

KAPITTEL 2

Om ROPIT-prosjektet, teoretisk forankring og metode

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 overview of the ROPIT project on which many of the book's chapters rely. Firstly, we give a brief account of the theoretical perspectives behind the common basis of the chapters, especially institutional theory. We discuss how these perspectives may shed light on the processes for change within the policy and service field that people with addiction and mental health issues encounter. We then describe some characteristics of these transformative processes outlined in the first chapter, such as decentralization and the emergence of locally based services, professional development with an emphasis on user perspectives, and the challenges facing the services in relation to goals for coordinated and integrated services. An important point is that the development processes have relatively clear implications with regard to what one does not want to characterize the services, and in practice open up a far more unclear framework for how to structure the services. Secondly, the ROPIT project is described in greater detail. Finally, the method and data material of the ROPIT project, which the book's contributors also use in their analyses, are presented.

Keywords: interviews, institutional theory, integrated services, local services, methods

Innledning

Som nevnt i kapittel 1 i denne antologien, er det en utfordring å skape helhetlige tjenester for mennesker med samtidige rus- og psykiske lidelser. Dette kan skyldes flere forhold, for eksempel at kunnskapsgrunnlag

Sitering av denne artikkelen: Bjørkquist, C. & Ramsdal, H. (2021). Om ROPIT-prosjektet, teoretisk forankring og metode. I C. Bjørkquist & H. Ramsdal (Red.), *Statlig politikk og lokale utfordringer: Organisering av tjenester innen rus og psykisk helse* (Kap. 2, s. 27–41). Cappelen Damm Akademisk. <https://doi.org/10.23865/noasp.140.ch2>
Lisens: CC-BY 4.0

og faglige perspektiver på hvordan en mest effektivt bør organisere tjenestesystemet er usikkert og omstridt (Einstein, 2007). Men det kan også skyldes at de forvaltnings- og organisasjonsprinsipper som lokale tjenester skal forholde seg til, ikke egner seg til fleksibel og tilpasset tjenesteyting til den enkelte bruker. Vi vil også peke på de ulike utgangspunktene rus- og psykiske helsetjenester har hatt i forvaltningssystemet som en viktig forklaring på utfordringene med å skape helhetlige og integrerte tjenester.

Disse mulige forklaringene på de utfordringene denne brukergruppen står overfor, peker på usikkerhet knyttet til hvordan en skaper gode tjenester gjennom organisering. Når en tenker på at en i våre dager er særdeles opptatt av å etablere sikre, evidensbaserte kunnskaper om hvordan helse- og velferdssektoren skal organiseres, er det påfallende at en ikke har lyktes i å finne organisasjonsløsninger som kan anbefales på generelt grunnlag om organisering av disse tjenestene.

I 2012 ble Nasjonalt kunnskapssenter for helsetjenesten bedt om å gi en oversikt over effektene av lokale tiltak for å organisere tjenester for mennesker med psykiske lidelser (Forsetlund et al., 2012). I rapporten ble det identifisert over 4000 forskningsarbeid som omhandlet temaet på global basis, men kun 17 ble ansett å ha en kvalitet som kunne gi vitenskapelig evidens for at bestemte organisasjonsløsninger på feltet kunne anbefales. Og gjennomgåelsen av disse ble oppsummert ved at det «er et mangelfullt vitenskapelig grunnlag for beslutninger om den videre organiseringen av psykisk helsevern» (Forsetlund et al., 2012, s. 2).

Fra vårt synspunkt er denne konklusjonen ikke overraskende. Den viktigste grunnen er at det dreier seg om tjenester som er innbakt i historiske og kontekstuelle sammenhenger særegne for det enkelte land, og som derfor krever at organisasjonsløsningene må tilpasses kjennetegn både ved brukerne og det forvaltningssystemet disse løsningene skal virke innenfor.

Til tross for et usikkert kunnskapsgrunnlag for organisering av tjenestene, har det blitt tatt en rekke politiske initiativ for å styrke tjenestetilbudet og endre organisasjons- og styringsformer i feltet. Dette må ses i sammenheng med at psykiske plager og lidelser, gjerne sett i sammenheng med ruslidelser, er et omfattende samfunnsproblem som må

møtes med tiltak på en rekke ulike arenaer. Rus- og psykiske lidelser har fått stadig større oppmerksomhet de senere årene. Nylige politiske initiativ viser at utviklingen på feltet er et prioritert område. Ikke minst har reforminitiativ på dette feltet blitt møtt med stor oppmerksomhet i allmenheten. Disse har utløst sterk debatt – både i politiske sammenhenger og i fagmiljøene.

Likevel er rus- og psykiske lidelser som *tjenestefelt* ansett som «underforsket» (Norges forskningsråd, 2017). Dette kan ha flere grunner: for det første er det klart større forskningsressurser fordelt til somatiske enn til rus- og psykiske lidelser. For det andre er forskningen i hovedsak fokusert på sykdoms- og behandlingsformer, mens analyser av organisatoriske særtrekk ved tjenestefeltet ofte fremstår som biprodukt av studier på tilgrensede tema og problemstillinger. Og kanskje er også feltet så oppsplittet at også forskningen følger i fotsporene til enkelt-tjenester og enkeltdiagnoser og bekrefter, og kanskje til og med forsterker, den fragmenterte kunnskapen om tjenestesystemet (Ramsdal, 2014).

Behovet for helhetlige analyser, forankret i forvaltnings- og organisasjonsteoretiske perspektiver, vil kunne bidra til å bøte på disse utfordringene. Flere forskere knyttet til fagmiljøet ved mastergradutdanning i samordning av helse- og velferdstjenester ved Høgskolen i Østfold har over lengre tid studert reformer og tjenester innenfor rus- og psykisk helsefeltet. Dette har dreid seg om analyser av endringsstrategier i regionale tjenestesystem, om relasjoner mellom kunnskap og politikk på rus- og psykisk helsefeltet, evalueringer av nasjonale reformer og utprøving av nye organisasjons- og arbeidsformer. Disse analysene danner utgangspunktet for det prosjektet som er grunnlaget for denne boken: det såkalte ROPIT-prosjektet («Integrerte tjenester for mennesker med samtidige rus- og psykiske lidelser»). I de påfølgende kapitler er de kunnskapene som er tilegnet gjennom tidligere studier av feltet sett i sammenheng med dette prosjektet. Noen av kapitlene, særlig kapittel 6, 7, 11 og 13, trekker på data fra noen av de studiene som ligger utenfor ROPIT-prosjektets ramme. Men hovedsaken er likevel kunnskap vi har fått gjennom arbeidet i ROPIT-prosjektet, som alle forfatterne som har skrevet kapitler her, har vært tilknyttet.

Systemiske og organisasjonsteoretiske perspektiver på rus- og psykiske helsetjenester

Systemiske perspektiver på rus- og psykiske helsetjenester

Det fagmiljøet som denne boken springer ut av, har noen felles grunnlag: For det første er vi opptatt av å ivareta og utvikle kunnskap om feltet basert på en helhetlig forståelse. Dette betegner vi som et systemisk perspektiv på tjenestene, og målet er å først vise hvordan *systemiske perspektiver* på rus- og psykisk helsepolitikk og -tjenester kan bidra til å forklare særtrekk ved feltet, og hvordan endringer i feltet finner sted. McCubbin & Cohen (1996) argumenterer for at for å lykkes med reformer innenfor rus- og psykisk helsefeltet er det nødvendig å nærme seg feltet som et system preget av høy kompleksitet og dynamiske endringsprosesser. Dersom en ikke legger tilstrekkelig vekt på politiske, økonomiske og kulturelle særtrekk, vil det være vanskelig å gjennomføre reformer av mer dyptgripende karakter.

For det andre er våre analyser forankret i moderne organisasjonsteorier – først og fremst såkalte *institusjonelle teorier* som legger en ramme for de kommende kapitler. Vi vil først kort presentere det systemiske perspektivet, og deretter vise hvordan institusjonell organisasjonsteori kan bidra til analyser av endringsprosesser i feltet, med vekt på hvordan institusjonelle organisasjonsteorier kan fungere innenfor en systemisk ramme.

Et aspekt ved å presentere disse perspektivene og organisasjonsteoretiske rammene er at også forskningen om hvordan en skal organisere slike tjenester er hevdet å være like fragmentert som tjenestene selv. Mange studier tar for seg enkelttiltak, behandlingsformer og terapier, og i den grad en er opptatt av organisering, dreier det seg som oftest om avgrensede tema. Den klassiske RCT-baserte forskningen går i retning de temaene som er nevnt her. Samspillet (eller manglende samspill) mellom politiske rammebetingelser og reformer, de forvaltningspolitiske rammene tjenestene arbeider innenfor, og de organisatoriske kjennetegn ved ulike tjenester sett i sammenheng, er sjelden gjenstand for forskning. Det gjelder innenfor kommuner, spesialisttjenester/helseforetak, og mellom

de sentrale aktørene i feltet. Internasjonalt er dette bildet minst like påfallende som i Norge.

Å skape et «helhetlig» bilde av tjenestesystemet er ikke enkelt. I et slikt perspektiv vil verdier, mål, virkemidler for drift og endring i tjenestene oppfattes som maktfordeling mellom politiske myndigheter, faglig-profesjonelle aktører, forvaltningsnivåer, brukere og andre interessenter. Samtidig kan en se at betydningen av systemiske perspektiver har endret seg noe, i hvert fall i formell forstand på et overordnet nivå, slik ideen om å studere «helsesystemet» i et land, som er et initiativ fra Verdens helseorganisasjon, kan være et eksempel på.

I innledningskapittelet foran viste vi til at rus- og psykiske helsetjenester kjennetegnes av tre utviklingstrekk: *desentralisering*, *brukermedvirkning* og *samordning*. Dette er kjennetegn som kan gjenfinnes i den internasjonale utviklingen av tjenestefeltet, etter anbefalinger fra blant andre Verdens helseorganisasjon (2001). Når disse endringene skjer, må de ses i sammenheng med at utgangspunktet har vært en dominans av store institusjoner, som særlig på psykiatrifeltet har dominert politiske og faglige perspektiver på tjenestene i lang tid. Brukernes stemme ble i all hovedsak ignorert, og utfordringene med samordning ble preget av at de ulike tjenestesteder fikk anledning til å arbeide på egen hånd – ut fra tenkningen om at «hvis vi (på vår institusjon) får gjøre som vi vil, kan dere gjøre som dere vil». Dette ble betegnet som «negativ samordning» (Mintzberg, 1978; Ramsdal, 1996). De tre utviklingsprosessene som er nevnt her, må derfor ses i sammenheng og som tre sider av samme sak: de representerer en omfattende reorganisering av helsesystemet hvor rus- og psykiske tjenester inngår, både for å endre organisasjonsformer, kunnskapsgrunnlag og arbeidsformer. De endringsprosessene vi taler om, innebærer derfor også en, i et historisk perspektiv, omfattende maktforskyvning i feltet.

Når kommunene får et stadig større ansvar for flere brukergrupper, og for brukere som har komplekse og langvarige behov, får det store konsekvenser for kommunene hvilke utfordringer spesialisthelsetjenestene står i og hvordan de løser sine oppgaver. Hvordan kommunene møter og erfarer disse risikopunktene blir diskutert i denne boken. Samordning og samarbeid i tjenestene krever integrasjon på to dimensjoner: på den vertikale akse mellom spesialisttjenester og kommunale tjenester, i tillegg

til samarbeid med private helseaktører. På den horisontale aksene mellom rustjenestene, som har sin historiske forankring i lokale tiltak og tjenester, og spesialisttjenestene – som forventes å bli mer kompakte, kunnskapsintensive og med behandlingsfokuserede arbeidsformer forankret i helseforetakene.

Det konkrete utgangspunktet for kapittelet er den omfattende litteraturen om «mental health reforms» som i hovedsak har konkludert med at psykiske helsereformer er stadig mer nødvendige, men ikke har endret praksis i nevneverdig grad, stort sett basert på studier i USA, Canada, Storbritannia og enkelte andre europeiske land. Denne litteraturen er opptatt av at finanspolitiske hensyn, det vil si innsparinger, har spilt en viktig rolle for reformarbeidet ved å kunne samvirke med de-institusjonaliseringsprosesser.

Institusjonelle organisasjonsteorier som ramme for konkrete analyser

I sin klassiske tilnærming har institusjonelle organisasjonsteorier lagt vekt på at etablerte rutiner, vaner og verdier er bygget inn i eksisterende organisasjoner, og derved gir organisasjoner et relativt stabilt preg. Etter hvert har institusjonell organisasjonsteori blitt mer opptatt av dynamikken mellom stabilitet og endring – om hvordan endringer skjer innenfor relativt stabile rammer, og hvordan stabile trekk kan gjenkjennes der det tilsynelatende skjer endringer (Brunsson & Olsen, 1993; Meyer & Rowan, 1977). I moderne organisasjonsteori er en også opptatt av det en betegner som «historisk institusjonalisme» – der ulike organisasjons- og tjenestefelt påvirkes av aktører som ønsker endring, men også av krefter som ønsker å bevare eksisterende ordninger. Analyser av dette skjer ofte ved at en knytter an til begrepet «felt», som blir benyttet for blant annet å vise hvordan ulike hensyn, perspektiver, verdier blir representert på et bestemt organisasjons- og arbeidsfelt (Thelen & Steinmo, 1992). Innenfor denne tradisjonen er endring potensielt knyttet til tre prosesser: For det første små, såkalt inkrementelle (skrittvis) endringer som ikke innebærer for store provokasjoner for eksisterende strukturer og maktsentra, og for det andre: «transformative» endringer, der en faktisk endrer

etablerte mønstre og ordninger relativt grunnleggende, men gjennom en utvikling som skjer gradvis, over lengre tid. Her vil oppmerksomhet kunne knyttes til om de enkelte endringsforslag som presenteres, kan sies å bidra til langsiktige endringsprosesser. Og for det tredje at en opplever endringer på kritiske avgjørelsespunkter (*critical junctures*) der en foretar beslutninger som innebærer avgjørende veivalg og skaper radikal endring (Capoccia & Keleman, 2007; Thelen & Steinmo, 1992).

Vi har innledningsvis benyttet begrepet «rus- og psykisk helsefeltet» som en fellesbetegnelse på de tjenestene vi studerer. Feltbegrepet er imidlertid ikke selvforklarende. Innenfor institusjonelle organisasjonsteorier dreier det seg om at aktører på et område deler noen grunnleggende ideer om organisasjons- og arbeidsformer, men for øvrig kan ha ulik forståelse og motstridende interesser knyttet til sitt engasjement i feltet. Vi er opptatt av de endringsprosesser som påvirker lokal tjenesteutvikling for ROP-brukere. Det innebærer at vi ser på organisasjons- og styringsformer i et dynamisk perspektiv, og som de ulike kapitlene vil vise, er feltet i stadig utvikling. Dette skjer dels gjennom nasjonale statlige reformer og beslutninger om enkelttiltak, og dels ved lokale omorganiseringprosesser.

Vi oppfatter disse teoretiske inntakene knyttet til systemiske perspektiver og institusjonelle organisasjonsteorier som fruktbare grunnlag for de analysene vi foretar i boken. Rus- og psykisk helsefeltet har ulike historiske grunnlag. Feltet har vært delt av organisatoriske, faglige og politiske skillelinjer som har etablert ulike fagtradisjoner og rekrutteringsgrunnlag og vært opptatt av sine respektive særpreg. De endringsprosessene vi studerer, finner sted i skjæringspunktet mellom tradisjon og fornyelse. De nasjonale mål om integrering og samordning i lokale tjenester er krevende å gjennomføre, nettopp fordi institusjonaliserte normer, verdier og tradisjoner er segmentert i ulike organisasjoner – blant annet gjenspeilet i at brukerne har vært kanalisert gjennom to ulike systemer. Vi vet at de endringsprosessene som initieres, må gjennomføres ved at lokale aktører tolker nasjonale krav og forventninger og har rom for ulike strategier i iverksettingen av disse kravene og forventningene. Slik vi ser det er det derfor viktig å vise hvordan nasjonale politiske mål og strategier, for eksempel manifestert i reformer og opptrappingsplaner, møter lokale

særtrekk der en må finne konkrete løsninger for å oppnå bedre samordning og samarbeid overfor brukerne. I kapittel 4 og 5 tar vi for oss de strategier statlige myndigheter har anvendt i dette arbeidet, før vi konsentrerer oss om kommunale endringsprosesser og utvikling på noen utvalgte tjenestefelt.

Om ROPIT-prosjektet

Forskningsprosjektet ROPIT, som boken bygger på, er finansiert av Norges forskningsråd. Det startet opp i januar 2018 og avsluttes desember 2021. Prosjektet har som mål å gi bedre forståelse av utfordringene og mulige organisatoriske innovasjoner for å forbedre tjenestetilbudet for mennesker med sammensatte og komplekse behov, her eksemplifisert med mennesker med samtidige ruslidelser og psykiske lidelser. Det innebærer at prosjektet tar utgangspunkt i organisasjonsteoretiske perspektiver for å analysere hvordan ulike former for samordning skjer, og om endringer i tjenestene bidrar til fragmentering eller integrering av tjenester til mennesker med sammensatte og komplekse behov. Formålet med studien er å utvikle kunnskap som forskningsfeltet kan bygge videre på og som ledere, tjenesteytere og studenter kan anvende og overføre til egen praksis, og som også kan bidra til utvikling av tjenestene og helse- og velferdssektoren mer generelt. Det innebærer en vektlegging av forholdet mellom nye organisasjonsformer, organisering av arbeid, ansattes arbeidsbetingelser og kvalitet i tjenestene.

De overordnede målene for disse tjenestene kan syntetiseres slik: Det dreier seg om å skape likeverdige tjenester for brukerne, at det skal bli bedre samhandling mellom de ulike deler av tjenesteapparatet, at brukerperspektiver skal ha større innflytelse på utformingen av tjenestene, at tjenestene skal bli mer lokalbaserte, og at de skal bli basert på dagens kunnskaper om effektive tjenester, tiltak og behandlingsformer (Riksrevisjonen, 2021).

I prosjektet har vi tatt utgangspunkt i de mål og krav til økt samhandling som er formulert i ulike nasjonale styringsdokumenter, planer og veiledere. Vi har særlig undersøkt hvordan kommunene ivaretar anbefalinger om samhandling i den nasjonale faglige retningslinjen IS-1948

(Helsedirektoratet, 2012). Her nevnes en rekke spesifikke forventninger til tjenestene til mennesker med ROP-lidelser. Det må være et samarbeid mellom spesialisttjenestene og de kommunale tjenestene. I samarbeidsavtalene bør rutiner for utskriving, faglig og økonomisk samarbeid være avklart. For den enkelte bruker er det individuell plan som avklarer samarbeidet. Det er kommunen og NAV som i fellesskap har ansvar for at alle mennesker med ROP-lidelser får et samordnet og integrert tilbud i kommunen. Flere av disse forventningene blir diskutert i ulike sammenhenger i bokens kapitler, og i avslutningskapittelet gis en samlet vurdering av de faktorer som fremmer og hemmer utviklingen av tjenestene i forhold til disse målene.

Den nasjonale politikken på feltet har i stor grad dreid seg om å sikre at ulike aktører i ulike forvaltningsnivå iverksetter lokale tiltak som ivaretar disse målene. Det er grunn til å peke på at det har vært og er stor grad av politisk enighet om de nasjonale mål og ambisjoner om bedre samhandling i tjenestesystemet. Det er også stor grad av enighet om virkemidlene som bør benyttes, men det er erkjent at det er mange utfordringer når det gjelder å realisere disse målene. Så hvorfor representerer da likevel koordinering og samarbeid så store utfordringer for ROP-brukere når det kommer til den praktiske virkelighet?

Helsetilsynet (2016, s. 13) har gjennomført en risikovurdering av tjenester til mennesker med samtidige rus- og psykiske lidelser. Vurderingen gjelder både spesialisthelsetjenestene og de kommunale tjenestene. Rapporten skisserer flere risikopunkter hvor tjenestene svikter overfor denne brukergruppen. I denne sammenhengen er følgende særlig relevant: brukermedvirkning på individnivå er mangelfull, bruker får ikke tilpasset bolig, tilpasset aktivitetstilbud mangler, dobbeltkompetanse mangler i kommunene, samhandling i kommunene er svak og samarbeid mellom spesialisthelsetjenesten og kommunene er ikke aktivt.

Fragmenterte tjenester fortsetter å være en utfordring både på kommunalt nivå og i spesialisthelsetjenesten, og ikke minst i grenseflatene mellom disse tjenestene. Man kan spørre seg om det ikke prioriteres, verken i systemet eller av tjenesteyterne. Eller prioriteres det av noen tjenesteytere; noe som krever en viss autonomi og kompetanse hos tjenesteutøverne?

Studien som de fleste kapitlene i boken bygger på, omfatter ulike analysenivåer innenfor rus- og psykisk helsefeltet. Det inkluderer hvordan den overordnede nasjonale politikken på feltet er utformet, hvordan tjenestene er strukturert, samt brukernes erfaringer med tjenestene. På lokalt nivå studerer vi tjenestetilbudet for målgruppen i tre kommuner og deres erfaringer med spesialisttjenestene. Vi har kartlagt hvordan tjenestetilbudet utvikles, problemene målgruppen står overfor i møtet med tjenestene, hvilke organisatoriske løsninger som er etablert og hvilke innovative løsninger som er under utvikling.

Metode

Vi har benyttet flere metodiske tilnærminger i ROPIT-prosjektet som har frembrakt det empiriske materialet de fleste av kapitteforfatterne benytter i sine respektive analyser. Dette inkluderer et felles utgangspunkt i forskningsdesign som beskrives nedenfor, etterfulgt av en beskrivelse av kommunene som inngår i prosjektet, utvelging informanter, gjennomføring av et seminar med gruppeintervjuer, intervjuer med brukere og ansatte og møter med ansatte og ledere i kommunene. I tillegg har vi gjennomgått en rekke dokumenter om rus- og psykiske helsetjenester – både nasjonalt, regionalt og i de aktuelle kommunene.

Forskningsdesign

De utviklingstrekkene vi har presentert foran, innebærer at våre analyser har tatt utgangspunkt i lokale prosesser for å endre tjenestene og de rammebetingelsene som statlige myndigheter og spesialisttjenestene legger for de lokale endringsprosessene. Når kommunene får et stadig større ansvar for flere brukergrupper, og for brukere som har komplekse og langvarige behov, får det store konsekvenser for kommunene, men også for hvilke utfordringer spesialisthelsetjenestene står i og hvordan de løser sine oppgaver. Hvordan kommunene møter og erfarer disse utfordringene blir diskutert i denne boken. Det forskningsdesignet vi har benyttet, tar utgangspunkt i at samordning og samarbeid i tjenestene krever integrasjon på to dimensjoner: på den vertikale akse mellom spesialisttjenester

og kommunale tjenester, i tillegg til samarbeid med private helseaktører. På den horisontale akse mellom rustjenestene, som har sin historiske forankring i lokale tiltak og tjenester, og spesialisttjenestene, som forventes å bli mer kompakte, kunnskapsintensive og behandlingsfokuserede arbeidsformer forankret i helseforetakene.

Bokkapitlene er i stor grad basert på forskning i de tre kommunene som alle var med som samarbeidspartnere i ROPIT-prosjektet. Kommunene varierer i størrelse, organisering av tjenester og tjenestekompleksitet. Storbykommunen (ca. 50 000 innbyggere) og den mellomstore kommunen (31 200 innbyggere) representerer komplekse servicesystemer i urbane områder, mens den lille kommunen (3600 innbyggere) representerer et mindre komplekst servicesystem i et mindre sentralt område. I den lille kommunen er tjenestene til målgruppen organisert i ett team. Den mellomstore kommunen har en enhet som inkluderer både psykisk helse- og rustjenester. Tjenestene er imidlertid delt inn i to seksjoner, hver med egen mellomledelse og budsjett. Da prosjektet startet, hadde den store kommunen organisert psykisk helse- og rustjenester hver for seg som forskjellige enheter med egne budsjetter. Tjenestene ble slått sammen omtrent midtveis i prosjektperioden. Storbykommunen har en relativt høy andel mennesker med samtidig rus- og psykiske lidelser.

Data er samlet inn ved intervjuer, dokumenter og møtedeltakelse. Nedenfor følger en redegjørelse for dette felles datasettet.

Forskere og deltakere fra de tre kommunene møttes først gang i en oppstartkonferanse våren 2018 hvor prosjektet og prosjektdeltakerne ble presentert. Hovedhensikten var å gi kommunene mulighet til å gi en oversikt over hva de så på som viktige forhold til knyttet til tjenester til mennesker med samtidige rus- og psykiske lidelser. Det bidro med bakgrunnskunnskap som grunnlag for forståelse av de ulike kontekstene som ansatte og ledere i tjenestene befinner seg i.

Datakilder

Høsten 2018 arrangerte vi et heldagsseminar med deltakere fra alle tre kommunene. Hensikten var å samle ansatte og ledere fra de tre kommunene slik at de kunne dele erfaringer samtidig som vi gjennomførte

gruppeintervjuer som datainnsamling i prosjektet. I alt syv gruppeintervjuer ble gjennomført under seminaret, som var delt inn i to økter. Vi valgte å bruke gruppeintervjuer i begge øktene, men med forskjellige komposisjoner, som beskrevet mer detaljert nedenfor. Gruppene besto av tre til fem deltakere.

Ledere fra de tre kommunene utgjorde én gruppe og deltok i seminarets første halvdel, inkludert uformelle samtaler under lunsj. Målet med å intervju lederne i en gruppe for seg, var å diskutere noen overordnede spørsmål på tvers av de tre fellestjenestene. Temaene var: utfordringer og suksesshistorier, samarbeid med spesialisthelsetjenestene, faglige perspektiver som styrer tjenestene og hvordan det jobbes med å iverksette dem i praksis, og til slutt hvordan de arbeidet med å iverksette statlige føringer lokalt.

Gruppene med tjenesteytere ble organisert med forskjellige gruppesammensetninger for de to øktene på seminaret. I den første økten ble alle deltakerne (sykepleiere, sosialarbeidere og fagarbeidere) delt inn i tre grupper ut fra hvilken kommunene de jobbet i. Målet var å få kunnskap om hvordan tjenesteyterne i hver kommune opplever tjenestene de tilbyr til mennesker med samtidige rus- og psykiske lidelser. Gruppene ville således være forskjellige fra hverandre, men medlemmene i gruppen hadde en felles arbeidskontekst som gjorde det mulig for oss å sammenligne på tvers av gruppene (kommunene) (Brandt, 1996). Noen av temaene i intervjuguiden falt sammen med temaene som ble brukt da vi intervjuet lederne. Mer spesifikt var temaene utfordringer og suksesshistorier, faglige perspektiver som styrer praksis, involvering av brukere og pårørende, integrering av rus- og psykiske helsetjenester og i hvilken grad interne prosedyrer brukes, og hvordan ansatte jobber med andre tjenester som bolig, arbeid/skole/aktivitet og inntekt.

I den andre økten ble deltakerne igjen delt inn i tre grupper, men denne gangen var gruppene satt sammen av en til to deltakere fra hver av kommunene. Denne sammensetningen gjorde det mulig for de ulike aktørene å utveksle synspunkter på tvers av kommuner og organisasjoner, og dermed skape en noe annen gruppedynamikk fra den første intervjurunden (Andvig, 2014). Temaene var hvordan de opplevde samarbeidet med blant annet spesialisthelsetjenesten, både somatikk, rus og psykisk helse,

kriminalomsorg, bolig og NAV. I tillegg var vi interessert i om deltakerne kunne diskutere hva opplevde som felles tilnærminger til måten å jobbe på og de viktigste forskjellene, deriblant faglige ressurser og holdninger til statlige føringer.

Videre har vi gjennomført møter og gruppeintervjuer i alle kommunene med deltakere fra både psykiske helsetjenester og tjenester for rusoppfølging. I tillegg har vi møtt ledere og teamledere som er ansvarlige for tjenester til mennesker med samtidig avhengighet og psykiske problemer i alle tre kommunene. Her har vi diskutert organiseringen av relevante tjenester, inkludering og avgrensning av målgruppen, omfang og utfordringer. Sammen med dokumenter som strategi og handlingsplaner og ulike oversikter over målgruppen, utgjør informasjon fra disse møtene bakgrunnsinformasjon. Der hvor de inngår som en del av analysen, er det diskutert spesielt i det enkelte kapittel.

Ledere i de ulike kommunene har valgt ut hvem som skulle delta på seminaret og i møter. Fra vår side var det et kriterium at ansatte samlet sett, teamledere og ansatte i førstelinjen, skulle ha tilknytning til både de psykiske helsetjenestene og tjenestene til mennesker med rusproblemer. Samtidig skulle deltakerne ha ulik profesjonsbakgrunn med tanke på at ulike perspektiver ble ivaretatt. De som ble rekruttert til seminaret, ble samtidig rekruttert til å delta i gruppeintervjuene.

Videre har vi intervjuet til sammen 13 brukere i de tre kommunene, fem i henholdsvis den minste og mellomstore kommunen og tre i storbykommunen. Brukerne ble rekruttert gjennom ledere og ansatte i tjenestene. Tema for intervjuene var hvilke tjenester de mottok, hvordan tjenestene har fungert med hensyn til tilgjengelighet og tilnærming til samtidig rus- og psykisk lidelse, koordinator eller kontaktperson, individuell plan og bolig.

I tillegg er en rekke nasjonale policy-dokumenter, veiledere og retningslinjer benyttet som bakgrunnsmateriale. Kommunale strategi- og handlingsplaner, budsjett og årsmeldinger utgjør også bakgrunnsmateriale for forståelsen av lokale utforming. Der hvor dokumentene utgjør en del av analysen, er analysestrategien redegjort for i de ulike kapitlene.

Ved siden av datamateriale fra ROPIT-prosjektet er antologien supplert med bidrag som bygger på annen forskning forfatterne har gjennomført

tidligere eller parallelt med prosjektet. Det gjelder blant annet kapittel 7, om kommunal organisering, som er basert på en tidligere kvalitativ case-studie som bygger på intervjuer med ledere og medarbeidere i hjemme-tjeneste og psykisk helsetjeneste.

Det ble foretatt noen metodiske endringer underveis i prosjektet. Prosjektsøknaden la opp til at brukere og ansatte skulle involveres i deler av datainnsamlingen og analysen. Involveringen skulle sikres gjennom bruk av *concept mapping* som metode for å strukturere dialogarenaer mellom tjenesteytere, brukere, pårørende og forskerne for å kartlegge tjenestene. Stipendiaten i ROPIT-prosjektet var tillagt et særlig ansvar for å anvende og dokumentere *concept mapping*. Metoden er egnet til å utforske hva berørte parter mener er viktig knyttet til et bestemt tema eller utsagn og gir verktøy for å strukturere og konseptualisere komplekse ideer. Arbeidet var godt i gang, og stipendiaten hadde gjort en rekke avtaler tidlig i mars 2020. Covid-19 og den påfølgende nedstengingen gjorde at tilgangen til og muligheten for å samle en gruppe mennesker, slik *concept mapping* legger opp til, gjorde det vanskelig å gå frem som planlagt. Prosjektet og stipendiaten hadde gjort noen erfaringer med metoden generelt og involvering av brukere og pårørende i forskning spesielt som vi mener det er verdt å diskutere. Dette er å finne i bokens kapittel 3.

Referanser

- Andvig, E. (2014). Förundran i hermeneutisk forskning – ett exempel från fokusgruppsamtal. I E. Lassenius & E. Severinsson (Red.), *Hermeneutik i vårdpraxis. Det nära, det flyktiga, det dolda* (s. 197–207). Gleerups Utbildning.
- Brandt, B. (1996). Gruppeintervju: Perspektiv, relasjoner og kontekst. I H. Holter & R. Kalleberg (Red.), *Kvalitative metoder i samfunnsforskning* (s. 145–165). Universitetsforlaget.
- Brunsson, N. & Olsen, J. P. (1993). *The reforming organization*. Routledge.
- Capoccia, G. & Keleman, K. D. (2007). The study of critical junctures: Theory, narrative, and counterfactuals in historical institutionalism. *World Politics*, 59(3), 341–369. <https://doi.org/10.1017/S0043887100020852>
- Einstein, S. (2007). Substance use(r) treatment and health disparities: Some considerations or an askance look at institutionalized substance use(r) intervention disparities. *Substance Use & Misuse*, 42(4), 671–686. <https://doi.org/10.1080/10826080701202296>

- Forsetlund L., Lidal, I. B. & Austvoll-Dahlgren A. (2012). *Effekter av ulike organiseringstiltak for tjenester innen psykisk helsevern* (Rapport 05–2012). Nasjonalt kunnskapssenter for helsetjenesten.
- Helsedirektoratet. (2012). *Samtidig ruslidelse og psykisk lidelse (ROP-lidelser)* [Nasjonal faglig retningslinje]. <https://www.helsedirektoratet.no/retningslinjer/samtidig-ruslidelse-og-psykisk-lidelse-rop-lidelser>
- Helsetilsynet. (2016). *Risikovurdering av tjenester til personer med samtidig ruslidelse og psykisk lidelse* (Rapport 3/2016). Helsetilsynet.
- McCubbin, M. & Cohen, D. (1999). A systemic and value-based approach to strategic reform of the mental health system. *Health Care Analysis*, 7(1), 57–77. <https://doi.org/10.1023/a:1009443902415>
- Meyer, J. & Rowan, B. (1977). Institutionalized organizations: Formal structure as myth and ceremony. *American Journal of Sociology*, 83(2), 340–363. <https://doi.org/10.1086/226550>
- Mintzberg, H. (1978). Patterns in strategy formation. *Management Science*, 24(9), 934–948. <https://doi.org/10.1287/mnsc.24.9.934>
- Norges forskningsråd. (2017). *Programplan 2017–: Gode og effektive helse-, omsorgs- og velferdstjenester – HELSEVEL*. Norges forskningsråd. <https://www.forskningsradet.no/siteassets/publikasjoner/1254032260838.pdf>
- Ramsdal, H. (1996). *Kan psykiatrien reformeres innenfra?* (Rapport 1996: 3). Høgskolen i Østfold.
- Ramsdal, H. (2014). Styring og organisering av tjenestene. I R. Norvoll (Red.), *Samfunn og psykisk helse* (Kap. 9). Gyldendal Akademisk.
- Riksrevisjonen. (2021). *Riksrevisjonens undersøkelse av psykiske helsetjenester* (Dokument 3:13). <https://www.riksrevisjonen.no/rapporter-mappe/no-2020-2021/undersokelse-av-psykiske-helsetjenester/>
- Thelen, K. & Steinmo, S. (1992). *Structuring politics: Historical institutionalism in comparative analysis*. MIT Press.
- Verdens helseorganisasjon. (2001). *The world health report 2001 – Mental health: New understanding, new hope*. WHO.