kunnskap om feltet. Videre har jeg sendt de transkriberte anonymiserte intervjuene, mine koder og forslag til temaer til min veileder. Vi har så drøftet hva materialet kan fortelle noe om, og hva som kan være relevante temaer for videre analyse. Til tross for en tydelig gjennomgang av vurderingene som er gjort for å komme frem til resultatene i denne undersøkelsen, vil det likevel kunne forekomme spørsmål knyttet til gjennomføring av undersøkelsen da det som nevnt er vanskelig for andre å sette seg 100% inn i en kvalitativ undersøkelse foruten om forskeren selv (Johannessen et al., 2005). Dessuten vil undersøkelsen kunne være påvirket av faktorer, som for eksempel sider ved egen forforståelse, som jeg ikke er klar over eller har tenkt på.

4.6. Personvern og etiske vurderinger

Prosjektet er meldt til NSD, prosjektnummer: 443690, som vurderte at prosjektet ville være i samsvar med personvernlovgivningen så fremt det gjennomføres i tråd med det som er dokumentert i meldeskjemaet. NSD har vurdert at det er liten risiko å delta i prosjektet da det kun vil bli behandlet alminnelige kategorier av personopplysninger.

Alle deltagerne fikk informasjonsskriv om prosjektet og dets hensikt. De leste gjennom og skrev under på samtykkeerklæring for prosjektet før intervjuet. Det ble også tydelig beskrevet at deltagelse var frivillig og at informantene når som helst kunne trekke seg fra prosjektet.

All innhentet data er blitt lagret i form av lydfiler i Tjenester for Sensitive Data (TSD) som er en tjeneste driftet av Universitetet i Oslo og som oppfyller lovens strenge krav til behandling og lagring av sensitive forskningsdata. Lagrede data blir slettet ved prosjektets slutt (15.06.2022) noe informantene er informert om.

Under intervjuene fremkom det at det var viktig for to av informantene at det ikke fremkom i hvilken kommune de arbeidet. Jeg har derfor anonymisert dette.

Å forske på eget felt kan innebære etiske utfordringer, for eksempel knyttet til lojalitet og det å klare å holde en utforskende analytisk distanse til tematikken. Jeg forsker ikke på egen arbeidsplass, men utforsker kommunalt ansattes erfaringer av samarbeid med institusjoner (private og innen helseforetak) som tilbyr spesialisert rusbehandling- det vil si lignende den jeg selv er ansatt i. Deltagerne i studien er informert om at jeg er ansatt i og har erfaring fra TSB. Dette var viktig fordi jeg ville unngå at informantene skulle oppleve å bli ført bak lyset ettersom jeg som forsker jobber i TSB og informantene skulle ytre tanker og meninger om hva TSB kan bli bedre på i samarbeidet. Rollen som ansatt og som samarbeidspartner er en annen rolle enn rollen som forsker. Dette var noe jeg var tydelig på ovenfor informantene, og jeg var også tydelig på at studiens hensikt var ment for å styrke samarbeidet mellom kommune og TSB, hvor interessen min var å undersøke hva kommunalt ansatte opplever at TSB kan bidra med for å styrke samarbeidet nettopp fordi jeg har en for forståelse av at TSB kan gjøre en innsats på dette området.

4.7. Analyseprosessen/tematisk analyse

Jeg har som nevnt samlet inn datamaterialet til denne oppgaven gjennom fem individuelle intervjuer. Disse ble transkribert fortløpende og analysen ble gjennomført med utgangspunkt i Braun og Clarke (2006) sin beskrivelse av tematisk analyse. Johannessens (2018) sine beskrivelser av tematisk analyse har også bidratt til min forståelse av denne analysemetoden.

Bakgrunnen for at jeg har benyttet meg av tematisk analyse som tilnærming til denne oppgaven er at denne formen for analytisk tilnærming sies å være en av de grunnleggende tilnærmingene til analyse (Johannessen et al., 2005). Braun og Clarke (2006) argumenterer for at tematisk analyse ikke er låst til en spesiell teori, og fremstår som et fleksibelt og nyttig analyseverktøy, som kan bidra til å fremskaffe rikelig, detaljert og kompleks data, dersom forskeren er grundig i sin analyseprosess. Tematisk analyse er delt inn i ulike faser, og jeg vil komme tilbake til disse fasene når jeg beskriver min analyseprosess. Braun og Clarke (2006) har blitt kritisert for at fasene i artikkelen fra 2006 beskrives som mekaniske og ufravikelige. Dette til tross for at de i sin artikkel fra 2006 skriver følgende:

“Moreover, analysis is not a linear process of simply moving from one phase to the next. Instead, it is more recursive process, where movement is back and forth as needed. Throughout the phases”

Braun og Clarke (2019) kom med et motsvar til denne kritikken, hvor de er tydelige på at det både er hensiktsmessig og nødvendig å bevege seg mellom de ulike fasene gjennom hele analysen. Selv om jeg nå skal beskrive fasene hver for seg, er det viktig for meg å være tydelig på at jeg gjennom min analyseprosess ikke fulgte disse fasene slavisk, men beveget meg mellom fasene til jeg hadde kommet frem til et tilfredsstillende resultat. Jeg vil nå beskrive min analytiske prosess gjennom Braun og Clarke (Braun & Clarke, 2006) sine ulike faser av tematisk analyse.

4.7.1. Bli kjent med materialet

I fase en beskriver Braun og Clarke (2006) at det er viktig å gjøre seg kjent med materialet som er samlet inn. For å gjøre meg kjent med materialet transkriberte jeg intervjuene, og leste gjennom dem flere ganger. Jeg skrev ned egne refleksjoner underveis i lesingen.

Refleksjonene omhandlet gjerne noe som virket å være av interesse for å besvare oppgavens problemstilling, et eksempel på dette kunne være et eller flere sitater som fikk meg til å tenke på ulike aspekter ved fenomenet samarbeid, og hva som kan påvirke dette. Bakgrunnen for at

jeg skrev ned egne refleksjoner og tanker underveis er at disse fort kan glemmes underveis, og at de kan være nyttige å benytte seg av senere i analyseprosessen (Johannessen et al., 2018, s. 284).

4.7.2. *Finne koder*

Fase to handler om å lage koder på bakgrunn av det som vakte interesse gjennom fase en (Braun & Clarke, 2006, s. 88- 89). Johannesen (2018) tydeliggjør at kodefase kan beskrives som en spørsmålsdrevet prosess, og at grunnen til dette er at vi, enten vi vil eller ikke, alltid koder med bestemte spørsmål i tankene. Gjør man ikke det vil kodingen bli vilkårlig (Johannessen et al., 2018, s., s. 285). I mitt tilfelle, kodet jeg med oppgavens problemstilling og nevnte forskningsspørsmål i bakhodet.

Under kodingen uthevet/markerte jeg det jeg opplevde som relevant for å belyse og utforske oppgavens todelte problemstilling og forskningsspørsmål. Samtidig noterte jeg ned egne refleksjoner rundt hva informantene hadde delt. I begynnelsen av kodingsfasen opplevde jeg at det var utfordrende å ikke hoppe rett til den fasen hvor jeg skulle se etter temaer i intervjuene. Men etter hvert som jeg gikk gjennom materialet igjen og igjen opplevde jeg at det fremkom mye interessant informasjon som jeg nødvendigvis ikke ville sett, dersom jeg hadde gått direkte til å lete etter temaer i materialet. Koder som dukket opp gjennom denne prosessen var for eksempel:

Tidlig kontakt, stabilt samarbeid, jevnlig møter, åpen kommunikasjon, enkel kommunikasjon, forventningsavklaring, egen rolle, fortløpende informasjon, forståelse av ulike systemer, varierende samarbeid.

Under denne fasen la jeg spesielt merke til at samtlige av informantene la vekt på at de opplevde det generelle samarbeidet med TSB som godt, men *varierende*. Gjennom intervjuene kom de også med flere eksempler hvor de beskrev at informasjonen de mottok fra TSB vedrørende den enkelte pasients fungering i behandling, var mangelfull og ensformig. Videre observerte jeg at flere av informantene hadde en opplevelse av at de måtte forsvare nav-systemet/den kommunale organiseringen ovenfor TSB, og at TSB ofte kunne oppleves som pasientens advokat i møte med kommunen. En annen observasjon jeg gjorde var at flere av informantene opplevde det som konstruktivt for samarbeidet dersom TSB opprettet kontakt, og fulgte opp denne med å invitere til samarbeidsmøter og gi informasjon

fortløpende. Flere av informantene opplevde også samarbeidet som styrket når det var lett å komme i kontakt med TSB og TSB enkelt kunne komme i kontakt med dem.

4.7.3. *Finne temaer*

Da jeg følte meg ferdig med kodingsfasen gikk jeg over til fasen hvor jeg skulle se etter temaer i materialet. Braun og Clarke (2006) er tydelig på at for å avdekke mulige temaer må kodene kategoriseres/tematiseres. Utfordringen med å kategorisere etter temaer er at det finnes utallige måter å kategorisere materialet på, og at det var jeg som måtte bestemme hva temaene skulle inneholde. Jeg løste dette med å markere kodene med ulike farger, og se etter likhetstrekk og forskjeller mellom kodene på tvers intervjuene. Etter hvert fremkom det flere og flere av det Braun og Clarke (2006) definerer som temaer og undertemaer.

4.7.4. *Begrense og navngi temaer*

For meg gled fase fire og fem litt inn i hverandre. Braun og Clarke (2006) beskriver at fase fire innebærer å se grundig på alle temaene fra fase tre. Grunnen til dette er at den som undersøker må forsikre seg om at det er nok data til å underbygge temaene og undersøke om noen av temaene måtte slås sammen eller deles opp i separate temaer (Braun & Clarke, 2006, s. 91). Utfordringen for meg her, ble å slå sammen svært konkrete temaer og gjøre de mer overordnede for så å kunne navngi og definere temaene i fase fem. Braun og Clarke (2006) beskriver at en god test for å se om temaene er klare og definerte nok, er å se om man kan beskrive omfanget og innholdet for hvert tema i en setning eller to. Dersom man ikke klarer det kan det hende temaene trenger en ytterligere finjustering (Braun & Clarke, 2006, s. 92). Jeg benyttet meg av denne testen og kom frem til at temaene mine nå var finjusterte nok til å kunne brukes i fase seks, som er analysens sluttresultat hvor resultatene presenteres. Setningen jeg benyttet meg av i fase fem, for å se om temaene var tydelige nok var som følger:

Samarbeid mellom ansatte i kommunen og ansatte i TSB, ser ut til å være preget av forforståelse og manglende kunnskap om hverandres forvaltningsnivåer. Informasjonen som deles mellom disse, må derfor tilpasses slik at den oppleves som nyttig for begge parter i samarbeidet rundt den enkelte pasient.

De tre temaene jeg kom frem til gjennom den tematiske analysen, og skal drøfte oppgavens problemstilling og forskningsspørsmål opp imot ble altså som følger:

Forforståelse: Begrepet forforståelse som vitenskapsteoretisk begrep handler om menneskers forutsetninger for hvordan vi forstår ting (Dahl, 2019; Thomassen, 2006). I Hermeneutisk forstand er alle forforståelser, bevisste eller ubevisste, positive og negative- i egentlig forstand fordommer (Aadland, 2004). Dette er bakgrunnen for at jeg benytter meg av begrepet forforståelse og ikke andre begreper som for eksempel antagelse eller forventning. Begrepet forforståelse i vitenskapsteorien synliggjør at alle mennesker nettopp må ha en forforståelse for å kunne finne mening i det vi møter, og også det nye som møter oss (Thomassen, 2006). Forforståelse henger sammen med at den menneskelige eksistensform er en historisk eksistens. Forståelse har aldri et nullpunkt fordi historien alltid har vært der før oss. Tidligere tiders hendelser, tanker og handlemåter lever videre og er virksomme som del av konteksten vi tenker og handler innenfor i dag (Thomassen, 2006). Alle har vi med oss vår egen forforståelse formet av den bagasjen vi har av erfaringer og kunnskap m.m. Ettersom ansatte i kommunen og ansatte i TSB jobber i ulike forvaltningsnivåer, med ulikt fokus og ulikt ansvar, vil dette nødvendigvis bidra til forforståelsen. Det vil forekomme ulike forforståelser og forforståelsen vil nødvendigvis bære preg av tidligere erfaringer og tanker en har gjort seg. Forforståelse er i denne oppgaven definert som de erfaringer og antagelser informantene og ansatte i TSB har om seg/egen rolle og den andres rolle i samarbeidet med hverandre. Disse erfaringene og antagelsene er gjerne u-utalt eller stilltiende, ikke nødvendigvis kjente, og forforståelse forekommer hos begge parter i et samarbeid.

Informasjon: er i denne analysen definert som alt av informasjon som blir delt mellom kommune og TSB vedrørende den enkelte pasient. Temaet omhandler hvilken type informasjon som blir delt, hvorfor denne informasjonen blir delt, når informasjonen blir delt og hvilken informasjon som ønskes delt.

Samarbeid: er i denne analysen definert som all kommunikasjon mellom kommune og TSB vedrørende felles pasienter/brukere. Temaet omhandler hvilke former for kommunikasjon som fungerer, hvor tidlig en starter opp et samarbeid, hvem som starter opp samarbeidet og hvordan rollene blir fordelt i et samarbeid.

De tre temaene vil bli førende for oppgavens videre analyse og drøfting.

5. Diskusjon/analyse

Jeg vil nå drøfte nevnte sentrale temaer opp mot tidligere presenterte perspektiver, og vil til slutt se drøftingen av disse opp mot politiske føringer og foreliggende forskning.

5.1. «Jeg kjenner ofte på at jeg kan grue meg til et møte»- om ansattes forforståelse

Temaet forforståelse peker seg ut som et sentralt tema i analysen, og bygger på erfaringer og antagelser om seg/egen «rolle» og den andre/den andres «rolle».

Informantene beskriver blant annet at ansatte i TSB har manglende forståelse når det gjelder kommunalt ansattes rolle i samarbeidet, kommunens organisering av sosiale tjenester, og hvilke ressurser som er tilgjengelige.

Informant 1. beskriver det slik:

«Jeg kjenner ofte på at jeg kan grue meg til et møte (...) Nå kommer det spørsmål om bolig. NAV-bolig. Også må jeg svare at vi har kjempelange ventelister (...) Det tar lang tid å få svar fra meg ikke sant, så har jeg opplevd at TSB kanskje er litt med pasienten i det (...) Og jeg skjønner jo det, at de er på samme side, men det skaper også holdninger og mistillit, som kanskje ikke tjener overføringen så godt»

Ser en dette sitatet i lys av Breit og Andreassens (2020) mikroblikk, hvor en kan analysere samarbeid ut i fra de samarbeidenes rolle og handlingsrom, kan det her se ut til at informanten opplever at ansatte i TSB har liten forståelse for hvordan kommunens rammer, rutiner og ressurser, legger føringer for hennes rolle og handlingsrom, når det eksempelvis gjelder kommunal bolig. Det kan se ut til at informanten går inn i møtet med en forventning om og en forforståelse av at ansatte i TSB har en manglende forståelse for hennes arbeidspres og kommunens lange behandlingstider. Denne forforståelsen virker å oppleves som en belastning for samarbeidet ettersom informanten oppgir at hun kan grue seg til møter med TSB.

Dersom en ser en denne forforståelsen opp imot rusreformen (Helsedepartementet, 2004), og at kommunen frem til dette hadde hatt hovedansvaret for oppfølgingen av mennesker med en rusmiddelavhengighet, kan en tenke at den nye organiseringen av tjenester, med TSB i spissen for spesialisert behandling, kan ha bidratt til å skape et skille mellom kommune og TSB, ettersom ansvarsoppgavene for oppfølging av denne gruppen nå ble så tydelig fordelt. Kommunens rolle gikk fra å ha hovedansvaret for denne gruppen til nå å kun ha ansvaret for kommunal helsehjelp, økonomisk bistand og sosiale tjenester.

Retter en søkelyset mot samarbeid i lys av konteksten samarbeidet inngår i, og det vide blikket til Breit og Andreassen (2020), kan en tenke at organiseringen av tjenestene etter rusreformen, kan ha skapt et skille mellom kommune og TSB, som ikke har bidratt til økt forståelse på tvers av disse forvaltningsorganene. En kan også tenke at denne organiseringen, hvor det blir konstruert en tydelig rollefordeling mellom stat og kommune, allerede var blitt gjeldende gjennom sykehusreformen, og at rusreformen kun er en videreføring av en politisk tanke om at NPM-styring vil bidra til å effektivisere og styrke tjenestene blant annet i helsesektoren. En kan tenke at inndelingen av roller og ansvarsoppgaver mellom stat og kommune, har blitt en utfordring hva gjelder forståelse av og for, på tvers av disse forvaltningsnivåene.

Med mikroblikket (Breit & Andreassen, 2020), kan oppmerksomheten også rettes mot hvordan samarbeid påvirkes dersom deltagerne i samarbeidet er opptatt av å ivareta egen profesjon. Kommunalt ansatte og ansatte i TSB representerer ulike forvaltningsnivåer og ulike sider av pasientens rehabilitering. De kan dermed fremstå som representanter for hver sin profesjon, selv om de rent faktisk kan ha samme utdanningsbakgrunn. Av sitatet over fremkom det at informanten har en forforståelse av at ansatte i TSB, til tider er mer opptatt av å ivareta egen pasient og rolle, enn hvordan de oppleves i samarbeidet med kommunen. For eksempel ved at de kan fremstå som belærende og bedrevitende. Denne forforståelsen synes også å styrke ideen om at nivå og rollefordelingen mellom kommune og TSB i rusomsorgen kan ha ført til manglende forståelse for hverandres roller og kompetanse.

Informant 1. beskriver det slik:

«Når jeg får fortalt at en person står uten bolig, og at det faktisk er veldig viktig for at hun eller han skal holde seg rusfri, så er jo jeg HELT enig i det, men jeg har ikke noe å tilby (...) Jeg tror de forstår at jeg vet det er viktig, men det blir litt belærende likevel»

«Ovenfra og ned» holdning, og opplevelser av lite forståelse mellom forvaltningsnivåene spesialisthelsetjeneste og kommune, kommer også tydelig frem i tidligere nevnt forskning (Danbolt & Kjøsberg, 2010; Olsen et al., 2015). Olsen (2015) beskriver blant annet at kommunen og TSBs praksis preges av forhold som tas for gitt, og at ansvaret for kontinuerlige tjenester skyves over på den andre. Videre synliggjør Olsen (2015) at kommunalt ansatte opplever at TSB oppfatter seg selv som «hjernen» i arbeidet med mennesker med en rusmiddelavhengighet og at de benytter seg av kommunen som «hender», til tross for et økt ansvar og en økt kompetanse hos kommunen. Tendenser av lignende art

fremkommer også av informantene i denne oppgaven. To av informantene beskriver erfaringer med at TSB kommer med krav til kommunen som minner om manglende forståelse for kommunens ressurser.

Dersom en ser dette i lys av sosialt arbeid som fagfelt, og hvilken kunnskap en sosialarbeider skal inneha, uavhengig av hvor vedkommende jobber (Hansen et al., 2017), kan en tenke at informanten, i sitatet over, har en forforståelse om at ansatte i TSB ikke tenker over, at hun, i likhet med ansatte i TSB, er en sosialarbeider som skal inneha et helhetsperspektiv når det gjelder den enkelte bruker/pasient. Informanten er tydelig på at hun har full forståelse for at bolig er et viktig element når det gjelder ettervern i kommunen, men at hun ikke har tilgjengelige ressurser. Informanten synes å være i en situasjon, hvor hun som hjelper ikke strekker til, på bakgrunn av kommunens manglende bevilgede midler, og at hun i tillegg til å oppleve at hun ikke strekker til, må forsvare kommunens rammer og ressurser ovenfor ansatte i TSB og pasienten.

Ansatte i TSB har en rolle som hjelper og behandler uten ansvar for å innvilge eller avslå bolig, og eller økonomisk bistand. Rollen til de ansatte i kommunen er mer sammensatt. Informanten i sitatene over synes å komme i en konflikt mellom å være den gode hjelperen, som står på pasientens/brukerens side, og å skulle representere og forsvare kommunens politiske prioriteringer. Et velkjent dilemma for bakkebyråkrater i menneskebehandling organisasjoner (Lipsky, 2010)

Det fremkommer av intervjuet at informantens forforståelse av ansatte i TSB sin forståelse av kommunens rammer, ressurser og rutiner, til tider kan oppleves så belastende at informanten helst ikke ønsker å svare på henvendelser.

Informant 1. beskriver det slik:

«Jeg kan savne den forståelsen for at det sikkert er lange ventelister på kommunal bolig, og at det ikke er sikkert den kommer på plass tidnok. Så kvier jeg meg for å svare, for jeg skjønner jo at det er et svar folk ikke vil bli fornøyde med.»

Av sitatet en tenke at informanten har en forforståelse om at TSB ikke har forståelse for kommunens manglende ressurser. Manglende ressurser hos kommunen er ikke et nytt fenomen, og at manglende ressurser kan være en årsak til et utfordrende i samarbeid mellom kommune og TSB fremkommer også i Hanssen og Henriksens (2020) undersøkelse av samarbeidet mellom kommune og TSB. At manglende ressurser og mangel på

gjensidighetskunnskap kan være belastende for samarbeid mellom kommune og spesialisthelsetjeneste fremkommer også av Danbolt og Kjønssbergs undersøkelse (2010).

Det synes som at det inngår i informantens forforståelse at hun til stadighet må forsvare kommunens rammer og ressurser ovenfor TSB, og at dette kjennes som en belastning. Dersom kommunalt ansatte har en forforståelse om at de til stadighet må forsvare egen organisasjon ovenfor ansatte i TSB, og ser på dette som en belastning, vil dette ifølge Lipsky (2010), kunne føre til unngåelse som mestringsstrategi; at kommunalt ansatte kvier seg, prøver å unngå å gå i møte med ansatte i TSB, og rett og slett unngå å samarbeide, så langt det lar seg gjøre.

I lys av dette er det kanskje ikke så rart at flere av informantene var opptatt av den positive effekten de mente det kan ha for samarbeidet, dersom ansatte i TSB viser forståelse for at saksbehandling av søknader ofte tar tid, og at kommunens ressurser er begrenset, og at dette ikke handler om mangel på velvilje fra informantenes side. En av informantene nevnte at det kan være hensiktsmessig for samarbeidet dersom ansatte i TSB, tidlig forbereder pasienten på lange saksbehandlingstider og få ressurser hos kommunen, og at TSB bistår pasienten med å søke støtte til økonomiske utgifter tidlig. En kan stille spørsmål ved om dette ønsket handler om å forskyve ansvaret for å gi «dårlig» informasjon til pasienten, eller å fordele ansvaret for det. Det kan også tenkes at informanten har et behov for at TSB står sammen med kommunen for å forsvare manglende ressurser, til tross for at dette ikke er TSBs ansvar.

Informant 3. beskriver det slik:

«Jeg tenker at TSB kanskje kan være litt mer pålogget, og ikke bare si til oss at han trenger bolig, men kanskje være litt mer aktivt inne, for eksempel ved å bistå pasientene med å søke kommunal bolig. Jeg sier ikke at de ikke gjør det, men at det kanskje kan bli litt mer systematisk»

En kan sette dette sitatet inn konteksten med tidligere nevnte reformer som samhandlingsreformen og rusreformen. Gjennom disse reformene, er det som nevnt blitt laget et tydelig skille mellom spesialisthelsetjenesten, og kommunens rolle og ansvarsoppgaver når det gjelder oppfølging av mennesker med en rusmiddelavhengighet. På bakgrunn av dette kan en tenke at informanten opplever at denne organiseringen av tjenester ikke tjener pasienten/brukeren og samarbeidet mellom TSB og kommune spesielt godt. Det fremkommer også at hun godt kunne tenkt at TSB tok et større ansvar når det gjelder bistand til etablering av bolig.

En mulig fortolkning av sitatet kan være at informanten ikke trives i rollen som «boligforvalter», og at ønsket om at ansatte i TSB kan være litt mer aktivt inne, også handler om at informanten ikke ønsker å stå alene i denne rollen da dette kan oppleves som vanskelig i møte med pasienten. I lys av Lipskys (2010) teori om bakkebyråkratenes tendenser til å unngå ubehagelige arbeidsoppgaver, kan en her tenke at informanten kan ønske seg en medsamsvoren i den ansatte i TSB, slik at formidlingen om manglende bolig, ikke utelukkende fører til at informanten blir den «store stygge ulven».

Informant 5. beskriver det slik:

«(...) De institusjonene som er tydelige med klientene på at, du kan ikke kreve det og det, for det kommer du ikke til å få, og det er ikke urimelig (...) Fremfor de stedene jeg opplever at institusjonen er mer advokat for klienten, koste hva det koste vil. Men så hjelper jo ikke det, hvis vi likevel ikke har en ledig bolig, hvis det er det som ønskes.»

Med utgangspunkt i Lipsky (2010) argumenterer Berg (2015) for at som ansatt i en organisasjon, har bakkebyråkratene et lojalitetsbånd og forpliktelse til den organisasjonen de er ansatt i. Dette kan bidra til en forståelse av at kommunalt ansatte informanter i denne undersøkelsen, har erfart en følelse av utilstrekkelighet og mangel på forståelse i møte med ansatte i TSB. Informantenes forforståelse om at de må forsvare den organisasjonen de jobber i kan oppleves som en belastning for samarbeidet. Eller som Brodtkin (2012) tolker Lipskys teori; at informantene her kan oppleve at kommunen som organisasjon og dens organisering og prioritering, kan få negative konsekvenser for hvordan informantene opplever å kunne gjennomføre tildelte arbeidsoppgaver, og at dette oppleves som en belastning i samarbeidet med ansatte i TSB.

Dersom en studerer samarbeidet i lys av nevnt kontekst, slik en kan gjøre ved å benytte seg av Breit og Andreassens (2020) vide blikk, kan en tenke at kommunen og TSB har noe ulikt utgangspunkt når de går inn i samarbeidet, og at informanten har en opplevelse av at TSB ikke tar høyde for de faktiske forhold i kommunen når de ytrer pasientens behov. Dersom det er manglende gjensidighetskunnskap mellom kommune og TSB som tjenestenivåer kan dette få konsekvenser for rolleforståelsen i samarbeidet. Dersom rolleforståelsen i et samarbeid ikke er til stede, vil dette ifølge Breit og Andreassens (2020) mikroblikk kunne føre til et konfliktfylt samarbeid. Med dette kan en si, at konteksten for samarbeidet kan få konsekvenser for hvordan individene som samarbeider opplever det enkelte samarbeid.

5.2. «Vi er avhengig av reelle fakta om hvordan det faktisk går»- om ansattes erfaringer med informasjonsflyt mellom kommune og TSB

Et annet tema som pekte seg ut i analysen var «Informasjon». Av intervjuene synes det at informantene opplever å få tilstrekkelig med informasjon fra ansatte i TSB når det gjelder pasientens boligsituasjon, økonomiske situasjon og hvilke tiltak pasienten er i, eller kunne tenke seg inn i. Informantene forteller at de opplever denne informasjonen som nyttig og nødvendig i samarbeidet med TSB. Det fremkommer at informasjon om bolig og økonomi er informasjon informantene er vant til å få fra ansatte i TSB, og at de opplever at det er en slags felles forståelse mellom kommune og TSB at kommunen trenger denne informasjonen.

Informant 2. beskriver det slik:

«Bolig og økonomi, og når jeg sier økonomi, så handler det nok om at Nav driver med økonomi, så det er ikke noe rart i det hele tatt. Men jeg kan nok oppleve at økonomi til tider går foran alt annet, men det gjør jo ofte det i livet til en person, det gjør det for oss alle. Er ikke den på plass, så blir det vanskelig, så det er jo naturlig. Økonomi går foran alt»

Dersom en ser dette i lys av Breit og Andreassens (2020) vide blikk, og tenker på konteksten samarbeidet inngår i, som i dette tilfellet har blitt belyst av tidligere nevnte reformer, kan en her tenke at når det gjelder bolig og økonomi, har kommunen også før nevnte reformer hatt ansvaret for å følge opp mennesker med en rusmiddelavhengighet (Ervik & Biong, 2012), og bolig og økonomi er ikke et nytt fenomen som kommunen må forholde seg til. Det ser også ut til at informanten har stor forståelse for hvorfor TSB er opptatt av å ivareta pasientens bolig- og økonomiske situasjon, og at denne informasjonen oppleves som nyttig og nødvendig. Ser en dette gjennom Breit og Andreassens (2020) mikroblikk ser det ut til at informanten har full forståelse for hva som ligger bak denne informasjonsdelingen, og hvorfor TSB anser kommunen som en viktig samarbeidspartner for pasientens rehabilitering hva gjelder bolig og økonomi. Slik jeg leser sitatet fremkommer det likevel at informanten nok kan oppleve at informasjon om økonomi er rådende når det gjelder hvilken informasjon ansatte i TSB gir videre til kommunen.

Dersom en ser denne forståelsen i lys av tidligere drøftet tema forforståelse, hvor informantene hadde en forforståelse om at TSB kom med krav og opplevdes som en slags advokat for pasienten, kan en her tenke at dersom kommunen får informasjon om bolig og økonomi tidlig, oppleves denne informasjonen som nyttig og ikke som krav. Dersom denne

informasjonen kommer som et krav fra ansatte i TSB, og i tillegg med korte tidsfrister (av typen; han blir utskrevet neste uke, har ingen inntekter og må ha en bolig) kan denne informasjonen oppleves som hemmende for samarbeidet, og kan føre til at tjenestenivåene blir satt opp imot hverandre når kommunens ressurser ikke er kompatible med TSBs ønske for pasienten.

Det fremkom av intervjuene at informantene opplevde å få mangelfull informasjon fra TSB vedrørende pasientens fungering i behandling. Dersom en ser dette i lys av helhetsperspektivet (Hansen et al., 2017) en sosialarbeider skal inneha, kan en tenke at informantene i denne undersøkelsen etterlyser annen informasjon enn kun det økonomiske, nettopp for å kunne ivareta helhetsperspektivet for den enkelte pasient.

Informant 5. beskriver det slik:

«Jeg tenker vi er avhengige av reelle fakta om hvordan det faktisk går, for det er jo ofte de som kjenner klienten best (...) Så egentlig så mye informasjon som mulig, og også om hva TSB tenker pasienten trenger videre»

«Trenger han følge til tannlegen? Har man snakket med pasienten om dette? Hvordan han skal klare å fullføre tannbehandlingen? Trenger han at noen bestiller time til han og henter han? Eller klarer han det selv? Sånne ting. Det kan gjelde alt mulig, somatikk, få gått i banken, snakket om økonomi og nettverk»

Her ser vi det motsatte av det som kom frem når det gjaldt informantenes opplevelse av informasjonsflyt som omhandlet bolig og økonomi. Det ser ut til at informanten opplever å få mangelfull informasjon fra TSB vedrørende pasientens faktiske fungering i behandlingen og hvilke tiltak TSB tenker kommunen bør sette i gang i etterkant av behandlingen.

En kan tenke at opplevelsen av mangelfull informasjon vedrørende pasientens fungering i behandling er en konsekvens av rusreformen hvor rusbehandlingen ble flyttet fra kommunen til spesialisthelsetjenesten. Denne organisatoriske endringen hvor også hver enkelt kommune er organisert ulikt, kan ha ført til at TSB ikke er klar over eller har oversikt over kommunens oppgaver hva gjelder oppfølging av mennesker med en rusmiddelavhengighet. Dette underbygges av Fjær (2011), som beskriver at den organisatoriske løsningen med rusreformen, blant annet utfordret målet om å skape sammenheng mellom tjenestene.

Rusreformen kan ha bidratt til at ansatte i TSB tenker annerledes rundt kommunens rolle i samarbeidet enn kommunen selv. Uavklarte roller og ansvarsoppgaver kan være en utfordring

når det gjelder å skape en sammenheng og informasjonsflyt mellom tjenestene, og dette kan igjen få konsekvenser for det opplevde samarbeidet på tvers av tjenestenivåene (Breit & Andreassen, 2020).

Det fremkommer av intervjuene at informantene ønsker seg mer informasjon angående fungering i behandling og andre livsområder, som nettverk, boevne og sosial fungering. Det kan se ut til at informantene ønsker denne informasjonen fordi de mener den kan bidra konstruktivt inn i etableringen av et ettervernstilbud i kommunen.

Informant 1. beskriver det slik:

«Litt sånn observasjon om fungering og sånn kanskje. Det lurer jeg veldig ofte på. Hvor dårlige er de egentlig. Er de så dårlige som jeg har tenkt, eller er de ikke det. Også er det jo veldig hyggelig å høre når de begynner å gå på skole og sånn da»

Ser en dette sitatet i lys av teori om sosialt arbeid (Hansen et al., 2017), kan en tenke at informantene ønsker seg denne informasjonen, nettopp for å kunne ivareta helhetsperspektivet for den enkelte pasienten og egen relasjonskompetanse (Hansen et al., 2017) når det gjelder det videre samarbeidet med pasienten etter endt døgnbehandling, og at dette kan være viktig for å styrke det videre ettervernet i kommunen.

En kan også tenke at behovet for informasjon om pasientens fungering i behandling springer ut av samhandlingsreformens (St.meld. nr. 47 (2008- 2009)) føringer for rusomsorgen i kommunen. Med samhandlingsreformen fikk kommunene et økt ansvar for denne gruppen og kommunen fikk i oppgave å redusere fragmenteringen av tjenestene. Dette skulle blant annet gjennomføres gjennom et lovpålagt tettere samarbeid mellom aktørene i helse og omsorgstjenestene (Helse- og omsorgstjenesteloven, 2011). I samhandlingsreformen (St.meld. nr. 47 (2008- 2009)) påpekes det videre at kommunene må være store nok til å kunne håndtere den økonomiske og faglige risikoen som desentraliseringen i helse- og omsorgstjenesten innebærer, og kommunene fikk en nøkkelrolle som bindeledd mellom spesialist- og kommunehelsetjenesten (Kassah et al., 2014). En kan med dette også lure på om kommunene har fått tildelt nok ressurser til å ivareta disse oppgavene.

Av samhandlingsreformen ser vi altså at kommunens oppgaver økte betraktelig, og en kan lure på hvordan og hvilke konsekvenser dette kan ha hatt for samarbeidet og informasjonsflyten mellom kommune og TSB. Som en konsekvens av samhandlingsreformen ble antallet heldøgns plasser til rusbehandling redusert med nesten 10% fra 2010 til 2014.

Denne reduseringen har ikke blitt kompensert med en tilsvarende styrkning av tilbudet i kommunene, og nesten 70% av kommunene har bare i liten grad økt antall årsverk på rus- og psykiatriområdet. Under halvparten av kommunene uttaler at samarbeidsavtalene mellom helseforetakene og kommunen bidrar til å klargjøre oppgave- og ansvarsfordelingen hva gjelder rusomsorg, og det foreligger en betydelig risiko for at pasienten ikke får helhetlig og koordinert behandling (Riksrevisjonen, 2016). Av dette kan en se at ressurser kan være en faktor som kan påvirke samarbeidet mellom kommune og TSB.

Mangel på ressurser er en uttalt utfordring i norsk kommunal rusomsorg (Mathiesen, 2015), og manglende ressurser kan føre til overbelastning for den enkelte tjenesteyter, og gå på bekostning av tilbudet til tjenestemottakeren (Lipsky, 2010). Lipsky (2010) beskriver at en konsekvens av overbelastning kan være at bakkebyråkratene har utfordringer med å innhente nyttig og viktig informasjon rundt den enkelte pasient (Lipsky, 2010). Ettersom vi vet at ressurser er en mangelvare i kommunal rusomsorg kan en tenke at også informantene i denne undersøkelsen også er preget av dette. Det fremkommer at informantene i denne undersøkelsen har et høyt arbeidspress og ikke har mulighet til å innhente all nødvendig informasjon, og at de ser det som nødvendig for et godt samarbeid at TSB bidrar til å dele denne informasjonen med kommunen.

Informant 3. beskriver det slik:

«Jeg sitter jo langt unna (...) Også ser vi jo erfaringsmessig at det er vanskelig for folk med aktiviteter, de kan si de vil ha aktiviteter, men gjør egentlig ikke noe for det når de er i behandling, og dette blir ikke adressert til kommunen»

Her ser vi at informanten på bakgrunn av erfaring og kompetanse, vet at aktiviteter ofte kan være utfordrende å gjennomføre for brukere etter endt døgntil behandling. På bakgrunn av dette ønsker informanten realistisk informasjon fra ansatte i TSB for å kunne bidra til å hjelpe pasienten med dette når hun eller han skal etablere seg i kommunen. Av sitatet fremkommer det også at informanten ikke har mulighet til å dra å besøke alle pasientene som er innlagt i TSB, blant annet på grunn av lang reisevei, og hun er avhengig av at informasjon vedrørende den enkelte pasient blir gitt fra TSB for å kunne følge dette opp. Av intervjuene synliggjøres det også at informantene har en forståelse av at ansatte i TSB ofte kjenner pasienten best, og at det på bakgrunn av dette også er naturlig at TSB tar kontakt for å dele informasjon som er nødvendig for å etablere et godt ettervern i kommunen.

Informant 4. beskriver det slik:

«Jeg tenker jo at når du har vært i TSB en god stund, så kjenner jo de pasientene ekstra godt, også med tanke på hvordan de fungerer og hva som er utfordrende. De ser liksom hvor skoen trykker. Så da er det fint om TSB kan si noe om hva de tenker er viktig videre, og at de da har realistiske forventninger til hva som er mulig å få til, og at man får muligheten til å avklare dette tidlig, slik at kommunen får mulighet til å få i gang noe som er bra»

Her ser vi at informanten har en forståelse av at TSB har mye og nyttig informasjon som vil komme pasienten til gode dersom TSB deler dette med kommunen. Videre fremkommer det at informanten har erfaring med at det er viktig for kommunen å få denne informasjonen tidlig for å ha mulighet til å etablere tiltak tidnok for pasientens utskrivelse fra TSB. En kan tenke at dette handler om informantens kompetanse vedrørende velferdsapparatet (Hansen et al., 2017) og kommunens organisering, og at informanten på bakgrunn av denne kompetansen, vet hvilken informasjon som må deles og opplyses om for at pasienten skal få godt tilpassede tiltak i kommunen.

Ser en dette i lys av Lipskys (2010) teori om bakkebyråkratene, kan en tenke at rolleavklaringen vedrørende informasjonsflyt oppleves som helt nødvendig for informanten. Ettersom bakkebyråkrater ofte er overarbeidet og har utfordringer med å få endene til å møtes, kan en tenke at en tidlig rolleavklaring vedrørende informasjonsdeling kan bidra til å skape tydeligere rammer for samarbeidet, samt avklare hvilke forventninger ansatte i TSB har til informanten og omvendt.

På bakgrunn av intervjuene kan det se ut til at informantene opplever å få god informasjon fra ansatte i TSB når det gjelder økonomiske aspekter og bolig, men mangelfull informasjon når det gjelder andre aspekter i pasientens liv, som fungering i behandling, boevne, sosialfungering og aktiviteter. Det synes også at jo tidligere kommunen får informasjon fra TSB jo bedre oppleves samarbeidet.

I lys av kunnskapsgrunnlaget og teorien som har blitt brukt i denne drøftingen, kan en tenke at opplevelsen av mangelfull informasjon springer ut av at ansatte i TSB har en forståelse av kommunalt ansattes rolle i samarbeidet, og at denne forståelsen ikke stemmer over ens med kommunalt ansattes egne rolleforståelse og omvendt. En kan stille spørsmål om denne forståelsen av roller kan få konsekvenser for informasjonsflyten mellom kommune og TSB. Videre kan en lure på om den uklare rolleforståelsen er en konsekvens av nevnte politiske

reformer, til tross for at nevnte reformer har hatt som hensikt å tydeliggjøre og skille i ansvarsoppgavene mellom kommune og spesialisthelsetjeneste.

5.3. «Når samarbeidet er godt, er det veldig enkel kommunikasjon mellom oss og institusjon»- Om opplevelsen av samarbeid med ansatte i TSB

Temaet «samarbeid» utpeker seg som sentralt for analysen. Det fremkommer av intervjuene at informantene jevnt over opplever det generelle samarbeid med ansatte i TSB som godt. Jeg finner dette interessant med tanke på tidligere drøftede temaer, hvor det blir løftet opp utfordringer rundt samarbeidet, og at dette legges på manglende ressurser, ulike rolleforståelser og manglende informasjonsflyt.

Det som blir løftet opp som faktorer som styrker det generelle samarbeidet mellom kommune og TSB i denne undersøkelsen er informantenes opplevelse av å enkelt komme i kontakt med hverandre.

Informant 3. beskriver det slik:

«Det er ikke noe problem å få kontakt, det er ikke noe problem å få til møter. Og det er viktig å si; Det er ikke bare jeg som tar kontakt. Det er også TSB. Vi har mailadressene til hverandre, så vi setter opp møter og snakker sammen, både under møtene og underveis (...) Jeg tenker jo at grunnlaget for at vi har et godt samarbeid er at vi møtes jevnlig og snakker sammen, og at vi har lett tilgang på hverandre»

Flere av informantene beskriver at samarbeidsmøter er en viktig kilde til et godt samarbeid med ansatte i TSB, og at de opplever at TSB gjør sin del når det gjelder å innkalle til ansvarsgruppemøter. Bakgrunnen for at informantene opplever samarbeidsmøter som nyttige for samarbeidet, handler om at en på samarbeidsmøter får utvekslet nyttig informasjon som kan bidra til en tydelig rolleavklaring og ansvarsfordeling. Det fremkommer av flere av informantene at ansvarsfordeling og rolleavklaring er viktig for et godt samarbeid med TSB.

Informant 2. beskriver det slik:

«Det er veldig sjeldent jeg opplever at samarbeidet ikke blir bra til slutt, men jeg kan oppleve at begynnelsen på samarbeidet kan være utfordrende, og det er nok fordi vi ikke har fått rolleavklart ennå. Hvis vi ikke rekker en rolleavklaring og en av oss bare begynner å jobbe med noe før vi har fått snakket ordentlig sammen, da kan samarbeidet oppleves som vanskelig»

Samarbeidet mellom kommune og TSB oppleves som godt når arbeidsoppgaver og rolleavklaringer blir tydelig allerede tidlig i samarbeidet. Så kan en spørre om samhandlingsreformen og rusreformen, har lagt opp til et slikt samarbeid, eller om den evige omorganiseringen av tjenester innen helsesektoren har ført til et uoversiktlig kaos, hvor tjenesteyterne i både stat og kommune har utfordringer med å orientere seg mellom de ulike tjenestene som blir levert av de ulike tjenestenivåene. Tiltakene i samhandlingsreformen (St.meld. nr. 47 (2008- 2009)) er rettet mot hvordan oppgavene skal fordeles mellom spesialisthelsetjenesten og primærhelsetjenesten. Til tross for dette har samhandlingsreformen blitt kritisert for manglende fokus både på yrkesutøver og pasient (Vik, 2018).

Ser en sitatet over i lys av dette og Breit og Andreassens (2020) mikroblikk, kan en tenke at informanten er opptatt av tidlig rolle og ansvarsavklaring for å unngå misforståelser, og at tidlig avklaring bidrar til å styrke den positive opplevelsen av samarbeidet med TSB.

Dette fremkommer også av tidligere forskning hvor blant annet Vik (2018) synliggjør at vellykket samarbeid på tvers av tjenester gjerne beskrives i sammenheng med ansikt- til ansikt relasjon, og teamarbeid. Videre argumenterer Vik (2018) for at et godt samarbeid også kjennetegnes av en likhetstankegang og gjensidighetskunnskap.

Denne opplevelsen av hva som er et godt samarbeid fremkommer også av denne undersøkelsen, og informant 1. beskriver det slik:

«Når samarbeidet er godt, så er det veldig lett og enkel kommunikasjon mellom oss og institusjon. Det har vært jevnlig møter, som har gjort at vi får mye og tilstrekkelig informasjon tidsnok»

Her ser en at informanten opplever samarbeidet med TSB som godt når begge parter klarer å sette av tid til hverandre for å dele nødvendig og nyttig informasjon. Pedersen (2021) beskriver at tid er et paradoks når det gjelder samarbeid. Til tross for at samarbeid ofte er motivert av å spare tid, anses samarbeid i seg selv som tidkrevende. Pedersen (2021) argumenterer for at samarbeid krever mye av de ansatte i de ulike tjenestene og at det i liten grad er forsket på hvordan organiseringen av tid virker inn på samarbeidet mellom tjenestene. Jeg finner dette interessant ettersom utilgjengelighet, sektorbasert målstyring, organisering og tidspress, av tidligere forskning trekkes frem som dimensjoner som virker hemmende på samarbeid mellom velferdstjenester (Pedersen, 2021).

At et godt samarbeid preges av en avklart rolleforståelse, ansvarsfordeling og tid fremkommer også i denne undersøkelsen og informant 1. beskriver det slik:

«Så har andre blitt invitert med i møter, men ikke jeg. Akkurat som at de glemmer oss litt. Jeg tror også mange tenker at Nav ikke har tid, eller ikke vil fordi de prioriterer andre ting. Men så er det jo akkurat det man trenger, å være med. Jeg har veldig lyst til å være med på sånne møter, for det er jo en av de tingene som gjør saksbehandlingen litt morsommere»

I lys av tidligere nevnt forskning hvor ansikt-til-ansikt samarbeid, relasjoner og teamarbeid blir sett på som nyttig for et godt samarbeid, kan en her tenke at informanten opplever at hennes rolle som Nav-ansatt ikke har blitt tatt på alvor av ansatte i TSB, og at dette på mikronivå (Breit & Andreassen, 2020) kan føre til at informanten ikke opplever at hennes rolle i samarbeidet har betydning for TSB.

Nødvendigheten av å bli inkludert av TSB fremkommer hos samtlige av informantene når det gjelder å få til et godt samarbeid. Det synliggjøres gjennom intervjuene at flere av informantene har opplevelser av at TSB ikke inkluderer kommunen, noe samtlige av informantene opplever som vanskelig for sitt videre arbeid med brukeren når han eller hun skal tilbake til kommunen.

Informant 3. beskriver det slik:

«Ofte er det ansvarsgruppemøter, også vet jeg egentlig ikke så mye om det som skjer utenfor møtene, i mange tilfeller, og det er jo klart at man da i mange tilfeller kan bli overrasket når man kommer på møter og hører hva som skjer eller ikke skjer, og at ting ikke har blitt formidlet»

Vik (2018) argumenterer for at likhetstankegang er viktig for en opplevelse av et godt samarbeid på tvers av tjenestenivåer i helsesektoren. Dersom en har med seg dette og husker på helhetsperspektivet og systemkompetansen Hansen, Solem og Nybø (2017) argumenterer for at enhver sosialarbeider bør inneha, kan en tenke at informanten i sitatet over ikke opplever at hun får muligheten til å bidra inn i samarbeidet med egen kompetanse.

Dette kan igjen minne om den «ovenfra og ned» holdningen Olsen et al., (2015) og Hanssen og Henriksen (2020) synliggjør i sine undersøkelser av samarbeid på tvers av tjenester innenfor psykisk helse og rusomsorg. Det er altså et kjent fenomen at kommunalt ansatte kan oppleve at ansatte i TSB ikke alltid ser på kommunen som en likeverdig samarbeidspartner, og en kan spørre seg om organiseringen av tjenestene kan ha noe med dette å gjøre.

I Danbolt og Kjønssbergs (2010) undersøkelse blir det trukket frem at profesjoner på tvers av forvaltningsnivåene kommune og spesialisthelsetjeneste har en felles opplevelse av at disse forvaltningsnivåene er to ulike verdener. Vik (2010) synliggjør at det muligens ligger en maktbalanse til grunn for denne opplevelsen, og at denne springer ut i at spesialisthelsetjenestens medisinske behandlingslogikk har forrang for kommunens helse- og sosiale tjenester. Videre beskriver Vik (2018) at denne opplevelsen forsterkes av at spesialisthelsetjenesten stiller urimelige krav i forhold til de ressurser og kompetanse som befinner seg i kommunene.

I likhet med tidligere undersøkelser fremkommer det av oppgavens analyse at tilsynelatende enkle grep som inkludering, rolleavklaring og ansikt-til-ansikts møter er elementer som bidrar til å styrke samarbeidet mellom ansatte i kommunen og ansatte i TSB, og at tid er nødvendig for å få til dette. Det kommer også frem at fravær av nevnte elementer kan gjøre samarbeid på tvers av disse forvaltningsnivåene utfordrende. Flere av informantene i denne undersøkelsen opplyser at de ofte har mye å gjøre, og at det ikke *alltid* er enkelt å opprette kontakt.

Informant 3. beskriver det slik:

«Da kunne de jo ringt meg og sagt det, men det er jo klart, de får aldri tak i meg, jeg er jo alltid opptatt. Så jeg må jo stole på at den behandlingen som skjer er god. Men jeg ber bare om litt mer pålogging når det gjelder oppdateringer underveis»

I lys av sitatet over, ser en hvordan Pedersens (2021) perspektiv på tid kan spille en stor rolle for samarbeid, og at tid kan være en utfordring hos begge parter i samarbeidet. Dersom en ser tid som en ressurs vil dette være en fin overgang til neste avsnitt hvor jeg skal se tidligere drøfting opp imot politiske føringer og undersøke hvordan disse preger samarbeidet mellom kommune og TSB.

5.4. «Jeg har egentlig lyst til å si før og etter pakkeforløpet jeg da»- Intervjuene i lys av politisk kontekst og tidligere forskning

Jeg vil nå se sette funn fra drøftede temaer inn i oppgavens politiske kontekst.

5.4.1. *Hvorfor Reformer?*

Sørhaug (2003) beskriver at reformer er en indirekte styringsform, og at politikken med reformer forsøker å drive frem ønsket utvikling gjennom å forandre rammebetingelsene. Men vil samhandlingen på tvers av tjenester i helsesektoren styrkes kun ved å endre rammebetingelsene for helsesektoren og samarbeidet mellom disse? Hva med forståelsen på tvers av de ulike forvaltningsnivåene, har de ulike forvaltningsnivåene blitt tildelt flere ressurser for å sikre samhandling? Blir det i reformene tilrettelagt for samhandlingen som ønskes? Sørhaug (2003) tydeliggjør at reformer kan ses på som et forsøk på å designe en ønsket virkelighet gjennom å skape og forme rammene rundt. Reformpolitikk handler om å konstruere sammenhengende sosiale systemer av regler, verdier og strategier, som skal levere ønskede resultater. Samarbeid og sammenhengende tjenester har som nevnt vært et område som har fått mye fokus fra politikken hold de seneste tiårene og ønsket om en forbedring har kommet til syne gjennom flere ulike reformer for organisering av tjenester. Til tross for dette virker ikke samhandling på tvers av kommune og spesialisthelsetjeneste å være tilfredsstillende.

Med dagens reformstyring gis de ulike utøvende nivåene større frihet til å selv velge hvordan de skal nå definerte mål, noe som innebærer at de skal lage planer for hvordan målene skal oppnås, og planene blir premissene for virksomhetens budsjett (Sørhaug, 2003). Sørhaug (2003) beskriver at det overordnede nivået, altså staten, kan derfor nøye seg med å kontrollere at underordnede enheter (Helseforetak og kommuner), oppnår sine mål. På bakgrunn av dette må det utvikles prosedyrer for rapportering av måloppnåelse, noe som forutsetter målbare mål. Målstyring setter dermed en indikator og rapporteringsproblematikk som vil følge hele reformpolitikken. Kan tjenestenivåenes frihet til organisering og måloppnåelse føre til et manglende overblikk for hvordan tjenester organiseres for dens samarbeidspartnere? Er NPM med målstyringstankegangen forenelig med den psykososiale tankegangen om hva mennesker i sårbare situasjoner trenger? Er dette forenelig med sosialarbeiderens helhets og relasjonsperspektiv? Eller fører denne målstyringstankegangen til overarbeidede sosialarbeidere som ikke har overskudd eller tid til den mye omtalte samhandlingen på tvers av tjenestenivåer?

5.4.2. *Rusreformen- Spesialisering til besvær?*

Gjennom drøftingen og analysen av temaet forforståelse fremkommer det at informantene har en forforståelse om at TSB har liten forståelse for hvordan tjenestene i kommunen er organisert og liten forståelse for kommunens rammer og ressurser. Dersom en ser denne forforståelsen i lys av rusreformen (Helsedepartementet, 2004), kan en spørre seg om denne forforståelsen springer ut av at ansvaret for behandling av mennesker med en rusmiddelavhengighet etter rusreformen ble overført fra kommunen til staten. Kan dette ha ført til at ansatte i TSB har mindre forståelse for kommunens rolle i dette samarbeidet, og kun ser på kommunen som en slags boligforvalter og lommebok for pasientene? Det fremkommer av undersøkelsen at informantene opplever rolleavklaring som viktig og Informant 2. beskriver det slik:

«Fra min side handler rolleavklaringen like mye om å utforske hvor mye forforståelse, og hvor mye er det du egentlig er kritisk til på Nav, i forkant før vi har begynt å samarbeide. Vi som jobber i Nav, er avhengig av at TSB ikke har en forforståelse av at «dette kommer til å bli slitsomt» og det opplever vi»

Her ser vi at informanten har erfaring med at TSB kan gå inn i samarbeidet med kommunen med en innstilling om at det kommer til å bli et utfordrende samarbeid. Dersom en går tilbake og ser på hensikten med rusreformen syns jeg dette er interessant. Hensikten med rusreformen var å styrke tilbudet til mennesker med en rusmiddelavhengighet, og det generelle tilbudet til mennesker med en rusmiddelavhengighet har bedret seg betraktelig i spesialisthelsetjenesten siden rusreformen (Nesvåg, 2014). Men har rusreformen bidratt til et styrket samarbeid mellom kommune og TSB? Nesvåg (2014), argumenterer for det ser ut til at kunnskapen om hva god kontinuitet på tvers av tjenester har å si for den samlede behandlingskvaliteten har blitt borte på veien. I lys av sitatet over, kan en som ansatt i TSB godt kjenne seg igjen i Nesvågs (2014) skildringer av samarbeid på tvers av tjenester, og en kan lure på om rusreformen egentlig bidro til et styrket samarbeid mellom kommune og TSB, eller om den kun bidro til et styrket tilbud til mennesker med en rusmiddelavhengighet innad i TSB, og om kommunen som en følge av rusreformen kom ut som den tapende part.

Hensikten med rusreformen (Helsedepartementet, 2004) var som nevnt å styrke tilbudet til mennesker med en alvorlig rusmiddelavhengighet, og tanken med å overføre ansvaret fra kommunen til spesialisthelsetjenesten handlet om at denne gruppen nå skulle få flere og bedre tilpassede spesialiserte tjenester. Dahl (2014) argumenterer for at mer spesialisering og stadig utvikling av spesialkompetanse har gått utover hensynet til samarbeid og helhet. Videre

tydeliggjør Dahl (2014) at avgrensning eller fordypning lett kan føre til hindringer for utveksling mellom spesialistområdene gjennom ensidig fokus på eget spesialfelt. En kan tenke at dette kan være en av grunnene til utfordringen knyttet til samarbeid mellom kommune og TSB. Nesvåg (2014) argumenterer for at dagens organisering av tjenester i rusomsorgen, aktivt bidrar til å skape brudd kontinuiteten mellom tjenestene og han tydeliggjør at det er statlige og regionale helsemyndigheter som må legge til rette for denne tjenesteutviklingen.

5.4.3. Samhandlingsreformen. En samarbeidsreform eller en ansvarsoverførings reform?

Når det kommer til samhandlingsreformen, var hensikten med denne å i større grad sikre samarbeidet mellom spesialisthelsetjenesten og kommunen. Med samhandlingsreformen påhviler det kommunene et stort praktisk og økonomisk ansvar for behandling av pasientene, som sykehuset tidligere tok ansvar for (Karlsen, 2015). Samhandlingsreformen var en ambisiøs reform som hadde som overordnet hensikt å skaffe kontroll over og begrense kostnadsveksten i spesialisthelsetjenesten. Med dette skyver reformen deler av ansvaret for helsehjelpen til kommunene. For å sikre at kommunene tar dette ansvaret ble det utformet skriftlige avtaler mellom sykehusene og kommunene, og kommunen ble pålagt et betydelig økonomisk og praktisk ansvar (Karlsen, 2015). Karlsen (2015) argumenterer for at samhandlingsreformen i praksis innebærer at spesialisthelsetjenesten skal spesialiseres enda mer, og at kommunehelsetjenesten skal overta sykehusoppgaver og at kommunene skal betale deler av utgiftene til sykehusene. Karlsen (2015) tydeliggjør at reformen ser mer ut som en oppgavefordelingsreform enn en samhandlingsreform.

At samhandlingsreformen er mer en oppgavefordelingsreform enn en samhandlingsreform syns jeg fremkommer av intervjuene jeg har gjort. Det fremkommer også som Dahl (2014) er inne på at økt spesialisering i TSB kan ha gått utover samarbeidet med kommunen.

Samtlige av informantene var opptatt av å få rolleavklart så tidlig som mulig for å få fordelt arbeidsoppgaver. Slik jeg ser det var informantene opptatt av at denne rolleavklaringen skulle gjøres tidlig fordi kommunen ofte bruker en del tid på å etablere tiltak og finne en bolig som er godt nok tilpasset. Samtidig fremkommer det at denne rolleavklaringen er nødvendig fordi kommunen ofte har manglende ressurser, spesielt når det gjelder kommunale boliger. En kan jo tenke at dette behovet for tidlig rolleavklaring kan ha utspring i at kommunen er vant til at TSB ikke alltid har så stor forståelse for kommunens rammer og ressurser, og at det på

bakgrunn av dette er ekstra viktig for de ansatte i kommunen å ha god tid på å løse de oppgavene som er tildelt.

Informant 4. beskriver det slik:

«Ja, det er jo ofte et spørsmål. Hva gjør vi? Vi har ikke bolig, hva skal vi gjøre nå? Og da er det jo på en måte å finne ut, tenke litt sammen. Hva er best her? Men jeg tenker jo at for mange av våre brukere, så er bolig et kjempespørsmål fordi egnede boliger er ikke så lett å finne. Det er en mangelvare. Vi ser det også hos oss. Vi har en del kommunale boliger, men de er ofte samlokaliserte og i veldig belastede områder. Jeg tenker at når du kommer fra behandling, da er du rimelig skjør. Og det å bli plassert i en kommunal blokk, det er ikke det jeg som fagperson har mest lyst til. Så det syns jeg er veldig utfordrende»

Her ser vi at informanten opplever manglende ressurser hos kommunen som en utfordring i sitt arbeid med brukeren/pasienten. I lys av Lipskys (2010) teori om bakkebyråkrater tenker jeg at det her kommer tydelig frem at informantens ønsker og faglige vurderinger rundt brukerens beste, ikke er forenelige med kommunens ressurser, og at dette oppleves som belastende for informanten. Informanten blir her dratt imellom rollen som hjelperen og den som skal forvalte de politiske føringene.

Med begrepet bakkebyråkrat hevder Brodtkin (2012) at Lipsky kunne gjenvinne tillitten til offentlige ansatte ved å belyse de faktiske forholdene de jobber under. Hvordan ressurser påvirker gjennomføringsevnen, innstilling og arbeidsinnsats. Brodtkin (2012) argumenterer for at begrepet bakkebyråkrat kan synliggjøre hvordan politiske føringer får konsekvenser for offentlige ansatte og brukerne av offentlige tjenester.

I eksempelet over, ser en tydelig hvordan den offentlige boligpolitikken får konsekvenser for hvordan informanten kan utføre egne arbeidsoppgaver, og hun må nok mest sannsynlig, enten hun vil eller ikke, plassere brukeren/pasienten i en bolig som er lite egnet.

Med samhandlingsreformen ble mye av ansvaret for å følge opp mennesker med en alvorlig rusmiddelavhengighet overført fra staten til kommunen (Ytrehus, 2012), og det er store variasjoner mellom kommunene når det gjelder hva som finnes av tilbud og tjenester når det gjelder rusomsorg. I tillegg er det store variasjoner når det gjelder hvordan tjenestetilbudet er organisert i de ulike kommunene (Ytrehus, 2012). En forutsetning for et godt samarbeid mellom kommune og TSB er at de som deltar i samarbeidet unngår å gripe inn på hverandres arbeidsfelt, samtidig som de må anerkjenne hverandres kompetanse (Ytrehus, 2012). Med

kommunens ulike organisering kan en tenke at det ikke alltid er like lett for TSB å vite hvilke ressurser kommunen til den enkelte pasient har.

Med samhandlingsreformen (St.meld. nr. 47 (2008- 2009)) ble som nevnt mye av ansvaret for oppfølging av mennesker med en rusmiddelavhengighet overført til kommunen, og ressursene som fulgte med synes ikke å møte behovet for det nye ansvaret. En annen utfordring synes å være kommunens ulike organisering både med tanke på fordeling av midler og tjenestetilbud. Dette synes å ha gjort tilbudet til mennesker med en rusmiddelavhengighet mer uoversiktlig enn samordnet. På bakgrunn av dette kan en stille spørsmålet om samhandlingsreformen virkelig har styrket samarbeidet mellom kommune og TSB, eller om denne ansvarsreformen kun har ført til «flere kokker og mere søl» og mer spesialisering og mindre samarbeid.

5.4.4. Pakkeforløp og fremtiden

Innføringen av pakkeforløp for rus og psykisk helse er et forsøk på å «rydde opp i» eller «imøtekomme» samhandlingsreformens krav. Bakgrunnen for innføringen av pakkeforløp for rus og psykisk helse omhandler nettopp et ønske om bedre koordinerte tjenester på tvers av tjenestenivåene (Ådnanes et al., 2020). Det fremkommer av denne undersøkelsen at flere av informantene opplever at kontakten mellom kommune og TSB har blitt noe styrket etter at pakkeforløpet ble innført, og to av informantene oppgir at TSB tar raskere og oftere kontakt. Det fremkommer likevel at informantene opplever at denne kontakten springer ut av TSB har blitt pålagt å følge pakkeforløpets forløpstider, og at det handler mindre om det faktiske behovet for samarbeid mellom kommune og TSB.

Informant 2. beskriver det slik:

«Jeg opplever ofte at kontakten handler om et behov for å kunne krysse av på pakkeforløpet. Det opplevde jeg ikke før, men det kan hende det har gjort til at vi har et raskere samarbeid enn det vi hadde før. Det tror jeg nok. Men har det noe å si når samarbeidet egentlig kun inneholder å få krysset av noe på et pakkeforløpskjema? (...) Og ja, det kan du sitere meg på, for det mener jeg. Jeg syns det er trist at vi er så stolte av at nå er vi flinkere til å samarbeide raskere i behandlingsforløpet til pasienten, og så oppdage at det er jo fordi pakkeforløpet krever det. Så jeg syns det blir mer fokus på frister og mindre fokus på innhold»

Av Nasjonal helse- og sykehusplan (Meld. St. 7 (2019-2020)), fremkommer det at det for ofte oppstår svikt i overgangene mellom sykehus og kommuner, og at kommuner og sykehus opptrer som parter og ikke partnere. Videre fremkommer det at kommunene og sykehusene for sjeldent kjenner til hverandres utvikling av tjenester. Det gis uttrykk for at mye har blitt bedre siden samhandlingsreformen hvor samarbeidsavtaler og etablerte strukturer for samarbeid er blitt lagt. Samtidig viser det seg at samarbeidet mellom kommune og sykehus har vært orientert mot deling av ansvar og håndtering av økonomiske konsekvenser, og at dette kan ha bidratt til å flytte oppmerksomheten bort fra felles utvikling av bedre tjenester (Meld. St. 7 (2019-2020)). Det viser seg også at det har vært utfordrende å oppnå likeverdighet i samarbeidet mellom kommuner og helseforetak.

Jeg skal ikke gå videre inn på den Nasjonale helse- og sykehusplanen (Meld. St. 7 (2019-2020)), men den tydeliggjør likefremt at innføringen av samhandlingsreformen og rusreformen ikke har nådd reformenes mål, da det fortsatt foreligger store samarbeidsutfordringer og utfordringer knyttet til likeverd mellom kommune og sykehus. En av pasientgruppene som løftes frem (Meld. St. 7 (2019-2020)) og som har et stort behov for et styrket samarbeid på tvers av tjenestene, er som i tidligere nevnte reformer, fortsatt personer med alvorlige psykiske lidelser og rusproblemer.

I undersøkelsen *Traditions of research in community mental health care planning and care coordination: A systematic meta-narrative review of the literature* (Jones et al., 2018), fremkommer det, som nevnt at det internasjonalt, de siste seksti årene har vært et stort sprik mellom politikernes mål for koordinering og samarbeid på tvers av tjenester til mennesker med utfordringer knyttet til rus og psykisk helse og de faktiske forhold. Videre av undersøkelsen fremkommer det at forskningen på dette feltet er mangelfull. Dette fremkommer også som nevnt i norsk forskning hvor (Vik, 2018) og (Breit & Andreassen, 2020) tydeliggjør at forskningen på samarbeid på tvers av tjenester er preget av case-studier og deltagernes individuelle opplevelse av dette, og at det savnes forskning på samarbeid, som ser mer på organisatoriske faktorer som spiller inn.

Når dette er sagt, tenker jeg like fullt at funn fra tidligere forskning, som har studert utfordringer knyttet til samarbeid på tvers av tjenester er verdifull når det gjelder elementer både TSB og kommune bør ta med seg når de samarbeider med hverandre. Elementene jeg særlig blir opptatt av og som også fremkom av egen undersøkelse er at vellykket samhandling gjerne beskrives når det forekommer felles møtearenaer hvor man kan snakke sammen som fagpersoner, likhetstankegang og gjensidighetskunnskap. Disse elementene tenker jeg det bør

være mulig å ta med seg inn i samarbeidet på tvers av tjenester, uavhengig av hvordan tjenestene organiseres eller hvilke reformer som ligger til grunn for samarbeidet.

6. Konklusjon/ avslutning

Denne studien har undersøkt hvordan kommunalt ansatte opplever samarbeidet med TSB, og hva de ønsker at TSB kan bidra med for å styrke dette samarbeidet. Dette gjøres blant annet gjennom å se på samarbeidet slik det fremstår i intervjumaterialet, opp imot nevnte teoretiske perspektiver, faglig ståsted og helsepolitiske reformer og føringer. Ved å se på dette samarbeidet med en hermeneutisk tilnærming blir det belyst elementer som kan fremme og hemme samarbeid på tvers av tjenestenivåer i rusomsorgen. Studien tydeliggjør også hvordan politiske reformer og føringer kan ha fått konsekvenser for samarbeidet på tvers av kommune og TSB. Funn fra denne studien synliggjør og bekrefter nødvendigheten av et samarbeid mellom kommune og TSB, så fremt som den fremhever utfordringer og ønskede endringer sett fra informantenes ståsted.

Gjennom funn og drøfting synliggjøres informantenes forforståelse av hvordan samarbeidet med TSB kommer til å utspille seg, allerede før de inngår nye samarbeidsrelasjoner. Beskrivelsene av hvordan forforståelsen påvirker den enkelte ansatte og innvirker på samarbeidet med TSB gir ny og viktig informasjon å ta med i det videre arbeidet når det gjelder å videreutvikle og styrke samarbeid. Forforståelsen som fremkommer av undersøkelsen handler i stor grad om informantenes opplevelser av TSBs forståelse for kommunens ressurser og rammer, og denne kan ha konsekvenser for hvordan informantene opplever samarbeidet med TSB. Det synliggjøres at informantene kan grue seg til møter med TSB, og at dette kan være en konsekvens av informantenes forforståelse av at TSB ofte tar pasientens «side» eller er pasientens advokat i møte med kommunen. Det ser ut til at denne forforståelsen springer ut av at kommunen ofte har manglende ressurser, og at informantene opplever å måtte forvare dette ovenfor ansatte i TSB. Informantene uttrykker at en økt forståelse for manglende ressurser vil kunne styrke samarbeidet da det vil minske følelsen av å måtte forsvare systemet de jobber under.

Når det gjelder temaet informasjon, fremkommer det at informantene opplever rolleavklaring i samarbeidet med TSB som nødvendig for å få til et godt samarbeid, og at dette også er nødvendig for at TSB skal kunne gi informantene nyttig informasjon. Informantene opplever at de får mye informasjon vedrørende pasientens/brukerens situasjon når det kommer til

økonomi og bolig, men de savner informasjon om pasientens faktiske fungering i behandling, og TSBs faglige vurdering rundt dette. I lys av sosialarbeiderens helhetsspektiv fremkommer det at informantene opplever å bli gjort til «boligforvaltere» og de som innvilger søknader, og at dette er med på å undergrave informantenes rolle i samarbeidet rundt den enkelte pasient/bruker.

Studien belyser at informantene opplever det generelle samarbeidet med TSB som godt og at de erfaringsmessig ser dette samarbeidet som nyttig når det gjelder pasientens overgang fra langtids døgntil behandling til kommunalt ettervern. Det fremkommer likevel at de ønsker å bli inkludert hyppigere av TSB, og at TSB tidligere kommer på «banen» når det gjelder å bistå pasienten i å søke ulike økonomiske midler. Det kan se ut til at ønsket om tidlig involvering fra TSB handler om å dele på ansvaret når det gjelder tildeling av ulike økonomiske støtte, slik at kommunen ikke blir stående alene som den «stygge ulven».

Når det gjelder analysens funn sett opp mot politiske reformer og føringer kan det se ut til at informantene opplever ansvarsfordelingen mellom kommune og TSB som uavklart og at dette oppleves som utfordrende i samarbeidet. Dette er motstridende til hva nevnte politiske reformer har hatt som ambisjon, og det er interessant at til tross for politiske reformer og deres krav om ansvarsfordeling og rollefordeling, oppleves denne rollefordelingen fortsatt som noe uklar. Videre fremkommer det at de økonomiske ressursene som er blitt bevilget til kommunalt ettervern for mennesker med en alvorlig rusmiddelavhengighet ikke strekker til, og at dette igjen, er en utfordring når det gjelder samarbeidet med TSB. I denne undersøkelsen blir dette mest tydelig når det er snakk om bolig. Samtlige av informantene opplever at de sjeldent kan stille med en bolig til pasienten/brukeren innenfor pasienten og TSBs ønskede tidsperspektiv, og at spørsmål om bolig ofte fører til vanskeligheter i samarbeidet da informantene opplever at de må forsvare kommunens prioriteringer ovenfor pasienten og TSB.

Det synliggjøres også at nevnte politiske reformer ikke har nådd sine mål om helhetlige og sammenhengende tjenester til mennesker med en alvorlig rusmiddelavhengighet, og (Meld. St. 7 (2019-2020)) tydeliggjør at dette fortsatt er et område som må forbedres og satses på.

6.1. Studiens begrensinger

En av studiens største begrensninger er antall informanter, og dette kan påvirke overførbarhetsverdien av studien. Alle informantene jobber i kommuner på Østlandet og denne homogeniteten kan ha påvirket funnene og må tas i betraktning dersom funnene skal overføres til andre sammenhenger.

En annen begrensning jeg tenker er påfallende, er at jeg ikke har intervjuet informanter som jobber i TSB. Jeg tenker at deres opplevelse av samarbeidet med kommunen er relevant for å ytterligere belyse samarbeidet; hva som hindrer og hva som støtter opp under muligheter; og hvordan nærme seg et styrket samarbeid på tvers av disse forvaltningsnivåene når det gjelder rusomsorg. Når det gjelder samarbeid mellom kommune og TSB har jeg ikke rettet fokuset mot tjenestemottakers opplevelse av samarbeidet, og jeg har heller ikke trukket inn fastlegens rolle.

I Breit og Andreassens (2020) artikkel «Organisatoriske blikk på samarbeid i velferdstjenester» blir det blant annet trukket frem at brorparten av studier om samarbeid på tvers av tjenestenivåer i helsesektoren dreier seg rundt case-baserte studier av gitte samarbeid, hvor deltagernes opplevelse av samarbeidet har blitt førende for resultatene. Dette fremkommer også i Viks (2018) litteraturstudie hvor han tydeliggjør at studier på samarbeid på tvers av forvaltningsnivåer domineres av kvalitative studier hvor aktørenes egenfortolkning av samarbeidet blir beskrevet. I likhet med Breit og Andreassen (2020) tydeliggjør Vik (2018) at det mangler mer standardiserte og kvantitative studier på samhandling i helsesektoren. Min undersøkelse føyer seg derfor inn i rekken av tidligere undersøkelser, og resultatet av min undersøkelse har flere likhetstrekk med tidligere undersøkelser. På bakgrunn av disse funnene tenker jeg at fraværet av Vik (2018) og Breit og Andreassens (2020) perspektiver bør nevnes som en begrensning for studien.

6.2. Tanker om videre forskning

Samarbeid på tvers av tjenester i helsesektoren er noe om engasjerer både politikere og tjenesteytere, tjenestemottakere og pårørende, og samarbeid er viktig for å møte behovet for sammenhengende og koordinerte tjenester. Denne studien bekrefter at dette er utfordrende å få til i praksis og at tidligere reformer med hensikt om å styrke dette samarbeidet har hatt utfordringer med å møte denne utfordringen.

For å styrke samarbeidet på tvers av tjenester i rusomsorgen ser jeg det som nødvendig å forske videre på hvilke organisatoriske faktorer som påvirker samarbeid, og her utelukkende

ha søkelyset på tjenestene i rusomsorgen, og ikke på det generelle samarbeidet mellom kommune og spesialisthelsetjeneste. Det kan også være interessant å undersøke hvordan kommunenes ulike organisering påvirker ansatte i TSBs innfallsvinkel når de inngår samarbeid med de ulike kommunene rundt den enkelte pasient.

Med utgangspunkt i resultatene i denne, og tidligere kvalitative studier ville det være interessant å gjennomføre en kvalitativ studie hvor utsagn fra denne studien som omhandler forforståelse kan danne grunnlag for å utforske omfanget av slike erfaringer. Dette kan være nyttig med tanke på det videre samarbeidet mellom kommune og TSB ettersom informantens forforståelse synes å kunne ha en negativ innvirkning på hvordan de opplevde samarbeidet med TSB. Videre forskning på forforståelse kan også være nyttig når det gjelder undersøkelser knyttet til ettervern i kommunen. Forforståelsen kan spille en rolle for hvordan det videre ettervernet i kommunen utspiller seg med tanke på hvilken informasjon kommunalt ansatte får fra TSB og hvordan de benytter seg av denne.

Pasient/bruker-gruppen i rusomsorgen er en marginalisert gruppe med mange og sammensatte behov, og forskningen på dette feltet bør prioriteres.

Litteratur

- Arbeids- og velferdsetaten. (2013). *To styringslinjer*. Hentet 05. januar 2021 fra <https://www.nav.no/no/nav-og-samfunn/om-nav/fakta-om-nav/partnerskapet-i-nav/to-styringslinjer>
- Berg, B. (2015). Velferdsstatens sikkerhetsnett. I T. I. Ellingsen, I. Levin, B. Berg & L. C. Kleppe (Red.), *Sosialt arbeid- En grunnbok* (3. utg., s. 65- 79). Universitetsforlaget.
- Biong, S. & Ytrehus, S. (2012). Rusproblemer- en utfordring for samfunnet, helsetjenesten og den enkelte. I S. Biong & S. Ytrehus (Red.), *Helsehjelp til personer med rusproblemer* (s. 15- 29). Akribe AS.
- Bjørkquist, C. & Ramsdal, H. (2021). *Statlig politikk og lokale utfordringer : organisering av tjenester innen rus og psykisk helse*. Cappelen Damm Akademisk NOASP.
- Braun, V. & Clarke, V. (2006). Using thematic analysis in psychology. *Qualitative research in psychology*, 3(2), 77-101. <https://doi.org/10.1191/1478088706qp063oa>
- Braun, V. & Clarke, V. (2019). Reflecting on reflexive thematic analysis. *Qualitative research in Sport, Exercise and Health*, 11(4), 589- 597. <https://doi.org/10.1080/2159676X.2019.1628806>
- Breit, E. & Andreassen, T. A. (2020). Organisatoriske blikk på samarbeid i velferdstjenester. *TFV*, 24(1), 7-20. <https://doi.org/10.18261/issn.2464-3076-2021-01-02>
- Brodtkin, E. Z. (2012). Reflections on Street-Level Bureaucrazy: Past, Present, And Future. *Public Administration Review*, 72 (6), 940- 949.
- Dahl, K. (2014). Samhandling, gevinst eller tap. I Ballo, Dahl, Fjeld & Knudsen (Red.), *Samhandling, gevinst eller tap*. Kommuneforlaget AS.
- Dahl, Ø. (2019). *Hermeneutiske analysemodeller*. Hentet 17.01.2019 fra <https://ndla.no/nb/subject:1:b9e86c43-93b8-49e9-81af-09dbc7d79401/topic:2:193544/topic:2:82742/resource:1:82754>
- Dalland, O. (2000). *Metode og oppgaveskriving for studenter* (3. utg. utg.). Gyldendal akademisk.
- Danbolt, L., Lars, & Kjønsgberg, K. (2010). Hjelp når du trenger det – En kvalitativ studie av samhandling og gjensidighetskunnskap i den psykisk helsetjenesten. *TPH*, 7(3), 238-245. <https://doi.org/10.18261/ISSN1504-3010-2010-03-06>
- Ervik, R. & Biong, S. (2012). Politikk og konsekvenser for praksis. I S. Biong & S. Ytrehus (Red.), *Helsehjelp til personer med rusproblemer* Akribe.
- Fellesorganisasjonen for barnevernspedagoger, s. o. L. (2011). *Yrkesetisk grunnlagsdokument for barnevernspedagoger, sosionomer, vernepleiere og velferdsarbeidere*. Fellesorganisasjonen.
- Fjær, S., Homme, D. A. & Holmen, T. A. K. (2011). *Statliggjøringsprosesser i velferdstjenestene: Reformer å lære av. Erfaringer fra sykehusreformen, rusreformen og NAV-reformen*. International Research Institute of Stavanger AS (IRIS). https://www.ks.no/contentassets/7a73a9d4a42a452bab2b3761a9d6503d/3132_114001_de_lrapport_hvis-kommunen-ikke-fantes.pdf
- Halvorsen, K., Stjernø, S. & Øverbye, E. (2019). *Innføring i helse- og sosialpolitikk* (7. utg.). Universitetsforlaget.
- Hansen, R., Solem, M.-B. & Nybø, E. (2017). Sosialt arbeid som fag. I R. Hansen & M.-B. Solem (Red.), *Sosialt arbeid- En situert praksis* (s. 29- 45). Gyldendal akademisk.
- Hanssen, J. K. & Henriksen, Ø. (2020). *Politikk og tjenester innen rusomsorg*. https://www.idunn.no/velferdstjenestenes_vilkaar/7_politikk_og_tjenester_innen_rusomsorg. <https://doi.org/10.18261/9788215034613-2020-8>
- Helse- og omsorgstjenesteloven. (2011). *Lov om kommunale helse- og omsorgstjenester m.m. (helse- og omsorgstjenesteloven)*. <https://lovdata.no/pro/NL/lov/2011-06-24-30>
- Helsedepartementet. (2004). *Rusreformen- pasientrettigheter og endringer i spesialisthelsetjenesteloven*

- ((I-8/2004)). Det kongelige Helsedepartement.
<https://www.regjeringen.no/globalassets/upload/kilde/hd/rus/2004/0017/ddd/pdfv/205998-runds067.pdf>
- Helsedirektoratet. (2017). *Nasjonal faglig retningslinje- Behandling og rehabilitering av rusmiddelproblemer og avhengighet*. Hentet 29. februar 2016 fra
<https://www.helsedirektoratet.no/retningslinjer/behandling-og-rehabilitering-av-rusmiddelproblemer-og-avhengighet>
- Helsedirektoratet. (2020). *Status og utviklingstrekk for spesialisthelsetjenesten- kostnader, aktivitet og kontinuitet* (IS- 3010). https://www.helsedirektoratet.no/rapporter/samdata-spesialisthelsetjenesten/SAMDATA%20spesialisthelsetjenesten%202020.pdf/_attachment/inline/36006c86-0bc7-4021-8956-708d6566a9a6:d2759c4e0d1059170d84accb463aeb1631f5e32c/SAMDATA%20spesialisthelsetjenesten%202020.pdf
- Helsedirektoratet. (2021). *Rusbehandling (TSB)*. Hentet 31. August fra
<https://www.helsedirektoratet.no/pakkeforlop/rusbehandling-tsb>
- Helsetilsynet. (2016). *Oppsummering av landsomfattende tilsyn i 2015 med samhandling om utskrivning av pasienter fra spesialisthelsetjenesten til kommunen. Informasjonen var mangelfull og kom ofte for sent*. Helsetilsynet.
- IFSW General Meeting & IASSW General Assembly. (2014). *Global definition of social work*.
<https://www.ifsw.org/what-is-social-work/global-definition-of-social-work/>
- Johannessen, A., Tufte, P. A. & Kristoffersen, L. (2005). *Introduksjon til samfunnsvitenskapelig metode* (Bd. 3). Abstrakt forlag.
- Johannessen, L. E. F., Rafoss, T. W. & Rasmussen, E. B. (2018). *Hvordan bruke teori? Nyttige verktøy i kvalitativ analyse* (3. utg.). Universitetsforlaget.
- Jones, A., Hannigan, B., Coffey, M. & Simpson, A. (2018). Traditions of research in community mental health care planning and care coordination: A systematic meta-narrative review of the literature. *PLoS One*, 13(6), e0198427. <https://doi.org/10.1371/journal.pone.0198427>
- Karlsen, T.-I. (2015). Samhandlingsreformen og spesialhelsetjenesten. *Plan*, 47(3-04), 58-59.
<https://doi.org/10.18261/ISSN1504-3045-2015-03-04-21>
- Kassah, B. L. L., Tingvoll, W.-A. & Kassah, A. K. (Red.). (2014). *Samhandlingsreformen under lupen- Kvalitet, organisering og makt i helse- og omsorgstjenestene*. Fagbokforlaget
- Kommuneloven. (2018). *Lov om kommuner og fylkeskommuner (kommuneloven)*.
<https://lovdata.no/pro/NL/lov/2018-06-22-83>
- Kvale, S. & Brinkmann, S. (2009). *Det kvalitative forskningsintervju* (Bd. 2). Gyldendal Norsk forlag AS
- Levin, I. (2021). *Hva er sosialt arbeid* (2. utgave. utg., Bd. 7). Universitetsforlaget.
- Lipsky, M. (2010). *Street-level bureaucracy- Dilemmas of the individual in public services*. Russell Fage Foundation.
- Lov om pasient- og brukerrettigheter (pasient- og brukerrettighetsloven), Helse- og omsorgsdepartementet (1999). <https://lovdata.no/pro/NL/lov/1999-07-02-63>
- Lundberg, K. G. & Breimo, J. I., Paulsen. (2021). Introduksjon til temanummer om samarbeid i og mellom velferdstjenester. *Tidsskrift for velferdsforskning*, 24(1), 4-6.
<https://doi.org/10.18261/issn.2464-3076-2021-01-01>
- Mathiesen, A. (2015). På tide å satse. *Rus & Samfunn*, 9(4), 38-40.
<https://doi.org/10.18261/ISSN1501-5580-2015-04-15>
- Meld. St. 7 (2019-2020). *Nasjonal helse- og sykehusplan 2020- 2023*. Helse- og omsorgsdepartementet.
- Nesvåg, S. (2014). Rusreformen – ti år etter. *Rus & Samfunn*, 8(1), 26-31.
<https://doi.org/10.18261/ISSN1501-5580-2014-01-11>
- Nissen, M. & Skærbæk, E. (2014). Hva er psykososialt arbeid? I E. Skærbæk, M. Nissen & A. Sjødahl (Red.), *Psykososialt arbeid: Fortellinger, medvirkning og fellesskap* (s. 11- 28). Gyldendal akademisk.

NOU 2016: 25. (2016). *Organisering og styring av spesialisthelsetjenesten. Hvordan bør statens eierskap innrettes framover?* Helse- og omsorgsdepartementet

- Olsen, B. M., Vatne, S. & Buus, N. (2015). Kontinuitets- og samhandlingsutfordringer i psykiske helsetjenester – en fokusgruppestudie. *KS*, 29(4), 55-68. <https://doi.org/10.18261/ISSN1903-2285-2015-04-06>
- Omholt, Ø. A., Bertteville-Jensen, A. L. & Kaarbøe, O. (2004). *Rusreformen- noen grunnlagsdata om organisering og finansiering* (2/2004). SIRUS.
- Ot.prp. nr. 66. (2001). *Lov om helseforetak m.m (helseforetaksloven)*. Sosial- og helsedepartementet.
- Pedersen, L.-M., Lillehaug. (2021). Samarbeid som arbeid: Betydningen av tid. *Tidsskrift for velferdsforskning*, 24(1), 49-61. <https://doi.org/10.18261/issn.2464-3076-2021-01-05>
- Pedersen, M., Kalseth, B., Lilleeng, S. E., Mehus, K. H., Pedersen, P. B. & Sitter, M. (2016). *Private aktører i spesialisthelsetjenesten- Omfang og utvikling 2010-2014* (IS-24500). https://www.helsedirektoratet.no/rapporter/private-aktorer-i-spesialisthelsetjenesten-omfang-og-utvikling-2010-2014/Private%20akt%C3%B8rer%20i%20spesialisthelsetjenesten.%20Omfang%20og%20utvikling%202010-2014.pdf/_/attachment/inline/7e032ba1-00cb-4604-8fa9-644730a2bc7a:9a4bd391500028f239e3ff1816cbe90219631bf2/Private%20akt%C3%B8rer%20i%20spesialisthelsetjenesten.%20Omfang%20og%20utvikling%202010-2014.pdf
- Prop15 S. (2015- 2016). *Opptrappingsplan for rusfeltet*. Helse- og omsorgsdepartementet.
- Regjeringen.no. *Statens helsetilsyn*. <https://www.regjeringen.no/no/dep/hod/org/etater-og-virksomheter-under-helse--og-omsorgsdepartementet/underliggende-etater/statens-helsetilsyn/id279747/>
- Regjeringen.no. (2013). *Kommunalt rusarbeid* Hentet 18. februar 2013 fra <https://www.regjeringen.no/no/tema/helse-og-omsorg/helse--og-omsorgstjenester-i-kommunene/kommunalt-rusarbeid/id443433/>
- Riksrevisjonen. (2016). *Dokument 3: 5 (2015- 2016) Riksrevisjonens undersøkelse av ressursutnyttelse og kvalitet i helsetjenesten etter innføringen av samhandlingsreformen* <https://www.riksrevisjonen.no/globalassets/rapporter/no-2015-2016/samhandlingsreformen.pdf>
- Røttingen, J.-A., Pedersen, K. M. & Jonsson, P. M. (2007). *Resultatevaluering av sykehusreformen. Tilgjengelighet, prioritering, effektivitet, brukermedvirkning og medbestemmelse*. Norsk forskningsråd. Norsk forskningsråd. [file:///C:/Users/47469/Downloads/Resultatevaluering%20av%20sykehusreformen%20\(3\).pdf](file:///C:/Users/47469/Downloads/Resultatevaluering%20av%20sykehusreformen%20(3).pdf)
- Sirnes, T. (2016). Fra politikk til praksis i helse- og velferdstjenestene. I E. Willumsen & A. Ødegård (Red.), *Tverrprofesjonelt samarbeid- et samfunnsoppdrag* (s. 79- 92). Universitetsforlaget
- Solstad, A. (2017). Sosialt arbeid i en velferdspolitisk kontekst. I R. Hansen, M.-B. Solem & E. Nybø (Red.), *Sosialt arbeid- En situert praksis* (s. 331- 355). Gyldendal akademisk
- Spilhaug, G. (2022). *Introduksjon til TSB*. Hentet 4. januar 2022 fra <https://oslo-universitetssykehus.no/fag-og-forskning/nasjonale-og-regionale-tjenester/tsb/om-tsb/introduksjon-til-tsb>
- St. meld. nr. 9 (2006-2007). *Arbeid, velferd og inkludering* Arbeids- og inkluderingsdepartementet. <https://www.regjeringen.no/contentassets/35077d66b65349118f79ee74beb0ade7/no/pdfs/stm200620070009000dddpdfs.pdf>
- St. Meld. nr. 30 (2011- 2012). *Se meg!- alkohol - narkotika - doping*. Helse- og omsorgsdepartementet.
- St.meld. nr. 47 (2008- 2009). *Samhandlingsreformen. Rett behandling- på rett sted- til rett tid. .* Helse- og omsorgsdepartementet. <https://www.regjeringen.no/contentassets/d4f0e16ad32e4bbd8d8ab5c21445a5dc/no/pdfs/stm200820090047000dddpdfs.pdf>

- Svalastog, A. L., Kristoffersen, N. J. & Lile, H. S. (2019). *Psykososialt arbeid- Kunnskap, verdier og samfunn*. Gyldendal Akademisk.
- Sælnør, K. T. & Bjerkned, S. O. (2012). Helsepersonell i tverrfaglig spesialisert rus-behandling - ansvar, roller og funksjoner IS. Biong & S. Ytrehus (Red.), *Helsehjelp til personer med rusproblemer* (s. 143- 161). Akribe AS.
- Sørhaug, T. (2003). Fra plan til reformer: Det store regjeringsskiftet. I I. B. Neumann & O. J. Sending (Red.), *Fra plan til reformer: Det store regjeringsskiftet*. Pax Forlag
- Thomassen, M. (2006). *Vitenskap, kunnskap og praksis : innføring i vitenskapsfilosofi for helse- og sosialfag*. Gyldendal akademisk.
- Tingvoll, W.-A., Kassah, B. L. L. & Kassah, A. K. (2014). Helse- og omsorgstjenestene - et overblikk. I B. L. L. Kassah, W.-A. Tingvoll & A. K. Kassah (Red.), *Samhandlingsreformen under lupen- Kvalitet, organisering og makt i helse- og omsorgstjenestene* (s. 17- 29). Fagbokforlaget
- Trygstad, S. C. & Hagen, I. M. (2004). *Nye samarbeidsordninger etter sykehusreformen : evaluering av samarbeidsordningen mellom ledere og tillitsvalgte på regionalt nivå i Helse øst RHF* (Bd. 453). FAFO.
- Vabø, M. & Vabo, S. I. (2014). *Velferdens organisering* Universitetsforlaget
- Vik, E. (2018). Helseprofesjoners samhandling – en litteraturstudie. *TFV*, 21(2), 119-147.
<https://doi.org/10.18261/issn.2464-3076-2018-02-03>
- Willumsen, E. & Ødegård, A. (Red.). (2016). *Tverrprofesjonelt samarbeid- et samfunnsoppdrag* (2. utg.). Universitetsforlaget.
- Ytrehus, S. (2012). Kommunalt rusarbeid. I S. Biong & S. Ytrehus (Red.), *Helsehjelp til personer med rusproblemer* (s. 240- 264). Akribe AS.
- Aadland, E. (2004). *Og eg ser på deg.. Vitenskapsteori i helse- og sosialfag* (2. utg.). Universitetsforlaget.
- Ådnanes, M., Høiseth, J. R., Magnussen, M., Thaulow, K. & Kaspersen, S. L. (2021). *Pakkeforløp for psykisk helse og rus- brukere, pårørende og fagfolks erfaringer*
https://www.helsedirektoratet.no/nyheter/evaluering-av-pakkeforlop-psykisk-helse-og-rus/Pakkeforl%C3%B8p%20for%20psykisk%20helse%20og%20rus%20%E2%80%93%20brukere,%20p%C3%A5r%C3%B8rende%20og%20fagfolks%20erfaringer%20-%20Rapport%202.pdf/_/attachment/inline/7d24d17c-aa68-409c-adce-94db034686ab:36acaa07a3e64676211deb1da0fe9cb0bbef12da/Pakkeforl%C3%B8p%20for%20psykisk%20helse%20og%20rus%20%E2%80%93%20brukere,%20p%C3%A5r%C3%B8rende%20og%20fagfolks%20erfaringer%20-%20Rapport%202.pdf
- Ådnanes, M., Kaspersen, S. L., Melby, L. & Lassemo, E. (2020). *Pakkeforløp for psykisk helse og rus-fagfolks erfaringer første året*. SINTEF.

Vedlegg

Informasjonsskriv

Vil du delta i forskningsprosjektet: «Samarbeid på tvers av tjenester»

Om hvordan samarbeidet mellom kommunalt ettervern og tverrfaglig spesialisert behandling (TSB) kan styrkes.

Dette er et spørsmål til deg om å delta i et forskningsprosjekt hvor formålet er å innhente erfaringsbasert kunnskap om hvordan samarbeidet mellom kommune og TSB erfares og kan styrkes. I dette skrivet gir vi deg informasjon om målene for prosjektet og hva deltakelse vil innebære for deg.

Bakgrunn og formål:

Mitt navn er Jenny Marie Johansen. Jeg studerer ved Høgskolen i Østfold, Masterstudium i psykososialt arbeid innen helse og sosialfaglig yrkespraksis. Dette forskningsprosjektet er knyttet opp til min masteroppgave.

Formålet med forskningsprosjektet er å undersøke hvordan ansatte i kommunen opplever samarbeidet med spesialisthelsetjenesten, her under tverrfaglig spesialisert rusbehandling (TSB). Jeg ønsker spesielt å undersøke hvordan ansatte i kommunen opplever samarbeidet når det kommer til overføringen fra døgnbehandling i TSB til ettervern i kommunen, og hvilke tanker de har i forbindelse med å kunne styre dette samarbeidet.

Det jeg håper å oppnå med dette forskningsprosjektet er å få kunnskap om hva ansatte i kommunen ønsker fra TSB for at samarbeidet kan styrkes, og på den måten kunne bidra til å styrke tilbudet til pasientene som skal overføres fra døgnbehandling til kommunalt ettervern.

Hvem er ansvarlig for forskningsprosjektet?

Høgskolen i Østfold er ansvarlig for forskningsprosjektet, (se under for kontaktinformasjon).

Hvorfor får du spørsmål om å delta?

Som ansatt i kommunen har du gjennom ditt arbeid med mennesker med en rusmiddelavhengighet og ettervern erfaring med å samarbeide med spesialisthelsetjenesten. Det er din erfaring med dette samarbeidet jeg er nysgjerrig på og vil undersøke. En sentral del av forskningsprosjektet vil derfor være kommunalt ansattes beskrivelser, tanker og ønsker når det kommer til samarbeidet med TSB i overføringen fra døgnbehandling til kommunalt ettervern.

Gjennomføring

Hvis du velger å delta i prosjektet innebærer det at du sier ja til å gjennomføre ett, eventuelt to intervjuer.

Intervjuet vil kunne foregå som:

- En fokusgruppesamtale sammen med 2-4 andre ansatte, som også jobber med kommunalt ettervern for mennesker med en rusmiddelavhengighet. Denne

gruppesamtalen tar ca. En og en halv time, og vil ta utgangspunkt i temaene som er presentert under.

- En individuell samtale, eventuelt som en oppfølging av fokusgruppesamtalen. Denne samtalen tar ca. En time, men kan ta noe kortere eller lengre tid. Denne samtalen vil også ta utgangspunkt i de tema som er beskrevet over. Deltakelse på fokusgruppesamtale forutsetter ikke samtykke til individuelt intervju eller omvendt.

Intervjuet vil innledes med spørsmål om bakgrunnsinformasjon som; kjønn, alder, utdanning og stillingsbeskrivelse (tittel).

Videre vil intervjuet ta for seg spørsmål som:

- Hva er din erfaring med samarbeidet med TSB rundt pasienter som er i døgnbehandling?
- Hva tenker du er nødvendig for å skape et godt samarbeid mellom TSB og kommune?
- Hvilken informasjon ønsker du fra TSB for å kunne etablere et godt ettervern? Og hvilken informasjon får du gjennom dagens samarbeid?
- Hvordan opplever du at ansvarsoppgavene i overføringen mellom døgnbehandling og kommunalt ettervern er fordelt mellom kommune og TSB?
- På hvilken måte blir du inkludert av TSB i pasientens pågående behandling?

Jeg vil ta lydopptak og skrive notater under samtalen. Lydopptaket vil gjøres om til tekst (transkriberes) og anonymiseres. Du vil gis mulighet til å lese gjennom og gi kommentarer på det transkriberte intervjuet.

Det er frivillig å delta

Dersom du velger å delta i forskningsprosjektet, kan du når som helst trekke samtykket tilbake, uten å måtte oppgi noen grunn. Kontaktopplysningene du har gitt vil da bli slettet, og dersom intervjuet ikke allerede er anonymisert, vil også informasjon gitt av deg slettes. Det vil ikke ha noen negative konsekvenser for deg hvis du ikke vil delta eller senere velger å trekke deg.

Ditt personvern- Hvordan vi oppbevarer og bruker dine opplysninger

Vi vil bare bruke dine opplysninger og opplysningene om deg til formålet vi har beskrevet i dette skrevet. Vi behandler opplysningen konfidensielt, og i samsvar med personvernregelverket. Ditt navn og kontaktopplysninger vil erstattes med en kode som lagres på en egen navneliste adskilt fra øvrige data. Datamaterialet vil bli lagret på en forskningsserver ved bruk av TSD (Tjenester for sensitive data) som er en forskningsplattform som oppfyller lovens strenge krav til behandling og lagring av sensitive forskningsdata. Det vil kun være aktuell student og prosjektansvarlig som vil ha tilgang på opplysningene om deg.

Hva skjer med opplysningene når vi avslutter forskningsprosjektet?

Prosjektet skal etter planen avsluttes juni 2022.

Lydopptak til slettes og personopplysninger vil makuleres ved prosjektslutt.

Hva gir oss rett til å behandle personopplysninger om deg?

Vi behandler opplysninger om deg basert på ditt samtykke.

På oppdrag fra Høgskolen i Østfold har NSD- Norsk senter for forskningsdata AS vurdert at behandlingen av personopplysninger i dette prosjektet er i samsvar med personvernregelverket.

Dine rettigheter

Så lenge du kan identifiseres i datamaterialet, har du rett til:

- Innsyn i hvilke opplysninger vi behandler om deg, og å få utlevert en kopi av opplysningene
- Å få rettet opplysninger om deg som er feil eller misvisende
- Å få slettet personopplysninger om deg
- Å sende klage til Datatilsynet om behandlingen av dine personopplysninger

Hvor kan jeg finne ut mer?

Hvis du har spørsmål til studenten, eller ønsker å benytte deg av dine rettigheter, ta kontakt med:

- *Masterstudent: Jenny Marie Johansen, jennym.johansen@gmail.com, tlf. 469 15 691*
- *Prosjektansvarlig/veileder: Høgskolen i Østfold ved Eva Marie Toreld, marie.toreld@hiof.no, tlf. (kontor) 69 60 87 26*
- *Vårt personvernombud: Martin Gautestad Jakobsen, martin.g.jakobsen@hiof.no*

Hvis du har spørsmål knyttet til NSD sin vurdering av prosjektet, kan du ta kontakt med:

- NSD- Norsk senter for forskningsdata AS på epost (personverntjenester@nsd.no)
Eller på telefon: 55 58 21 71.

På forhånd takk for din deltakelse!

Jenny Johansen
Masterstudent

Marie Toreld
Prosjektansvarlig
Forsker/veileder

Samtykkeerklæring

Jeg har mottatt og forstått informasjonen om prosjektet «Samarbeid på tvers av tjenester», og har fått anledning til å stille spørsmål.

Dersom du kun ønsker å delta på ett av de nevnte intervjuene krysser du kun av på det intervjuet du ønsker å delta på. Dersom du kan delta på begge intervjuene krysser du av på begge.

Jeg samtykker til:

- ☐ Å delta på et fokusgruppeintervju/gruppeintervju
- ☐ Å delta på et individuelt intervju
- ☐ At mine opplysninger behandles frem til prosjektet avsluttes ca. 30.april 2022

(Signert av prosjektdeltaker, dato)

Intervjuguide

1. Fint om du kan si noe kort om utdanningsbakgrunn, tidligere arbeidserfaring, nåværende stilling og arbeidsoppgaver.
2. Hva er din erfaring rundt samarbeidet med TSB når det gjelder pasienter som er i døgnbehandling?
3. Hva tenker du er nødvendig for å skape et godt samarbeid mellom TSB og kommune/bydel?
4. Hvilken informasjon ønsker du fra TSB for å kunne etablere et godt ettervern?
5. Hvilken informasjon får du gjennom dagens samarbeid?
6. Hvordan opplever du at ansvarsoppgavene i overføringen mellom døgnbehandling og kommunalt ettervern er fordelt mellom kommune og TSB?
7. På hvilken måte blir du inkludert av TSB i pasientens pågående behandling?