

KAPITTEL 1

Introduksjon

Catharina Bjørkquist

Fakultet for helse, velferd og organisasjon, Høgskolen i Østfold

Helge Ramsdal

Fakultet for helse, velferd og organisasjon, Høgskolen i Østfold

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

Samtidige rus- og psykiske lidelser – det lokale perspektivet

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

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

Hvorfor denne boken?

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

Problemstillinger

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

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

Følgende delspørsmål har styrt arbeidet:

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

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

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

Nærmere om bokens struktur

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

Del 1 Nasjonal politikk og tjenesteutvikling

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

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

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

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

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

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

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

Del 2 Lokale endringsprosesser i tjenestene til ROP-brukere

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

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

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

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

Del 3 Tjenestenivå – praksis i tjenesteyting

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

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

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

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

Referanser

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

- Bjørkquist, C. & Fineide, M. J. (Red.). (2019). *Organisasjonsperspektiv på samordning av helse- og velferdstjenester*. Cappelen Damm Akademisk.
- Bjørkquist, C. & Hansen, G. V. (2018). Coordination of services for dual diagnosis clients in the interface between specialist and community care. *Journal of Multidisciplinary Healthcare*, 11, 233–243. <https://doi.org/10.2147/JMDH.S157769>
- Donald, M., Dower, J. & Kavanagh, D. (2005). Integrated versus non-integrated management and care for clients with co-occurring mental health and substance use disorders: A qualitative systematic review of randomised controlled trials. *Social Science and Medicine*, 60, 1371–1383.
- Drake, R. E., Essock, S. M., Shaner, A., Carey, K. B., Minkoff, K., Kola, L., Lynde, D., Osher, R. C., Clark, R. E. & Rickards, L. (2001). Implementing dual diagnosis services for clients with severe mental illness. *Psychiatric services*, 52(4), 469–476. <https://doi.org/10.1176/appi.ps.52.4.469>
- Drake, R. E. & Mueser, K. T. (2000). Psychosocial approaches to dual diagnosis. *Schizophrenia Bulletin*, 26(1), 105–118.
- Hannigan, B. & Coffey, M. (2011). Where the wicked problems are: The case of mental health. *Health Policy*, 101(3), 220–227. <https://doi.org/10.1016/j.healthpol.2010.11.002>
- Helsedirektoratet. (2012). *Samtidig ruslidelse og psykisk lidelse (ROP-lidelser)* [Nasjonal faglig retningslinje]. <https://www.helsedirektoratet.no/retningslinjer/samtidig-ruslidelse-og-psykisk-lidelse-rop-lidelser>
- Helsedirektoratet. (2015). *Internasjonalt perspektiv på psykisk helse og helsetjenester til mennesker med psykiske lidelser* (Rapport IS-2314). Helsedirektoratet.
- Helse- og omsorgsdepartementet. (2014). *Oppdragsdokument 2014. Helse Sør-Øst RHF*. Helse- og omsorgsdepartementet.
- Helsetilsynet. (2016). *Risikovurdering av tjenester til personer med samtidig ruslidelse og psykisk lidelse* (Rapport 3/2016). Helsetilsynet.
- Hustvedt, I. B., Bosnic, H. & Håland, M. E. (2019). *BrukerPlan. Tjenestemottakere med rusproblemer og psykiske helseproblemer i kommunen* (Årsrapport 2019). Helse Stavanger.
- Hudson, B. (2004). Analysing network partnerships. *Public Management Review*, 6(1), 75–94. <https://doi.org/10.1080/14719030410001675740>
- Kedote, M. B. A. & Champagne, F. (2008). Use of health care services by patients with co-occurring severe mental illness and substance use disorders. *Mental Health and Substance Use. Dual Diagnosis*, 1(3), 216–227.
- Kjellberg, F. & Reitan, M. (1995). *Studiet av offentlig politikk – en innføring*. Tano Aschehoug.
- Meld. St. 19 (2014–2015). *Folkehelsemeldingen. Mestring og muligheter*. Helse- og omsorgsdepartementet. <https://www.regjeringen.no/contentassets/7feod99020b4e0fb61f35e1e05c84fe/no/pdfs/stm20142015001900oddpdfs.pdf>

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