

# **Sammen om mulighetene**

To kommunale oppfølgingsteam innen psykisk helse- og rustjenester  
sine opplevelser med å samarbeide om tjenester til mennesker med  
ROP-lidelser

**Gunhild Simavik Dahl**

**&**

**Mette Karine Enger Schau**



**Masteroppgave ved Fakultet for helsevitenskap**

**HØGSKOLEN I BUSKERUD OG  
VESTFOLD**

01.06.2014



|   |                         |
|---|-------------------------|
| <b>Navn:</b> Gunhild Simavik Dahl & Mette Schau   | <b>Dato:</b> 01.06.2014 |
| <b>Tittel og undertittel:</b> Sammen om mulighetene - To kommunale oppfølgingsteam innen psykisk helse- og rustjenester sine opplevelser med å samarbeide om tjenester til mennesker med ROP-lidelser.  |                         |
| <p><b>Sammendrag:</b></p> <p><b>Bakgrunn:</b> Behovet for koordinerte tjenester til mennesker med rus- og psykisk lidelse er godt dokumentert. Likevel er det fortsatt store utfordringer knyttet til å skape helhetlige og forutsigbare systemer for å sikre godt samarbeid mellom tjenestenivåene i møte med denne brukergruppen. Brukere med ROP-lidelser kan streve med funksjonsnedsettelse, og mange faller utenfor behandlingsapparatet. Denne brukergruppen er i stort behov av sammenhengende og samtidige tjenester. Samhandlingsreformen legger føringer for hvordan man skal skape gode behandlings- og oppfølgingsforløp som henger sammen. Gjennom litteratursøk har vi funnet lite forskning på hvordan kommunale oppfølgingstjenester, med samtidig ansvar, opplever å samarbeide om å yte tjenester til brukere med samtidig rus- og psykisk lidelse.</p> <p><b>Hensikt:</b> Å bidra til økt kunnskap om hvordan ansatte i det kommunale hjelpeapparatet opplever det å samarbeide rundt brukere med ROP-lidelser.</p> <p><b>Teoretisk forankring:</b> Referanserammen tar utgangspunkt i teori om brukere med samtidig rus- og psykisk lidelse, lovverk og nasjonale føringer relevante for utøvelse av tjenester til denne brukergruppen. Dette sett i lys av teorier om samarbeid og recoveryprosesser.</p> <p><b>Metode:</b> Utvalget består av ti informanter fra kommunale psykisk helse- og rustjenester. Datainnsamlingen er utført gjennom fokusgruppeintervju. Datamaterialet er analysert i tråd med Lindseth og Nordbergs fenomenologisk-hermeneutiske metode.</p> <p><b>Resultat:</b> Analysen identifiserte fire hovedfunn. Det første funnet var knyttet til opplevelsen av usikkerhet rundt hvordan og hvorfor de skal samarbeide med hverandre. Det andre funnet viser at det oppleves at forvaltning og vedtak har innvirkning på samarbeidet. Det tredje funnet handler om opplevelsen av at samarbeid er positivt når det fungerer. Begge teamene har flere samarbeid med andre tjenester som de beskrev fungerte godt. De mente imidlertid at det var lite samarbeid mellom teamene generelt. Det fjerde hovedfunnet er knyttet til opplevelsen av at rutiner og organisering har betydning for samarbeidet.</p> <p><b>Konklusjon:</b> Kunnskap om behovet for samarbeid må utvikles blant de ansatte i kommunen. For å møte brukernes behov for sammenhengende tjenester, og nasjonale politiske føringer om at brukere skal motta hjelp på lavest mulig omsorgsnivå må det sikres ressurser som ivaretar den tiden det tar å skape gode samarbeidsarenaer og samarbeidspraksiser sammen med brukere med ROP-lidelser.</p> <p><b>Nøkkelord:</b> ROP-bruker, samarbeidende praksiser, samarbeid, recovery, fokusgruppe, fenomenologisk-hermeneutisk</p> <p><b>Antall ord:</b> 36735</p> |                         |



|  |                         |
|--|-------------------------|
| <b>Name:</b> Gunhild Simavik Dahl & Mette Schau  | <b>Date:</b> 01.06.2014 |
| <b>Title and subtitle:</b> Together we can make it possible - Two municipal health teams in mental health and substance abuse services; about their experiences with collaboration on services to people with dual diagnoses.  |                         |
| <p><b>Abstract:</b></p> <p><b>Background:</b> The need for coordinated services to people with substance abuse and mental illness is well documented. Yet there are still great challenges in creating holistic predictable systems to ensure good cooperation between the service levels. Users with dual diagnoses may struggle with functional impairment and many fall outside the treatment system. This user group is in great need of continuous and simultaneous services. The Coordination Reform provides guidelines on how to create good treatment and follow-up events which are interrelated. Through literature we found little research on how municipal monitoring services, with concomitant responsibilities, experience to work together to provide services to users with concurrent substance abuse and mental illness.</p> <p><b>Purpose:</b> To contribute to increased knowledge about how employees of the municipal services experience working together around users with dual diagnoses.</p> <p><b>Theoretical foundation:</b> The frame of reference is based on the theory of users with concurrent substance abuse and mental illness, and legislation and national guidelines relevant to the exercise of services to this user group. This in light of theories of cooperation and recovery processes.</p> <p><b>Method:</b> Ten informants from local mental health and substance abuse services. The data was collected through focus group interviews. Audio recording of the interview is transcribed in full and analyzed according to a phenomenological - hermeneutic method.</p> <p><b>Results:</b> The analysis identified four main findings. The first discovery was related to the experience of uncertainty about how and why they should cooperate with each other. The second discovery shows that it is perceived that the administration and decisions impact the collaboration. The third discovery is about the perception that cooperation is positive when functional. Both teams have partnerships with other services which they described worked well. However, they felt that there was little cooperation between teams in general. The fourth main finding is related to the experience that procedures and organizing is important for cooperation.</p> <p><b>Conclusion:</b> Knowledge about the need for cooperation must be developed among the employees of the municipality. In order to meet users' needs for continuous services, and national policy guidelines which state that users must receive help at the lowest possible level of care, one need to ensure resources that maintain the time it takes to create good arenas for collaboration and collaborative practices with persons struggling with co-occurring substance use and mental health problems.</p> <p><b>Key words:</b> Dual diagnoses, collaborative practices, collaboration, recovery, focus group, phenomenological-hermeneutic</p> |                         |

## INNHALDSFORTEGNELSE

|  |    |
|--|----|
| 1.0 INNLEDNING .....   | 1  |
| 1.1 Bakgrunn for studien .....   | 4  |
| 1.1.1 Historisk tilbakeblikk .....   | 4  |
| 1.1.2 Behovet for samarbeid .....  | 7  |
| 1.2 Forskningskontekst .....   | 9  |
| 1.3 Å gjennomføre masteroppgaven som et teamarbeid .....                       | 11 |
| 1.4 Oppgavens hensikt og avgrensninger .....                                   | 11 |
| 1.5 Problemstilling .....  | 12 |
| 2.0 TEORETISK RAMMEVERK OG GJENNOMGANG AV TIDLIGERE FORSKNING .....            | 13 |
| 2.1 Litteratursøk .....  | 13 |
| 2.1.1 Søkeord og gjennomføring av søk .....                                    | 13 |
| 2.1.2 Håndplukkede søk .....   | 14 |
| 2.2 Lovverk og forskrifter .....   | 15 |
| 2.3 Nasjonale politiske føringer .....   | 18 |
| 2.4 Teori om ROP-lidelser .....  | 21 |
| 2.4.1 Betydningen av recovery for brukere med ROP-lidelser .....               | 22 |
| 2.4.2 Hjelpeapparatet rundt ROP-brukerne .....                                 | 24 |
| 2.4.3 ROP-retningslinjens anbefalinger .....                                   | 26 |
| 2.4.4 Individuell plan som verktøy for samarbeid .....                         | 29 |
| 2.5 Teori om samarbeid .....   | 29 |
| 2.5.1 Tverrfaglig samarbeid .....  | 31 |
| 2.5.2 Samarbeid som fenomen .....  | 32 |
| 2.6 Gjennomgang av tidligere forskning .....                                   | 35 |
| 2.6.1 Samhandling mellom kommunehelsetjeneste og spesialisthelsetjeneste ..... | 36 |
| 2.6.2 Krav til helhet og kvalitet i tjenesten .....                            | 37 |
| 2.6.3 Kommunale utfordringer .....   | 39 |
| 2.6.4 Relasjonelle aspekter i samarbeid .....                                  | 40 |
| 2.6.5 Recoveryorienterte praksiser .....                                       | 41 |
| 3.0 METODE .....   | 44 |
| 3.1 Vitenskapsteori .....  | 44 |
| 3.1.1 Fenomenologi .....   | 44 |
| 3.1.2 Hermeneutikk .....   | 45 |
| 3.1.3 En fenomenologisk-hermeneutisk tilnærming .....                          | 46 |

|   |    |
|---|----|
| 3.2 Kvalitativ forskningsmetode .....   | 46 |
| 3.3 Forskernes ståsted .....  | 47 |
| 3.4 Datainnsamling .....  | 48 |
| 3.4.1 Utvalg og rekruttering av informanter .....   | 48 |
| 3.4.2 Forberedelse og gjennomføring av fokusgruppeintervju .....                              | 50 |
| 3.4.3 Transkribering .....  | 53 |
| 3.5 Dataanalyse .....   | 55 |
| 3.5.1 Analyse av teksten .....  | 55 |
| 3.6 Etiske refleksjoner .....   | 57 |
| 3.6.1 Informert samtykke .....  | 58 |
| 3.6.2 Konfidensialitet og anonymitet .....  | 58 |
| 3.6.3 Etiske refleksjoner over egen undersøkelse .....  | 59 |
| 3.7 Metodiske refleksjoner .....  | 60 |
| 3.7.1 Studiens kvalitet .....   | 61 |
| 3.7.2 Studiens relevans .....   | 61 |
| 3.7.3 Validitet .....   | 62 |
| 3.7.4 Refleksjoner over egen undersøkelse .....   | 63 |
| 4.0 PRESENTASJON AV FUNN .....  | 65 |
| 4.1 Opplevelsen av usikkerhet rundt hvordan og hvorfor de skal samarbeide med hverandre ..... | 65 |
| 4.1.1 Opplevelsen av å samarbeide på tvers av teamene .....                                   | 66 |
| 4.1.2 Opplevelser av manglende rutiner for samarbeid .....                                    | 68 |
| 4.2 Det oppleves at forvaltning og vedtak har innvirkning på samarbeidet .....                | 70 |
| 4.2.1 Opplevelsen av at kravet om vedtak påvirker samarbeidet .....                           | 72 |
| 4.3 Opplevelsen av at samarbeid er positivt når det fungerer .....                            | 76 |
| 4.4 Opplevelsen av at rutiner og organisering har betydning for samarbeidet .....             | 78 |
| 4.5 Oppsummering av funn .....  | 81 |
| 5.0 DISKUSJON OG IMPLIKASJONER .....  | 82 |
| 5.1 Betydningen av godt samarbeid i tjenestene som møter mennesker med ROP-lidelser .....     | 82 |
| 5.1.1 Det å arbeide tverrfaglig rundt mennesker med ROP-lidelser .....                        | 84 |
| 5.1.2 Det må tilrettelegges for samarbeid mellom ulike utøvere og med brukerne .....          | 86 |
| 5.1.3 Betydningen av å ha tid til å samarbeide med hverandre .....                            | 87 |
| 5.1.4 Kommunikasjon er sentralt i samarbeid .....   | 88 |
| 5.2 Samarbeid sett i sammenheng med forvaltning og vedtak .....                               | 90 |
| 5.2.1 Forvaltningen til hjelp eller hinder for samarbeid .....                                | 90 |
| 5.2.2 Samarbeid etter vedtak er fattet .....  | 95 |

|  |     |
|--|-----|
| 5.3 Implikasjoner for praksis .....                            | 97  |
| 5.4 Videre studier.....  | 98  |
| 6.0 KONKLUSJON .....   | 100 |
| LITTERATURLISTE .....  | 102 |
| Vedlegg 1. Henvendelse virksomhetsleder Avdeling psykisk helse |     |
| Vedlegg 2. Henvendelse virksomhetsleder Sosialtjenesten        |     |
| Vedlegg 3. Intervjuguide                                       |     |
| Vedlegg 4. Infoskriv til deltagere                             |     |
| Vedlegg 5. Eksempler fra analyseprosessen                      |     |
| Vedlegg 6. Søknad NSD  |     |

## OVERSIKT FIGURER

Figur 1: Side 9

Illustrasjon av kommunens organisering for rus- og psykiske helsetjenester i Asker kommune.

Figur 2: Side 24

Illustrasjon for å forklare modell for ”dual recovery”, oversatt til norsk (av oss) (Davidson et al. 2008, s. 284).

Figur 3: Side 33

Relasjonsbeskrivelse for å forklare samarbeid som fenomen i praksisfeltet (Ødegård, 2009, s. 55).

Figur 4: Side 37

Vektstang for å forklare kvalitet i helsetjenesten (Kaasa, 2004, s. 8).

## 1.0 INNLEDNING

Dette prosjektet er en delstudie, i et større forskningsprosjekt (heretter kalt hovedprosjektet) som Høgskolen i Buskerud og Vestfold (HBV) gjennomfører i samarbeid med Asker kommune og bruker- og pårørendeorganisasjoner med navnet: "Equal Footing: Samarbeidende praksiser innen psykisk helse og rus som mangfoldige partnerskap." Dette forskningsprosjektet er finansiert av Norges Forskningsråd og gjennomføres i perioden 2012-2015. Hensikten med hovedprosjektet er å undersøke og få kunnskap om hvordan samhandling, mellom de ulike tjenestene til unge voksne (i alderen 18-28 år) med samtidig rus- og psykiske helseproblemer (ROP-lidelser), oppleves og erfares for brukere, pårørende og de ansatte i Asker kommune.

Bakgrunnen for hovedprosjektet er at det ikke er tatt tilstrekkelig hensyn til brukernes behov for koordinerte tjenester i lokalbasert psykisk helse- og rusarbeid. Personer i denne målgruppen får ikke den hjelpen de trenger, når de trenger den (Helse- og omsorgsdepartementet, 2009). Samhandlingsreformen (Helse- og omsorgsdepartementet, 2009) viser til at dette er fordi tjenestene er for ukoordinerte. Brukerens behov for koordinerte tjenester blir ikke besvart godt nok. Den poengterer at utfordringer knyttet til samhandling er kjent gjennom flere tiår og at det har vært et fortløpende utviklingsarbeid i forhold til dette i helsetjenestene. Samhandlingsreformen kommer med strukturelle endringer som for eksempel kommunal medfinansiering ved innleggelse i spesialisthelsetjenesten. Kommunen må også betale dersom de ikke kan ta imot pasienter som er definert som utskrivningsklare fra sykehus i påvente av at kommunalt tilbud, for eksempel korttidsplass i institusjon. Disse økonomiske endringene gjelder i første omgang somatisk helsehjelp (Forskrift om medfinansiering av spesialisthelsetj., 2012). Personer med psykiske lidelser og rusproblemer er en del av Samhandlingsreformen og er nevnt på lik linje med alle andre pasienter og brukere.

I Norge er ansvar og oppgaver knyttet til helsetjenester fordelt på to forvaltningsnivåer. Det ene nivået er i kommunen og det andre nivået er statlig. I kommunen forvaltes primærhelse- og omsorgstjenester, mens Stat og helseforetak forvalter spesialisthelsetjenesten. Det er i tillegg flere organisatoriske oppdelinger både innad i kommune- og spesialisthelsetjeneste. Begge forvaltningsnivåene er regulert av rettighets-, finansierings-, beslutnings-, brukervedvirknings- og prioriteringsbestemmelser (Helse- og omsorgsdepartementet, 2009). Samhandlingsreformen påpeker imidlertid at det i liten grad finnes systemer som fokuserer på



pasientens behov for helhet i pasientforløpet. Systemene er rettet inn mot deltjenestene gjennom ansvar og oppgaver som er fordelt mellom kommune- og spesialisthelsetjeneste. Dersom en tjeneste har brukt mye ressurser i oppfølgingen av en bruker, og dette ikke følges opp ved forflytning av oppfølging til annen tjeneste, vil ressursinnsatsen være unyttig (Helse- og omsorgsdepartementet, 2009).

I kommunehelsetjenesten er det flere aktører som utfører helse- og omsorgstjenester. Dette avhenger av hvordan kommunene har organisert seg. Kommunene har ofte organisert dette gjennom hjemmesykepleie, hjemmehjelp, psykisk helsehjelp og oppfølging fra rustjenesten. De ulike utøverne har i liten grad ansvar for å sørge for en god veksling med andre tjenesteutøvere (Helse- og omsorgsdepartementet, 2009). Innsatsen som gjøres i spesialisthelsetjenesten, for eksempel i behandlingsforløpet til en person med ROP-lidelse, er avhengig av at kommunen stiller med de nødvendige ressursene i etterkant av utskrivelsen. Dette i forhold til bolig og oppfølging av nødvendige helse- og omsorgstjenester for i best mulig grad å bidra til at denne brukeren får hjelp til å forbli rusfri. Dette vil medføre en utgift for kommunen, men kan gi økonomisk gevinst for spesialisthelsetjenesten i form av sparte sykehusinnleggelser. I Samhandlingsreformen problematiseres det at alle måles og belønnes på det de gjør innenfor egen tjeneste, ikke på det de gjør på tvers og i samarbeid med andre utøvere. For eksempel peker den på individuell plan (IP) som et viktig verktøy for å bidra til koordinerte tjenester og at arbeidet med å videreutvikle og forbedre dette tiltaket må fortsette. Samtidig påpekes det behov for at utfordringene i forhold til fragmenterte tjenester reguleres med mer strukturelle tiltak (Helse- og omsorgsdepartementet, 2009). Eksempler på dette kan være forpliktene samarbeidsavtaler mellom helseforetak og kommuner som er hjemlet i Lov om kommunale helse- og omsorgstjenester (2011) kapittel 6.

Brukere som strever med samtidig rus- og psykiske helseproblemer ble tidligere omtalt med begrepet "dobbeltdiagnose" (Evjen, Kielland & Øiern, 2012). Når det gjelder denne gruppen mennesker brukes nå begrepet ROP-lidelser som direkte oversatt betyr rus- og psykisk lidelse (Helsedirektoratet, 2012). Det er derfor denne betegnelsen vi bruker i denne masteroppgaven. ROP-lidelser er et norsk "særbegrep" som benyttes i *"Nasjonal strategi for kvalitetsforbedring av sosial- og helsetjenesten for rusmiddelmisbrukere"* (Sosial- og helsedepartementet, 2005). I tillegg benyttes begrepet i *"Nasjonal faglig retningslinje for utredning, behandling og oppfølging av pasienter med samtidig ruslidelse og psykisk lidelse"* (Helsedirektoratet, 2012), heretter referert til som ROP-retningslinjen.

ROP-retningslinjen gir en nærmere beskrivelse av målgruppen og hva som ligger i begrepet ROP-lidelser. Den beskriver at målgruppen er mennesker med alvorlig psykisk lidelse kombinert med ruslidelse. ROP-retningslinjen inkluderer samtidig hensynet til funksjonsnivå i beskrivelsen samt mennesker med mindre alvorlig psykisk lidelse og samtidig ruslidelse når disse er forbundet med betydelig nedsatt funksjon. Eksempler på områder med funksjonsnedsettelse kan være det å bo, arbeide, sosial fungering eller andre betydningsfulle områder (Helsedirektoratet, 2012). I forhold til å utøve tjenester til ROP-brukere er det mange tjenester som kan ha et samtidig ansvar for å gi behandling og oppfølging. I både psykisk helsevern og tverrfaglig spesialisert rusbehandling (TSB), finner man store brukergrupper som strever med samtidig rus- og psykisk lidelse. Mange av disse får ikke tilstrekkelig hjelp fordi de havner i gråsoner i forhold til hvem som skal ta ansvar for å sørge for tjenester (Evjen et al., 2012). ROP-retningslinjen anbefaler at ansvaret for behandling skal plasseres et sted, men påpeker at andre instanser også vil ha ansvar og at det alltid skal forankres forpliktende samarbeid (Helsedirektoratet, 2012). Fokus for denne studien er det kommunale tjenesteapparatets samarbeid rundt denne brukergruppen.

I vår studie har vi undersøkt hvordan fagpersoner, i Seksjon rustiltak (SRT) og Psykososialt team (PST) i kommunen, opplever å samarbeide med hverandre og i oppfølgingen av brukere med ROP- lidelser. Vi ønsket å undersøke dette på bakgrunn av kunnskapen om at tjenestetilbudet ikke er tilstrekkelig koordinert (Helse- og omsorgsdepartementet, 2009), samtidig sett opp mot kunnskapen om at brukere med ROP-lidelser er i behov av hjelp fra flere aktører i forhold til å mestre hverdagslivet på grunn av funksjonsnedsettelser (Helsedirektoratet, 2012).

Oppgaven er inndelt i seks kapitler. I innledningen, kapittel 1, redegjør vi for bakgrunnen for valget av tema, hensikten med studien og avgrensninger. I kapittel 2 beskriver vi studiens teoretiske rammeverk og gjennomgang av tidligere relevant forskning. I kapittel 3 presenterer vi forskningsmetode og gjennomføringen av forskningsprosjektet. Deretter, i kapittel 4, presenterer vi funnene vi identifiserte gjennom fenomenologisk-hermeneutisk analysemetode. Så, i kapittel 5, drøfter vi funnene opp mot teori og forskning. Avslutningsvis, i kapittel 6, presenterer vi vår konklusjon hvor vi oppsummerer funnene fra undersøkelsen.

## 1.1 Bakgrunnen for studien

Gjennom vår utdanning på masterstudiet i klinisk helsearbeid, ved Høgskolen i Buskerud og Vestfold, har vår kunnskap og interesse for feltet innenfor psykisk helse og rusarbeid i kommunen økt. Når vi nå har fått anledning til å fordype oss i en masteroppgave, valgte vi å gjøre dette sammen. Ved å møte feltet med to par øyne, erfarte vi at perspektivene våre ble utvidet og kunne være med å styrke forskningsprosjektet vårt. Spesielt fordi vi har ulik arbeidserfaring, som for eksempel erfaring fra psykiatrisk døgnavdeling i spesialisthelsetjenesten og hjemmesykepleie. Begge har også erfaring med å jobbe med mennesker som strever med både rus- og psykiske helseproblemer.

### 1.1.1 Historisk tilbakeblikk

Historisk sett er det store ulikheter i utviklingen av psykiatri- og rusomsorgen (Davidson et al., 2008; Evjen et al., 2012). Disse fagfeltene har vært preget av til dels ulike behandlingskulturer, samt ulike teoretiske og praktiske tilnærminger. For eksempel ble hva som omtales i litteraturen som "bedrestilte" mennesker, som hadde problemer med alkoholmisbruk, tatt hånd om ved kursteder, mens filantropiske organisasjoner og indremisjon tok ansvar for å bygge behandlingssteder til de "fordrukne" (Evjen et al., 2012).

I dagens Norge er rustiltakene sterkt modernisert, men man kan ifølge Evjen et al. (2012), fortsatt finne historiske rester av den humanistiske og religiøse verditankegangen, samt solidaritetstankegangen som har preget sosialhistorien. Det eksisterer for eksempel flere alternative behandlingssteder som Evangeliesenteret, Frelsesarmeen og Blå kors som tilbyr rusbehandling. Evjen et al. (2012) beskriver at rusmiddelmisbruk i større grad enn psykisk lidelse er heftet med forestillingen om at dette rammer personer i "lavere sosiale sjikt." De hevder at det er fortsatt eksisterer holdninger blant folk generelt om at rusmisbruk er noe man "kan noe for," og man tenker at man derfor kan "ta seg sammen" og slutte med det.

Avhengighet er i vår tid et av de mest sentrale begrep i rusfeltet (Fekjær, 2004). Fra 1800-tallet kjenner man til begrepet å være "henfallen". Fekjær (2004) hevder at det er først sent på 1900-tallet impliseres at stadig bruk av rusmidler ofte handler om en ufrivillig handling som bør kalles sykdom. Vår tids omfattende bruk av rusmidler skaper en rekke negative konsekvenser, for eksempel i mellommenneskelige relasjoner, skole, arbeid og helseproblemer (Mueser, Noordsy, Drake & Fox, 2006).

I følge Evjen et al. (2012) kan man erfare holdninger i fagfeltet om at når det gjelder psykiske problemer er oppfatningen at dette er noe "man er rammet av". Dette kan innebefatte troen om at dette er problemer man er i behov av eksperthjelp til for å bli frisk. "Lov om sindsyges behandling og forpleining" ble vedtatt i 1848 og med dette ble behandlingen av psykisk syke regulert i lov og gjennomført i spesialinstitusjon (Aarre, 2010). Gaustad asyl åpnet i 1855 og i årene som fulgte ble det bygget flere statsasyl, og videre lokale amtsasyl. Alle pasientene var i lang tid innlagt på tvangsparagraf før loven i 1935 åpnet for frivillig innleggelse.

Aarre (2010) beskriver at i de første årene Gaustad ble drevet skilte man mellom de "uhelbredelige", som burde være i omsorg av "mer pleiemessig karakter", og de "helbredelige" som burde være i asyl. Denne tankegangen forlot man derimot raskt, og alle ble samlet i samme institusjon med samme medisinskfaglige og administrative ledelse. Det var først etter andre verdenskrig man igjen gikk tilbake til å skille tydeligere mellom de som skulle behandles med henblikk på bedring og de som ble sett som uhelbredelige og pleietrengende (Aarre, 2010).

Det ble etter hvert opprettet poliklinisk tilbud hvor mennesker med mildere plager ble behandlet. Aarre (2010) beskriver at historisk sett er psykiatrien preget av en medisinsk tilnærming. Institusjonene var et system med lite innsyn og kontroll, og behandlingen var styrt av leger med stor makt over pasientene. I den medisinske tilnærmingen gjaldt det å finne ut hva som var "galt" med personen for så å gi individrettet behandling for å korrigere feilen, for å gjøre de friske.

Vi skriver om dette historiske tilbakeblikket for å vise hvilke tradisjoner som tjenestene bygger på. I litteraturen (for eksempel Andvig, Lyberg, Borg & Karlsson, 2013; Borg & Karlsson, 2013; Evjen et al., 2012; Schjødt, Hoel & Onsøien, 2012; Aarre, 2010), Samhandlingsreformen (Helse- og omsorgsdepartementet, 2009) og ROP-retningslinjene (Helsedirektoratet, 2012), beskrives det at brukerne ønsker seg et tjenestetilbud som er lett tilgjengelig, med lav terskel og hvor de har mulighet til å holde kontakt med sin daglige livsverden - hverdagsliv. Samtidig ønsker brukerne at det også er tilrettelagt et tilbud for de brukerne der et poliklinisk tilbud ikke er tilstrekkelig. I 2005 ble 83 % av spesialisthelsetjenestens ressurser innenfor psykiatri brukt til døgnbehandling (Aarre, 2010). Aarre (2010) skriver videre at man ikke vet nøyaktig hvor mange brukere som benytter seg av døgnavdelinger. Han anslår at det i alle fall ikke er flere enn 30 % av brukerne. Dette

innebærer at disse 30 % mottar rundt 80 % av ressursene. Dette illustrerer at døgnbehandling kan utgjøre en dramatisk feilinvestering. Dersom disse menneskene i stedet kan hjelpes på andre måter (for eksempel ambulerende tjenester), vil det bli billigere og flere kan nås med de samme ressursene (Helse- og omsorgsdepartementet, 2009). Samhandlingsreformen påpeker at rundt 70 % av ressursene innenfor psykisk helsevern går til spesialisthelsetjenesten, og bare omlag 30 % av disse ressursene går til kommunene.

I Norge startet man med behandlingen av psykiatriske lidelser med store sentraliserte institusjoner (Aarre, 2010). Disse store institusjonene var derfor lite tilgjengelige for lokalsamfunnet. Ifølge Aarre (2010) kan man erfare holdninger i fagfeltet til at det er en motvilje mot å opprette og utvikle lettere tilgjengelige tilbud. Han legger frem motviljen mot opprettelse av distriktpsikiatriske senter (DPS) som et eksempel på dette. Før det ble besluttet at DPS skulle hete nettopp dette, ble forløperen kalt ”bo- og behandlingssenter”. Dette kan ifølge Aarre (2010) røpe holdninger om at det var brukere som var så syke at de skulle bo ved disse sentrene. De skulle ikke bare motta tjenester fra spesialisthelsetjenesten, de skulle være ”psykiatriske pasienter” på ubestemt tid.

Disse holdningene står i sterk kontrast til Samhandlingsreformens føringer.

Spesialisthelsetjenesten skal nå utvikles slik at den spesialiserte kompetanse i større grad kommer til nytte. Kommunen skal yte tjenester som er av en slik karakter at de ikke krever innsats fra spesialisthelsetjenesten (Helse- og omsorgsdepartementet, 2009).

Samhandlingsreformen påpeker samtidig at det er viktig at spesialisthelsetjenesten bør legge større vekt på at tjenester som ytes her inngår i helhetlige pasientforløp som også inkluderer kommunale tjenester. Et av Samhandlingsreformens utgangspunkt er at det på grunn av de store kostnadene knyttet til døgnbehandling, er ikke helsetjenesten bærekraftig (Helse- og omsorgsdepartementet, 2009). Den viser til at dersom det ikke settes i gang tiltak vil utviklingen true samfunnets bæreevne. Over tid vil det også kunne bli nødvendig med prioriteringsbeslutninger som da vil kunne bryte med grunnleggende verdier i den norske velferdsmodellen (Helse- og omsorgsdepartementet, 2009). Det fremkommer gjennom dette at det er et tydelig behov for at kommunale tjenester fungerer godt og samhandler, for at flest mulig pasienter og brukere skal få den hjelpen de er i behov av på lavest mulig omsorgsnivå.

Det har de senere år blitt økt fokus på psykiske lidelser. Offentlige personer i samfunnet har bidratt til å sette temaet på dagsorden ved å fortelle om egne problemer. Dette kan ha bidratt

til å avmystifisere psykiske lidelser. Ifølge Evjen et al. (2012) kan ruslidelser fortsatt bli møtt av holdninger om at dette representerer noe skammelig, svakhet og moralsk forfall.

Mennesker som sliter med rusmisbruk forsøker i det lengste å skjule dette og det beskrives at mange føler seg stigmatisert (Evjen et al., 2012).

I tillegg ser man at det har de siste tiårene vært en økende erkjennelse av at psykiske lidelser og rusmiddelmisbruk ofte opptrer samtidig (Helsedirektoratet, 2012). Det erkjennes i ROP-retningslinjen at det fortsatt mangler mye hva angår utredning, behandling og oppfølging. Det spesifiseres at godt profesjonelt arbeid rundt brukergruppen krever godt kunnskapsnivå og spesielle ferdigheter (Helsedirektoratet, 2012). Dette er elementer vi vil komme nærmere tilbake til i det teoretiske rammeverket i kapittel to i oppgaven.

#### 1.1.2 Behovet for samarbeid

Samhandlingsreformen påpeker at den til dels dårlige tilgjengeligheten av tjenester innenfor psykisk helse kan handle om spørsmål om ressurser. Det hevdes imidlertid at dette sannsynligvis også skyldes arbeidsmetoder, organisering og samarbeid (Helse- og omsorgsdepartementet, 2009). Den definisjonen vi benytter på psykisk helsearbeid i vår masteroppgave er:

*Psykisk helsearbeid er et flervitenskaplig og tverrfaglig utdannings-, forsknings- og arbeidsfelt, og omfatter alle deler av tjenestene. Psykisk helsearbeid fokuserer på å fremme og bedre menneskers psykiske helse samt påpeke og søke å endre forhold i samfunnet som skaper psykisk uhelse og bidrar til stigmatiseringsprosesser og sosial utstøting. Hensikten er å styrke menneskers opplevde egenverd og livskraft, bistå i prosesser som utvikler opplevelser av sammenheng og muligheter for å mestre hverdagens utfordringer samt skape inkluderende lokalmiljø. (Redaksjonen i Tidsskrift for psykisk helsearbeid, nr.2, 2008, s. 103)*

Denne definisjonen plasserer denne oppgaven i feltet psykisk helsearbeid, da vi søker å utforske og få kunnskap om opplevelsen av samarbeid hos ansatte i ulike team med samtidig ansvar for oppfølgingen av mennesker som har ROP-lidelser. Samhandlingsreformen (Helse- og omsorgsdepartementet, 2009) viser at det er problematisk at aktører blir målt innenfor sin egen ”søyle” og at tjenestetilbudet er for fragmentert. Dette kan føre til at ROP-brukere mottar tjenester fra ulike kommunale aktører som hjemmesykepleie, psykisk helse og rustjeneste.

Disse har egne budsjetter og ressursforvaltning. Definisjonen knytter psykisk helsearbeid til arbeid med å bistå i prosesser som utvikler opplevelse av sammenheng. Dersom ROP-brukere i behov av et koordinert tjenestetilbud skal oppleve helhetlige og sammenhengende tjenester, må disse utøverne fra ulike tjenester samarbeide (Helsedirektoratet, 2012).

Alle mennesker har en psykisk helse (Almås-Sørensen, Hveem & Ruud, 2007). I et samfunnsperspektiv er psykisk lidelse noe som rammer en stor del av den norske befolkningen. Innenfor ett år vil en tredjedel av den voksne befolkningen tilfredsstille diagnostiske kriterier for minst én psykisk lidelse (Knudsen & Mykletun, 2010). Ser man på hele livsløpet vil omtrent halvparten av oss oppleve dette i løpet av livet. Størst forekomst har angst, depresjon og rus (Knudsen & Mykletun, 2010).

Gjennom nasjonale opptrappingsplaner for psykisk helse (St.prp. nr. 63, 1997-1998), opptrappingsplanen for psykisk helse (1999-2006) og opptrappingsplan for rusfeltet som ble lagt frem for Helse- og omsorgsdepartementet som en del av St.prp. nr. 1 (2007-2008), er fokuset på brukergruppen politisk forankret. Disse nasjonale føringene vil vi utdype nærmere i kapittel 2, teoretisk rammeverk.

Personer med ROP-lidelser kan streve med funksjonsnedsettelse i forhold til hverdagslivets fungering (Helsedirektoratet, 2012). Samtidig viser Samhandlingsreformen (Helse- og omsorgsdepartementet, 2009) at tjenestetilbudet er lite koordinert for denne brukergruppen. Disse brukerne, som er i behov av helse- og omsorgstjenester, kan ha vansker med å mestre sitt eget hverdagsliv, samtidig som de er i behov av hjelp fra flere tjenester (gjør gjerne samtidig). De ulike tjenestene kan ses som et ”system av hjelpere” som sammen skal bidra til økt livskvalitet og hjelp til egen mestring for brukeren. ROP-brukere er mennesker med forskjellige behov og har selv kunnskap om hva de trenger for å få økt livskvalitet (Davidson et al., 2008). For å bidra til en helhetlig bedring av livskvaliteten til ROP-brukere, må personens egne ressurser støttes gjennom oppfølgingen (Helsedirektoratet, 2012). Det er viktig at ansatte som samarbeider om å utøve tjenester til denne brukergruppen deler denne erkjennelsen. Vi ønsket i vår studie å se nærmere på hvordan ansatte, som jobber innenfor psykisk helsearbeidstjenesten (PST) og tjenesten som har oppfølging av rusmiddelmissbrukere (SRT), opplever å samarbeide med hverandre i arbeidet med brukere som strever med problematikk innenfor begge områder samtidig.

## 1.2 Forskningskontekst

Da forskningskonteksten for vår studie er Asker Kommune, vil vi kort illustrere hvordan kommunen var organisert under forskningsprosjektet. Vi sier *var*, da det er en pågående omorganiseringsprosess i kommunen. I denne omorganiseringsprosessen er et av målene å samle funksjoner knyttet til tjenestetildeling, både i forhold til helse- og omsorgstjenester og tjenester av sosialfaglig karakter. Dette for å skape mer tilgjengelige, helhetlige og koordinerte forløp, samt skape en bedre dialog med kommunens innbyggere (Asker kommune, 2013).

For å illustrere hvordan kommunen er organisert i forhold til oppgaver presenterer vi, i figur 1 under, et organisasjonskart over de involverte tjenester i forhold til målgruppen vi har intervjuet.



Figur 1: Illustrasjon av kommunens organisering for rus- og psykiske helsetjenester i Asker kommune.

Rådmannens ledergruppe består av fem direktører, økonomisjef og HR-sjef. Direktørene har rådmannens fullmakter innenfor sine ansvarsområder. Som vist i illustrasjonen over er det i henhold til de tjenestene som mottas av Seksjon rustiltak (SRT) og Psykososialt team (PST)



organisert slik at det er direktøren for helse- og omsorg som har ansvaret for disse tjenestene på rådmannsnivå. Under helsedirektøren er det elleve virksomheter i ansvarsområdet helse- og omsorg. Vi vil utdype hvor PST og SRT er organisert, samt Vedtakskontoret da det vil være relevant for hvordan samarbeid kan gjennomføres i praksis innenfor disse rammene og lovverk.

Det er Vedtakskontoret som fatter enkeltvedtak til personer som søker om tjenester fra Psykososialt team. Personer som henvender seg til SRT blir saksbehandlet av et inntaksteam i Seksjon rustiltak. Dersom ruskonsulenter i SRT ønsker samarbeid med PST rundt brukere med ROP-lidelser, må de henvende seg til Vedtakskontoret. Saksbehandler ved Vedtakskontoret gjør en vurdering av saken i forhold til behov, tjenesteomfang, hvilke tjenester som skal iverksettes og fatter så vedtak om dette. Tjenestene som ytes av kommunen er frivillige for brukerne å motta. Det innebærer at oppfølging av Psykososialt team og Seksjon rustiltak må være etter eget ønske og ta utgangspunkt i brukerens ønsker og behov.

I Asker kommune blir alle helse- og omsorgstjenester, som er vedtakspliktige, med unntak av tjenester gitt av SRT vurdert av Vedtakskontoret som vurderer om søkere fyller vilkår for oppfølging. Disse tjenestene blir tildelt med hjemmel i helse- og omsorgstjenesteloven (2012). En av forskerne er ansatt ved Vedtakskontoret og er saksbehandler for søknader om tjenester fra avdeling psykisk helse.

Seksjon rustiltak er en del av sosialtjenesten i Asker kommune. Sosialtjenesten har ansvar for oppfølging av rusmisbrukere over 18 år med tilhørighet i Asker. De kan kontaktes direkte av alle som selv har, eller kjenner noen som har, et alvorlig rusproblem. Den videre oppfølgingen planlegges individuelt i samarbeid med bruker og ruskonsulent.

Seksjon rustiltak og Psykososialt team har pr. i dag ulik organisering og benytter ulike datasystemer. De ansatte sitter i hver sine lokaler og sakene blir som nevnt ikke saksbehandlet/ vurdert på samme sted. Begge disse tjenestene følger opp flere av de samme brukerne. Det formelle samarbeidet mellom de to teamene består av to årlige samarbeidsmøter. Vi vil videre i teorikapittelet komme nærmere inn på hvilke lovverk samt politiske føringer som regulerer tjenestene.

### 1.3 Å gjennomføre masteroppgaven som et teamarbeid

Denne studien er gjennomført som et teamarbeid, der vi har vært to forskere som har jobbet sammen i hele forskningsprosessen. I henhold til studieplanens retningslinjer for masteroppgaven skal det, når to studenter skriver oppgaven sammen, beskrives hvordan den enkelte student selvstendig har bidratt i monografien (Høgskolen i Buskerud, 2010). Vår oppgave er inndelt i seks kapitler. Vi har samarbeidet tett om alle deler av oppgaven for å sikre en klar og logisk struktur, samt et klart og entydig språk. Vi fordelte hovedansvaret mellom de ulike kapitlene mellom oss. Mette Schau er hovedforfatter i forhold til studiens teoretiske ramme. Gunhild Simavik Dahl er hovedforfatter i metodekapittelet. I forhold til innledning og presentasjon av funn er dette gjennomført ved at vi har sittet sammen og skrevet dette. I kapittelet om drøfting og implikasjoner har vi delt temaene mellom oss. Gunhild Simavik Dahl står som hovedforfatter på den første delen 5.1 Betydningen av godt samarbeid i tjenestene som møter mennesker med ROP-lidelser. I det andre hovedkapittelet av drøftingen 5.2 Samarbeid sett i sammenheng med forvaltning og vedtak, er Mette Schau hovedforfatter. Vi har sittet sammen gjennom hele prosessen og er således begge like delaktige i alle deler av oppgaven.

### 1.4 Oppgavens hensikt og avgrensninger

I denne oppgaven er det fagpersonenes opplevelser av samarbeidet mellom kommunens seksjoner om psykisk helse og rus vi ønsker å få kunnskap om. Asker kommune er som nevnt organisert med Seksjon rustiltak og Psykososialt team. Det er disse to teamene som til sammen primært følger opp alle personer som har ROP-lidelser og er i kontakt med kommunen. Personene kan også ha andre tjenester samtidig, som for eksempel hjemmesykepleie og praktisk bistand (som for eksempel hjelp til rengjøring eller handling). I tillegg har flere personer med ROP-lidelser oppfølging av spesialisthelsetjenesten (som for eksempel samtaler med behandler eller oppfølging av medisiner).

Vi har avgrenset denne studien til å omhandle SRT og PST da vi i våre litteratursøk fant lite forskning på samarbeid innenfor kommunchelsetjenesten. I tillegg ønsket vi mer kunnskap om hvordan samarbeid beskrives og erfares av ansatte i disse tjenestene som samarbeider om tjenester til personer med ROP-lidelser.

Hensikten med studien er å undersøke og å få kunnskap om opplevelsen av samarbeid mellom to seksjoner som har felles ansvar for samme brukergruppe, men som er organisert i hver sin virksomhet. Dette ved å innhente beskrivelse av informantenes egne opplevelser innenfor oppgavens problemstilling. Målet med studien er å utvikle kunnskap om hvordan det oppleves å samarbeide rundt denne brukergruppen.

### 1.5 Problemstilling

Med utgangspunkt i bakgrunnen og hensikten med studien er vår problemstilling for forskningsprosjektet:

*Hvilke opplevelser beskriver ansatte i Seksjon rustiltak og Psykososialt team i en kommune rundt det å samarbeide med hverandre om å utøve tjenester til mennesker med ROP-lidelser?*

Vi har hatt fokus på hva som er fremmende og hemmende faktorer i forhold til opplevelsen av samarbeid. For å belyse problemstillingen utviklet vi følgende forskningsspørsmål:

1. Hva opplever fagpersoner fremmer samarbeid mellom seksjonene, rundt brukere med rusmisbruksproblematikk og samtidig psykisk lidelse?
2. Hva opplever fagpersoner hemmer samarbeid mellom seksjonene, rundt brukere med rusmisbruksproblematikk og samtidig psykisk lidelse?

## 2.0 TEORETISK RAMMEVERK OG GJENNOMGANG AV TIDLIGERE FORSKNING

I dette kapittelet skal vi presentere den teoretiske rammen for vår studie, samt gjennomgå tidligere relevant forskningslitteratur. Vi starter med å beskrive vårt litteratursøk. Deretter beskrives lovverket som regulerer tjenestene som ytes av kommunes lokalbaserte psykisk helse- og rusarbeid, samt nasjonalpolitiske føringer. Etter dette følger teori om ROP-lidelser og samarbeid. Avslutningsvis vil vi gjennomgå tidligere relevant forskning.

### 2.1 Litteratursøk

Vi har utført et systematisk litteratursøk for å finne frem til relevant litteratur som kan anvendes i oppgaven, samt for å få oversikt over hva som er gjort av tidligere relevant forskning. For å få et begrep om hvordan ansatte selv opplever det å samarbeide med andre tjenester, valgte vi å søke etter litteratur som tok for seg samarbeid i sosialtjeneste og psykisk helsetjeneste. Vi valgte å søke etter litteratur fra sosialtjeneste, da tjenester til brukere med ruslidelser, frem til 2012, var hjemlet i sosialtjenesteloven.. Dette forholdet til lovverket vil vi gi en nærmere beskrivelse av i kapittel 2.2. Vi søkte også etter litteratur som viste oss hva slags erfaringer

Helsepersonell har når det gjelder oppfølging av brukere med rus- og psykisk lidelse problematikk. Dette gjorde vi for å få en dypere forståelse, samt oversikt over temaet vi skal få kunnskap om gjennom vår forskning. I tillegg for å kunne se likheter og forskjeller i hvordan rustjeneste og psykisk helsetjeneste tenker om oppfølging av brukere. Vi søkte også litteratur ut ifra egen kunnskap og erfaring fra fagfeltet, dette beskrives under "Håndplukkede søk".

#### 2.1.1 Søkeord og gjennomføring av søk

Problemstillingen har ledet oss til søkeordene som er brukt. Både norske og engelske søkeord er blitt brukt, avhengig av hvilke databaser søkene er utført i. De norske søkeord var:

*Samarbeid, sosialtjeneste, psykisk helse, ROP-lidelse, rusmisbruk og tverrfaglig samarbeid.*

De engelske søkeordene var: *Collaboration, social work, mental health services, dual diagnoses, substance abuse* og *interprofessional collaboration*. Søkeordene er anvendt både hver for seg og i kombinasjon.

Litteratursøket ble gjennomført i tidsrommet desember 2013 til februar 2014. Følgende databaser ble brukt i litteratursøket: SveMed+, Medline, PubMed, PsycINFO og Cinahl. Vi startet søket i databasen SveMed+. Deretter fortsatte vi med litteratursøket i databasene PubMed og Medline. Disse to databasene gav muligheter for å finne sammendrag av artikler og artikler i fulltekst. På bakgrunn av dette søkte vi i disse basene i et tidlig stadium av søket. Videre søk ble gjort i basene Cinahl og PsycINFO. I tillegg har vi søkt etter litteratur på BIBSYS, hvor vi fant dokumenter fra Helsetilsynet, Rådet for psykisk helse, SINTEF, Nasjonalt senter for erfaringskompetanse innen psykisk helse (erfaringskompetanse.no), Nasjonalt kompetansesenter for psykisk helsearbeid (NAPHA), samt relevante fagbøker. Dette resulterte i to rapporter som vi fant spesielt interessante. Den ene var en prosjektrapport fra SPoR Vestfold 2010-2013, som omhandler psykososial rehabilitering av ROP-pasienter. I tillegg fant vi en forskningsrapport SINTEF utga i januar 2013 som het: *"Kommunale tiltak i psykisk helsearbeid 2012 - Årsverksstatistikk og analyser av kommunal variasjon"* (Ose & Slettebak, 2014). I tillegg fant vi gjennom våre søk en forskningsartikkel som omhandlet tverrfaglig samhandling på tvers av forvaltningsnivå: "Samhandling mellom et distriktpsykiatrisk senter og kommunalt psykisk helsearbeid: ansattes erfaringer" (Elstad, Steen & Larsen, 2013). Disse vil vi henvise til i gjennomgangen av forskningslitteraturen senere i dette kapitlet.

Det har også vært nyttig å se igjennom nettsidene til SINTEF, NAPHA, Nasjonal kompetansetjeneste for samtidig rusmisbruk og psykisk lidelse, Rop.no, tidsskriftet Sykepleien, Tidsskrift for psykisk helsearbeid og bladet Psykisk helse. På denne måten har vi skaffet oss informasjon om prosjekter og undersøkelser som utføres, eller er utført på dette området. På nettsidene til NAPHA har vi funnet forskning på recovery/ bedringsprosesser som handler om en holdning som fremmer tro og muligheter på at selv med psykiske problemer/ lidelser kan mennesker leve meningsfulle og tilfredsstillende liv. En kunnskapssammenstilling om Recoveryorienterte praksiser er utgitt av NAPHA (Borg, Karlsson & Stenhammer, 2013) og denne vil vi referere nærmere til i litteraturgjennomgangen. I BIBSYS ble kun de norske søkeordene brukt.

### 2.1.2 Håndplukkede søk

Vår kunnskap og erfaring om feltet som handler om psykisk helsearbeid og samarbeid hjalp oss i å utføre håndplukkede søk. Det betyr at vi har kjent til noe relevant litteratur, samt fått

tips fra personer i fagfeltet som vi har gjort direkte søk etter. I tillegg har vi gjennom vår veileder fra HBV fått tilgang på artikler som er relevante for problemstillingen.

I senere år er det blitt økt oppmerksomhet på ROP-lidelser på politisk nivå, og da dette er et felt som er i stadig endring, har det vært viktig å sette oss godt inn i politiske føringer og retningslinjer. Vi har derfor også søkt på nettsidene til Regjeringen og Helsedirektoratet.

Gjennom våre søk fant vi litteratur som omhandler samarbeid mellom ulike nivåer. Noe av litteraturen handlet om samarbeid mellom spesialisthelsetjenesten og kommunen. I tillegg fant vi litteratur på samarbeid mellom bruker og terapeut. Vi fant relevant forskning på hvordan terapeuter, i selve relasjonen, kan samarbeide med brukerne. Rollene endres fra spesialist-bruker til mer jevnbyrdige forhold hvor bruker er den som er spesialist på eget liv. Vi finner imidlertid gjennom våre søk lite forskning på samarbeid innenfor kommunale tjenester.

Videre i kapittelet vil vi vise til lovverk og forskrifter som regulerer helse- og omsorgstjenestene og se nærmere på de helsepolitiske føringene. Dette gjør vi fordi lovverk og forskrifter er det rammeverket som personene i tjenestene samarbeider innenfor.

## 2.2 Lovverk og forskrifter

Det er flere ulike lover som regulerer og påvirker samarbeid i helse- og omsorgstjenestene. De aktuelle lovene er helse- og omsorgstjenesteloven (2011), pasient- og brukerrettighetsloven (1999) og forvaltningsloven (1967). Helse- og omsorgstjenesteloven § 3-4 setter krav til samhandling og samarbeid på tvers av de ulike deltjenestetilbudene i kommunen. Målet er å få en koordinert tjenestetilbud for den enkelte tjenestemottaker. For å oppnå dette målet er det sentralt at helse- og omsorgstjenesten ser sine egne tjenester som en del av et helhetlig tjenestetilbud (Helse- og omsorgsdepartementet, 2009).

De kommunale rus- og psykisk helsetilbudene må forholde seg til lovverket som regulerer tjenestene som ytes av kommunen. I tillegg settes rammene av kommunens organisering. Vi har vist hvordan kommunen er organisert på forskningstidspunktet under kapittelet forskningskontekst i innledningen. Vi vil senere i kapittelet se på politiske føringer for dette arbeidet. Først vil vi se nærmere på lovverket som regulerer tjenestene.

01.01.12 trådte det i kraft et nytt lovverk i form av ny helse- og omsorgslov.

Sosialtjenesteloven og lov om helsetjenester i kommunen er slått sammen og erstattet av

helse- og omsorgstjenesteloven. Denne endringen i lovverket er et ledd i Samhandlingsreformen. Det er i tillegg gjort endringer i pasientrettighetsloven. Denne heter nå pasient- og brukerrettighetsloven og må sees i sammenheng med helse- og omsorgsloven og forvaltningsloven. Dette i forhold til hvordan kommunen skal forvalte tjenestene og om når enkeltvedtak skal fattes i helse- og omsorgssektoren. Helse- og omsorgstjenesteloven (2012) hjemler kommunens plikter og pasient- og brukerrettighetsloven (2012) hjemler retten til tjenester fra kommunen.

Det er i helse- og omsorgstjenestelovens § 3 hjemlet at kommunen har overordnet ansvar for å utøve helse og omsorgstjenester til personer som oppholder seg i kommunen. Kommunen skal ”sørge for at personer som oppholder seg i kommunen, tilbys helse- og omsorgstjenester”.

Dette innebærer også en stor grad av handlingsfrihet hva angår utformingen av tjenestetilbudet. Det er hjemlet i denne lov når forvaltningslovens regler om enkeltvedtak skal gjelde. Det er hjemlet i helse- og omsorgstjenestelovens § 2-2 at forvaltningsloven gjelder for kommunenes virksomhet med de særlige bestemmelser som følger av denne loven og av pasient- og brukerrettighetsloven. Det er i pasient- og brukerrettighetslovens § 2-1 hjemlet rett til nødvendig helsehjelp.

Hvorfor er så dette relevant når vi skal snakke om samarbeidende tjenester til ROP-brukere? Det er som tidligere nevnt opp til hver kommune å organisere tjenestetilbudet innenfor de rammene kommunen har. Gjennom Rusreformen (Sosialdepartementet, 2003) er rusmiddelavhengige gitt pasientrettigheter. Hensikten med reformen var å styrke helsetjenestetilbudet og sikre helhet i behandlingstilbudet (Sosialdepartementet, 2003). Det er allerede beskrevet at lov om sosiale tjenester er erstattet av nytt lovverk. I helse- og omsorgstjenesteloven er det ingen særbestemmelser om hjelp til rusavhengige. Rusmiddelavhengighet er sidestilt med andre helseplager og har lik rett til nødvendig helsehjelp. Det er samtidig mange som arbeider i rusfeltet som er på vakt mot at en sykkeliggjøring kan bidra til å redusere ansvar for og tro på egen mestring (Evjen et al., 2012).

Det står beskrevet i forarbeidene til lovforslaget om helse- og omsorgstjenesteloven (Helse- og omsorgsdepartementet, 2011) at det er viktig at tildeling av helse- og omsorgstjenester skal gjøres på en måte som sikrer rettferdig og riktig fordeling. I tillegg skal den enkeltes rettsikkerhet ivaretas. Det påpekes samtidig at det er et mål at tjenestene ikke blir ”overbyråkratisert” og at det ikke blir brukt unødvendig tid på skriftlighet og

vedtaksprosedyrer. Helselovgivningen og sosialtjenesteloven har sett i forhold til de tidligere lovene forskjellig utgangspunkt når det gjelder spørsmål om forvaltningsloven skal gjelde. Da disse lovene nå er slått sammen til én står det i forarbeidene at et ved utarbeidelse av den nye loven bør det ses på hvilke saksbehandlingsregler som bør gjelde ved tildeling av hjelp og annen virksomhet.

Det fremkommer i den endelige lovteksten hvor det er beskrevet hvor forvaltningsloven skal gjelde; Det er hjemlet i pasient- og brukerrettighetslovens § 2-7 at det skal fattes vedtak etter kapittel 4 og 5 i forvaltningsloven om tjenester etter helse- og omsorgstjenesteloven § 3-2 første ledd nr. 6 bokstavene a til d, 3-6 og 3-8, som forventes å vare lenger enn to uker. Det vil si at det skal fattes enkeltvedtak ved § 3-2 andre helse- og omsorgstjenester, herunder:

- a) helsetjenester i hjemmet
- b) personlig assistanse, herunder praktisk bistand og opplæring og støttekontakt
- c) plass i institusjon, herunder sykehjem
- d) avlastningstiltak

§ 3-6 Omsorgslønn (en bestemmelse som pålegger kommunen å ha tilbud om omsorgslønn til personer som har særlig tyngende omsorgsarbeid).

§ 3-8 BPA (Brukerstyrt personlig assistent).

Det stilles da krav, etter forvaltningslovens kapittel 4, til saksbehandlingsprosessen i forhold til disse tjenestene. Dette innebærer at det før enkeltvedtak kan fattes er det regler i forvaltningsloven saksbehandler må følge. Etter § 16 skal det sendes forhåndsvarsel dersom part i saken ikke har uttalt seg i saken. Når det gjelder vedtak etter helse- og omsorgstjenesteloven er det i hovedsak en søknad som fører til at en sak behandles. Saksbehandler mottar en søknad og saksbehandler denne søknaden etter en uttalelse fra parten er mottatt. Det er imidlertid god forvaltningsskikk å sende forhåndsvarsel om mottatt søknad og forventet saksbehandlingstid (Echhoff & Smith, 2003).

Forvaltningsorganet (i denne forbindelse Vedtakskontoret i kommunen når det gjelder tjenester fra Psykososialt team, Seksjon rustiltak fatter egne vedtak) skal etter § 17 påse at saken er så godt som mulig opplyst før det fattes vedtak. I vedtak som fattes i forhold til



helse- og omsorgsektoren er det ofte et vedtakskontor eller et ”bestillerkontor” som har delegert myndighet fra rådmannen til å fatte enkeltvedtak i forhold til tjenestene kommunene utfører. Det er da etter denne § saksbehandlers ansvar å innhente nok informasjon til at vedtak kan fattes. Dette kan gjøres for eksempel via samtale med søker, innhenting av informasjon fra spesialisthelsetjenesten, fastlege eller andre instanser som følger opp bruker. Kommuner står fritt til å organisere dette mest hensiktsmessig ut ifra behov og befolkning.

### 2.3 Nasjonale politiske føringer

De siste tiårene har det skjedd mange organisatoriske endringer i Norge innenfor helse- og omsorgstjenestene. I Stortingsmelding nr. 25 (1996-97) *”Åpenhet og helhet om psykiske lidelser og tjenestetilbudene”*, var målet et bedre og mer sammenhengende tjenestetilbud til mennesker med psykiske lidelser. Denne stortingsmeldingen peker på behovet for kvalitetsutvikling og kompetanseheving og at pasienter skulle beskyttes mot tilfeldig og utilstrekkelig utbygd behandling. Rusfeltet er også inkludert i denne stortingsmeldingen. Det vises til at rus- og psykiske lidelser må ses i sammenheng. Rusmiddelmisbruk kan for eksempel utløse og forverre psykiske lidelser samtidig som psykiske lidelser kan være en medvirkende årsak til rusmisbruk (Sosial- og helsedepartementet 1997).

Som en oppfølging av denne ovennevnte stortingsmeldingen la regjeringen frem Stortingsproposisjon nr. 63 (1997-98) *”Opptappingsplan for psykisk helse 1999-2008”* og *”Opptappingsplan for rusfeltet (2007-2010).”* Opptappingsplanen for rusfeltet omfatter hele rusområdet og inkluderer tiltak innen forebygging, behandling, rehabilitering og oppfølging, og spesifiserer at arbeidet på rusfeltet skal ses i samarbeid med kommunenes psykiske helsearbeid. Samhandlingsreformen viderefører dette arbeidet (Helse- og omsorgsdepartementet, 2009).

Med disse opptappingsplanene fulgte økonomiske bevilgninger til å omorganisere behandlingstilbudet i kommunene. Det som fremgår av disse utviklingstrekkene er at det er en prosess som pågår over tid. Regjeringen og Helse- og sosialdepartementet fulgte opp med prioriteringer i statsbudsjettet og ved å følge opp arbeidet i omorganiseringsprosessene som foregår både i kommune- og spesialisthelsetjeneste (Helse- og omsorgsdepartementet, 2009; Sosial- og helsedepartementet, 1998).

I 2005 kom Sosial- og helsedirektoratet med veilederen ”...og bedre skal det bli! Nasjonal strategi for kvalitetsforbedring i Sosial- og helsetjenesten (2005-2015)” som videre kom med en oppfølgingsveileder i 2007. I desember 2011 ble ”Nasjonal faglig retningslinje for utredning, behandling og oppfølging av personer med samtidig ruslidelse og psykisk lidelse – ROP-lidelser” (ROP-retningslinjen) publisert. Den ble lansert 13. mars 2012. Disse føringene setter fokus på at det er en kontinuerlig arbeidsprosess med å styrke forbedringsarbeidet for å skape tjenester av god kvalitet for brukerne og pårørende. Arbeidet ved Helsedirektoratet og veilederne de utgir tydeliggjør at utviklingen som foregår i tjenestetilbudet til personer med psykiske lidelser og rus er en kontinuerlig prosess. Denne prosessen omhandler alle som både bruker tjenestetilbudet, men også de som arbeider i fagfeltet. Økt samhandling og samordningsbehov kommer tydelig frem når man ser hvor store endringer som er gjort. Samhandlingsreformen viser til at dagens helsetjeneste har gode kvaliteter og de fleste brukere blir tatt hånd om på en god måte. Mange brukere er primært avhengig av at det leveres gode helsetjenester fra ett tjenestested. Det er imidlertid mange brukere som også er i behov av tjenester fra ulike tjenestesteder i kortere eller lengre perioder (Helse- og omsorgsdepartementet, 2009). Samhandlingsreformen beskriver det som en utfordring at brukeres behov for koordinerte tjenester ikke besvares godt nok. ”Det er i dag få systemer som er rettet inn mot helheten som skal svare på pasientens behov for koordinerte tjenester” (Helse- og omsorgsdepartementet, 2009, s.11).

Et annet tiltak som ble gjort i denne tiårsperioden er omorganiseringen av NAV hvor trygdekontoret, arbeidskontoret og sosialkontoret er slått sammen til et tjenestetilbud. Målet med dette var å kunne gi et mer helhetlig og sammenhengende tilbud til blant annet personer med psykiske vansker og rus (Bøe & Thommasen, 2007; Haugsgjerd, Jensen, Karlsson & Løkke, 2009). I Stortingsmelding nr. 14 (2002 – 2003) ”Samordning av Aetat, trygdeetaten og sosialtjenesten” tydeliggjøres behovet for å bedre samarbeidet og koordineringen.

Det har også pågått en modernisering av offentlig sektor. Denne moderniseringen får konsekvenser for måten tjenester til psykisk syke blir organisert og utført på. New Public Management (NPM) er en fremtredende ideologi i den forbindelse. Det er en ideologi som står for at markedsorientering innenfor offentlig sektor vil lede til bedre tjenester (Hammerstad, 2006). Den begynte så smått i Norge på 1990-tallet. Virkemidlene er privatisering, konkurranseutsetting, skille mellom bestiller- og utførerfunksjoner, internprissetting med mer. NPM kjennetegnes ved at man tar i bruk managementteorier og

teknikker fra privat næringsliv og overfører disse til offentlig forvaltning. Dette for å få en sterkere kontroll med de offentlige utgiftene (Hammerstad, 2006). For eksempel ble det innført en bestiller-utfører-modell. Bestiller- utførerorganisering skiller mellom forvaltning og myndighetsutøvelse på den ene siden (bestilleroppgaver) og tjenesteproduksjon (utføreroppgaver) på den andre siden. En slik organisering er ikke ment å være en klart definert modell. Det er en måte å organisere kommunens tjenestetilbud innenfor et område som kan innebære ulike organisatoriske løsninger (KS, 2004). Bestiller-utfører organisering kan således anvendes i de fleste kommuner, fordi den kan tilpasses situasjonen i den enkelte kommune. Det finnes imidlertid ingen fasitsvar på hvordan en god bestiller-utførerorganisasjon skal se ut, hva som er bestilleroppgaver eller utføreroppgaver (KS, 2004).

I Stortingsmelding nr. 47 (2008-2009), Samhandlingsreformen, satser regjeringen mer på å unngå (gjennom økt folkehelsearbeid og forebygging) at folk blir syke og de vil sørge for at det lønner seg for sykehus og kommuner å samarbeide. Det skal være - rett behandling - på rett sted - til rett tid. Det skal lønne seg å forebygge sykdom i forkant i stedet for å reparere i etterkant (Helse- og omsorgsdepartementet, 2009). Samhandlingsreformen er i ferd med å iverksettes i kommunene og spesialisthelsetjenestene. Reformen gjelder både innenfor somatikk, psykisk helse og rus. Innen somatisk helsehjelp startet imidlertid iverksettingen av økonomiske virkemidler fra 01.01.12 og det har skjedd store endringer i ansvarsfordeling både i forhold til oppgaver og medfinansiering. Midler er flyttet fra spesialisthelsetjenesten til kommunene. Kommunene må nå betale 4000 kroner i døgnet dersom de ikke kan ta imot pasienter som er meldt utskrivningsklare fra somatisk spesialisthelsetjeneste (Helse- og omsorgsdepartementet, 2009). Nye kommunale tilbud opprettes og ansvarsfordeling tydeliggjøres. Bestemmelsen i helse- og omsorgstjenestelovens § 4-1, som hjemler krav til forsvarlighet, er en videreføring av gjeldende rett, men samtidig en tydeliggjøring. Forsvarlighetsprinsippet sier at kommunen skal tilrettelegge slik at brukere gis et helhetlig, koordinert og verdig helse- og omsorgstjenestetilbud (helse- og omsorgstjenesteloven, 2011). Med dette er forsvarlighetsprinsippet videreført, men har blitt konkretisert. I tillegg hjemler helse- og omsorgstjenesteloven § 6-1 krav til å inngå samarbeidsavtaler mellom kommuner og regionale helseforetak. En likelydende plikt er hjemlet i spesialisthelsetjenestelovens § 2-1. Med bakgrunn i dette gjelder Samhandlingsreformen alle brukere, men de økonomiske virkemidlene gjelder foreløpig først og fremst somatiske pasienter.

Økt samhandling og samarbeid i ulike tjenestetilbud har i en årrekke hatt politisk oppmerksomhet. Stortingsmelding nr. 25 (1996-97) beskriver at personer som er i behov av godt koordinerte - og omfattende tjenester fra flere ulike instanser over tid, eller som ikke er fullt ut i stand til å ivareta sine interesser, har behov for at ulike kommunale tilbud planlegges i sammenheng med hverandre.

Vi vil videre gjennomgå teori om ROP-lidelser, ROP-retningslinjen, samt teori om samarbeid. Avslutningsvis i teorikapittelet vil vi vise en gjennomgang av den relevante litteraturen vi fant gjennom våre søk.

## 2.4 Teori om ROP-lidelser

Vi har vist at politiske føringer setter fokus på arbeidet med personer med psykiske helseproblemer og personer med rusproblematikk (Sosial- og helsedepartementet, 1997; Sosial- og helsedepartementet, 1998). Det har blitt publisert anbefalinger og retningslinjer for hvem som har ansvar for hva og hvordan hjelpen bør gis. Dette gjelder både innenfor psykisk lidelse (Helsedirektoratet, 2014; Sosial- og helsedirektoratet, 2005), rusmiddelmisbruk (Helsedirektoratet, 2011; Helsedirektoratet, 2014) og ROP-lidelser (Helsedirektoratet, 2012). Vi har i innledningen kort forklart hva som ligger i definisjonen av målgruppen og vil her gi en grundigere gjennomgang av teorier om ROP-lidelser.

Evjen et al. (2012) beskriver at kombinasjonen rusmisbruk og psykisk lidelse kan for mange personer føre til betydelig funksjonsnedsettelse, som for eksempel i forhold til ernæring, det å mestre å bo, og somatiske helseplager. Dette kan videre gi dramatiske konsekvenser for personen, eventuelt pårørende og nettverk. Mange brukere faller utenfor behandlingsapparatet, både innenfor spesialisthelsetjenester og det kommunale tjenesteapparatet (Evjen et al., 2012). I tillegg har vi kunnskap om at denne brukergruppen har stort behov for sammenhengende og samtidige tjenester (Helsedirektoratet, 2012). ROP-brukere kan bevege seg frem og tilbake mellom nivåene kanskje hele livet. Dette innebærer at det er viktig å identifisere kritiske overganger mellom spesialisthelsetjenesten og de kommunale tjenestene. ROP-retningslinjene anbefaler at gode behandlingsforløp forutsetter at vi bygger broer som fungerer begge veier- over tid (Helsedirektoratet, 2012). Det er i tillegg relevant å identifisere overganger mellom ulike kommunale oppfølgingstjenester. Det skal sikres rutiner for oppfølging av ROP-brukere i kommunen (Helsedirektoratet, 2012). Dette er

særlig relevant når kommunen har organisert oppfølging i forhold til rusproblematikk og psykisk helse i to ulike adskilte avdelinger.

#### 2.4.1 Betydningen av recovery for brukere med ROP-lidelser

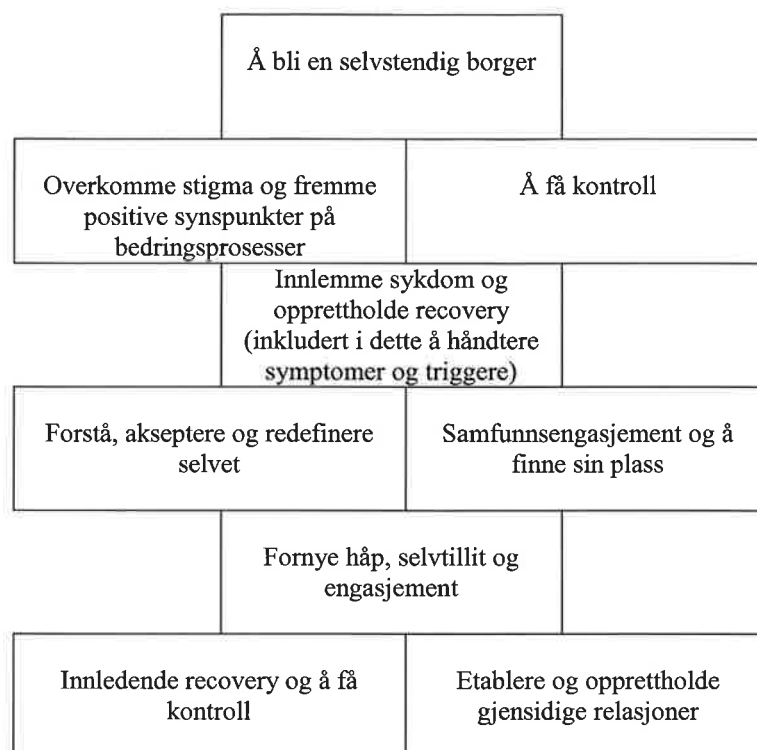
ROP-retningslinjen (2012) beskriver at det som kjennetegner denne bruker gruppen er at det handler om mennesker som ofte bruker rusmidler på en ødeleggende måte for deres livssituasjon. Disse menneskene som lett faller utenfor det ordinære behandlingsapparatet, strever med å klare seg selvstendig i samfunnet. I tillegg beskrives det at enkelte av disse har marginal økonomi og tilhører de fattigste i samfunnet vårt, mange har dårlig livskvalitet (Helsedirektoratet, 2012). De kan oppleves som lite villige til samarbeid og vanskelig å hjelpe. Dette er med på å utfordre den enkelte brukers recovery (bedringsprosesser) (Ness et al., 2013). Det er således relevant å ha fokus på at dette innebærer ikke kun store samfunnsøkonomiske omkostninger, men *mennesket* - ROP-brukeren betaler daglig en høy pris i det å stå i sin egen recovery. Brukere med ROP-lidelser er i en bedringsprosess både i forhold til rus og i forhold til sin psykiske lidelse. Davidson et al. (2008) hevder at mennesker med rusmisbruk og mennesker med psykiske lidelser beskriver recovery som en pågående prosess. Det er ikke et stoppested, men en daglig måte å håndtere livet på som støtter recoveryprosessen.

Som vi har vist til i innledningen av oppgaven mener Helsedirektoratet (2012) at det kreves spesielle ferdigheter og godt kunnskapsnivå for å yte godt profesjonelt arbeid for personer med ROP-lidelser. Det kreves noe *egget* av de som arbeider med denne brukergruppen, det fremheves i ROP-retningslinjen at det viktigste kanskje er interesse og holdninger og en evne til å se verdighet gjennom brutte avtaler og mye elendighet i deres liv (Helsedirektoratet, 2012). Kravet til kunnskap vil avhenge av hvilke roller tjenesteyterne har, men det spesifiseres i retningslinjen at alle bør ha grunnleggende kunnskaper om hva som særpreger dem de skal yte tjenester til (Helsedirektoratet, 2012). Det er viktig å ha kunnskap i forhold til de spesielle problemene denne brukergruppen kan streve med. Dette fordi det kan bidra til at denne avvikende adferden kan forstås ut fra kunnskap, og dermed være lettere å akseptere (Helsedirektoratet, 2012). I tillegg er det viktig å ha kunnskap om recoveryprosessene til denne brukergruppen. Det er vesentlig at hjelpeapparatet har et helhetlig perspektiv på brukernes bedring og mestring, samtidig som brukernes egne ressurser støttes, slik at livskvaliteten bedres (Helsedirektoratet, 2012).

Borg og Topor (2009) beskriver bedringsprosesser og viser at mennesker kommer seg etter alvorlige psykiske lidelser. De beskriver at alvorlige psykiske lidelser ofte beskrives som *kroniske sykdommer*, og at pasienter og pårørende derfor blir møtt av behandlingsapparatet med pessimistiske holdninger og få forventninger om bedring. Når det gjelder for eksempel beskrivelse av schizofreni i faglitteratur settes symptomer og utfordringer som anses som karakteriske for lidelsen i fokus. Borg og Topor (2009) problematiserer at mennesket som opplever disse problemene og deres livsverden forsvinner lett. Personens livserfaring, drømmer og ressurser kan lett bli borte.

Davidson et al. (2008) beskriver at tilnærmingen til brukere med ROP-lidelser er i endring. Tradisjonelt har man vært opptatt av diagnosen, mer enn mennesket som strever med samtidig rus- og psykisk lidelse. Ved å flytte fokuset fra ”dobbeldiagnose” til ”parallelle bedringsprosesser” undres Davidson og kolleger (2008) over om dette innebærer kun en språklig endring, men ikke endring i praksis. Spørsmål som stilles er om dette vil endre måten disse menneskene blir møtt av behandlingsapparatet, eller er det kun en mer politisk korrekt måte å referere til menneskene på (Davidson et al., 2008).

Davidson et al. (2008) beskriver at det er ikke personen med samtidig rus- og psykisk lidelse som presenterer en utfordring til hjelpesystemet. Det er mennesket som konfronterer utfordringen med å måtte leve med og komme seg fra både rusmisbruk og psykisk lidelse, samtidig. Hjelpesystemets rolle er således å støtte brukerens egen innsats i forhold til å mestre det å komme seg fra disse lidelsene. Det kreves kunnskap om både rusmisbruk og psykisk lidelse for å kunne stå sammen med ROP-brukere i recoveryprosessen. Davidson et al. (2008) viser til to modeller for recovery utviklet sammen med brukere som selv har vært i denne prosessen. Det vises til elementer som er viktig i forhold til recovery fra psykisk lidelse og i den andre modellen det refereres til kjerneelementer i en recovery fra en rusavhengighet. Med elementene fra de to prosessene utviklet de en modell ut fra tanken om en hoppeparadis man kan finne på en lekeplass. De sammenligner prosessen med at man balanserer mellom å stå på et ben og alternerer med å kunne sette begge ben i bakken. Modellen er ikke en lineær modell som følger en fast struktur, men en sirkulær modell (Davidson et al., 2008).



Figur 2: Illustrasjon for å forklare modell for "dual recovery", oversatt til norsk (av oss) (Davidson et al. 2008, s. 284).

#### 2.4.2 Hjelpeapparatet rundt ROP-brukerne

ROP-retningslinjen (Helsedirektoratet, 2012) viser til at personer med ROP-lidelser har nytte av å motta flere tiltak på koordinert måte. I behandlingen av disse brukerne argumenteres det for integrerte behandlingstiltak. Det betyr at begge lidelser behandles integrert og samtidig av samme behandlingspersonell og vil gi bedre resultater enn tiltak som ikke er integrert (Mueser et al., 2006).

Denne oppgaven omhandler oppfølging av tjenesteytere i kommunen. Vi vil derfor ikke gå nærmere inn på anbefalinger i forhold til behandling i spesialisthelsetjenesten. Derimot viser disse anbefalingene, sett opp mot brukernes behov for en parallell bedringsprosess, at det er et viktig element at de ulike fagmiljøene samarbeider om tjenester til denne brukergruppen. ROP-brukerne står i en parallell recoveryprosess og er på den måten i behov at hjelpeapparatet samlet sett har kompetanse innenfor både psykisk helse og rus. Det er også relevant å beskrive litteratur knyttet til anbefalinger som omhandler kunnskap som er nødvendig for å klare å stå i det å følge opp denne brukergruppen.

Evjen et al. (2012, s. 24-25) beskriver hva som preger livssituasjonen til mange av disse brukerne som strever med alvorlig psykisk lidelse og rusproblemer. Eksempler på dette er:

- *Sosiale problemer*
- *Behov for langsiktig og omfattende rehabilitering eller oppfølging*
- *Ofte blandingsmisbruk*
- *Pendling i tiltaksapparatet*
- *Stor belastning for pårørende*
- *Hyppige akuttinnleggelser og avgifter*
- *Oftere innlagt på tvang enn andre psykiatriske pasienter*
- *Raskere sykdomsutvikling (for eksempel psykose) enn andre psykiatriske pasienter*
- *Høy risiko for selvmord*
- *Kontakt med politi og kriminalomsorg*
- *Ofte sosialt avvikende adferd*

Alle disse utfordringene Evjen et al. (2012) beskriver, illustrer noe av kompleksiteten i utfordringene denne brukergruppen strever med. Samtidig kan den gi et bilde på den sammensatte fagkunnskapen denne brukergruppen trenger at hjelpeapparatet bør inneha for å yte god kvalitet i tjenesten i møte med brukerne.

Ansatte i hjelpeapparatet som arbeider med denne brukergruppen uttrykker ifølge Evjen et al. (2012) maktesløshet i forhold til å oppnå god samhandling med andre hjelpere. Dette til tross for det store behovet ROP-brukere har for at det samhandles på tvers av tjenester, etater og nivåer. Evjen et al. (2012) hevder at mange personer med ROP-lidelser blir avvist og at de også er overrepresentert blant bostedsløse i de store byene (Evjen et al., 2013).

Mueser et al. (2006) hevder at det kan være vanskelig å jobbe med brukere med ROP-lidelser. "Det kan være både utfordrende, frustrerende og direkte slitsomt" (Mueser et al., 2006, s. 303). Fremgangen vil ofte skje på lang sikt og det kan være lenge mellom de positive opplevelsene. Mueser et al. (2006) beskriver hva som anbefales av kunnskap i relasjonen mellom behandler og bruker, og kan overføres til andre deler av oppfølgingsapparatet da de vil møte mange av de samme utfordringene i oppfølgingen.

Det handler om å unngå å klandre brukeren for problemene deres. Det er ikke alltid brukerne setter pris på den innsatsen tjenesteapparatet gjør. Brukerne kan være aggressive, unnnvikende



og uærlige, samtidig som de kan virke umotiverte i forhold til den hjelpen man forsøker å gi (Mueser et al., 2006). Dersom man i oppfølgingsapparatet har holdninger som ”hvis han ikke ønsker hjelp, hvorfor skal jeg hjelpe?”, kan dette svekke alliansen med bruker og påvirke relasjonen. Mueser et al. (2006) beskriver at det er viktig å anerkjenne at begge lidelser, både rus- og psykisk lidelse, er primære og samtidig huske på at selv de mest utfordrende brukere trenger hjelp. I tillegg fremheves det å minne seg om at brukerne gjør så godt de kan. Det å ha problemadferd og tilpasningsproblematikk betyr ikke at de ønsker å være slik. Det kan heller være et tegn på at de har svake mestringsferdigheter og støttenettverk.

Mueser et al. (2006) fremhever også at det i relasjon til brukere med ROP-lidelser er viktig å unngå frustrasjon når man møter utfordringene med brukergruppen. Noe som kan bidra til dette er at hjelpeapparatet mestrer å ha et langsiktig perspektiv og samtidig se at de beste løsningene som ikke alltid er åpenbare for oss. For å motivere til endring må fokuset i oppfølgingen av brukere inkludere mer enn bare å slutte med rusmisbruk. Det må inneholde et fokus på å skape positive endringer i brukernes liv (Mueser et al., 2006). Samtidig må kunnskapen brukerne har om egen recoveryprosess få plass. Ness et al. (2013) fremhever den allmennmenneskelige erkjennelsen at alle mennesker har behov for å bli møtt med respekt. I beskrivelsen av denne brukergruppen kan fokuset raskt bli problemfokusert. Alle har vi behov for å bli sett og anerkjent for den vi er. Dette gjelder også for mennesker som strever med rus- og psykisk lidelse. Disse menneskene har også behov for meningsfylte aktiviteter i hverdagslivet som kan gi en følelse av å høre til, akkurat som alle andre (Ness et al., 2013).

#### 2.4.3 ROP-retningslinjens anbefalinger

Helsedirektoratet er et fagdirektorat og myndighetsorgan som er underlagt Helse- og omsorgsdepartementet. Helsedirektoratets oppdrag i samfunnet er at de skal, gjennom helhetlig og målrettet arbeid, styrke befolkningens helse. Dette arbeidet foregår på tvers av tjenester, sektorer og forvaltningsnivå. Dette gjøres med utgangspunkt i den rollen direktoratet har som fagorgan, regelverksforvalter og iverksetter på helsepolitiske områder.

Helsedirektoratets rolle i forhold til nasjonale faglige retningslinjer, veiledere og kvalitetsindikatorer er hjemlet i helse- og omsorgstjenesteloven § 12-5 og spesialisthelsetjenesteloven § 7-3. Det er hjemlet i disse lover at retningslinjer og veiledere skal basere seg på kunnskap om god praksis. Videre er det beskrevet at disse skal bidra til kontinuerlig forbedring av virksomhet og tjenester.

Det fremkommer, som vist til i innledningen og under kapittelet om nasjonale politiske føringer, at det er nasjonalt fokus på mennesker med rus- og psykisk lidelse. I møte med og i arbeidet med ROP-brukere må ansatte forholde seg til dette, samt lovverk og anbefalinger. Det er som nevnt utgitt av Helsedirektoratet en nasjonal faglig retningslinje for dette arbeidet: *”Nasjonal faglig retningslinje for utredning, behandling og oppfølging av pasienter med samtidig psykisk lidelse og ruslidelser”* (Helsedirektoratet, 2012).

Det er i innledningen av ROP-retningslinjen påpekt at hva angår ROP-lidelse kan det ofte være vanskelig og eksakt å vite hva som er rett instans som skal følge opp bruker. Det nevnes spesielt at det er grunnleggende at tjenestenivåer samarbeider både internt og mellom nivåene, for at man skal oppleve god og forsvarlig hjelp (Helsedirektoratet, 2012).

ROP-retningslinjen (2012) har til sammen 93 anbefalinger. En rekke av disse anbefalingene omhandler samarbeid, både mellom spesialisthelsetjenesten og kommunen, samt innenfor den kommunale omsorgen. I tillegg har den anbefalinger i forhold til relasjonen mellom bruker og hjelper.

Det fremheves i retningslinjen at en god relasjon med bruker er en nødvendig forutsetning for både utredning, behandling og oppfølging. Det vises til at det i en rekke studier er vist at en god terapeutisk relasjon har betydning for utfallet av både poliklinisk behandling og behandling i institusjon. Pasienter/brukere blir lenger i behandling dersom kvaliteten på denne relasjonen er god. Retningslinjen viser samtidig til at hva angår mennesker med alvorlig rus- og psykisk lidelse, blir betydningen av langvarige relasjoner fremhevet som spesielt viktig (Helsedirektoratet, 2012). Dette er viktig i denne sammenheng, da anbefalingen spesifiserer betydningen av relasjoner som varer over tid. Det er i kommunen ROP-brukerne bor og her vil de motta oppfølging over tid. Det er da behov for stabile mennesker i hjelpeapparatet for å yte best mulig tjenester.

Det er i påpekt i retningslinjen at mennesker med ROP-lidelser har krav på å møte et godt samordnet, helhetlig tjenestetilbud preget av kontinuitet. Med en helhetlig helsetjeneste spesifiseres det at de ulike deler av tjenesten som brukeren er i behov av er satt sammen og koordinert, slik at de møter behovene til brukeren på en hensiktsmessig måte. Hva angår kommunen spesielt er dette tydeliggjort i anbefaling 90 i retningslinjen: *”Kommunenes rus- og psykiatriplaner bør omtale hvordan kartlegging og oppfølging av pasienter med ROP-*

*lidelser skal gjennomføres, samt rutiner for samhandling*” (s. 92). Det er videre beskrevet at dette planverket for eksempel bør beskrive de ulike enheter i kommunens arbeidsoppgaver, samt beskrive hvordan man, når det gjelder oppgavefordeling og tiltak, etablerer et samarbeid. Det spesifiseres at denne samhandlingen og hvordan den skal foregå skal fremkomme i brukernes individuelle plan (Helsedirektoratet, 2012). Retningslinjen anbefaler med dette at samhandling skal forankres i organisasjonen og i tillegg forankres på individnivå i brukerens egen plan.

I forbindelse med utgivelsen av retningslinjene er det i tillegg laget egne nettressurser både for helsepersonell og brukere. På ”ropbruker.no”, som er brukernes egen nettside, er anbefalingene forenklet og tydeliggjort. Nettsiden er laget i samarbeid med en rekke bruker- og interesseorganisasjoner innenfor rus- og psykisk helsefelt. De har plukket ut ti anbefalinger fra retningslinjen de mener er svært viktige for å sikre at mennesker med slike problemer skal få god oppfølging. En av disse ti omhandler samarbeidet og behovet for gode rutiner for samarbeidet både i spesialisthelsetjenesten og i kommunen og ønsket om at individuell plan bør brukes aktivt. Av alle 93 anbefalingene i retningslinjen har bruker- og interesseorganisasjonene fremhevet samarbeid som en av de ti viktigste. Dette viser at disse organisasjonene ser at dette er en utfordring i praksis.

Kommunen har ansvar for behandling og oppfølging av mennesker med ROP-lidelser på samme linje som andre innbyggere med hjelpebehov. For noen vil dette bety full rehabilitering, mens andre ønsker/ har behov for skadereduserende tiltak. Det er sammen med den enkelte bruker dette må avgjøres. Mennesker med ROP-lidelser er ofte i behov av langvarig oppfølging, og da helst av ansatte/ team med stor stabilitet og i samarbeid med spesialisthelsetjenesten. Det vil også i noen tilfeller være nødvendig med en oppsøkende arbeidsform. I anbefaling 39 i retningslinjen spesifiseres det at kommunene har ansvar for at ambulante metoder tas i bruk i oppfølgingen av mennesker med ROP-lidelser.

ROP-retningslinjen (Helsedirektoratet, 2012) har i anbefaling 37 fokus på at det er viktig at personens egne ressurser skal støttes. Her skrives det at dette gjelder under hele behandlingsforløpet og skal gjøres på en måte som bidrar til at livskvaliteten bedres. Det er som tidligere nevnt, vesentlig at det etableres en god relasjon og man skal ha fokus på en helhetlig bedring av livskvaliteten. Dette er beskrevet i retningslinjen som ”recovery” (Helsedirektoratet, 2012). I tillegg påpekes at det i anbefaling 38 at behandlingen av ROP-

lidelser skal foregå integrert og samtidig etter en samlet plan, fortrinnsvis forankret i individuell plan (Helsedirektoratet, 2012).

#### 2.4.4 Individuell plan som verktøy for samarbeid

Behovet for å forankre samhandling i individuell plan gjentas både i ROP-retningslinjen (2012) og i Samhandlingsreformen (Helse- og omsorgsdepartementet, 2009). Dette er et lovpålagt verktøy hjemlet i helselovgivningen. Den skal sikre felles beslutningstaking og alltid utarbeides sammen med brukeren. Denne planen skal tydeliggjøre hvem gjør hva, på hvilken måte og i hvilken rekkefølge. Den er forankret i forskrift om habilitering og rehabilitering, individuell plan og koordinator (2011), helse- og omsorgstjenesteloven kapittel 7 og pasient- og brukerrettighetslovens § 2-5.

Mennesker med ROP-lidelser vil ofte ha rett på individuell plan og det finnes utallige måter å utforme denne på. I helsedirektoratets tipshefte om individuell plan "Gjør det så enkelt som mulig" (Helsedirektoratet, 2008) legges det vekt på at samarbeid er det viktigste. Det er prosessen som er viktigst, ikke planen i seg selv.

I følge ROP-retningslinjen vil en individuell plan for mange være viktig i forhold til brukermedvirkning. Den kan i tillegg bidra til at oppgave- og ansvarsfordeling mellom behandling og oppfølgingstiltak blir mer koordinerte og oversiktlige. Retningslinjen anbefaler at dersom den enkelte bruker ikke ønsker en individuell plan, bør det likevel utarbeides planer for koordineringen og samhandlingen i tjenestene (Helsedirektoratet, 2012). Dette støttes i helselovgivningen som gir pasienter med behov for langvarige og koordinerte tjenester, rett til en koordinator i kommunen uavhengig om de ønsker en individuell plan eller ikke. Dette er forankret i helse- og omsorgstjenestelovens § 7-2.

### 2.5 Teori om samarbeid

Begrepet *samarbeid* er et ord som brukes ofte og i mange forskjellige sammenhenger. Det kan imidlertid være vanskelig å definere presist. Det er flere innfallsvinkler som kan benyttes for å forklare begrepet og teori knyttet til dette. Samarbeid handler om samspill og strukturer på flere nivå. Eksempler på dette er personnivå, organisasjonsnivå og ledelsesnivå (Ødegård, 2009). Begrepene samarbeid, samhandling og samordning anvendes ofte om hverandre (Glavin & Erdal, 2007). Vi vil først vise til disse sentrale begrepene:

- *Samarbeid* blir av Universitetet i Oslo i samarbeid med Språkrådet sin nettbaserte ordbok definert som ”*det å arbeide i felleskap*” (<http://nob-ordbok.uio.no/perl/ordbok.cgi>). Dette innebærer altså at samarbeid handler om å gjøre noe sammen.
- *Samhandling* blir av Universitetet i Oslo i samarbeid med Språkrådets nettbaserte ordbok definert som ”*samspill, vekselvirkning mellom to el. flere personer som handler i forhold til hverandre*” (<http://nob-ordbok.uio.no/perl/ordbok.cgi>).

Samhandling ser med dette ut til å handle om noe mer relasjonelt enn samarbeid. Mens samarbeid kan handle om å arbeide sammen med ”ditt og mitt” krever samhandling at man må gjøre arbeidet til ”vårt”. Samhandling krever at man ikke kun har ansvar for en del av et arbeid, det kreves at man ser det man selv gjør i forhold til den andre.

I Samhandlingsreformen defineres samhandling slik: ”*Samhandling er uttrykk for helse- og omsorgstjenestenes evne til oppgavefordeling seg imellom for å nå et felles, omforent mål, samt evnen til å gjennomføre oppgavene på en koordinert og rasjonell måte*” (Helse- og omsorgsdepartementet, 2009, s. 13). Samhandlingsreformen påpeker her at *evnen* til å fordele oppgaver for å nå målet er sentral. Samtidig påpekes det at *evnen* til å gjennomføre selve utførelsen av oppgavene på en koordinert og rasjonell måte er viktig. Dette kan tyde på at samhandling krever noe mer enn samarbeid.

Knoff (1985) sin definisjon for å forklare begrepet *samordning* brukes som en beskrivelse av hvordan arbeidet med brukere blir organisert. ”... *En systematisering eller organisering av det hver enkelt utøver gjør ovenfor en og samme problemstilling/klient/pasient, slik at alle tiltak er vel tilpasset hverandre og ikke motvirker hverandre*” (s. 130). Etter Knoffs (1985) vurdering er målet med denne organiseringen at det skal oppnås såkalte ”synergieffekter”. Med dette beskriver han at ved samordning vil tiltakene forsterke hverandre med det resultat at den samlede effekten da blir større enn summen av resultatene ved tiltakene sett hver for seg (Knoff, 1985). Denne definisjonen er ifølge Galvin og Erdal (2000) også en god definisjon på *godt utviklet samarbeid*, altså et samarbeid som fungerer etter hensikten.

### 2.5.1 Tverrfaglig samarbeid

Med tverrfaglig samarbeid menes der hvor ulike profesjoner og faggrupper samarbeider om en felles utfordring (Glavin & Erdal, 2000). Lauvås og Lauvås (2004) hevder at et fag ikke kan beskrives kun ut fra sitt virkefelt. Det er kombinasjonen mellom virkefelt, metoder, sannhetskriterier, begreper og teknologi som lager kunnskapsbasen for faget (Lauvås og Lauvås, 2004). Fagene representerer ifølge Lauvås og Lauvås (2004) ulike perspektiver på å forstå, forklare og betrakte virkeligheten fra, med de begrensningene dette innebærer. På enkelte områder av oppfølging av brukere vil fagene overlappe hverandre, mens andre områder dekkes utelukkende av et fag (Lauvås & Lauvås, 2004).

Faglig arbeid deles gjerne inn i tverrfaglig og flerfaglig arbeid (Glavin & Erdal, 2000). I en flerfaglig modell bidrar hvert fag til å løse en oppgave. Det er ikke etablert direkte kontakt mellom kunnskapsbaser eller ulike innfallsvinkler fagene representerer (Lauvås & Lauvås, 2004). Et eksempel på dette kan være helsepersonell som arbeider side om side ved samme sykehusavdeling. I tverrfaglige samarbeid er det derimot et forpliktende samarbeid på tvers av fagskillene. Tverrfaglighet innebærer at ulike fagmiljøer arbeider i team mot felles mål. For å oppnå en helhetlig forståelse av brukerens situasjon, må fagpersonell i et tverrfaglig miljø, dele kunnskap både med hverandre og brukerne (Kaasa, 2004).

For å arbeide med ROP-brukere er man avhengig av å ha kunnskap om ulike fagområder, da begrepet i seg selv innebærer at brukeren sliter med samtidig rus- og psykisk lidelse. I tillegg strever denne brukergruppen med funksjonsnedsettelse innenfor mange områder som er viktige i livet som for eksempel det å bo, arbeide og fungere sosialt. Brukergruppen er i behov av en tverrfaglig oppfølging som samarbeider (Helsedirektoratet, 2012).

Lauvås og Lauvås (2004) beskriver at tverrfaglig samarbeid ofte defineres som samordning, men påpeker imidlertid at samarbeid er noe mer enn samordning. Det handler om å arbeide sammen og involvere seg (Lauvås & Lauvås, 2004). Dette representerer noe annet enn kun en måte å organisere tjenestene på. De fremhever at fagpersoners arbeid skal sammenføres til en helhet og gjennom dette bli til en form for organisering av arbeidet. Med dette mener de at det forutsettes en annen form for avhengighet og nærhet i rom og tid enn i samordning. Formålet med tverrfaglig samarbeid er interaksjon mellom representanter fra ulike fag, og dette formålet har ifølge Lauvås og Lauvås (2004) dobbelt formål. Det skal på den ene siden sikre en kvalitet i arbeidet ved at man utnytter den faglige kompetansen maksimalt. På den

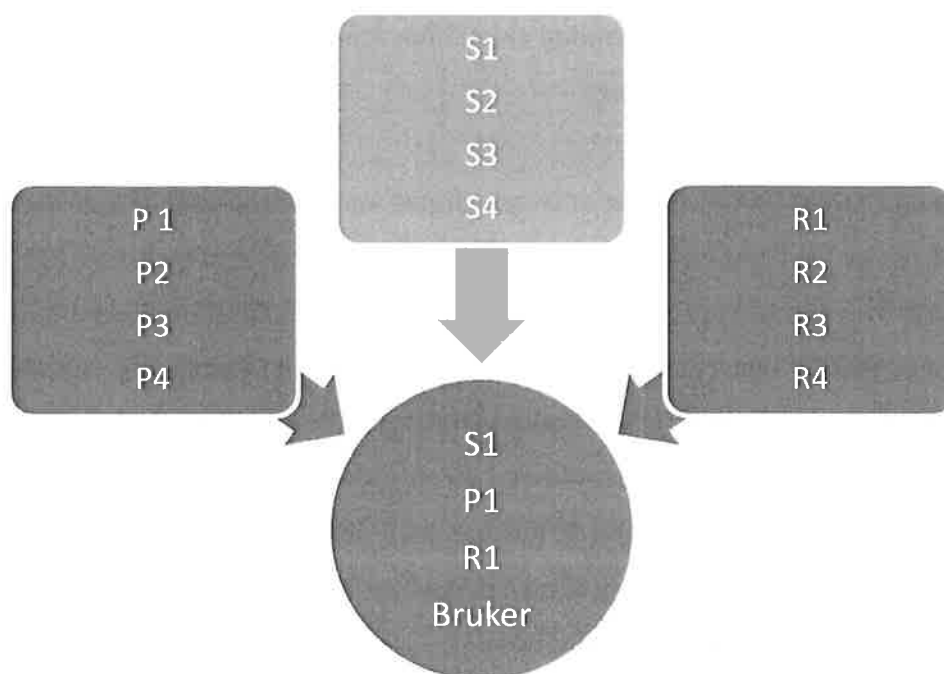
andre siden skal det bidra til utvikling av et felles kunnskapsgrunnlag på tvers av fagfeltene, samt stimulere til faglig utvikling.

Lauvås og Lauvås (2004) skriver at tverrfaglighet kan være en snublestein i samarbeidet. Forståelsen av begrepet og hvilke forventninger den enkelte ansatte har av hva dette innebærer vil være ulikt ut fra hvilken rolle man har i forhold til brukeren og hvilke ansvar man har i oppfølgingen (Lauvås & Lauvås, 2004). Sentralt i tverrfaglig samarbeid er at de som samarbeider skal utvikle tverrfaglig kunnskap, ikke kun bidra med det de representerer av fagkunnskap. Det er ifølge Lauvås og Lauvås (2004) viktig at de samarbeidende parter ikke tviholder på den kunnskapen de innehar, men deler på sin spesialkompetanse. De påpeker imidlertid at det er viktig at man ikke sliper ned kunnskapen slik at man mister tverrfagligheten (Lauvås & Lauvås, 2004).

Kaasa (2004) hevder at for å oppnå god kvalitet må systemet som skal ivareta tverrfagligheten omfatte alle ansatte. Dette krever at de ulike profesjonsgruppene ser sitt bidrag som en del av en helhetlig behandlingskjede. Målet bør være at brukerne opplever en samkjørt og knirkefri overgang mellom de ulike nivåer, tjenester og ulike fagfolk (Kaasa, 2004).

#### 2.5.2 Samarbeid som fenomen

Samarbeid som fenomen innenfor praksisfeltet kan ses nærmere på med utgangspunkt i en illustrasjon av hvordan man samarbeider på ulike arenaer (Ødegård, 2009). Vi har laget en illustrasjon basert på Ødegård (2009) sin figur knyttet til forskningskonteksten for å illustrere dette. Boksene P, S og R viser her til ulike team i organisasjonen som for eksempel Psykososialt team, Seksjon rustiltak og ROP- poliklinikk. Sirkelen illustrerer ansvarsgruppen.



Figur 3: Relasjonsbeskrivelse for å forklare samarbeid som fenomen i praksisfeltet (Ødegård, 2009, s. 55).

Figuren illustrerer to forskjellige arenaer for samarbeid. Tjenesteutøverne samarbeider innad i de organisasjonene de er ansatt i. Faglitteraturen omtaler dette gjerne som *internt samarbeid* (Ødegård, 2009). Her samarbeider de profesjonelle i team, som kan være organisert etter for eksempel inndeling i geografiske soner eller temaområder som alder. Disse teamene kjennetegnes ved at de eksisterer innenfor en organisasjon, hvor de profesjonelle (mest sannsynlig) kjenner hverandre godt over tid (Ødegård, 2009). Det vil også opprettes flere samarbeidsarenaer hvor personer som representerer ulike team stiller, ofte omtalt som ansvarsgrupper (*eksternt samarbeid*). I slike arenaer er det i dag en selvfølge at brukere er med, eller er representert (Ødegård, 2009).

Dette innebærer at profesjonelle ofte deltar i et eller få interne samarbeid, mens de gjennom en arbeidsuke vil delta i flere eksterne samarbeid hvor de representerer sitt fagfelt. Det kan være slik at det som oppfattes som samarbeid i et internt team kan i stor grad være ulikt hvordan dette oppleves i et eksternt samarbeid (Ødegård, 2009). Ødegård (2009) sier da at "*samarbeid som fenomen innebærer altså en kompleksitet som må klargjøres, fordi det vil gi oss større muligheter til å ta grep på det samarbeidet som utføres*" (s. 56). Ved å klargjøre forventninger til samarbeidet, og elementer i dette som for eksempel at man kommuniserer godt kan man unngå konflikter, uklarheter og hyppige møter uten mening for brukerne (Ødegård, 2009).



Ødegård (2009) fremhever videre tolv aspekter ved samarbeid som identifiserer hva det er samarbeid ofte handler om. Han har utarbeidet en modell PINCOM (Perception of Interprofessional Collaboration Model). Ødegård (2009) skriver at bakgrunnen for modellen var å skape et utgangspunkt for dialoger mellom profesjonelle om hvordan de samarbeider (Ødegård, 2009). Den inneholder tolv begreper delt inn i tre nivå:

1. Organisasjonsnivå:

- Organisasjonsmiljø
- Organisasjonsansvar
- Organisasjonsmål
- Organisasjonskultur

2. Gruppenivå:

- Sosial støtte
- Kommunikasjon
- Mestring
- Gruppeledelse

3. Individnivå:

- Profesjonsmakt
- Personlig stil
- Rolleforventning
- Motivasjon

Disse tolv begrepene viser at det er mange elementer som vil kunne ha betydning for hvordan samarbeid forstås eller ”konstrueres” hos mennesker som samarbeider (Ødegård, 2009). For å lykkes i tverrfaglig samarbeid trenger vi derfor kunnskap om relasjoner, strukturer og samspill på flere nivåer. På individnivå handler det om det de ansatte selv bringer inn i et samarbeid. Ødegård (2009) hevder at det er sannsynlig at de profesjonelle har ulike *motivasjon* for å delta i et samarbeid og at det kan antas at dette har innvirkning på hvordan et samarbeid forløper. I tillegg vil man kunne ha ulike forventninger i forhold til hvilke *roller* man skal ha i dette samarbeidet. Disse forventningene kan være knyttet til de profesjonelles bakgrunn eller hvor man arbeider. Ødegård (2009) hevder også at *personlig stil* vil ha en innvirkning på hvor godt man samarbeider, da man har liten mulighet til å selv kunne velge sine samarbeidspartnere. Samtidig vil *profesjonsmakt* (definisjonsmakt) ha betydning i forhold til hvilke begreper som

anvendes på det man snakker om. Noen kan oppleve at det snakkes et annet ”språk” enn det man er vant til (Ødegård, 2009).

På gruppenivå trekker Ødegård (2009) frem *gruppeledelse, mestring, kommunikasjon og sosial støtte* som viktige elementer i et samarbeid. Gruppeleders funksjon er å motivere deltakere og koordinere arbeidet slik at gruppen når sitt mål. Grupper som eksisterer over lengre tid og ikke har avklart ledelse, kan man anta står i fare for å fungere dårlig og resultere i ikke tilfredsstillende helsetjenester. *Mestring* kan handle om i hvilken grad man opplever at man er i stand til å utføre en handling i en bestemt situasjon. *Kommunikasjon* trekkes frem som selve limet i alt samarbeid og knyttes opp mot kvaliteten på tilbakemeldinger og uformell støtte i gruppen. *Sosial støtte* hevdes å være et viktig element. Profesjonelle, som ikke opplever sosial støtte, vil kunne trekke seg ut av tverrfaglige samarbeid på sikt (Ødegård, 2009).

Fire elementer trekkes frem på organisasjonsnivå. En profesjonell som deltar i for eksempel en ansvarsgruppe, representerer en *organisasjonskultur* og vil således bringe denne med seg inn i samarbeidet. Dersom profesjonelle representerer en organisasjon som ikke har som klart mål å samarbeide, kan samarbeid synes vanskelig for de profesjonelle og kan resultere i målsetninger som ikke er sammenfallende med ulike *organisasjoners målformuleringer*. *Organisasjonsansvar* handler om at profesjonelle må ta hensyn til forpliktelser de har ovenfor brukeren/brukerne når de samarbeider basert på hva de gjennom lover og forskrifter er ment å gjøre. Elementet *organisasjonsmiljø* trekker frem at det kan være forhold utenfor de enkelte organisasjonene som legger muligheter eller begrensninger for samarbeid mellom profesjonelle. Det være seg hvor gode ressurser man har til rådighet, hvordan tjenesten er organisert, hvordan ulike klientgrupper forholder seg til personalgruppen og hvor stabil personalsituasjonen er (Ødegård 2009).

## 2.6 Gjennomgang av tidligere relevant forskning

I våre litteratursøk har vi funnet relevant forskning på samhandling og samarbeid. Det er imidlertid flest funn i forhold til samhandling på tvers av tjenestenivåer, som for eksempel mellom spesialisthelsetjeneste på distriktpsikiatriske sentre (DPS), kommunale botiltak og kommunens oppfølgingstjeneste. I tillegg fremkom det litteratur som omhandlet kravene til

helhet og kvalitet i tjenestene, kommunale utfordringer samt funn i forhold til viktige relasjonelle aspekter og recovery.

#### 2.6.1 Samhandling mellom kommunehelsetjeneste og spesialisthelsetjeneste

Tverrfaglig samhandling på tvers av forvaltningsnivå er tema for artikkelen ”Samhandling mellom et distriktpspsykiatrisk senter og kommunalt psykisk helsearbeid: ansattes erfaringer” (Elstad et al., 2013). De forsket på hva som kan fremme god samhandling på tvers av ulike tjenester, som kommunens oppfølgingstjeneste, kommunalt botiltak og tjenester fra spesialisthelsetjenesten gjennom ansatte på DPS, basert på erfaringer fra ansatte som samarbeider med hverandre og med brukere. Deres funn handlet om at det å møtes og utveksle kunnskap om hverandres faglige tilnærminger og tjenestetilbud kunne fremme positiv samhandling og i tillegg bidra til et sammenhengende tjenestetilbud for brukerne. Dette førte også til tillit til at brukere ville få et godt tjenestetilbud etter utskrivelse fra DPS (Elstad et al., 2013).

Elstad et al. (2013) påpeker at samhandling avhenger at både ansattes individuelle holdninger, samtidig med kunnskap om hverandres rammebetingelser og faglige tilnærminger. Dette er viktig for å skape sammenhengende hjelpetilbud og gode overganger når brukere overføres mellom ulike tjenestenivåer. Dette er viktige funn også i forhold til overganger mellom ulike kommunale instanser. Ved oppfølging av brukere med ROP-lidelser som skal motta hensiktsmessig oppfølging på tvers av to team med ulikt fokus vil dette være viktige elementer i samarbeidet. Et annet funn i undersøkelsen var at hvor samarbeidsmøtene ble holdt satte preg på innholdet i møtene. Møter på DPS hadde fokus på diagnoser og medisiner, mens møter i kommunen handlet om dagligliv, økonomi og sosialt nettverk. Det ble i forbindelse med dette fremhevet at det var sentralt at man hadde samtidig kontakt med brukerne i ansvarsgrupper. Dette for å sikre gode overganger mellom tjenestene (Elstad et al., 2013).

I tillegg var de to gruppene fra kommunen, som var en del av undersøkelsen, skeptiske til ”bestiller-utfører-modellen” som kjennetegner styringsideologien New Public Management (NPM). De som skulle arbeide direkte med brukerne deltok ikke i prosessen, når det ble vurdert tjenestebehov og fattet et vedtak om oppfølging. De opplevde dette som at de mottok en bestilling. Problemet var at de samtidig opplevde at vurderingen ikke stemte. Tidligere så

de to gruppene fra kommunen på om det var et hjelpebehov eller ikke, nå leste de vedtaket (Elstad et al., 2013).

Forfatterne beskriver at gruppen fra botiltaket i kommunen diskuterte med engasjement spørsmålet om hvem som vurderer hvilke brukere som skulle overføres til deres tjeneste. Når DPS meldte en pasient utskrivningsklar søkte de om bolig på pasientens vegne. Forvaltningskontoret i bydelen vurderte dette og tildelte deretter tjenesten i samarbeid med DPS. De stilte spørsmål ved at de kom inn helt til slutt i prosessen, til tross for at det var de som skulle ha ansvaret når de flyttet ut (Elstad et al., 2013). Det fremheves at for å samarbeide godt må man kjenne hverandres kompetanse og hjelpetilbud. Hospitering trekkes frem som en mulighet for kompetanseoverføring (Elstad et al., 2013).

#### 2.6.2 Krav til helhet og kvalitet i tjenesten

I boken *"Kvalitet i helse- og sosialtjenesten. Det er menneskene det kommer an på"* (Kaasa, 2004) refereres det til oppstarten på den nasjonale satsningen for kvalitetsutvikling i helsetjenesten. Karen Kaasa ledet i samarbeid med lege Anne Sofie Brønn prosjektet "Kvalitet i kommunehelsetjenesten" i Tønsberg kommune. Prosjektet var finansiert av Sosialdepartementet, Den norske lægeforening og Tønsberg kommune. Dette som en del av den nasjonale satsningen på kvalitet i helse- og sosialtjenesten (Kaasa, 2004). I dette prosjektet lagde de en vektstang for å illustrere det de fant.



Figur 4: Vektstang for å forklare kvalitet i helsetjenesten (Kaasa, 2004, s. 8).

Deltagerne i dette prosjektet "Kvalitet i kommunehelsetjenesten" mente å se at dersom man legger for liten vekt på systemer og prosedyrer vil kvaliteten på tjenestene bli personavhengig og varierende. Legger man derimot for mye vekt på kreativitet, faglig skjønn og erfaring vil dette bidra til at de ansatte ikke får utnyttet sitt potensial og pasientene vil i liten grad oppleve individuelle vurderinger i sin spesielle situasjon. De mente i prosjektet å finne at kvalitet i helsetjenesten dreide seg om å finne den gode balansen mellom disse vektskålene (Kaasa, 2004). Dette er relevant teori i forhold til samarbeidende praksiser, da dette direkte omhandler hvordan hjelpesystemet brukere møter bør være for at hjelpen skal bli god.

Ved kongelig resolusjon ble det den 17. oktober 2003 satt ned et utvalg for å vurdere samhandlingen innen helsetjenesten. Utvalget la 01.02.05 fram sin innstilling i form av NOU 2005: 3 "Fra stykkevis til helt. En sammenhengende helsetjeneste." Utvalgets mandat var blant annet følgende:

*Store pasientgrupper er avhengig av at den kommunale helsetjenesten og spesialisthelsetjenesten fungerer som en sammenhengende behandlingskjede som gir et helhetlig tilbud. Samhandlingen er i mange tilfeller ikke god nok. Dette kan medføre sviktende behandlingstilbud, unødvendige innleggelser i sykehus, for tidlig utskrivning fra sykehus, og mangelfull oppfølging fra hjemmesykepleie/sykehjem og legetjenesten. Spesielt eldre og funksjonshemmede med sammensatte lidelser, kronisk syke, funksjonshemmede, rusmiddelmisbrukere og mennesker med psykiske lidelser vil ha store fordeler av en bedre samhandling. (s. 11)*

Med "samhandling i helsetjenesten" mente utvalget aktivt samarbeid og handlinger mellom alle som direkte eller indirekte er involvert i pasientbehandlingen (Helse- og omsorgsdepartementet, 2005).

Gjennom sine analyser fant utvalget at det var en stor bredde på hvordan samhandlingen fungerte. De fant mange eksempler på god samhandling, men samtidig områder hvor svikten var betydelig. Det var utvalgets vurdering at svikten fantes både på individ- og systemnivå. Det ble påpekt at det i samhandlingen rundt pasientgrupper med store behov for tjenester, og hvor ingen av tjenesteområdene alene kunne løse utfordringene, at samhandlingen var spesielt vanskelig. I utredningen nevnes psykisk syke og rusmisbrukere som grupper de så på spesielt i forhold til dette (Helse- og omsorgsdepartementet, 2005).

Hva angår krav til ledelse mente utvalget at:

*Helhetlige pasientforløp med god samhandling kan bare oppnås dersom den enkelte enhet i helsetjenesten har oppmerksomhet på sammenhengen mellom egen innsats og resten av behandlingskjeden. Dette krever en sterk ledelsesforankring med bevisstgjøring om samarbeidskultur og praktisk tilrettelegging innad i den enkelte tjeneste. (s. 19)*

Det var påpekt at det var behov for at både kommuner og foretak organiserte tjenestene på en slik måte at tjenesteyterne lett fant frem til sine nødvendige samarbeidspartnere. Det ble i den forbindelse spesielt fremhevet at dette ikke måtte føre til en organisering av unødvendige ledd som forsinket samhandlingen, men at dette skulle fungere som en adresse for de henvendelser som ikke naturlig fant veien direkte mellom aktørene. De foreslo at både kommuner og helseforetak skulle opprette én klar adresse som kan hjelpe og veilede ved behov for samhandling mellom tjenesteyterne (Helse- og omsorgsdepartementet, 2005).

Kunnskapsutvikling, utdanning og opplæring var også et fokus i utredningen. Det fremheves at det er behov for forskning på metoder for samhandling og at det er for lite forskning på metoder for samhandling, hva som er virksom samhandling og hvordan denne kan bli mer effektiv og nyttig (Helse- og omsorgsdepartementet, 2005).

Som tidligere referert fra artikkelen ”Samhandling mellom et distriktpsykiatrisk senter og kommunalt psykisk helsearbeid: ansattes erfaringer” kan hospitering være en mulighet for kompetanseoverføring (Elstad et al., 2013). Dette er også en av anbefalingene fra utredningen som beskriver hospitering som en teknikk som kan forbedre relasjoner og bidra til å skape felles holdninger. Helsepersonell i ulike deler av tjenesten vil ha mye å lære av hverandre og utredningen anbefaler at hospitering bør være gjensidige for bidra til at denne utvekslingen av kunnskap skal foregå likeverdig. De anbefaler at hospitering kan være et tema for samarbeidsavtalene mellom foretak og kommuner (Helse- og omsorgsdepartementet, 2005).

### 2.6.3 Kommunale utfordringer

I 2014 gav SINTEF ut en forskningsrapport: ”Kommunale tiltak i psykisk helsearbeid 2012 - Årsverksstatistikk og analyser av kommunal variasjon”. Rapporten viser at kommunene i økende grad gir tilbud til pasienter med alvorlige psykiske lidelser i tråd med Samhandlingsreformen. Det vises imidlertid til at dette går ut over det forebyggende

helsearbeidet. Intensjonen med Samhandlingsreformen er en videreføring av opptrappingsplanen (Ose & Slettebak, 2014). Et sentralt element er nedbygging av døgntilbud i spesialisthelsetjenesten til fordel for oppbygning av det kommunale tilbudet. Rapporten viser at flere pasienter sendes tidligere over til det kommunale tjenesteapparatet og at kommunen må ta hånd om flere mennesker med psykiske lidelser enn før. Det vises imidlertid til at det ikke har skjedd en økning i årsverksinnsatsen i kommunene. Det påpekes at på grunn av denne økte etterspørselen vil normale tilskuddsøkninger i lang tid gå til boliger med heldøgnsbemanning. I rapporten konkluderes det med at staten bør vurdere egne øremerkede midler til det forebyggende arbeidet for å sikre ressurser til dette (Ose & Slettebak, 2014).

Denne forskningsrapporten er aktuell da den viser hvor dårlig fungerende brukerne kommunen har ansvar for oppfølgingen av kan være. Dette kan være en medvirkende årsak til at ansatte med ansvar for oppfølging opplever at de ikke har ressurser eller tid til å gi optimal oppfølging. Når oppfølgingen av brukere med ROP-lidelser i tillegg utføres av to team, men ulik økonomisk ramme, kan dette ha en effekt på hvordan de ansatte vurderer om deres tjeneste skal være utfører, om de skal dele på arbeidsoppgavene, eller om brukeren burde få oppfølging av en annen instans. Dette kan igjen bidra til at brukere opplever å bli ”kasteballer” mellom utførere (Ose & Slettebak, 2014).

SPoR Vestfold utga en prosjektrapport 27.02.14: *”Psykososial rehabilitering av RoP-pasienter: -Hva er`e vi driver med?”* Dette er en evalueringsrapport fra et samarbeid rundt og med nitten ROP-pasienter som har pågått i årene 2010-2013. I rapporten fremheves de viktigste funnene. De beskriver at det sterkeste funnet var at når det skapes forutsetninger for at de ulike aktørene klarer å skape like bilder av ”hva er det vi egentlig driver med”, løper samhandlingen med og rundt ROP-brukerne mye enklere. I tillegg fremheves behovet for en sterk kommunal koordinatorfunksjon, med tilstrekkelig kapasitet og bred kompetanse på ROP-lidelser som avgjørende for å lykkes i slike saker. De så også at det var stor variasjon i forhold til når samarbeidspartnere innenfor gitte ressursrammer ”strakk seg” og når de ”trakk seg” i vanskelige enkeltsaker. De fant at kriteriene for når det ene eller andre skjer er utydelige.

#### 2.6.4 Relasjonelle aspekter i samarbeid

I tillegg til forskning som er gjort mellom kommune- og spesialisthelsetjenesten har vi funnet en relevant fagartikkel av Harlene Anderson (2012) som omhandler bruker- terapeut

relasjonen. I Harlene Andersons artikkel: Collaborative Relationships and Dialogic Conversations: Ideas for a Relationally Responsive Practice (2012) skriver hun om hvordan man som terapeut bør være både en *gjestfri vert* og en *gjest* i møte med brukeren. Hun beskriver at gjestfrihet innebærer nyanser av hilsener og møter som former tonen og kvaliteten på forholdet og samtalen. Hun spesifiserer at vertens holdninger, handlinger, reaksjoner og tone må kommunisere til gjesten (brukeren), hans spesielle betydning som et unikt menneske som er anerkjent og verdsatt, og som har historier verdt å fortelle og høre (Anderson, 2012). Som tidligere vist i kapittelet under teori om ROP-lidelser, er relasjonen mellom tjenesteyter og bruker viktig for å bidra til gode bedringsprosesser (Helsedirektoratet 2012; Mueser et al., 2006). I tillegg er det behov for at tjenesteapparatet samarbeider godt i møte med denne brukergruppen (Helse- og omsorgsdepartementet, 2009). Det er derfor relevant å tenke at gode samarbeidsrelasjoner mellom ansatte bør inneholde den samme holdningen og ydmykheten for at vi er gjester i hverandres fagfelt.

#### 2.6.5 Recoveryorienterte praksiser

ROP-retningslinjen nevner begrepet recovery i sine anbefalinger. Recovery handler om en holdning som fremmer tro og muligheter på at selv med rus- og psykisk lidelse kan mennesker leve meningsfulle og tilfredsstillende liv (Davidson et al., 2008). Litteratursøket har vist at det er økt fokus på brukermedvirkning og bedringsprosesser. Recovery står som et sentralt begrep her. Recovery, som begrep og kunnskapsområde, har fått økende interesse i Norge de senere år (Borg, Karlson & Stenhammer, 2013).

NAPHA utgav i 2013 en rapport med en systematisk gjennomgang av kunnskap om recoveryorienterte praksiser (Borg et al., 2013). Denne gjennomgangen ble iverksatt på bakgrunn av at NAPHA ønsket svar på hvordan forskningslitteraturen fremstiller recovery og hva som kjennetegner recoveryorienterte-praksiser. I tillegg ønsket de svar på om det fantes eksempler på opplæringsprogram, samt kartleggings- og evalueringsverktøy. Rapporten viser til det har vært en økende interesse for recovery, både som begrep, kunnskapsområde og som grunnlag for praksisutvikling de senere år. På norsk kjenner vi til begrepet som "bedringsprosesser" (Borg et al., 2013).

I rapporten "*Recoveryorienterte praksiser. En systematisk kunnskapssammenstilling*" (Borg et al., 2013) vises det til at mennesker med psykiske lidelser i en årrekke har vist at de kan komme seg, med eller uten behandling. Det vises til at det unike med recoverybegrepet er at



det er utviklet gjennom personers levde erfaringer med psykisk uhelse og bedring. Fokuset med dette har vært rettet mot hva det er personen selv mener skal til, for å komme seg. Det vises til at tre definisjoner som det ofte refereres til i forskningslitteratur og tjenesteutvikling. De skiller mellom recovery som en personlig prosess, en sosial prosess og recovery som et resultat eller klinisk recovery (Borg et al., 2013).

I forhold til recovery som en personlig prosess har brukermiljøer ønsket å formidle den enorme kraften, tålmodigheten og innsatsen som kreves av den enkelte bruker ved å gjennomgå denne prosessen. Det å ta kontroll, ha håp, tro og anerkjenne at psykiske helseproblemer bare er en begrenset del av en selv, er viktige elementer i denne prosessen (Borg et al., 2013). Som en sosial prosess handler recovery om aktiviteter og strategier basert i personens hverdagslig og lokalmiljø. Retten til å leve det hverdagslivet den enkelte ønsker for seg selv, retten til å kunne ta egne valg og retten til et reelt samarbeid med fagpersoner I forhold til recovery som en klinisk prosess reflekteres resultatorientering og behandlingseffekt (Borg et al., 2013).

I en rekke land og fagmiljøer foregår implementering av recovery-orienterte praksiser. Et slikt paradigmeskifte innebærer å forstå og endre maktforhold. Det er brukerens ekspertise og forståelse som skal være styrende - ikke fagpersonens (Borg et al., 2013). Rapporten beskriver eksempler på implementering av recovery gjennom for eksempel beskrivelsen av ImROC (Implementing Recovery through Organisational Change) i England. Her startet man med workshops bestående av brukere, pårørende, fagpersoner, ledere og frivillige organisasjoner hvor de gjennom denne erfaringsbaserte kunnskapsutviklingen identifiserte viktige sentrale endringsområder. Eksempler på dette er å redefinere brukerinvolvering, brukere skal ikke inkluderes i fagpersoners "tilbud". Samarbeid og likeverd skal utvikles på alle nivåer. Det er nødvendig å øke brukerens valgmuligheter. Brukerne må således gis reelle valgmuligheter og kontroll over egen prosess. Det skal sikres organisatorisk forpliktelse og lojalitet for utviklingen av organisasjonene på alle nivåer. Brukernes muligheter for å bygge seg et liv utenfor problemene skal økes, da deltagelse er avgjørende i recoveryprosesser. Dersom disse menneskene skal gjenoppbygge sine liv må de gis samme valgmuligheter, frihet og kontroll som resten av befolkningen. Dette innebærer å anerkjenne og støtte både brukere og omgivelsenes ressurser og kompetanse (Borg et al., 2013).

Det finnes ingen presis oppskrift for implementering av recoveryorienterte praksiser. Organisasjonenes ulike praksiser og historier må tas hensyn til. Det påpekes imidlertid at en slik utvikling krever at hele organisasjonen involveres og lederforankres for å fremme en slik implementering. Det er videre nødvendig med en felles forståelse av hva recoveryorienterte tjenester er, og erkjenne at dette handler om et paradigmeskifte. Kunnskapen må utvikles mellom ulike grupper og av hverandre. Både fagpersoner, brukere, pårørende og frivillige organisasjoner er viktige i dette arbeidet og liveverdige samarbeidsformer må vektlegges (Borg et al., 2013).

### 3.0 METODE

I dette kapitlet presenterer vi først oppgavens vitenskapsteoretiske forankring. Så redegjør vi for hvilken forskningsmetode vi har anvendt for å svare på problemstillingen og forskningsspørsmålene. Videre presenteres elementene i datainnsamlingen. Deretter presenterer vi etiske refleksjoner og dataanalyse. Avslutningsvis i kapitlet skriver vi om metodiske refleksjoner.

#### 3.1 Vitenskapsteori

Den vitenskapsteoretiske forankringen for vår studie er en fenomenologisk-hermeneutisk tilnærming. Malterud (2011) sier at kvalitative metoder bygger på teorier om menneskelig erfaring og fortolkning, henholdsvis fenomenologi og hermeneutikk. En fenomenologisk tilnærming i form av kvalitative intervjuer er en velegnet fremgangsmåte når man ønsker å studere personers opplevelser. Fortolkningen av de beskrevne fenomener er den delen av forskningsprosessen som hører til hermeneutikken (Malterud, 2011). Disse vitenskapelige tradisjonene utgjør grunnlag for metodene innen kvalitativ forskning. Vi vil vektlegge det vi anser som relevant for det kvalitative fokusgruppeintervjuet og gi en kort presentasjon av teoriene.

##### 3.1.1 Fenomenologi

Fenomenologi er en forståelsesform der menneskers subjektive erfaringer regnes som gyldig kunnskap (Malterud, 2011). Den ble grunnlagt som filosofi av Edmund Husserl (1859-1938) rundt år 1900 og har i ettertid blitt videreutviklet som filosofi. Tradisjonen bidrar til et brudd med positivismens dualisme. Den tar avstand fra et sterkt skille mellom objektet (fenomenet) og subjektet (personen) (Kvale & Brinkmann, 2009).

I kvalitativ forskning er fenomenologi mer bestemt et begrep som peker på en interesse for å forstå sosiale fenomener ut fra aktørenes egne perspektiver. Innen fenomenologien er man interessert i å illustrere hvordan mennesker opplever fenomener i sin livsverden.

*”Livsverdenen er verden slik vi møter den i dagliglivet, og slik den fremtrer i den umiddelbare og middelbare opplevelse, uavhengig av og forut for alle forklaringer”* (Kvale & Brinkmann, 2009, s. 48). Fenomenologi legger vekt på at forståelsen av fenomener er avhengig av at verden ikke kan sees uavhengig av personen som erfarer den, da den nettopp er

avhengig av personen som erfarer den for å forstås (Thornquist, 2006). Gjennom å studere de erfaringer mennesker har med fenomenet søkes det å trekke meningsbærende essenser ut fra fenomenet som er i fokus (Lindseth & Norberg, 2004). For å gjennomføre dette må man åpne seg for fenomenet ved å sette til side sin forforståelse om fenomenet, såkalt ”bracketing” eller ”epoché.” Ulike teoretikere har varierende syn på i hvilken grad dette er mulig (Bengtsson, 1999). I Lindseth og Norberg (2004) sin forståelse av bracketing, unnlates det å møte materialet med et teoretisk byggverk. Med dette menes å unngå å trekke slutninger og bestemme seg for hvordan ting er i forkant av undersøkelsen, og i møte med det intervjupersonen har å fortelle.

### 3.1.2 Hermeneutikk

”Hermeneutikk er læren om fortolkningen av tekster” (Kvale & Brinkmann, 2009, s. 69). I kvalitative studier er bearbeidelse og fortolkning av tekst er en uunngåelig del av forskningsprosessen (Lindseth & Nordberg, 2004). Den hermeneutiske tradisjonen har i århundrer forsøkt å forstå tekster, spesielt bibelske men også juridiske og litterære (Kvale & Brinkmann, 2009). Gjennom det 19. århundre utviklet hermeneutikken seg til å bli en filosofisk retning der det sentrale er menneskers evne til å fortolke fenomener ut fra den sammenheng vi møter dem (Tornquist, 2006).

Den hermeneutiske sirkel er ifølge Tornquist (2006) det mest kjente begrepet innen hermeneutisk tradisjon. Denne innebærer en stadig veksling mellom forståelsen av deler i teksten, samt forståelsen av teksten som helhet. Betydningen av delene man finner i teksten belyser helheten, samtidig påvirker tekstens helhet forståelsen av delene. Gjennom denne prosessen skapes nye helheter (Kvale & Brinkmann, 2009). I vår studie er dette nyttig og viktig, da vi i intervjuet og ved å arbeide med den transkriberte teksten skal være bevisste vår forforståelse og sette denne på spill i møte med informantenes informasjon. I analysen av fokusgruppeintervjuet veksler man mellom å forstå og tolke deler av intervjuet i sammenheng med helheten. Samtidig kan forståelse av delene skape en ny forståelse av hele intervjueteksten. Innen hermeneutikken jobber man med ferdigstilte tekster, mens man i analyse av kvalitative intervjuer både er fortolker og medskaper av teksten.

I den hermeneutiske tradisjonen er begrepene ”forståelseshorisont” og ”for-dom” sentrale. Disse begrepene henviser til at for å gi mening må fenomenene ses i den sammenheng vi møter de. Vi har en bakgrunnskunnskap som bringes inn i fortolkningen av fenomenene.

Gadamer (2004) avviser at hermeneutikk er en metode og innfører hermeneutikk som en filosofisk tilnærming til forståelse. Gadamer tar avstand fra at det mulig å legge fra seg de forutsetninger som hindrer forståelse. "For-dommer" er ikke et negativt begrep, snarere en forutsetning for all forståelse. Det er når man kjenner at det "butter imot" at man skal reagere og stoppe opp. De "for-dommer" som ikke passer inn må justeres gradvis slik at de passer inn i dette vi ønsker å forstå. Dette kalles horisontsammensmeltning (Tornquist, 2006).

### 3.1.3 En fenomenologisk-hermeneutisk tilnærming

Innenfor fenomenologi og hermeneutikk er det forskjeller som krever en balansering mellom det rent deskriptive og det fortolkende innenfor kvalitative metoder. Det er utviklet ulike metoder som i ulik grad vektlegger disse perspektivene. Eksempler på dette er Giorgi (1985), Kvale (2009), Lindseth og Nordberg (2004) og Malterud (2011). I denne studien har vi benyttet Lindseth og Nordberg (2004) sin fenomenologisk-hermeneutiske metode. Denne er utarbeidet for forskning på levd erfaring. Den er utviklet med det formål å forske på helsepersonells forhold til etikk. Metodens fenomenologiske forankring ligger i det at fokuset på forskningen handler om å få frem meningsbærende enheter av den levde erfaringen. Det hermeneutiske perspektivet ligger i at man i denne metoden skal skrive en naiv beskrivelse av ens oppfatning av den helhetlige teksten. Dersom det er dissens mellom den forståelsen av den helhetlige teksten og den naive beskrivelsen, skal man gå tilbake å skrive en ny naiv beskrivelse med den strukturelle analysen i minnet. Dette kan illustrere en form for hermeneutisk sirkel. Den strukturelle analysen gjennomføres så på bakgrunn av denne helhetsforståelsen. Metoden er videre hermeneutisk i forhold til at annen litteratur skal benyttes i den videre utviklingen av en omfattende forståelse av studiens funn, samtidig kan funnene utdype forståelsen av litteraturen.

## 3.2 Kvalitativ forskningsmetode

Når man skal forske er det viktig at metoden tilpasses formålet og problemstillingen. Man må velge den metoden som man mener vil gi best svar på forskningsspørsmålene og man tror vil være best egnet (Malterud, 2011). I problemstillingen vår ønsket vi å få svar på hvordan to ulike seksjoner i en kommune med samtidig ansvar for oppfølging opplevde det å samarbeide rundt brukere med ROP-lidelser. Problemstillingen var i liten grad beskrevet tidligere, og vi har gjennom våre litteratursøk funnet lite forskning på samarbeid innenfor to kommunale oppfølgingsinstanser med felles ansvar for tjenester til brukere med ROP-lidelser.

Studiens design var derfor et eksplorerende/undersøkende design med en induktiv tilnærming. En induktiv tilnærming dreier seg om å ta slutninger fra det individuelle til det allmenne. Det innebærer at fra enkeltobservasjoner utvikles generaliserte slutninger og teori (Thornquist, 2006).

Kvalitativ metode har til hensikt å fange opp mening og opplevelse som ikke lar seg tallfeste eller måle. Den kvalitative tilnærming går i dybden og har som formål å få frem sammenheng og helhet. Den tar sikte på å formidle forståelse (Dalland, 1998). Kvalitativ forskning utforsker systematisk og grundig meningsinnholdet i sosiale fenomener slik det oppleves for de involverte selv, innen deres naturlige kontekst (Malterud, 2011).

### 3.3 Forskernes ståsted

Betydningen av forskerens rolle er en viktig del av det vitenskapelige kravet om refleksivitet i en studie (Malterud 2011). Vi vil i dette kapittelet tydeliggjøre vår forforståelse i møte med feltet. Malterud (2011) beskriver denne forforståelsen som en ryggsekk vi har med inn i forskningsprosjektet, og skriver videre at innholdet i denne er med og påvirker oss hele veien.

Vår forforståelse kommer til dels til syne i innledningen hvor vi skriver om bakgrunn for problemstillingen. Vi vil her utdype dette nærmere og viser vår bakgrunn hver for oss, for at det på denne måten skal fremkomme tydelig.

Mette Schau: Jeg har arbeidet ved ulike psykiatriske avdelinger både før, under og etter sykepleieutdanningen som jeg fullførte i 2004. Min kliniske erfaring i feltet inneholder praksis fra et behandlingssted for rusmisbrukere under studien, samt ulike nivåer innenfor psykiatrisk spesialisthelsetjeneste. De siste årene har jeg vært ansatt i kommunen som saksbehandler for tjenester til mennesker med psykiske helseproblematikk. Ved siden av dette arbeidet har jeg gjennomført videreutdanning innenfor psykisk helse, samt helserett og saksbehandling.

Gunhild Simavik Dahl: Jeg var ferdig utdannet som sykepleier i 2005 og har jobbet i hjemmesykepleien frem til begynnelsen av 2014. Jeg har også jobbet en kort periode på et ”bestillerkontor” i en kommune, med ansvar for vurdering av tjenester til utskrivningsklare pasienter fra somatisk sykehus. I tillegg har jeg jobbet i en behandlingsinstitusjon for

tverrfaglig spesialisert behandling av rusmiddelproblemer (TSB) ved siden av min stilling i hjemmesykepleien. Ved siden av dette har jeg fullført videreutdanning innenfor psykisk helse.

Vår bakgrunn har påvirket valg av tema, samtidig som det å være en del av et hovedprosjekt også har hatt innvirkning på dette. Ved å skrive en masteroppgave som del av et aksjonsforskningsprosjekt med tema samarbeidende praksiser, var det naturlig å se på elementer innenfor fenomenet samarbeid. På den måten håper vi at forskningen vil være nyttig for kommunen som en del av dette hovedprosjektet.

### 3.4 Datainnsamling

Datainnsamlingen har foregått gjennom kvalitative fokusgruppeintervju. Fokusgrupper består av seks til ti personer og ledes av en moderator (Kvale & Brinkmann, 2009).

Fokusgruppeintervju kjennetegnes ved en ikke-styrende intervjustil fra forskeren, der det viktigste er å få frem mange forskjellige synspunkter for hva som er temaene som gruppen samtaler om. Fokusgruppen har ikke til formål verken komme til enighet om eller å presentere løsninger på de spørsmål som diskuteres. Hensikten er å få frem de ulike synspunktene på saken (Aadland, 2011). Begrunnelsen for å benytte fokusgruppeintervju er å benytte gruppedynamikken til å bidra til spontane, ekspressive og emosjonelle synspunkter enn ved bruk av individuelle intervjuer (Kvale & Brinkmann, 2009).

#### 3.4.1 Utvalg og rekruttering av informanter

Innen kvalitative metoder søker man et utvalg som kan gi mest mulig relevant informasjon om det fenomenet man ønsker å studere. For å samle data fra relevante kilder er kunnskap om feltet og teoretisk bakgrunn viktige forutsetninger (Malterud, 2011). Vi ønsket å undersøke hvordan samarbeidende praksiser opplever det å samarbeide rundt brukere med ROP-lidelser. Vi rekrutterte derfor informanter fra Psykososialt team og Seksjon rustiltak i kommunen.

Informantene vi søkte måtte ha erfaring med denne brukergruppen, og vi så det derfor som hensiktsmessig og rekruttere informanter som hadde jobbet i teamet over ett år. Det er opplevelsen av samarbeid det skulle forskes på og den ansatte måtte derfor ha erfaring med brukergruppen over tid for å kunne dele noe av den opplevelsen med oss. Det var vurdert at kjønn og alder ikke er viktige avgrensninger her. Vi ønsket å snakke med ansatte i teamene med treårig høyskoleutdanning, uten lederansvar.

To fokusgruppeintervju, med intervju av hvert team separat, var planlagt gjennomført. Håpet var å rekruttere minst fem fra hvert team til hvert intervju. I og med at det er to ulike team, tenkte vi at vi ville få flest ærlige svar ved å intervju teamene hver for seg. Dette på grunn av at de er organisert på ulik måte og har stor variasjon i måten de utøver tjenestene de tilbyr. Det er i tillegg slik at opplevelsen kan oppleves forskjellig ut ifra hvilke fokus man har på oppfølgingen og vi ønsket å sammenligne dataene i forhold til opplevelsen av samarbeid mellom seksjonene fra de ulike teamene fra hvert sitt ståsted.

I masterseminar ved HBV fikk vi tilbakemelding på at det kunne være mer spennende og dynamisk å samle disse to teamene i stedet for å intervju hvert enkelt team separat. Etter å ha gjort en vurdering av disse tilbakemeldingene, i forhold til at det kunne gi spennende funn dersom informantene ville være åpne i samtalen, bestemte vi oss for å intervju begge teamene samlet. Vi var svært spente på om et samlet fokusgruppeintervju ville hindre de ansatte i å være ærlige og om samtalen ville flyte godt. Vi har beskrevet gjennomføringen av hvordan intervjuet forløp i et eget underkapittel.

Vi startet rekrutteringsprosessen med å sende e-post til virksomhetslederne i Avdeling psykisk helse og Sosialtjenesten (Vedlegg 1 & 2). Malterud (2012) sier at i enkelte prosjekter kan det være fordelaktig å rekruttere deltakere til fokusgruppeintervjuer via kontaktpersoner eller *portvakter*. I tillegg henvises det til at det er positivt at forskeren har kjennskap til aktuell forskningsinstitusjon og har tillit hos den vi skal snakke med. Den ene av oss har en god relasjon til arenaen det skulle forskes i og vi så derfor på denne metoden som aktuell for vår rekrutteringsprosess.

Prosjektet ble presentert og ønske om få rekruttere informanter formidlet. Virksomhetslederne stilte seg positive til prosjektet og godkjente at vi kunne foreta fokusgruppeintervjuet i arbeidstida til de ansatte. Vi henvendte oss deretter til mellomlederne i begge teamene på e-post. De ble spurt om de kunne være behjelpelig med å finne informanter. Mellomlederne fikk samme informasjon om prosjektet. I e-posten mellomlederne sendte de ansatte beskrev vi kort formålet med intervjuet, samt en oppsummering av tema vi ønsket informasjon om.

Fokusgruppeintervjuet var planlagt etter sommerferien.

Det viste seg først å være vanskelig å rekruttere informanter. Vi fikk noen positive svar, men flere gav tilbakemelding på at de måtte se om det passet når tiden for intervjuet nærmet seg.



Få ville forplikte seg til å si ja, men noen sa de var interessert. Vi tenkte at vi måtte legge en strategisk plan. Intervjuet var etter tidsplanen tenkt gjennomført i august/september. Alle godkjenninger i forhold til forskningsprosjektet var klare og intervjuguiden var ferdigstilt. Med sommerferien nært i sikte, hvor vi visste det vanskelig ville la seg gjøre å få informanter, tok vi en brå avgjørelse. Erfaringsvis visste vi at onsdager er satt av til møtevirksomhet i seksjonene. En spesifikk onsdag før sommerferien ble derfor foreslått fra vår side. Tidsfristen var relativt kort. Vi tenkte at det var med forutsigbart for informantene å vite om de hadde anledning til å stille på intervju og om de hadde tid, dersom datoen ikke var satt langt frem i tid. I tillegg fristet vi med lunsj i forkant av intervjuet.

En ny e-post ble sendt til de ansatte i begge teamene. Her foreslo vi en dato før sommeren samt at god lunsj ville bli servert. Responsen fra de ansatte var stor. De første ti som sa ja, utrolig nok fem fra hvert team, oppfylte inklusjonskriteriene våre og fikk positivt svar fra oss på e-post. Vedlagt fulgte samtykkeerklæring og infoskriv. Etter få dager måtte vi sende ut e-post om at vi hadde nok informanter.

Ti informanter meldte interesse for å delta i fokusgruppeintervjuet. Av disse jobbet fem i Psykososialt team og fem i Seksjon rustiltak. Samtlige hadde treårig helse- og sosialfaglig høyskoleutdanning. Flere hadde relevante videreutdanninger innenfor fagfeltet. Alle hadde over to års erfaring i nåværende stilling. Informantene hadde et vidt spekter i alder og yrkeserfaring. Vi vil ikke gi en nærmere beskrivelse av informantene for å bevare deres anonymitet.

#### 3.4.2 Forberedelse og gjennomføring av fokusgruppeintervju

I forkant av intervjuet leste vi ulik litteratur om fokusgrupper og intervjueteknikk. Vi hadde forberedt en intervjuguide basert på temaer vi ønsket belyst i forhold til problemstillingen. Vi var ydmyke i forhold til at vi var uerfarne intervjuere, som Kvale og Brinkmann (2009) beskriver det:

*Selv om man ikke lærer å bli en god intervjuer ved å lese en bok om intervju, kan en bok informere om det territorium en intervjureise finner sted i, og om det utstyr og de verktøykasser som er til rådighet for reisen, og derved lette reisen og øke kvaliteten på kunnskapen som den intervjureisende kommer hjem med. (s. 110)*

Ved å lese relevant litteratur (Kitzinger, 2005; Kvale & Brinkmann, 2009; Malterud, 2011; Malterud, 2012; Aadland, 2011) var vi kjent med råd og teknikker for å gjennomføre intervjuet på en hensiktsmessig og god måte. Vi var derfor spesielt opptatte av å skape en god ramme for det sosiale rommet for samhandling for å få en god samtale i fokusgruppeintervjuet. Man har begrenset tid for å sørge for å skape en god relasjon til deltakerne (Malterud, 2012).

Spente møttes vi kvelden før intervjuet. Vi lagde en sprek salat som skulle serveres deltagerne før selve intervjuet og snakket sammen om hvordan vi skulle møte morgendagen. Vi håpet at minst seks informanter skulle møte opp og at praten skulle gå uten at vi måtte hale ut svarene. Malterud (2011) beskriver at i et fokusgruppeintervju snakker informantene under ledelse av en moderator. I tillegg anbefales det at det kan være nyttig å ha med en sekretær som kan notere underveis. Moderator skal styre samtalen mellom deltakerne og sørge for at tiden blir hensiktsmessig utnyttet (Malterud, 2012). Moderatorrollen er beskrevet i Malterud (2012) som et håndverk som krever opplæring. Det fremheves imidlertid at det håndverksmessige må balanseres mot feltkunnskap og tillit blant deltakerne.

I masterseminar drøftet vi moderatorrollen med veiledere. Vi var usikre på hvordan vi skulle gjennomføre dette i praksis i forhold til hvem av oss som skulle være moderator. Vi fikk råd om å planlegge best mulig, men våge å være naturlige og ikke bli for låst i dette. Ved å ha en fenomenologisk tilnærming håpet vi at vi i intervjuet skulle la samtalen gå, uten innblanding fra oss som intervjuere.

Vi planla at den ene av oss, som kunne navnene til informantene, hadde ansvar for å holde oversikt over hvem sin tur det var til å ta ordet i forhold til hvem som hadde bedt om dette. Malterud (2012) fremhever at det å kunne tiltale deltakerne med navn, vil informantene oppleve at man henvender seg til dem personlig. I tillegg får man navnene direkte inn i lydopptaket. Den andre skulle ha oversikt over intervjuguiden og ansvaret for å holde tråden og oversikten over at vi var innom hovedtemaene.

Intervjuet skulle foregå på et møterom i en egen uforstyrret korridor. Vi hadde forberedt salat, drikke og kaffe som stod klart da deltagerne kom. I rommet var det et stort ovalt bord med plass til alle informantene og oss. Vi hadde i forkant av intervjuet testet lyden på diktafonen, slik at dette ikke skulle oppta oss under gjennomføringen av intervjuet.

Vi satte oss bevisst ikke ved siden av hverandre. Informantenes plassering i rommet var tilfeldig. De valgte selv hvor de skulle sitte når de kom, men det var planlagt at det var satt frem rett antall stoler, slik at plassene rundt bordet skulle fylles (Malterud, 2012).

Alle ti informantene, som hadde sagt de ønsket delta, møtte opp. Første møte med informantene gjorde umiddelbart godt inntrykk. Det hersket god og avslappende stemning i rommet. Det å invitere til lunsj i forkant av intervjuet syntes å være positivt og det oppleves mindre stivt å ha en lett og ledig tone med informantene en halv time før vi begynte selve intervjuet.

Etter lunsjen hadde vi en kort info om ”kjørereglene” angående diktafon, lyder og kaffekopper. I tillegg informerte vi hvordan vi hadde planlagt gjennomføringen av intervjuet og at vi ville tilrettelegge for at alle kom til orde. Informantene ble bedt om å rekke om å rekke opp hånden når de ønsket si noe. Dette for å sørge for struktur i intervjuet og at alle informantene fikk komme til orde. I invitasjonen til intervjuet var det informert om at det var satt av to timer til lunsj, samt intervju. Før intervjuet startet informerte vi om at når tiden nærmet seg slutten, ville vi avslutte med en runde rundt bordet. Da ville alle få anledning til å si noe om hvordan dette hadde vært å være med på og å komme med en avsluttende kommentar dersom de ønsket det.

Vi hadde i forkant av intervjuet laget en semistrukturert intervjuguide basert på de tema som vi ønsket svar på (Vedlegg 3). Denne fikk informantene ikke utlevert på forhånd fordi vi ikke ønsket å legge føringer i forhold til hvilke temaer vi skulle snakke om innenfor problemstillingen. Vi ønsket at informantene med utgangspunkt i informasjonsskrivet selv skulle i intervjuprosessen velge hva de opplevde som viktig i forhold til opplevelsen av å samarbeide (Vedlegg 4). Spørsmålene omhandlet hvordan informantene ville beskrive hvordan de opplevde det å jobbe med brukere med ROP-lidelser. I tillegg ønsket vi svar i forhold til hvordan de opplevde at det på organisasjonsnivå var tilrettelagt for samarbeid med andre seksjoner i kommunen. Dette i forhold til møteplasser, ressurser, og kommunikasjon. Vi ønsket også svar på om opplevelsen av samarbeid og faktorer som påvirker samarbeid i forhold til forskningsspørsmålene. Herunder temaene lovverk og taushetsplikt, samt om teamene var organisert på en hensiktsmessig måte i forhold til samarbeid.

Vi startet intervjuet med at vi spurte om det var noen som kunne tenke seg å dele en god opplevelse i forhold til samarbeid. Ingen respons. Da spurte vi så om det var noen som hadde opplevelser rundt dårlig samarbeid? Etter noen sekunder var det en informant som tok ordet.

Vi opplevde at en stor gruppe, ti informanter, var fordelaktig. Dialogen i gruppa var god og ryddig. Vi trengte kun opptre som ordstyrer under intervjuet. Stikkordene/ temaene vi hadde notert oss på forhånd, og håpet skulle touches i løpet av intervjuet, kom opp. Det gjorde at vi kunne ha en tilbakelent rolle og kun observere og notere. Etter få minutter syntes båndopptakeren å være glemt. Alle i gruppa tok ordet etter tur og pratet. De virket ikke redde for å komme med uttalelser om hverandres team- både negative og positive. Vi måtte til slutt avbryte intervjuet da tiden gikk ut. Avslutningsvis fortalte hver informant hvordan de opplevde intervjuet og om de hadde noe å tilføye. Samtlige var enige om at dette hadde vært en svært positiv opplevelse og de sa at de gjerne ble med på flere slike intervjuer. De uttrykte at denne timen var mer matnyttig enn når de, begge teamene, samles til samarbeidsmøter som er to ganger årlig. Det at den ene av oss kjente til informantene, opplevdes for oss som gunstig. Selv om de kjente til hverandre fremsto informantene som ærlige og virket ikke redde for å komme med uttalelser og synspunkter. Intervjuet var konstruktivt og ulike synspunkter kom frem om teamenes samarbeid.

Intervjuet gikk over all forventning og tilbakemeldingene føltes oppriktige. Vi satt igjen med følelsen av at fokusgruppeintervju kan være en magisk opplevelse. Vi er ydmyke og takknemlige for at informantene våre lot oss få bli med på denne spennende reisen inn i deres livsverden. Alle deltagerne var aktive i intervjuet. Uavhengig av hvilket team de tilhørte og utdanningsbakgrunn kom alle med reflekterte innspill underveis i samtalen.

### 3.4.3 Transkribering

En diktafon ble benyttet til å ta opp intervjuet. Vi hadde på forhånd gjort oss kjent med hvordan diktafonen fungerte og gjort flere opptak. Prosessen med å transkribere startet få dager etterpå. Vi satte av en hel helg til dette arbeidet. Ved å transkribere intervjuet fra muntlig til skriftlig form, blir intervjusamtalen strukturert og bedre egnet for analysen (Kvale & Brinkmann, 2009). Det anbefales at forskeren transkriberer intervjuet selv fordi det er lettere å oppleve nyansene i et lydopptak når man selv har vært tilstede. I tillegg oppnår man ved å transkribere selv en unik oversikt over materialet (Malterud, 2012).

Vi erfarte at det var en stor fordel å være to personer i transkriberingsprosessen. Den ene av oss styrte diktafonen og den andre skrev ned ordene. Ved å sitte ved siden av hverandre, kunne enkelt den som styrte diktafonen se hva den andre skrev og dermed raskt spole tilbake dersom det ble oppdaget at den som skrev ikke hadde fått med seg alle ordene. På den måten sparte vi mye tid selv om prosessen var tidkrevende.

Vi hadde på forhånd skrevet ned navnene til informantene på et ark og gitt de hvert sitt nummer. Ordstyrer i fokusgruppeintervjuet kjente navnene til informantene og brukte navnet til informantene når de ønsket si noe under intervjuet. Slik ble det enkelt å skrive ned hvem som sa hva. Vi kodet alle deltagerne med nummer som vi har brukt igjennom hele transkriberingsprosessen. Arket med navn og koder er innelåst. Vi valgte å skrive det de sa ordrett i første omgang.

Målet med transkripsjon er å fange det informantene sier, og gjengi dette i en mest mulig presis eller lojal representasjon (Malterud, 2011). Som anbefalt i Lindseth og Nordbergs (2004) metode startet vi med å høre gjennom intervjuet i sin helhet, samt leste gjennom prosessnotatene vi gjorde rett etter intervjuet. Vi transkriberte deretter intervjuet ordrett. Vi inkluderte også pauser som ble markert med ”(...)”. Nonverbal kommunikasjon vi anså som relevant ble også notert som ”latter,” ”stillhet,” ”hmm” eller utropstegn når det kom påstander hvor det var naturlig å spesifisere måten det ble sagt på. I transkriberingen var det viktig for oss å være tro mot måten informantene uttrykte seg på. Vi endret ikke på muntlig språk eller uttrykksmåter.

Et transkribert materiale er en kunstig konstruksjon av kommunikasjon mellom mennesker. I fenomenologisk metode ønsker man å fange opp meningen informantene tillegger sine opplevelser. Det er viktig å være bevisst hvor nært opp til det muntlige man ønsker å være. Vi tok et valg om å gjøre transkriberingen ord for ord, da vi mente dette ville gi oss best mulig data for videre analyse.

### 3.5 Dataanalyse

Vi valgte å benytte Lindseth og Nordberg (2004) sin fenomenologisk-hermeneutiske metode i vår analyse. I en kvalitativ studie hevder Lindseth og Nordberg (2004) at det objektet man søker å undersøke ikke nødvendigvis ligger åpent og klart til å bli observert for forskeren. Det er gjennom å analysere dataene dette objektet kan gjøres synlig. Ved at dataene sammenfattes og fortolkes skal analysen fungere som en brobygger mellom råmaterialet og resultatene. Med utgangspunkt i problemstillingen stilles spørsmål til materialet, og svarene består av mønstrene vi finner. Disse mønstrene må man forholde seg til gjennom systematisk refleksjon (Malterud, 2011). Den vitenskapelige tilnærmingen skiller seg fra overflatisk synsing ved at analysen er gjennomarbeidet og veldokumentert (Malterud, 2011). Vi vil nå vise hva denne metoden går ut på og hvordan vi gjennomførte analysen.

#### 3.5.1 Analyse av teksten

Analysen av intervjuet ble gjort etter Lindseth og Nordberg (2004) sin fenomenologisk-hermeneutiske metode. De er inspirert av teorien til Paul Ricoeurs (1979) fortolkningsteori. Metoden består av tre trinn og går ut på at mening og forståelse skapes ved: (1) en naiv lesing av teksten. (2) Deretter en strukturell analyse for så (3) en formulering av en helhetsforståelse. Vi startet med en innledende lesning av teksten, og formulerte en naiv forståelse av denne. Materialet ble delt inn i meningsenheter, som videre ble kondensert og kategorisert i ulike undertema. Avslutningsvis samlet undertemaene fire hovedtema. Teksten ble lest i sin helhet og drøftet i sammenheng med relevant litteratur som formulerte den omfattende forståelsen. Med den omfattende forståelsen mener vi selve oppgaven.

I analysens trinn én skal et førsteinntrykk dannes, en naiv forståelse av materialet. Vi leste gjennom intervjuet i sin helhet. Vi tilstrebet å legge vår forforståelse til side for å åpne oss for de meningene som stod frem som ny forståelse av informasjonen fra informantene. Det var viktig for videre arbeid at teksten ble lest av hver enkelt av oss, uten at vi snakket sammen om tekstens innhold. Deretter skrev hver enkelt av oss ned hver vår skriftlige nedtegnelse av våre førsteinntrykk.

I den strukturelle analysen (trinn to) skal meningsbærende enheter i teksten markeres og samles i tema. Vi gikk sammen gjennom notatene fra arbeidet med vår naive forståelse og i tett dialog kunne vi se at selv om vi hadde ulik forforståelse i møte med teksten, var det et

fellestrekk over de elementer i teksten som fremstod som viktig i forhold til problemstillingen.

Da transkriberingen var ferdig begynte prosessen med å systematisere det nedskrevne intervjuet. Vi satt nå med tretti skrevne ark. Da vi startet dette arbeidet fant vi frem markeringspenn, post- it lapper og saks og tok hele gulvet i bruk. Vi gikk igjennom teksten som helhet flere ganger. Vi identifiserte meningsbærende enheter som vi klippet ut av sammenhengen de stod i. Vi valgte å gjøre dette manuelt og endret derfor ingen ting i teksten i denne delen av prosessen.

Etter en strukturert og nøye gjennomgang av teksten som helhet la vi de ulike delene utover gulvet i bunker sortert etter tema. Etter gjennomgang av hele teksten satt vi igjen med syv undertema som vi igjen gjennomgikk da enkelte av dem fremstod som sammenlignbare.

Da vi satt med deler av teksten opplevde vi at det var vanskelig å få et tilstrekkelig overordnet blikk til å finne temaer som var omfattende nok. Det var derfor nødvendig å distansere seg fra delene, trekke oss tilbake og legge teksten fra oss, for bedre å se hva den handler om i store trekk. Dette gjorde vi ved å ta en pause fra teksten for så å lese den igjen som helhet. Vi noterte da temaer underveis, og på den måten ble det enklere å finne hovedtemaer. Vi søkte da og fange opp de vesentlige delene av hvert tema, og undersøkte om meningsenhetene vi hadde funnet var i overensstemmelse eller avvek fra disse.

I trinn tre av analysen vurderte vi temaene opp mot den naive forståelsen vi hadde gjort i forkant av den strukturelle for å validere våre funn. Dette i tråd med Lindseth og Nordberg (2004) sin metode. De mener at dersom det ikke er samsvar mellom disse, bør man skrive en ny naiv beskrivelse. Vi opplevde at den naive forståelsen gav oss interessant informasjon om hvordan vi, i forkant av den strukturelle analysen, hadde sett oss ut interessante temaer, aktuelle for problemstillingen. Den gav oss informasjon om vår forforståelse, samtidig som den bekreftet at det var elementer i intervjuet som allerede ved den naive lesningen fremstod som relevante tema. I trinn tre av analyseprosessen ble også relevant litteratur vi mente kunne belyse funnene gjennomgått. Denne prosessen er en viktig del av Lindseth og Nordberg (2004) sin metode. Metoden innebærer at man skal knytte funnene opp mot det forskerne anser som relevant litteratur i tillegg til den fenomenologiske forståelsen og hermeneutiske tolkningen. I følge Lindseth og Nordberg (2004) er det her viktig at man ikke tvinger

litteraturens perspektiv på teksten. Man skal la teksten belyse litteraturen og den valgte litteraturen belyse teksten. Dette var en av våre begrunnelser får å benytte denne metoden, da vi ønsket å belyse funnene opp mot tidligere relevant forskning og relevant litteratur samt drøfte dette.

Den strukturelle analysen tok vi utgangspunkt i den naive forståelsen. Dette resulterte i fire hovedtema som er studiens funn:

1. Opplevelsen av usikkerhet rundt hvordan og hvorfor de skal samarbeide med hverandre
2. Det oppleves at forvalting og vedtak har innvirkning på samarbeidet
3. Opplevelsen av at samarbeid er positivt når det fungerer
4. Opplevelsen av at rutiner og organisering har betydning for samarbeidet.

(Eksempler fra analysen, vedlegg 5)

### 3.6 Etske refleksjoner

I forbindelse med forskning innenfor alle fagområder, må forskningsetiske retningslinjer følges (Ruyter, 2003). Vi har etterstrebet og ikke å belaste våre informanter unødvendig. Slik vi har vurdert det hadde problemstillingen et perspektiv som kan gjøre intervjuene saklige, men også personlige. Det å snakke om hvordan man opplever å samarbeide med en annen oppfølgingsinstans i kommunen kunne bli personlig. Dersom opplevelsene var av negativ art kunne informantene settes i en ubehagelig situasjon. Det er oss som gjennomfører studien som har ansvaret for informantene som er involvert i studien. Informantene må gi sitt samtykke til å være med, men ansvaret ligger hos oss (Kvale & Brinkmann, 2009; Malterud 2011).

Studien er meldt inn og godkjent hos Personvernet for forskning, Norsk samfunnsvitenskapelig datatjeneste (NSD: 33849) (Vedlegg 6) før rekrutteringen av informanter startet.



### 3.6.1 Informert samtykke

Ved rekruttering ble det gitt skriftlig informasjon om formålet med studien samt hvordan intervjuet ville foregå. Forskingsdeltakerne ble informert om undersøkelsens formål, hovedtrekkene i designen og eventuelle risikoer og fordeler ved å delta i forskningsprosjektet. Informantene ble gjort kjent med at vår studie var en del av et større forskningsprosjekt, hovedprosjektet, som denne studien er en del av. De ble informert om at det vil fremkomme at forskningen er gjort i Asker kommune, samt at intervjuet er gjort med informanter fra henholdsvis Psykososialt team og Seksjon rustiltak.

De ble informert om at deltakelsen er frivillig og at de når som helst kan trekke seg fra undersøkelsen uten å måtte gi en begrunnelse. Informantene gav skriftlig samtykke på bakgrunn av informasjonen som ble gitt. Samtykket ble innhentet før fokusgruppen startet (Kvale & Brinkmann, 2009).

### 3.6.2 Konfidensialitet og anonymitet

Studien var en del av aksjonsforskningsprosjekt som foregår ved Høgskolen i Buskerud og Vestfold (HBV). Et aksjonsforskningsprosjekt er en prosess som består av summen av *aksjon* og *forskning* (Malterud, 2011). Malterud (2011) beskriver at dette er en strategi der man arbeider for endring, mens man i tillegg anvender prosessen for å utvikle ny kunnskap. Forskningen skal lære av aksjonen og aksjonen skal lære av forskningen. Det at denne studien inngår i dette hovedprosjektet innebærer at Asker kommune var kjent som forskningssted og således ikke anonymisert. For å anonymisere deltakerne har vi i presentasjonen av funnene vurdert det som hensiktsmessig å endre uttrykksmåter og muntlig språk, samtidig som vi ivaretok meningen med det som ble sagt. Dette for å sikre informantenes anonymitet.

Personlige opplysninger om informantene ble kun innhentet for å si noe kort om bakgrunn. Man skal ikke kunne identifisere de som er intervjuet ved å lese oppgaven. Det er viktig å anerkjenne at respekten for informantenes privatliv er høy. Det er opplevelsen knyttet til tema vi er ute etter å innhente. Innen forskning er fortrolighet avhengig av at data som identifiserer informantene ikke avsløres (Kvale & Brinkmann, 2009).

Deltagerne er anonymisert i studien, derimot fremkommer det hvor informantene er ansatt. Dette innebærer at deres deltagelse til en viss grad er kjent for andre enn dem selv. Vi erkjenner at deltagerne kan føle ubehag ved at deres meninger om temaet for studien blir

synliggjort. Thornquist (2003) hevder at det å fremstille sin egen yrkesgruppe i et dårlig lys, er noe de færreste ønsker. Videre hevder hun at det å unnlate å stille seg kritisk til eget fag, er å frarøve faget, seg selv og kollegaer muligheter for utvikling.

Vi har i forskningsprosessen forholdt oss til en kommune hvor en av oss er ansatt og vurderer søknader og fattet vedtak som utføres av PST. Dette innebærer at de som intervjues har en relasjon til forskeren som får en dobbeltrolle i relasjonen til informantene. Vi var bevisst på at dette kunne påvirke forskningsresultatene. Det er to ulike virksomheter i kommunen, men den ene forskeren har vedtaksmyndighet i forhold til tjenestene Psykososialt team utfører, samt er ofte i dialog med Seksjon rustiltak. Det presiseres at forskeren ikke er utfører av tjenester til brukergruppen og ikke en del av den daglige samhandlingen i teamene.

Vi var bevisst at informantene møtte en forsker de har en arbeidsrelasjon til. Dette innebar at informantenes betraktninger i forhold til samarbeid i kommunen ville bli kjent for en forsker som har arbeidsplass i samme kommune. Vi la derfor sterk vekt på å informere om at de som hadde stilt til intervju ikke ville gjøres kjent av oss.

Forskerens uavhengighet kan påvirkes ved å ha tilknytning til deltagerne. Dette kan påvirke forskeren til å legge vekt på enkelte resultater og ignorere andre, på bekostning av en fullstendig og nøytral beskrivelse av fenomenene som mulig (Kvale & Brinkmann, 2009). Vi har vært dette særlig bevisst og har gjennom hele forskningsprosessen hatt fokus på dette. Vi valgte bevisst at den av oss som arbeidet i kommunen kun skulle styre ordet, da det var enklest for den som kunne navnene på informantene å holde oversikt over hvem som hadde bedt om ordet, og passe rekkefølgen. Den andre av oss som arbeider i en annen kommune, og som ikke har noe relasjon til noen av informantene skulle, dersom det var nødvendig, holde intervjuet innenfor rammen til intervjuguiden.

Forskningsmaterialet, båndopptak og nedskrevne ark ble kun håndtert av oss som gjennomførte forskningsprosjektet samt veileder som hadde tilgang til alt datamateriale i forhold til forskningsprosessen.

### 3.6.3 Ethiske refleksjoner over egen undersøkelse

Det vil kunne tilføre forskningen dybde at en av oss kjenner feltet godt. Den andre av oss er ansatt i en annen kommune, og jobber i hjemmesykepleien. Dette vil kunne gi oss både et

nært blikk, mens vi også vil ha distanse til å se større helheter av fenomenene. Det innebærer også en sårbarhet. I forskningsetisk litteratur er sårbare grupper ofte brukt om grupper av mennesker som delvis eller helt ikke er i stand til å ivareta sine egne interesser. Det kan likevel være slik at kollegaer eller samarbeidspartnere kan oppleve å bli såret. Det er for oss som forskere viktig å ha med oss at vi kan oppleve at det i fokusgruppeintervjuer kan komme kommentarer som oppleves som sårende. Da tjenestene i Asker kommune er delt organisatorisk kan vi som forskere oppleve at de har ulik opplevelse av samarbeidet mellom seksjonene, og det er viktig at vi ser sårbarheten i denne faktiske situasjon (Hummelvoll, Andvig & Lyberg, 2010). Vi var også bevisst på at vi kunne innhente data som kan være sårbart for seksjonene å se i etterkant. På bakgrunn av dette hadde vi spesielt stort fokus på ikke å tillegge informanter meninger de ikke hadde, eller sette utsagn i en kontekst de ikke var gitt.

I rollen som forskere var vår rolle i fokusgruppeintervjuet å vise alle informantene respekt, samt skape en trygg atmosfære. Vi var begge utrent i forhold til å intervju og hadde i forkant av intervjuet hatt stort fokus på at den av oss som var ansatt i samme kommune som informantene ikke skulle ta del i å stille spørsmål, eller komme med innspill i diskusjoner. Vi hadde som tidligere nevnt forberedt en intervjuguide. Det ble ikke nødvendig for noen av oss å si noe under gjennomføringen av intervjuet da informantene selv kom inn på de temaene vi ønsket svar på.

### 3.7 Metodiske refleksjoner

Man kan beskrive den samme virkeligheten ut fra mange perspektiver. Dette innebærer at forskernes perspektiver og posisjoner vil kunne ha innflytelse på hvilken kunnskap som blir presentert og hvordan problemstillingen belyses (Malterud, 2011). Vi er bevisst at vår studie representerer en av flere måter å se på opplevelsen av samarbeid. Lindseth og Nordberg (2004) mener det er forskerens oppgave å ikke forklare et bestemt tilfelle. Vår intensjon med studien er ikke å vurdere samarbeidet, men å søke å forstå informantenes opplevelser av fenomenet.

Det var viktig for oss å formidle til informantene at vi ønsket å lære av deres opplevelse. Vi sitter ikke på oppskriften i forhold til hva som er godt samarbeid. Vi må frigjøre oss fra våre egne tanker og åpent ta imot hva de deler med oss.

### 3.7.1 Studiens kvalitet

Malterud (2011) tar for seg begrepene relevans, validitet og refleksivitet. Relevans handler om hva kunnskapen kan brukes til. Validitet omhandler gyldighet og hva forskeren egentlig har funnet ut og refleksivitet handler om hvordan forskningsprosessen har preget funn og konklusjoner. Disse kriteriene skal hjelpe oss stille spørsmål om kunnskapens rekkevidde, begrensning og mening samt vurdere i hvilken grad det dreier seg om vitenskapelig forskning. Uavhengig av om forskningen er kvalitativ eller kvantitativ er dette krav som må vurderes og brukes i analysen av data.

### 3.7.2 Studiens relevans

Relevans handler om hvorvidt kunnskapen som bringes frem tilfører noe nytt, og om den kan brukes (Malterud, 2011). Vår studie omhandlet et tema som vi gjennom våre litteratursøk har funnet lite tidligere forskning på kommunalt nivå. Vi har ikke funnet tidligere forskning som omhandler samarbeidende praksiser om det å samarbeide rundt brukergruppen med ROP-lidelser innenfor den kommunale omsorgen.

Enkelte av våre funn, gjenspeilet derimot enkelte funn fra andre undersøkelser som omhandler samarbeid mellom nivåene i helsetjenesten. Eksempler på dette er våre funn i forhold til negative holdninger til den såkalte ”bestiller-utfører-modellen” innen New Public Management. Det fremkom funn i forhold til at informantene var kritiske til denne måten å organisere tjenestene sett opp mot den fleksibiliteten og umiddelbarheten ROP-brukere er i behov av å bli møtt med. Denne negative holdningen var også et funn i artikkelen til Elstad et al. (2013). Dette i forhold til at de ansatte som skulle jobbe direkte med brukerne ikke var en del av prosessen hvor det i utskrivelse ble vurdert hvilke hjelpetiltak som skulle iverksettes, og hvilke omfang denne hjelpen skulle ha.

Vår studie hadde også funn i forhold til at det er en opplevelse av at Psykososialt team og Seksjon rustiltak sitter med ulike fagkompetanse. Det viste seg imidlertid at kunnskap om annet fagfelt i stor grad ble innhentet fra spesialisthelsetjenesten. Funnene viste at det var ønske om flere arenaer for å utvikle en felles forståelse av hverandres faglige tilnærminger. Elstad et al. (2013) sin studie viste at det var behov for god kjennskap til hverandres kompetanse og hjelpetilbud for å samarbeide godt. I denne undersøkelsen ble det å hospitere hos hverandre, eller ha faste forum hvor de møttes, trukket frem som muligheter for en slik kompetanseoverføring.

Som vi har vist til tidligere i oppgaven, både i innledning og teorikapittelet, er det stort fokus på temaet samarbeid. Dette gjelder både samarbeid og samhandling som en utfordring for å skape gode pasientforløp generelt, men også spesielt rundt brukere med ROP-lidelser. Det lages stadig nye retningslinjer og anbefalinger for hvordan man skal få dette til på best mulig måte i praksis. Det var da relevant å forske på hvordan hverdagshjelperne opplevde det å samarbeide. Dette kan gi videre refleksjoner til de som er utførere av helsetjenesten, men også til ledere i kommunen som har ansvar for de økonomiske rammene og hva som bør prioriteres for å yte gode kostnadseffektive kommunale tjenester over hva som vil hemme og fremme samarbeidet.

### 3.7.3 Validitet

Validitet handler om i hvilken grad metoden er velegnet til å undersøke det den er ment å undersøke. Validitet hører ikke til en spesiell fase av undersøkelsen. Den gjennomsyrrer hele forskningsprosessen (Kvale & Brinkmann, 2009).

Validitet er en håndverksmessig kvalitet som kan vurderes i alle stadier av forskningsprosessen. Validering handler om at en studies gyldighet avhenger av i hvor stor grad studiens for forståelser er (Kvale & Brinkmann, 2009). Denne studien bygger på forskning som viser at det ikke er tatt nok hensyn til brukernes behov for koordinerte tjenester. Det å se på hvordan praksisfeltet beskriver dette samarbeidet vil kunne bidra med ny forståelse av temaet samarbeid.

Vi har tidligere i kapittelet beskrevet forskernes relasjon til feltet. Validitet handler om intervjupersonenes troverdighet og selve utførelsen av selve intervjuet. Ved å ha en fenomenologisk tilnærming til fokusgruppeintervjuet ble det kun stilt åpningsspørsmål i intervjuet. Vi mener det styrket studiens validitet at informantene selv førte samtalen i intervjuet og at ingen av forskerne kom med spørsmål utover åpningsspørsmålet. Vi har tidligere reflektert over om det at en av forskerne jobbet i samme kommune kan ha påvirket samtalen.

For å ivareta validiteten har vi i transkriberingsprosessen valgt å gjengi ord for ord det som ble sagt i intervjuet. Vi hørte gjennom intervjuet etter transkriberingen og gikk flere ganger tilbake og gjorde endringer for at teksten skulle stemme med det som ble sagt av deltagerne.

Ingen av oss hadde tidligere erfaring med gjennomføring av intervju i forskning. Vi hadde heller ingen erfaring med transkribering. I forkant av intervjuet hadde vi lest relevant litteratur om metoden, samtidig som vi gjennom forelesninger ved høyskolen og gjennom litteratur har tilegnet oss relevant kunnskap om transkribering.

Validering av analyseprosessen handler om hvorvidt spørsmålene som stilles til teksten er gyldig, og om fortolkningene er logiske (Kvale & Brinkmann, 2009). Vår tolkning av funnene er satt opp mot relevant litteratur. For å ivareta validiteten har vi har forsøkt å velge litteratur som belyser alle sider av funnene uten å lete etter bestemte funn i analysen. Vi har vært bevisst på å søke etter litteratur som lar funnene løftes frem, uten og på forhånd ha mening om hva drøftingen ville gi oss av svar.

#### 3.7.4 Refleksjoner over egen undersøkelse

Det å være to som samarbeider om å skrive om samarbeid har vist seg å være en interessant prosess. Vi har tidligere samarbeidet om oppgaver og tidligere erfaring har vist oss at det kan være hensiktsmessig å være to i en slik prosess.

Det å binde seg til et "samliv" som har vart i to år kunne være risikabelt. Det var viktig for oss begge at vi kunne ha tillit til at den andre ville stå i prosessen og at det felles målet ville være å fullføre løpet, sammen og uansett. Vi var i to ulike livsfaser hvor den ene av oss har mann og tre små barn, mens den andre bor alene. Dette bidro til at mye måtte planlegges for å sikre at vi fikk satt av nok tid sammen til å gjennomføre prosessen. Heldigvis var vi enig om å sette av helger hvor trebarnsmor kommer flyttende for hele helgen, og hvor masteroppgaven har fått fullt fokus.

Vi burde kanskje ikke innrømme hvor mye vi har kost oss, hvor god maten har vært og hvor godt samarbeidet har fungert. Det har selvfølgelig vært perioder hvor den ene må dra den andre og hvor motivasjonen har vært tung å dra frem. Det har ikke bare vært lekende lett å finne styrken til å gjennomføre en slik oppgave. Det har imidlertid vært svært interessant og skulle forske på samarbeidende praksiser, samtidig som vi var avhengig av å samarbeide med hverandre for å gjennomføre.

Vi har i vårt samarbeid kunnet bekrefte en del av den litteraturen vi har lest, samtidig som funnene i forhold til hva som kan være hemmende og fremmende faktorer i et samarbeid, både har blitt bekreftet og tydeliggjort på individnivå, basert på egenerfaring.

I fokusgruppeintervjuet startet vi samlingen med å servere en god lunsj. Dette opplevde vi skapte en god stemning som bidro til et godt møte. Vi kan bekrefte at god mat er et viktig element i samarbeidsmøter. Det er viktig å lage en god arena for at samarbeidet skal fungere optimalt og at man skal ha det hyggelig sammen. Vi hadde satt av to timer til intervjuet, hvor disse to timene inkluderte matservering. I intervjuet opplevde vi at informantene hadde god tid til å drøfte temaet. Samtalen fløt fritt uten at vi måtte stille spørsmål for å lede vei. I vårt arbeid med oppgaven har det vært viktig å sette av tilstrekkelig tid sammen for å komme inn i stoffet og jobbet med oppgaven på en måte som sikret at vi fulgte fremdriftsplanen. Tid nok er altså en viktig faktor for at samarbeid skal fungere. Nok tid og god innstilling har vært essensielt og vi har reflektert over at å samarbeide rundt et stort prosjekt som denne masteroppgaven, kan sammenlignes med å jobbe med ulike fagkompetanse mot et felles mål.

Vi gjennomførte kun ett fokusgruppeintervju. Vi ser at det ville styrket oppgavens validitet og ha gjennomført et oppfølgingsintervju. Rammene for oppgaven og tiden vi hadde til rådighet i forhold til å gjennomføre prosessen, bidro til at vi avgjorde at vi forholdt oss til dataene fra dette ene intervjuet. Det var ti informanter som møtte og at dialogen i intervjuet gav mye data i forhold til problemstillingen.

I denne studien er det ingen brukere av tjenestene inkludert som informanter. Det er hjelpeapparatet som uttaler seg om hvordan de opplever å samarbeide rundt disse brukerne. Dersom brukerperspektivet skulle ivaretas i egne intervjuer kreves dette etter vår vurdering en lengre forskningsprosess som, kunne ivaretatt brukerne både i forhold til sårbarhet, samt tillitsforhold til forskeren. Vi har imidlertid gitt plass til temaet som en del av implikasjoner for videre forskning i kapittel 5, hvor vi setter fokus på brukernes behov og ønsker i dette samarbeidet.

## 4.0 PRESENTASJON AV FUNN

Denne studien har handlet om hvilke opplevelser Seksjon rustiltak og Psykososialt team beskriver rundt det å samarbeide med hverandre om å utøve tjenester til mennesker med ROP-lidelser. I dette kapitlet vil vi presentere funnene slik de fremstår etter vi gjennom analyseprosessen har strukturert dem i meningsbærende enheter, som videre er kondensert og samlet i undertema og tema. Vi har disponert presentasjonen av funnene etter hovedtemaene vi har fant i analysen.

Våre forskningsspørsmål var følgende:

1. Hva opplever fagpersoner fremmer samarbeid mellom seksjonene, rundt brukere med rusmisbruksproblematikk og samtidig psykisk lidelse?
2. Hva opplever fagpersoner hemmer samarbeid mellom seksjonene, rundt brukere med rusmisbruksproblematikk og samtidig psykisk lidelse?

I temaene som sto frem som de mest relevante funn er det elementer av fremmende og hemmende under samme tema. Vi har derfor vurdert at funnene presenteres best i tema, fremfor å disponere funnene etter forskningsspørsmålene. Dette for på best mulig måte sikre at informantenes utsagn i denne delen av oppgaven fremstår mest mulig i den konteksten de er uttrykt, uten at vi har lagt til meninger de selv ikke har. Funnene er disponert i følgende fire tema: 1) Opplevelsen av usikkerhet rundt hvordan og hvorfor de skal samarbeide med hverandre. 2) Det oppleves at forvaltning og vedtak har innvirkning på samarbeidet. 3) Opplevelsen av at samarbeid er positivt når det fungerer. 4) Opplevelsen av at rutiner og organisering har betydning for samarbeidet.

Det vil i denne delen av oppgaven ikke diskuteres hvordan temaene påvirker hverandre i samarbeidsprosessen, dette vil vi gjøre i drøftingskapitlet.

### 4.1 Opplevelsen av usikkerhet rundt hvordan og hvorfor de skal samarbeide med hverandre

Informantene var opptatte av utfordringer i forhold til hvordan de skulle få til et godt samarbeid. Dette dreide seg om lite kjennskap til arbeidshverdagen til det andre teamet og en usikkerhet om hva det andre teamet utførte av arbeidsoppgaver. I tillegg handlet det om en



usikkerhet om når og av hvilken grunn de skulle samarbeide, for eksempel ved behov for fagkunnskap eller ressursmessige grunner. Funnene viste ulike opplevelser knyttet til samarbeidet på tvers av teamene.

#### 4.1.1 Opplevelsen av å samarbeide på tvers av teamene

Flere av informantene fortalte at de hadde opplevd lite samarbeid mellom seksjonene, til tross for at de så at det er behov for kompetanse fra begge felt. De uttrykte usikkerhet rundt hvorfor de opplevde det slik, da de mente at det burde ha vært et godt samarbeid rundt disse brukerne. En av informantene fortalte:

*Jeg må jo si at jeg synes at det er overraskende lite samarbeid generelt. Nå har jeg jobba her i to år og jeg trur det er to tre saker det har vært prat om... og stort sett i alle tilfeller så gjelder det er det jo både rus- og psykiatri.*

I tillegg til at de fortalte om lite samarbeid, var de opptatte av at de savnet et bedre samarbeid mellom tjenestene. Dette handlet om at de hadde hatt gode erfaringer med det. Som en av informantene sa: ”Ja, jeg samarbeider, nei jeg savner å samarbeide med Psykososialt team, for det gjorde jeg jo for noen år siden, og det synes jeg var veldig ålreit.” Det som fremsto i intervjuet som to team som samarbeidet lite med hverandre, hadde flere beskrivelser på at de hadde god opplevelse av samarbeid med andre instanser, spesielt gjaldt dette med spesialisthelsetjenesten. Begge teamene opplevde å ha godt samarbeid med andre utførere. En av informantene sa:

*Godt samarbeid det avler godt samarbeid, på en måte. Hvis man har noen erfaringer fra før så tar man kanskje kontakt igjen... Jeg har hatt noen dårlige erfaringer i forhold til at Psykososialt team trekker seg ut, og da tar jeg kanskje heller ikke kontakt med dem når det er behov for det. Og vi på teamet vi samarbeider da med spesialisthelsetjenesten. Så den kompetansen den rus, nei psykisk kompetansen, den får vi fra Psykiatrisk ungdomsteam i stedet for fra dere.*

Informantene fortalte at dette medførte at man innhentet kompetanse fra spesialisthelsetjenesten, fordi de hadde erfaringer med at der fungerte samarbeidet bedre. Gode erfaringer bidro da til at man henvendte seg på nytt ved ønske om nye samarbeid. Med dette var informantene opptatt av at det var lite samarbeid mellom teamene, men at de

samarbeidet tett med spesialisthelsetjenesten. De uttrykte at for å fremme samarbeid var man avhengig av gode erfaringer i forhold til dette. Man valgte å samarbeide med dem man allerede hadde et godt samarbeid med. En informant fortalte:

*Når det gjelder samarbeid, så tenker jeg bunnlinja her er at dere samarbeider jo ikke noe mer med oss enn det vi samarbeider med dere på en måte. Og at vi har jo et omfattende samarbeid andre steder. Så om det handler om kultur eller kjennskap eller... tror ikke det handler om samarbeidskultur, fordi vi har også kultur for å samarbeide... at vi kanskje er bedre kjent, sånn som dere er med Psykiatrisk ungdomsteam [spesialisthelsetjenesten] så er vi bedre kjent med andre instanser.*

Informantene opplevde å ha godt samarbeid med instanser i spesialisthelsetjenesten, og at de hadde kultur for å innhente kompetanse utenfor eget fagfelt hos spesialisthelsetjenesten i stedet for innad i kommunen. Med dette viste informantene at det å ha en kultur for samarbeid fremmet samarbeidet med de instanser man var vant til å samarbeide med. Informantene var opptatt av at de kunne samarbeide, da de alle hadde samarbeid med andre instanser i sin arbeidshverdag. Informantene fortalte at de ikke hadde mye kontakt på tvers av teamene. De var opptatte av at det var hemmende for samarbeidet at de hadde lite kjennskap til hverandre, og skulle ønsket mer samarbeid.

Det var flere informanter som snakket om at kommunen er i en omorganiseringsprosess. I den forbindelse vurderes det å organisere psykisk helse og rus under samme virksomhet. Da ble det fremhevet viktigheten av å ha en lav terskel mellom teamene, slik at de i fremtiden kan trekke konstruktive veksler på den ulike kompetansen de innehar. En av informantene sa:

*Jeg har ikke er ikke et på noen måte noen dårlig forhold til Psykososialt team. For man kunne jo tenkt at er dette to organisasjoner som på en måte har en tradisjon på at, at det knuffes litt eller at det er noen rivninger og det har jeg ikke, ikke i det hele tatt. Og på de samarbeidsmøtene vi har så treffer jeg koselige kollegaer i Psykososialt team som jeg egentlig har lite å gjøre med utover når vi er på de samarbeidsmøtene.*

Flere av informantene sa det var liten tradisjon for samarbeid mellom teamene nå. Samtidig sa noen av informantene at det var ingen negativ tradisjon heller. Informantene gav uttrykk for at mulighetene for videre samarbeid hadde godt potensial. Fremmende for videre samarbeid var

at begge teamene hadde god kompetanse på å samarbeide med andre instanser. De sa denne kompetansen måtte brukes nyttig i en videre omorganiseringsprosess for å skape nye samarbeidstradisjoner.

#### 4.1.2 Opplevelser av manglende rutiner for samarbeid

Informantene var opptatt av at det var lite rutiner for hvordan de skulle samarbeide med hverandre. Dette opplevdes som hemmende for samarbeid. En informant stilte spørsmål rundt videre oppfølging, manglende kommunikasjon og uavklarte ansvarsforhold når begge teamene hadde samtidig oppfølging av brukere. Informanten fortalte om en opplevelse at den ansatte i det andre teamet ikke dukket opp på et felles avtalt møte, og deretter gav beskjed om at hun nå trakk seg ut. Informanten beskrev opplevelsen av å bli stående alene midt i det som var en samarbeidsprosess. Denne hadde vart i over et halvt år. Informanten sa:

*...men hun jeg samarbeidet med da, hun hun hadde en episode med henne hvor hun ikke møtte opp og neste møte, fellesmøte vi hadde så eh, så bare sier hun hun fra Psykososialt team at nå var hennes gjerning over... jeg husker ikke akkurat hvordan ordene falt men hun bare trakk seg ut.*

Dette hadde resultert i en langvarig prosess i forhold til å trygge brukeren fordi hun hadde lurt på om det var henne det var noe galt med. Flere informanter bekreftet at de satt med samme opplevelse av at PST trakk seg ut uten at dette var avklart eller tydelig. Informantene sa at dette hemmet videre samarbeid, da slike opplevelser kunne medføre at man valgte ikke å ta initiativ til nye samarbeidsrelasjoner. En informant fortalte:

*Vi har ja noen eksempler på hvor ja klienter har hatt både Psykososialt team og Seksjon rustiltak inne hvor vi da, eller ja, Seksjon rustiltak i hvert fall, kanskje har opplevd at Psykososialt team trekker seg ut og at vi ikke klarer å få de med på møter og sånn, eh ja.*

Informantene var opptatt av at de hadde en opplevelse av at det kunne være vanskelig å få til et samarbeid når man prøvde å ta kontakt med det andre teamet. Opplevelsen av dårlig avklarte roller, at man gjorde mye av det samme uten å snakke sammen, var momenter flere informanter kom tilbake til under intervjuet. Informantene delte også historier om lite kommunikasjon mellom teamene. Et eksempel på dette var at man i stedet for å snakke

sammen kunne oppleve at den ene instansen avsluttet oppfølgingen, på grunn av manglende rutiner for kommunikasjon og ansvarsavklaring. En informant sa:

*Og det er sånn som du sier litt snodig greie her i kommunen. Eh... for mitt altså.. selv om jeg har hatt godt samarbeid med de sakene så har jeg også hatt noen dårlige erfaringer i forhold til at Psykososialt team trekker seg ut, og da tar jeg kanskje heller ikke kontakt med de når det er behov for det.*

En informant hadde klare tanker om når det burde være et samarbeid med Seksjon rustiltak og hvorfor de burde samarbeide. Informanten fortalte:

*I forhold til hvem man samarbeider med, så altså jeg, hvis jeg har en bruker inne som at jeg ikke tenker trenger noe mer enn den oppfølginga jeg gir så spiller det ikke noe rolle om han har et rusproblem i tillegg... da fortsetter jeg å følge opp (...) men det er at vedkommende trenger mer tid enn det jeg kan gi i løpet av uka, og det er samtidig rusproblem, da søker jeg ikke om mer tjenester i mitt team, da søker jeg om tjenester i Seksjon rustiltak. Så da tenker jeg at vi er to kommunale tjenester som skal dele på byrdene på tiden. (...) ja så de gangene jeg henvender meg til Seksjon rustiltak så er det fordi jeg tenker at vedkommende trenger mer kommunal tid og har et samtidig rusproblem, og det ikke er korrekt at all den tiden skal ligge på en avdeling som kanskje ikke er helt korrekt heller....*

I denne beskrivelsen ble behovet for samarbeid knyttet til behovet for økte kommunale ressurser og usikkerhet rundt hvem som burde følge opp. Det var i dette eksemplet ingen synspunkter som sa at informanten hadde behov for kompetanse fra SRT. Det var fordelingen av ressursene som var viktig. Informantene viste at det er ulike opplevelse av hvorfor og når man burde samarbeide om brukere med ROP-lidelser. Dette opplevde informantene som en hemmende faktor i forhold til å samarbeide med hverandre. De uttrykte at ulik forståelse av hvordan ressursene skulle brukes og utydelige og manglende rutiner for hvordan de skulle benytte hverandres fagkunnskap hemmet samarbeidet.

#### 4.2 Det oppleves at forvaltning og vedtak har innvirkning på samarbeidet

Dette funnet handlet om at det var forskjellige tanker om det å jobbe etter vedtak.

Informantene problematiserte søkeprosessen i stor grad og beskrev at denne prosessen opplevdes som hemmende i forhold til å starte et eventuelt samarbeid. Flere fortalte at de har opplevd at saksbehandlingen tok for lang tid og at det var vanskelig å få brukerne med på å søke. Det at brukerne må snakke med flere instanser før de kan få hjelp ble også beskrevet som vanskelig for brukerne. Flere informanter beskrev at kommunens organisering på den måten hemmet mulighetene for samarbeid. Veien mellom teamene opplevdes lang, spesielt til PST. Brukerne må innom en tredje offentlig instans ved Vedtakskontoret for å forklare hva de trengte hjelp til og hvorfor. Samtidig som flere informanter så behov for at tjenestene ble vurdert for å sikre at de ble rettferdig fordelt. Det ble beskrevet at det kunne være fremmende for samarbeidet dersom vedtak var fattet og begge tjenester var i gang. Da kunne man få direkte kontakt med rett person å samarbeide med. En informant fortalte:

*Jeg tenker at samarbeid er ganske personavhengig eh og jeg har bra samarbeid for eksempel jeg har en nå som Psykososialt team hadde jobbet med en stund også dro meg inn. I forhold til rus. Og da møter jeg personen den ene uka og så møter Psykososialt team personen andre uka, og så en sjelden gang har vi samarbeidsmøter treffes sammen og det er veldig positivt og det føles som om han får fifti- fifti fra begge sånn sett fra hans ståsted.*

En informant fortalte om to eller tre saker det hadde vært spørsmål om å koble inn PST, men sa det var vanskelig å si hvorfor brukerne bare hadde tjenester fra SRT. I denne forbindelse ble det påpekt at det kunne være fordi informanten ikke hadde fått brukere til å søke oppfølging fra Psykososialt team. Informanten var da opptatt av at brukerens funksjonsnivå tilsa at brukeren ikke ønsket å gå gjennom en søkeprosess og at dette opplevdes å hemme muligheten for samarbeid. Informanten sa:

*Jeg tenker litt i forhold til det med vedtak. Nå vet jeg ikke om dette går på samarbeid (...) men i forhold til de gruppene vi jobber med så på en måte iblant, så er jo de gruppene vi jobber med veldig like, og iblant så er de veldig ulike. Men vi tenker at hvis vi ser på vår gruppe som helhet, så ville vi tenke at mange av våre ville ikke hatt oppfølging fra oss (...) hvis vi skulle vente på et vedtak, som da skal opp til*

*Vedtakskontoret (...) så tenker jeg at det er veldig mange hos oss som ikke ville fått hjelp.*

En annen informant sa at Seksjon rustiltak burde fremstå som et lavterskeltilbud og at brukere må få rask hjelp. Informanten hadde erfaring med at veien til PST var lang ettersom det måtte søkes om tjenesten. Videre måtte søknaden saksbehandles på Vedtakskontoret før et eventuelt samarbeid. Den prosessen var vanskelig å få ungdommene med på da relasjonen med SRT allerede var etablert. Det opplevdes da som enklest å ta saken selv. En informant sa:

*Jeg tenker (...) noe av begrunnelsen kanskje er at vi tenker i hvert fall i forhold til unge at det skal være litt sånn lavterskel og kjapt inn eh og PUT [Psykiatrisk ungdomsteam] også tenker lavterskel kjapt inn også opplever jeg at Psykososialt team må det skal søkes om eh en tjeneste og så skal det komme et vedtak. Og den prosessen der får ikke vi ungdommene med på, det det og da har vi allerede starta en relasjon og så glipper det og da tenker vi da får vi ta det selv.*

Det var flere informanter som hadde en opplevelse av at det var lang saksbehandlingstid i forhold til søknader om tjenester fra Psykososialt team. Veien til vedtak og kontaktperson i PST kunne være tidkrevende. Flere så behov for en annen måte å organisere veien inn til tjenesten på. Dette begrunnet de med at brukergruppen trenger raskere hjelp enn de får. En informant sa:

*...så da jeg tenker jeg er jo veldig redd for vedtak, for jeg tenker i forhold til vår gruppe så må man jobbe litt akutt- faktisk. Det... vi har ikke akuttfunksjon, men men det har sannelig ikke PRA [Poliklinikk for rus- og avhengighet] heller for å si de mildt heheheh (latter) eller motsatt. Men jeg tenker vi må være litt akutt for å kunne hjelpe, for å kunne bygge den relasjonen, for at de skal få den hjelpen de trenger da, tenker jeg. Og da tenker jeg vedtak er svært ugunstig, hvis man skal bruke et sterkt ord som svært.*

En annen informant var også enig i dette. Informanten hadde erfaring med at det er lite fleksibelt med søknad og vedtak på tjenesten. Informanten fortalte at det er mange som ikke hadde fått hjelp om ikke Seksjon rustiltak hadde vært der i det øyeblikket brukeren ønsket å ta imot hjelp: *"Vi må plutselig komme dit, snakke med dem, være... når de er der, så må vi hive*

oss rundt og prøve å motivere... ” Informanten uttrykte at for mennesker med ROP-lidelser med den dårlige fungeringsevnen de hadde i forhold til møte med offentlige instanser, så var det å få de til å sende en søknad, svare på telefon fra eller motta møteinnkalling til samtale om søknaden, noe denne brukergruppen ofte ikke var i stand til. Organiseringen av kommunens tjenester opplevdes dermed som hemmende for tjenesteutøvelsen. Enkeltvedtak sto til hinder for fleksibiliteten de mente var nødvendig i møte med brukergruppen. For at brukere skulle få oppfølging fra Psykososialt team måtte dette søkes om. Dette innebar at Vedtakskontoret måtte vurdere søknaden og ha samtale med søker. Måten brukere måtte henvende seg, ved å måtte søke å snakke med flere instanser, hevet terskelen og kunne synes skremmende for en sårbar brukergruppe. Flere av informantene sa at dersom man ikke fikk brukerne til å søke om tjenester, kunne man heller ikke samarbeide med Psykososialt team.

En annen informant hadde innspill som også omhandlet dette med vedtak, fleksibilitet og muligheten til å komme raskt i gang med hjelpen. Da det for noen år tilbake ikke ble fattet vedtak om tjenester i Psykososialt team, var det ingen ventetid. De kunne da gå inn med flere personer og gi mye hjelp på kort tid i en akutt fase. Da opplevde man at man gjorde en forskjell. De kunne da iverksette tjenester uten vedtak. Det opplevdes at etter tjenestene nå skulle vurderes av en saksbehandler og fattes vedtak om, så var akutfunksjonen borte. Det var andre instanser som hadde dette ansvaret. Informanten sa: *”Jeg har ikke noen akutfunksjon, så (...) det er det andre etater i helseforetaket som skal gjøre. Det er noe fleksibilitet som er borte med vedtak, men samtidig så er det kanalisert et annet sted.”* Redselen for at brukere kunne risikere og ikke få hjelp når byråkratiet var vanskelig og hemmende var en gjentakende faktor som kom opp i fokusgruppesamtalen.

En informant i SRT sa at det ikke var vedtakene informanten fryktet, men det at andre instanser skulle inn å vurdere hvilken oppfølging som skulle gis. Flere uttrykte at de hadde opplevd lang ventetid for å få tjenester i saker hvor de hadde hjulpet brukere med å søke oppfølging fra Psykososialt team. Dette førte til at man da mistet den umiddelbarheten ROP-brukergruppen var i behov av i forhold til å motta tjenester når de var motivert.

#### 4.2.1 Opplevelsen av at kravet om vedtak påvirker samarbeidet

En informant var opptatt av at målgruppen for tjenester fra PST var stor. Den skulle favne alle med psykiske plager i kommunen. Informanten så viktigheten av å være mer fleksible, men man så da et problem i forhold til mengden av mennesker som skulle motta tjenester sett i

forhold til det å kunne levere gode tjenester. I tillegg ble det sagt at det var flere brukere som fyller vilkår for oppfølging av psykisk helse enn brukere med rusproblematikk i behov av oppfølging. Informanten fortalte:

*Vi har ikke noen kriterier for inntak, annet enn at altså, psykisk helsebehov. Sånn at det er jo kjempebredt, det er jo det er hele kommunen kan man komme inn til psykisk helse, få vedtak, nær sagt... og det gjør jo at og hvis vi på en måte ikke gjør en god jobb med de folka så gjør da vil det jo tilslutt bli rykteflom på at det ikke er vits å komme til Psykososialt team fordi det ikke er hjelp å få.. Vi må jo også følge opp disse brukerne på en ålreit måte for at det skal være brukere som kommer.. (...) det vedtaket det.. kunne også på en måte også vært tatt helt vekk, og så kunne vi ha jobba med akkurat de samme menneskene og fulgt opp over tid, sånn som dere, men da da ser jeg et problem med mengden mennesker i forhold til å gjøre en god jobb. Da hadde det blitt veldig mange tror jeg.*

Det ble påpekt at PST hadde en stor målgruppe og at de var opptatt av å gjøre en god jobb rundt de brukerne de fulgte opp. Dersom de med psykiske plager, som hadde oppfølging fra Psykososialt team, ikke opplevde å få gode tjenester, ville ingen søke tjenester der. Det ble problematisert at det var lett å fylle vilkår for å få vedtak. Informantene sa at det var behov for en vurdering av hvem som skulle få vedtak, og at dette ble vurdert ut fra hvem som fylte vilkår og hva de trengte hjelp til. Flere av informantene sa at de opplevde at vedtak kunne være et hinder for samarbeid, samtidig som flere mente at det var behov for en regulering av tjenestene.

En informant fra SRT stilte seg undrende til hva denne forskjellen i måten å organisere tjenesten ved å jobbe etter vedtak innebar. Informanten sa: ”Det syns jo også verdt å kanskje fokusere mer på perspektivet å få til hva innebærer det denne forskjellen at dere jobber etter vedtak og vi ikke (...) for det merker jeg for meg gjør en forskjell...” Dette var noe flere rundt bordet samtykket til at var et viktig innspill. Informantene uttrykte at de var opptatt av hvilken innvirkning dette hadde på mulighetene for samarbeid at tjenestene var ulikt regulert. En informant sa:

*...for det er jo ganske interessant (...) hvis det blir en hemske at vi har vedtak og ikke dere, så tenker jeg det er jo virkelig noe å diskutere. For det skal jo ikke være en*



*hemske å måtte ha et vedtak. Hvis det er tidsaspektet som hindrer det, så er jo det en greie. Hvis det er andre ting så tenker jeg det er viktig å løfte opp altså. For vedtak skal jo være en fordel for bruker.*

Informantene var opptatt av at tiden det tok å søke tjenester var en hemmende faktor i forhold til å få til et samarbeid rundt en bruker som trengte raskt hjelp. De undret seg samtidig over om det var andre aspekter ved vedtaksregulerte tjenester som hadde innvirkning på samarbeid. De var opptatt av at vedtak skulle fattes for å sikre at brukerne fikk den hjelpen de hadde krav på. Det ble også beskrevet at det er en forskjell på fleksibiliteten i forhold til når det skulle søkes om tjenester og når tjenester fra PST allerede var i gang. En informant fra PST fortalte at det opplevdes som om man hadde stor innvirkning på hvor ofte og hvilken hjelp som skulle gis til brukere man fulgte opp. Informanten fortalte:

*Jeg har aldri hatt noe sånn supermotstand mot vedtak, men jeg tror jo da kanskje det problematiseres mer enn det faktisk er da... å jobbe etter vedtak. Vi har det jo ganske fleksibelt vi også. Vi kan følge opp brukere hver tredje måned hvis det er det det er snakk om, eller hvis det er det som er behovet. (...) Det er jo ikke sånn at folk bare blir kasta ut av tjenesten for at vi skal kaste dem ut.*

Fra SRT kom det innspill på at vedtak ikke nødvendigvis var til hinder for samarbeid når samarbeidet først var i gang. Det ble imidlertid spesifisert at vedtak ble opplevd som hinder på veien til samarbeid. En informant sa:

*Det er jo ikke Psykososialt team jeg tar og ringer til og tar en kort prat med. "Er dette en bruker som det er nyttig at vi samarbeider om?" Det er et søknadsskjema og det er et vedtakskontor, og så blir det kobla på en person. Sånn at jeg tror det er den veien der som jeg kunne tenke meg at blei tatt litt opp i systemet og kanskje vi kunne funnet noen løsninger på å få gjort noe smidigere på en måte.*

Informantene fortalte at de opplevde fra ledelsen i psykisk helse fokus på å avslutte brukere. Dette for eksempel når målene med oppfølgingen i forhold til en bruker med depresjon var nådd, og brukeren var i bedring. En informant fortalte:

*...men vi har et et press på at folk ikke skal bli i åresvis eller altså disse kronikerne, ikke sant? Selvfølgelig skal vi jobbe med de som har en kronisk lidelse, men alle disse depresjon angst altså ikke sant? (...) jeg sier ikke at man bare skal si hadet, nå er det bra, vi tar selvfølgelig vare på folk så lenge man ser at det er faglig er greit, men jeg tror også at man kanskje raskere tenker avslut... eller vi får også beskjed om det at vi skal raskere tenke avslutning. Det tenker jeg også har litt med brukergruppa og gjøre også. (...) Når man har en depresjon så får man hjelp for den, så skal du da kunne klare deg videre.*

SRT sa at dette ikke var fokus for dem. En informant sa: ”Trenger de oss, så trenger de oss.” De fortalte om at man heller signaliserte at man trakk seg litt tilbake og gav brukerne anledning til å se hvordan livet fungerte uten oppfølging. Dette kunne gjøres uten å ha fokus på at man skulle skrive dem ut av tjenesten. Det å kunne ha fokus på selvstendighet, uten at man formelt skal ha press på seg til å skrive folk ut, ble beskrevet som en viktig forskjell.

Informanter fra PST stilte spørsmål vedrørende om det kunne være lettere å vite når behovet for oppfølging var over når det kom til brukere med rusproblematikk. Kunne det være slik at det var enklere å vite når brukerne var rusfrie, enn når de var fri for symptomer på angst og depresjon? Informanter fra SRT sa de opplevde at det er stor forskjell på rusfrihet og fri for russet. Brukere kunne ha oppfølging i flere år etter rusfrihet, men hadde da gjerne lenger intervaller mellom samtalene. En informant fortalte:

*Jeg følger opp en som ikke har rusa seg på fire år, men hvis en person har rusa seg i tjue år, så trenger man veldig lang tid. Man har rustanker igjennom lang tid etter at man har slutta (...) og det er der jeg tenker med skrekk og gru på vedtak på, ok, du trenger ikke en gang i uka, du trenger ikke en gang i måneden heller, ja da trenger du kanskje ikke oss? Men jeg tenker jo kanskje du trenger oss, men du trenger oss kanskje annenhver måned etter hvert da. (...) Vi har oppfølging med folk som ikke har rusa seg på mange år, og de som er i akutt rus. Det er liksom hele spekteret. Det er der vi jobber.*

Det ble også beskrevet at ansatte i SRT var opptatt av å være fleksible på å kunne gjenoppta kontakt med brukere som hadde hatt et langt opphold i oppfølgingen. Det var de som kjente

historien til bruker. De ville unngå at brukerne måtte fortelle hele historien sin på nytt for å så måtte få vurdert om de fylte vilkår for tjenester av en annen ansatt. En informant fortalte:

*Jeg ser klienter som har klart seg i flere år, og som bare kanskje trenger en liten peptalk, et eller annet, ikke vært klient på lenge. Slipper å fortelle hele historien om igjen altså, jeg kjenner historien, så kan vi få til ting med enkle midler, fremfor at hun skal eller han skal møte en ny saksbehandler og så begynne å fortelle hele historien og nå har jeg klart meg i så og så år, ikke sant?*

#### 4.3 Opplevelsen av at samarbeid er positivt når det fungerer

Dette funnet handlet om at begge teamene hadde erfaringer med at når de var i et samarbeid, som var godt utviklet og fungerte godt, bidro dette til en bedre oppfølging av brukerne. I tillegg handlet funnet om at det å dele på ansvaret ved å samarbeide, føltes godt for de ansatte.

Informantene sa at det også var eksempler på godt samarbeid og avklarte ansvarsforhold i arbeidet rundt brukere med ROP-lidelser. I enkeltsaker hadde teamene drøftet saker med hverandre slik at det hadde vært klare forventninger til at man er sammen om oppfølgingen og tydelig avklart i forhold til hvem som skulle gjøre hva.

Opplevelsen av det å være to, dele ansvaret, benytte ulik kompetanse og lære av hverandre hadde føltes godt. Når samarbeidet fungerte hadde dette bidratt til at oppfølgingen av brukere ble bedre. Flere av informantene hadde erfaringer rundt dette, både i samarbeid med det andre teamet samt innad i teamene. Det å være to opplevdes som godt. En informant fortalte:

*...iblant så blir jeg stående med en person og det er tungt og man står aleine. Vi (...) har pårørendesamtaler. Vi er alltid to, og bare det å være to, og få tid til å tenke og høre han sier noe jaaa.. Altså hvis man da, man gjør jo de samme tingene og snakker på samme måte, men man har liksom ulik kompetanse og altså om det er kognitivt eller om det altså, og bare høre hvordan en annen snakker til den personen og få noen nye ideer og og det kan gjøre det jeg gjør, vi sammen gjør med personen helt annerledes. Det kan gjøre den forskjellen (leende)som gjør en forskjell! Så, så jeg tenker jo at samarbeid at det skulle være nyttig og iblant være mer sammen og så*

*jobbe hver for oss eller.. ja. Samarbeid da, så jeg tenker jo det, man kan lære mer, kan få det til mye bedre, tenker jeg.*

Flere beskrev at det fantes mange eksempler der samarbeidet hadde fungert godt. Det ble imidlertid påpekt at dette var personavhengig og avhengig av tydelighet i forhold til hvem som gjorde hva. Flere brukere hadde oppfølging av både PST, SRT og i tillegg mottok boligoppfølging fra en annen del av SRT hvor dette fungerte godt. I de tilfeller hvor dette fungerte hadde forholdet vært preget av avklarte ansvarsforhold og god kommunikasjon. Det opplevdes at dette var positivt for bruker.

Informantene sa det var flere gode grunner til at det å samarbeide og å stå sammen i oppfølgingen av brukere var positivt og således fremmet samarbeidet. Det å samarbeide måtte ha en hensikt. Dette kunne være å ivareta sin egen helse ved at man ikke sto alene rundt brukere med dårlig fungeringsevne og behov for mye oppfølging. I tillegg ble det å ha oppfølging fra to team og således dele på bruken av ressursene, trukket frem. En informant sa: *"Det er viktig å ha den bevisstheten å tenke samarbeid. Vil det, vil det tilføre bruker noe ekstra, at vi gir ekstra ressurser?"* Hva som var det beste for brukeren og om det ville være en fordel for dem at de mottok tjenester fra to kommunale instanser var noe som ble tatt opp som tema. Informantene sa også at det var viktig at man gjorde en vurdering på om det var behandling brukeren trengte, eller om det var oppfølging i hverdagen. Dersom det var oppfølging i hverdagen lå dette innenfor hva det opplevdes kommunen burde håndtere ved å gi tjenester fra SRT og PST. I slike situasjoner burde man kunne bruke hverandre og samarbeide om dette fremfor å be om assistanse fra spesialisthelsetjenesten. En informant sa:

*Jeg tenker at det er veldig trist at en søker kontakt til spesialisthelsetjenesten hvis det kan løses på kommunalt nivå. Det må jo være en bevissthet i forhold til hvem som skal løse det sånn, som de sier, er det behandling eller er det hverdagen det handler om?*

Noen ganger ble det opplevd vanskelig å vite om det var behandling eller ikke, brukeren var i behov av. Det ble beskrevet at ansatte i SRT opplevde at de har hatt mye godt samarbeid med enkelte instanser innenfor spesialisthelsetjenesten. En informant fortalte:

*Når psykiatrisk ungdomsteam fra DPS er inne så bretter de opp armene, og så samarbeider de veldig tett med oss. (...) Vi har mye samarbeid med dem. (...) Jeg*

*tenker at mye samarbeid avler mer samarbeid, så det er nærmest en litt sånn kultur og tradisjon på det.*

Det å vite at de hadde kontaktpersoner med kompetanse på psykisk helse som var fleksible på å komme raskt på banen ved behov, var en samarbeidsform som opplevdes som trygg og god. Det kom også frem at det til nå ikke hadde vært tradisjon på å benytte tjenestene fra Psykososialt team til dette. Dersom det hadde vært kultur og tradisjon på å samarbeide mer på kommunalt nivå, mente begge teamene at de kunne benyttet hverandres kompetanse i mye større grad.

#### 4.4 Opplevelsen av at rutiner og organisering har betydning for samarbeidet.

Dette funnet handlet om at dersom rutiner og organisering la til rette for samarbeid ville dette ha fremmet samarbeid, og teamene ville arbeidet tettere sammen. Fremmende for samarbeidet ville det også være om de kjente hverandre bedre. Det at det var lite tilrettelagt fra ledelsen, og mye opp til hver enkelt ansatt å initiere samarbeid, opplevdes som hemmende. Det ble da mye opp til tilfeldigheter om man startet et samarbeid. I tillegg stod informantene selv for å sette av tid til dette innenfor rammene av den tiden de skulle utføre alle sine arbeidsoppgaver.

Flere informanter fremhevet at samarbeidet mellom tjenestene opplevdes som preget av tilfeldigheter og flere ønsket å bli bedre kjent med hverandre for å øke mulighetene for samarbeid.

*Jeg tror det å bli enda mere kjent er det som skal til, i all fall for min del, for enda mer samarbeid. Sånn det er nå opplever jeg at samarbeid er kanskje litt tilfeldig i hvilke saker det skjer, om jeg, ja møter deg i parkeringshuset omtrent da, så det kan være avgjørende oi, ja vi kan jo samarbeide. Og det syns jeg nesten er litt skremmende. At det er tilfeldigheter som gjør om det blir samarbeid i klientsaker og at det ikke er noen rutiner som er med og styrer det...*

Informantene fortalte at det var få tilrettelagte samarbeidsarenaer. Det ble også vist til at teamene hadde kontorer i hver sin bygning og at man derfor ikke traff hverandre i hverdagen. For å oppnå kontakt måtte man derfor ringe og det kunne være vanskelig å få kontakt på telefon, ettersom de var mye ute hos brukere. Det ville forenklet samarbeidet om man møttes

oftere. Tidligere var Psykososialt team lokalisert et annet sted i kommunen. Det var da slik at de ikke fulgte opp brukere med rusproblematikk. Etter at de flyttet til lokaler nær Seksjon rustiltak, opplevde de at dette endret seg. En informant sa:

*Ja, det er lokalitet altså, (...) før så hadde vi mye mindre kontakt, men da var det mye klarere skilt opp. Vi jobba ikke med folk med rusproblemer.. basta, sånn var opplevelsen min når jeg begynte i teamet og det har endra seg veldig etter at vi flyttet hit.*

I forhold til brukere med ROP-lidelser var det en annen instans som i tillegg til Psykososialt team og Seksjon rustiltak hadde ansvar for ambulant oppfølging. Dette er en enhet innenfor Barne- og familieenheten i Asker kommune som har definert ansvar for å følge opp brukere mellom 18- 23 år. Denne oppfølgingen var tidligere en del av et ungdomsteam i Psykososialt team som hadde et tett samarbeid med Seksjon rustiltak. Informantene fortalte at det da var jevnlig møter mellom teamene angående de unge med ROP-lidelser. Disse møtene eksisterte ikke lenger og det ble uttrykt bekymring rundt om disse brukerne fikk hjelp fra psykisk helse i kommunen nå. En informant sa:

*Tidligere når Psykososialt team hadde ungdomsgruppe så hadde jo masse samarbeid med SRT (...) Vi hadde et lavterskel team, hvor vi møttes jevnlig uten brukere og så fulgte vi da opp brukerne på forskjellig vis, mellom våre treffpunkter. Da var det veldig mye, så håper jeg jo da at BFE [Barne- og familieenheten] har overtatt litt av den biten der, men ellers så, etter at jeg, vi, slutta med det, ha ungdomsgruppe, så har jeg hatt mye mindre samarbeid, som jeg også syns er litt snodig jeg også.*

Mangel på kommunikasjonskanaler var også et tema som dukket opp. Teamene dokumenterte i ulike journalsystem, og for å kommunisere skriftlig måtte dette foregå på e-post. Dette opplevdes som problematisk i forhold til taushetsplikten. Det uttryktes derfor vanskelig å finne møtetidspunkt for fysiske møter. I forhold til dokumentasjonssystem var det noe uenighet om det å skrive journal i samme system ville bedret samarbeidet. Felles journalsystem kunne løst noe rundt kommunikasjon, men det var usikkerhet i forhold til om dette ville vært avgjørende. En informant fortalte:

*Kommunikasjonskanaler (...) er en utfordring. Det å møtes på en måte, finne møtetidspunkter for fysiske møter. Men da å få snakket sammen og da kan korte beskjeder (...) vi har liksom valgt den ene vi samarbeider om da, så har vi valgt å bruke mail.. nei, det er det ikke noe opplysninger om bruker da, (...) jeg passer på at det ikke er noen personopplysninger og det går på sånn "avlyste i dag" sånne beskjeder liksom.. og vi vet hvem det er snakk om da så vi treger ikke opplyse noe, det har vært en effektiv måte å gjøre det på, men ehm ikke godt. For vi har ikke felles journalsystem og det er og en ulempe tenker jeg at vi ikke har tilgang på felles journal.*

Informanter fra SRT fremhevet i denne forbindelse at de samarbeidet godt med spesialisthelsetjenesten til tross for at de ikke delte journal. SRT delte journalsystem med NAV og hadde opplevd at de hadde lest journalnotat dokumentert av SRT. Dette syntes de var problematisk. En informant sa:

*Sånn i forhold til felles datasystem så er jeg litt skeptisk egentlig for det vi har felles datasystem med NAV sosial, og iblant så opplever jeg at folk går inn og leser det (...) Jeg tenker at man skal være litt forsiktige med den taushetsplikten og ja, så jeg er litt, hvis man skulle hatt det så skulle man hatt veldig klare... det er ikke alt vi skal vite, selv om det er nyttig for oss å vite, så er det ikke alt vi skal vite...*

I forhold til dokumentasjon og taushetsplikt, var det flere av informantene som sa at dette var vanskelig å snakke om. Informanter fra Seksjon rustiltak problematiserte også dette at de har flere saker hvor klienter ikke ønsket at Psykososialt team skulle bli informert om at de mottok tjenester fra SRT. I tillegg ble det fortalt at det var eksempler på at brukere kunne motta tjenester fra begge teamene uten at de som fulgte dem opp visste om hverandre. Samtidig fantes det tilfeller der brukeren ikke ønsket at de skulle snakke sammen. Det var opp til bruker å bestemme hvem som skulle vite hva.

Flere av informantene ønsket økt tilrettelegging for samarbeidet fra ledelsen. Det ble påpekt at dersom samarbeidet hadde vært mer systematisert fra ledelsen ville dette vært enklere. En informant fortalte:

*Jeg tror kanskje ikke at vedtak som gjør at vi ikke kan samarbeide. Jeg tenker vi kan samarbeide. Jeg tror og vi jobber veldig mye likt. Jeg tror ledelsen nekter oss ikke samarbeid, men jeg tenker kanskje de kan lage flere arenaer som det er lettere å gjøre det. Eh, for i en hverdag er det så hektisk at det er litt vanskelig innimellom syns jeg og stoppe opp og tenke det er mange man skal samarbeide med da også, blir ikke nekta det men at det er kanskje noen andre som må, over meg som må tilrettelegge enda mer for det, finne arenaer og si noe om det.*

Avslutningsvis sa flere av informantene at det opplevdes som nyttig å møtes. De fortalte at det ble organisert samarbeidsmøter hvert halvår, men at dette var for sjeldent til at det kunne fremme samarbeid. I disse samarbeidsmøtene tok det lang tid å komme inn på de sakene man burde snakket om. En informant sa: ”...men da må vi møtes, oftere enn hvert halvår. Da blir det på en måte litt sånn kleint i begynnelsen det også, ofte.” Informantene sa at det var ønskelig med mer samarbeid, men dette ville kreve at man møtte hverandre regelmessig for å bidra til at man ble bedre kjent og på den måten kunne samarbeidet bedre.

#### 4.5 Oppsummering av funn

I dette kapittelet er det presentert fire hovedfunn. Disse funnene har vist at de ansatte fra begge teamene opplevde å være usikre på hvordan de skulle få til å samarbeide med hverandre. Det var også knyttet usikkerhet til hvorfor de skulle samarbeide med hverandre da flere opplevde å få kunnskap fra annet fagfelt fra spesialisthelsetjenesten. Kommunens måte å forvalte tjenestene på hadde innvirkning på opplevelsen av samarbeidet. Denne organiseringen innebar at for å søke om tjenester fra Psykososialt team eller Seksjon rustiltak måtte brukerne henvende seg til to ulike kontorer. I tillegg viste funnene at det å få brukere gjennom prosessen, med å søke og å måtte forholde seg til en annen instans som skulle fatte vedtak om oppfølging, hindret veien til samarbeid. Funnene viste at informantene opplevde at samarbeid var positivt når det fungerte, og begge teamene hadde flere samarbeid med andre tjenester som de opplevde fungerte godt. Informantene fortalte imidlertid at det var lite samarbeid mellom teamene generelt. For å få til et bedre samarbeid var det viktig at rutiner og organisering la til rette for dette.



## 5.0 DISKUSJON OG IMPLIKASJONER

Denne studien har handlet om ansatte i to kommunale oppfølgingsteam innen psykisk helse- og rustjenester sine opplevelser med å samarbeide om tjenester til mennesker med ROP-lidelser. I dette kapittelet vil vi trekke frem to forhold som vi opplever har stor betydning for hemmende og fremmende faktorer som påvirker samarbeidet basert på funnene fra vår studie. Det første temaet handler om betydningen av et godt samarbeid for to kommunale oppfølgingsteam med samtidig ansvar for oppfølging av ROP-brukere. Dette sett i lys av nasjonale føringer i forhold til samarbeidsteori og kommunikasjon. Det andre temaet vi vil drøfte er betydningen av samarbeid rundt oppfølgingen av ROP-brukere i rammen av det lovverket, og føringene som ligger til grunn for store deler av den helse- og omsorgstjenesten. Seksjon rustiltak og Psykososialt team er en del av.

### 5.1 Betydningen av godt samarbeid i tjenestene som møter mennesker med ROP-lidelser

Det er i nasjonale føringer og retningslinjer påpekt at det bør være gode rutiner for hvordan samhandling skal foregå (Helsedirektoratet, 2012; Helse- og omsorgsdepartementet, 2009). Dette bør forankres i kommunens planverk som bør vise hvordan oppfølgingen av ROP-brukerne skal gjennomføres. Det står i ROP-retningslinjen at disse rutinene bør beskrive ulike enheters arbeidsoppgaver, samt hvordan samarbeidet skal etableres mellom enhetene når det gjelder oppgavefordeling og tiltak. Samhandlingen skal fremkomme i brukerens individuelle plan (Helsedirektoratet, 2012). Kommunen har ansvar for at mennesker med ROP-lidelser mottar behandling og oppfølging på samme linje som andre innbyggere med hjelpebehov (helse- og omsorgstjenesteloven, 2012).

Helse- og omsorgstjenestene har de siste tiårene vært gjennom store strukturelle endringer. Gjennom opptrappingsplanene for psykisk helse og rus fulgte det økonomiske bevilgninger i forhold til å omorganisere oppfølgingstilbudet i kommunene (Sosialdepartementet, 2003; Sosial- og helsedepartementet, 1998). Videre nasjonalpolitiske føringer er forankret i Samhandlingsreformen (Helse- og omsorgsdepartementet, 2009) som påpeker at hovedutfordringene i fremtidens helse- og omsorgstjenester er knyttet både til et samfunnsøkonomisk- og et pasientperspektiv. Vurdert i forhold til begge disse perspektiver bygger denne reformen på at bedre samhandling bør være et av denne sektorens viktigste utviklingsområder i tiden fremover. Trygdekontoret, sosialkontoret og arbeidskontoret er

omorganisert i NAV (Sosialdepartementet, 2002). Det er tydelig at gjennom en slik stor omorganiseringsprosess som Norge har vært igjennom, og som arbeidet fortsatt er i gang med, øker behovet for samhandling på tvers av tjenestenivåer, faginstanser, etater og mellom offentlige og private tjenesteutøvere. Brukerne er mennesker med ulike behov, som endrer seg over tid. De møter et system av tjenester som er organisert på en måte som fortsatt har en god vei å gå når det gjelder kommunikasjon mellom nivåene. I tillegg til de organisatoriske utfordringene spiller også taushetsplikten en rolle. Man kan ikke la opplysninger om pasientene flyte fritt, men man må forholde seg til lover og regler, noe vi mener er positivt for pasientenes rettssikkerhet. Likevel forteller pasienter og pårørende at de syns det er vanskelig å vite hvor man skal henvende seg og hvor man får hjelp (Almvik, 2006).

Med bakgrunn i dette er en av de største utfordringene i disse omorganiseringene er at det kreves god og ryddig kommunikasjon mellom de ulike delene av tjenestene. I tillegg kreves det et engasjement og en vilje hos personalet ved de ulike behandlingstilbudene/ oppfølgingstilbudene til å samarbeide med hverandre, med brukere og pårørende. Dersom brukerne skal motta best mulige tjenester, med brukernes recovery i fokus, må ansatte i disse ulike tjenestene endre holdninger. Det å gi brukernes forståelse og ekspertise forrang, og ikke fagpersonens i en bevegelse mot recovery, innebærer å kunne forstå og endre på etablerte maktforhold (Borg et al., 2013).

I studien fant vi at det var knyttet usikkerhet i forhold til hvordan de skulle samarbeide med hverandre i de ulike tjenestene. Det var lite samarbeid til tross for at flere uttrykte at det var behov for kompetanse innenfor fagfeltet i både rus- og psykisk helse. De så at på bakgrunn av brukernes behov burde de ha samarbeidet mer. Det var flere av informantene som tidligere hadde hatt samarbeid som i den forbindelse fortalte at når de hadde hatt et felles ansvarsforhold så hadde dette opplevdes bra. De savnet å samarbeide og mente at det var ønskelig med mer samarbeid. Hvorfor klarer man ikke da å samarbeide med hverandre, når behovet er der og ønsket om å få det til? Hva er grunnen til at man ikke samarbeider? Hva kreves det for å få til å samarbeide?

Funnene viser at informantene hadde flere innspill på hvorfor de burde samarbeide. Ved å være sammen om oppfølgingen av ROP-brukere ville man bidra til å ivareta egen helse. Det å dele ansvaret kan bidra til å lette byrden i forhold til det ansvaret det er å være ansvarlig for

oppfølging til brukere som strever med problemer i så stor grad som denne brukergruppen gjør.

Informantene var særlig opptatt av at det å samarbeide må ha en hensikt. Gode grunner til samarbeid kunne være å ivareta den ansatte, men også det å dele på bruken av ressurser. I tillegg fremkom det at det var viktig at samarbeidet måtte gi brukeren noe, det skulle bidra til bedre oppfølging.

Brukere som strever med samtidig rus- og psykisk lidelse er i behov av hjelp på flere områder i livet. Det er beskrevet at denne brukergruppen har problemer med å mestre det å bo selvstendig, være i arbeid og fungere sosialt (Helsedirektoratet, 2012). I tillegg er det flere utfordringer som preger livssituasjonen til mange ROP-brukere. Eksempler på dette er hyppige innleggelser i spesialisthelsetjenesten, oftere innlagt under tvang enn andre pasienter og behov for langsiktig, omfattende behandling og oppfølging (Evjen et al., 2012). Dette innebærer at de er i behov av tverrfaglig oppfølging der de ulike oppfølgingsinstansene snakker sammen og samarbeider.

#### 5.1.1 Det å arbeide tverrfaglig rundt mennesker med ROP-lidelser

Det finnes mange begreper som definerer en form for samarbeid, koordinering eller samhandling (Galvin & Erdal, 2000; Lauvås & Lauvås, 2004). Nasjonale føringer har med flere av disse begrepene forsøkt å gi retningslinjer og anbefalinger for hvordan tjenester skal organiseres og hvordan brukere skal møtes med fokus på samordnende tjenester og helhetlige pasientforløp. Det er mange måter å samarbeide på, man kan eksempelvis ansvarsfordele oppgaver, eller gjøre de sammen og samtidig. Vi mener dette behovet for samarbeid er en av de største utfordringene i møte med brukerne. De er i behov av å møte et system av hjelpere som snakker godt sammen. De er ofte ikke i stand til å organisere denne hjelpen selv (Helsedirektoratet, 2012).

Tverrfaglig samarbeid innebærer at ulike profesjoner og faggrupper samarbeider mot et felles mål (Glavin & Erdal, 2000). Hva må til for å få et slikt samarbeid til å fungere, og hva må man så ta hensyn til for å mestre kunsten å samarbeide? Ødegård (2009) beskriver at i faglitteraturen skilles det gjerne mellom begrepene internt og eksternt samarbeid. Man samarbeider internt i profesjonelle team innenfor en organisasjon, eller tjeneste. Informantene fra både Seksjon rustiltak og Psykososialt team er en del av interne samarbeid i de teamene

hvor de er organisert. De deltar i tillegg i stor grad i flere eksterne samarbeid rundt de brukerne de følger opp. Funnene har vist at de beskriver at de har flere eksterne samarbeid hvor det å samarbeide fungerer godt, særlig med spesialisthelsetjenesten. Samtidig viser funnene at det er flere eksempler på at de ikke får til det å samarbeide med hverandre.

Ødegård (2009) beskriver viktige aspekter som har relevans for tverrfaglig samarbeid. På organisasjonsnivå er det essensielt at det finnes en kultur for at samarbeid er en god arbeidsform. Funnene viste at det var uttrykt et ønske om samarbeid. Det fremkom holdninger som at det å være to, dele på ansvaret og på denne måten lære av hverandre i tillegg benytte ulik kompetanse, ble beskrevet som en god opplevelse. Dette har bidratt til at oppfølgingen av brukerne har blitt bedre fordi samarbeidet har fungert, og kan utgjøre den forskjellen som gjør en forskjell. Teamene uttrykker således at de har kultur for at det å samarbeide rundt oppfølgingen av brukere er god. Funnene viser at de samarbeider lite med hverandre.

I følge Ødegård (2009) er det en organisasjon har som ansvarsområde også et element som kan ha innvirkning på samarbeidet. Hvilket ansvar det er definert at de ulike tjenestene har og hva som ligger i de enkelte teamenes spesialområde har betydning her. Hvem er de ansvarlige for å yte tjenester til, og i forhold til hvilke problemområder? Ødegård (2009) beskriver at det at de profesjonelle må ta hensyn til sine forpliktelser i forhold til brukerne, og at dette kan påvirke hvordan et samarbeid utvikler seg. I tillegg kan dette innebære at profesjonelle må eksempelvis holde tilbake vesentlig informasjon om viktige forhold, dersom brukeren ønsker dette.

Psykososialt team har et særlig ansvar for å følge opp brukere med psykiske plager og lidelser. Seksjon rustiltak har ansvaret for mennesker med rus problematikk. Hva skjer da med de brukerne som faller mellom disse ansvarsområdene; de som strever med begge lidelser? Funnene viser her at den kompetansen de trenger fra annet fagfelt innhenter de heller fra spesialisthelsetjenesten enn hverandre, da de har god kultur for samarbeid med disse. Det kan synes som om det ikke er kultur for å benytte tverrfaglig kunnskap som allerede finnes i kommunen.

Det kan virke som om de ulike tjenestenivåene er usikre på sine roller og hvem som skal yte hjelp (Almvik & Borge, 2006). Taushetsplikten kan snus fra å være et hinder for samarbeid til å få samtykke til å samhandle. Det er mulig å samhandle på tvers av tjenestene, men

forståelsen av nødvendigheten må fremmes og vedlikeholdes (Hjartnes Schødt, Hoel & Onsøien, 2012).

Deltagerne erfarte at samarbeid opplevdes som preget av tilfeldigheter. Det var i liten grad tilrettelagt for samarbeidsarenaer og lokalene var i hvert sitt bygg. Det å møtes tilfeldig i trappeoppgangen på vei opp fra parkeringshuset kunne være det som startet et samarbeid.

#### 5.1.2 Det må tilrettelegges for samarbeid mellom ulike utførere og med brukerne

Funnene viser at informantene mente at ledere bør tilrettelegge for mer systematisert samarbeid, et samarbeidsmøte hvert halvår er for sjelden. Det tok lang tid å komme inn å drøfte det som burde løstes, og det var ingen arena for enkeltsaker. Ved å møte hverandre to ganger i året ville man heller ikke bli godt kjent. Vi mener det er behov for at teamene har en felles opplevelse av hvilke arbeidsoppgaver som skal utføres og en felles forståelse av hvilken fagkompetanse de innehar. Det å skape felles holdninger og gode relasjoner er viktig for opplevelsen av samarbeidet (Elstad et al., 2013; Helse- og omsorgsdepartementet, 2005).

I denne konteksten er vi opptatt av de brukerne som er i behov av at tjenestene samarbeider om hjelpen de mottar. Vi mener det er en klar sammenheng mellom hva som skal til for å få til et godt samarbeid rundt brukerne og hva som oppleves som god kvalitet i tjenesten. Det kreves en balansegang mellom kreativitet, faglig skjønn og erfaring og på den andre siden gode systemer, faglige retningslinjer og prosedyrer (Kaasa, 2004). Uten en god balanse mellom disse områdene vil samarbeidet bli enten personavhengig og varierende, eller på den andre siden for lite individuelt tilpasset. Er tjenestene kun opptatt av systemer og prosedyrer kan dette medføre at brukerne vil i liten grad oppleve individuell vurdering av sin situasjon, som er unik for denne brukeren.

Informantene i vår studie uttrykte at de ikke så hvordan de skal få til å samarbeide bedre med hverandre. Det ligger tydelig forankret i anbefalingene at det bør være et godt samarbeid rundt brukerne med ROP-lidelser. Vi undrer oss da over hva det er som gjør at disse klare retningslinjene ikke er overført til den praktiske hverdagen. Hva står i veien for at utførere av tjenestene til disse brukerne ikke gjennomfører samarbeid slik det er anbefalt?

Det fremkommer ikke i funnene om individuell plan er et verktøy som brukes aktivt i dette samarbeidet. Individuell plan er et verktøy som kan bidra til at denne samhandlingen ble

tydeliggjort. Det er et nyttig redskap som kan forenkle samarbeid. Individuell plan skal være et virkemiddel for å oppnå koordinerte tjenester til brukere med behov for sammensatte tjenester, tilpasset individuelle behov. Dette er også en sentral anbefaling i ROP-retningslinjen (Helsedirektoratet, 2012).

Profesjonelle utøvere av helsetjenester som deltar i et samarbeid bringer med seg ulike forventninger av hvilken rolle de skal ha inn i dette samarbeidet. Dette kan resultere i at flere holder på med lignende oppgaver. Samtidig kan det bidra til at profesjonene kan ”kjempe” om å utføre visse oppgaver, eller i motsatt fall ”kjemper” om å bli kvitt enkelte oppgaver på grunn av arbeidspress (Ødegård, 2009).

Er man opptatt av hvem som har ansvar for hva og tenker ”bare jeg gjør jobben min, så får noen andre ta seg av det som ligger utenfor mitt ansvarsområde”, tar man da hensyn til brukernes behov for samarbeidende tjenester? Drar man i samme retning, er man enig i hva som er målet, eller er man mest opptatt av å gjøre det på sin egen måte, under egne premisser? Det er behov for økt fokus på hvordan man, ved å dele på oppgaver på en god måte, kan oppnå bedre tjenester for brukerne. Det må da settes av tid til å prioritere en tydeliggjøring av de positive aspektene ved å få til et godt samarbeid og en tro på at denne investeringen vil lønne seg.

### 5.1.3 Betydningen av å ha tid til å samarbeide med hverandre

Funnene viser en bekymring knyttet til at tiltakene blir målt i forhold til utført brukerrettet tid. Samarbeid blir ikke synliggjort i styringsdata. Informantene fremhever det som bekymringsverdig at behovet for samarbeid ikke fremkommer, og at brukerne med dette kan oppleve at tjenestene ikke har fokus på samarbeid. Det å skape gode samarbeidsarenaer krever tid og behovet til brukergruppen er omfattende og i behov av at det stor grad utøves godt faglig skjønn. Det kan synes som om man ikke har tid til å prioritere den tiden som kreves for å skape god samarbeidskultur i kommunen. Man prioriterer å samarbeide med de instansene hvor samarbeidet allerede fungerer. Knappe ressurser og stort oppgaveomfang bidrar til at man ikke får tid til det personlige aspektet som kreves for å opparbeide nye samarbeidsstrukturer. Dette på tross av politiske føringer om at god oppfølging bør foregå på lavest mulig omsorgsnivå for å sikre at helsetjenestene i fremtiden er bærekraftig og for å unngå at grunnleggende verdier om at det skal ytes gode helsetjenester i velferdsstaten trues (Helse- og omsorgsdepartementet, 2009).

Hospitering innenfor ulike kommunale tjenester kan bidra til kompetanseoverføring. Det vil bidra til at man blir kjent med ulike faglige tilnærminger, som igjen vil føre til at man får bedre grunnlag for å vurdere tjenestemottakerne helhetlig. Det vil fremme samarbeidet å bli bedre kjent og vite hvilke forventninger man har til hverandre (Elstad et al., 2013). Det kreves da at dette prioriteres fra ledelsen og at man ser nytteverdien i å bruke den tiden som kreves for å skape en felles forståelse.

SINTEF rapporten "*Kommunale tiltak i psykisk helsearbeid 2012 - Årsverksstatistikk og analyser av kommunal variasjon*" (2014), viser at de som skrives ut fra spesialisthelsetjenesten og som kommunen er ansvarlig for å gi et godt tjenestetilbud til er dårligere fungerende enn tidligere. De har behov for et stort tjenesteomfang og kompleksiteten i hva kommunen er ansvarlig for å ivareta har økt betraktelig de siste årene. Rapporten viser at kommunens midler i stor grad går til heldøgnstilbud for å ivareta dette. Midler til forebyggende og ambulerende tjenester lider under dette, da det i perioden ikke har kommet økte midler til kommunene. Vi ser utfordringen i at alt som utføres av tjenester skal ivaretas innenfor den samme økonomiske rammen som tidligere. Dette medfører at det ambulante tilbudet som gis til brukere kan få stort fokus på hvordan man kan hjelpe flest mulig med minst mulig. Det at forskningsfokus i størst grad dreier seg om hvordan man kan samarbeide mellom ulike nivåer er derfor problematisk. Det er et stort behov for samarbeid og samhandling i den kommunale omsorgen. Det er derfor viktig å overføre kunnskap om hvordan man kan samarbeide på en god måte innad i kommunen.

#### 5.1.4 Kommunikasjon er sentralt i samarbeid

God kommunikasjon er en nødvendig forutsetning for godt samarbeid. Hvordan utveksles informasjon mellom samarbeidspartene? Det er beskrevet i funnene at det var opplevelser av at samarbeid er personavhengig. Flere gav eksempler på samarbeid hvor de ikke får kontakt med personer det er naturlig å samarbeide med. Hvilken effekt har det på opplevelsen av samarbeid når noen trekker seg fra et samarbeid uten å kommunisere og avklare dette på forhånd? Det kan tyde på at teamene har tradisjon på å jobbe isolert og hver for seg. Kommunikasjonen har i mange saker manglende. Det fremkommer holdninger som viser at det å komme i gang med et samarbeid er så vanskelig at man ikke lenger forsøker å få til nye samarbeid.

I forhold til det å kommunisere med hverandre trakk informantene i studien frem mangel på gode kommunikasjonskanaler som et sentralt element. Teamene dokumenterer i hvert sitt lukkede journalsystem. Dersom de skal snakke sammen om felles brukere er de avhengig av å nå hverandre på telefon eller møtes. Funnene viste at e-post i noen tilfeller kunne fungere godt til korte beskjeder, dersom det er kjent hvem man snakker om da man ikke kan sende personopplysninger over e-post. Hadde de hatt felles dokumentasjonssystem kunne de sendt internmeldinger i dette systemet, som kunne ha forenklet kommunikasjonen og samarbeidet.

I funnene kom det frem at begge teamene syntes det var vanskelig å komme i kontakt med riktig person i forhold til hvem de skal samarbeide med. Dersom det er ønske om bistand fra Psykososialt team må man kontakte en saksbehandler fra Vedtakskontoret. Det vises også til eksempler på at begge teamene er inne med oppfølging uten at de vet noe om hvem som er kontaktperson i det andre teamet. Dette fordi brukerne ikke ønsker at de skal ha kontakt med hverandre.

Et interessant funn i vår studie var at begge teamene fortalte om et veldig godt samarbeid med spesialisthelsetjenesten. Dette er interessant da vi ser at både Samhandlingsreformen (Helse- og omsorgsdepartementet, 2009) og ROP-retningslinjene (Helsedirektoratet, 2012) legger føringer og gir anbefalinger i forhold til at det er store utfordringer i samhandlingen mellom spesialisthelsetjeneste og kommunehelsetjenesten. Det fremkom at flere hadde gode erfaringer med samarbeid med andre instanser både på DPS og innenfor døgnavdelinger. I våre litteratursøk har vi ikke funnet forskning på samarbeid mellom rus- og psykisk helse innenfor det kommunale tjenesteapparatet med felles ansvar for brukere. Vi har imidlertid funnet forskning som viser at samarbeid mellom spesialisthelsetjenesten og kommune kan være utfordrende (Elstad et al., 2013). I tillegg viser nasjonale føringer at det er viktig å forankre hvem som har ansvaret for hvilke oppgaver. Samhandlingsreformen sier at man skal få ”rett behandling - på rett sted - til rett tid” (Helse- og omsorgsdepartementet, 2009). Hvorfor har disse teamene så godt samarbeid med spesialisthelsetjenesten? Tradisjonelt er det her samarbeidet fungerer dårlig. Det kan se ut som om teamene har fått til noe bra som kan gi dem kompetanse på hva som vil fungere dem imellom også. Det er imidlertid interessant at dette forholdet til spesialisthelsetjenesten er beskrevet å være så godt, da informantene har fremhevet ulikt journalsystem som et hinder for samarbeid. Spesialisthelsetjenesten og kommunen deler ikke dokumentasjonssystem, men likevel fungerer dette samarbeidet godt.



Fremmende for samarbeid var at teamene har samarbeidskompetanse, selv om denne i hovedsak var med spesialisthelsetjenesten. I tillegg viste funnene at det i utgangspunktet ikke var dårlige holdninger mellom teamene. Til tross de hemmende faktorene som at de har mange motstridende holdninger og at det var mye rundt samarbeidet som opplevdes som uavklart, fremkom det en grunnleggende positivitet til hverandre. Det som kom frem var at de ble mer positive til hverandre under intervjuet. De ble hverandre bevisst. Kanskje de glemmer hverandre i hverdagen og ikke ser mulighetene for samarbeid? Det kan synes som om det ikke er særlig fokus på tilrettelegging for samarbeid. Det bør legges til rette for å møtes oftere i slike settinger for å øke forståelsen av hverandres kompetanse. Dette vil kunne bidra til at terskelen for å inngå nye samarbeid senkes, og at de da vil se nytten av å kunne benytte hverandres kunnskap i større grad. Det vil være en investering i fremtidige samarbeidsforhold og vil kunne fremme samarbeidet.

## 5.2 Samarbeid sett i sammenheng med forvaltning og vedtak

Det er hjemlet i helse- og omsorgstjenesteloven at det skal fattes enkeltvedtak etter forvaltningslovens regler. I forarbeidene til denne lov ligger det til grunn at den enkeltes rettsikkerhet skal ivaretas og at tildeling av helse- og omsorgstjenester skal gjøres på en måte som sikrer rettferdig og riktig fordeling. Tjenestene skal ikke ”overbyråkratiseres” og det anbefales at det ikke blir brukt unødvendig tid på skriftlighet og vedtaksprosedyrer (Helse- og omsorgsdepartementet, 2011).

Hva er nå dette med vedtak? Skal det fremme brukerrettighetene eller begrense tjenesten? Hvor fleksible er vedtakene og gir de rom for samarbeid? Funnene har vist oss at disse temaene skapte engasjement og følelser hos informantene.

### 5.2.1 Forvaltningen til hjelp eller hinder for samarbeid

Deltagerne var særlig opptatte av dette med å skulle utføre tjenester etter vedtak. Det er en pågående omorganiseringssprosess i kommunen. I denne prosessen ses det på hvordan Psykososialt team og Seksjon rustiltak skal organiseres. Det at det ene teamet utfører tjenester vurdert av Vedtakskontoret, mens det andre teamet vurderer dette i eget team, kan være en av årsakene til dette. Det vi fant spesielt interessant var fokuset informantene hadde på dette, da temaet for intervjuet var hvordan de to teamene opplevde å samarbeide med hverandre. Det at tjenestene til Psykososialt team må søkes på og saksbehandles av Vedtakskontoret stod frem

som særlig utfordrende. Det handler om brukergruppens utfordringer i forhold til å møte med offentlige instanser. Mennesker med ROP-lidelser sliter med en varierende fungeringsevne og et funksjonsnivå som i perioder gjør at de ikke selv mestrer å skaffe seg den hjelpen de trenger. I perioder er de heller ikke motivert til å ta imot hjelp. Dette innebærer at hjelpeapparatet må bidra til å motivere, og i tillegg fungere som et tiltak som hjelper til i hverdagen, selv når det er vanskelig for brukerne å be om denne hjelpen. Det da å få denne brukergruppen til å fylle ut et søknadsskjema, gjøre en avtale med en saksbehandler og selv skulle forklare hva de trengte av hjelp kunne være vanskelig. Var kontakt med Seksjon rustiltak allerede etablert opplevdes det enklere å ta saken selv, gi den hjelpen som brukeren var i behov av, uten å koble inn andre kommunale tjenester. SRT uttrykte i denne forbindelse at de var redde for at brukerne ikke skulle få hjelp når "byråkratiet" opplevdes vanskelig og hemmende.

De siste tiårene er det økende fokus på hvordan kommunen skal få nok kapasitet til å ivareta det de er satt til å gjøre. Statlige myndigheter håndterer motsetningen mellom ambisjonsnivået for velferdsstaten og dens reelle kapasitet på relativt stor avstand (Kirchhoff, 2010). På dette nivået fremstår denne motsetningen som en kombinasjon av gode hensikter gjennom velferdslovgivning satt opp mot håndtering av kapasitetsproblemer som et økonomisk og administrativt problem. Når man beveger seg ned på grasrotnivå til hjelperne, de som skal utøve tjenester i kommunen, som opplever og ikke ha kapasitet til å hjelpe alle brukere som har rett til tjenester er problemet ikke lenger abstrakt og formelt (Kirchhoff, 2010). Deres erfaringer er preget av en sterk opplevelse av utilstrekkelighet ved at de ikke kan imøtekomme forventningene og kravene som settes både av de som etterspør tjenester og de som spesifiserer betingelsene tjenestene skal gis under (Kirchhoff, 2010). Kirchhoff (2010) undrer over om det da er slik at velferdsstaten har et kapasitetsproblem. Han hevder at det har vi åpenbart. Det som er mer skremmende i denne sammenheng er at denne opplevelsen av å ikke strekke til synes å være permanent. Det jobbes stadig med omorganisering, effektiviseringstiltak og til dels bedre økonomiske rammer. Det er imidlertid lite som tyder på at utilstrekkelighetsopplevelsen svekkes vesentlig (Kirchhoff, 2010).

Kommuner er derfor involverte i to motstridende prosjekter samtidig; Hvordan kan man avgrense seg økonomisk og administrativt, og samtidig strekke seg for å imøtekomme behov som er svært vanskelig og avgrense (Kirchhoff, 2010). Hvordan oppleves det å være en del av hjelpeapparatet som står fremst i frontlinjen i direkte møte med brukerne, som strever med en

ROP-lidelse og er sterkt i behov av at hjelperne samarbeider godt, sømløst og at de er der når det trengs? Funnene i denne studien viser at de ansatte viser et stort engasjement i forhold til å gi brukerne den oppfølgingen de er i behov av. Samtidig viser studien en bekymring knyttet til om overbyråkratisering av søkeprosessen vil hemme den fleksibiliteten som trengs for å yte gode, forsvarlige helse- og omsorgstjenester.

Studien vår viser at det er en opplevelse av at det er lang saksbehandlingstid på tjenester fra Psykososialt team og at veien til vedtak således er tidkrevende. Søkere er i behov av hjelp mye raskere enn det som de vil få ved å måtte søke og flere mente at hjelpen må være tilgjengelig når brukeren trenger hjelp. For å yte gode tjenester sa flere av informantene at man måtte jobbe litt akutt. Psykososialt team hadde erfaringer med at de tidligere jobbet mer akutt. Før det ble besluttet at de skulle jobbe etter vedtak fattet ved Vedtakskontoret, viste studien at det var en opplevelse at tjenestene ikke hadde ventetid. Da kom hjelpen raskt i gang med de ressursene det var behov for. Det fremkom at de da opplevde at de gjorde en større forskjell for bruker. Etter at Vedtakskontoret kom inn som et ledd i vurderingen mente informanten at akutfunksjonen nå var ivarettatt av andre instanser. Hvem er det da er som er ansvarlig for å gi rask psykisk helsehjelp?

Medfører det riktighet at kommunen ikke har en akutfunksjon? Hva ligger i det ansvaret de har for oppfølging? Dersom tjenestene blir saksbehandlet på en måte som hemmer tjenestene i å gi rask hjelp er dette en utfordring for kommunen. Tidsaspektet for hvor fort tjenester skal vurderes og settes i gang er noe vi tenker er viktig i denne sammenheng. Til sammenligning er vi kjent med at ved utskrivelse fra somatisk sykehus skal hjemmesykepleien utføre tjenester med en gang brukere kommer hjem. Dette etter at det er vurdert av saksbehandler ved Vedtakskontoret hva bruker trenger hjelp til. Eksempler på dette kan være hjelp til å administrere medisiner, personlig hygiene eller matlaging.

Som vi har vist i teorikapittelet hjemler helse- og omsorgstjenestelovens kommunens ”sørge for ansvar” og pasient- og brukerrettighetsloven hjemler retten til nødvendig helsehjelp. I helse- og omsorgstjenesteloven er det ingen særbestemmelser om hjelp til rusavhengige. Rusmiddelavhengighet og psykisk lidelse er sidestilt med andre helseplager og skal behandles likt. Psykisk helsearbeid er en helsetjeneste gitt til hjemmeboende og her skal det fattes vedtak. Seksjon rustiltak vurderer i eget team hvilken hjelp som skal ytes. Dette ivaretar ikke anbefalingen fra NOU 2005: 3 ”*Fra stykkevis til helt. En sammenhengende helsetjeneste*”

(2004) om at alle tjenester bør ha én felles adresse inn til kommunen. Er det slik at kommunen har sørget for en rettferdig og riktig fordeling av tjenester når det er slik at en del av kommunens omsorgstjenester blir saksbehandlet og vurdert av den samme tjenesten som utfører dem? Vi ser at det kan være utfordrende å se hele tjenestebildet i sammenheng, da det er flere instanser som skal vurdere hvilke hjelpetiltak som skal iverksettes rundt denne brukergruppen. Dette spesielt sett i lys av de utfordringene denne gruppen har i møte med det offentlige tjenesteapparatet.

Samhandlingsreformen (Helse- og omsorgsdepartementet, 2009) har satt somatisk helsehjelp i fokus i første fase av gjennomføringen. Det er i denne delen av iverksettingen av reformen gjort store endringer og tydeliggjøring i forhold til hvem som har ansvar for å utføre hva i spesialist- og kommunehelsetjenesten. Rus- og psykisk helse er en del av Samhandlingsreformen, men det ses fortsatt på hvordan dette skal løses i praksis. Samarbeidsavtalen mellom kommunen og helseforetaket er imidlertid iverksatt og gjeldende. Her står det at kommunen har ansvar for å behandle søknader fortløpende og fatte vedtak etter gjeldende lover og regler, samt at kommunen er ansvarlig for å legge til rette for at pasienten kan overføres til kommunen når pasienten er utskrivningsklar (Vestre Viken HF & NN kommune, 2012). Dette innebærer at selv om finansieringsordninger ikke er iverksatt slik det er i somatisk helsehjelp, er avtalen om inn- og utskrivningsklare pasienter gjeldende. Slik vi ser det er det kommunens ansvar å iverksette rask hjelp. Samtidig kan det se ut som om de kommunale tjenestene innenfor somatisk helsehjelp er styrket for å møte disse utfordringene. Innenfor psykisk helse og rus er det kun boligene med heldøgntjeneste som er døgnbemannet, og ambulante tjenester er kun tilgjengelige på dagtid (Asker kommune, 2013). Dette hemmer mulighetene i forhold til å iverksette rask nødvendig helsehjelp.

Målgruppen for tjenestene er stor og det er viktig at noen må vurdere hvem som fyller vilkår i forhold til å motta tjenester. Hindringen kan synes å være det at en annen person/ instans skulle inn og vurdere hvilken oppfølging som skal gis. Vi mener fordelen med et ”bestillerkontor” er at det skal fremme brukerens rettigheter. Det bør være en uavhengig instans som vurderer hvilke tjenester som er mest hensiktsmessige i samarbeid med brukerne. Den uavhengige instansen skal se hele spekteret for behov av tjenester. Dette krever høy grad av kompetanse av den som skal vurdere dette.

Dersom det er opp til hver enkelt ansatt å vurdere hvilke tiltak som skal iverksettes i hverdagen til brukere kan det oppstå holdninger som om man serverer et pakke tilbud. Holdninger som ”dette kan jeg og dette kan jeg hjelpe deg med”, kan bidra til en personavhengig oppfølging. Forankres derimot oppfølgingen med utgangspunkt i hva brukeren opplever at han ønsker hjelp til kan tiltaket som settes inn bli vurdert på en annen måte. Holdninger i forhold til hvem som er ekspert i forhold til hvilke hjelp som trengs, og hva som faktisk vil hjelpe i den enkelte situasjon er viktige her. Dette i tråd med anbefalingene i ROP-retningslinjen i forhold til recovery. Det er beskrevet at målet med hjelpen må være å finne brukernes egne ressurser, i forhold til for eksempel å finne meningsfylte aktiviteter, øke det sosiale nettverket og løse økonomiske- og boligmessige behov. Dette for å øke ROP-brukerens livskvalitet og selvfølelse (Helsedirektoratet, 2012).

Når det gjelder vedtak kan søknadsprosessen være en hemmende faktor i forhold til samarbeid. Dette fordi hele prosessen rundt søknad, samtale med saksbehandler for til slutt å få en kontaktperson i Psykososialt team kan være tidkrevende og vanskelig for brukergruppen at den veien ikke ble valgt. Deltagerne opplevde ikke vedtak som fremmende for samarbeidet i seg selv. Derimot viser studien en ulik forståelse av når tjenester bør avsluttes og behovet for fleksibilitet. Studien viser at det er knyttet bekymring til at SRT sin fleksibilitet, i selv å kunne vurdere hvilken hjelp som var nødvendig og hvor ofte denne skulle gis, ville forsvinne dersom Vedtakskontoret skulle ha ansvar for å vurdere dette. Dersom det ikke var behov for oppfølging en gang hver annen uke, eller en gang pr. måned var det knyttet bekymring til om man da ble tvunget til å skrive disse brukerne ut av tjenesten. Det fremkom at denne bekymringen var knyttet til om disse brukerne da ville få raskt hjelp dersom de fikk behov for dette, da det ble sett som en stor hindring dersom disse brukerne måtte søke på nytt. Det var relasjonen til ruskonsulenten i SRT som bidro til at det var lav terskel for å ta kontakt. ROP-retningslinjen (Helsedirektoratet, 2012), samt Evjen et al. (2012) beskriver betydningen av denne langvarige gode relasjonen, som et viktig element av oppfølgingen av ROP-brukere. Informantene beskrev derimot i funnene et behov for en uavhengig instans som vurderer hvem som fyller vilkår for å sikre en rettferdig fordeling.

Funnene viser at enkelte av informantene mente at for å gi god oppfølging til brukere med ROP-lidelser var man avhengig av å være oppsøkende og motiverende. I tillegg ble viktigheten av å opparbeide en god relasjon fremhevet. Samtidig fremkom det funn i forhold til at det var viktig å forholde seg til den gitte rammen for hva man kunne sette inn av

tjenester. Ser man disse holdningene opp mot hverandre, kan det synes som om fleksibiliteten ved å jobbe oppsøkende og motiverende, opp mot å forholde seg til økonomiske rammer kan være et hinder for samarbeid.

#### 5.2.2 Samarbeid etter vedtak er fattet

Prosessen med å søke om tjenester hindret veien til samarbeid rundt denne brukergruppen. Vedtaket bør ha ulik innvirkning på samarbeidet når tjenestene er iverksatt og samarbeidet først er i gang. Man er opptatt av å gi gode tjenester til brukerne og det er viktig å gjøre en god jobb. Dersom den hjelpen de utfører ikke er god vil de ikke få nye søkere. Det at de har mange søkere og brukere de følger opp viser at det er et reelt behov for tjenester. Det vises imidlertid at det ikke er mye samarbeid rundt ROP-brukere.

Studien viste at informantene hadde enkelte eksempler på at de hadde oppfølging av samme bruker samtidig. Det fremkom da en opplevelse av at det var manglende kommunikasjon og uavklarte ansvarsforhold som ofte preget denne samtidige oppfølgingen. Flere av informantene hadde erfart at det andre teamet hadde trukket seg ut, uten forklaring eller beskjed. Hva handler dette om? Er det mangel på respekt, både for bruker og kommunal kollega? Hva er det som gjør at en person bare slipper når man er midt i et samarbeid? Er det noen som forvalter vedtakene etter de er skrevet eller er det opp til tjenesten å organisere hjelpen best mulig?

Slik vi ser det kan det synes som om det er vanskelig å få oversikt over alle tjenestene til kommunen, da SRT ikke er en del av de tjenestene som forvaltes av Vedtakskontoret. Det er ikke mulig å søke om tjenester fra SRT på kommunens søknadsskjema for helse- og omsorgstjenester. Dette innebærer videre at vedtakene Psykososialt team jobber etter derimot blir sett i sammenheng med resten av kommunens helse- og omsorgstilbud, eksempelvis hjemmesykepleie og praktisk bistand. For eksempel kan en del av oppfølgingen fra PST være botrening med den hensikt å styrke brukerens boferdigheter. For noen brukere er dette særlig utfordrende i perioder, og kan bidra til forverring av funksjonsnivå, mens andre ikke mestrer dette, selv med bistand fra PST. Man vil da sammen med saksbehandler vurdere om denne hjelpen bør utføres i form av praktisk bistand (hjemmehjelp).

Har kommunen ressurser til å følge opp at brukere får tjenester de har krav på, og hvordan sikres brukermedvirkning og faglige vurderinger når tjenester reduseres eller avsluttes? Er

brukerne sikret at kommunen organiserer tjenestene de er behov av slik at de mottar det tjenestetilbudet som er best for dem? Hva innebærer det å jobbe etter vedtak og ikke? Når det er fattet vedtak om oppfølging fra Psykososialt team varer dette vedtaket en gitt tid. De kan imidlertid revurderes fortløpende ved endret behov. Vedtakene skal vise hvilke tjenesteomfang brukeren får og skal stå i samsvar med den tiden psykisk helse gir. I en slik organisering kreves det at ressursene i forhold til å revurdere vedtak ved endrede behov over tid er gode nok. Dette for å sikre at fleksibiliteten ivaretas, sett i sammenheng med gode faglige vurderinger. Samtidig krever det en tett dialog mellom saksbehandler og utfører for å sikre at vedtakene stemmer med det som utføres av tjenester.

Hva gjør det med oppfølgingen at man har vedtak på tjenesten? Har man vedtak på oppfølging en time i uka så må kontaktperson i Psykososialt team journalføre at man har utført den timen i uka. Dette blir målstyrt gjennom styringsdata kommunen kan benytte til å se samsvar mellom ”bestillingen”- vedtaket og ”utførelsen”. Dette kan videre benyttes til å se på den økonomiske rammen for tjenestene. Studien viste at Psykososialt team opplevde et fokus på å avslutte tjenester om det ikke var dokumentert på en stund eller det var andre tjenester inne. Seksjon rustiltak delte ikke denne oppfatningen og hadde ikke fokus på hvor ofte og hvor mye. *”Trenger de oss, så trenger de oss.”* En bruker med lang historie med rus, vil trenge oppfølging selv om det er lenge mellom hver kontakt. Det er viktig å ha mulighet til å ha fokus på selvstendighet, kunne gi litt slipp uten at fokuset skal være å avslutte oppfølgingen.

Vi ser at det er utfordrende å være hjelpere i en hverdag hvor man opplever at den hjelpen man gir skal måles i timer og kroner. Moderne organisasjoner har en felles egenskap, de har grenser. Dette etablerer skiller mellom de som er innenfor og de som er på utsiden. I velferdsstaten er dette skillet utydelig, da det knapt finnes noen som er utenfor. Det organisasjonen yter er ikke et produkt som kan reguleres, men et universalt gode uten klare grenser (Kirchhoff, 2010). Det å stå i rollen som hjelper under disse forutsetningene krever mye av hjelperne, som skal samarbeide rundt det å bidra til at ROP -brukerne opplever størst mulig grad av livskvalitet.

I evalueringsrapporten utgitt av SPoR Vestfold (2014) påpekes det at det i forhold til samarbeid med spesialisthelsetjenesten er vanskelig å vite kriteriene for når de ”strekker seg” og når de ”trekker seg” i oppfølgingen av ROP-brukere. Det kan virke som om funnene fra

denne rapporten kan være aktuelle også når det handler om to kommunale instanser. De fant i undersøkelsen at kriteriene for når det ene eller andre skjer er utydelige.

Vi fant flere aktuelle synspunkter i forhold til når man skulle dele på ansvaret. Dette er blant annet knyttet opp mot fordelingen av kommunale ressurser. Var det både rus- og psykisk lidelse burde begge teamene dele på ansvaret for å synliggjøre at det var behov for økte tjenester. Det ville være feil å bruke mer tid fra eget team, selv om de hadde mulighet til dette. Det var fordelingen av ressursbruken som var viktig. I tillegg burde man dele på ansvaret ved behov for kompetanse fra et annet fagfelt. Det kan virke som om det innenfor det kommunale tjenestetilbudet også er utydelige kriterier for hvem som skal være hjelperen. Bruker kan ha besøk av kontaktpersonene i begge teamene på hver sine dager uten at de snakker sammen om oppfølgingen. De bare vet at det andre teamet er i kontakt med bruker. Funnene viste at det opplevdes som vanskelig å samarbeide selv om de visste om hverandre. Dette står i kontrast til anbefalingene om at brukerne er i behov av stabile hjelpere over tid. Brukerne utsettes for flere hjelpere og et fragmentert tjenestetilbud og budsjetter blir en hemsko for god oppfølging.

Vedtak skal i henhold til intensjonen være et dokument som fremmer brukerens rettigheter og gir rett til klageadgang dersom de opplever å ikke motta den hjelpen de mener de er i behov av. Dersom ROP-brukernes lave funksjonsevne tilsier at de ikke makter å søke, kan det være problematisk dersom systemet fremstår som så byråkratisk at brukerne ikke får den hjelpen de trenger. Det ligger i forarbeidene til helse- og omsorgstjenesteloven føringer som sier at det er et mål at tjenestene ikke ”overbyråkratiseres”. Det bør ikke brukes unødvendig tid på skriftlighet og vedtaksprosedyrer. Samtidig påpekes det at tildelingen av tjenester skal gjøres på en måte som sikrer rettferdig og riktig fordeling (Helse- og omsorgsdepartementet, 2005).

### 5.3 Implikasjoner for praksis

Studiens funn viser at de ansatte i kommunen utfører en jobb med stort ansvar for helhet og kontinuitet for brukerne. De viser stort engasjement for brukerne og for å gi gode tjenester i tråd med faglig skjønn og et oppriktig ønske om å hjelpe. Dette er kunnskap det er viktig å ta vare på når kommunen organiserer tjenestene og ønsker styringsdata i forhold til det arbeidet som utføres nærmest brukerne.



Denne studiens funn viser at de som jobber med ROP-brukere i kommunen, ser at brukergruppen er i behov av samarbeidende tjenester. Erfaringene viser at de i liten grad benytter hverandre som samarbeidspartnere i oppfølgingen av disse brukerne. Seksjon rustiltak og Psykososialt team har imidlertid god kompetanse i forhold til eksterne samarbeid. Denne evnen til samarbeid kan bidra til refleksjoner knyttet til hvordan nye samarbeid kan tilrettelegges innad i kommunen. Implikasjoner for praksis er at oppgaven gir kjennskap til at det finnes fagkompetanse og kunnskap i kommunen som er i liten grad blir benyttet. Dette kan bidra til refleksjoner rundt hvordan denne fagkunnskapen kan brukes i større grad, til det beste for både de ansatte og brukergruppen.

Videre implikasjoner er denne studiens bevisstgjøring av fremmende og hemmende faktorer i forhold til samarbeid. Dette kan bidra til refleksjoner over hva som kreves av både de ansatte, ledere og organiseringen i forhold til å skape gode samarbeidsarenaer og samarbeidskulturer. Ledelse er et viktig element her. God ledelse er essensielt i forhold til å tilrettelegge for samarbeid på tvers av tjenester og fagfelt.

Tydelige retningslinjer, rutiner og gode samarbeidspartnere kreves for å få lykkes med samarbeid i praksis. Hvordan opprettholde den gode oppfølgingen som utføres av de ansatte, samtidig som det stilles krav til vedtak, målstyring og økonomiske rammer?

#### 5.4 Videre studier

Denne studien har sett på de ansattes opplevelser knyttet til det å samarbeide rundt oppfølgingen av brukere med ROP-lidelser. I videre forskning vil det være viktig å se på andre perspektiver og erfaringer knyttet til denne brukergruppen.

Det kan være interessant å se videre på hvordan denne brukergruppen selv opplever den kommunale oppfølgingen. Er de fornøyd med tjenestene som de mottar? Hvordan opplever ROP-brukerne at kommunens organisering bidrar til at tjenestene samarbeider om oppfølgingen? Det vil samtidig være interessant å se videre på om brukerne opplever at de selv har innvirkning på den hjelpen som gis.

Denne studien har handlet om samarbeid mellom fagpersoner og tjenester. Dette vil også være med på å påvirke samarbeidet med brukere og pårørende, da disse er viktige brikker i dette

samarbeidet, og mottar samtidig oppfølging fra flere instanser. I videre forskning kunne det vært spennende å utforsket videre hvilken rolle brukere og pårørende har i dette samarbeidet.

Det var et overraskende funn at informantene beskrev samarbeidet med spesialisthelsetjenesten som så godt. Dette sett i lys av samhandlingsreformens beskrivelser av utfordringene i forhold til å skape helhetlige pasientforløp, og at spesialisthelsetjenesten bør i større grad ta hensyn til at de kommunale helsetjenestene er en viktig del av denne helheten. Det kan være interessant å se nærmere på hva som bidrar til dette gode samarbeidet.

Informantene viste også stor interesse i å drøfte innvirkningen vedtak har i forhold til samarbeid. Videre forskning i forhold til hvordan man kan bidra til gode målstyringsverktøy som i tillegg tar hensyn til brukernes behov for fleksible tjenester, hvor de kan ha store variabler i behovet for hjelp. Dette i tillegg til at brukerrettighetene blir ivaretatt av gode vedtak kan være interessant å se nærmere på.

## 6.0 KONKLUSJON

Denne studien har handlet om samarbeidende praksiser innenfor to kommunale tjenester med samtidig ansvar for utøvelse av tjenester til mennesker med ROP-lidelser. Studien har gitt flere svar på faktorer som fremmer og hemmer samarbeidet. Kommunen har organisert psykisk helse og rustilbud i to ulike virksomheter i kommunen. Vi har vist at for å søke om oppfølging i disse to tjenester må man henvende seg to ulike steder, henholdsvis ved Vedtakskontoret ved ønske om tjenester fra Psykososialt team og til Sosialtjenesten, ved Seksjon rustiltak ved ønske om oppfølging i forhold til rusmisbruk. Det har vist seg at det er en hemmende faktor i forhold til å starte et samarbeid ved at disse teamene har ulik inngangsdør og samtidig få felles møtepunkter. En effekt av denne organiseringen er også at tjenester fra Seksjon rustiltak ikke ble sett i sammenheng med resten av kommunens helse- og omsorgstjenester.

Resultatene viser at skal man yte gode tjenester til brukergruppen med ROP-lidelser er man i behov av å ha godt samarbeid med tjenester fra begge fagfelt. I tillegg er man i behov av muligheten til å jobbe akutt, i forhold til at brukergruppen er i behov av en oppsøkende oppfølging, som hjelper når behovet er tilstede. Studien viser at det oppleves som vanskelig å bruke tid på å skape gode samarbeidsarenaer, da dette er opp til den enkelte ansatte innenfor den rammen av tid de har til å utføre oppgaver. De ansatte i Psykososialt team blir målt i forhold til hvor mange vedtakstimer de utfører av brukerrettet tid.

Ved å skape felles møtearenaer, som faste samarbeidsmøter og hospitering kan man bidra til en kompetanseoverføring. Det ble uttrykt at slike fora som fokusgruppeintervjuet, hvor det var satt av tid til refleksjon over et tema også bidro til en større forståelse av det andre teamets fagkunnskap og organisering. Det vi opplevde som en fokusgruppe med særlig god atmosfære kan gi råd om at det kan være viktig og også ha fokus på rammen for møtet. Dette i forhold til å gi de ansatte et pusterom i hverdagen, prioritere å bruke tid på å servere god mat og bidra til å skape en god stemning. Dette gav en annen opplevelse av en slik samling en et ordinært samarbeidsmøte. Det kan se ut som det kan fremme samarbeidet og ta tid til å reflektere over rammene for møtet.

Fremmende for samarbeidet kan være å ha en god kultur for samarbeid. Gode samarbeidsforhold er preget av tydelighet, godt avklarte roller og ansvarsforhold. Samtidig

viser studien at det kreves god kommunikasjon. Det fremmer samarbeidet når man vet at når man ber om hjelp så stiller samarbeidspartnere de opp der det trengs. Teamene har vist at de har samarbeidskompetanse. Det må ledelsesforankres at det skal prioriteres ressurser til at denne kompetansen kan videreutvikles mellom teamene. De økonomiske rammene må legges til rette for at det å skape gode arenaer for samarbeid vil øke fleksibiliteten i tjenestene, skape mer helhetlig pasientforløp, samt lønne seg samfunnsøkonomisk.

## LITTERATURLISTE

- Almvik, A. (2006). Kommunalt psykisk helsearbeid. I A. Almvik & L. Borge (Red.), *Psykisk helsearbeid i nye sko* (s. 15-31). Bergen: Fagbokforlaget.
- Almås-Sørensen, L., Hveem, K. & Ruud, K. P. (2007). ‘‘Alle har en psykisk helse’’: effektevaluering av en tredelt undervisningspakke for ungdomsskoelrinnenet. Tredje og avsluttende del (Hovedoppgave). Universitetet i Tromsø.
- Anderson, H. (2012). Collaborative Relationships and Dialogic Conversations: Ideas for a Relationally Responsive Practice. *Family Process* 51(1), s.8–24.
- Andvik, E., Lyberg, A., Karlsson, B., & Borg, M. (2013). Et anstendig liv: Erfaringer med å skape hjem for personer med rus- og psykiske helseproblemer. *Tidsskrift for psykisk helsearbeid*. 10(2), 160-170.
- Asker kommune. (2013). *Helse og omsorg, strategi 2020*. Strategisk plan for helse- og omsorgstjenestene. Asker kommune.
- Bengtsson, J. (1999). *Med livsvärlden som grund: bidrag till utvecklandet av en livsvärldsfenomenologisk ansats i pedagogisk forskning*. Lund: Studentlitteratur.
- Borg, M., & Karlsson, B. (2013). Hjemmet som samarbeidsarena – muligheter og begrensninger i lokalbasert psykisk helsearbeid. *Tidsskrift for psykisk helsearbeid*. 10(2), 105-114.
- Borg, M., Karlsson, B., & Stenhammer, A. (2013). *Recoveryorienterte praksiser. En systematisk kunnskapssammenstilling*. (Rapport nr. 4). Trondheim: NAPHA.
- Borg, M., & Topor, T. (2003). *Virksomme relasjoner. Om bedringsprosesser ved alvorlige psykiske lidelser*. Oslo: Kommuneforlaget AS.
- Bøe, D., & Thomassen, A. (2007). *Fra psykiatri til psykisk helsearbeid. Om etikk, relasjoner og nettverk*. Oslo: Universitetsforlaget.
- Dalland, O. (1998). *Metode og oppgaveskriving for studenter*. Oslo: Universitetsforlaget AS.
- Davidson, L., Anders-Hayman, R., Bedregal, L., Tondora, J., Fry, J. & Kirk, T. (2008). From ‘‘Double Trouble’’ to ‘‘Dual Recovery’’: Integrating Models of Recovery in Addiction and Mental Health. *Journal of Dual Diagnoses*, 4(3), 273-290.
- Echoff, T., & Smith, E. (2003). *Forvaltningsrett*. Oslo: Universitetsforlaget AS.
- Elstad, T. A., Steen, T. K., & Larsen, G. E. (2013). Samhandling mellom et distriktpsikiatrisk senter og kommunalt psykisk helsearbeid: ansattes erfaringer. *Tidsskrift for psykisk helsearbeid* 10(4), s.296- 305.
- Evjen, R., Killand, K. B., & Øiern, T. (2012). *Dobbelt opp. Om psykiske lidelser og rusmisbruk*. Oslo: Universitetsforlaget.

Fekjær, H. O., (2004). *RUS. Bruk, motiver, skader, behandling, forebygging, historie*. Oslo: Gyldendal Norsk Forlag AS.

Forskrift om habilitering og rehabilitering, FOR-2011-12-16-1256. (2011).  
<http://lovdata.no/dokument/SF/forskrift/2011-12-16-1256> (Nedlastet 21.02.14).

Forskrift om medfinansiering av spesialisthelsetj., FOR-2011-11-18-1115. (2011).  
<http://lovdata.no/dokument/SF/forskrift/2011-11-18-1115> (Nedlastet 28.05.14 ).

Forvaltningsloven. LOV-1967-02-10. (1967).  
<http://lovdata.no/dokument/NL/lov/1967-02-10>. (Nedlastet 21.02.14).

Gadamer, H. G. (2004). *Sandhed og metode: grundtræk af en filosofisk hermeneutik*. Århus: Systime.

Glavin, K., & Erdal, B. (2007). *Tverrfaglig samarbeid i praksis- til beste for barn og unge i Kommune- Norge*. Oslo: Kommuneforlaget AS.

Hammerstad, P. E. (2006). Psykisk helsearbeid i en ny tid – Opptrappingen av psykisk helse faller samtidig med moderniseringen av offentlig sektor. *Tidsskrift for psykisk helsearbeid*, 3(4), s.320-327.

Haugsjerd, S., Jensen, P., Kalsson, B., & Løkke, J.A. (2009). *Perspektiver på psykiske lidelser*. Oslo: Gyldendal Norsk Forlag AS.

Helsedirektoratet (2008). *Gjør det så enkelt som mulig - tipshefte om individuell plan*. IS-1544. Oslo: Helsedirektoratet.

Helsedirektoratet (2012). *Nasjonal faglig retningslinje for utredning, behandling og oppfølging av personer med samtidig ruslidelse og psykisk lidelse – ROP-lidelser*. IS-1948. Oslo: Helsedirektoratet.

Helsedirektoratet (2011). *Nasjonal retningslinje for legemiddelassistert rehabilitering ved opioidavhengighet*. IS-1701. Oslo: Helsedirektoratet.

Helsedirektoratet (2014). *Sammen om mestring - veileder i lokalt psykisk helsearbeid og rusarbeid for voksne*. IS-2076. Oslo: Helsedirektoratet.

Helse- og omsorgsdepartementet. (2005). *Fra stykkevis til helt*. (NOU 2005:3). Oslo: Statens forvaltningstjeneste.

Helse- og omsorgsdepartementet. (2011). *Proposisjon til Stortinget: Lov om helse- og omsorgstjenester m.m.* (Prop.91 L 2010-2011). Oslo: Helse- og omsorgsdepartementet.

Helse- og omsorgsdepartementet. (2009). *Samhandlingsreformen. Rett behandling – på rett sted- til rett tid*. St. meld. nr. 47 (2008-2009). Oslo: Helse- og omsorgsdepartementet.

Helse- og omsorgstjenesteloven. LOV-2011-06-24-30. (2011).  
<http://lovdata.no/dokument/NL/lov/2011-06-24-30> (Nedlastet 02.01.14 ).

- Hummelvoll, J.K., Andvig, E., og Lyberg, A. (2010). *Etiske utfordringer i praksisnær forskning*. Oslo: Gyldendal Norsk Forlag AS.
- Høgskolen i Buskerud (fra 01.01.14 Høgskolen i Buskerud og Vestfold) (2010). *Studieplan 2010-2014. Mastergradsstudium i klinisk helsearbeid*. Drammen: Høgskolen i Buskerud.
- Kaasa, K. (2009). *Kvalitet i helse- og sosialtjenesten. Det er menneskene det kommer an på*. Oslo: Gyldendal Norsk Forlag AS.
- Kirchhoff, J.W. (2010). *De skjulte tjenestene- om uønsket atferd i offentlige organisasjoner*. Karlstad: Universitetsstrykkeriet.
- Kitzinger, J. (2005). Focus group research: using group dynamics to explore perceptions, experiences and understandings. I I. Holloway (Red.), *Qualitative Research in Health Care* (s. 56-70). Berkshire UK & New York: Open University Press.
- Knoff, R. H. (1985). Den vanskelige "samordningen". Noen grunntrekk for samarbeidspartnere i primærtjenesten. *Sosialt Forum/Sosialt arbeid*, (9), 130-133.
- Knudsen, A. K., & Mykletun, A. (2010). Det du trenger å vite om forekomst av psykiske lidelser. *Tidsskrift for Norsk Psykologforening*, 47(4), 342- 343.
- KS (2004). *Bestiller-utførerorganisering i pleie og omsorg*.  
<http://www.ks.no/PageFiles/12144/Bestiller%20utf%20c3%b8rerorg%20pleie%20omsorg.pdf> (Nedlastet 21.02.14).
- Kvale, S., & Brinkmann, S. (2009). *Det kvalitative forskningsintervju*. Oslo: Gyldendal Norsk Forlag AS.
- Lauvås, K., & Lauvås, P. (2004). *Tverrfaglig samarbeid- Perspektiv og strategi*. Oslo: Universitetsforlaget.
- Lindseth, A., & Nordberg, A. (2004). A phenomenological hermeneutical method for researching lived experience. *Nordic College of Caring Sciences* (18), 145-153.
- Malterud, K. (2012). *Fokusgrupper som forskningsmetode for medisin og helsefag*. Oslo: Universitetsforlaget.
- Malterud, K. (2011). *Kvalitative metoder i medisinsk forskning*. Oslo: Universitetsforlaget.
- Mueser, K. T., Noordsy, D. L., Drake, R. E., & Fox, L. (2006). *Integrert behandling av rusproblemer og psykiske lidelser*. Oslo: Universitetsforlaget.
- Ness, O., Borg, M., Karlsson, B., Almåsbaek, L., Solberg, P., & Torkelsen, I. (2013) "Å delta med det du kan": Betydningen av meningsfulle aktiviteter i recoveryprosesser. *Tidsskrift for psykisk helsearbeid*. 10(3) s. 219- 228.
- Ose, S.O., & Slettebak, R. T. (2014). *Kommunale tiltak i psykisk helsearbeid 2012. Årsverksstatistikk og analyser av kommunal variasjon*. (Prosjektnr 60H215/102001067). Trondheim: SINTEF.

- Pasient- og brukerrettighetsloven. LOV-1999-07-02-63 (1999)  
<http://lovdata.no/dokument/NL/lov/1999-07-02-63> (Nedlastet 02.01.14).
- Prosjektgruppen SPoR Vestfold (2014). *Psykososial rehabilitering av RoP-pasienter: - Hva er`e vi driver med?* Prosjektrapport. <http://siv.no/spor-prosjektrapport> (Nedlastet 01.03.14).
- Redaksjonen. (2008). Vi bærer psykisk helsearbeid videre. *Tidsskrift for psykisk helsearbeid*, 5(2), 99-103.
- Ricoeur, P. (1979). *Fortolkningsteori*. København: Vintens Forlag.
- Ruyter, K. W. (2003). Forskningsetikkens spede begynnelse og tilblivelse: beskyttelse av enkeltpersoner og samfunn. I K. W. Ruyter (Red.), *Forskningsetikk*. Oslo: Gyldendal Norsk Forlag AS.
- Sosialdepartementet. (2003). *Om lov om endringer i lov 13.desember 1991 nr. 81 om sosiale tjenester m.v.* (Rusreformen II og rett til individuell plan). (Ot.prp.nr. 54 2002-2003). Oslo: Sosialdepartementet.
- Sosialdepartementet. (2002). *Samordning av Aetat, trygdeetaten og sosialtjenesten*. (St. meld. nr. 14 2002 – 2003). Oslo: Sosialdepartementet.
- Sosial og helsedepartementet. (2005). *Nasjonal strategi for kvalitetsforbedring av sosial- og helsetjenesten for rusmiddelmisbrukere*. IS-1289. Oslo: Sosial- og helsedepartementet.
- Sosial- og helsedepartementet. (1998). *Om opptrappingsplan for psykisk helse 1999-2006*. (St.prp. nr. 63 1997-1998). Oslo: Sosial- og helsedepartementet.
- Sosial- og helsedepartementet. (1997). *Åpenhet og helhet. Om psykiske lidelser og tjenestetilbudene*. (St.meld. nr. 25 1996-1997). Oslo: Sosial- og helsedepartementet.
- Sosial- og helsedirektoratet (2005). *...Og bedre skal det bli! Nasjonal strategi for kvalitetsforbedring i sosial- og helsetjenesten (2005-2015)*. Veileder IS -1162. Oslo: Sosial- og helsedirektoratet.
- Sosial- og helsedirektoratet (2005). *Psykisk helsearbeid for voksne i kommunene*. Veileder IS -1332. Oslo: Sosial- og helsedirektoratet.
- Thornquist, E. (2003). *Vitenskapsfilosofi og vitenskapsteori- for helsefag*. Bergen: Fagbokforlaget.
- Universitetet i Oslo & Språkrådet. (2010). Bokmålsordboka.  
<http://nob-ordbok.uio.no/perl/ordbok.cgi>
- Vestre viken HF & NN kommune (2012). *Avtale om inn- og utskrivning av pasienter – psykisk helsevern*.  
<http://www.vestreviken.no/fagfolk/samhandling/Documents/Avtale%20om%20inn-%20og%20utskrivning%20av%20pasienter%20-%20psykisk%20helsevern.pdf>.  
 (Nedlastet 03.12.13).



- Ødegård, A. (2009). Konstruksjoner av samarbeid. I E. Willumsen (Red.), *Tverrprofesjonelt samarbeid i praksis og utdanning* (s. 52- 63). Oslo: Universitetsforlaget.
- Aaland, E. (2011). *Og er ser på deg...* Oslo: Universitetsforlaget.
- Aarre, T. F. (2010). *Manifest for psykisk helsevern*. Oslo: Universitetsforlaget.



**Mette Schau**

Vedlegg 1

**Fra:** Bente Stein Mathisen  
**Sendt:** 15. april 2013 14:02  
**Til:** Mette Schau  
**Emne:** SV: Masteroppgave.

Hei!

Det er greit og lykke til med oppgaven!

Mvh Bente

---

**Fra:** Mette Schau  
**Sendt:** 15. april 2013 14:00  
**Til:** Kari Madssen; Bente Stein Mathisen  
**Emne:** Masteroppgave.

Hei,

Jeg er i samarbeid med medstudent Gunhild Dahl i gang med en masteroppgave. Dette Prosjektet er et delprosjekt forskningsprosjektet Asker Kommune har sammen med Høgskolen i Buskerud.

Vi ønsker å se på hvordan samarbeidene praksiser opplever det å samarbeide rundt brukere med ROP-lidelser.

I den forbindelse ønsker vi å rekruttere informanter fra henholdsvis SRT og psykososialt team. Vi tenker å gjennomføre et fokusgruppe intervju med 4-5 ansatte fra hvert team. Fokusgruppeintervjuet vil holdes for disse da 8-10 samlet for å få frem opplevelser av hva som oppleves som hemmende og fremmende faktorer mellom seksjonene når det gjelder dette å samarbeide.

Det vi spør om er deres godkjenning til å kontakte ledere og ansatte i teamene for å finne informanter. Vi håper også det er greit om vi setter opp tidspunkt for intervju i arbeidstiden, slik at det vil være til minst mulig ulempe for de som ønsker å være med.

Mvh  
Mette Schau  
Saksbehandler  
Vedtakskontoret  
Telefon: 66 76 82 16/ 84 73  
Mobil: 95 70 14 62



**Asker  
kommune**

**Mette Schau**

---

**Fra:** Bente Hildre  
**Sendt:** 7. mai 2013 09:45  
**Til:** Mette Schau  
**Emne:** SV: Masteroppgave.

Hei. Dette blir spennende og nyttig ifht prosesser som går ifht tjenesteutvikling.  
Dere må gjerne ta kontakt med SRT. Mellomledere der er nå: Liv Trude Aronsen og Monica Drangevåg.. mvh Bente Hildre

**Fra:** Mette Schau  
**Sendt:** 7. mai 2013 09:09  
**Til:** Kari Madssen  
**Emne:** VS: Masteroppgave.

Sender igjen som avtalt ☺

**Fra:** Mette Schau  
**Sendt:** 15. april 2013 14:00  
**Til:** Kari Madssen; Bente Stein Mathisen  
**Emne:** Masteroppgave.

Hei,

Jeg er i samarbeid med medstudent Gunhild Dahl i gang med en masteroppgave. Dette Prosjektet er et delprosjekt forskningsprosjektet Asker Kommune har sammen med Høgskolen i Buskerud.

Vi ønsker å se på hvordan samarbeidene praksiser opplever det å samarbeide rundt brukere med ROP-lidelser.

I den forbindelse ønsker vi å rekruttere informanter fra henholdsvis SRT og psykososialt team.  
Vi tenker å gjennomføre et fokusgruppe intervju med 4-5 ansatte fra hvert team. Fokusgruppeintervjuet vil holdes for disse da 8-10 samlet for å få frem opplevelser av hva som oppleves som hemmende og fremmende faktorer mellom seksjonene når det gjelder dette å samarbeide.

Det vi spør om er deres godkjenning til å kontakte ledere og ansatte i teamene for å finne informanter. Vi håper også det er greit om vi setter opp tidspunkt for intervju i arbeidstiden, slik at det vil være til minst mulig ulempe for de som ønsker å være med.

Mvh  
Mette Schau  
Saksbehandler  
Vedtakskontoret  
Telefon: 66 76 82 16/ 84 73  
Mobil: 95 70 14 62



**Asker  
kommune**

### **Intervjuguide til bruk i fokusgruppeintervju.**

Overskriftene og mellomtitlene er områder for samtale. Innledningsvis presenteres intervjuets hensikt, hvordan de ulike temaene vil bli introdusert samt rettighetene i informert samtykke.

#### ***Om å jobbe i seksjon rustiltak/ psykososialt team:***

Hvordan vil du beskrive det å jobbe med oppfølging av brukere med psykiske lidelser/ rusproblematikk i kommunen?

#### ***Om organisering:***

Hvordan vil du beskrive tilretteleggingen for samarbeid i organisasjonen i forhold til det å samarbeide rund oppfølgingen av brukere med en annen seksjon i kommunen?

(Ressurser, møteplasser, kommunikasjon)

#### ***Om opplevelsen av samarbeid:***

Hvordan vil du beskrive hvilken opplevelse du har av samarbeidet med seksjon rustiltak/ psykososialt team?

Hva oppleves som godt samarbeid mellom seksjonene, rundt brukere med rusmisbruksproblematikk og samtidig psykisk lidelse?

Hva oppleves som dårlig samarbeid mellom seksjonene, rundt brukere med rusmisbruksproblematikk og samtidig psykisk lidelse?

Hvilke tanker har du om faktorer som fremmer og hemmer samarbeid?

Hvilken innvirkning har lovverk og taushetsplikt på opplevelsen av samarbeid?

Er teamene organisert slik at samarbeid er mulig?

#### ***Refleksjoner knyttet til samtalen; innhold og deltakelse.***

Hva har hver enkelt opplevd som viktig i dette fokusgruppeintervjuet?

Hvordan har du opplevd din egen deltakelse?

Er du noe du ønsker å tilføye eller å si før vi avslutter intervjuet?

**Forespørsel om deltakelse i fokusgruppe i forskningsprosjektet  
«Samarbeidende praksiser innen psykisk helse og rus om det å samarbeide med  
hverandre rundt brukere med samtidig rus og psykiske problemer.»**

**DEL A**

**Bakgrunn og hensikt**

Denne forespørselen gjelder deltagelse i ett fokusgruppeintervju der hensikten er utforske opplevelsen og erfaringene av samarbeid mellom seksjon rustiltak og psykososialt team knyttet til personer med samtidige rus og psykiske problemer. Målet er å lære mer om og bidra til større forståelse av hvordan det er for fagpersoner å samarbeide rundt personer med samtidige rus og psykiske problemer i Asker kommune. Spørsmålene vi vil diskutere i fokusgruppene dreier seg om hvordan samarbeid foregår, om rammer og rutiner for samarbeid og konkrete erfaringer med gode samarbeidssituasjoner og vanskelige samarbeidssituasjoner. De som forespørres skal ha minst 2 års klinisk erfaring med målgruppen

**Hva innebærer studien?**

For å få belyst erfaringene ønsker vi å gjennomføre ett fokusgruppe intervju med 6-8 personer fra de ulike teamene. Dersom du godkjenner det, tas intervjuet opp på bånd for så å bli skrevet ut. Intervjuene gjennomføres i perioden september – desember 2013.

Prosjektledere for studien er masterstudenter Gunhild Dahl og Mette Schau med veileder førsteamanuensis Ottar Ness, ansatt ved Høgskolen i Buskerud, Fakultet for Helsevitenskap.

**Hva skjer med informasjonen om deg**

Alle data vil bli behandlet konfidensielt og på en forsvarlig måte i henhold til Personopplysningsloven og etter retningslinjer gitt av Datatilsynet. Dette innebærer at forskerne vil ha taushetsplikt overfor alle personopplysninger som samles inn. Datamaterialet vil bli anonymisert og slettet når forskningsprosjektet er avsluttet, senest 01.06. 2015. Forskningsresultatene vil bli publisert i nasjonale og internasjonale fagtidsskrifter og på fagkonferanser.

**Frivillig deltakelse**

Det er frivillig å delta i studien. Du kan når som helst og uten å oppgi noen grunn trekke ditt samtykke til å delta i studien. Dersom du ønsker å delta, undertegner du samtykkeerklæringen på siste side. Om du nå sier ja til å delta, kan du senere trekke tilbake ditt samtykke uten at det påvirker din øvrige behandling. Dersom du senere ønsker å trekke deg eller har spørsmål til studien, eller generelt ønsker mer informasjon om forskningsprosjektet kan du kontakte masterstudent Gunhild Dahl, tlf 976 50 766, [gunhildda@hotmail.com](mailto:gunhildda@hotmail.com) eller Mette Schau, tlf 980 45 970, [mette.schau@asker.kommune.no](mailto:mette.schau@asker.kommune.no) eller veileder førsteamanuensis Ottar Ness, [ottar.ness@hibu.no](mailto:ottar.ness@hibu.no)

**DEL B****Personvern**

Informasjonen som lagres om deg skal kun brukes slik som beskrevet i hensikten med studien. Alle opplysningene vil bli behandlet uten navn og fødselsnummer eller andre direkte gjenkjennende opplysninger.

Dekan ved Høgskolen i Buskerud, avdeling helsefag, ved er databehandlingsansvarlig.

**Utlevering av materiale og opplysninger til andre**

Det er kun Gunhild Dahl og Mette Schau som har adgang til informasjonen og som kan finne tilbake til deg. Det vil ikke være mulig å identifisere deg i resultatene av studien når disse publiseres.

**Rett til innsyn og sletting av opplysninger om deg**

Hvis du sier ja til å delta i studien, har du rett til å få innsyn i hvilke opplysninger som er registrert om deg. Du har videre rett til å få korrigert eventuelle feil i de opplysningene vi har registrert. Dersom du trekker deg fra studien, kan du kreve å få slettet innsamlede opplysninger, med mindre opplysningene allerede er inngått i analyser eller brukt i vitenskapelige publikasjoner.

**Informasjon om utfallet av studien**

Du har som informant rett til å få tilgang til utfall av studien.

Dersom du ønsker å delta, ber vi deg om å underskrive samtykkeerklæringen og postlegge svarkonvolutten. Når vi har mottatt denne vil du bli kontaktet av prosjektlederne.

Vennlig hilsen

Mette Schau og Gunhild Dahl

Masterstudenter i klinisk helsearbeid, studieretning psykisk helsearbeid  
Høgskolen i Buskerud

Asker 08.03.13

# Samtykke til deltakelse i studien

Jeg er villig til å delta i studien

---

(Signert av prosjektdeltaker, dato)

Jeg bekrefter å ha gitt informasjon om studien

---

(Signert, rolle i studien, dato)

Gunhild Dahl  
Masterstudent  
Høgskolen i Buskerud

Mette Schau  
Masterstudent  
Høgskolen i Buskerud

Ottar Ness  
Førsteamanuensis  
psykisk helsearbeid  
Høgskolen i Buskerud



| Meningsbærende enhet  | Kondensert meningsbærende enhet   | Undertema  | Tema   |
|---|---|--|--|
| <p>Jeg må jo si at jeg syns at det er overraskende lite samarbeid generelt. Nå har jeg jobba her i to år og jeg trur det er to tre saker det har vært snakk om... og stort sett i alle tilfeller så gjelder det, er det jo både rus og psykiatri. og så er det litt van... mulig ikke jeg har fått klienter til å søke det er der det ligger det kan jo være så mangt jeg syns det er vanskelig å si hva som gjør at det er kun er SRT som er inne.</p> | <p>Opplever lite samarbeid, er usikker på hvorfor. Opplever at det burde vært samarbeid, da det er både rus- og psykisk helse problematikk.</p> | <p>Lite samarbeid til tross for behov for kompetanse fra begge felt.</p> | <p>Opplevelsen av usikkerhet rundt hvordan og hvorfor de skal samarbeide med hverandre</p> |

| Meningsbærende enhet   | Kondensert meningsbærende enhet  | Undertema   | Tema   |
|--|--|---|--|
| Jeg tror kanskje ikke at vedtak som gjør at vi ikke kan samarbeide. Jeg tenker vi kan samarbeide. Jeg tror og vi jobber veldig mye likt. Jeg tror ledelsen nekter oss ikke samarbeid, men jeg tenker kanskje de kan lage flere arenaer som det er lettere å gjøre det. Eh, for i en hverdag er det så hektisk at det er litt vanskelig innimellom syns jeg og stoppe opp og tenke det er mange man skal samarbeide med da også, blir ikke nekta det men at det er kanskje noen andre som må, over meg som må tilrettelegge enda mer for det, finne arenaer og si noe om det. | Vedtak hindrer ikke samarbeid. Ledelsen nekter ikke samarbeid, men bør tilrettelegge for flere samarbeidsarenaer. Vanskelig å tilrettelegge selv i en hektisk hverdag. | Økt tilrettelegging fra ledelsen vil øke mulighetene for og enklere samarbeide. | Opplevelsen av at rutiner og organisering har betydning for samarbeidet. |



Harald Hårfagres gate 2  
N-5007 Bergen  
Norway  
Tel: +47-55 58 21 17  
Fax: +47-55 58 96 50  
nsd@nsd.uib.no  
www.nsd.uib.no  
Org.nr. 985 321 884

Ottar Ness  
Fakultet for helsevitenskap  
Høgskolen i Buskerud  
Postboks 7053  
3007 DRAMMEN

Vår dato: 03.04.2013

Vår ref:33849 / 3 / LT

Deres dato:

Deres ref:

## TILBAKEMELDING PÅ MELDING OM BEHANDLING AV PERSONOPPLYSNINGER

Vi viser til melding om behandling av personopplysninger, mottatt 12.03.2013. Meldingen gjelder prosjektet:

33849

Behandlingsansvarlig  
Daglig ansvarlig  
Student

*Samarbeidende praksiser innen psykisk helse og rus om det å samarbeide med hverandre  
rund brukere med samtidig rus og psykiske problemer  
Høgskolen i Buskerud, ved institusjonens øverste leder  
Ottar Ness  
Mette Schau*

Personvernombudet har vurdert prosjektet og finner at behandlingen av personopplysninger er meldepliktig i henhold til personopplysningsloven § 31. Behandlingen tilfredsstiller kravene i personopplysningsloven.

Personvernombudets vurdering forutsetter at prosjektet gjennomføres i tråd med opplysningene gitt i meldeskjemaet, korrespondanse med ombudet, ombudets kommentarer samt personopplysningsloven og helseregisterloven med forskrifter. Behandlingen av personopplysninger kan settes i gang.

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

Personvernombudet har lagt ut opplysninger om prosjektet i en offentlig database, <http://pvo.nsd.no/prosjekt>.

Personvernombudet vil ved prosjektets avslutning, 01.09.2015, rette en henvendelse angående status for behandlingen av personopplysninger.

Vennlig hilsen

  
Vigdis Namtvedt Kvalheim

  
Lis Tenold

Lis Tenold tlf: 55 58 33 77

Vedlegg: Prosjektvurdering

Kopi: Mette Schau, Frydenlund 2 B, 3414 LIERSTRANDA

## Personvernombudet for forskning



### Prosjektvurdering - Kommentar

Prosjektnr: 33849

Det gis skriftlig informasjon og innhentes skriftlig samtykke. Personvernombudet finner skrivet godt utformet.

Innsamlede opplysninger registreres på privat pc. Personvernombudet legger til grunn at veileder og student setter seg inn i og etterfølger Høgskolen i Buskerud sine interne rutiner for datasikkerhet, spesielt med tanke på bruk av privat pc til oppbevaring av personidentifiserende data.

Prosjektet skal avsluttes 01.09.2015 og innsamlede opplysninger skal da anonymiseres og lydopptak slettes. Anonymisering innebærer at direkte personidentifiserende opplysninger som navn/koblingsnøkkel slettes, og at indirekte personidentifiserende opplysninger (sammenstilling av bakgrunnsopplysninger som f.eks. yrke, alder, kjønn) fjernes eller grovkategoriseres slik at ingen enkeltpersoner kan gjenkjennes i materialet.

**Mette Schau**

---

**Fra:** Lis Tenold <Lis.Tenold@nsd.uib.no>  
**Sendt:** 28. mai 2013 10:37  
**Til:** Mette Schau  
**Emne:** Re: VS: Prosjekt 33849

Hei

Kan ikke se at du har nevnt Gunhild Dahl i meldeskjemaet. Men vi tar til orientering at hun er prosjektleder på lik linje med deg og skal også ha tilgang til innsamlete opplysninger.

Vennlig hilsen

Lis Tenold

Mette Schau skrev 27.05.2013 09:19:

Hei!

Vi har søkt og fått godkjent et masterprosjekt, ref nr 33849.

Vi er to studenter som skriver sammen, men brevet ang godkjenningen fra dere kom kun til meg, og min medstudent Gunhild Dahl er ikke nevnt.

Er det mulig å få en bekreftelse på om det er avklart med dere at vi er en del av det samme masterprosjektet?

Mvh  
Mette Schau  
Saksbehandler  
Vedtakskontoret  
Telefon: 66 76 82 16/ 84 73  
Mobil: 98045970



**Asker  
kommune**

--

Vennlig hilsen

Lis Tenold  
Spesialrådgiver

Norsk samfunnsvitenskapelig datatjeneste AS  
Personvernombud for forskning  
Harald Hårfagres gate 29, 5007 BERGEN

Tlf. direkte: (+47) 55 58 33 77 - Tlf. sentral: (+47) 55 58 81 80  
Email: [Lis.Tenold@nsd.uib.no](mailto:Lis.Tenold@nsd.uib.no) - [www.nsd.uib.no/personvern](http://www.nsd.uib.no/personvern)

