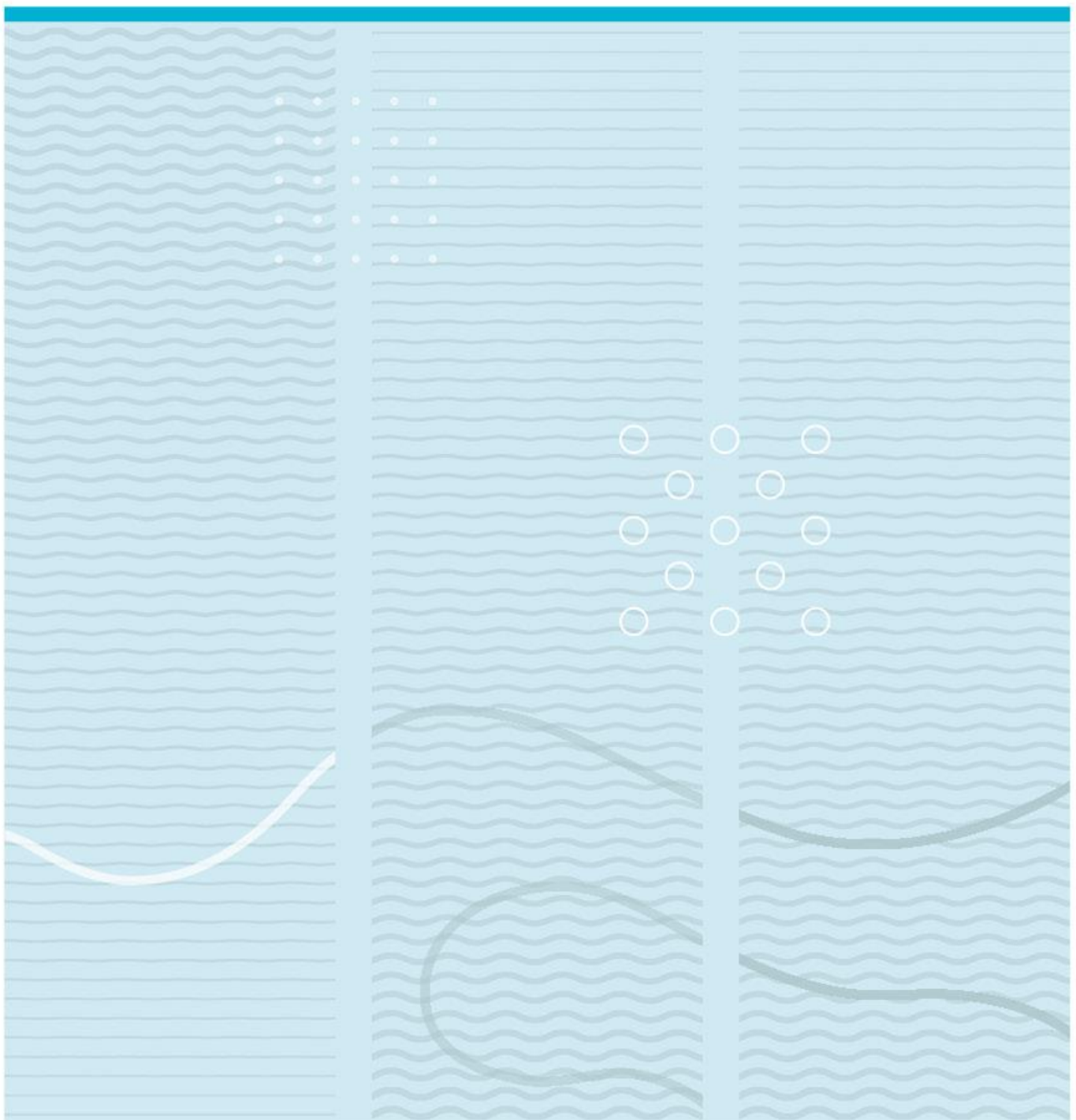


Solveig Florell

**«Det er jeg som må holde han levende»**

-en kvalitativ studie av kommunens koordineringsansvar i kompliserte brukersaker



Universitetet i Sørøst-Norge  
Fakultet for Helse – og sosialvitenskap  
Institutt for helse-, sosial- og velferdsfag  
Postboks 235  
3603 Kongsberg

<http://www.usn.no>

© 2022 Solveig Florell

Denne avhandlingen representerer 45 studiepoeng

## **Sammendrag**

**Bakgrunn** Helsefremmende arbeid handler om å gjøre folk i stand til å få kontroll over de faktorer som påvirker helse. En viktig strategi i dette arbeidet er å jobbe på tvers av sektorer og bringe ressurser sammen, for å jevne ut sosial ulikhet i helse. Koordineringsansvarlige i kommunen har som oppgave å koordinere tjenestene rundt brukerne for å skape helhetlige tjenester. Denne studien har til hensikt å undersøke på hvilken måte koordineringsansvaret oppleves for kommunalt ansatte som følger opp komplekse brukersaker.

**Metode** I undersøkelsen er det brukt kvalitativ metode, med intervjuer av 6 ansatte ved kommunale rus- og psykiskhelsetjenester. Alle ansatte hadde en dobbeltrolle som både koordineringsansvarlig- og oppfølgingsansvarlig. Tilnærmingen til materialet har vært induktiv. I analysearbeidet ble det brukt tematisk tekstanalyse.

**Resultat** Det er et uklart skille mellom koordineringsansvaret og andre roller i møte brukeren, og man må finne ut av koordineringsrollen selv. Rammene er frie, og kombinasjonen av oppfølgingsrollen og koordineringsrollen oppleves hensiktsmessig. Planmessig arbeid er utfordrende og planverk tilpasses i etterkant av at tiltak er gjennomført. Koordineringsansvaret innebærer å jobbe både strukturelt og faglig. Det er et arbeid som gir en opplevelse av at man er alene. Ansvaret er individualisert og innbyr til fight eller flight-strategier.

**Konklusjon** Kommunens koordineringsansvar i kompliserte brukersaker innebærer en opplevelse av totalt ansvar. Kombinasjonen av koordineringsrollen og oppfølgingsrollen synes å forsterke denne opplevelsen.

## **Abstract**

**Background** Health promotion is the process of enabling people to increase control over, and improve their health. An important strategy is mediate and to work across sectors and bring resources together, to reduce health inequality. The task of a case manager is to coordinate the service for the patients, in order to create holistic services. This study aims to explore how the responsibility is experienced by municipal employees who have the responsibility to care for complex patient cases.

**Method** This survey is based on a qualitative method, with interviews of 6 employees at mental health services. All employees had a dual role as both case managers and health- and care workers. The approach to the material has been inductive, and in the analyzing process thematic text analysis is used.

**Result** There is an unclear distinction between the coordination responsibility and other roles in the encounter with the patient, and one must figure out the role on their own. The framework for how to handle the work is free, and the combination of roles is perceived useful. Planning the work is challenging, and plans are adapted after the work has been done. Coordination responsibility involves working both structurally and professionally. It's a job that gives you the experience of being alone. The responsibility is individualized and invites to fight or flight strategies.

**Conclusion** The case manager's responsibility entails an experience of total responsibility. The combination of the coordination role and the role of a health- and care worker seems to reinforce this experience.

## Innholdsfortegnelse

|  |           |
|--|-----------|
| <b>Sammendrag</b> .....  | <b>3</b>  |
| <b>Abstract</b> .....  | <b>4</b>  |
| <b>Innholdsfortegnelse</b> .....   | <b>5</b>  |
| <b>Forord</b> .....  | <b>8</b>  |
| <b>1 Innledning</b> .....  | <b>9</b>  |
| 1.1 Bakgrunn.....  | 9         |
| 1.1.1 Den sosiale helsemodellen og sosial ulikhet i helse.....           | 9         |
| 1.1.2 Strategier for Helsefremmende arbeid.....                          | 10        |
| 1.2 Oppgavens plassering i Helsefremmende arbeid .....                   | 11        |
| 1.2.1 Samhandling på et strukturelt nivå.....                            | 11        |
| 1.2.2 Samhandling på individnivå .....                                   | 12        |
| 1.3 Begrepsforståelse .....  | 12        |
| 1.3.1 Koordinator i kommunen .....                                       | 13        |
| 1.3.2 Brukere som mottar langvarige og koordinerte tjenester .....       | 14        |
| 1.3.3 Oppfølging av komplekse brukersaker .....                          | 15        |
| 1.4 Oppgavens oppbygging .....   | 16        |
| <b>2 Problemstilling</b> .....   | <b>17</b> |
| 2.1 Hensikt.....   | 17        |
| 2.2 Avgrensing .....   | 18        |
| <b>3 Teoretisk rammeverk og forskning</b> .....                          | <b>19</b> |
| 3.1 Tidligere relevante masteroppgaver.....                              | 19        |
| 3.2 System og organisering.....  | 20        |
| 3.3 Funksjonell differensiering .....                                    | 21        |
| 3.4 Samordning, samarbeid og samhandling i differensierte systemer ..... | 23        |
| 3.5 Tre hovedutfordringer i fagfeltet.....                               | 24        |
| 3.6 ROPIT .....  | 25        |
| 3.7 Wicked problems.....   | 25        |
| 3.8 Boundary spanner .....   | 26        |
| 3.9 Bakkebyråkraten.....   | 29        |
| 3.9.1 Tvetydige mål, knappe ressurser og bruk av skjønn .....            | 30        |

|          |   |           |
|----------|---|-----------|
| 3.9.2    | Et ansikt, og personlig oversvømmelse .....   | 31        |
| <b>4</b> | <b>Metode.....</b>  | <b>33</b> |
| 4.1      | Kvalitativ metode, og vitenskapelig ståsted.....  | 33        |
| 4.1.1    | Epistemologi og ontologi .....  | 34        |
| 4.1.2    | Hermeneutikk .....  | 34        |
| 4.2      | Utvalg.....   | 35        |
| 4.2.1    | Avgrensninger og inklusjonskriter .....   | 35        |
| 4.2.2    | Rekruttering.....   | 36        |
| 4.2.3    | Intervjuer .....  | 37        |
| 4.2.4    | Refleksjoner og etiske vurderinger rundt intervjusituasjonen .....                        | 37        |
| 4.3      | Gjøre materialet klar for analyse .....   | 38        |
| 4.3.1    | Feltnotater.....  | 38        |
| 4.3.2    | Transkribering.....   | 39        |
| 4.3.3    | Selvsitering .....  | 39        |
| 4.4      | Analyse .....   | 40        |
| 4.4.1    | Analysens fase 1 .....  | 41        |
| 4.4.2    | Analysens fase 2: Finne meningsbærende enheter .....                                      | 41        |
| 4.4.3    | Analysens fase 3: Gjenkjenne temaer.....  | 43        |
| 4.4.4    | Analysens fase 4: Videre arbeid med temaer, to nivåer .....                               | 44        |
| 4.4.5    | Analysens fase 5: Justering og definere endelige funn.....                                | 45        |
| 4.5      | Validitet og reliabilitet .....   | 46        |
| 4.6      | Forskningsetiske refleksjoner .....   | 48        |
| <b>5</b> | <b>Resultater .....</b>   | <b>51</b> |
| 5.1      | Hovedfunn 1: Uklart skille mellom koordineringsansvaret og oppfølgingsrollen ..           | 51        |
| 5.1.1    | Koordinering og oppfølging, roller man må finne ut av selv.....                           | 52        |
| 5.1.2    | Frie rammer rundt oppfølging- og koordineringsrollen.....                                 | 53        |
| 5.1.3    | Kombinasjonen av oppfølgings- og koordineringsrollen oppleves ofte<br>hensiktsmessig..... | 54        |
| 5.2      | Hovedfunn 2: Planmessighet er utfordrende .....   | 55        |
| 5.2.1    | Mangel på ressurser for planmessighet og kontinuitet.....                                 | 56        |
| 5.2.2    | Tiltaksplaner som tilpasses i etterkant .....   | 57        |
| 5.3      | Hovedfunn 3: Koordineringsrollen; mer enn å samordne tjenestene .....                     | 58        |

|          |   |           |
|----------|---|-----------|
| 5.3.1    | Koordineringsansvarlig med kamp eller unnvikelses-strategier for å håndtere rollen..... | 60        |
| 5.3.2    | Ansvaret for å holde han levende.....   | 61        |
| <b>6</b> | <b>Diskusjon .....</b>  | <b>63</b> |
| 6.1      | Uklart skille mellom roller -lav vertikal integrasjon? .....                            | 63        |
| 6.1.1    | Opplæring av kolleger- forsterker differensieringen? .....                              | 64        |
| 6.1.2    | Boundary spanner og personlige egenskaper .....   | 65        |
| 6.1.3    | Frihet med en omkostning .....  | 65        |
| 6.1.4    | Relasjonen fra oppfølgingen som en ressurs i koordineringsrollen.....                   | 66        |
| 6.2      | Planmessighet er utfordrende: Lineær tenkning og individualisert ansvar .....           | 67        |
| 6.2.1    | Tidsmangel -et uttrykk for differensierte organisasjoner? .....                         | 68        |
| 6.2.2    | Tiltaksplaner – reversert planlegging.....  | 70        |
| 6.3      | Koordineringsrollen; mer enn å samordne tjenestene og ansvarlighetens pris ....         | 71        |
| 6.3.1    | Koordinator med ansvar for vertikale og horisontale strukturer.....                     | 71        |
| 6.3.2    | Den ansatte som et subjekt, og strategier for håndtering.....                           | 73        |
| 6.3.3    | Eksistensielle spørsmål, og personlig oversvømmelse .....                               | 74        |
| 6.4      | Implikasjoner .....   | 75        |
| 6.5      | Studiens styrker og svakheter.....  | 77        |
| <b>7</b> | <b>Konklusjon.....</b>  | <b>79</b> |
|          | <b>Litteraturliste.....</b>   | <b>80</b> |
|          | <b>Vedlegg 1: Intervjuguide .....</b>   | <b>83</b> |
|          | <b>Vedlegg 2: Informasjonsskriv og samtykkeerklæring.....</b>                           | <b>86</b> |
|          | <b>Vedlegg 3: Godkjenning fra NSD .....</b>   | <b>90</b> |

## **Forord**

Dette har vært en fantastisk lærerik prosess. Aller mest på godt, men litt vondt underveis. Det har vært veldig moro å få plukke ut et felt, gå grundig inn i dette, og følge prosessen som kreves for å fullføre en masteroppgave.

Jeg vil rette en stor takk til familien, store og små, som har gitt meg rom og tid til å sette meg ned med dette arbeidet «hele tiden». Takk for forståelsen, og ikke minst engasjementet for at jeg skulle få fullføre.

Og tusen takk til veileder min, Susanne Hagen. Ikke bare har du bidratt med veiledning i oppgaven, men du har skjønnet mye av mine styrker og svakheter. Det har vært veldig givende og gøy!

Jeg vil også si at jeg setter veldig pris på biblioteket på USN som veileder på telefon, forlenger lånetider, og sender bøker i posten, både herfra og derfra. Det er en fantastisk service!

Og ikke minst til alle deltakerne i denne undersøkelsen- tusen takk for at dere satt av tid, og delte erfaringer og opplevelser!

Son, 13.mai 2022

Solveig Florell



# 1 Innledning

Dette er en masteroppgave i faget *Helsefremmende arbeid*. Faget er tverrfaglig sammensatt, blant annet fundert i pedagogikk, psykologi og sosiologi. Andre relevante fagretninger er etikk, statsvitenskap filosofi og epidemiologi. *Helsefremmende arbeid* retter seg mot ulike nivåer i samfunnet, fra enkeltmennesket, grupper, og videre til strukturelle og politiske nivåer, og handler om å gjøre folk i stand til å få kontroll over de faktorene som påvirker helse, altså *helse-determinanter* (Bunton & Macdonald, 2002; Dahlgren et al., 2009; WHO, 1986). Tema i denne oppgaven, forsøker å favne det strukturelle i møte med det praktiske arbeidet på individnivå.

## 1.1 Bakgrunn

I 1986 ble det for første gang avholdt en internasjonal konferanse med fokus på *Helsefremmende arbeid* i regi av *World Health Organization* (WHO, 1986) Konferansen var et svar på forventninger om en *New Public Health Movement* rundt om i verden. Dette kan oversettes til *et nytt folkehelsearbeid* (Hagen, 2020). Her ser man til en forståelse av at helse er noe som skapes og påvirkes av omgivelsene man lever i, og ressursene man har tilgang til (Green, Tones et al. 2015). Fra denne konferansen fulgte et *charter*, kalt *The Ottawa charter for Health Promotion* (Ottawacharteret), som kan sees på som et grunnlagsdokument for *Helsefremmende arbeid*.

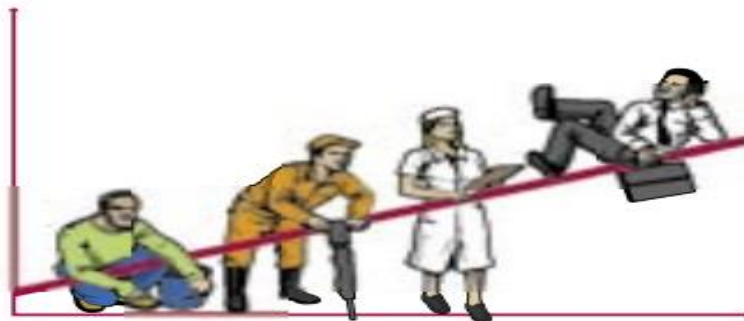
### 1.1.1 Den sosiale helsemodellen og sosial ulikhet i helse

Det er flere måter å forstå helsebegrepet på. En tradisjonell forståelse er den biomedisinske modellen fundert i naturvitenskapen, med et dikotomt perspektiv på frisk/syk (Green et al., 2015) Den *sosiale helsemodellen* skiller seg fra denne. Den er en komplementær modell til den biomedisinske, og plasserer begrepet *helse* på et kontinuum, fremfor i et enten/eller perspektiv. Her sees helse som en ressurs for livsutfoldelse, og påvirkes av ulike sosiale og samfunnsmessige forhold. De faktorene som påvirker helse, kalles de *sosiale helse-determinanter* (Bunton & Macdonald, 2002). Denne forståelsen av helse gjenspeiles i

WHO's konstitusjon fra 1948 og beskrives som *en tilstand av fullstendig fysisk, psykisk og sosialt velvære og ikke bare fravær av sykdom eller lidelser* (WHO, 1948).

*Sosial ulikhet i helse* bygger på forståelsen om at helse skapes og påvirkes av sosiale og samfunnsmessige forhold. Marmot (2006) viser til et empirisk mønster hvor man ser at det er en statistisk sammenheng mellom helse og sosioøkonomisk posisjon. Med sosioøkonomisk status menes den tilgangen man har på sosiale og økonomiske ressurser. Dette innebærer at folk med høy sosioøkonomisk status har generelt bedre helse, og lever lenger enn folk med lavere sosioøkonomisk status. Disse ulikhetene danner altså et empirisk mønster, og beskrives med en økende lineær kurve som viser sammenhengen mellom sosioøkonomisk posisjon, og hvor lenge man lever. Dette kalles *gradientutfordringen* (Marmot, 2006). Et vesentlig poeng er at dette forholdet er menneskeskapt. Siden dette er menneskeskapt, kan vi også endre på det (WHO 2008).

*Figur 1 Gradientutfordringen (Helsedirektoratet 2005)*



### *1.1.2 Strategier for Helsefremmende arbeid*

I *Ottawacharteret* viser til 3 strategier for helsefremmende arbeid; *advocate, enable* og *mediate* (WHO, 1986). Dette bygger på forståelsen av at helse er en vesentlig ressurs for ulike dimensjoner av livet. Politiske, økonomiske, sosiale, kulturelle og miljømessige forhold, samt adferd og biologi kan alt sammen bidra til å styrke eller svekke helse. Strategien knyttet til *advocate* sikter til å påvirke beslutningsprosesser og oppnå politisk og sosial aksept for

helsefremmende prosesser og strukturer. Strategien om *enable* viser til målet om *likhet i helse, og myndiggjøring*. Det favner både gruppenivå- og individnivå, for å gjøre folk i stand til å få kontroll over de faktorene som påvirker helsen. Til slutt fremheves strategien *mediate*, hvilket kan forstås som å jobbe *på tvers*, utover egne rammer, og bringe ressurser sammen. Dette arbeidet fordrer involvering fra samfunnets ulike nivåer, og instanser, også utenfor helsesektoren (WHO 1986). Det handler om både politiske og strukturelle aspekter, og berører både gruppe- og individnivå. Denne oppgaven har særlig fokus på håndteringen av sistnevnte strategi, og betydningen av dette på individnivå.

## 1.2 Oppgavens plassering i Helsefremmende arbeid

Denne undersøkelsen foregår i kommunal sektor. Når det gjelder de politiske føringer for *helsefremmende arbeid* og utjevning av *sosial ulikhet i helse*, har det kommunale feltet en avgjørende rolle. Det er i kommunen folk bor. Det her livene leves, og helse skapes. Dette gjenspeiles blant annet i *Folkehelseloven (Folkehelseloven, 2011)*. Lovens formål er å *bidra med en samfunnsutvikling som fremmer folkehelse, og mål om å redusere sosial ulikhet i helse ved helhetlig, langsiktig og koordinert arbeid (Folkehelseloven, 2011; Hagen, 2020)*.

Graham og Kelly (2004) skriver at utfordringen knyttet *sosial ulikhet i helse*, handler om å takle den urettferdige fordelingen av *helse-determinanter*. De viser til at det er flere måter å gjøre dette på. Et perspektiv er på et overordnet nivå, og dreier seg om å minske gapet mellom de fattigste og rikeste (Graham og Kelly, 2004). En annen strategi handler om å bedre vilkår, og helsen til de mest utsatte og sårbare gruppene. Tema i denne undersøkelsen berører håndteringen av sistnevnte strategi.

### 1.2.1 Samhandling på et strukturelt nivå

Folkehelseloven (2011) viser at kommunene skal oversikt over helsetilstanden til kommunes befolkning, og de faktorene som påvirker den. Dette skal blant annet baseres på kunnskap fra de kommunale Helse- og omsorgstjenestene (Folkehelseloven, 2011; Helse-og

omsorgstjenesteloven, 2011). Videre skal dette brukes i en tverrsektoriell strategi og planarbeid, med tiltak knyttet oppvekst -og levekårsforhold.

I *Helse- og omsorgstjenesteloven* er samhandling og koordinering et tema på ulike nivåer. På overordnet nivå, fremkommer det av Helse- og omsorgstjenesteloven § 3-4 at *kommunen skal samhandle med fylkeskommune, regionalt helseforetak og stat, slik at helse- og omsorgstjenestene i landet skal virke som en enhet*. Videre heter det i Helse- og omsorgstjenesteloven § 6-1, at kommunene plikter å inngå samarbeidsavtaler med regionale helseforetak, med samme målsetting om at tjenestene skal oppleves som ett. Her ser man altså lovkrav knyttet til samhandling på et strukturelt nivå.

### 1.2.2 Samhandling på individnivå

Helse- og omsorgstjenestelovens 7.kapittel handler om kommunens koordinerende plikter overfor innbyggerne. §§ 7-1 og 7-2 beskriver kommunens ansvar overfor brukere med behov for langvarige og koordinerte tjenester. Der brukeren ønsker det, skal kommunen utarbeide en individuell plan (IP) og koordinere denne. Uavhengig om bruker har, eller ikke har/ønsker en individuell plan, skal kommunen tilby koordinator i de tilfeller det er *behov for langvarige og koordinerte tjenester* (Helse- og omsorgstjenesteloven, 2011, § 7-2). Det heter videre at den skal *sørge for nødvendig oppfølging, og sikre samordning av tjenestetilbudet*. Kommunen skal også *sikre fremdrift i arbeidet med individuell plan* (Helse- og omsorgstjenesteloven, 2011; Kjellevold, 2020).

## 1.3 Begrepsforståelse

Begrepene *samordning, samhandling og samarbeid* brukes tidvis om hverandre. Når det gjelder begrepet *samhandling*, er det relevant å vise til *Samhandlingsreformen (St.meld. nr. 47, 2008-2009)*. Dette er en reform som ble lansert våren 2009. En målsetting ved denne, er *å sikre at den norske velferdsstaten er bærekraftig også for framtidige generasjoner*. To av hovedpoengene i reformen er at spesialisthelsetjenesten skal spesialiseres enda mer og at kommunehelsetjenesten skal ta over sykehusoppgaver (Romøren, 2011). Dette skal være et

grunnlag for at kommunene i større grad skal jobbe forebyggende, -og med folkehelse, og videre være et incentiv for å skape større samhandling mellom sykehus og kommune (St.meld. nr. 47, 2008-2009). Reformen beskriver 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 (St.meld. nr. 47, 2008-2009)*

Bjørkquist og Ramsdal (2021) viser til at begrepene *samordning* og *samarbeid* dreier seg om utfordringene med å skape helhetlige og sammenhengende tjenester og tiltak (Bjørkquist, C. & Ramsdal, H. 2021). De beskriver at disse begrepene har en tendens til å bety det samme i norsk tjenesteutvikling. De sier videre at *samordning* kan forstås som pågående prosesser som stadig må etableres, reetableres og vedlikeholdes. De forklarer at *samordning* skjer mellom faggrupper, organisasjoner, - og forvaltningsnivåer. Når det gjelder *samarbeid* viser de til Axelsson og Axelsson (2016), og at dette er noe som kan være formalisert i ulik grad, men at det må være arbeid som skjer parallelt og innenfor rammen av felles mål (Axelsson & Axelsson, 2016). Når det gjelder begrepet *samhandling*, forutsetter dette både aktivitet og strukturell involvering. En mer inngående beskrivelse av begrepsforståelsen knyttet til dette, presenteres i oppgavens teoridel.

### 1.3.1 Koordinator i kommunen

I Helsedirektoratets veileder for *Rehabilitering, habilitering, individuell plan og koordinator* (Helsedirektoratet 2015), påpekes det at koordinator oppnevnes av kommunen, og at oppgavene til en koordinator vil være det samme uavhengig av om brukeren har en individuell plan. Veilederen (Helsedirektoratet 2015) viser til at formålene for koordinatoransvaret- og koordinator av individuell plan er det samme; å sikre at brukeren får et helhetlig, koordinert og individuelt tilpasset tjenestetilbud. Videre er målet å sikre brukers medvirkning, og styrke samhandling på ulike nivå. Det vil derfor forstås som like oppgaver i denne fremstillingen; koordinator og koordinator for individuell plan. Kjellevold (2020) skriver at

*En koordinator skal sørge for nødvendig oppfølging av den enkelte pasient, sikre samordning av tjenestetilbudet både internt i institusjonen og overfor tjenesteytere utenfor institusjonen (Kjellevold, 2020).*

Hun understreker at koordinatoren har et *sørge-for-ansvar*, og at det betyr at rollehaveren ikke må gjøre alt selv, men hovedansvaret for å sørge for at det blir gjort (Kjellevold, 2020).

### *1.3.2 Brukere som mottar langvarige og koordinerte tjenester*

Lovverk og veiledere fremhever at koordinering av tjenester retter seg mot brukere med behov for *langvarige og koordinerte tjenester*. Med brukere menes en *person som mottar hjelp omfattet av helse- og omsorgstjenesteloven, som ikke er helsehjelp*, etter Pasient- og brukerrettighetsloven § 1-3 bokstav f (Kjellevold, 2020; Pasient- og brukerrettighetsloven, 1999). Her defineres en pasient som en som henvender seg til helse- og omsorgstjenestene med *anmodning om helsehjelp*, eller *mottar helsehjelp*. Helsehjelp er altså begrepet som her skiller *bruker* og *pasient* (Pasient- og brukerrettighetsloven, 1999).

En bruker vil være en som mottar tjenester fra kommunen i andre former enn direkte helsehjelp, som råd og veiledning, økonomisk bistand og sosial støtte og midlertidig bolig. I denne oppgaven har deltakerne brukt *pasient* og *bruker* om hverandre. Begge begrepene er i denne oppgaven ensbetydende med en som mottar tjenester fra kommunen.

Med behovet for *langvarige tjenester* forstås det slik at behovet strekker seg over en viss periode. Det er forøvrig ikke noe krav til en bestemt varighet (Kjellevold, 2020). Med behov for *koordinerte tjenester*, siktes det til at det er behov for to/ eller flere omsorgstjenester og/eller sosiale tjenester, og disse bør stå i en viss sammenheng. Hvorvidt det er behov for flere tjenester innen samme instans, eller ikke, er ikke avgjørende (Kjellevold, 2020).

### 1.3.3 Oppfølging av komplekse brukersaker

I Helsedirektoratets veileder om *Oppfølging av personer med store og sammensatte behov* fremheves det at faktorer og symptomer er *vevd sammen*. Det fremheves videre at det innebærer en kompleksitet og at man må forstå hvert tilfelle ut fra personens helhetlige situasjon (Helsedirektoratet 2017). En brukergruppe som kan omfattes av denne beskrivelsen, er de som sliter med samtidige rus- og psykisk helseutfordringer (ROP). Dette er altså en brukergruppe som ofte befinner seg nederst på gradienten når vi snakker om *sosial ulikhet i helse* (Graham og Kelly, 2004).

I *Sammen om mestring* (Helsedirektoratet, 2014) beskrives 3 hovedforløp i oppfølging av innbyggere med rus- og psykisk uhelse. Hovedforløp 3 omfatter de med *alvorlig/langvarige problemer og lidelser*. Eksempler på tilstander som dette forløpet omfatter er medikament- eller rusmiddelavhengighet, alvorlige bipolare lidelser, alvorlig depresjon, schizofreni og alvorlige personlighetsforstyrrelser. (Helsedirektoratet, 2014). Følgende av langvarig rus- og psykisk lidelse kan være mange, slik som somatiske plager og manglende egenomsorg. I tillegg står mange personer med disse lidelsene i fare for å miste, eller mangler i større eller mindre grad tilgang på levekårsressurser som bolig, arbeid eller sosialt nettverk (Helsedirektoratet, 2014). Brukergruppen som omfattes av *hovedforløp 3* kan også beskrives å ha svingende funksjonsnivå og manglende evne til egenomsorg (Hansen, 2007). Denne kompleksiteten, og hjelpebehovet, er grunnen til at jeg har valgt å beskrive sakene som *komplekse brukersaker*.

Veilederen (Helsedirektoratet 2014) sier også noe om forståelsen av denne brukergruppen, ROP-brukere, og hvordan oppfølgingen bør foregå. Det fremheves hvordan kommunen og spesialisthelsetjenesten har et ansvar sammen for å bidra med kartlegging, diagnostisering og behandling- og oppfølgingstiltak. Således er dette en brukergruppe med sammensatte og komplekse hjelpebehov, som fordrer at hjelpeinstansene samarbeider tett, og oppleves som ett, eller *sømløse*, jf helse- og omsorgstjenestelovens § 6-1 (Helse- og omsorgstjenesteloven, 2011).

På samme tid har kommunene et selvstendig oppfølgingsansvar. Det fremheves i *Sammen om mestring* at kommunene står ganske frie i organiseringen av dette (Helsedirektoratet, 2014). Det påpekes likevel noen krav til vesentlige elementer, og det innebærer blant annet at kommunene plikter å følge opp brukerne både *før, under og etter behandling i spesialisthelsetjenesten*. Videre heter det at den som følger opp brukergruppen bør beherske sentrale kunnskapsbaserte metoder, og blant annet *kunne tilby velprøvede metoder som kognitiv terapi og motiverende intervju* (Helsedirektoratet, 2014). Oppfølgingen beskrives å skulle ha fokus på *skadereduserende- og rehabiliterende tiltak*. Dette kan bety omsorgsbaserte tiltak, oppfølging knyttet til bolig og ivaretagelse av grunnleggende behov. Disse forholdene peker på at oppfølgingsansvarlig må tilpasse tjenestene som gis, og veksle mellom et behandlingsperspektiv, og omsorgsperspektiv, avhengig av brukerens funksjonsnivå og behov.

#### 1.4 Oppgavens oppbygging

Denne oppgaven er bygd opp med en innledning, og med beskrivelse av undersøkelsens bakgrunn. Her viste jeg til noen hovedtrekk i forståelsen av faget *helsefremmende arbeid*, og 3 strategier for dette arbeidet. Videre viste jeg til at undersøkelsen plasseres i den kommunale sektoren, samt presenterte relevant lovverk og veiledere for tematikken. Jeg har også redegjort for begreper som ligger til grunn for forståelsen av problemstillingen.

Videre vil jeg i kapittel 2 presenteres problemstillingen, samt hensikten og avgrensninger knyttet til denne. I oppgavens 4.del beskriver jeg teoretisk rammeverk og forskning, før jeg går inn på undersøkelsens metode og forskningsdesign. Jeg vil så beskrive analysemetoden, før jeg presenterer resultatene av undersøkelsen. Til slutt følger oppgavens diskusjonsdel, før en avsluttende konklusjon.



## 2 Problemstilling

På bakgrunn av ovennevnte fremstilling, med søkelys på hvordan lovverk og strukturelle forventninger møter praktisk arbeid, er oppgavens problemstilling som følger:

*På hvilken måte opplever kommunalt ansatte kommunens koordineringsansvar i kompliserte brukersaker?*

For å besvare problemstillingen, har jeg formulert følgende forskerspørsmål:

1. Hvordan oppleves koordineringsrollen i kombinasjon med andre oppgaver?
2. Hvordan oppleves denne rollen i lys av målet om sømløse tjenester?

### 2.1 Hensikt

Denne oppgaven handler om koordineringsansvaret kommunalt ansatte har i kompliserte brukersaker. I et helsefremmende perspektiv hvor målet er å jobbe med å jevne ut *sosial ulikhet i helse*, er dette en viktig brukergruppe med hensyn til at de ofte befinner seg nederst på helsegradienten (Graham og Kelly, 2004).

Andre relevante instanser som følger opp brukergruppen, som ulike deler av spesialisthelsetjenesten, har også et koordineringsansvar. Men der kommunen er involvert, faller koordineringsansvaret på kommunen. Dette kommer frem blant annet av Spesialisthelsetjenesteloven § 2-5, andre ledd, 1.del:

*Dersom en pasient har behov for tjenester både etter loven her og etter helse- og omsorgstjenesteloven, skal kommunen sørge for at arbeidet med planen settes i gang og koordineres*

(Spesialisthelsetjenesteloven – sph, 1999)

For ansatte i kommunen som følger opp komplekse brukersaker, vil således koordineringsansvaret være en oppgave som kommer i tillegg til oppfølgingen, i tråd med hovedforløp 3 i Sammen om mestring (Helsedirektoratet, 2014).

Koordineringsarbeid ansees som helsehjelp, jf veilederen fra Helsedirektoratet om koordineringsrollen, og det er således knyttet dokumentasjonskrav til dette arbeidet (Helsedirektoratet, 2018). Likevel har oppgaven også et systemansvar, da koordinering i veilederen blant annet beskrives å innebære at det *sikres samordning av tjenestetilbudet*. Gunnar V. Hansen skriver i *Samarbeid uten felleskap* at koordinator får en rolle både som planlegger og administrator av et helhetlig tilbud. (Hansen, 2007). Dette vil bety et annet type arbeid, og et annet type ansvarsområdet, enn oppfølging – og behandlingsansvar.

Hensikten med undersøkelsen er å se på hvilken måte koordineringsansvaret oppleves, og kombineres i sammenheng med oppfølging av brukere med behov for langvarige og sammensatte tjenester. Temaet belyser håndteringen av strategien om *mediate*, og arbeidet med å *jevne ut sosial ulikhet i helse*.

## 2.2 Avgrensing

Tema for undersøkelsen antas å være relevant for andre kommunale felt, som barnevern, eldreomsorg, sosiale tjenester, og andre helse- og omsorgstjenester. Jeg har likevel valgt avgrense undersøkelsen til feltet rus- og psykisk helse, da det ligger i feltets natur at det er høy forekomst av samtidige lidelser. Og da særlig i de alvorlige tilfellene, som det er referert til i oppgaven. Avgrensningen ansees også som naturlig i lys av metode, forskningsdesign og oppgavens omfang.

### 3 Teoretisk rammeverk og forskning

I dette avsnittet vil jeg presentere teoretiske rammeverk, og forskning. Jeg har valgt å lene meg til masteroppgaver, og å kombinere forskningslitteratur og teoretisk rammeverk.

Jeg starter med å vise til lignende masterundersøkelser. Jeg vil deretter se på teorier knyttet til organisering, samt fagfellevurdert kunnskap og forskning omhandlende oppgavens tema. Mot slutten av kapitlet presenterer jeg de teoretiske og konseptuelle rammeverkene for oppgaven.

#### 3.1 Tidligere relevante masteroppgaver

Masteroppgavene jeg fant relevante, var blant annet Ranveig Sørensen som i 2019 skrev en masteroppgave med tittelen *Den psykososiale vaktmesteren*, med en problemstilling som etterspør *hvordan syke- og vernepleiere erfarer primærkontaktrollen og koordinering av tjenester til mennesker med store og sammensatte behov i kommune psykisk helsetjeneste for voksne* (Sørensen, 2019). Et interessant funn hun viser til, er at informantene formidler en opplevelse av ansvar på både system- og individnivå, og videre en opplevelse av å stå alene om det totale ansvaret for pasienten. Hun beskriver også funn som viser at verktøy som individuell plan ikke oppleves hensiktsmessig, da det virker for omfattende, og krevende å få brukergruppen til å delta aktivt i utarbeidelsen av den (Sørensen, 2019).

Det er også verdt å trekke frem en masteroppgave skrevet av Anne Jeanette Sylta i 2019 med noe tilsvarende tematikk. Tittelen på denne oppgaven er *Koordinator- som en del av sykepleierollen*. Hun har gjort en kvalitativ studie av hvordan koordinatorrollen forstås og utøves i kommunalt psykisk helsearbeid (Sylta, 2019). Ett av funnene viser hvordan sykepleierne opplever å ha manglende kunnskap om organisering slik koordineringen krever, og således må tilegne seg dette gjennom erfaring. Dette bidrar til et utydelig skille mellom rollene, og medfører at sykepleierrollen og koordinering blir utført på en samlet måte (Sylta, 2019).

### 3.2 System og organisering

Behovet for *samhandling* mellom tjenestene kan forstås ut fra et historisk blikk på organisering av offentlig sektor. Osborne (2010) skriver i boken *The New Public Governance* at organisering av offentlig sektor har fra etterkrigstiden og flere tiår etter, vært organisert etter formen *Public Administration* (PA). Han beskriver trekk ved dette som innebærer regelstyrt etter lovverk, fokus på rammer og regler, og sterk byråkratisk styring (Osborne, 2010). Han sier at tanken var at de administrative rammene skulle møte alle innbyggers behov, men at denne formen viste seg å ikke være tilstrekkelig for å nå målene. Han beskriver videre at dette la grunnlaget for New Public Management-tenkning (NPM). Dette er en form hvor man organiserer etter markedstenkning, med en bestiller-utfører- modell. Den grunnleggende ideen ved NPM- tanken, er å gjøre offentlig sektor mer lik privat sektor, og skape effektivitet ved å forme sektoren slik at det ligger til rette for konkurranse og måling (Osborne, 2010). Denne formen for organiseringen innebar for en del av kommunene, at rammer for ledelse handlet om fokus på forvaltning av ressurser, resultatorientering og måling. En slik modell kan forklare noe av de fragmenterte enhetene med en bestillerenhet som diagnostiserer og bestiller oppdrag fra utfører, i dette tilfelle fra rus- og psykiskhelsetjenestene (Helgesen, M.K. 2021). Osborne (2012) introduserer så begrepet *New Public Governance* (NPG). Dette innebærer en styring som baserer seg på arbeid i nettverk og inkludering av ulike aktører, både private og offentlige, og innebærer samordning og samhandling, med mål om å integrere ulike deler av samfunnet (Hagen, 2020; Osborne, 2010)

Som en motvekt til den fragmenterte organiseringen og NPM-tenkning, ser man at målsetting om samhandling og integrering av tjenestene gjenspeiles blant annet i veilederen fra Helsedirektoratet (2018) om *Oppfølging av personer med store og sammensatte behov*. Her fremheves det at utfordringsbildet knyttet til oppfølgingen av denne målgruppen handler nettopp om at helsetjenestene er *siloorganisert* og preget av fragmentering. I lys av en denne beskrivelsen, viser Vik og Aarseth (2019) i artikkelen *Koordinatorordninger som samordningstiltak – tre mulige paradokser*, at koordinering regnes som en av de eldste og største utfordringene i offentlig sektor. De formidler videre hvordan den tidligere nevnte *Samhandlingsreformen*, er et signal om at dette regnes som en svært viktig sak politisk -og

helsefaglig. Et av hovedpoengene i denne reformen, og problemforståelsen som ligger til grunn, dreier seg blant annet om at *pasientenes behov for koordinerte tjenester besvares ikke godt nok (St.meld. nr. 47, 2008-2009)*

I rapporten *Samhandlingsreformens konsekvenser for pleie- og omsorgstilbudet* (Sheikh et al., 2014) fremheves at denne reformen bygger på annet tankegodt enn NPM og den konkurransestyrt tilnærmingen som har preget norsk helsevesen de siste årene. De sier at reformen fikk bred oppslutning, men at det også var noen kritiske stemmer. Det blir fremhevet at reformen innebar at kommunene ble tilført flere faglige funksjoner knyttet til helse- og omsorgstjenestene, men at det fremstår at dette skulle være nærmest *gratis* (Sheikh et al., 2014). Det er også fremmet kritikk rundt begrepsbruk og betydningen av dette. Rapporten viser til *Samhandlingsreformens forløper- Fra stykkevis til helt- en sammenhengende helsetjeneste* (NOU 2005: 3), som var forløper til *Samhandlingsreformens*. Det poengteres her at *samhandling* i sistnevnte reform blir beskrevet som *helse- og omsorgstjenestenes evne til oppgavefordeling*, mens i forløperen blir beskrevet som *aktivt samarbeid og handlinger mellom alle som direkte eller indirekte er involvert i pasientbehandlingen*. Et argument forfatterne viser til, er altså at *samhandling* i større grad beskrives som *oppgavefordeling* i reformen (Sheikh et al., 2014).

### 3.3 Funksjonell differensiering

Det er tidligere referert til Vik og Aarseth (2019) artikkel *Koordinatorordninger som samordningstiltak – tre mulige paradokser*, og at *Samhandlingsreformens* (St.meld. nr. 47, 2008-2009) er å anse som en bekreftelse på en helsefaglig og politisk forankring knyttet til målsettingen om å skape helhetlig helsetjenester. I artikkelen utdyper de at koordinatorrollen er et virkemiddel i denne sammenhengen. De påpeker at dette heller ikke er et avgrenset norsk fenomen, men er et trekk ved en stadig spesialisert og kompleks helsetjeneste. I artikkelen ser de på hvorvidt koordineringsrollen har noen særtrekk i lys av andre samordningstiltak. I denne prosessen bruker de Luhmanns *systemteori* (Luhmann et al., 2013) og en forståelse av helsetjenesten i lys av teorien om *funksjonell differensiering* (Vik, og Aarseth, 2019). Med sistnevnte begrep ser de på helsetjenesten som *et system med ulike delsystemer som opprettholder sine funksjoner*. Dette kan handle om profesjon,

enheter eller forvaltningsorgan. I artikkelen er de særlig opptatt av hvordan koordinatorordningen samlet sett begrunnes og utformes av nasjonale myndigheter, og videre hvordan dette bidrar til å håndtere de samhandlingsutfordringene som oppleves i helsetjenesten. De forklarer Luhmanns systemteori ved å vise at det handler om skillet mellom *system* og *omverden*. De beskriver videre hvordan verden er så kompleks at systemene blir *slukt i et hav av muligheter for valg og forbindelser* (Vik og Aarseth, 2019). Dette bidrar til en forenkling ved behovet for å gjøre valgmulighetene mindre, og trekke en grense mellom en selv om omgivelsene. Hvert system forstår problemene ut fra sitt eget system, hvilket forsterker forskjellene gjennom sin *kommunikative og selvrefererende* virkemåte (Vik og Aarseth, 2019). De sier videre at man kan forstå *differensieringen* ut fra tre konkurrerende former. Det handler om *segmentær differensiering*, som sikter til systemer som består av like funksjoner. *Hierarkisk differensiering* som er en oppdeling av systemet etter makt og innflytelse. Helsetjenesten i denne sammenheng vil være preget av deling etter profesjon og organisatorisk tilhørighet. Den siste er *funksjonell differensiering*, som er basert på systemets ulike funksjoner. Den siste formen vil for helsetjenesten innebære at man minsker den interne kompleksiteten ved at hver del av systemet kan fokusere på egen ekspertise, og sin type hjelp. Der det oppstår nye behov, og behov for nye former for håndtering, vil det skje en *utdifferensiering* med en etablering av et nytt system for å håndtere denne spesifikke utfordringen (Vik og Aarseth, 2019).

Vik og Aarseth (2019) legger forklaringsmodellen om *funksjonell differensiering* til grunn når de ser på samordningsutfordringer i helsetjenesten. De sier videre at ved en opprettelse av koordinatorfunksjon, flytter man utfordringen om samordning vekk fra institusjonene (delsystemene) og over på *koordineringssystemet*. Gevinsten ved dette er blant annet at pasienten slipper å forholde seg til kompleksiteten i feltet, men har ett kontaktpunkt som skal skape opplevelsen av en *helhet*. Samtidig slipper aktørene i delsystemene å forholde seg til den samme kompleksiteten som krav om samordning innebærer. De påpeker at en slik *utdifferensiering* kan sees på som et paradoks, da man *utdifferensierer* et nytt system som svar på *differensieringsutfordringer*.

Forfatterne peker på et annet paradoks ved denne ordningen. De viser at helsetjenestene har stor frihet knyttet til hvordan de organiserer koordineringsordningene, så lenge den

lovpålagte koordinatorfunksjonen opprettholdes. Dette innebærer at koordinatoren *utdifferensieres* ut fra delsystemene i helsetjenesten, hvilket betyr at de yter denne tjenesten i en forlengelse av tjenesten, og deres interne logikker og forståelser (Vik og Aarseth, 2019). Koordinatoren bidrar ikke da til å skape en felles forståelse og kultur, snarere tvert imot - faren for at de viderefører og forsterker forskjellene som er allerede finnes, er ganske stor. Vik og Aarseth (2019) sier at *den funksjonelle differensieringen* fører til et tredje paradoks. Det handler om at de ulike koordineringssystemene innenfor kommunen og spesialisthelsetjenesten, samt legers medisinske koordineringsansvar til tider har uklare skiller, og at dette øker samordningskompleksiteten. Dermed oppstår det et behov for *koordinering av koordinatorene* (Vik og Aarseth, 2019). På den måten flytter man kompleksiteten som samordningen innebærer for delsystemene, over på et nytt system, samtidig som det forsterker differensieringen som behovet springer ut fra.

### 3.4 Samordning, samarbeid og samhandling i differensierte systemer

Axelsson og Axelsson (2006) beskriver at organisasjoner er et abstrakt fenomen. På tross av at det er akseptert som en objektiv virkelighet, påpeker de at ingen noen gang sett en organisasjon. De beskriver videre tendensen fra Luhmanns systemteori, om at når et system eller institusjon er etablert, forsterker den seg i kraft av at aktørene tar på seg roller og en adferd som legitimerer, og legitimeres innenfor systemets rammer. De viser videre til hvordan organiseringen av helsetjenestene er *funksjonelt differensierte* ved ulike oppgaver og roller, men også *strukturelt differensierte*, og hvordan dette bidrar til utfordringer knyttet til kvalitet og effektivitet. I WHO's *Ottawacharter* (1986) har det vært flere initiativ til å integrere ulike systemer for å styrke helsetjenester (Axelsson & Axelsson, 2006). Dette dreier seg både om lovgivning og politiske føringer, så vel som samarbeid på tvers av organisasjoner og institusjoner. For å rydde og tydeliggjøre begrepene knyttet til *interorganisert arbeid*, kan man se til to dimensjoner av *integrasjon*. Her dreier det seg om *vertikal -og horisontal integrasjon*. Det *vertikale* finner sted mellom organisasjonene og ulike enheter i det byråkratiske hierarkiet, både statlig, regionalt og lokalt. *Vertikal integrasjon* sikter til det som foregår mellom organisasjoner som er plassert på samme sted i hierarkiet. Dette dreier seg om samarbeid gjennom nettverk, som i hovedsak skjer på grunnlag av likeverd og frivillighet (Axelsson & Axelsson, 2006). Disse strukturene presenteres som

kontinuum, hvor integrasjonen vil variere avhengig av hvilken grad man befinner seg på de disse aksene. På grunnlag av dette forklares *samarbeid* ved noe som innebærer lav grad av vertikale strukturer, men høy grad av horisontale strukturer. *Samordning* innebærer det motsatte- høy grad av vertikale strukturer og lav grad av horisontale strukturer. Til slutt kan man se at høy grad av begge strukturene skaper grunnlag for *samhandling*.

### 3.5 Tre hovedutfordringer i fagfeltet

Gunnar V. Hansen (2007) har fokus på individuelle planer i kommunalt psykisk helsearbeid i sin doktoravhandling. Avhandlingen dreier seg om hvordan koordinatorene har løst oppgaven med å ta i bruk planene. Av flere mål han skisserer for å vurdere dette, ser han på hvorvidt samarbeid mellom tjenestene blir bedre, og om tjenestetilbudet blir mer helhetlig. Som grunnlag for interessen for det han undersøker i avhandlingen, fremstiller han tre hovedutfordringer i fagfeltet psykisk helse. Den første utfordringen han viser til, er et trekk innen psykisk helse, hvor dette feltet særskilt fordrer samarbeid internt og eksternt. Dette forklarer han med hvordan feltet er bestående av tverrfaglighet, og videre hvordan arbeidet, utover den spesifikke behandlingen, fokuserer på tilrettelegging for at pasienten/ brukeren skal fungere ute i samfunnet (Hansen, 2007). Dette poenget kjenner vi godt igjen fra forståelsen rundt helsebegrepet i Helsefremmende arbeid og den *sosiale helsemodellen*. (Bunton & Macdonald, 2002). Den andre utfordringen knytter seg til tjenestemottakerne. Han viser til hvordan psykisk lidelser preges av svingninger hos brukernes funksjonsnivå og bruk av tjenester, og at symptomene vil variere fra bruker til bruker, på tross av samme diagnose (Hansen, 2007). Han påpeker at dette innebærer at tjenestene må være både fleksible og individuelt tilpasset. I lys av dette fremhever han at det planmessige arbeidet kan være utfordrende, og at tiltak i denne sammenheng kan ha mer karakter av å beskrive arbeid som er satt i gang, fremfor en strategi for å heve mestring hos brukeren. Den tredje utfordringen han trekker frem, er brukermedvirkning. Han påpeker at beskrivelsen av svingninger hos brukeren er en faktor som også påvirker kvaliteten ved brukermedvirkningen. Han spør om brukermedvirkningen kun skal forbeholdes de periodene brukeren fungerer rasjonelt. Hvem skal bestemme hva som er rasjonelt, spør han. Han sier videre at poenget med en individuell plan er å skape stabile tjenester, men hva med en bruker som ikke ønsker stabile tjenester? (Hansen, 2007)



### 3.6 ROPIT

I januar 2018 startet forskningsprosjektet ROPIT - *integreerte tjenester med mennesker med ruslidelser- og psykiske lidelser*. Prosjektets varighet var 4 år, og hovedmålet var undersøke hvilke faktorer som fremmer organisering av integrerte tjenester til mennesker med samtidige ruslidelser og psykiske lidelser (ROP). De var opptatt av at tjenester til denne brukergruppen er opplevd som er oppsplittet og ukoordinerte. En del av resultatene er en antologi; *Statlig politikk og lokale utfordringer* (Bjørkquist & Ramsdal, 2021). Fokuset er lokalbaserte tjenester og forfatterne er opptatt av hvordan den statlige politikken legger til rette for oppfølging av ROP-brukere, og videre hvordan disse tjenestene organiseres lokalt. De viser til tre utviklingstrekk som har vært dominerende for feltet de siste ti årene, som *desentralisering, samordning og brukermedvirkning* (Bjørkquist og Ramsdal 2021). De formidler at trekkene har sammenheng med nedbyggingen av de psykiatriske institusjonene, og *desentralisering* som innebærer en omfordeling av ansvar til de lokale nivå. De påpeker at denne tendensen også innebærer et faglig fokusskifte fra psykiatri, til en psyko-sosial og sosiologisk modell. Når det gjelder *brukermedvirkning* fremhever de at dette er et mangetydig begrep. Her fremheves de at begrepet kan prinsipielt kan utfordre *ekspertrollen*, og den faglige selvstendige rollen, og videre peker de også på at det kan være særlig utfordrende i saker som kan betegnes som *wicked problems*. De peker videre på risikovurdering foretatt av Helsedirektoratet i 2016 om tjenester til mennesker med samtidige rus- og psykiske lidelser (Helsedirektoratet 2016). Denne viser at brukermedvirkning på individnivå er vurdert mangelfull. Det blir videre fremhevet at samhandling i kommunene er svak, og samarbeid mellom spesialisthelsetjenesten og kommunene er ikke aktivt. De sier videre at fragmenterte tjenester fortsetter å være en utfordring både på i kommunen og i spesialisthelsetjenesten (Bjørkquist og Ramsdal 2021).

### 3.7 Wicked problems

Begrepet *wicked problems* ble introdusert av teoretikerne Rittel & Webber i 1973 som en måte å beskrive kompleksiteten av planlegging knyttet til sosialpolitiske utfordringer (Rittel & Webber, 1973). Hege Hofstad (2013) har skrevet en doktoravhandling som handler om håndtering av *wicked problems i kommunal planlegging* i norsk sammenheng. Avhandlingen

har et vesentlig videre perspektiv enn denne oppgaven, hvor hun favner om *folkehelse og bærekraftig utvikling* på et sektorovergripende plan. Det er likevel relevant å se til hvordan hun beskriver *wicked problems*. Hun viser til den engelske betydningen, og sier at den direkte norske oversettelsen ikke favner helt betydningen; *ville* eller *ondsinnede*. Hun har derfor valgt å oversette det til komplekse *problemer*, selv om hun fremhever at dette ikke heller favner hele betydningen av ordet. Hun beskriver at *komplekse problemer* har noen kjennetegn, og det er at; *de er vanskelige å definere, de er vanskelige å lokalisere, de er vanskelige å implementere, de er kontinuerlige, og de har ingen objektiv riktig løsning* (Hofstad, 2013). Hun kommenterer også noe som er i tråd med Hansens poeng om forventninger rundt brukers (her; tjenestemottaker) rasjonalitet og målet med stabile tjenester for en målgruppe som ikke ønsker stabile tjenester. Hun påpeker at komplekse problemer skaper en *kognitiv usikkerhet* om forholdet mellom problemets årsaker og effekter. Hun sier at det derfor er vanskelig å møte disse problemene med en instrumentell rasjonalitet basert på en beslutningsmodell hvor man først identifiserer problemet, og deretter finner ulike løsningsalternativer som vurderes over og så besluttes, i tråd med den valgte politikken (Hofstad, 2013),

### 3.8 Boundary spanner

Williams` (2002) artikkel *The Competent Boundary spanner*, omhandler forskningen han har foretatt, med fokus på hvilke faktorer knyttet adferd og kompetanse hos *boundary spanners* (her forstått som koordinator) som er av betydning for koordinering av *wicked issues*. Han innleder artikkelen med å skrive om forståelsen av *wicked issues*, og sier det er hensiktsmessig at denne type problematikk er tjent med å møtes med *ikke-lineær* tenkning, sånn som *kompleksitet- og kaosteori* fra fysikkens vitenskap. *Lineær- tenkning* har en enkel forklaring knyttet til *in-put* og *out-come*. Williams (2002) sier videre om *wicked issues* at utfall av en innsats, intervensjon eller handling kan være umulig å forutse, og at en løsning på et problem ikke nødvendigvis henger sammen med årsaken.

Han tegner opp to ytterpunkter hvor det ene ytterpunktet dreier seg om å innta en *passiv rolle*, som en som har oversikt, men uten å påvirke, eller gå inn i arbeidet som gjøres av de

ulike deltakerne fra hjelpeinstansen. Det andre ytterpunktet inntar koordinatoren en aktiv rolle og sørger for en helhet, og bidrar til å skape sammenhengende tjenester (Hansen, G. V., 2021).

Williams (2002) viser at *wicked issues* er grenseløs i sin natur, og det er derfor ikke gunstig å møte dette med de tradisjonelle intra-organisasjonsformene (ikke samhandlende). Han mener derimot at man bør sette søkelys på *inter-organisasjonelle* kapasiteter (samhandling). Han sier videre at denne forståelsen, og behovet for samhandling for å løse *wicked issues*, er tatt opp i de politiske føringene for arbeid, men hevder at diskusjonene rundt dette likevel ender opp med et smalt perspektiv knyttet til effektivitet (Williams 2002). Han mener at *fikseringen* på organisasjonene, både med og uten et samhandlingsperspektiv, bidrar til at man glemmer det avgjørende bidraget fra hvert individ som setter samhandlingen ut i praksis. Williams (2002) beskriver at det finnes mye forskning, litteratur og teorier om samhandling, men påpeker at forskningen ofte er polarisert mellom de strukturelle forutsetninger i nettverk- og de formelle føringene som setter søkelys på kvaliteten av deltakerne, form og innhold knyttet til en bestemt institusjon eller sak.

Williams (2002) påpeker at *wicked issues* er en fremtredende utfordring i flere lag i den offentlige politikken, og forvaltningen i dag. Han sier videre at det derfor er naturlig å ha overordnet blick på organisasjonsformene vi har rundt offentlige, jf New Public Management- tenkning. Figuren er hentet fra *The Competent Boundary Spanner* (Williams 2002).

Figur 2 Moderne og postmoderne organisasjonsformer (Williams 2002)

|                           | Modern                               | Postmodern                              |
|---------------------------|--------------------------------------|---|
| Domain                    | Intra-organizational                 | Inter-organizational                    |
| Metaphor                  | Mechanistic                          | Systems                                 |
| Form of government        | Administration                       | Governance                              |
| Form of organization      | Bureaucratic                         | Networking, collaboration, partnership  |
| Conceptualization         | Differentiation; tasks and functions | Interdependencies                       |
| Decision-making framework | Hierarchy and rules                  | Negotiation and consensus               |
| Competency                | Skills-based professional            | Relational                              |
| Solutions                 | Optimal                              | Experimentation, innovation, reflection |

Williams (2002) argumenterer med at håndtering av *wicked issues* vil best kunne foregå i den *postmoderne organisasjonsformen* fordi man i kraft av problemenes grenseløse karakter, må bevege seg vekk fra en *intra-organisasjonell* form, altså et arbeid som setter søkelys på den interne aktiviteten i organisasjonen. Her ligger det et argument for at *wicked issues* er grenseløs i den forstand at det også omfatter organisasjonsformen. Han beskriver videre at de krav til samhandling som foreligger i dag, lite sannsynlig vil kunne *blomstre* i et system basert på hierarkisk kontroll og makt. Man kan kjenne igjen en draging mot den *postmoderne organisasjonsformen* i beskrivelsene av *New Public Governance* (Osborne, 2010).

Undersøkelsen Williams (2002) viser til i artikkelen hadde som mål å *identifisere, beskrive, kategorisere og forstå boundary spanning kompetanse og effektive samhandlende adferd*. Utvalget var innen helse-tjenester og kriminalomsorg. Til sammen hadde undersøkelsen 270 deltakere. Når han oppsummerer funnene, viser han at personlige egenskaper som *respekt, ærlighet, åpenhet og toleranse, imøtekommenhet og følsomhet* var viktige faktorer for koordineringsrollen. Spesielt fremhever han at de *beste* var de som ble vurdert som å *ha greie (easy) -og inviterende personligheter* og spesielt de som hadde evnen til å ikke identifisere seg for tett med egen organisasjon og personlig bagasje (Williams 2002). Han påpeker videre at det var en bred erfaring rundt opplevelsen av å mangle autoritet i møte med samarbeidspartnere. Det beskrives som et premiss at samhandlingssituasjoner er

være preget av mulighet til å ta avgjørelser, for på den måte kunne komme til enighet, oppleve jevnbyrdighet og komme til konklusjoner. I denne sammenhengen ble viktige personlige egenskaper beskrevet som en som kan *påvirke, en forhandler og mekler*. Videre påpeker Williams (2002) at det var ett syn på rollen blant deltakerne, at den måtte ha en form for *ekspertise* på et område for å kunne ha legitimitet i møte med andre organisasjoner, for å dra veksler på den makten som er knyttet til kunnskap. Et annet syn på den *ideelle boundary spanner* var vedkommende skulle kunne litt om alt, uten nødvendigvis å være ekspert på et felt. Forfatteren oppsummerer, og kommer med et forslag om at den beste *boundary spanner* ikke nødvendigvis må ha en profesjon, og bør være mindre bundet av faglig tilhørighet, og dermed ikke oppleves som en trussel for de andre faglige deltakerne.

I sum fremhever Williams (2002) fire avgjørende strategier for arbeidet som *boundary spanner*. Det handler om *nettverksarbeid*. Etablering og vedlikehold av kontakter og aktivitet for å skape helhetlige tjenester. Og videre *kommunikasjon* for å sikre godt samarbeid tjenester imellom, og ikke minst med bruker. Han viser at handlingene bør være preget av et *språk* som legger til rette for kontakt og gjensidighet – og holistisk tenkning. Videre er det å *se løsninger, og gjerne se utenfor de tradisjonelle rammer, og forventede fra organisasjonen, med fokus på det beste for bruker*. Det siste punktet som er avgjørende knytter seg til det administrative arbeidet, for å holde strukturer og planer som bidrar til effektivitet og nytte for brukeren (Hansen, G. V. 2021, Williams 2002).

### 3.9 Bakkebyråkraten

Jeg har tidligere i oppgaven beskrevet flere forhold knyttet til oppgavens problemstilling fra et *top down* perspektiv. Det vil si de styringsrammer, lovverk, føringer og forutsetninger som kommer ovenfra, og legger grunnlaget for arbeidet som skal gjøres. Williams (2002) berører individet i denne sammenheng, og følgelig et annet perspektiv – *bottom up*. Dette dreier seg om å se på organisering og arbeidets betydning fra det handlende individets perspektiv, og at disse handler innenfor en spesifikk og strukturell kontekst (Lipsky, 2010; Zacka, 2018).

Lipsky (2010) ga i 1980 ut boken om *Bakkebyråkrateri (Street- Level Bureaucracy)*. Her sikter han til ansatte som utfører tjenester i direkte kontakt med befolkningen. Han viser at det kan handle ansatte som yter hjelpe – og omsorgstjenester, pedagoger og politi. Dette er fagfolk som møter innbyggere i grensesnittet mellom politikk og innbyggere. Han fremhever dobbeltheten ved denne rollen, ved at de forvalter et politisk oppdrag, basert på lovverk og føringer. På samme tid innebærer arbeid med mennesker utallige unike møter, og situasjoner, og dermed er ingen situasjon er helt lik.

*Byråkrat-begrepet* forklares ved at de ansatte i praksis er siste ledd i utførelsen av politikken som er skapt et annet sted, og er dermed med på å skape den. Dette beskrives ved å vise at *bakkebyråkraten* må i hvert unike tilfelle bruke alt de har lært og kjenner til, og ta løpende avgjørelser, uten nødvendigvis å ha mye informasjon om situasjonen. Den rent faglige og strukturelle kunnskapen som tas i bruk, er ikke tilstrekkelig i håndteringen av hverdagslivets utførelse av arbeidet. Den ansatte påvirkes også av for eksempel kultur, normer, etiske retningslinjer og erfaringer (Lipsky, 2010) Han påpeker også at det er et trekk at ingen situasjon er lik, arbeidsmengden vil være utømmelig, informasjonen om hvert enkelt tilfelle begrenset, og likeså ressursene.

### 3.9.1 *Tvetydige mål, knappe ressurser og bruk av skjønn*

På bakgrunn av kompleksiteten som ligger i møte med enkeltmennesket, skisserer Lipsky (2010) flere dilemmaer for den ansatte som følge av dette. Et poeng han fremhever er at man må til enhver tid ta *skjønnsmessige vurderinger* og avgjørelser i daglivets praktiske arbeid. Lipsky (2010) hevder at dette ikke nødvendigvis er et onde, men viser hvordan arbeidet er kompleks og en krevende oppgave, og innehar flere lag og dilemmaer. Han utdyper dette ved å vise til at *bakkebyråkraten* må i hvert unike tilfelle bruke alt de har lært og kjenner til, og ta løpende avgjørelser, uten nødvendigvis å ha mye informasjon om situasjonen. Dette medfører at *bakkebyråkraten* må utvikle strategier for å håndtere situasjonen. Et trekk han videre påpeker ved byråkratiet er at styringsdokumenter og målsettinger er preget av *tvetydighet*, og at de stadig er i endring. Dette innebærer at det må foregå en kontinuerlig fortolkning og tilpassing av arbeidet som foregår. Han sier videre at

byråkratiet, er preget *knapphet på ressurser* som informasjon og tid. Det vil alltid være et arbeidspress, og innebærer at beslutninger som tas vil være preget av relativt begrenset informasjon, og under et tidspress, noe som igjen kan bidra til mestringsstrategier som generalisering og forenkling.

### 3.9.2 Et ansikt, og personlig oversvømmelse

Bernando Zacka (2018) følger opp Lipskys tenkningen med fokus på mennesket som utøver tjenester i forvaltningen, og har skrevet boken *When the state meets the street*. Et poeng han fremhever er byråkратиets *ansikt*. Han peker på at teorier om den moderne staten i hovedsak er upersonlig i sin karakter, og deler *mennesket og kontor*. Men, han viser at ved ethvert møte med offentligheten møter man et *ansikt*. Han sier at det er et ansikt vi vil like, eller frykte. Et ansikt som bærer forventningene våre til vårt sakers utfall. Han peker også på at hvis vi ikke er avhengig av staten, kan den være avgrenset til å være avgjørende for vår sak. Hvis vi tilhører samfunnets mest utsatte grupper, kan det være *liv eller død* (Zacka, 2018). I tråd med Lipsky (2010) viser han hvordan disse *ansiktene* til enhver tid må ta avgjørelser som er med på å forme oppfattelsen og tilliten vi har til det offentlige. Han påpeker også forhold (*dispositions*) som er reduserende for den ansatte som følge av tilpasning til en presset arbeidssituasjon. Han sier at rollen innebærer å balansere ytre sammensatte forventninger, med en indre psykologisk integritet. Den ansatte blir stående i en *skvis* mellom systemets forventninger og innbyggerens behov. Han påpeker, i likhet med Lipsky (2010) behovet for generalisere forståelsen av fenomenene man står overfor, for å ha kapasitet til å håndtere dem (Zacka, 2018). Dette kan resultere i mestringsstrategier som hverken gagnar innbyggerne eller er i tråd med de formelle føringene og forventningene (Fineide, Løken og Haug, E. 2021).

Fineide, Løken og Haug (2021) viser til Bjørkquist og Ramsdals (2021) beskrivelser av at bakkebyråkraten som befinner seg nederst i helsehierarkiet, og har manglende mulighet til å *desentralisere* (Bjørkquist og Ramsdal, 2021), det vil si flytte bort, eller spre ansvaret.

Fineide, Løken og Haug (2021) fremhever også Lipsky (2010) når de ser på profesjonsutøverens rolle i et samhandlingsperspektiv. De viser hvor krevende arbeidet er

for å innfri forventninger, og dekke behov i komplekse brukersaker, der det er fravær av formelle samordningsstrukturerer. Konsekvensen blir bruk av uformelle og dagligdagse samordningsgrep for å finne gode løsninger (Fineide, Løken og Haug, 2021).

I tilfeller med alvorlig ROP, og komplekse brukersaker, kan det innebære manglende ressurser for ivaretagelse, og bakkebyråkraten må improvisere og inkludere tiltak i lokalsamfunnet, og også i privat liv. Disse forholdene beskriver de som stressende, og kaller fenomenet *personlig oversvømmelse* (Bjørkquist og Ramsdal, 202; Fineide, Løken og Haug, 2021).



## 4 Metode

I det følgende vil jeg redegjøre for forskningsopplegg, og metodevalg. Tematikken jeg vil undersøke handler om på hvilken måte kommunalt ansatte opplever kommunens koordineringsansvar i kompliserte brukersaker. Forskerspørsmålene som støtter opp under tematikken, er; *hvordan oppleves denne rollen i lys av forventninger om sømløse tjenester, og; hvordan oppleves rollen i lys av andre oppgaver*. Formuleringene og ordvalget, viser til at undersøkelsen dreier seg om enkeltpersoners *opplevelser* knyttet til en spesifikk tematikk. Forskningens kontekst er altså de formidlede opplevelsene innenfor rammene av det utvalget som er gjort i undersøkelsen.

### 4.1 Kvalitativ metode, og vitenskapelig ståsted

Bakgrunnen for valget av forskningsdesign, avhenger av hva slags type kunnskap forskeren er ute etter (Savin-Baden & Major, 2013). Tema for undersøkelsen og dens karakter, legger grunnlaget for bruk av *kvalitativ metode*. Metodens formål er å forstå deler av deltakernes dagligliv, fra deres perspektiv (Kvale et al., 2015). Designet er induktivt, hvilket innebærer en eksplorativ form, hvor man søker å systematisere erfaringer, se mønstre, sammenhenger eller kategorier i et gitt materialet (Nilssen, 2012; Thomassen, 2006). Forskeren er synlig deltakende i undersøkelsen, utvalget er mindre, og forskeren er nær deltakernes opplevelsesverden, og søker detaljrik informasjon om teamet som undersøkes. Utgangspunktet for teoridannelse ved induktiv metode, er fra *noen til alle*. Denne generaliseringsformen innebærer også at resultatene ikke nødvendigvis blir logisk gyldige. Dette i motsetning til deduktiv metode, hvor det testes ut hypoteser i et større, representativt utvalg, som deretter bekreftes eller avkreftes, og søker logisk gyldige slutninger. Induktiv metode er egnet som en metode for å utlede hypoteser til deduktiv forskning (Thomassen, 2016).

#### 4.1.1 Epistemologi og ontologi

Kvalitativ metode er fundert på noen grunnleggende filosofiske forutsetninger. Dette dreier seg blant om *ontologi*. Begrepet sikter til det filosofiske studie av hva som mest grunnleggende finns. Dette perspektivet ser til virkeligheten som kompleks, og i stadig endring. Det betyr at det man kan finne som *sant*, gir svar på noe, men ikke alt. Videre trekker Nilssen (2012) frem *epistemologi*. Dette er det filosofiske studie av hva som er kunnskap, og hvordan den oppnås (Kvale et al., 2015). Fenomenene som forskes på, er opplevelser og levd liv, og forstås i en fortolkende sammenheng. Virkeligheten som blir formidlet oppstår i dynamikken mellom forsker og deltaker. Forskeren på sin side, er bevisst og ubevisst påvirket av egen forforståelse i kraft av verdier, erfaringer, kunnskap og stil. Nilssen (2012) viser i denne sammenheng til en tredje forutsetninger å ta hensyn til i kvalitativ metode- nemlig det *verdiledede aspektet*. Det er vesentlig at forskeren anerkjenner at hen er et deltakende subjekt i undersøkelsen, og at det dermed vil forme og påvirke resultatene. Dette forholdet gjelder også forskerens språk. Kvalitativ metode er språkdrevet og forskerens ordvalg og formuleringer er påvirket av ens eget epistemologiske og ontologiske ståsted. Nilsen (2012) kaller dette forutsetninger av *retorisk art*. Forutsetninger for rammene ved kvalitativ metode, som de av *retorisk art*, kan også utdypes i den *hermeneutiske forståelse* av virkeligheten.

#### 4.1.2 Hermeneutikk

I denne oppgaven har vektlegger jeg de hermeneutiske fortolkningsprinsipper i arbeidet med materialet. Jeg ser i hovedsak til hermeneutikken fremfor fenomenologien. Sistnevnte metode legger vekt på å sette egen forhåndskunnskap i parentes, versus den hermeneutiske forståelsen som viser til at det er en unngåelig ramme for vår persepsjon og forståelse av fenomener. Slik jeg leser det i et hermeneutisk perspektiv, må dette tas med i betraktning i arbeidet, snarere enn å sette søkelys på å legge den vekk. Jeg mener at dette er vesentlig poeng i denne oppgaven, da jeg har gjort flere valg i arbeidet, basert på egen praksiserfaring i feltet. Hermeneutikken viser til vår forforståelse, beskrevet som vår *forforståelseshorisont*, som de kontekstuelle rammene som preger vår forståelse av de fenomener vi står ovenfor. Nettopp ordet horisont, innebærer at vi ikke kan sette oss utenfor, eller parkere de rammene vår forståelse er innenfor (Thomassen, 2006). Denne erkjennelsen er avgjørende i forløpet i

forskningsarbeidet fra start til slutt, og vil være et vesentlig poeng i arbeidet med validitet av forskningen (Graneheim et al., 2017)

Når det gjelder fortolkningen av materialet, viser Kvale og Brinkmann (2015) til de syv prinsippene i den hermeneutiske sirkel, hvor forskeren går frem og tilbake mellom deler og helhet i fortolkningsprosessen, og *testingen* av delfortolkningene er ferdig når de indre enheter står uten logiske motsetninger til helheten. I disse prinsippene fremheves også at teksten ikke er *forutsetningsløs* i tråd med forståelseshorizonten. Videre rommer fortolkningsprosessen mulighet til fornyelse og kreativitet, utover de det umiddelbart gitte, og kan dermed være et bidrag til å utvide dens mening (Kvale et al., 2015).

## 4.2 Utvalg

Kvale og Brinkmann (2015) påpeker betydningen av design på intervjuundersøkelsen. Dette innebærer blant annet planlegging og valg knyttet til utvalg. Settingen jeg vil gjøre undersøkelsen min er i kommunen. Utvalget er kommunalt ansatte som har koordineringsansvar for brukere med komplekse hjelpebehov. Som jeg tidligere har nevnt, mener jeg i denne sammenhengen tjenestemottakere som har sammensatte lidelser, og følgelig har behov for langvarig tjenester etter Helse- og omsorgstjenesteloven § 7-2.

### 4.2.1 Avgrensninger og inklusjonskriter

Jeg har påpekt at jeg er særlig interessert i tjenestemottakere med rus- og psykisk uhelse. Jeg lurte også på om jeg skulle inkludere andre tjenestegrupper innen barnevern og eldreomsorg, som også koordinerer i komplekse brukersaker, men vurderte at ved å fokusere på rus- og psykisk uhelse-feltet, samt avgrense det til dette, ville jeg bedre kunne fange kompleksiteten i feltet, og deltakernes opplevelser. Jeg vurderte også om jeg skulle inkludere ansatte i rus- og psykiatrifeltet i spesialisthelsetjenesten, med behandlings- og koordineringsansvar. Dette slo jeg relativt raskt fra meg, da rollene i 1. og 2.linjetjenestene fortøner seg forholdsvis ulikt med hensyn til mandat og lovverk. Kommunens oppgaver kan tolkes å være nærmere brukeren, *der folk bor* (Hagen, 2020), og dette forholdet anså jeg

som et sentralt element av undersøkelsen. I problemstillingen fremgår det at jeg er på jakt etter opplevelsen av koordineringsansvaret. På bakgrunn av dette ønsket jeg ikke ledere av tjenester, eller fagledere. Årsaken til dette var at jeg så en mulighet for at formidlingen rundt opplevelsen ville kunne bli preget av ledelsesansvaret, og muligens få deltakere med større fokus på form, fremfor en nær formidling av erfaringer og opplevelser (Jacobsen, 2015). Hadde undersøkelsen hatt et videre rammebetingelser, hadde denne gruppen vært interessant å inkludere. Intervjuteknikk og erfaring hadde da vært avgjørende i håndteringen av et bredere utvalg av deltakere. Avgrensningen er også gjort med tanke på at gjennomføringen skulle være realiserbar i tråd med formålet og de rammebetingelsene gitt i oppgaven (Savin-Baden & Major, 2013).

I arbeidet med inklusjonskriter, endte jeg derfor opp med følgende:

- *Kommunalt ansatte med oppfølgingsansvar -og koordineringsansvar for brukere med rus- og psykisk uhelse*
- *Ansatte i 1.linjetjenesten med direkte brukerkontakt*
- *Sykepleiere, vernepleiere, sosionomer og helsefagarbeidere*

#### 4.2.2 Rekruttering

I prosessen med å finne deltakere, henvendte jeg meg først ulike ledere i helse -og sosialfeltet, i 5 ulike kommuner på Østlandet. Jeg var kjent med flere tjenestesteder, men brukte kommunens nettsider for å finne aktuelle ledere å henvende meg til. Dette for å være tydelig, gå rett tjenestevei, og ønske om habilitet i utvalget. Jeg brukte kontaktinformasjon som jeg fant på kommunenes nettsider, og sendte mail med informasjon om masterstudiet, meg som student, beskrev problemstilling, tema og bakgrunn, samt hva det ville innebære å delta med hensyn til informert samtykke (Kvale et al., 2015). Jeg la også ved en prosjektbeskrivelse. Jeg fikk på denne måten rekruttert to deltakere.

Med tanke på at jeg har arbeidserfaring fra kommunalt arbeid i regionen, og det aktuelle fagfeltet, hadde jeg kjennskap til flere ansatte i 1.linjetjenesten. Jeg henvendte meg til tre av

disse, som igjen tok kontakt med aktuelle kandidater. Strategien med å henvende meg lavere ned på tjenestenivå, opplevdes å skape mer engasjement. Jeg var påpasselig med å velge ut deltakere jeg ikke hadde noen kjennskap til, i kommuner jeg ikke har arbeidserfaring fra. Jeg endte opp med 6 deltakere, som alle passet med inklusjonskriteriene.

#### 4.2.3 Intervjuer

For å finne svar på forskningsspørsmålene i oppgaven, valgte jeg å holde semistrukturerte intervjuer, med en intervjuguide som i hovedsak baserte seg på ulike temaer knyttet til det jeg ønsket å undersøke. Temaene jeg søkte å få utdypet var; *opplevelser av brukergruppens behov, opplevelser rundt koordineringsansvaret, opplevelse av oppfølgingsansvaret, rammebetingelser for oppfølging og koordinering, opplevelser av samhandling i feltet.*

Etter første utkast av intervjuguiden, foretok jeg et prøveintervju med en tidligere kollega. Jeg opplevde da at jeg stod litt fast midtveis i intervjuet. Rollen som forsker var ny, og balansen mellom tematikk og dynamikk var utfordrende. (Kvale et al., 2015). Jeg registrerte at jeg var litt for bevisst på å være tilbakeholden, at intervjuobjektet jeg øvde meg på, ble usikker på hvor jeg ville. Jeg erkjente dermed at jeg nok måtte være med deltakende i intervjuprosessen.

Etter evalueringen av prøveintervjuet, gjennomgikk jeg punktene til intervjuguiden igjen, slik spørsmålsformuleringene stadig var åpne, men at jeg hadde stikkord til oppfølging av de ulike svarene. Jeg ønsket å gjennomføre intervjuene ansikt til ansikt. De tre første intervjuene foregikk fysisk. De tre neste intervjuene foregikk digitalt, som følge av smittevern. Intervjuene varte fra 30 minutter, og opp til 40 minutter.

#### 4.2.4 Refleksjoner og etiske vurderinger rundt intervjusituasjonen

Kvale (et al., 2015) viser til flere etiske aspekter ved selve intervjusituasjonen, utover informert samtykke. Det handler blant annet om konfidensialitet, og at det er enighet om hva forskeren kan gjøre med dataene. I forkant av intervjuet snakket jeg med deltakerne om

oppbevaring og behandling av materialet. De viser også hvordan maktforholdet i intervjusituasjonen er *asymmetrisk* (Kvale et al., 2015), med forskeren som den som stiller spørsmål og forsøker å få tak i den andres opplevelser. Intervjuformen kan oppleves invaderende, eller temaene kan oppfattes som noe som truer lojalitet, eller andre verdiladde forhold hos den som intervjues. Man kan dermed oppleve uønskede reaksjoner på dette, som motstand, hvor intervjudeltakeren bevisst eller ubevisst forsvarer seg mot situasjonen, eller omvendt- forsøker å tilpasse seg intervjueren og gi svar som tilsynelatende er ønsket (Kvale et al., 2015).

Jeg har en *forforståelse* i denne sammenhengen, som jeg anser for vesentlig at jeg er bevisst. I intervjusituasjonen, og i møte med deltakerne, var jeg opptatt av å ikke formidle egen erfaring om tema. Den deltakende formen, for å trygge og la deltakerne få en opplevelse av rom, forsøkte jeg å bidra til ved å være bevisst kroppsspråk, inntoning og oppfølgingsspørsmål (Kvalte et al., 2015)

Jeg opplevde også at overgangen fra fysiske intervju til digitale gjorde noe med intervjusituasjonen, og kontakten. Det første digitale intervjuet ble omgjort fra fysisk møte kort tid før avtalen, da deltakeren ønsket dette på grunn av smittehensyn. Dette intervjuet ble også det som hadde kortest varighet, og jeg ser i ettertid at slike forhold som kom uventet på, kan være med å påvirke hvordan jeg leder intervjuet, hva slags kontakt vi får, og hva som fremkommer i undersøkelsen.

### 4.3 Gjøre materialet klar for analyse

I det følgende vil jeg si noe om valg jeg tok i prosessen med transkribering, samt refleksjoner om betydningen av dette.

#### 4.3.1 Feltnotater

Analyseprosessen starter allerede ved innsamlingen av materialet, der jeg underveis noterte meg tematikk jeg opplevde gikk igjen, var viktig for forskningsspørsmålene eller på annen

måte stod ut som særlig interessant. Jeg satte av litt tid etter hvert intervju, hvor jeg også skreve ned umiddelbare inntrykk og tanker fra samtalen.

#### 4.3.2 Transkribering

Transkriberingen er en del av transformeringen som skal gjøre det innhentede materiale klar for analyse (Kvale et al., 2015). Allerede her gjøres det noen valg, som vil ha betydning for den videre analysen. Valgene dreier seg blant annet om hvor tett man legger seg opp til gjengivelsen av lyden som fremkommer i lydfilene., tar man med pauser, pust, gjentakelser og lyder som signaliserer at man tenker? Kvale og Brinkmann (2015) sier at disse valgene er avhengig av hva slags analyse man skal bruke, og hensikten.

I denne oppgaven er jeg særlig interessert i menings- og opplevelsesformidlingen, og har ikke sånn sett et hovedfokus på språklig analyse. Jeg vurderte det likevel som viktig informasjon der deltakeren lo, hadde lange tenkepauser eller fyll-ord som *eh*, da disse uttrykkene også sier noe om deltakernes forhold til det som blir sagt. Jeg anså det som vesentlig at mine spørsmål også var med, da materialet er resultatet av samtalen i en den relasjonen som fant sted mellom deltaker og forsker. Jeg la meg sånn sett tett opp til det som kom frem av lyder i filene.

#### 4.3.3 Selvsitering

Som jeg har vært inne på, har jeg forsøkt å være bevisst min egen forforståelse, mine antagelser, min stil, og det jeg med min erfaring og faglig bakgrunn er særlig engasjert i. Ved gjennomlytting av lydfilene, registrerte jeg at noe av min stil ble synlig i samtalen. Særlig i enkelte oppfølgingsspørsmål kunne jeg høre at jeg vektlegger noen deler av uttalelsen, som er i tråd med min forforståelse.

*Deltaker: .....han ruser seg også, så det er veldig utfordrende. Mens når jeg prøver å jobbe opp mot kommunen så møter jeg jo veggen.*

*Intervjuer: Så din egen kommune...*

*Deltaker: D2: Min egen kommune, ja....*

Et alternativ til responsen jeg gir, kunne vært: *Si litt mer om det*. På en annen side kan man se til kvalitativ metode, med et induktivt design, hvor materialet som skal analyseres, er et resultat av den kontekstuelle sammenhengen, med dynamikken mellom forsker og deltaker. Kvale og Brinkmann (2015) ser forskerens faglige bakgrunn og referanseramme som en styrke, hvor de beskriver at i postmoderne tilnærming ser man ikke sannheten som noe som skal avdekkes, men snarere konstrueres i det interrelasjonelle samspillet. Det er likevel avgjørende med bevissthet rundt elementer som påvirker resultatet for arbeidet med hensyn til validitet (Graneheim & Lundman, 2004).

#### 4.4 Analyse

Braun & Clarkes (2006) skriver at tematisk analyse er en metode for å identifisere, analysere og formidle mønster i data. De fremhever at kvalitative tilnærminger i analysearbeid er sammensatt, nyansert og kompleks, men de hevder videre at tematisk analyse burde anses som en grunnleggende metode innen kvalitativ forskning.

De viser til at innholdet og meninger man søker kan være *latente* eller *manifeste* temaer. *Latente* temaer fokuserer på det som kan ligge under, og er med på å forme opplevelsen. Dette i motsetning til det *manifeste* hvor man har fokus på det semantiske, det åpenbare og som blir sagt eksplisitt (Graneheim & Lundman, 2004). Denne tematiske analysen har fokus på *latente temaer*, som gir grunnlag for et tolkningsarbeid som søker å se de funksjonene som gir formen til de fenomener man undersøker.

Braun & Clarke (2006) viser videre til 6 steg for tematisk analyse i artikkelen *Using thematic analysis in psychology*. De påpeker at dette er ment som retningslinjer for hvordan man kan jobbe med tematisk analyse. Jeg har lagt hovedvekt på denne beskrevne prosessen, men har med forståelsen fra andre relevante analysemetoder for å underbygge prosessen, blant annet Malteruds *Systematic text condensation (STC)* (Malterud, 2012), og Graneheim og Lundmans artikkel *Qualitative content analysis in nursing research: concepts, procedures and*



*measures to achieve trustworthiness* (2004). I analyseprosessen lot jeg meg også veilede av Granheim, Lindgren og Lundemanns artikkel; *Methodological challenges in qualitative content analysis: A discussion paper* (Graneheim et al., 2017) Særlig relevant opplevde jeg deres *to-dimensjonale modell for ulike epistemologiske tilnærminger, inkludert forskerens standpunkt*. Her vises abstraksjonsnivåene på en loddrett linje fra bunnen hvor forskeren er nær til materialet, og opp til distansert og abstrahert nivå. Og en vannrett linje som går fra en fenomenologisk forståelse, til den andre ytterkant, med høyt fortolkningsnivå i et hermeneutisk perspektiv.

#### 4.4.1 *Analysens fase 1*

Som jeg har nevnt, hadde jeg feltnotater med meg fra intervjuene, og leste gjennom dette og transkripsjonene gjentatte ganger før jeg begynte å se etter temaer. Dette beskriver Braun & Clarkes (2006) som analysens første steg. Jeg satt da med en liste over mulige temaer og utsagn jeg opplevde som relevante og interessante knyttet til forskningsspørsmålene.

I denne fasen noterte jeg meg at temaene *mangel på tid, og mangel på kapasitet* var gjennomgående. Jeg registrerte at flere deltakere nevnte dette flere ganger, i flere sammenhenger. Jeg satt også igjen med et inntrykk av at det temaer knyttet til *samhandling og sømløse tjenester* var et ansvar som lå på deltakerne jeg snakket med. Jeg registrerte at det ble formidlet et *stort engasjement for brukergruppen*, og at flere deltakere beskrev at de som ansatte var *-fightere, en som ikke gir seg og -en som sier ifra*.

#### 4.4.2 *Analysens fase 2: Finne meningsbærende enheter*

Den andre fasen innebærer å gjenkjenne *meningsbærende enheter*. Braun & Clarke (2006) kaller dette *data extracts*. Det innebærer å trekke ut deler- utsagn, fortellinger eller uttrykk som sier noe om fenomenet jeg vil undersøke, for så å kode dette slik at jeg videre kan organisere det til mulige temaer. Malterud (2012) beskriver dette som en

dekontekstualisering, ved midlertidig å fjerne deler av teksten fra den opprinnelige sammenhengen, med mål om å skape synteser på tvers av materialet.

Jeg opplevde i denne fasen at jeg måtte jobbe med materialet flere ganger for å få grep på kondenseringen. I de første rundene oppdaget jeg at kodene som ikke var tekstnære nok, men hadde et element av fortolkning, jf *den to-dimensjonale modell for epistemologisk tilnærming* (Graneheim et al., 2017). Jeg erkjente at jeg i større grad hadde kodet mer *teoridrevet*. Jeg startet derfor på nytt, og fokuserte på *datadrevne* koder, jf det induktive og hermeneutiske forskerdesignet. For å få en oversikt i kodeprosessen, sorterte jeg kodene i kodegrupper, slik Malterud (2012) beskriver prosessen i den andre fasen av STC-modellen. Jeg var bevisst på å ikke kategorisere dette etter mal fra intervjuguiden, men datadrevet. Den kategoriseringen oppstod underveis i arbeidet. Jeg fant ulike kodegrupper, som en tekstnær sortering. Det var ikke koder fra alle deltakerne i alle kategorier. Kategorigrupper ble til sammen som følger; 1. *Møte med systemet*, 2. *Roller*, 3. *Opplevelser og følelser*, 4. *Brukernes behov*, 4. *Ansvar*, 5. *Rammer/praksis*, 6. *Kapasitet/ressurser*. 7. *Frihet*. 8. *Ikke plasserbare*, 9. *Støtte*, 10. *Omsorg/sørge for*

Ved bruk av Braun & Clarkes (2006) skjematiske fremstilling satt jeg til slutt igjen med 81 koder som jeg anså som tekstnære til materialet.

*Figur 3 Dataekstrakt til kode*

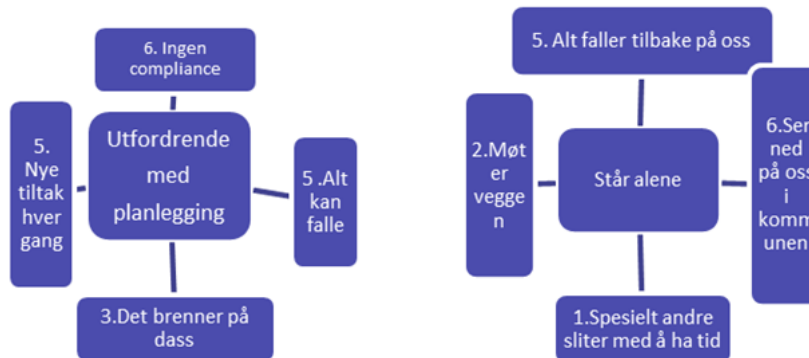
| Deltaker | Dataekstrakt/Meningsenhet  | Kode              |
|----------|--|-------------------|
| 1.       | <i>Vi ser jo fortvilelsen, for vi ser jo hva brukeren trenger, og mange har et godt samarbeid med fastlegene. Men det er jo begrenset hva de for gjort og..eh...og da, i mange sammenhenger så er det oss..som..som driver med brannslukking, rett og slett, Ok, så da får vi holde han levende.</i> | Holde han levende |
| 2.       | <i>Nei, det er... jeg er en veldig sterk personlighet, så jeg...forlanger. Ja, jeg er.. godtar ikke avslag, på en måte</i>   | Forlanger         |

|    |   |                          |
|----|---|--------------------------|
| 3. | <i>Noen ganger er det enklere når det ikke er en IP, hvis det gir noen mening. Fordi at, eller det kan godt være en IP i bunnen der, men disse tradisjonelle IP-møtene to ganger i året hvor kreti og pleti skal være med, gir ikke så mye mening. Men dem.. få til det møtet på NAV, få til det møtet på boligkontoret. For fet første får du et raskere møte, og eh.. det blir liksom ikke så påtrengende</i> | IP-møter gir ikke mening |
|----|---|--------------------------|

#### 4.4.3 Analysens fase 3: Gjenkjenne temaer

I arbeidet med å finne temaer var jeg bevisst på at dette skal favne noe vesentlig i materialet knyttet til det forskeren undersøker, og at det videre skal utgjøre et visst form for mønster (Braun & Clarke, 2006). Jeg satt med 6 A-3 ark med koder, sortert etter deltaker og i kategorier. Ved bruk av det bearbejdede materialet jeg nå satt med, gikk jeg frem og tilbake mellom koder, meningshetene og den opprinnelige teksten, for å søke etter videre temaer. I denne prosessen brukte jeg vegghengt white board-film, hvor jeg kolonnevis skisserte flere mulige temaer, og tilhørende koder. På denne måten kunne jeg flytte, redigere og endre arbeidet underveis i prosessen. Koder jeg ikke klarte å plassere, ble satt under diverse. Videre skisserte jeg flere tematisk kart på nye A3-ark, hvor teamene og kodenenes relasjon til hverandre fremkom.

Figur 4 Eksempel i fase 3: Foreløpig temaer med koder



#### 4.4.4 Analysens fase 4: Videre arbeid med temaer, to nivåer

Etter dette, beskriver Braun & Clarke (2006) fase 4 som en fase hvor man vurderer, - og revurderer temaene. Dette innebærer å gjennomgå temaene og kontrollere at dataekstraktet/ meningsenhetene, kodene og temaene gir en sammenhengende mening knyttet til forskningens mål. I denne prosessen ble det tydelig at noen av temaene jeg hadde trukket frem, hadde en kobling til hverandre, slik at en del av dette ble undertema i et større hovedtema (Eksempel- *Ulike kamp/ unnvikelsesstrategier*, ble et undertema av *Koordineringsansvaret-mer enn å samordne tjenestene*). Jeg strøk noen temaer, og omformulerte noen andre, da jeg registrerte at tittelen ikke var logisk knyttet til problemstilling og forskerspørsmålene. I andre del av denne fasen, gjennomgås samme prosessen med blick for helheten av datamaterialet (data corpus), ved ny gjennomlesning av hele materialet. Dette var altså for å sikre at temaene gir en gjennomgående mening. Ved denne prosessen fant jeg to partier hvor jeg kodet nytt materialet, samt endret kodenavn på noen eksisterende koder. Etter denne gjennomgangen, falt også et par koder fra *diverse*, naturlig under et av hovedtemaene (Eks, kode: *Mot mitt fagetiske perspektiv*, under nytt undertematema: *Holde han levende*.) Jeg registrerte også i denne fasen, at enkelte meningsenheter knyttet til temaene, handlet om noe litt annet enn det umiddelbart hadde tenkt ut fra kodene. Blant annet hadde jeg kodet ulike deler av teksten rundt forhold hvor deltakerne snakket om *utmattelse*. Etter en ny gjennomlesning av disse kodene, ble det klart at ordet *utmattende* både var brukt av ulike deltakere om samarbeid, -og andre om

oppfølgingsrollen. Dette er et eksempel på hvor viktig jeg opplevde prosessen med å nærlese hver kode, og teksten knyttet til dette flere ganger, for å få et klart og inngående inntrykk av hva ordene beskriver.

#### 4.4.5 *Analysens fase 5: Justering og definere endelige funn*

Siste fase før en endelig presentasjon av resultatene, handlet om å gi navn, definere og justere hovedtemaene og undertemaene. Clarke & Braun (2006) beskriver hvordan arbeidet i denne prosessen handler om å få tak i essensen av hva temaene handler om, og hvilke aspekt ved datamaterialet hvert tema dekker. Ved denne siste fasen, gjennomgikk jeg alle temaer. Det ble etter hvert klart for meg at hadde jeg redusert temaene mine ned til 3 hovedtemaer, og alle de tre hovedtemaene har 2 undertemaer hver.

Følgende er et eksempel på skjematisk fremstilling av sorteringsarbeidet knyttet til et hovedtema.

*Figur 5 Koordineringsansvar- mer enn å samordne tjenestene*

| Kategori | Kode                      | Meningsenhet  |
|----------|---------------------------|---|
| Rolle    | Alt faller tilbake på oss | <i>Jeg opplever at vi ender opp med å gjøre alt. Det er veldig mye koordinering, ikke bare av samarbeid med andre tjenester, og selve helsetjenesten, men liksom transport, motivasjon til oppmøte og sånn ting. Og så opplever jeg at spesialisthelsetjenesten, eller lege, eller hvem det</i> |

|             |                    |  |
|-------------|--------------------|--|
|             |                    | <p><i>måtte være er litt som- men pasienten møtte ikke opp, så da ikke jeg hjelpe den. Men vi da må dra hjem til pasienten og motivere den til å bli med, på en måte, da. Alt faller liksom tilbake på oss på oss (ler litt) hele tiden.</i></p> |
| Rolle       | Jeg står ansvarlig | <p>..man står jo litt ansvarlig, man føler litt på at ting står og faller på deg, at du har ansvar, kalle inn, referat, sørge for at ting, at du skal sitte på svar. Det blir en rolle man tar på seg.</p>                                       |
| Forventning | Løse opp i det     | <p>..vi skal løse opp i det, og blir sittende som koordinator i somatikken, som på en måte ikke er min oppgave. Vi skal få på plass tjenestene og veldig ofte opplever jeg at andre instanser, på en måte- ring XXXX, hun ordner opp i det.</p>  |

#### 4.5 Validitet og reliabilitet

I all forskning er det viktig å forholde seg til kvaliteten av den forskningen man har foretatt seg med tanke på resultatene man har kommet frem til. Kvale (et al., 2015) viser til at validitet kan

forstås som forskningens *gyldighet*. Dette innebærer om vi faktisk måler det vi vil måle, eller i kvalitativ forskning- *om våre observasjoner faktisk reflekterer det fenomenet vi vil vite noe om* (Kvale et al., 2015). Sikring av validitet er en kontinuerlig prosess, og starter ifølge Kvale (et al., 2015) med utgangspunktet for undersøkelsen, og avhenger av hvor solid utledning fra teori til forskningsspørsmålet er. Videre er validiteten avhengig av hvorvidt undersøkelsens metode reflekterer studiens formål.

Undersøkelsen jeg har foretatt meg, er en kvalitativ undersøkelse, og metoden er basert på fenomenet jeg vil vite mer om- *kommunalt ansattes opplevelser*. Dette innebærer i liten grad målbare enheter, og vil handle om fortolkning, og forskningsdesignet er tilpasset deretter. Vurdering av validitet knyttet til intervjusituasjonen handler om deltakernes troverdighet og kvaliteten på selve intervjuet. Jeg har tidligere vært inne på forhold som er knyttet til intervjusituasjonen. Kvale (et al., 2015) sier at kvaliteten kan styrkes ved en grundig utspørring av meningsinnholdet ved det som blir sagt. På samme tid fremhever han betydningen av *vennlighet og følsomhet* overfor intervjuobjektet og det som blir formidlet. Dette stiller særlige krav til intervjueren, og valideringsprosessen kan sies å ha mange dimensjoner som utgjør en betydningsfull dynamikk. For å sikre *intern validitet*, fremhever Jacobsen (2015) at denne prosessen, samt øvrige faser, må ha en gjennomgående logikk. Det gjelder i alt fra forberedelse, transkribering, analyse og rapportering. Alle stegene må være relevante og prosessen transparent.

Når det gjelder *ekstern validitet*, handler dette om forskningens gyldighet utenfor avgrensningen av selve undersøkelsen. Begrep som også er brukt, er *overførbarhet*. Det handler om i hvilken grad undersøkelsens funn kan generaliseres til å gjelde i andre sammenhenger.

Begrepet *reliabilitet* viser til undersøkelsens *pålitelighet*. Dette handler om hvorvidt vi kan stole på at det vi sier er, er sant. En måte å vurdere dette på, er å stille spørsmål om man hadde fått samme resultat ved en reproduksjon av undersøkelsen (Kvale et al., 2015). Et eksempel handler om intervjusituasjoner og spørsmålsformuleringer, som jeg tidligere har vært inne på. Ledende spørsmål, og unngåelse av temaer kan påvirke reliabiliteten. Ved transparent, logisk og gyldig prosess i alle faser, underbygges undersøkelsens reliabilitet.

#### 4.6 Forskningsetiske refleksjoner

Etikk er sentralt i all forskning. Forskningsetikk er et område av etikken som har med planlegging, gjennomføring og rapportering av forskningen å gjøre (Dalland, 2012). Den kan også sees på som en nytteetikk, og Jacobsen (2015) løfter frem Kants *kategoriske imperativ*, og ett av hans etiske lover- *du skal aldri ville bruke noe menneske som bare et middel*. Han diskuterer dette ved å påpeke Arne Næss' uttalelse om at kategorisk imperativ i liten grad gir en retningslinje på hvorvidt en handling er etisk god eller dårlig (Jacobsen, 2015). Derimot mener han at det humanistiske perspektivet hos Kant er et viktig bidrag i nyere forskningsetikk, og er et grunnlag for de etiske overveielser og avveininger i det han beskriver som en *konsekvenslogikk* (Jacobsen, 2015)

Forskingsetikk er i nasjonale forskningsetiske retningslinjer definert som *verdier, prinsipper, normer og institusjonelle ordninger, som til sammen bidrar til å konstituere og regulere vitenskapelig virksomhet* (NESH, 2021). Retningslinjene angir ulike forskningsetiske forpliktelser, og viser til 5 overordnende aspekter. Det dreier seg om *forskerfelleskapet, hensyn til personer, grupper og institusjoner, oppdragsgivere/finansierer/samarbeidspartnere, og til slutt forskningsformidling*.

Når det gjelder *hensyn til personer*, fremhever Jacobsen (2015) at forholdet mellom forsker og den det forskes på, hviler på tre grunnleggende krav. Det dreier seg om *informert samtykke, krav på privatliv og å bli korrekt gjengitt*. *Informert samtykke* handler om informasjon om undersøkelsens overordnende mål og metode, samt fordeler og ulemper ved å delta (Kvale et al., 2015). Alle avtalene om intervjuene ble gjort direkte med hver og en. Det ble opplevd som gunstig, også med tanke på vurderinger rundt *frivillighet*. Jeg intervjuet deltakerne i en arbeidssituasjon. Dermed foreligger det noen forventninger fra arbeidsgiver knyttet til hva de skal foreta seg. Dersom avtalene om deltakelse hadde blitt gjort via en leder, uten denne kontakten, kunne det ha påvirket kravet om *frivillig deltakelse*. 4 av deltakerne ble rekruttert gjennom nettverk. To deltakere ble direkte rekruttert via en leder. På tross av mange henvendelser til ulike ledere var oppslutningen via denne kanalen liten. Hva årsaken til fraværet av respons var, er usikkert, men det sier noe om at deltakelse i undersøkelsen ikke prioriteres av denne gruppa. Dette forholdet kan også ha betydning for



de som valgte å delta via nettverk, og understreker igjen betydning av *hensyn til personene* som deltar, eller andre som vil berøres av undersøkelsen.

I forkant av undersøkelsen sendte jeg ut et *informasjonsskriv og samtykkeskjema*<sup>1</sup>. Her ble det understreket skriftlig, og videre muntlig i oppstart av intervjuet at deltakerne kan når som helst trekke seg, uten å angi grunn.

*Konfidensialitet* handler om enigheten med deltakerne om hva man kan gjøre med materialet som blir et resultat av undersøkelsen (Kvale et al., 2015) om taushetsplikt, anonymisering, behandling og oppbevaring av materialet. Under intervjusituasjonen informerte jeg også om taushetsplikt, anonymisering, behandling og oppbevaring av materialet. Lydfilene er tatt opp på diktafon utlånt av utdanningsinstitusjonen, transkribert og slettet etter prosjektets slutt. Transkribering av intervjuene ble gjort på filer som er passordbeskyttet. I oppgavens gjengivelse av deltakernes utsagn, er det satt tilfeldige tall på hver deltaker.

Dalland (2012) sier at kunnskap om mennesker og hvordan de forholder seg til samfunnet vi lever i, er det bare menneskene selv som kan gi oss, og påpeker videre at for å få denne kunnskapen er vi avhengig av tillit. I denne oppgaven er det flere aspekter ved denne tilliten som berøres av forskningsetiske forhold. Det handler blant annet om selve møtet, informasjon og transparens knyttet til motiv, mål og metode. Undersøkelsen innebærer spørsmål om deltakernes opplevelse av arbeidssituasjonen, og spørsmålene kan gi svar som kan ha karakter av *sensitive opplysninger*, og være utfordrende med hensyn til arbeidsgiver, ansettelsesforholdet og ikke minst deres egen håndtering av jobben. Jeg ønsket å ta hensyn til disse aspektene i planleggingen av spørsmål, og utarbeidelse av undersøkelsens form og målsetting. Intervjusituasjonen innebærer også et asymmetrisk maktforhold, ved at jeg som forsker kommer inn på deltakernes arena for å hente informasjon, deltakerne ikke enda vet hva er. Dette berører ikke bare forskningsetikken, men etikken som kjennes igjen hos Emmanuel Levinas, formidlet av Thomassen (2006) som handler om møtet med *den andre*. Og det ansvaret som *kaller på meg, i møte med den andres ansikt*. Et vesentlig poeng i denne

---

<sup>1</sup> Vedlegg 2

etikken er at *den andre er alltid mer enn, og noe annet enn* det som oppleves og fortolkes i den gitte situasjon (Thomassen, 2006). Dette perspektivet, med de praktiske implikasjoner det har i en møtesituasjon, så vel som de fagetiske retningslinjer, forsøkte jeg å ha med meg underveis i hele prosessen.

I dag består de nasjonale forskningskomiteene (FEK) av tre fagkomiteer, og et granskningsutvalg. I tillegg finnes det ulike organer for å sikre at forskningsetiske retningslinjer ivaretas. *Norsk senter for forskningsdata (NSD)*<sup>2</sup> er et slikt organ. Dette prosjektet er godkjent av NSD.

---

<sup>2</sup> Vedlegg 3

## 5 Resultater

I dette kapitlet vil jeg presentere resultatene fra masterprosjektet. Et hovedtema skal dekke noe essensielt i dataene, representere et underliggende mønster, og stå i sammenheng med det forskeren ønsker å finne ut av (Braun and Clarke 2006). Dette innebærer en tolkning av de latente temaene jeg søkte etter i analysefasen. Temaene må være avgrensede og stå for seg selv, men også sammen dekke helheten av dataene (data corpus) i lys av problemstillingen.

Jeg fant 3 overordnede hovedtemaer:

1. *Uklart skille mellom koordineringsansvaret og oppfølgingsrollen*
2. *Planmessig arbeid er utfordrende*
3. *Koordineringsansvaret; mer enn å samordne tjenestene*

Jeg vil i det følgende gå inn på hvert av hovedtemaene, og undertemaene som utdyper funnene. Jeg vil gjennom hele presentasjonen trekke frem utdrag fra dataene som funnene er bygget på. Hver deltaker har et tall som står i parentes ved sitatets slutt. Noen sitater er trukket frem i sin helhet, enkelte deler er tatt fra en lengre fortelling. Enkelte partier av dette er ikke vurdert som relevant, og er dermed tatt vekk og markert slik; (...)

5 av deltakerne har løpende koordineringsansvar for flere brukere. En deltaker er koordinator når det vurderes å være behov for det, og har således en noe annen erfaring knyttet til oppgaven.

### 5.1 Hovedfunn 1: Uklart skille mellom koordineringsansvaret og oppfølgingsrollen

Blant de 5 av deltakerne som har koordineringsansvar for flere brukere, blir det formidlet at skillet mellom oppfølging og koordinering var utydelig. Det blir også beskrevet en opplevelse av at koordinering er en del av oppfølgingsrollen, og altså ikke noe skille mellom rollene. En

deltaker beskriver at vedkommende koordinerer tjenestene rundt brukeren ved å delta i hverdagen med kjøring til lege, til NAV, skaffe bolig. Det beskrives at disse oppgavene er oppfølging i rollen som ruskonsulent, og dermed brukes begrep som koordinering og oppfølging om hverandre;

*Jeg har aldri het ruskonsulent, men det er liksom det brukerne og en del samarbeidspartnere kaller meg. I den rollen så ligger det noen forventinger. Og den er grei. Veldig avklart. (...) Og det er sånn- du må hjelpe meg med ditt, og du må hjelpe meg med datt, nå sitter jeg uten bolig, nå brenner det på dass, nå blir jeg kasta ut, nå har jeg ikke penger. (...) Så igjen, man koordinerer egentlig oppfølgingen. (...) Og så er det støttesamtaler en dag, og så er det, ja... (nr 3)*

En annen deltaker formulerer det sånn:

*(...) det er vanskelig å se hva som er oppfølging og hva som er koordinering. Sånn, på den måten vi jobber (nr 5)*

#### *5.1.1 Koordinering og oppfølging, roller man må finne ut av selv*

5 av deltakerne formidler at koordineringsrollen og oppfølgingsrollen, og eventuelt skiller på disse, er forhold man må finne ut av selv. Flere formidler at forståelsen av rollene kommer fra erfaring:

*Nei, det står jo på de individuelle planene hva som er min rolle. Men jeg har ikke fått noe opplæring. (nr 3)*

*(...) føler ikke at jeg har fått noe hjelp til den rollen, egentlig, uten å finne ut av den selv. Eller spørre kollegaer, men da får du jo like mange svar. Det blir jo egentlig helt tilfeldig, (nr 4)*

*Jeg tror det faller veldig mye på oss som kollegaer i forhold til opplæring og veiledning (...)Ja, jeg tenker jo at vi som kollegaer har et ansvar for å sørge for at man får den opplæring man trenger for at man skal føle at det er trygt. (nr 1)*

*Jeg tenker at den rollen er like forskjellig som antall personer som har den. I hvert fall her. (nr 4))*

*Jeg har aldri tenkt over det, egentlig. Vi bare gjør det.(nr2)*

*(...) hvem som helst som jobber her kunne ikke vært koordinator. For de hadde ikke taklet det, så man må på en måte få god opplæring for å føle seg sikker på det der, men jeg er en som hopper i det (nr 6)*

### 5.1.2 Frie rammer rundt oppfølging- og koordineringsrollen

Flere deltakere forteller at de opplever de har en arbeidshverdag med stor frihet. En forteller at vedkommende lager sin egen timeplan, og selv legger opp arbeidsuka. Deltakeren formidler at denne friheten gir henne anledning til å jobbe faglig:

*Den stillingen jeg har i dag er egentlig ganske fri, det vil si at jeg planlegger og strukturerer dagen min selv. (...) Jeg jobber sånn, jeg liker å jobbe litt forskjellig. Så har jeg 3 dager hvor jeg jobber mye med traumer (..) så har jeg to dager jeg kaller rusdagene mine(nr 2)*

Andre beskriver at denne friheten har en omkostning, og at det kan gå utover brukeren, eller at oppgavene oppleves grenseløse:

*Og det er klart at det er jo en frihet vi har fått av arbeidsgiver til å delegere og ordne det slik at vi får det til (...) men da går det på bekostning av noe annet. Og da er det gjerne brukeren. Vi har ikke så mange timer å ta av ellers (nr 1)*

*Så jeg har fått et stort rom for å ha den rollen, og det er mange forventninger innad, og ikke bare fra spesialisthelsetjenesten, men innad også i våre retningslinjer om at vi skal ha den rollen, og at vi skal få med oss alt (nr 5)*

En deltaker forteller hvordan deltakeren selv har definert rollen sin. Hun sier innledningsvis at det er vanskelig å definere hva stillingen hennes innebærer, og forteller senere at hun forholder seg til en definisjon som hun, brukere og en del samarbeidsinstanser har, som ruskonsulent:

*Vet du hva, når jeg lærte meg at jeg ikke kan, jeg ser noen er superflinke med regelmessige, store ansvarsgrupper, og på en måte er koordinator etter alle kunstens regler, og kjører dette veldig ordentlig. Men jeg synes ikke det er nyttig (...) noen springer rundt og kaller oss behandlere og koordinatorene, mer enn ruskonsulent. (...) mitt hjerte ligger litt i ruskonsulentjobben. (...) Brukerne skjønner jo, for dem er alle ruskonsulenter. Og det er kanskje derfor man har en tilhørighet til den, men vi har aldri fått lov til å hete ruskonsulenter her (...) for vi skal egentlig kunne jobbe med alt. (nr 3)*

### *5.1.3 Kombinasjonen av oppfølgings- og koordineringsrollen oppleves ofte hensiktsmessig*

Flere deltakere formidler at kombinasjonene av oppfølging- og koordineringsrollen er en hensiktsmessig kombinasjon. Dette gjelder i hovedsak de som har flere koordineringssaker løpende. Flere av disse beskriver at de er den personen i hjelpetjenesten som er nærmest brukeren og dermed kjenner brukeren best. De beskriver at de ofte har en nær relasjon, gjerne har kjent brukeren over mange år, og opplever at denne nærheten gjør de har best forutsetninger for å se hvilke tjenester og hva slags hjelp brukeren har behov for:

*Jeg tenker at hensikten er at jeg er nærmest pasienten, og jeg har lettere for å tenke hva som skal inn i bildet, og trekke inn de riktige instansene for at pasienten skal få det best mulig på sikt. (nr 2)*

*(...) Veldig ofte synes jeg det passer, fordi i de fleste tilfeller er det jeg som er nærmest brukeren (nr 4)*

*Jeg vil si at si at det er en ressurs (...) Det er heller en ressurs enn en konflikt, uten at jeg har tenkt så mye over det (nr 5)*

*Veldig ofte synes jeg det passer, fordi i de fleste tilfeller er det jeg som står brukeren nærmest, det er jeg som har mest kontakt med brukeren, og hva skal jeg si, taler dens sak. (nr1)*

Noen av deltakerne formidler også at koordineringsrollen er en fin rolle å ha i kombinasjon med oppfølging, da det gir en bedre kontroll:

*Altså for meg er det veldig ålreit, for jeg ser dem styrer selv, og som sagt, det er veldig bra, det må de få lov til. Samtidig mister jeg en del informasjon. Så jeg synes det er nyttig å få være med. (nr 3)*

*(...) jeg har ganske stort kontrollbehov, så for meg gir det mening (...) (nr 1)*

En av deltakerne beskriver et tydelig skille mellom oppfølging og koordineringsrollen. For denne deltakeren er koordineringsrollen noe som blir pålagt vedkommende ved enkelte tilfeller. Bakgrunnen for at koordineringsansvaret blir lagt på den ansatte, handler om at deltakeren har en god relasjon til bruker, og bruker ønsker denne bestemte ansatte som koordinator da det oppstår behov for dette. I den sammenheng beskrives koordineringen som en interessant rolle, men som en rolle som til dels står i konflikt med oppfølgingsrollen. Deltakeren beskriver at rollen som koordinator og rollen som oppfølgingsansvarlig har såpass ulike formål, at vedkommende opplevde seg som mindre profesjonell i rollen:

*(...)nei, hadde jeg på en måte visst, at- det er helt greit at lederen min stoler på meg, at hun klarer å gi meg den rollen, men hvem som helst kunne ikke ta den rollen, og da skulle det kanskje i sånt helhetsperspektiv, sånn utenifra, så skulle det kanskje vært en sånn koordinatorrolle, de som sitter på det kontoret skulle hatt den rollen. For da blir man jo mindre uprofesjonell, for man er ikke så nære brukeren, på en måte. (nr 6)*

## 5.2 Hovedfunn 2: Planmessighet er utfordrende

5 av deltakerne forteller at arbeidet er organisert slik at man som oppfølgingsansvarlig og koordinator skal jobbe med planer og tiltak. Flere formidler at dette er en utfordring da brukerne tidvis er så dårlige at det ikke virker hensiktsmessig med denne organisering:

*Vi har som mål å jobbe recoveryorientert, men (...) Å komme et sted. Unngå brannslukking, egentlig. Men med denne brukergruppen så er det mye brannslukking, hele tiden nye hendelser (...) Sånn som om du har en bostedsløs, ordner leilighet, om du får på plass ting, så er det kort vei til alt faller sammen. Jeg føler jo altså, (...) det er*

*jo utømmelige behov. (...) Jeg kjenner jo at det oppleves, der og da, som mindre faglig. (nr 5)*

Samme deltaker sier også:

*Det er jo utmattende (...) Sånn at det du fikser på fredag, må du fikse igjen på mandag. Om det er å hjelpe med penger fra NAV, eller om det er å kjøre til en innleggelse, eller om det er overdoseforebyggende. Det kommer hele tiden tilbake igjen, det du gjør, da. (nr 5)*

*Noen ganger er det enklere når det ikke er en IP (...) det kan godt være en IP i bunn der, men disse tradisjonelle IP-møtene to ganger i året hvor kreti og pleti skal være med gir ikke alltid så mye mening. Men få til det møtet på NAV, få til det møtet på boligkontoret. Altså disse en- til en møtene gir.. for det første får du til et raskere møte. Og det blir ikke like påtrengende. Det er vanskelig for en bruker å sitte sammen med 8 andre, liksom. (nr 3)*

### 5.2.1 Mangel på ressurser for planmessighet og kontinuitet

De fleste av deltakerne forteller at mangel på *tid* er en utfordring for kontinuitet knyttet oppfølgingen og koordineringsarbeidet. Konsekvensen av dette beskrives å være at man ikke får gjennomført møter med de involverte når det er vurdert behov for det, ikke får journalført eller gjort nødvendig administrativt arbeid:

*(...) jeg kunne fulgt opp mye mer på de som trenger det. Nå blir det sånn at de som må, de tar man jo, og de som ikke nødvendigvis trenger at det er meg, det er litt sånn at kan du dra dit i dag? -som gjør at jeg mister jo litt oversikten. Jeg mister jo den jevnlige oppfølginga, og så forsvinner det der administrative, det som ikke må gjøres. (nr1)*

*Altså når det gjelder det koordineringsansvaret, tenker jeg at det som har vært nyttigst for meg er å ha gått bort fra primært å tenke store fellesmøter og faktisk ha disse.. for jeg kan få en samtale på NAV i morgen, eller ganske raskt. De ville jeg ikke fått om vi var en hel ansvarsgruppe. Og det går utover brukeren igjen som sitter der, og hvor ting kanskje haster litt. Må få ting avklart, så vi kan ikke vente i 3 måneder. (nr 3)*

*Bare å organisere at alle skal møtes, det tar enormt med tid. Og det skal jeg gjøre mellom alle pasientene jeg har. Og samtidig blir det ikke synlig i statistikken over alle pasientene jeg har (...) Så har du sånne pasienter som krever veldig mye koordinering, så ser det ikke ut som jeg gjør veldig mye, men så jobber du du kanskje 3 ganger så mye bare for å organisere møter ( nr 2)*



*Det kan ta nesten, ikke ukesvis, eller i tilfeller så tar det det å få tak i noen. Nei, jeg opplever ikke at det er satt av tid til sånne ting. At det er tatt hensyn til i vedtakstimen. (nr 4)*

Noen av deltakerne beskriver hvordan ressursmangel hos samarbeidsinstanser står i veien for planmessig arbeid med kontinuiteten:

*(...) det handler om at vi er veldig presset på tid, rett og slett. Spesielt egentlig fastleger og sykehus. Det det er vanskelig å finne tid, blir det en avtale som ikke kan gjennomføres på grunn av ett eller annet, så blir det fort hvert fall en måned til neste mulighet, så det er veldig lite fleksibelt sånn. (nr 1)*

*Jeg, som mange andre opplever jo mye samarbeidsproblemer med spesialisthelsetjenesten, og forventningene spesialisthelsetjenesten har til kommunen, og forventningene kommunen har til spesialisthelsetjenesten stanger veldig. Som jo er frustrerende når jeg tenker at alle egentlig bare vil hjelpe, men på grunn av økonomi, tid og ressurser, på grunn av alt, så stanger det da (nr 5)*

En deltaker forteller at hun får pepper for å ikke å ha jobbet raskere med oppgaver knyttet til koordinering:

*(...) kanskje et par grupper som jeg har vært i, så har de kanskje vært litt misfornøyd, da, at jeg ikke har hatt tid til å ha kontordager, og sende ut referat når de skal, men jeg har jo, jeg jobber jo med 15 andre brukere og. Jeg må holde av dager i ukene, for å holde tidsskjema. (...) jeg får pepper for at, nei- det har jeg ikke fått gjort, dessverre, for jeg har ikke hatt tid. (nr 6)*

### *5.2.2 Tiltaksplaner som tilpasses i etterkant*

To deltakere beskriver hvordan de jobber etter tiltaksplaner, men at det ofte er slik at disse tiltakene ikke lar seg gjennomføre, fordi det oppstår akutte hendelser av ulike slag. De formidler da at tiltakene ofte blir endret for hver kontakt de har med bruker, eller at man skriver tiltakene som er gjort, i etterkant:

*(...) så løser vi det der og da, i den grad det lar seg gjennomføre. Så kan jeg gå tilbake og skrive det på en plan. (nr 3)*

*(...) det er jo vanskelig å med den brukergruppen å ha forhåndsbestemte tiltak. Men det blir jo nesten til hver gang at jeg skal journalføre, må jeg lage et nytt tiltak som passer med det jeg har gjort (...) (nr 5)*

### 5.3 Hovedfunn 3: Koordineringsrollen; mer enn å samordne tjenestene

Deltakerne beskriver at det er utfordringer med å få på plass tjenestene, og at brukerne ikke alltid er i stand til å bruke den hjelpen som tilbys av samarbeidsinstanser. Det beskrives ulike forhold rundt dette, men flere av deltakerne forteller at konsekvensen er at de sitter igjen med ansvaret alene.

Oppgaven med å være koordinator blir da en rolle som med flere aspekter enn å samordne tjenestene, da tjenestene ikke er der, slik at dette i seg selv blir et ansvar som ligger på koordinator. En opplevelse som noen formidler er at alt faller tilbake på dem:

*Jeg vet ikke, men man står jo litt ansvarlig, man føler at ting står og faller på deg. (nr 1)*

Samme deltaker sier noe mer om dette:

*(..) der det ikke flyter godt, så føler jeg at alt ansvaret ligger på meg, og at.. da er det tyngende.. prøve å få gjort ting (nr1)*

En annen deltaker sier også noe om dette:

*Personlig merker jeg at fra min erfaring, også fra andre steder i kommunen, at vi har mye mer romslig, ikke mandat, men det vi ender opp med å gjøre da. Mye, sånn koordinering, ikke bare av samarbeid med andre, og selve helsetjenesten, men liksom transport, motivasjon til oppmøte, og sånne ting. Og så opplever jeg at spesialisthelsetjenesten eller lege, eller hvem det måtte være er litt som- men pasienten møtte ikke opp, så da kan ikke jeg hjelpe. Men vi må dra hjem til pasienten og motivere den til å bli med, på en måte. Alt faller tilbake på oss hele tiden. (nr 5)*

Deltaker nr 5 utdyper denne opplevelsen ved å beskrive at den nærheten de har til brukeren/pasienten, gjør at de ser mer enn andre instanser, men videre at de ikke blir hørt på når de formidler vurderinger og behov:

*(...)Jeg opplever at forventningene til hverandre krasjer veldig ofte. Også dette med ansvar. At min opplevelse av hva som er deres ansvar, som også står i lovverket, opplever jeg ofte at kanskje ikke blir tatt, da. At det er litt sånn, -men det er i kommunen de bor, og man skal hjelpe dem der de er. (...) Og så er det jo å se hvor pasienten bor, se hvor syk den er, melde ifra. Og så skjer det ingen ting (...) Hvis du bygger det ned til det helt fysiske, da, så er ikke de der hvor pasienten er, og ser ikke hva, hvordan, altså de venter på å bli oppsøkt, mens vi oppsøker. Og at det går veldig konkret tilbake til det. Hvordan skal de vite?(nr 5)*

En forteller om det blir forsøkt å gi deltakeren mer ansvar enn hun skal ha, men at hun sier ifra. Hun forteller at hun har lang arbeidserfaring fra dette feltet, og det gjør at hun opplever at hun klarer å stå i det, men hun påpeker at det er ubehagelig. I dette utdraget sikter hun til de involverte instansene hun skal koordinere samarbeidet med:

*Jeg synes det er greit å si i fra (...) men det er sikkert fordi jeg har jobba i mange år. Det er sikkert mye vanskeligere å grensesette når du er yngre. Eller nyutdanna. Men man må på en måte bare gjøre det, holdt jeg på å si, for å klare å stå i en sånn jobb. Ikke slite seg ut (del 4)*

En deltaker forteller også noe om hvordan hun opplever at når tjenesten for rus-og psykisk helse er inne i bildet, skal de ta alt ansvaret for brukeren:

*(...) De begynner å få sammensatte utfordringer. Det er mye snakk om somatikk, som jeg opplever at vi i psykiatrien får i fanget. Og at vi skal løse opp i det, og vi blir sittende som koordinator overfor somatikken, som på en måte ikke er min oppgave. Men det er jeg som skal få på plass tjenestene (...) (nr 2)*

Samme deltaker sier videre at når hun forsøker å få på plass nødvendige tjenester kommer hun ingen vei:

*Nå har jeg en alvorlig syk ROP-pasient som har veldig sammensatte utfordringer, som har en alvorlig diabetes. Han har hjemmesykepleie, og han begynner å få kognitiv svikt. Hvor hjemmesykepleien er veldig på at han bør over i en annen type omsorg (...) Men når jeg prøver å jobbe opp mot kommunen, møter jeg veggen ( nr2)*

### 5.3.1 Koordineringsansvarlig med kamp eller unnvikelses-strategier for å håndtere rollen

En deltaker beskriver koordineringsrollen som en rolle som må slåss for å få på plass tjenestene. Hun sier at hun blir pasientens advokat, og at hun er en person som ikke gir seg:

*Det er på en måte at jeg liksom skal være pasientenes advokat midt oppi det hele, snakke pasientens sak (nr 2)*

Samme deltaker forteller at hun har opplevd at de fra hennes enhet blir sett på som vanskelige, at de snakker pasientens sak, og at samarbeidsinstanser gjør andre vurderinger i sakene. På spørsmål om hvordan hun håndterer dette, forteller hun at hun ikke godtar avslag:

*Nei, det er.. jeg er en veldig sterk personlighet, så jeg..forlanger. Ja, jeg godtar ikke et avslag (...) Nei, jeg gir meg ikke. Og står på for pasientene (nr 2)*

En annen deltaker forteller om noe av det samme. Hun formidler en opplevelse av at andre samarbeidsinstanser ser ned på de som jobber i kommunen:

*(...) vi i kommunen blir sett ned på. Jeg har vært i utallige møter med spesialisthelsetjenesten i den ene eller andre formen, og jeg har opplevd så mange ganger at, kommunen, vi blir sett ned på (...) det kan være for eksempel våre vurderinger, der våre vurderinger er at en person trenger å bli lagt inn, da. Det er en person vi kjenner, og har kjent i 10 år (...) og så går de ikke god for begrunnelsen vår. Nei, de bare ser ned på det vi har sagt om det, og vurderer noe helt annet. Ut fra bare 5 minutters samtale, eller noe. Det tenker jeg er ganske nedsettende mot oss. De trækker på oss, liksom ( nr 6)*

På spørsmål om hvordan hun reagerer på denne opplevelsen, formidler hun at hun sier i fra:

*Nei, jeg klarer ikke å la vær. Jeg må jo si i fra. Jeg er nødt til i si i fra ( nr6)*

En tredje deltaker forteller at hun fikk det mye bedre i jobben som koordinator, da hun la fra seg «flink pike»-rollen og gikk vekk fra noen klassiske elementer i koordineringsarbeidet, som å ha mange IP'er, store møter og referatskriving. Hun forteller om at hjelpebehovet for

brukergruppen i hovedsak handler om ting som skjer her- og nå, og må håndteres der og da. På denne måte forklarer hun hvordan en del av koordineringsrollen og arbeidsoppgaver knyttet til dette, ikke er funksjonelle rammer for oppgavene:

*(...) Så når jeg slo fra meg denne her å være flink pike og skulle ha masse IP`er og være koordinator og skrive referater, så endret det jo på en måte litt arbeidshverdagen for mitt vedkommende ( nr 3)*

### 5.3.2 Ansvar for å holde han levende

Noen deltakere formidler en opplevelse av at målgruppen, de kompliserte brukersakene, er en brukergruppe som er gitt opp av samarbeidspartnere. Jobben med bedringsprosesser og rehabilitering blir noe som blir overlatt til dem. Dette har flere konsekvenser for de ansatte i kommunen. En deltaker beskriver at det er utmattende, og en annen sier det strider mot deres fagetiske perspektiv:

*Jeg opplever det utmattende... Ja, rett og slett. Fordi det at du føler at du kjemper mot et system. Eh.. og at mine pasienter blir kanskje nedprioritert på grunn av at dem har har en rusutfordring. Og da har dem ikke... -nei, dessverre vi har ikke noe botilbud til den pasientgruppa (nr 2)*

*Så opplever jeg jo ofte at den koordinerende biten, jeg vet ikke helt hva jeg skal si, et er jo utfordrende da. En ting jeg får høre sikkert ukentlig, det er at spesialisthelsetjenesten sier de trenger høyere omsorgsnivå i kommunen. Når vi tenker innleggelse med langtidsbehandling, så tenker de mer sånn oppbevaring med tett oppfølging fra kommunen. Personlig så går jo det litt mot sånn vernepleieperspektiv med sånn oppbevaring ( nr 5)*

En annen deltaker snakker om noe av det samme når hun beskriver at brukerne blir dårligere og dårligere, og spesialisthelsetjenesten legger ned behandlingstilbud:

*(...) Men det er nok på systemnivå, så er det.. brukerne blir dårligere og dårligere. Det legges ned mere og mere plasser i spesialisthelsetjenesten, og det ser vi ute i kommunene. De trenger mer og mer, det er mye frustrasjon blant brukerne som... over at det ikke er noe hjelp, - her har jeg bedt om hjelp lenge, men jeg får avslag på avslag... det.. så vi får større og større vedtak, vi får mere og mere brukere som er dårligere og dårligere, og vi har ikke nok ansatte (nr 1)*

Samme deltaker forteller også:

*(...) Vi ser jo fortvilelsen, for vi ser hva brukerne trenger, og veldig mange har et godt samarbeid med fastlegene, men det er jo begrenset hva de får gjort (... )og da, i mange sammenhenger så er det jo oss, vi som driver brannslukking, rett og slett. -Ok, så da får vi holde han levende, holde han flytende ( nr1)*

## 6 Diskusjon

I denne studien har jeg undersøkt hvordan kommunalt ansatte opplever koordineringsansvar i kompliserte brukersaker opplever, og funnene viser at det forekommer et uklart skille mellom koordineringsansvaret og andre roller man har i møte med brukeren, fordi man må *finne ut av rollen selv*. Rammene for håndteringen av arbeidet er frie, og kombinasjonen av oppfølgingsansvar og koordineringsansvar oppleves hensiktsmessig. Videre viser funnene at planmessig arbeid er utfordrende fordi det er *mangel på ressurser* og planverk *tilpasses i etterkant* av at tiltak er gjennomført. Studien har også vist at å eie *koordineringsansvaret er mer enn å samordne tjenestene*, og innebærer å jobbe både strukturelt og faglig. Det er et arbeid som aktualiserer opplevelsen av *at man er alene at ansvaret er individualisert* og innbyr til *fight eller flight*-strategier.

### 6.1 Uklart skille mellom roller -lav vertikal integrasjon?

Det kommer frem av funnene at deltakerne beskriver at det er et *uklart skille mellom koordinerings- og oppfølgingsrollen*. Dette kan bety at den vertikale integrasjonen er lav. Oppgaven med å koordinere skiller seg i prinsippet markant fra oppgaven med å behandle, men i denne sammenhengen oppgir flere deltakere at det ikke er et skille.

En deltaker beskriver at *rollene går i hverandre sånn som vi jobber*. En annen deltaker forteller at hun har beholdt, eller laget sin egen arbeidstittel; *ruskonsulent*. Hun utdyper at denne beskrivelsen har noen forventninger som er tydelig avklart fra både brukergruppen og samarbeidsinstanser. Hun sier videre at denne rollen innebærer å håndtere situasjoner når det oppstår, hun er fleksibel og har kjennskap til hvordan hun skal håndtere akutte behov. På denne måten kan man argumentere for at hun unngår det som er utydelig, og knyttet til *lav vertikal integrasjon*, og dermed også mulige forventninger som ikke er avklart for henne. Hun formidler også at denne måten å jobbe på, bidrar til at brukeren hennes får bistand til å orientere seg i systemet når behovet oppstår. Slik sett kan det se ut som at brukeren får sitt behov dekket i det som kan kalles et *samarbeid*. Det er likevel et spørsmål knyttet til ansvar i dette samarbeidet, da deltakeren er den som oppsøker den nødvendige hjelpen. Det kan uansett beskrives som et anliggende med *lav vertikal integrasjon*, og heller høyere grad av *horisontal mobilitet* fra tjenesteyters side.

### 6.1.1 Opplæring av kolleger- forsterker differensieringen?

Flere deltakere forteller at *de må finne ut av selv hva koordineringsrollen innebærer*. De forteller at kunnskapen har de fra erfaring og at de lærer opp hverandre.

Dette samsvarer med funnene til Anne Jeanette Sylta (2019) som i sin masteroppgave *Koordinator- som en del av sykepleierollen* viser hvordan hennes deltakere mangler kunnskap om organiseringen rundt sykepleierollen og koordinator, og dermed må tilegne seg dette gjennom erfaring. Hun påpeker også dette medfører at deltakerne derfor utfører oppgavene på en samlet måte.

I undersøkelsen jeg har gjort, sier en deltaker at hun ikke har tenkt over hvor hun har kunnskapen og ressursene fra knyttet til å håndtere rollen, og en annen sier at det er like mange varianter av rollen som det er ansatte. I lys av forståelsen av håndteringen av komplekse saker (*wicked issues*) beskriver Williams (2002) trekk ved organisasjonens organisering i en *moderne og postmoderne form*. I modellen som er presentert som *figur 2*, fremhever han at den *moderne organisasjonen* blant annet karakteriseres av et byråkratisk hierarki og *skilled based* profesjonelle, versus det *postmoderne* som handler om *forhandling, nettverk relasjonell* profesjonalitet. Han sier videre at det er lite sannsynlig at en koordinator (*boundary spanner*) vil *blomstre* i den moderne organiseringen. Der de ansatte selv må finne ut av rollen, og lære opp hverandre kan det tyde på at organiseringen i liten grad har strukturer som legger til rette for nettverksarbeid, utover det den enkelte selv iverksetter. Dette viser igjen at samhandling snarere blir *samarbeid* ved lavt innslag av de *vertikale* strukturene. Videre kan man tenke seg at i de tilfeller deltakerne selv må finne ut av rollen, og lære opp hverandre, kan det bidra til en sterkere *intra-organsiert* kultur jf Williams (2002), som forsterker *differensieringen* mellom samarbeidsinstanser (Vik & Aarseth, 2019).



### 6.1.2 *Boundary spanner og personlige egenskaper*

En deltaker sier også hun tenker at ikke alle hadde håndtert koordineringsrollen. Hun formidler at hun er en person som *hopper* i det. Dette kan igjen vitne om at håndtering av rollen hviler på hennes egenskaper fremfor de organiserte strukturene. Koordineringsrollen kan likevel innebære opplevelse av mestring i seg selv. I undersøkelsen Williams (2002) viser til, fant han at personlige egenskaper var av betydning for håndteringen av rollen som *boundary spanner*. Det handler blant annet om *respekt, ærlighet, åpenhet og toleranse, imøtekommenhet og følsomhet*. Disse faktorene vil nødvendigvis være av betydning for opplevelsen av selve situasjonen en koordinator befinner seg i, og kan i de bestemte situasjonene være avgjørende for resultatet, i de handlende øyeblikk.

### 6.1.3 *Frihet med en omkostning*

Flere formidler at de har *frie rammer for håndtering av rollene*. En gir uttrykk for at denne friheten gjør at hun kan legge opp sin egen arbeidsdag, definere arbeidsoppgaver, lage sin egen timeplan, og får på den måten anledning til å jobbe faglig. Dette kan forstås som en autonom rolle, og basert på det, har hun noen rammer som kan plasseres i Williams` (2002) *postmoderne* organisasjonsbeskrivelse, med rom for uavhengighet.

Andre beskriver også en opplevelse av *frihet*, men at denne opplevelsen kommer med en omkostning. En av dem forklarer at friheten innebærer mulighet til å selv å delegerer og forvalte de ressursene de har i tjenesten, men at dette administrative arbeidet går på bekostning av brukeren. Her ser man altså at det er et ressurs spørsmål som den ansatte selv må håndtere, og dermed tvinges den ansatte til å *prioritere* mellom bruker og system. Dette kan igjen plasseres i *moderne organisering* da de synlige faktorene i byråkratiet er regler og målbare enheter som produseres ved administrativt arbeid.

En tredje peker på at friheten innebærer en forventning både internt og fra samarbeidspartnere som at de skal få med seg *alt*. Disse forventningene oppleves altså som uten grenser. Grenseløshet er også noen som kjennetegner *wicked problem (cross boundary)* som fenomen. Hofstad (2013) bruker denne betegnelsen, ikke bare for å beskrive en

brukergruppe, men tegner opp et større organisatorisk bilde. Man kan argumentere med at opplevelsen av den grenseløse oppgaven speiles i forventningene fra omgivelsene.

Dette kan altså innebære en ansvarsfraskrivelse fra samarbeidspartnere som en reaksjon på det som synes uhåndterbart, og manglende ansvar i de vertikale strukturene, slik at *bakkebyråkraten* blir bærer av problemet (Lipsky, 2010)

#### 6.1.4 *Relasjonen fra oppfølgingen som en ressurs i koordineringsrollen*

Flere ansatte påpeker at *kombinasjonen av de to rollene oppleves hensiktsmessig*. De viser til at relasjonelle kontakten, nærheten og kjennskapen til brukeren er en ressurs i arbeidet med koordinering. *Bakkebyråkraten* slik Lipsky (2010) forklarer det, er altså den ansatte som utfører tjenestene i direkte kontakt med befolkningen, og jobber i grensesnittet mellom politikk og innbyggere. Han påpeker at ingen føringer, regler, lovverk eller veileder kan dekke hele fenomenet av hvert møte og tilfelle. Dermed må den ansatte ta i bruk andre ressurser for å håndtere situasjonen. Dette, sier han, er ofte skjønn basert på hva den spesifikke ansatte har med seg som erfaring, utdanning, normer og kultur. Han viser også til at knapphet på ressurser som informasjon og tid, bidrar til at den ansatte kan utvikle mestringsstrategier som forenkling og generalisering.

Funnet knyttet til at de to rollene i kombinasjon oppleves hensiktsmessig, kan forstås ut fra *bakkebyråkratens* tilgang på informasjon ved nærheten til brukeren. Således blir relasjonen en ressurs som i seg selv oppleves meningsfull i koordineringsarbeidet. Dette understrekes av en deltaker som sier at nærheten gjør det *lettere for henne å tenke hva som skal inn i bildet* (deltaker nr 2). Denne førstehåndskjennskapen kan være et bidrag til en opplevelse av mestring ved at den ansatte i mindre grad må generalisere og forenkle, men i større grad kan være presise i sin forståelse av fenomenet i koordineringsarbeidet.

Andre igjen understreker at *kontrollbehovet* er en faktor som betyr noe med hensyn til denne kombinasjonen. Dette kan vitne om en ansvarsfølelse til saken, hvor det muligens ikke er forventninger om samhandling mellom likeverdige parter, men snarere det Axelsson og

Axelsson (2006) ville kalt et *samarbeid* med oppgavefordeling. I den sammenheng blir forhåndskjennskap til brukerbehovene oppgavefordelingens kapital.

## 6.2 Planmessighet er utfordrende: Lineær tenkning og individualisert ansvar

Flere deltakere formidler at det er *utfordrende å jobbe planmessig*. En deltaker sikter til oppfølgingsrollen og forteller at de strukturene som ligger som føringer for arbeidet, innebærer planmessighet, og man skal *komme et sted*. Hun sier at de har som mål å ikke jobbe med brannslukking, men at det er det de i praksis ender opp med å gjøre.

Hansen (2007) påpeker at en av 3 hovedutfordringer i fagfeltet er å jobbe planmessig, fordi brukergruppen av preget av svingninger i funksjonsnivå. Deltakeren beskriver hvordan oppfølgingen blir utmattende da tiltakene ikke oppleves tilstrekkelige, og behovene fremstår *utømmelige*. Opplevelsen av *utmattelse* kan sees i sammenheng med *wicked issues* som ifølge Williams (2002) bør forsås innen *kaosteori* hentet fra fysikken. Dersom styringsrammene for oppfølgingen forventer en håndtering med en forklaring basert på en lineær *årsak-virkning-forståelse*, kan det tyde på et forenklet syn på fenomenet (Williams 2002). En konsekvens av dette, kan være at den ansvarlige for oppfølgingen blir en bærer av problemet, og en del av fenomenet *wicked issues*.

En annen deltaker forteller om utfordringer med planmessighet knyttet til koordinatorrollen. Hun håndterer utfordringen rundt dette, ved å ikke vektlegge de strukturelle forventningene knyttet til koordineringsrollen. Hun sier at *det kan godt ligge en IP i bunnen*, men formidler at det ikke er denne planen som er avgjørende for arbeidet hun gjør. Hun påpeker at det viktige er de en-til-en-møtene hun får i stand når behovet faktisk er der. Hun viser videre hvordan denne håndteringen er til det beste for brukeren, da det å samle 8 fagfolk i et rom oppleves påtrengende for brukeren.

Disse forholdene kan tyde på det foreligger en strukturell forventning om en lineær håndtering av utfordringene i hverdagen. Ansvaret er individualisert og kan synes å generere en opplevelse av utmattelse, og kan forstås som avmakt i møte med *wicked problems*.

Den andre deltakeren som går vekk fra strukturene, skaper sine egne rammer, definerer selv behov og hvordan dette skal håndteres. Hun formidler i mindre grad opplevelse av avmakt, men ansvaret er stadig individualisert ved at hun skaper egne strukturer i arbeidet. Hun bringer også inn at brukerbehov er på siden av de forventningene som ligger til rollen hennes.

Både Bjørkquist og Ramsdal (2012) og Gunnar Hansen (2007) påpeker at temaet *brukermedvirkning* har vært, og er en utfordring i rus- og psykiskhelsefeltet. Sistnevnte utdyper denne problematikken ved å påpeke brukergruppens svinger funksjonsnivå. I lys av det ovenstående funn knyttet til planmessighet, underbygger dette denne forståelsen. Vi ser at den første deltakeren forteller at hun følger opp en bostedsløs. Hun *ordner en leilighet, og så er det kort vei til alt faller sammen* (deltaker 5). Her har tar hun ansvar for innbyggerens rettigheter, og ivaretar kommunens plikt etter Helse -og omsorgstjenestelovens § 3-7: *Bolig til vanskeligstilte* (Helse-og omsorgstjenesteloven, 2011). Og hun blir den handlende aktør for å ivareta dette behovet. I komplekse brukersaker ser man altså at funksjonsnivåene kan svinge. Det som blir vurdert som nødvendig hjelp, er ikke nødvendigvis et tilstrekkelig tiltak, og er kanskje ikke er i tråd med det brukeren er i stand til å forvalte. Spørsmålet er om hun blir bundet til å bistå med en hjelp i et system med manglende alternativer, og hvordan hun kan ivareta *brukermedvirkningen* i denne sammenheng.

### 6.2.1 Tidsmangel -et uttrykk for differensierte organisasjoner?

I undersøkelsen kommer det frem flere avgjørende forhold knyttet til ressurser og rammer for arbeidet. Dette dreier seg om strukturelle rammer, faglige ressurser, men også betydningen av *frihet*, som nevnt tidligere. Disse ressursene blir også viktig med tanke på den dobbelte rollen deltakerne forvalter som oppfølger og koordinator. Særlig fremhever flere deltakere mangel på *tid* som en avgjørende faktor. Dette er også noe Lipsky (2010) beskriver som avgjørende for *bakkebyråkraten*. Han mener at knapphet på ressurser som *informasjon og tid* er en særlig karakteristikk ved byråkratiet. Flere av deltakerne fremhever at nettopp *mangel på tid* er en avgjørende faktor som forhindrer at de får jobbet planmessig som koordinator. Videre påpeker de også at *mangel på tid* gjør at de må prioritere mellom arbeidsoppgavene.

En deltaker sier at hun må prioritere det som haster, og *mister oversikten, og den jevnlige oppfølgingen*. I tillegg opplever hun at hun ikke får gjort det *administrative som ikke må gjøres*. En annen deltaker forteller at det tar *enormt med tid* å få organisert et møte, og at tiden det tar *ikke er synlig i statistikken*. Og en annen sier at det kan *ta ukesvis*. En tredje deltaker sier hun har gått vekk fra å forsøke å få til slike møter, fordi om hun ikke *kan vente i 3 måneder*.

Den *tiden* det refereres til når det gjelder koordineringsarbeidet handler ganske gjennomgående om at deltakerne ikke får organisert møtene som trengs for å skape en *samhandlingsarena*. To deltakere formidler også at det ikke er tatt høyde for i organisasjonen hvor ressurskrevende dette er. Den ansatte i denne sammenheng er plassert nederst i helsehierarkiet, og har altså både oppfølgingsansvar og koordineringsansvar. I tillegg ser det ut til at deltakeren står overfor utfordringer knyttet til det rent administrative- få folk til å møtes. Williams (2002) viser til 4 avgjørende strategier for koordineringsarbeid. *Det første handler om nettverksarbeid*. Han forklarer at det dreier seg om å etablere og vedlikeholde kontakter for å skape en helhetlig tjeneste. Dette beskrives altså som en grunnleggende strategi for å skap *sømløse tjenester*. Ut fra det deltakerne formidler, kan det se ut til at disse nettverkene stadig må etableres, og at det tar tid. Dette kan handle om at det er en manglende forståelse i de strukturelle forholdene mellom samarbeidsinstansene om at de skal delta i et slikt nettverk. Det kan virke som det heller ikke at det er tatt høyde for denne utfordringen i deltakernes organisasjon, når den ansatte *må jobbe 3 ganger så mye*, uten at det synes.

Noen deltakere peker på at samarbeidsinstansene har tilsvarende mangler på ressurs og tid. En formidler at hun opplever at de har samme målet, og bare vil hjelpe, men det stanger på grunn av *økonomi, tid og ressurser*. Her kan man altså se at koordineringsarbeidet, med mål med sømløse tjenester, møter på utfordringer. Det påpekes at viljen til å hjelpe er der, men at kapasitetsmangel, særlig forstått som mangel på tid, hindrer *samhandlingen* i praksis. Forklaringen på dette kan muligens være for lavt innslag av *vertikale strukturer* i organisasjonen jf Axelson og Axelssons (2006). Dette, i kombinasjon med kompleksiteten ved *wicked problems* i et *differensiert* helsehierarki hvor oppgavene forsøkes å løses i de intra-organiserte enhetene. Koordinatoren, som kommer fra sin egen *differensierte* organisasjon, med oppgaver knyttet til denne, blir da gående utenpå de ulike systemene i forsøk på å få til

*samhandling*. Jobben blir da i første omgang å bryte inn i lukkede organisasjoner, og det er *tidkrevende* for en *bakkebyråkrat*.

En deltaker forteller at hun i kraft av å være både koordinator og oppfølgingsansvarlig, noen ganger bruker tid på å få unna noen av oppgavene hun har som leder for ansvarsgruppa. Hun sier hun innimellom har erfart å få *pepper* av de andre deltakerne på grunn av dette. Dette kan også tyde på en aktiv form for *differensiering* mellom aktørene på *samhandlingsarenaen*. Axelsson og Axelsson (2006) fremhever at samarbeid baserer seg på blant annet på likeverd. Denne opplevelsen kan det være et uttrykk for en *hierarkisk differensiering* (Vik & Aarseth, 2019), ved at en part korrigerer den andre. Det sier også noe om klima i samhandlingen, og kan være videre være et symptom på *wicked issues*, der det uhåndterlige kommer til uttrykk i kommunikasjonen mellom de som skal håndtere problemet.

#### 6.2.2 Tiltaksplaner – reversert planlegging

I planmessig oppfølging av tjenestemottakere er tiltaksplaner et ofte brukt verktøy. To av deltakerne i undersøkelsen formidler at forhåndsbestemte tiltak er vanskelig å bruke i oppfølgingen av komplekse brukersaker. De forteller videre at dette er likevel er verktøyet de jobber etter. En deltaker sier at hun ofte er i situasjoner som må håndteres der og da, og at hun derfor går tilbake og skriver handlingen inn i en plan i etterkant. En annen sier at nesten hver gang hun skal journalføre, må hun endre tiltaket så det passer med det hun har gjort.

Som jeg har vært inne på før, påpeker Williams (2002) at forståelsen av *wicked problems* burde dra veksler på kaosteori fremfor en forenklet tanke om årsak -virkning. Tiltaksplaner og IPplaner er gjerne formulert med *delmål* og *mål* satt inn i en plan med en tidsramme. Når det journalføres, blir dette også et mål på at den ansatte gjør det den skal. Dermed blir nettopp strukturene fra organisasjonen basert på lineære rammer, og passer ikke de komplekse brukersakene. Når den ansatte likevel fyller inn tiltak, må den ansatte *tilpasse* virkeligheten til strukturen, da det ikke finnes strukturer som rammer inn virkeligheten.

Det kan argumenteres med at planer og journalføring alltid vil inneha et nivå av tilpasning til strukturene, og videre være en tolkning, og derfor kun speile en del av virkeligheten. Men det er likevel et vesentlig gap mellom denne tilpasningen, og en situasjon hvor lineære strukturer fører til det jeg har valgt å kalle *reversert planlegging*.

Man kan videre anta at dette også er en faktor som tar kapasitet fra den ansatte. Og på samme tid bidrar til avmakt i koordineringsrollen, da arbeidsoppgavene ikke gjenspeiles i organisasjonens struktur. På denne måten blir ansvaret ytterligere individualisert, og den ansatte må operere på vegne av seg selv, og ikke organisasjonen.

### 6.3 Koordineringsrollen; mer enn å samordne tjenestene og ansvarlighetens pris

Bjørkquist og Ramsdal (2021) sier at begrepene samordning og samarbeid har en tendens til å bety det samme i norsk tjenesteutvikling. De forklarer videre med bruk av Axelsson og Axelsson (2016) at disse begrepene har avgjørende forskjeller i sammenheng med koordineringsarbeidet i komplekse brukersaker. De påpeker at *samordning* handler om en tverrsektoriell samhandling med *høy vertikal integrasjon*. Denne forklaringen gjenspeiles i Williams (2002) forklaring om *the boundary spanner*, hvor han påpeker at koordineringen har to ytterpunkter hvor det ene ytterpunktet dreier seg om å innta en *passiv rolle*, som en som har oversikt, men uten å påvirke, eller gå inn i arbeidet som gjøres av de ulike deltakerne fra hjelpeinstansen. Dette innebærer altså at de *sterke vertikale strukturer* og mindre av de *horisontale*. Det andre ytterpunktet handler om at koordinatoren går aktivt inn, har deltakende rolle, og bidrar til å skape til å skape helhetlige tjenester. Dersom det i siste tilfelle kun er sterk *horisontal struktur*, kaller de *samarbeid*. Dersom det er lite av begge disse strukturene, og den ansatte stadig har den formelle rollen som koordinator og oppfølgingsansvarlig, kan den ansatte risikere å kun sitte igjen med *ansvaret*.

#### 6.3.1 Koordinator med ansvar for vertikale og horisontale strukturer

Flere deltakere formidler nettopp at de *føler seg ansvarlige*. En forteller at hun føler at *det står og faller* på henne. Hun forklarer videre at dette er spesielt i de tilfellene når samarbeid

og samhandling ikke flyter lett. En annen forteller at hun opplever at de har et romslig mandat, men at de derfor ender opp med å *gjøre alt*. Hun sier videre at hun opplever at samarbeidsinstanser avviser brukeren som ikke møter, og dermed bruker brukerens funksjonsnivå som et argument for å ikke hjelpe. Dette medfører at *alt faller tilbake på oss*.

Sistnevnte deltaker utdyper det at hun står alene, ved å forklare at hun opplever at samarbeidsinstansene ikke tar det ansvaret de skulle hatt etter lovverket. På bakgrunn av funksjonsnivå, oppsøker hun pasienten. Hun sier at samarbeidsinstanser venter på å bli oppsøkt. Hun poengterer at hun er der hvor *pasienten er*, og ser hvor syk den er. Hun formidler opplevelsen og hjelpebehov, men blir ikke hørt. Hun spør seg på hvilket grunnlag de kan la være å gjøre noe.

Dette funnet gjenspeiles også i masteroppgaven til Sørensen (2019) som viser at informantene hennes hadde opplevelse av ansvar på både system- og individnivå, og det totale ansvaret for pasienten.

Jeg har tidligere vært inne på hvordan koordineringsansvaret blir individualisert. I dette tilfelle ser vi at deltakeren ser på oppgaven som et *kollektivt ansvar*. Hun er kjent med samarbeidspartneres lovverk og mandat og hun har et koordineringsansvar for å skape *sømløse tjenester*. Dette skaper visse forventninger om gjensidighet i oppfølgingen -og ansvaret. Hun observerer og følger opp sine pasienter som har svært dårlig funksjonsnivå, og vurderer at det er relevant med *samhandling* for å håndtere de komplekse brukersakene og situasjonene de befinner seg. Men hun erfarer at andre i helsetjenesten ikke deltar i samhandlingen. Resultatet av hennes mandat som en som skal *samordne* tjenestene, blir da i stedet et totalansvar for pasienten. I tillegg brukes krefter på å forholde seg til en *differensiert helsesektor* som definerer seg ut av samhandlingen.

En deltaker forteller at hun på bakgrunn av erfaring kan sette grenser for andre samarbeidsinstanser som vil overføre det hun opplever er deres arbeidsoppgaver på henne. Slik sett kan man forstå at hun har akseptert det *individualiserte ansvaret*, og håndterer dette ved å sette grenser.



En av de tre utviklingstrekk som har dominert feltet rus- og psykisk helse de siste årene er referert til som *desentralisering*. Bjørkquist og Ramsdal (2021) forklarer at kommunene og ledelsen innen rus og psykiske helse har fått vide rammer og stort handlingsrom med et mandat om å organisere tjenestene. De sier videre at dette har medført at de har blitt belastet av krav fra pasienter og pårørende, og i tillegg forventninger fra spesialisthelsetjenesten som de ofte ikke klarer å tilfredsstille. Dette handlingsrommet kaller de *maktens samvittighet*. En konsekvens av desentraliseringen er altså at *en til sist blir alene med de utfordringene styringssystemet etterlater lokalt* (Bjørkquist og Ramsdal, 2021).

Funnet knyttet til tema *koordinering- mer enn å samordne tjenestene* forstås ut fra dette slik at rollen som koordinator får to aspekter. Den primære oppgaven som er å koordineretjenestene i en *horisontal struktur*, men også å jobbe for å skape strukturer som hun skal koordinere ut fra, og på den måten får ansvar for de *vertikale strukturene* som må være på plass for å få til en reel samhandling (Axelsson og Axelsson, 2006).

### 6.3.2 Den ansatte som et subjekt, og strategier for håndtering

I foregående avsnitt kommer det frem en opplevelse av å stå alene med ansvaret. Dette ansvaret oppleves ganske *totalt* ved at deltakerne har rolle både som pasientens oppfølgingsansvarlig i kommunen, og koordineringsansvarlig med mål om å skape *sømløse tjenester*. Når det ligger strukturelle utfordringer i veien for å fylle koordineringsrollen, ser vi at deltakerne må bruke *strategier som unnvikelse eller kamp* for å håndtere arbeidet.

En deltaker beskriver at arbeidet hennes ble mye enklere da hun *slo fra seg å være koordinator og skrive referater*. På denne måten unngår hun altså en situasjon som hun ikke har noen forventninger til at vil tilføre brukeren noe, eller være en ressurs i arbeidet.

En annen deltaker formidler at hun blir pasientens *advokat, og snakker pasientens sak*. På denne måten blir deltakeren en som må kjempe mot det fragmenterte systemet for pasientens rettigheter til å få hjelp.

Denne opplevelsen av rollen som følge av koordineringsansvaret, speiles også hos en annen deltaker som sier at hun *er en som forlanger og ikke godtar et avslag*. Hun sier at hun *står på for pasienten*.

Zacka (2018) snakker om de man møter som ansatte i byråkratiet. Han peker på deres *ansikt*, for å vise at dette også er subjekter som forsøker å orientere seg i en arbeidshverdag. Han sier at disse ansiktene blir stående i en *skvis* mellom innbyggernes behov og systemets forventninger. Det er påpekt at *samhandling* og arbeid med mål om *sømløse tjenester* forutsetter høy *vertikal og horisontal- integrasjon*. Man kan anta at der dette er til stede, vil det virke forebyggende på opplevelsen av å være i en *skvis* slik Zacka (2018) sikter til.

I denne situasjonen sitter deltakerne igjen med en opplevelse av å være part i saken sammen med brukeren, som advokat. Det kjempes om rett til hjelp, og deltakeren tar i bruk strategier som *å ikke gi seg, ikke godta et avslag*. Brukerens perspektiv synes å være den drivende faktoren i arbeidet med å koordinere tjenester, og kamparenaen blir mellom deltakeren og brukeren som en part, mot *resten av systemet*.

Dette kan kanskje forklares ut fra den nærheten deltakeren har til brukeren, i kraft av rollen som behandler og oppfølger. I et behandlingsperspektiv er tillit og relasjoner av stor betydning for bedringsprosesser (Helsedirektoratet, 2011). Zacka (2018) viser også hvordan den ansatte må balansere de ytre forventningene med en *indre psykologisk integritet*. Det er kanskje nettopp denne *indre psykologiske integriteten* som står på spill når de ansatte både bærer ansvaret for en behandlingsrelasjon som skal representere tillit og trygghet, og samtidig orientere seg i et *differensiert* helsesystem. Denne belastningen kan forklare *strategier som kamp* for å håndtere rollen og forventningene fra brukeren.

### 6.3.3 Eksistensielle spørsmål, og personlig oversvømmelse

Det siste delfunnet knyttet til opplevelsen av å ha ansvar, viser hvordan oppfølging- og koordineringsansvaret berører etiske og eksistensielle utfordringer.

En deltaker forteller hvordan de ser fortvilelsen både hos brukergruppa og for helsesystemet som ikke makter å hjelpe. Hun beskriver mangler på ressurser og hvordan dette ender opp med et ansvar *for å holde han levende*.

En annen forteller om hvordan jobben er å kjempe mot et system som nedprioriterer pasientene på bakgrunn av den utfordringen de har, og sier at dette er *utmattende*. En tredje forteller at måten det totale ansvaret for brukerne blir skjøvet over på henne, og vegringen mot å delta i bedringsprosesser går mot hennes *vernepleieperspektiv*.

Fineide, Løken og Haug (2021) viser til begrepet *personlig oversvømmelse*. De påpeker hvor krevende det er å innfri forventninger og dekke behov i komplekse brukersaker der det er fravær av formelle samordningsstrukturer. Og i disse tilfellene blir deltakerne stående med et totalt ansvar som omhandler liv eller død, og som går mot deres fagetiske perspektiv. Man kan argumentere for at ansvaret som beskrevet, går utover de faglige og arbeidsrelaterte rammene, og inn på et dypere, mer personlig plan. Farene ved dette er nettopp *personlig oversvømmelse*. Dette kan igjen sees som et symptom på et helsesystem som ikke er organisert slik at den håndterer *wicked problems*, eller komplekse brukersaker, og dermed blir deltakerne en del av symptomene, fremfor den som behandler.

#### 6.4 Implikasjoner

Helsefremmende arbeid handler om å *gjøre folk i stand til å få kontroll over de faktorene som påvirker helse*, og som en av strategiene for å jobbe med dette, er *mediate* fremhevet i *Ottawacharteret* (Bunton & Macdonald, 2002; WHO, 1986). I denne studien har jeg undersøkt på hvilken måte *kommunalt ansatte opplever koordineringsansvaret i kompliserte brukersaker*.

Undersøkelsen viser at koordineringsansvarlig i kommunene har en opplevelse av å ha *totalt ansvar* for de kompliserte brukersakene. Funnene viser også at *koordinatoren må finne ut av rollen selv*, og at *koordinatoren opplever å ha frie rammer*. Dette kan bety at det ikke foreligger tydelige føringer i organisasjonen for hva rollen skal innebære, og hva som er

forventet av andre aktører i nettverket som koordinatoren skal knytte sammen. En løsning på denne utfordringen, er å danne tverrfaglige team som jobber skulder ved skulder. På denne måten ligger rammene for samhandling som et fundament i organiseringen. Slike grep bidrar til avklaring for aktørene som skal samhandle, og nettverket trer tydeligere frem. Det kan også være en modell som ordinære tjenester kunne dra veksler på, og vurdere semistrukturerte team, for å etablere mer stabile nettverk, og sikre *vertikal integrasjon* (Axelsson og Axelsson 2006).

Funnene viser også at kombinasjonen av *koordineringsrollen og oppfølgingsrollen oppleves hensiktsmessig*. Dette kan tyde på at *nærhet og relasjonen* mellom koordinator og bruker er av betydning i koordineringsarbeidet, og bør sees på som viktig faktor i forståelsen av koordinatorfunksjonen. Det bør tilrettelegges for rolleavklaringer og funksjonsavklaringer rundt arbeidet, slik at denne relasjonen kan ivaretas uten at *koordineringsansvaret* bidrar til *personlig oversvømmelse* (Zacka, 2018).

Arbeid med koordinering innebærer i hovedsak planarbeid. Undersøkelsen viser at *planmessig arbeid med komplekse brukersaker* oppleves utfordrende. Krav om journalføring av tiltak og målsettinger baserer seg på en lineær forståelse, og antar en *årsak-virkning-sammenheng*, men brukergruppas behov speiles ikke i disse rammene. Det vil kunne ha betydning for den ansattes kapasitet og ressurser ved å etablere et system som i større grad baserer seg på *kaosteori* (Williams, 2002).

Funnene fra undersøkelsen viser å ha koordineringsansvaret er *mer enn å samordne* tjenestene, og innebærer både et faglig, men også strukturelt ansvar. Dette ser ut til å være overveldende, og resulterer i *fight or flight* strategier. Noen deltakere velger å *kjempe*, mens andre *unngår* kravene knyttet til rollen ved å håndtere ting som skjer der og da. Begge strategiene viser at ansvaret blir *individualisert*. Hensikten med *koordineringsrollen* er å samhandle, *mediate*, for å skape synergier ved et *kollektivt ansvar* for de kompliserte brukersakene. Videre forskning på feltet kunne være å se på hva som skaper en opplevelse av *kollektivt ansvar* for brukergruppa.

Fokuset i studien har vært de *ansattes opplevelse av koordineringsrollen*. Slik det fremstår i denne undersøkelsen, indikerer funnene et behov for en bredere, og mer overordnet innsikt i de faktiske effektene av *kommunens koordineringsansvar i kompliserte brukersaker*. En slik undersøkelse burde ikke minst innebefatte brukernes opplevelse.

## 6.5 Studiens styrker og svakheter

Funnene jeg har drøftet i dette kapittelet er basert på en kvalitativ undersøkelse, hvor jeg intervjuet 6 ansatte i rus- og psykiskhelsetjeneste, i til sammen 4 ulike kommuner. 3 intervjuer foregikk ansikt til ansikt, og de 3 siste intervjuene ble gjort digitalt. Årsaken til de siste ble gjort digitalt, handlet om smittehensyn. De første intervjuene, som var fysiske møter, foregikk på deres arbeidssted. To av de digitale intervjuene ble gjort da deltakeren var hjemme. Det innebærer at deltakerne befant seg i ulike settinger under intervjuet. Det kan bety at de som var hjemme i større grad snakket som *privatperson*, enn de som satt på et kontor på arbeidsstedet. Hva dette kan ha hatt for betydning for resultatet, er ikke fanget i denne undersøkelsen.

Jacobsen (2015) påpeker at forskningens kvalitet avhenger av om det man leser, oppleves som *sant*. Han sier at det er flere trusler mot en undersøkelses samlede kvalitet. Et poeng han trekker frem er antall enheter, *og jo flere enheter, desto større er sannsynlighet for man kunne generalisere funn* (Jacobsen, 2015, s. 238). Han beskriver at *metning* er noe man oppnår når et nytt intervju ikke gir noen nye interessante funn. I denne undersøkelsen er nok ikke *metning* oppnådd.

Et annet forhold handler om min relasjon til deltakerne. Til undersøkelsen ble 2 av deltakerne rekruttert via leder, mens 4 deltakere ble rekruttert gjennom nettverk. Det vil si at 2/3 av deltakerne er en ytre del av mitt eget nettverk. På tross av at det ikke er noen direkte relasjon mellom meg og deltakerne, kan man spørre seg om jeg har fått tak i et tilstrekkelig representativt utvalg. Disse forholdene kan ha betydning for undersøkelsens reliabilitet, og viktig å ha med seg når man leser resultatene.

Et viktig poeng, som jeg har vært inne på tidligere i oppgaven, handler om selve intervjuet. Her påpeker Kvale (et al., 2015) at intervjueren er selv et forskningsinstrument. Farene ved denne situasjonen kan handle om ledende spørsmål, følge opp enkelte deler som passer *for forståelsen*, eller på andre måter ikke fanger det intervjuobjektet forsøker å formidle.

En styrke ved denne studien er at det semistrukturerte intervjuet. Jeg opplevde at jeg var godt forberedt. Etter et prøveintervju, hadde jeg en struktur, som bidro til at deltakerne ble opplevd som frie i intervjuet. Jeg opplevde at vi fikk etablert god kontakt, og jeg fikk inntrykk av at det var et tema de ønsket å prate om. De formidlet rike og detaljerte skildringer underveis. Jeg opplevde derfor at jeg fikk tak i særegenheter ved flere beskrivelser, og satt igjen med et rikt materiale.

## 7 Konklusjon

Denne studien, som har hatt til hensikt å undersøke på hvilken måte kommunalt ansatte opplever koordineringsansvaret i komplekse brukersaker, viser at koordineringsansvaret innebærer en opplevelse av *totalt ansvar*. Dette funnet kan forklares i lys av fenomenet *wicked problems*. Funnene viser også at *man må finne ut av rollen selv*, og at det er et uklart skille mellom koordineringsansvaret og andre roller man har i møte med brukeren. Dette synes å forsterke opplevelsen av å stå alene med ansvaret. Dette kan bety at det er uklare føringer for hva koordinatorrollen skal være, både i egen organisasjon, og hva som forventes fra samhandlingsinstanser. Rammene for håndteringen av koordinatorrollen er frie, og kombinasjonen av oppfølgingsansvar og koordineringsansvar oppleves hensiktsmessig. Dette belyser betydningen av *relasjonen* til brukeren i arbeidet med koordinering. Videre viser funnene at planmessig arbeid er utfordrende fordi det er *mangel på ressurser* og planverk *tilpasses i etterkant* av at tiltak er gjennomført. Dette underbygger behovet for å vurdere hvorvidt lineært planarbeid er hensiktsmessige verktøy i oppfølgingen av brukergruppen. Studien har også vist at å eie *koordineringsansvaret er mer enn å samordne tjenestene*, og innebærer å jobbe både strukturelt og faglig. Det er et arbeid som aktualiserer opplevelsen av *at man er alene* og ansvaret innbyr til *fight eller flight* strategier.

Et forslag for veien videre, handler om å anerkjenne det strukturelle ansvaret koordinering innebærer, slik det kommer frem i undersøkelsen, og videre aktivere forpliktelse i hele helsetjenesten, og da særlig spesialisthelsetjenesten, til å delta i ansvaret for komplekse brukersaker som ivaretas i kommunen. Helt konkret vil det bety å bringe nettverket sammen og å delta på samme arena. En løsning kunne være et strukturelt initiativ til å skape samhandlingsarenaer, hvor fagfolk møtes på tvers av organisasjoner, for å dele forståelse og kunnskap, og jobbe sammen mot felles mål. Dette krever at det settes av ressurser og tid, som ikke nødvendigvis kan måles innenfor rammene av den enkelte organisasjon. Det forutsetter en vilje til å se *helheten*, og betydningen av WHO's (1986) strategi om *mediate* og overordnet mål om utjevning av *sosial ulikhet i helse*.

## Litteraturliste

- Axelsson, R. & Axelsson, S. (2006). *Integration and collaboration in public health: a conceptual framework*. *International Journal of Health Planning and Management*, 21, 75-88. <https://doi.org/10.1002/hpm.826>
- Axelsson, R., & Axelsson, S. (2016). Organisering av samverkan – modeller, svårigheter och muligheter. In (Vol. Kap. 14, pp. 251-264). Universitetsforl.
- Bjørkquist, C., & Ramsdal, H. (2021). Statlig politikk og lokale utfordringer : Organisering av tjenester innen rus og psykisk helse. In C. Bjørkquist & H. Ramsdal (Eds.), *Statlig politikk og lokale utfordringer*. Cappelen Damm Akademisk/NOASP Nordic Open Access Scholarly Publishing.
- Braun, V., & Clarke, V. (2006). Using thematic analysis in psychology. *Qualitative research in psychology*, 3(2), 77-101. <https://doi.org/10.1191/1478088706qp063oa>
- Bunton, R., & Macdonald, G. (2002). *Health promotion : disciplines, diversity, and development* (2nd ed. ed.). Routledge.
- Dahlgren, G., Whitehead, M., & Norge, H. (2009). *Utjevning av helseforskjeller : Del 2 : Strategier og tiltak for å utjevne sosiale ulikheter i helse* (Vol. Del 2). HelseDirektoratet.
- Dalland, O. (2012). *Metode og oppgaveskriving for studenter* (5. utg. ed.). Gyldendal akademisk.
- Lov om folkehelsearbeid (folkehelseloven), (2011). <https://lovdata.no/pro/#document/NL/lov/2011-06-24-29/%C2%A71>
- Graneheim, U. H., Lindgren, B.-M., & Lundman, B. (2017). Methodological challenges in qualitative content analysis: A discussion paper. *Nurse Educ Today*, 56, 29-34. <https://doi.org/10.1016/j.nedt.2017.06.002>
- Graneheim, U. H., & Lundman, B. (2004). Qualitative content analysis in nursing research: concepts, procedures and measures to achieve trustworthiness. *Nurse Educ Today*, 24(2), 105-112. <https://doi.org/10.1016/j.nedt.2003.10.001>
- Green, J., Tones, K., Cross, R., & Woodall, J. (2015). *Health promotion : planning & strategies* (3rd ed. ed.). Sage.
- Hagen, S. (2020). "Helse i alt kommunen gjør?..." : -en undersøkelse av samvariasjoner mellom kommunale faktorer og norske kommuners bruk av folkehelsekoordinator, fokus på levekår og prioritering av fordelingshensyn blant sosioøkonomiske grupper [Doktorgradsavhandling, he University of Bergen]. [https://bora.uib.no/bora-xmlui/bitstream/handle/11250/2719108/Thesis\\_Hagen.pdf?sequence=2&isAllowed=y](https://bora.uib.no/bora-xmlui/bitstream/handle/11250/2719108/Thesis_Hagen.pdf?sequence=2&isAllowed=y)
- Hansen, G. V. (2007). *Samarbeid uten fellesskap: Om individuelle planer i kommunalt psykisk helsearbeid* [Doktorgradsavhandling, Karlstad University Studies].
- Lov om kommunale helse- og omsorgstjenester m.m. (helse- og omsorgstjenesteloven), (2011). <https://lovdata.no/pro/NL/lov/2011-06-24-30>
- HelseDirektoratet. (2011). *Nasjonal faglig retningslinje for utredning, behandling og oppfølging av personer med samtidig ruslidelse og psykisk lidelse - ROP-lidelser*. HelseDirektoratet. <https://www.helsebiblioteket.no/retningslinjer/rop/forside>
- HelseDirektoratet. (2014). *Sammen om mestring : veileder i lokalt psykisk helsearbeid og rusarbeid for voksne: et verktøy for kommuner og spesialisthelsetjenesten*. HelseDirektoratet.
- HelseDirektoratet. (2018). *Rehabilitering, habilitering, individuell plan og koordinator*. Rehabilitering, habilitering, individuell plan og koordinator
- Hofstad, H. (2013). *Håndtering av "wicked problems" i kommunal planlegging. Lokal oversettelse av målsettingene om bærekraftig utvikling og bedre folkehelse i ulike planleggingspraksiser* [Doktorgradsavhandling, [Doktorgradsavhandling, Universitetet i Oslo]]. <https://www.duo.uio.no/bitstream/handle/10852/37540/1/dravhandling-hofstad.pdf>
- Jacobsen, D. I. (2015). *Hvordan gjennomføre undersøkelser? : innføring i samfunnsvitenskapelig metode* (3. utg. ed.). Cappelen Damm akademisk.
- Kjellevoll, A. (2020). *Retten til individuell plan og koordinator* (5. utg. ed.). Fagbokforl.



- Kvale, S., Brinkmann, S., Anderssen, T. M., & Rygge, J. (2015). *Det kvalitative forskningsintervju* (3. utg. ed.). Gyldendal akademisk.
- Lipsky, M. (2010). *Street-level bureaucracy : dilemmas of the individual in public services* (30th anniversary expanded ed. ed.). Russell Sage Foundation.
- Luhmann, N., Wiik, E. L., & Bakken, T. (2013). *Sosiologisk teori*. Akademika.
- Malterud, K. (2012). Systematic text condensation: A strategy for qualitative analysis. *Scand J Public Health, 40*(8), 795-805. <https://doi.org/10.1177/1403494812465030>
- Marmot, M. G. (2006). Status Syndrome: A Challenge to Medicine. *JAMA, 295*(11), 1304-1307. <https://doi.org/10.1001/jama.295.11.1304>
- NESH. (2021). *Forskningsetiske retningslinjer for samfunnsvitenskap og humaniora* <https://www.forskningsetikk.no/globalassets/dokumenter/4-publikasjoner-som-pdf/forskningsetiske-retningslinjer-for-samfunnsvitenskap-og-humaniora.pdf>
- Nilssen, V. L. (2012). *Analyse i kvalitative studier : den skrivende forskeren*. Universitetsforl.
- NOU 2005: 3. *Fra stykkevis til helt. En sammenhengende helsetjeneste*. OSLO: Helse- og omsorgsdepartementet, Retrieved from <https://www.regjeringen.no/no/dokumenter/nou-2005-03/id152579/>
- Osborne, S. P. (2010). *The New Public Governance?: Emerging Perspectives on the Theory and Practice of Public Governance*. London: Routledge. <https://doi.org/10.4324/9780203861684>
- Lov om pasient- og brukerrettigheter (pasient- og brukerrettighetsloven), (1999). <https://lovdata.no/pro/NL/lov/1999-07-02-63>
- Rittel, H. W. J., & Webber, M. M. (1973). Dilemmas in a General Theory of Planning. *Policy sciences, 4*(2), 155-169. <https://doi.org/10.1007/BF01405730>
- Romøren, T. I. (2011). Samhandlingsreformen - Et kritisk blikk på en helsereform. *Nordisk sygeplejeforskning, 1*(1), 82-88.
- Savin-Baden, M., & Major, C. H. (2013). *Qualitative research : the essential guide to theory and practice*. Routledge.
- Sheikh, Z. A., Abelsen, B., & Vrangbæk, K. (2014). *Samhandlingsreformens konsekvenser for det kommunale pleie- og omsorgstilbudet* (Vol. 2014/382). International Research Institute of Stavanger Nasjonalt senter for distriktsmedisin.
- Lov om spesialisthelsetjenesten m.m. (spesialisthelsetjenesteloven), (1999). <https://lovdata.no/pro/NL/lov/1999-07-02-61>
- St.meld. nr. 47. (2008-2009). *Samhandlingsreformen : rett behandling - på rett sted - til rett tid*. Oslo Retrieved from <https://www.regjeringen.no/contentassets/d4f0e16ad32e4bbd8d8ab5c21445a5dc/no/pdfs/stm200820090047000dddpdfs.pdf>
- Sylta, A. J. (2019). *Koordinator som en del av sykepleierrollen: En kvalitativ studie av hvordan koordinatorrollen forstås og utøves i kommunalt psykisk helsearbeid* [Masteroppgave, OsloMet - Storbyuniversitetet].
- Sørensen, R. (2019). *"Den psykososiale vaktmester" En kvalitativ studie om erfaringer med å være primærkontakt og koordinere tjenester til mennesker med store og sammensatte behov i kommunal psykisk helsetjeneste for voksne* [Masteroppgave, OsloMet - Storbyuniversitetet].
- Thomassen, M. (2006). *Vitenskap, kunnskap og praksis : innføring i vitenskapsfilosofi for helse- og sosialfag*. Gyldendal akademisk.
- Vik, E., & Aarseth, T. (2019). Koordinatorordninger som samordningstiltak- tre mulige paradokser. . In I. C. B. M. J. F. (Red.) (Ed.), *Organisasjonsperspektiv på samordning av helse- og velferdstjenester* (pp. s.119- 143). Oslo: Cappelen Damm Akademisk. <https://doi.org/https://doi.org/10.23865/noasp.66.ch5>
- WHO. (1948). *The Constitution of the World Health Organization*. <https://www.who.int/about/governance/constitution>
- WHO. (1986). *The Ottawa Charter for Health Promotion*. <https://www.who.int/teams/health-promotion/enhanced-wellbeing/first-global-conference>

- Williams, P. (2002). The Competent Boundary Spanner. *Public administration (London)*, 80(1), 103-124.  
<https://doi.org/10.1111/1467-9299.00296>
- Zacka, B. (2018). *When the State Meets the Street : Public Service and Moral Agency*. Harvard University Press.

## Vedlegg 1: Intervjuguide

### Kommunens koordineringsansvar

Semistrukturert Intervjuguide

#### Informasjon:

Velkommen og takk for at du tar deg tid til å delta i denne undersøkelsen.

Jeg setter stor pris på at jeg får bruke av tiden din til å få innsikt i temaet mitt.

Intervjuet vil bli tatt opp elektronisk, men vil bli transkribert snarest mulig etter at det er gjennomført. Deretter vil lydfilene bli slettet. Det skriftlige dokumentet vil bli oppbevart i samsvar med gjeldende regelverk og deretter bli slettet.

Jeg forventer at intervjuet vil ta ca. 1 time. Det er ikke satt av tid til pause.

Har du noen spørsmål før vi starter?

#### Innledning

Jeg er student ved Universitet i Sørøst-Norge, og intervjuet vil være en del av datagrunnlaget til min masteroppgave i Helsefremmende arbeid. Temaet er kommunens koordineringsansvar i kompliserte brukersaker

#### Spørsmål:

Kjønn (K/M):

Alder:

Stilling:

1. Hvor lenge har du jobbet i den stillingen du er i nå?
2. Beskriv: Hva slags brukergruppe? Hva består jobben av? Ulike oppgaver..
3. Kan du fortelle om dine erfaringer med å ha koordineringsansvar?  
  
- Hvilke type koordingeringsansvar har du i din stilling?

- Hva tenker du generelt sett om hvordan koordineringsansvaret påvirker arbeidsdagen din?
- Hvilken situasjoner knyttet til koordinering opplever du som mest utfordrende?
- Hvilke situasjoner knyttet til koordinering opplever du fungerer best?
- Opplever du å ha de ressursene som kreves for at oppgaven kan løses tilfredsstillende?
- Opplever du at du har nok tid?
- nok forkunnskap om tjenestemottaker
- om de du skal samhandle med/ de partene og delene som skal koordineres?
- Opplever du at du har kjennskap til lovkravet som ligger til grunn for oppgaven?
- I hvilken grad opplever du at arbeidsgiver legger til rette for koordineringsoppgaven?
- opplever du at oppgaven med å koordinere gir mening i lys av dine andre arbeidsoppgaver i tjenesteyting
- Opplever du at de du skal samhandle med har samme oppfatning av rollen som deg?
- Hvis ikke, hvordan opplever du det? Og hva tenker du det handler om?

-Hva tenker du selv at koordineringsansvaret bidrar til på et overordnet plan?

4 Hvilke holdninger og atferd møter du på blant kollegaer når det er snakk om

koordineringsansvaret?

6. Hva kan være årsaken til det?

7 Hva mener du er viktig å tenke på i forbindelse med koordineringsoppgaven?

### Avslutning

Da har jeg ikke flere spørsmål. Er det noe mer du ønsker å få sagt, noe jeg burde vite eller du vil spørre om før vi avslutter?

Takk for at du har stilt opp og delt av dine erfaringer. Det betyr mye for meg.

Ha en fortsatt fin dag!

## Vedlegg 2: Informasjonsskriv og samtykkeerklæring

### Vil du delta i forskningsprosjektet

#### «Kommunens koordineringsansvar»

Dette er et spørsmål til deg om å delta i et forskningsprosjekt hvor formålet er å få innsikt i hvordan koordineringsansvaret oppleves for ansatte i kommunen som følger opp innbyggere med sammensatte og komplekse utfordringer. I dette skrivet gir vi deg informasjon om målene for prosjektet og hva deltakelse vil innebære for deg.

#### Formål

Denne undersøkelsen er en del av en masteroppgave i faget *Helsefremmende arbeid*. Faget er tverrfaglig og fokuserer på sosial ulikhet i helse, og faktorer som fremmer helse, jf WHO's deklarasjon om helsefremmende arbeid (1986)

I dette prosjektet fokuserer jeg på tjenesteyteres opplevelser av koordineringsansvaret i komplekse brukersaker.

Helsedirektoratet (2020) fremhever det er behov for langvarige og koordinerte tjenester, skal kommunen tilby koordinator jf HOT 7-2 Det står utdypet i lovverket at koordinatoroppgaven innebærer at det skal sørges for nødvendig oppfølging av den enkelte pasient eller bruker, samt sikre samordning av tjenestetilbudet og fremdrift i arbeidet med individuell plan.

Problemstillingen er som følger:

*På hvilken måte opplever kommunalt ansatte koordineringsansvaret i komplekse brukersaker?*

Jeg lurer videre på;

*Hvordan oppleves koordineringsrollen i lys av de politiske målene om sømløse tjenester?*

-og

*Hvordan oppleves rollen mtp andre oppgaver i arbeidshverdagen?*

Med de ovennevnte spørsmål, håper jeg å få tak i opplevelsen av koordineringsansvaret, og refleksjoner rundt rollen i lys av politiske føringer. Jeg lurer på om tjenesteutøveren opplever mening i utøvelsen av å samhandle, og om det faktisk binder instansene sammen. Jeg er særlig nysgjerrig på om den politiske intensjonen, som er i tråd med WHO's strategi om å tverrsektorielt (WHO, 1986), gir en praktisk mening. I tillegg lurer jeg på om tjenesteutøver opplever å ha de ressursene som kreves for å gi rollen mening.

## **Hvem er ansvarlig for forskningsprosjektet?**

*Universitet i Sørøst-Norge* er ansvarlig for prosjektet.

## **Hvorfor får du spørsmål om å delta?**

Deltakere i prosjektet er valgt ut på bakgrunn av at de jobber i kommunen, og med oppfølging av tjenestemottakere som kan beskrives som komplekse brukersaker. For å få aktuelle kandidater har jeg henvendt meg til ulike kommuners tildelingskontor/forvaltningskontor, samt ledere av kommunale tjenester som følger opp innbyggere med sammensatte og komplekse behov, og som har erfaring rundt tema jeg ønsker å få belyst.

## **Hva innebærer det for deg å delta?**

Hvis du velger å delta i prosjektet, innebærer det at jeg intervjuer deg om tema som beskrevet. Det vil ta deg ca. 45 minutter. Jeg har en intervjuguide som inneholder spørsmål om dine opplevelser av koordineringsansvaret, hvordan du opplever at det fungerer, hva som ikke fungerer, og hvilke utfordringer du opplever rundt oppgaven. Jeg lurer på hvordan du opplever at det blir tilrettelagt for oppgaven, og ressursene du har behov for i dette arbeidet. Jeg vil notere fra samtalen, samt ta lydopptak.

Jeg vil også be deg om noen opplysninger om deg i et intervju. Det vil være opplysninger om kjønn, alder og hvor lenge du har vært i nåværende stilling. Jeg tar lydopptak og notater fra intervjuet.

## **Det er frivillig å delta**

Det er frivillig å delta i prosjektet. Hvis du velger å delta, kan du når som helst trekke samtykket tilbake uten å oppgi noen grunn. Alle dine personopplysninger vil da bli slettet. Det vil ikke ha noen negative konsekvenser for deg hvis du ikke vil delta eller senere velger å trekke deg.

## **Ditt personvern – hvordan vi oppbevarer og bruker dine opplysninger**

Vi vil bare bruke opplysningene om deg til formålene vi har fortalt om i dette skrivet. Vi behandler opplysningene konfidensielt og i samsvar med personvernregelverket.

- Tilgang ved behandlingsansvarlig institusjon vil være veileder Susanne Hagen, mail: [susanne.hagen@usn.no](mailto:susanne.hagen@usn.no)
- Navnet og kontaktopplysningene dine vil jeg erstatte med en kode som lagres på egen navneliste adskilt fra øvrige data», lagre datamaterialet på forskningsserver

Deltakerne vil ikke kunne gjenkjennes i publikasjon. Det vil kun skisseres hvor mange kommuner som deltar, at det er på Østlandet, samt hvilke fagområder som er representert.

## **Hva skjer med opplysningene dine når vi avslutter forskningsprosjektet?**

Opplysningene anonymiseres når prosjektet avsluttes/oppgaven er godkjent, noe som etter planen er juni 2023. Alle personopplysninger og nedtegnet informasjon, samt lydfiler vil da bli slettet.

## Dine rettigheter

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

- innsyn i hvilke personopplysninger som er registrert om deg, og å få utlevert en kopi av opplysningene,
- å få rettet personopplysninger om deg,
- å få slettet personopplysninger om deg, og
- å sende klage til Datatilsynet om behandlingen av dine personopplysninger.

## Hva gir oss rett til å behandle personopplysninger om deg?

Vi behandler opplysninger om deg basert på ditt samtykke.

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

## Hvor kan jeg finne ut mer?

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

Universitet i Sørøst-Norge ved Susanne Hagen; tlf 31009292, mail;

susanne.hagen@usn.no

- Vårt personvernombud: Paal Are Solberg, mail; personvernombud@usn.no

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

- NSD – Norsk senter for forskningsdata AS på epost ([personverntjenester@nsd.no](mailto:personverntjenester@nsd.no)) eller på telefon: 55 58 21 17.

Med vennlig hilsen

*Prosjektansvarlig*

(Forsker/veileder)

*Eventuelt student*



---

## Samtykkeerklæring

Jeg har mottatt og forstått informasjon om prosjektet *Kommunens koordineringsansvar*, og har fått anledning til å stille spørsmål. Jeg samtykker til:

- å delta i *intervju*
- å delta i *[sett inn flere metoder, f.eks. spørreskjema] – hvis aktuelt*
- at opplysninger om meg publiseres slik at jeg kan gjenkjennes*
- at mine personopplysninger lagres etter prosjektlutt, til juni 2023*

Jeg samtykker til at mine opplysninger behandles frem til prosjektet er avsluttet

---

(Signert av prosjektdeltaker, dato)

## Vedlegg 3: Godkjenning fra NSD

09.05.2022, 15:23

Meldeskjema for behandling av personopplysninger

# NSD NORSK SENTER FOR FORSKNINGSDATA

## Vurdering

### Referansenummer

643761

### Prosjekttittel

Kommunens koordineringsansvar i komplekse brukersaker

### Behandlingsansvarlig institusjon

Universitetet i Sørøst-Norge / Fakultet for helse- og sosialvitenskap / Institutt for helse-, sosial- og velferdsfag

### Prosjektansvarlig (vitenskapelig ansatt/veileder eller stipendiat)

Susanne Hagen, susanne.hagen@usn.no, tlf: 31009292

### Type prosjekt

Studentprosjekt, masterstudium

### Kontaktinformasjon, student

Solveig Florell, solveigflorell@hotmail.com, tlf: 47645951

### Prosjektperiode

13.04.2021 - 20.06.2023

### Vurdering (1)

---

#### 31.05.2021 - Vurdert

Det er vår vurdering at behandlingen av personopplysninger i prosjektet vil være i samsvar med personvernlovgivningen så fremt den gjennomføres i tråd med det som er dokumentert i meldeskjema med vedlegg 31.5.2021. Behandlingen kan starte.

#### DEL PROSJEKTET MED PROSJEKTANSVARLIG

Det er obligatorisk for studenter å dele meldeskjemaet med prosjektansvarlig (veileder). Det gjøres ved å trykke på «Del prosjekt» i meldeskjemaet. Om prosjektansvarlig ikke svarer på invitasjonen innen en uke, må vedkommende inviteres på nytt.

#### TYPE OPPLYSNINGER OG VARIGHET

Prosjektet vil behandle alminnelige kategorier av personopplysninger frem til 20.6.2023.

#### LOVLIG GRUNNLAG

Prosjektet vil innhente samtykke fra de registrerte til behandlingen av personopplysninger. Vår vurdering er at prosjektet legger opp til et samtykke i samsvar med kravene i art. 4 og 7, ved at det er en frivillig, spesifikk, informert og utvetydig bekreftelse som kan dokumenteres og som kan trekkes tilbake.

Lovlig grunnlag for behandlingen vil dermed være de registrertes samtykke, jf. personvernforordningen art. 6 nr. 1 bokstav a.

#### PERSONVERNPRINSIPPER

NSD vurderer at den planlagte behandlingen av personopplysninger vil følge prinsippene i personvernforordningen om:

- lovlighet, rettferdighet og åpenhet (art. 5.1 a), ved at de registrerte får tilfredsstillende informasjon om og samtykker til behandlingen
- formålsbegrensning (art. 5.1 b), ved at personopplysninger samles inn for spesifikke, uttrykkelig angitte og berettigede formål, og ikke viderebehandles til nye uforenlige formål
- dataminimering (art. 5.1 c), ved at det kun behandles opplysninger som er adekvate, relevante og nødvendige for formålet med prosjektet
- lagringsbegrensning (art. 5.1 e), ved at personopplysningene ikke lagres lengre enn nødvendig for å oppfylle formålet

#### DE REGISTRERTES RETTIGHETER

NSD vurderer at informasjonen om behandlingen som de registrerte vil motta oppfyller lovens krav til form og innhold, jf. art. 12.1 og art. 13.

Så lenge de registrerte kan identifiseres i datamaterialet vil de ha følgende rettigheter: innsyn (art. 15), retting (art. 16), sletting (art. 17), begrensning (art. 18) og dataportabilitet (art. 20).

Vi minner om at hvis en registrert tar kontakt om sine rettigheter, har behandlingsansvarlig institusjon plikt til å svare innen en måned.

#### FØLG DIN INSTITUSJONS RETNINGSLINJER

NSD legger til grunn at behandlingen oppfyller kravene i personvernforordningen om riktighet (art. 5.1 d), integritet og konfidensialitet (art. 5.1. f) og sikkerhet (art. 32).

For å forsikre dere om at kravene oppfylles, må dere følge interne retningslinjer og eventuelt rådføre dere med behandlingsansvarlig institusjon.

#### MELD VESENTLIGE ENDRINGER

Dersom det skjer vesentlige endringer i behandlingen av personopplysninger, kan det være nødvendig å melde dette til NSD ved å oppdatere meldeskjemaet. Før du melder inn en endring, oppfordrer vi deg til å lese om hvilke type endringer det er nødvendig å melde:

[https://nsd.no/personvernombud/meld\\_prosjekt/meld\\_endringer.html](https://nsd.no/personvernombud/meld_prosjekt/meld_endringer.html)

Du må vente på svar fra NSD før endringen gjennomføres.

#### OPPFØLGING AV PROSJEKTET

NSD vil følge opp ved planlagt avslutning for å avklare om behandlingen av personopplysningene er avsluttet.

Kontaktperson hos NSD: Lasse Raa

Lykke til med prosjektet!