

KAPITTEL 9

Samordning av lokalbaserte tjenester: Når svake formelle samordningsstrukturer kompenseres av uformelle samordningsgrep

Mona Jerndahl Fineide

Fakultet for helse, velferd og organisasjon, Høgskolen i Østfold

Therese Dwyer Løken

Fakultet for helse, velferd og organisasjon, Høgskolen i Østfold

Erna Haug

Fakultet for helse, velferd og organisasjon, Høgskolen i Østfold

Abstract: By studying how primary care providers organize their services for people with concurrent substance abuse and mental health problems (dual diagnosis), this study aims to investigate formal and informal integration mechanisms. The study has an explorative approach based on interviews with people with dual diagnosis, managers, and front-line professionals in a Norwegian municipality of medium size. We found poor formal structures for internal coordination between services for mental health care and services for substance abuse, although they were organised in the same unit. Further, there were challenges in cooperation between this unit and the other healthcare units. Front-line professionals seemed to compensate for poor formal organisational structures with individual, informal coordination arrangements. Drawing on organisational theory, in particular the dilemmas of street-level bureaucrats and the role they play in policy implementation, this chapter discusses the importance and limitations of informal coordination measures for people with dual diagnosis.

Keywords: coordination, mental health, primary care services, street-level bureaucrat, substance abuse

Sitering av denne artikkelen: Fineide, M. J., Løken, T. D. & Haug, E. (2021). Samordning av lokalbaserte tjenester: Når svake formelle samordningsstrukturer kompenseres av uformelle samordningsgrep. I C. Bjørkquist & H. Ramsdal (Red.), *Stallig politikk og lokale utfordringer: Organisering av tjenester innen rus og psykisk helse* (Kap. 9, s. 175–194). Cappelen Damm Akademisk. <https://doi.org/10.23865/noasp.140.ch9>
Lisens: CC-BY 4.0

Innledning

Slik det er beskrevet innledningsvis i denne boken, har idealet om integrerte lokalbaserte tjenester vært en politisk styringsambisjon gjennom flere år. Men, slik kapittel fire i denne boken redegjør for, angir reformer, lover og retningslinjer få signaler med tanke på hvordan den enkelte kommune skal organisere for å sikre reelle og integrerte tjenester til innbyggere som har behov for det. Kommunene har stor frihet i valg av organisatoriske løsninger, og valgene vil være basert på lokale forhold og fortolkninger av styringsambisjonen (Rønhovde, 2016, s. 80). Gjennom å reise spørsmålet «hvordan har kommunen organisert sine tjenester for å skape samordning?» har dette kapitlet til hensikt å belyse hvordan tjenester for innbyggere med ROP-lidelser utøves lokalt.

ROP-retningslinjen vektlegger at tjenester til personer med ROP-lidelser skal foregå integrert og samtidig (Helsedirektoratet, 2012) – i motsetning til parallelle og/eller sekvensielle tjenester, som hevdes å være lite egnet (Mueser et al., 2006). Med parallelle tjenestetilbud menes at en tjenestemottaker mottar tjenester fra flere organisatoriske enheter samtidig, uten at disse blir sett i sammenheng. Med sekvensielle tjenestetilbud menes at brukerne mottar én tjeneste av gangen. ROP-feltet er komplekst, med motstridende funn i studier av «hva som virker» (Christiansen & Fodstad, 2014). Det eksisterer en rekke ordninger i repertoaret av samordningsstrategier i en stadig mer spesialisert og kompleks tjeneste (Andersson et al., 2011). Kapitlet vil derfor belyse kommunens ulike virkemidler for samordning og koordinering. Her vil vi løfte frem både formelle og uformelle samordningsstrategier og tiltak som skal bidra til å skape helhet og sammenheng for den enkelte bruker. Om tjenester skal organiseres som integrerte, parallelle og/eller sekvensielle er avhengig av hva som er det beste for bruker (Bjørkquist & Fineide, 2019).

Organisasjonsteoretisk innretning

Samordning kan beskrives som kontinuerlige prosesser der de ulike delene eller elementene er knyttet sammen, prioritert og tilpasset hverandre. Samordning kan organiseres på ulike måter (Bjørkquist & Fineide, 2019; Goodwin et al., 2013). Selv om kommunene forholder seg til de

samme politiske ambisjonene om integrerte og lokalbaserte tjenester, vil samordningsstrategiene variere. I et instrumentelt perspektiv kan kommunene ses på som redskap for å sette dette idealet ut i live. Institusjonelle organisasjonsperspektiver peker derimot på at rasjonelle, instrumentelle grep for å skape koordinering ikke nødvendigvis lar seg realisere hvis de bryter mot innarbeidede forståelser og praksiser (Andreassen, 2019). De institusjonelle perspektiver åpner nettopp her opp for at organisasjonene har egne institusjonelle regler, verdier og normer som gjør at de ikke uten videre tilpasser seg de de nye styringsambisjonene (Christensen et al., 2015).

Formelle organisasjoner er institusjonaliserte organisasjoner som utvikler uformelle normer og verdier (Eriksson-Zetterquist et al., 2005). Menneskebehandling organisasjoner, som helse- og velferdstjenestene, kan regnes som arketypiske eksempler på slike institusjonaliserte organisasjoner. I begrepet menneskebehandling organisasjon ligger å utføre arbeid som direkte bearbeider og forandrer menneskers status, helse eller livsbetingelser (Hasenfeld, 1992; Vabø & Vabo, 2014). Dette er organisasjoner som er bundet til å forholde seg til ulike verdsett – som krav om effektivitet, byråkratisk grundighet, innsyn og kontroll. Samtidig skal de forholde seg til forventninger om å fungere fleksibelt nok til å kunne håndtere menneskelige problemer som er innfløkte og moralsk krevende (Vabø & Vabo, 2014). Profesjonsutøvere i menneskebehandling organisasjoner står ovenfor såkalte *wicked problems* (Rittel & Webber, 1973; Vabø & Vabo, 2014), som beskrevet i kapittel 5 i denne antologien. Når vi nå skal belyse hvordan tjenester for innbyggere med ROP-lidelser utøves lokalt, er det naturlig å rette blikket nettopp mot profesjoner og profesjonelt arbeid. Lipsky (2010) omtaler profesjonene som statens forlengede arm; de er både døråpnere og portvakter, de møter tjenestemottakerne ansikt til ansikt og de står i situasjoner som krever umiddelbar handling. De er «bakkebyråkrater» og utøver stor grad av skjønn for å kunne tilpasse tjenestene til brukeren. Dette kan utfordre bakkebyråkratene ved at de kan komme i en skvis mellom «systemet» og innbyggenes behov. Dette er i tråd med Hasenfelds (1992) beskrivelser av trekk ved menneskebehandling organisasjoner. Denne skvisen kan medføre at bakkebyråkratene utvikler mestringsstrategier som verken overensstemmer med

brukernes behov, de faglige idealene eller politikernes ønsker (Lipsky, 2010; Zacka, 2017). Sistnevnte omtaler disse mestringsstrategiene som *the indifferent*, *the enforcer* og *the caregiver* (fritt oversatt som «den likegyldige», «håndheveren» og «forsørgeren»). Disse moralske disposisjoner omtaler Zacka som patologiske responser på organisatorisk press som til syvende og sist vil påvirke bakkebyråkratenes skjønnsutøvelse (Zacka, 2017).

Bakkebyråkratene i de lokaliserte tjenestene befinner seg nederst i tjenestelinjen der man ikke kan desentralisere ansvaret. Bjørkquist og Ramsdal (2021) betegner en slik posisjon som «strukturell fraskrivelse av ansvar», ettersom pasienter med alvorlige psykiske diagnoser ofte blir skrevet ut fra spesialisttjenester til lokalbaserte tjenester som mangler nødvendige ressurser. Videre improviserer bakkebyråkratene ved å inkludere tiltak som finnes i lokalsamfunnet og til og med i deres private liv, noe som gjør arbeidet deres stressende. Dette betegner de som «personlig oversvømmelse av ansvar». De argumenterer således for at den moralske disposisjonen til profesjonelle i frontlinjen (Zacka, 2017) bør utvides til å omfatte mestringsstrategien «personlig ansvarsoversvømmelse» (Bjørkquist & Ramsdal, 2021).

Metode

Det empiriske grunnlaget i kapitlet bygger på analyser av data fra en middels stor kommune på omlag 30000 innbyggere (heretter kalt Kommunen). Datainnsamlingen foregikk i perioden 2018–2020. Kommunale styringsdokumenter som planer, budsjettdokumenter og rapporter gir et bilde av status og prioriteringer. Den administrative organisasjonsstrukturen med beskrivelse av ansvars- og arbeidsdelingen gir en indikasjon på formelle samordningsstrukturer internt i virksomhet for psykisk helse og rustjenester og mellom denne virksomheten og de andre kommunale virksomhetene som helsetjenestene og NAV. Vi har også samlet inn data på ulike tiltak og uformelle grep som blir tatt for å sikre horisontal samordning.

Det ble gjennomført ti individuelle intervjuer; fem intervjuer med tjenestemottakere og fem intervjuer med ansatte (se også kapittel 2

(Bjørkquist & Ramsdal) i denne boken). Alle de fem tjenestemottakere har eller hadde hatt omfattende bruk av legale og illegale rusmidler, og i perioder også dårlig psykisk helse, fysiske og medisinske utfordringer. Flere av informantene hadde lang erfaring fra arbeidslivet. De ansatte jobbet i virksomhet for psykisk helse- og rustjenester og koordinerende enhet (KE). Med unntak av en leder hadde alle en bruker-rettet stilling som profesjonsutøvere. Vi anvender i tillegg data fra ett fokusgruppeintervju med ansatte samt fra to intervjuer med ledere i virksomhet for psykisk helse- og rustjenester.

Det ble tatt lydopptak av alle intervjuene som så ble transkribert. I analysen startet vi med en felles gjennomgang av ett intervju før vi fordelte de resterende oss imellom for sortering og bearbeiding. Vi hadde da fått en felles forståelse av koding av materialet, og hadde jevnlig møter for å diskutere funn og identifisere temaer som fremkom. Vi hadde med oss en organisasjonsteoretisk forståelse ut fra institusjonelle perspektiver, og analysene kan således karakteriseres som en kombinasjon av induktive og deduktive tilnærminger. Oppsummert går denne studien i dybden, med en kombinasjon av deskriptivt og eksplorativt design (Jacobsen, 2005; Miles & Huberman, 1994; Yin, 2003).

Kommunens organisering av tjenester og tilrettelegging for samordning

Denne delen av kapitlet starter med å gi en beskrivelse av hvordan kommunens virksomhet knyttet til rus og psykisk helse er organisert i henhold til organisasjonskartet med ansvars- og oppgavefordelingen og andre strukturelle forhold som kan knyttes til den interne samordningen. Deretter presenterer vi samordningstiltak som ikke i samme grad er formalisert.

I kommuneplanens samfunnsdel beskrives psykiske plager og rusproblematikk som en av de største helseutfordringene (Kommunen, 2018, s. 35). Rus og psykisk helse er organisert som en egen virksomhet i kommunalavdeling helse og omsorg. I samme kommunalavdeling ligger også andre virksomheter – som helsehuset, sykehjem og hjemmesykepleie. Etter diskusjon i forbindelse med en nylig omorganiseringsprosess ble

resultatet at psykisk helse og rus fortsatt skulle være en egen virksomhet, og ikke organisert sammen med de øvrige helsetjenester: «Så vi følte at vi var et lite sånt vedheng som ikke passet inn, og som ikke ville bli hørt i den massen av somatikk som vi skulle være en del av» (L5).

Det trekkes frem av de ansatte at virksomheten er relativt liten, og at det er et komplekst fagfelt. Det å stå som en egen virksomhet muliggjorde at fagfeltet ble synlig i den nye kommunalavdelingen.

Samordning internt i virksomhet for psykisk helse- og rustjenester og koordinerende enhet (KE)

Psykisk helse og rustjenester ledes i dag av virksomhetsleder som rapporterer til kommunalsjefen. I virksomheten er det tre avdelinger som består av avdelingene psykisk helse, rustjenester og døgnbemannet bolig. Hver avdeling ledes av avdelingsleder som rapporterer til virksomhetsleder.

Avdeling psykisk helse inneholder psykisk helseteam og aktivitetssenter for innbyggere med rus og psykisk helse-problemer. Avdelingen er bemannet med seks sykepleiere med videreutdanning i psykisk helsearbeid som arbeider på dagtid. Avdeling for rustjenester består av feltteamet som arbeider i turnus og har en bemanning på omkring ni årsverk med både helse- og sosialfaglig utdanning. Rusteamet, med rundt fem årsverk, arbeider på dagtid og er bemannet med sosialfaglige ansatte. Her er også helsestasjon for rusavhengige. Den tredje avdelingen er oppfølgingsbolig psykisk helse, som er døgnbemannet med helse- og sosialfaglige ansatte. De fleste tjenestene i virksomheten er samlokalisert i ett bygg i sentrum av byen. Informantene trekker frem at dette var en god løsning med hensyn til tilgjengelighet for tjenestemottakerne og samarbeidsmuligheter for de ansatte.

Det må søkes skriftlig på alle tjenester, også om det søkes om plass på kommunens aktivitetssenter. Det er etablert ansvarsgrupper for de brukerne som har individuell plan (IP), og samarbeidsmøter for de som ikke har IP. Koordinerende enhet (KE) har det overordnede ansvaret for koordinering av tjenester i kommunene, mens tjenester rettet mot enkeltbrukere ligger til den enkelte virksomhet. KE har et eget kartleggingsteam som gjennomfører en tverrfaglig kartlegging hvor en representant fra

kartleggingsteamet, en fra den aktuelle virksomheten og den som søker tjenester møtes. Deretter blir det fattet vedtak i KE på tildeling av eksempelvis hjemmesykepleie, hjemmehjelp, støttekontakt eller kommunal bolig. KE har vedtaksmyndighet for alle tjenestene i kommunalavdeling helse og omsorg, med unntak av virksomhet for psykisk helse og rustjenester, som fatter egne vedtak. Denne organiseringen av tjenestetildeling kan illustrere at ansatte i virksomhet for psykisk helse og rus mente at de selv var best egnet til å fatte egne vedtak fordi det var de som hadde kompetanse rundt den enkelte bruker.

Det synes ikke å være særlig grad av formalisert samarbeid mellom avdelingene i virksomhet for psykisk helse og rustjenester og det synes heller ikke å være en felles samarbeidsordning om ressurser; snarere er ressursene i form av lønns- og driftsmidler fordelt på avdelingsnivå. I praksis betyr dette at tjenestemottakere med dominans av rusproblem får tjenester fra avdeling rustjenester, og tjenestemottakere med dominans av psykisk helseproblemer får tjenester fra avdeling psykisk helse. En av tjenestemottakerne opplevde at han måtte velge: «Jeg fikk ikke både psykiatrisk sykepleier og rusteam. Da måtte jeg velge, og valgte rusteam» (M1).

I hovedsak forsøkes det å ha kun en avdeling inne rundt hver bruker, men i enkelte tilfeller – og da særlig i komplekse saker – mobiliseres begge avdelingene: «Så det handler om at begge kompetansene trengs og man må være to og da kan det likeså godt være en fra hvert team» (L7).

Utsagnet med «begge kompetansene» kan forstås ut fra at de ansatte i avdeling psykisk helse har sykepleiefaglig kompetanse, og de ansatte i avdeling rustjenester har en kombinasjon av helse- og sosialfaglig kompetanse. Det er de ansatte selv som sørger for å samarbeide der de ser at brukeren har behov for begge kompetanseområdene.

Samordning med hjemmesykepleie, fastlegene og NAV

Samordningen mellom virksomhet rus og psykisk helsetjeneste og hjemmesykepleien beskrives av de ansatte som utfordrende. I en tilsynsrapport fra Fylkesmannen i 2019 kommer det frem at det finnes en prosedyre for

hvordan utveksling av informasjon skal formidles raskt mellom psykisk helse og rus og hjemmesykepleie. Prosedyren er kjent, men følges ikke av alle (Fylkesmannen, 2019). Tilsynsrapporten beskriver at ansatte i hjemmesykepleien opplever at de kjenner for lite til status på enkeltpersoner med rusmiddelproblem og psykisk lidelse som de yter tjenester til, og at de har generelt lite kunnskap om brukergruppen. De er ukjente med om det foreligger en plan for krisehåndtering og handlingsstrategier ved plutselig forverring i sykdomsforløp (Fylkesmannen, 2019). Ifølge intervjuene med de ansatte har hjemmesykepleien manglende tidsressurser. De ansatte fra hjemmesykepleien blir ofte invitert inn i ansvarsgrupper som er ledet av virksomhet psykisk helse og rus: «Men de har en mye mer presset arbeidshverdag enn det vi har, så det er vanskelig for dem å møte» (L5).

Det har vært en diskusjon med hjemmesykepleien om manglende tilgang til virksomhetens journaler, noe som også ble påpekt av Fylkesmannen i tilsynsrapporten. Dette ble løst ved at ansvarshavende sykepleier i hjemmesykepleien fikk tilgang. Ansvarshavende må da sørge for å distribuere informasjon til de ansatte som skal hjem til brukeren.

Kommuneoverlegen er bindeleddet mellom kommunen og fastlegene, men det er ikke etablert strukturert eller overordnet samarbeid mellom legene og virksomheten som yter tjenester til denne gruppen utover samordning rundt den enkelte (Fylkesmannen, 2019). Det synes også å være lite samordning mellom legevakten og virksomhet psykisk helse og rus. De ansatte forteller at det er vanskelig å fange opp de brukerne som trenger hjelp. Hendelser der en tjenestemottaker har hatt behov for legevakten på kveldstid blir ikke fanget opp av virksomheten fordi den ikke blir videre-sendt: «for der kommer de som kanskje er mye ut og inn, men ikke har ... Ikke klarer å følge opp eller søke sjøl» (sosionom, fokusgruppeintervjuet).

Det er heller ikke etablert felles journalføring mellom legevakten og virksomheten, noe som gir små muligheter til fange opp det som har skjedd, med mindre den enkelte selv henvender seg til virksomheten og søker om tjenester.

Virksomhet psykisk helse og rus kan disponere to senger i kommunale akutte døgnenheter (KAD), men synes å være lite involvert i bruken av disse plassene. Om brukere har akutt behov for hjelp, blir de oppfordret til å kontakte fastlegen eller legevakten.

Det finnes en skriftlig rutine for samarbeidet mellom virksomheten og NAV, og det er avtalt at det skal gjennomføres samarbeidsmøter to ganger i året. De ansatte forteller at det ofte handler om tildeling av kommunal bolig, noe de gir uttrykk for er en stadig utfordring.

Samordning med spesialisthelsetjenesten

Oppsøkende rusteam (ORT) ble startet opp som et fire års samarbeidsprosjekt mellom rustjenesten i kommunen og sosialmedisinsk poliklinikk (SMP) ved sykehuset. På det tidspunktet intervjuene ble gjennomført, ble ORT driftet som et samordningstiltak mellom kommunen og spesialisthelsetjenesten. Hensikten var – og er fortsatt – å gi pasienter med ROP-lidelse et helhetlig tilbud i tråd med anbefalinger i ROP-retningslinjen (Helsedirektoratet, 2012). Teamet har fire halve stillinger; to fra kommunen og to fra spesialisthelsetjenesten. Dette er et tilbud til de sykeste pasientene, som får tjenester fra teamet i en avgrenset periode. Det gjennomføres her først og fremst dybdekartlegging og ikke oppfølging av tjenestemottakere. Kartleggingen legger grunnlag for videre oppfølging fra ordinært tjenestetilbud.

Kommunens mulighet til intern samordning settes på prøve når pasienter skrives ut fra sengepost i spesialisthelsetjenesten. Virksomhetsleder forteller at for noen år siden var det vanlig at de ble kontaktet for samarbeidsmøter i god tid før utskrivning: «Nå går alt på E-Link og det er gjerne dagen før, eller to dager før. Pasienten skal skrives ut på torsdag, kan dere komme i morgen» (leder, intervju). Dette har kommunene sjelden mulighet til, forteller hun. De får også sjelden epikrise. Men de må snu seg raskt rundt og samarbeide om å etablere et tilbud.

Oppsummert viser kommunens styringsdokumenter og intervjuer med ansatte og brukere en indikasjon på at kommunen organisatorisk sett i liten grad har innrettet sine tjenester i tråd med den politiske styringsambisjonen om integrerte lokalbaserte tjenester. Selv om avdeling for psykisk helse og avdeling for rus er i samme virksomhet, synes det ikke å være formalisert samarbeid mellom avdelingene. Det er fravær av formalisert samordning og mangel på felles dokumentasjonssystemer mellom virksomheten og helsetjenestene og NAV. Manglende samordning

internt i virksomheten og mellom virksomhetene kan indikere at tjenestemottakerne må forholde seg til både parallelle og sekvensielle tjenester. Ett unntak er ORT, som er etablert i tråd med ROP-retningslinjen fra 2012. Vi skal nå se nærmere på koordinatorfunksjonene og aktivitetssenteret som uformelle samordningsmekanismer.

Den betydningsfulle koordinatorrollen

Intervjuene med de ansatte i kommunen viser at hver enkelt ansatt i tillegg til sine ordinære oppgaver også har en mer eller mindre uformell koordinatorrolle. Vi omtaler denne funksjonen som koordinator her, fordi vedkommende koordinerer tjenestene overfor tjenestemottaker og skal sørge for horisontal samordning mellom de lokalbaserte tjenestene, men også vertikal samordning mellom tjenestenivåene. Ordningen bærer preg av å være formell og i tråd med forskrift om habilitering og rehabilitering, individuell plan og koordinator (2011). Ut fra vårt datamateriale har vi ikke grunnlag for å skille mellom koordinator som formell posisjon (for eksempel en ansatt som er oppnevnt i forbindelse med etablering av ansvarsgruppe og IP), eller om det er en ansatt som er utpekt av leder som kontaktperson for en bruker. Sistnevnte bærer preg av en uformell posisjon. Betegnelser som kontaktpersoner, kontakter og koordinator brukes nettopp både av de ansatte og tjenestemottakerne, og ofte er vedkommende omtalt med fornavn. Tjenestemottakerne kan omtale koordinatoren sammen med omtale av «teamet mitt» eller «de andre» i den forstand at alt ikke står og faller på den ene koordinatoren. Koordinatoren kan være en ansatt i virksomhet psykisk helse og rus, eller det kan være en fastlege som utgjør et sentralt bindeledd mellom de ulike tjenestene. Men, slik brukerne formidler, kan denne funksjonen også utøves av en ansatt i spesialisthelsetjenesten.

Det fremkommer av intervjuene at disse kontaktene ofte er langvarige og stabile kontakter som gir kontinuitet og sørger for opplevelsen av helhet og sammenheng, nærmest som et «nav» for tjenestemottakeren. Inspirert av Zackas (2017) moralske disposisjoner hos bakkebyråkratene, fritt oversatt som «den likegyldige», «håndheveren» og «forsørgeren», samt Bjørkquist og Ramsdals (2021) beskrivelse av «personlig ansvarsoversvømmelse», vil

vi nedenfor presentere de mest sentrale funksjonene koordinatorene beskrives å inneha. Disse rollebeskrivelsene omtaler vi her som «døråpneren», «tilretteleggeren» og «fallskjermen», slik disse fremkommer i vårt data-materiale.

«Døråpneren»

Døråpneren kjenner til den organisatoriske konteksten og de øvrige tjenestene og sørger for kontakt og/eller henvisning til andre tjenesteytere og virksomheter. De deltar på møter og samtaler sammen med brukeren og taler tjenestemottakernes sak når de selv ikke klarer dette. Døråpneren kan eksempelvis være fastlegen:

Ja, har hatt henne noen år. Og hun er bra, for hun kjenner jeg, hun vet akkurat hvordan det fungerer med rutiner og hele pakka, og hun hører på meg når jeg snakker. Og hun vet at når jeg sier at det er på en måte, så er det sånn. (K2)

Døråpneren kan også være en av de ansatte i psykisk helse og rus om har gode personlige relasjoner til samarbeidspartnere som ansatte i NAV og som sørger for direkte kontakt til vedkommende. Men døråpneren kan også være en ansatt i Sosialmedisinsk poliklinikk (SMP) som har kjennskap til og henviser videre til rette navngitte behandlere innenfor spesialisthelsetjenesten.

Det kan også være vanskeligheter med å fylle «døråpnerfunksjonen». Koordinatorne i virksomhet psykisk helse og rus drar ofte sammen med tjenestemottakerne til fastlegen. Situasjoner der det er behov for akutt bistand fra fastlegen kan imidlertid være tidskrevende:

Så skal du sitte halve formiddagen i telefon, og så kanskje er du heldig og får en akutt-time, så skal du klare å få pasienten akkurat til det tidspunktet, og så må du sitte å vente i tillegg med en pasient som er dårlig. Da er klokka to, ikke sant, da har du holdt på hele dagen. Og så kan du risikere at pasienten bare reiser seg og går fra det legekantoret. (Sosionom, fokusgruppeintervjuet)

Det var i dette tilfellet den ansatte som sørget for akutt-time og som reiste til legen sammen med den syke tjenestemottakeren. Informanten formidlet videre at hun skulle forholde seg til flere tjenestemottakere som hadde

ulike behov gjennom denne arbeidsdagen, og hun ga uttrykk for at det var krevende å stå i en slik situasjon. Her illustreres hvordan koordinatorene forsøker å dekke gapet mellom stor arbeidsmengde, knappe ressurser og uttalte behov hos tjenestemottakerne.

«Tilretteleggeren»

Tilretteleggeren sørger for organisering av ansvarsgruppemøter og samarbeidsmøter med de nødvendige aktørene. Her er det en rekke ulike aktiviteter og arrangementer som skal planlegges, gjennomføres og følges opp av tilretteleggeren. Det kan være både sporadiske ad hoc-møter og planlagte møter. En av tjenestemottakerne forteller at hun har faste ukentlige møter med ansatte fra psykisk helse og rus og i tillegg ansvarsgruppemøter: «og så hver fjerde uke har ansvarsgruppemøte med alle sammen, med både hjemmesykepleie, ambulerende team og ...» (K3).

Som tidligere nevnt betegnes møter som ansvarsgrupper for de tjenestemottakerne som har IP og samarbeidsmøter for de som ikke har IP. Betegnelsen ansvarsgruppemøte kan således tyde på at brukeren har en individuell plan, og hun forteller at en slik ble laget en gang. Men hun er usikker på om den er gjort ferdig, og synes ikke å være særlig opptatt av å ha en slik plan.

Tilretteleggeren kan også være fastlegen. En av tjenestemottakerne forteller at fastlegen arrangerer at hun får møte både fastlegen og psykiateren samtidig, og at det da blir et godt samarbeid om alt fra medisinerer til annen form for behandling. Her har fastlegen organisert arbeidstiden sin med en fast dag i uken som brukes til å delta på samarbeidsmøter med NAV og andre sammen med pasienten. En annen tjenestemottaker vektlegger fastlegens tilretteleggende rolle gjennom organisering av møter med store deler av behandlingsapparatet og at hen er opptatt av å finne alternative løsninger.

Det er mye praktisk som tjenestemottakerne skal forholde seg til for å få tjenester fra NAV. Her trekker både ansatte og tjenestemottakere frem betydningen av å tilrettelegge for bistand og hjelp til søknader og annet. Dette er det ofte koordinatoren i psykisk helse- og rusteamet som utfører.

En av tjenestemottakerne omtaler koordinator ved rustjenesten sammen med «teamet mitt»:

For bedre team skal du lete lenge etter. Nå har jeg ruskonsulenten her, jeg har psykiatritjenesten – ja, det er jo kommunen – og så har jeg en behandler på SMP. Og så resten av teamet, det er liksom fastlegen min og saksbehandleren min i NAV, som er helt fantastisk, og vergen min. (K3)

Hun forteller videre at ruskonsulenten skulle tilrettelegge et møte med psykisk helsetjeneste neste uke, men så ringte SMP henne og ville ha et møte på onsdag. Så var det fastlegen som sa at han skulle sette opp time på tirsdag. Selv om brukeren forholdt seg til mange aktører ble ikke dette problematisert, og hun uttrykker at «de hjelper med hjertet her».

«Fallskjermen»

Fallskjermen er tilgjengelig, enkelte også utenom arbeidstid, og *tar imot* når brukeren ikke mestrer livet.

Men uansett så er de der og støtter meg og bryr seg. Om det skulle vært kvelden når de var ferdige på jobb, noen av dem i hvert fall. Eller om det ... Ja, når som helst på døgnet, egentlig. (K3)

Sitatet over viser at noen av de ansatte er tilgjengelig utenfor arbeidstid. Det kan tyde på at de ansatte som inntar rollen som fallskjerm kan ha en sterk opplevelse av forpliktelse overfor brukerne. Vi har tidligere vist til at kommunen ikke har en døgnkontinuerlig tjeneste, men at avdeling for rustjenester har et feltteam som arbeider i turnus. At ansatte bruker egen fritid til å møte hensynet til det særegne og spesielle i brukernes situasjon kan gjøre arbeidet deres svært belastende.

En tjenestemottaker forteller at hun har en svært tilgjengelig fastlege, men her innenfor kontortid:

Og jeg kan i prinsippet komme opp og si: «Jeg *må* prate med [fornavn legen]. Nå! For nå er det ikke greit.» Da kan hun fort be en pasient vente ti minutter, så tar hun meg inn. [...] Og skulle det bli så det faller, så jeg kjenner at jeg trenger psykolog, da sier jeg bare til fastlegen: «Nå må du henvise meg.» (K2)

En annen tjenestemottaker forteller at hvis det tar en halvtime hos legen, så blir det en halvtime. Han ringer eller sender melding, så han kommer inn raskest mulig.

Vi ser her at de tre rollene som er fremkommet av datamaterialet er delvis overlappende med de moralske disposisjoner hos bakkebyråkrattene, særlig rollene som «håndheveren», «forsørgeren» og «personlig ansvarsoversvømmelse» (Bjørkquist & Ramsdal, 2021; Zacka, 2017). Vi diskuterer de moralske disposisjoner i slutten av kapitlet. I denne siste del av analysen vil vi ta for oss betydningen av sosiale møteplasser som uformell samhandlingsarena.

Aktivitetssenteret som sosial møteplass og samhandlingsarena

Aktivitetssenteret har omkring tre årsverk og er åpent alle – hverdager på dagtid, og en dag i uken også på kveldstid. Det stilles krav om søknad for å få plass, og det fattes vedtak for seks måneder av gangen. Vedtaket spesifiserer hvilke aktiviteter som tildeles og hvilke dager man kan møte. Tidligere var dette senteret kun for de tjenestemottakerne som benyttet tjenester fra avdeling psykisk helse. Avdeling for rustjenester hadde samtidig startet opp «prosjekt helsestasjon og lavterskeltilbud til rusavhengige». Tiltaket var finansiert av prosjektmidler fra Fylkesmannen og ble prøvd ut ett år. Det var mindre vellykket, og det ble gjennomført en brukerundersøkelse der det viste seg at 95 prosent av brukerne ønsket seg et rusfritt tilbud. Helsestasjonen for rusavhengige ble videreført, men lavterskeltilbudet ble nedlagt og midlene lagt inn i aktivitetssenteret. Da dette ble rapportert til Fylkesmannen fikk de tilbakemelding på at dette var i tråd med intensjonen om nedbygging av særordninger for de enkelte gruppene.

I forbindelse med en nylig omorganisering var det planlagt at aktivitetssenteret skulle trekkes ut av virksomhet for psykisk helse- og rustjenester og organiseres inn i en ny virksomhet sammen med de andre kommunale aktivitetstilbudene. De ansatte argumenterte for at aktivitetssenteret var knyttet tett opp til utfordringer for personer med ROP lidelser:

Det går dårlige folk der som man trenger kompetanse for å se at «nå er det var-selsymptomer, nå blir han dårligere, snart må han legges inn ...», så da fikk vi beholde aktivitetssenteret i vår virksomhet. (L5)

Nå er aktivitetssenteret tilgjengelig for alle brukere i virksomheten, og det er organisert ut fra avdeling for psykisk helse. Aktivitetssenteret gir virksomheten et spillerom når henvendelsene hoper seg opp:

For selv om det er venteliste på en til en samtaler i psykisk helseteam eller på kursene som holdes her, så har man muligheter til å begynne på aktivitetssente-ret, og der er det ikke ventetid. (L7)

Den ansatte forteller videre at dette er en god ordning med tanke på inte-grering av psykisk helse og rus. Tjenestemottakerne løfter opp betydning av aktivitetssenteret som en uformell sosial arena der de kan møte andre tjenestemottakere og ansatte. For noen tjenestemottakere er det også et sted for møter med «sin» koordinator. På den måten kan også de ansatte her utøve de koordinatorfunksjoner vi har omtalt som døråpnere, tilret-teleggere og fallskjerm.

Som nevnt møter brukerne i ulike aktivitetsgrupper på bestemte dager og dette er beskrevet i vedtak. Men det er allikevel en fleksibilitet i tilbu-det:

Jeg kan komme hit på onsdag ettermiddag når det er åpent for alle. De andre dagene har vi ulike grupper, så du blir tildelt grupper. Og jeg er jo i kjøkken-gruppen tirsdag og fredag. Men det er jo aldri noen som skulle si noe om jeg kommer inn på en mandag og bare tar en kaffe. (K2)

En tjenestemottaker forteller at det er mange som ønsker å komme inn på senteret. Noen blir værende der, og andre er bare innom før de går videre. Hun ser på senteret som en form for ettervern:

... de som ikke har noen familie rundt seg, som for eksempel har vært lagt inn på DPS eller sånt. Så virker det jo som om det er så lite ettervern når de blir skrevet ut. Og det samme tenker jeg at det er jo også i forhold til folk som har rusa seg, å ha en mellomstasjon. Og det tror jeg egentlig senteret her gjør veldig bra. (K1)

En annen tjenestemottaker forteller at han er så fornøyd med senteret fordi han er med i kjøkkengruppen der han kan lage mat og diskutere

med andre. Og hvis det er noe han sliter med, «så kan jeg ventilere, lufte og blåse ut, i stedet for at ... eller gå på trimgruppa i tillegg for å få ut litt» (M2). Sitatet illustrerer at brukeren opplever å bli møtt på sine egne premisser i trygge rammer som gir rom for både aktivitet og sosial kontakt.

Oppsummert indikerer denne del av analysen at de uformelle samordningsmekanismene, som koordinatorfunksjoner og aktivitetssenteret, gjør at spørsmål rundt hvorvidt tjenestene er parallelle eller sekvensielle er av mindre betydning. Det er den enkelte profesjonsutøver i sine koordinatorfunksjoner som «døråpner», «tilrettelegger» og «fallsjerm», som sørger for integrasjon av tjenestene. Det kan således tyde på at enkelte brukere opplever at det er integrerte lokalbaserte tjenester selv om tjenestene er parallelle og/eller sekvensielle.

Drøfting

Vi reiste spørsmålet «hvordan har kommunen organisert sine tjenester for å skape samordning»? Funnene indikerer at kommunen – med unntak av oppsøkende rusteam (ORT) – i liten grad har tilrettelagt for å etablere formelle samordningsstrukturer mellom de lokalbaserte tjenestene for personer med ROP-lidelser. ORT var en satsing på etablering av en ny samarbeidskonstellasjon mellom kommunen og sykehuset i tråd med ROP-retningslinjen fra 2012. Her er det en tydelig kobling mellom mål om integrerte lokalbaserte tjenester og middel; det vil si det ble utviklet en ny praksis gjennom måten ORT ble organisert på. Selv om dette er et tiltak som kan bidra til vertikal samordning mellom nivåene, ser det ikke ut til å påvirke den horisontale samordningen nevneverdig.

Innledningsvis viste vi til at det er klare styringsambisjoner om integrerte lokalbaserte tjenester, og at kommunene har stor frihetsgrad i valg av organisatoriske løsninger. Det er dermed ikke gitt at styringsambisjonene innfris, og det kan være vanskelig for organisasjonene å rette seg inn mot krav om etablering av nye formelle samordningsstrukturer. Der som styringsambisjonene bryter med allerede innarbeidede forståelser og praksiser vil det være en utfordring for organisasjonene helt uten videre å tilpasse seg de stadig nye kravene (Andreassen, 2019; Christensen et al.,

2015). Vi skal nå diskutere betydningen av – og begrensningene med – de «dagligdagse» og uformelle samordningsgrepene som i all hovedsak utføres av bakkebyråkratene.

Når styringsambisjonen møter etablerte praksiser

De «dagligdagse» uformelle samordningsgrepene gir et bilde av en innarbeidet forståelse og praksis (Eriksson-Zetterquist et al., 2005). Denne praksis kan synes å bidra til delvis å kompensere for styringsambisjonens krav om etablering av formelle samordningsstrukturer som i utgangspunktet skal sikre integrerte lokalbaserte tjenester. Her kan organisatorisk fragmentering kompenseres eller «mykes» opp gjennom uformelle samordningstiltak, slik at tjenestemottakeren kan oppleve helhet og sammenheng i de lokalbaserte tjenestene. De dagligdagse samordningsgrep vil således ha stor betydning for tjenestemottakeren.

Men, slik analysen viser, er det strukturelle utfordringer rundt eksempelvis organisering av informasjonsdeling mellom virksomhet psykisk helse og rus og hjemmesykepleien. Og her, som på andre sårbare tjenesteområder, kan utstrakt bruk av uformelle arrangementer stå i fare for å skyggelegge strukturelle samordningsutfordringer. En skyggelegging i denne sammenheng kan innebære at samordningsutfordringer som oppstår på grunn av organisatorisk fragmentering ikke så lett kommer til syne. Utstrakt bruk av uformelle arrangementer kan således begrense organisasjonens mulighet til å identifisere behovet for å etablere formelle samordningsstrukturer som skal sikre integrerte tjenester. Vi vil derfor rette oppmerksomheten mot den rollen bakkebyråkratene kan spille.

Bakkebyråkratenes roller og mestringsstrategier

Bakkebyråkratene i de menneskebehandlende organisasjoner spiller en vesentlig rolle for at brukeren skal oppleve helhetlige tjenester og utøver stor grad av skjønn for å kunne tilpasse tjenestene til den enkelte brukers behov (Lipsky, 2010). Som vi tidligere har vært inne på, er arbeidshverdagen preget av mange ulike hensyn og motstridende interesser, og det kan

oppstå problemer ved at bakkebyråkraten kan havne i en skvis mellom «systemet» og brukerens behov (Hasenfeld, 1992; Lipsky, 2010). «Systemet» kan assosieres med de strukturer og vilkår som bakkebyråkraten omgis med, eksempelvis standarder som regulerer arbeidsutførelsen, krav til effektivisering, prosedyrer for samhandling mellom enhetene og obligatorisk bruk av felles kommunikasjonssystemer. Det kan også være fravær av formelle samordningsstrukturer, samarbeidsavtaler, rutiner og prosedyrer i «systemet», slik vi har sett i vår analyse. Og her vil det forventes at bakkebyråkraten skal dekke slike mangler for å klare å håndtere krevende og innfløkte menneskelige problemer (Lipsky, 2010; Vabø & Vabo, 2014). Bakkebyråkratene innfrir nettopp disse forventningene gjennom bruk av uformelle, dagligdagse samordningsgrep for å få til gode løsninger for tjenestemottakeren. Disse uformelle arrangementene er en naturlig del av profesjonsutøvelsen, men det kan være krevende. Vi har sett at profesjonsutøveren inntar ulike roller både innenfor arbeidstiden og på egen fritid, noe som kan gjøre arbeidet svært belastende. Til syvende og sist kan bakkebyråkratene som utsettes for organisatorisk press utvikle mestringsstrategier som verken overensstemmer med brukernes behov, de faglige idealene eller politikernes ønsker (Bjørkquist & Ramsdal, 2021; Lipsky, 2010; Zacka, 2017).

Avslutning

Vi har i dette kapitlet vist til at uformelle arrangementer som utføres av bakkebyråkrater delvis kan kompensere for manglende formelle samordningsstrukturer ved at organisatorisk fragmentering «mykes» opp av den enkelte bakkebyråkrat, slik at brukeren får en opplevelse av integrerte tjenester. Her er bruk av de uformelle arrangementene av stor betydning.

Men bakkebyråkratene kan utsettes for et organisatorisk press, og det kan også stilles spørsmål om utstrakt bruk av uformelle arrangementer kan resultere i skyggelegging av reelle samordningsutfordringer i de lokalbaserte tjenestene. Således kan organisasjonens mulighet til å identifisere behovet for etablering av formelle samordningsstrukturer bli begrenset.

Referanser

- Andersson, J., Ahgren, B., Axelsson, S. B. Eriksson, A. & Axelsson, R. (2011). Organizational approaches to collaboration in vocational rehabilitation – an international literature review. *International Journal of Integrated Care*, 11(4). <https://doi.org/10.5334/ijic.670>
- Andreassen, T. A. (2019). Tilnærminger i forskning om samordning og samarbeid. I C. Bjørkquist & M. J. Fineide (Red.), *Organisasjonsperspektiv på samordning av helse- og velferdstjenester* (s. 19–46). Cappelen Damm Akademisk. <https://doi.org/10.23865/noasp.66.ch1>
- Bjørkquist, C. & Fineide, M. J. (2019) Introduksjon: Behovet for samordning og samarbeid I C. Bjørkquist & M. J. Fineide (Red.), *Organisasjonsperspektiv på samordning av helse- og velferdstjenester* (s. 7–17). Cappelen Damm Akademisk. <https://doi.org/10.23865/noasp.66.cho>
- Bjørkquist, C. & Ramsdal, H. (2021). Structural disavowal and personal inundation of responsibility – a local perspective on pressure on mental health front-line professionals. *European Journal of Social Work*. <https://doi.org/10.1080/13691457.2021.1882399>
- Christensen, T., Egeberg, M., Lægred, P., Roness, P. G. & Røvik, K. A. (2015). *Organisasjonsteori for offentlig sektor* (3. utg.). Universitetsforlaget.
- Christiansen, B. & Fodstad, H. (2014). Hva kan kjennetegne oppfatninger av personer med rus- og psykiske helsevansker (ROP) hos ansatte og studenter? *Tidsskrift for psykisk helsearbeid*, (2), 126–134.
- Eriksson-Zetterquist, U., Kalling, T. & Styhre, A. (2005). *Organisation och organisering*. Liber.
- Forskrift om habilitering og rehabilitering. (2011). *Forskrift om habilitering og rehabilitering, individuell plan og coordinator* (FOR-2011-12-16-1256). Lovdata. <https://lovdata.no/forskrift/2011-12-16-1256>
- «Fylkesmannen». (2019). *Tilsynsrapport*. [Anonymisert av personvernansyn]
- Goodwin, N., Sonola, L., Thiel, V. & Kodner, D. (2013). *Co-ordinated care for people with complex chronic conditions. Key lessons and markers for success*. The King's Fund. <https://www.hqsc.govt.nz/assets/General-NEMR-files-images-/nick-goodwin-co-ordinated-care-kingsfund-Nov-2013.pdf>
- Hasenfeld, Y. (1992). *Human services as complex organizations*. Sage.
- Helsedirektoratet. (2012). *Samtidig ruslidelse og psykisk lidelse (ROP-lidelser)* [Nasjonal faglig retningslinje]. <https://www.helsedirektoratet.no/retningslinjer/samtidig-ruslidelse-og-psykisk-lidelse-rop-lidelser>
- Jacobsen, D. I. (2005). *Hvordan gjennomføre undersøkelser? Innføring i samfunnsvitenskapelig metode* (2. utg.). Høyskoleforlaget.
- «Kommunen». (2018). *Årsrapport*. [Anonymisert av personvernansyn]

- Lipsky, M. (2010). *Street-level bureaucracy: Dilemmas of the individual in public services* (Utv. utg.). Russell Sage Foundation. (Opprinnelig utgitt 1980)
- Miles, M. B. & Huberman, A. M. (1994). *Qualitative data analysis: An expanded sourcebook* (2. utg.). Sage.
- Mueser, K. T., Noordsky, D. L., Drake, R. E. & Fox, L. (2006). *Integrert behandling av rusproblemer og psykiske lidelser*. Universitetsforlaget.
- 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>
- Rønhovde, L. (2016). Kommunal organisering i møtet med samhandlingsreforma. I J. Amdam, R. Bergem & F. O. Båtevik (Red.), *Offentleg sektor i endring* (s. 79–96). Universitetsforlaget. <https://doi.org/10.18261/9788215027722-2016-07>
- Vabø, M. & Vabo, S. I. (Red.). (2014). *Velferdens organisering*. Universitetsforlaget.
- Yin, R. K. (2003). *Case study research*. Sage.
- Zacka, B. (2017). *When the state meets the street: Public service and moral agency*. Harvard University Press.