

Karina Aurora Nygaard

Keiserens nye klær?

**En studie av samarbeidet om individuell plan for
rusmiddelavhengige**

Masteroppgave i sosialt arbeid

Høgskolen i Oslo og Akershus, Fakultet for samfunnsfag

Sammendrag

Denne oppgaven handler om sosialtjenestens og spesialisthelsetjenestens samarbeid rundt individuell plan for rusmiddelavhengige brukere. Hensikten har vært å forstå planens funksjon i samarbeidet, ved å undersøke om den bidrar til å skape et mer helhetlig, rkoordinert og individuelt tilpasset tjenestetilbud. Problemstillinger er som følger; *”Hvordan fungerer sosialtjenestens og spesialisthelsetjenestens samarbeid om individuell plan?”*

Det empiriske materialet består av 7 kvalitative dybdeintervjuer, med tre ansatte i spesialisthelsetjenesten og fire ansatte ved NAV sosialtjenesten i Oslo.

Teori om sosialt arbeid, den norske velferdsmodellen, new public management, samt Bourdieus forståelse av praksis og statens makt i det moderne samfunnet, anvendes for å forstå relasjonen mellom samfunnsstrukturen og informantenes handlinger. De teoretiske perspektivene belyser hvordan politiske avgjørelser utgjør rammeverket for institusjonene, samt setter premisser for de ansatte. I oppgaven reises det spørsmål ved om individuell plan kan fungere under de forutsetningene som fremgår av lovverket og organiseringen av tjenestetilbudet. Myndighetene har lagt hovedansvaret for individuell plan på kommunen, i dette tilfellet sosialtjenesten. Dermed er ansatte i sosialtjenesten pålagt å koordinere og tilpasse tjenestetilbudet til den enkelte rusmiddelavhengige. På samme tid er sosialtjenestens ressurser begrensede og saksbehandlingen er underlagt krav om standardisering og effektivitet. Det diskuteres om disse to kravene er forenelige, eller om manglende løsninger på politiske dilemmaer bidrar til å skape større utfordringer for deltakerne i samarbeidet.

Studien viser at manglende ressurser i sosialtjenesten er den største utfordringen for å få samarbeidet om individuell plan til å fungere. Studien bidrar til å synliggjøre at ansatte i sosialtjenesten er i en presset situasjon, hvor de har mye å gjøre, få ressurser, samt lite tid til oppfølgingsarbeid. Som et resultat av dette klarer de ikke å oppfylle lovverkets krav om å utarbeide, følge opp eller koordinere planarbeidet. Dette kan skape konflikter i samarbeidet og resultere i at hjelpen til rusmiddelavhengige blir fragmentert og lite sammenhengende. Informantene opplever i større eller mindre grad at individuell plan har liten funksjon for samarbeidet fordi den ikke er bidrar til å løse disse utfordringene.

Høgskolen i Oslo og Akershus, Fakultet for samfunnsfag

Oslo 2013

Abstract

This paper is about collaboration between the municipal social welfare office and the specialist health services concerning individual plan for drug addicted clients/patients. The aim of the study is to understand the importance of individual plan, by finding out whether the plan contributes to create more complete, coordinated and individual centered services. The topic question is; *how does the collaboration between the municipal social welfare office and the specialist health services concerning individual plan work?*

The empirical data consist of 7 qualitative interviews with three employees from the specialist health services, and four employees in a municipal social welfare office in Oslo.

Theories of social work, the Norwegian welfare system, new public management, together with Bourdieu's thoughts about practice and governmental power in modern societies, are used to understand relations between social structures and informants action. The theoretical perspective is intended to illuminate that the institutional framework, which constitute terms and restrictions to informants actions, are deduced from political decisions. The project raises questions regarding whether individual plan are able to succeed beyond legal conditions and current organization of services. Local governments, in this case the social services staff, have a primary legal responsibility for individual plans. The social service staff are demanded to spend time on coordination and individual centered approaches. At the same time capacity in social welfare offices are limited and administrative procedures are expected to be standardized and effective. It is debatable whether these two requirements are compatible, or if lack of solutions to political dilemmas increase the difficulties in the collaborations and in services.

The interviews indicate that lack of resources in the municipal social welfare office is the greatest challenge in the collaboration on individual plan. The thesis contributes to point out that the social service staff are in stressfully situations, as they are responsible of a large number of cases and are short of time in each case. The outcome tends to be that they don't fulfill their legally required responsibilities to establish, follow up and coordinate individual plans. This can cause conflicts in the cooperation and result in services being fragmented and incoherent. The informants, in varying degree, consider individual plan as dysfunctional, and not as a solution to the challenges in the field.

Oslo and Akershus University College, Faculty of social sciences.
Oslo 2013

Forord

Å skrive denne oppgaven har vært en lærerik og krevende prosess med både oppturer og nedturer. Det har vært positive stunder hvor jeg har hatt pågangsmot og krefter. Og det har vært tider hvor jeg har vært frustrert og rådvill. Gjennom hele prosessen er det noen personer som har gitt meg ekstra motivasjon, råd og støtte. De fortjener alle en stor takk.

Jeg vil starte med å takke alle informantene for at dere har delt deres kunnskap med meg. Uten dere hadde ikke denne oppgaven blitt til. En takk rettes også til deltakerne i samarbeidsprosjektet for at jeg har fått muligheten til å skrive dette prosjektet. Jeg vil også takke lederne fra sosialtjenesten og spesialisthelsetjenesten for at dere har gitt meg tilgang til informanter og lagt til rette for intervjuene.

Jeg vil rette en stor takk til min veileder Sigrun Saur Stiklestad. Jeg setter pris på at du har lest arbeidet mitt med en kritisk analytisk holdning og at dine tilbakemeldinger har vært så ærlige. Jeg vil også takke deg for dine gode råd og for all inspirasjonen du har gitt meg.

En takk går også til mine venner for at dere har stått sammen med meg gjennom hele prosjektet. Jeg vil spesielt takke min gode venninne Eli.

En stor takk rettes også til min kusine Marita og til min kjæreste Anders. Uten deres oppmuntrende og gode ord underveis ville prosessen blitt betydelig vanskeligere. Jeg vil også takke for at dere har fått meg til å tenke på noe annet når oppgaven har vært altoppslukende.

Endelig vil jeg rette en spesielt stor takk til mine foreldre, Mona og Harald, for at dere har vist så stor omsorg og tro på meg. Takk til pappa for at du har delt din kunnskap og erfaring om akademiske skriveprosesser med meg og for alle rådene du har gitt meg. Takk til mamma for gode samtaler og for fine stunder.

Oslo, 24.april 2013

Karina Aurora Nygaard

INNHold:

SAMMENDRAG	II
ABSTRACT	III
FORORD	IV
1. INNLEDNING	1
1.1 RETTEN TIL INDIVIDUELL PLAN.....	2
1.2 EN UNDERSØKELSE AV SAMARBEIDET OM INDIVIDUELL PLAN	3
1.2.1 Problemstilling.....	4
1.3 RUSMIDDELAVHENGIGES TJENESTETILBUD.....	5
1.3.1 Tilbakeblikk.....	5
1.3.2 Dagens organisering	7
1.4 BESKRIVELSE AV ARBEIDSPLASSENE	9
1.4.1 Samarbeidet om individuell plan.....	10
1.5 STUDIENS RELEVANS FOR SOSIALT ARBEID	11
1.6 BEGREPSAVKLARING	12
1.7 OPPGAVENS STRUKTUR	13
2. METODE.....	14
2.1 INTERVJU SOM METODE	14
2.2 UTVALGSKRITERIER OG REKRUTTERING	15
2.2.1 Hvem jeg ville snakke med	15
2.2.2 Å komme i kontakt	16
2.2.3 Utvalget.....	17
2.2.4 Forskningsetiske hensyn i rekrutteringsprosessen	17
2.3 INTERVJUSEKVENSEN	18
2.3.1 Forskningsetiske refleksjoner rundt intervjusekvensen	19
2.4 FRA TALE TIL TEKST.....	19
2.4.1 Forskningsetiske refleksjoner rundt transkripsjonene.....	20
2.5 ANALYSE AV MATERIALET.....	20
2.5.1 Forskningsetiske refleksjoner rundt analysen og fremstillingen av resultatene	22
2.6 MITT EGET FORHOLD TIL TEMAET	22
2.6.1 Etiske betraktninger rundt min rolle	23
3. TEORI	25

3.1	PIERRE BOURDIEUS TEORI OM PRAKSIS	25
3.1.1	Felt.....	26
3.1.2	Kapital	26
3.1.3	Doxa	27
3.1.4	Habitus	27
3.1.5	Et spill om makt og dominans	28
3.2	BOURDIEUS TEORI OM DET MODERNE SAMFUNNET.....	29
3.2.1	Den byråkratiske staten	30
3.2.2	Staten som et maktfelt	31
3.3	DEN NORSKE VELFERDSMODELLEN.....	32
3.3.1	Kritikk mot offentlig sektor	34
3.3.2	New public management	35
3.4	SOSIALT ARBEID.....	36
3.4.1	Politiske og strukturelle rammer for yrkesutøvelsen.....	36
3.4.2	Yrkesutøvelsen i sosialt arbeid	36
4.	ANALYSE	38
4.1	SAMARBEIDET OM INDIVIDUELL PLAN.....	38
4.1.1	Iverksettingen av individuell plan.....	38
4.1.2	Forventninger til samarbeidspartnere.....	41
4.1.3	En kamp om posisjoner	44
4.1.4	Over- og underordning	46
4.2	INDIVIDUELL PLAN SOM ET KOORDINERENDE VERKTØY	48
4.2.1	Manglende koordinering som konfliktområde	50
4.2.2	Rusmiddelavhengiges boligsituasjon	51
4.2.3	Manglende boliger som konfliktområde	53
4.3	INDIVIDUELL PLAN – BETYDNINGSFULL ELLER PERIFER LØSNINGSSTRATEGI?	55
4.3.1	Myndighetenes makt over rusfeltet	56
4.3.2	Myndighetenes desentralisering av dilemmaer	58
4.3.3	Myndighetenes tilsøring av faktiske forhold	60
4.4	SOSIALARBEIDERENS POSISJON I RUSFELTET	61
4.5	RUSMIDDELAVHENGIGES MARGINALISERTE POSISJON	64
4.5.1	Et lite tilrettelagt tjenestetilbud	66
4.5.2	Lite betydningsfulle løsninger.....	67
5.	AVSLUTNING	69
6.	LITTERATURLISTE	72
	VEDLEGG 1: INFORMASJONSSKRIV.....	77

VEDLEGG 2: INTERVJUGUIDE.....	79
VEDLEGG 3: MAL FOR UTARBEIDELSE AV INDIVIDUELL PLAN I KOMMUNE	81
VEDLEGG 4: MAL FOR UTARBEIDELSE AV INDIVIDUELL PLAN I HELSEFORETAK	82

1. Innledning

Mennesker som er avhengige av rusmidler opplever ofte store og sammensatte utfordringer i hverdagen. Det viste en rekke forskningsrapporter på slutten av 1990 tallet (St.meld. nr.30, 2011-2012, 20). I dag er det et velkjent faktum at rusmiddelavhengige har en opphopning av levekårsproblemer. Rusmiddelavhengiges utfordringer er både knyttet til helseproblemer som psykiske lidelser, kroniske sykdomstilstander, infeksjoner, HIV, tannhelse- og ernæringsproblemer, samt sosiale problemer som utfordringer knyttet til bosituasjon, økonomi, arbeid/utdanning samt familie og øvrig nettverk. I tillegg har rusmiddelavhengige ofte et komplisert avhengighetsbilde med gjentatt avbrutte behandlingsforsøk (St.meld nr. 9 2006-2007, 89).

Omfattende og sammensatte utfordringer gjør at rusmiddelavhengige ofte har behov for hjelp over lang tid og for flere tjenester samtidig. Dermed kan en rekke tjenester inngå i det samlede tjenestetilbudet. Aktuelle kommunale tiltak kan være økonomiske og sosiale tjenester fra NAV sosialtjenesten, helsetjenester fra fastlege, rus- og psykologisk oppfølging, boligjenester og lavterskel helsetiltak som tannlege (St.meld nr.30 2011-2012, 74-76). Statlige tiltak omfatter avrusning, utredning og behandling i spesialisthelsetjenesten, samt legemiddelassistert rehabilitering (LAR) (St.meld nr. 30 2011-2012, 86) og psykologisk oppfølging ved distriktpsykiatrisk senter (DPS) (St.meld nr. 30 2011-2012, 76). I tillegg kan trygdeytelser og arbeidsrettede tiltak fra den statlig organiserte arbeids- og velferdsetaten i NAV være aktuelt (St.meld nr. 30 2011-2012, 74).

Som det fremgår av avsnittet over eksisterer det en rekke forskjellige tjenester, som i hovedsak er forankret på statlig eller kommunalt nivå. Mange rusmiddelavhengige har opplevd at dårlig samhandling mellom tjenesteytere innenfor samme og/eller på tvers av forvaltningsnivåene, resulterer i et utilgjengelig og oppstykket tjenestetilbud. Dette viser at en fragmentert organisering av tjenesteapparatet, hvor forskjellige instanser har ulike oppgaver, kan skape utfordringer for tjenesteapparatets evne til å imøtekomme rusmiddelavhengiges hjelpebehov. Overgangene mellom ulike tjenester i statlige og/eller kommunale regi fremheves som særlig kritiske. Dette er fordi forskyvningen av ansvar ofte kan medføre brudd i behandlingsforløpet. Et eksempel på et slikt brudd er når rusmiddelavhengige må stå på venteliste lang tid i forkant av et institusjonsopphold hos spesialisthelsetjenesten. Et annet er når kommunale instanser skal overta ansvaret for rusmiddelavhengige i etterkant av institusjonsoppholdet, men ikke har egnede botilbud. Manglende flyt i overgangene mellom

ulike tjenester har gjort det vanskelig for tjenesteyterne å sikre kontinuitet og resultatet har vært at brukernes situasjon kan forverres (St.meld nr. 30 2011-2012, 74).

Rusmiddelavhengiges sammensatte belastninger kan gjøre det vanskelig å forholde seg til et lineært og oppdelt tjenestetilbud (St.meld nr. 30 2011-2012, 189). Myndighetene har det siste tiåret lagt vekt på at brukergruppen trenger kontinuitet og at tjenestene derfor må være helhetlige og sammenhengende. Samarbeid mellom tjenesteytere og tydelig ansvarsfordeling fremheves som en forutsetning for å kunne møte, behandle og følge opp rusmiddelavhengiges sammensatte behov på en tilfredsstillende måte (St.meld nr.9 2006-2007, 87-89). I moderne samfunn er samarbeid en nødvendighet fordi samfunnet har blitt så sektordelt, kunnskap har blitt spesialisert og differensieringen har økt. Dette har gjort helheten og sammenhengen vanskelig å håndtere (Lauvås og Lauvås 2004, 17).

Tverretattlig samarbeid innebærer at representanter fra ulike etater arbeider sammen for brukerens beste. Det kan være ansatte med samme fagbakgrunn men ulik etatstilknypning, for eksempel samarbeidet mellom sosialarbeidere i sosialtjenesten og spesialisthelsetjenesten. Det kan også være samarbeidet mellom ansatte med ulik fagbakgrunn og etatstilknypning, eksempelvis psykolog på DPS og fastlege i kommunen (Lauvås og Lauvås 2004, 42-43). Personer med rusmiddelavhengighet er særlig avhengige av en tverretattlig tilnærming. De trenger en helhetlig omsorg hvor tjenestemottakere tar hensyn til individuelle behov og ivaretar behovet for hjelp på flere livsområder (St.meld. 30 2011-2012, 187). Det kan handle om tjenestemottakers fysiske, psykiske, sosiale og eksistensielle behov (NOU 1999:2, 81).

1.1 Retten til individuell plan

Myndighetene har satt i gang en rekke tiltak og lovendringer for å fremme et helhetlig tjenestetilbud for rusmiddelavhengige. Ett av virkemidlene for å møte samordningsutfordringene er individuell plan (IP) som ble innført i 2001. Da fikk personer med langvarige og koordinerte tjenester rett til individuell plan etter lov om pasient- og brukerrettigheter av 02.07.1999 nr. 62 (pasient- og brukerrettighetsloven) § 2-5. Rusmiddelavhengige fikk først rett til IP i 2004, da rusmiddelavhengige ble definert som pasienter og fikk rettigheter samsvarende med andre pasientgrupper (St.meld. nr. 30, 2011-2012, 20-21). I dag fremgår denne rettigheten av flere lover, som i lov om sosiale tjenester i arbeids- og velferdsforvaltningen av 18.12.2009 nr. 131 (Lov om sosiale tjenester i NAV) § 28 og lov om spesialisthelsetjenesten m.m av 02.07.1999 nr. 61 (spesialisthelsetjenesteloven) § 2-5.

I henhold til nevnte paragrafer skal samarbeidspartnere arbeide sammen om et helhetlig tjenestetilbud til tjenestemottaker. I forskrift om individuell plan i arbeids- og velferdsforvaltningen av 19.11.2010 nr 1462 (forskrift om individuell plan i NAV) § 2, fremgår det videre at planarbeidet skal sikre en kartlegging av tjenestemottakers mål, behov og ressurser. På bakgrunn av denne kartleggingen skal tiltak vurderes og koordineres for å dekke tjenestemottakers bistandsbehov. Individuell plan kan forstås som et utredningsverktøy hvor formålet er å sikre koordinert og individuelt tilpasset oppfølging, samtidig som den skal styrke samhandlingen mellom samarbeidspartnere. Det påpekes videre i § 2 at det er samhandlingen mellom tjenesteyter og tjenestemottaker, mellom tjenesteytere innen et forvaltningsnivå, samt på tvers av forvaltningsnivåene som skal styrkes. IP er dermed også et verktøy for å styrke det tverretatlige samarbeidet.

1.2 En undersøkelse av samarbeidet om individuell plan

I denne masteroppgaven er det tjenestetilbudet til mennesker med rusmiddelavhengighet som undersøkes. Studien inngår i et større samarbeidsprosjekt mellom Oslo Kommune, Oslo Universitetssykehus (OUS) og Høgskolen i Oslo og Akershus (HIOA). Deltagerne i samarbeidsprosjektet er ansatte ved sosialtjenesten i et NAV kontor i Oslo kommune og ved OUS sine tverrfaglig spesialiserte behandlingstilbud for rusmiddelavhengige (spesialisthelsetjenesten). At rusmiddelavhengige ofte har behov for tjenester fra begge instanser, medfører at sosialtjenesten og spesialisthelsetjenesten i mange tilfeller samarbeider om oppfølgingen av målgruppen. Dette er bakgrunnen for at det er disse to instansene som inngår i samarbeidsprosjektet.

Tittelen på samarbeidsprosjektet er «*Fellesfaglig utviklingsarbeid for å styrke arbeidet med individuell plan i tjenesteutøvelsen og i høgskolens undervisningsopplegg*». Bakgrunnen for prosjektet er prosjektdeltagernes forståelse av at sosialtjenestens og spesialisthelsetjenestens samarbeid om individuell plan ikke fungerer godt nok. Det hevdes blant prosjektdeltakerne at brukere og ansatte i spesialisthelsetjenesten har gitt uttrykk for dette i flere år. Prosjektgruppen mener derfor at det er behov for å undersøke hvilke utfordringer som finnes i samarbeidet mellom spesialisthelsetjenesten og sosialtjenesten. Ved å undersøke samarbeidet ønsker de å finne ut hva som kan bidra til å styrke samhandlingen, samt hvordan individuell plan kan utnyttes bedre. Prosjektgruppen oppfatter individuell plan som et verktøy med stort potensial, ettersom den kan anvendes for å planlegge samt iverksette endring og positiv utvikling for brukeren, i tillegg til å klargjøre ansvarsfordeling.

Prosjektgruppen skal gjennomføre et forskningsprosjekt hvor det overordnede målet er å styrke arbeidet om IP. For å danne et grunnlag for sitt eget prosjekt, har prosjektgruppen startet et forprosjekt. Forprosjektet utgjøres av tre masteroppgaver i sosialt arbeid, herunder min egen og to av mine medstudenters studier. Prosjektgruppen har satt en overordnet hypotese for forprosjektet som er ”det finnes konkrete konfliktområder som gjentar seg i ulike ansvarsgruppemøter rundt ulike brukere med rusmiddelavhengighet som er i behandling hos spesialisthelsetjenesten”. Hypotesen bygger på en erfaringsbasert antagelse om at spesifikke utfordringer, gang på gang skaper konflikter i samarbeidet. Prosjektgruppens målsetting er å få mer kunnskap om hvordan samarbeidet fungerer ved å undersøke om antakelsen stemmer eller ikke. De legger vekt på at kunnskap om temaet kan brukes for å styrke samarbeidet og kan tjene som bakgrunnsmateriale for prosjektgruppens forskning videre. Dermed utgjør hypotesen også bakgrunnen for min masteroppgave og for utformingen av problemstillingen.

1.2.1 Problemstilling

Et av prosjektgruppens premisser for masterprosjektet er at det skal omhandle samarbeidet om individuell plan i sosialtjenesten og spesialisthelsetjenesten. Studien bygger derfor på et strategisk utvalg. Dette innebærer at valget av informanter ikke er basert på tilfeldigheter, men på en systematisk vurdering av hvem som er mest relevante å intervju ut i fra det teoretiske og analytiske formålet (Grønmo 2004, 88). Informantene er rekruttert fra sosialtjenesten og spesialisthelsetjenesten, fordi de er ansatt ved institusjonene som undersøkes, og dermed antas å ha mest informasjon om emnet.

Deltagerne i prosjektgruppen la videre vekt på at målsettingene i individuell plan er viktige for å skape et godt tjenestetilbud til rusmiddelavhengige, men at de er vanskelige å oppfylle. De ønsket mer kunnskap om ansattes erfaringer med individuell plan for å forstå hvilke utfordringer som forhindrer individuell plan i å fungere etter hensikten. Deres antakelser om samarbeidet om individuell plan la dermed også føringer for prosjektet. Deltagerne i samarbeidsprosjektet hadde forslag til ulike områder de ønsket undersøkt, eksempelvis individuell plans funksjon, bruken av motiverende intervju og det relasjonelle aspektet i samhandlingen. Disse tjente som eksempler og jeg hadde mulighet til å komme med egne forslag til problemstilling. Jeg hadde dermed en viss frihet til å utforme prosjektet. Problemstillingen er som følger:

«Hvordan fungerer sosialtjenestens og spesialisthelsetjenestens samarbeid om individuell plan?»

Målsettingen med studien er å undersøke hvordan samarbeidet om individuell plan mellom sosialtjenesten og spesialisthelsetjenesten fungerer. Studien har hovedvekt på å undersøke hvilken funksjon planen har som et koordinerende, helhetsfremmende og individuelt tilpasset verktøy for samarbeidet. Avgrensningen ble tatt på bakgrunn av prosjektgruppens ønske om å undersøke individuell plans funksjon i samarbeidet. I problemstillingen presiseres det ikke spesifikt at det er utfordringene i samarbeidet som skal undersøkes. En åpen problemstilling er valgt fordi det kan gi tilgang til andre aspekter, enn kun utfordringer. Informantene gis dermed mulighet til å trekke frem mulige positive erfaringer i samarbeidet om IP, som går på tvers av prosjektgruppens hypotese.

1.3 Rusmiddelavhengiges tjenestetilbud

1.3.1 Tilbakeblikk

Forut for det tjenestetilbudet som finnes for rusmiddelavhengige i dag, har det vært en rekke endringer og omorganiseringer av helse- og sosialsektoren. Kort oppsummert kjennetegnes årene fra 1991 til 2004 av at kommunene og fylkeskommunene hadde et delt ansvar for brukergruppen. Gjennom lov om sosiale tjenester som trådte i kraft i 1993, fikk fylkeskommunen et samlet ansvar for behandlingstiltak (NOU 2003:4, 70) og kommunen fikk ansvaret for oppfølging av rusmiddelavhengige. Rusmiddelavhengiges rett til helse- og sosialtjenester ble fastslått både i nevnt lovverk og i statsmelding nr. 69 (1991-1992) ”tiltak for rusmiddelmissbrukere” (St.meld.nr.30. 2011-2012,20).

Siden starten av 1990 tallet har en rekke forskningsrapporter fastslått at rusmiddelavhengige har en generelt dårlig fysisk og psykisk helsetilstand. Økningen i antall hiv smittede og i overdosedødsfall blant rusmiddelavhengige var blant de helseutfordringene som fikk størst oppmerksomhet, og hvor myndighetene satte i gang skadereduserende tiltak (St.meld. nr.30, 2011-2012, 14-20). I 1997 ble metadon en del av behandlingstilbudet til rusmiddelavhengige. Hensikten var å redusere risikofylt injiserende atferd som kan spre hivsmitte, for eksempel deling av sprøyter (NOU 2003:4, 84). For å redusere overdosedødsfallene fikk kommunene på 1990 tallet, tilskudd til å utforme tiltak for rusmiddelavhengige med et omfattende hjelpebehov. Slike tiltak har utviklet seg videre til å bli lavterskel helsetilbud i flere kommuner (St.meld.nr.30. 2011-2012, 14-20). Utover disse tiltakene ble også behandlende tiltak som avrusning, psykososial behandling i institusjon og poliklinikk, og skadereduserende tiltak som sprøyteutdeling, vaksinerings samt bolig- og omsorgstiltak vektlagt (NOU 2003:4, 70-87).

Rusmiddelavhengiges omfattende helseproblemer og behandlingsbehov var viktige grunnlag for rusreformen som trådte i kraft i 2004. Reformen innebar at behandlingstiltak for rusmiddelavhengige ble overført fra fylkeskommunen til de statlig eide helseforetakene. Ved å legge alt ansvaret for behandlingstiltakene til de regionale helseforetakene ønsket man å øke kvaliteten på tjenestene, forbedre behandlingsresultatene, samt legge til rette for en utvikling av spesialisthelsetjenesten mot en tverrfaglig organisering. Målsettingen var at spesialisthelsetjenestens behandlingstilbud skulle ivareta både det helse- og sosialfaglige perspektivet. At behandling av rusmisbruk ble definert som en spesialisthelsetjeneste, utløste videre at rusmiddelavhengige fikk lovfestede pasientrettigheter etter pasient- og brukerrettighetsloven, på lik linje med andre pasientgrupper. Innenfor den samme perioden, ble rusmiddelavhengiges tilgang til tannhelsetjenester vektlagt sterkere gjennom økte bevilgninger til fylkeskommunen i 2005, 2006 og 2008. Videre ble kommunens muligheter for å etablere sprøyterom lovfestet i 2009 (St.meld. nr. 30, 2011-2012, 20-21).

I 2007 la Helse- og omsorgsdepartementet fram opptrappingsplan for rusfeltet. I dokumentet konkluderes det med at spesialisthelsetjenesten ble styrket som følge av rusreformen. Helseforetakenes budsjett til de tverrfaglig spesialiserte tjenester til rusmiddelavhengige økte med 60 %, noe som innebærer 0,8 milliarder kroner i perioden 2004-2006. Etter rusreformen har spesialisthelsetjenesten videre hatt en vekst i antall henvisninger, i antall behandlingssplasser til rusmiddelavhengige, samt i antall helse- og sosialfaglige årsverk tilknyttet virksomheten. Også kommunens årsverk og ressurser til rusarbeid økte etter iverksettelsen av rusreformen. Men samtidig som tilbudet i kommunene og spesialisthelsetjenesten ble styrket, har også andelen rusmiddelavhengige med omfattende og sammensatte problemer blitt større. I tillegg har innbyggernes behov for kommunale tjenester økt. I opptrappingsplanen konkluderes det derfor med at verken kommunens eller spesialisthelsetjenestens tjenestetilbud er tilstrekkelige for å imøtekomme rusmiddelavhengiges hjelpebehov (Helse- og omsorgsdepartementet 2008, 10-12).

Det var flere årsaker til at opptrappingsplanen for rusfeltet kom. Mange overdosedødsfall, mangler i kommunens tilbud til rusmiddelavhengige, samt lange ventetider og behandlingsbrudd i spesialisthelsetjenesten, var noen av dem. I evalueringene av rusreformen fremkom det dessuten at det var store variasjoner i kommunenes ressurs- og tjenestetilbud til rusmiddelavhengige og at manglende samhandling mellom ulike etater var en omfattende utfordring. Det påpekes videre et behov for bedre statistikk og styringsdata som kan tjene som

grunnlag for politiske beslutninger på feltet (St.meld. 30 2011-2012, 161). Gjennom opptrappingsplanen fastslås 5 hovedmål, herunder 23 delmål og 147 tiltak, for perioden 2007-2012 (St.meld. nr. 30, 2011-2012, 16).

Hensikten med opptrappingsplanen er å gi rusreformen faglig innhold, gjennom å øke kapasiteten i kommuner og spesialisthelsetjenesten, samt øke kvaliteten på det samlede tilbudet. Dette skal gjøres gjennom styrket oppfølgingsarbeid i kommunene, flere behandlingsplasser og reduserte ventetidene i tverrfaglig spesialisert behandling (spesialisthelsetjenesten). Det legges vekt på individuelt tilpassede tjenester og at alle rusmiddelavhengige skal sikres en individuell plan. Videre påpekes behovet for en styrket samhandling og sammenhengende pasientforløp (Helse- og omsorgsdepartementet 2008, 6-10).

Også gjennom opptrappingsplan for rusfeltet 2007-2012 ble rusmiddelavhengiges tjenestetilbud styrket. Men nok en gang konkluderer evalueringene med at det er mye som gjenstår. Tjenestetilbudet kjennetegnes av for mange brudd i behandlingsforløpet og for svak samhandling. Det legges vekt på at tjenestene må komme inn tidligere, henge bedre sammen, samt gi tettere oppfølging til rusmiddelavhengige (St.meld. nr. 30, 2011-2012, 7). Som et svar på behovet om økt og bedre samhandling, iverksettes samhandlingsreformen i 2012. Reformen skal sikre et helhetlig og sammenhengende tjenestetilbud, med størst mulig nærhet til den enkelte bruker. Kommunens ansvar skal derfor styrkes og utvides. Det skal videre tilrettelegges for en tilgjengelig og desentralisert spesialisthelsetjeneste, med korte ventelister. Samtidig er forebygging et stort satsningsområde både innenfor statlig og kommunalt rusarbeid. Fra 2012 ble kommuner og regionale helseforetak pålagt å inngå samarbeidsavtaler for rusavhengige innlagt i institusjon dersom de har behov for langvarige og koordinerte tjenester. Dette skulle bidra til et helhetlig pasienttilbud (St.meld. nr. 30, 2011-2012, 21-25).

1.3.2 Dagens organisering

Hovedansvaret for rusmiddelpolitikken er i dag forankret i Helse- og omsorgsdepartementet. Departementets politikk er tosidig ved at både forebygging og behandling av rusproblemer er sentrale satsningsområder (Helse- og omsorgsdepartementet «ukjent dato»). Gjennom en restriktiv alkoholpolitikk, samt forbud for innføring, omsetting, oppbevaring og bruk av narkotika, skal bruken og skadene av rusbruk reduseres (Helse- og omsorgsdepartementet 2013a). Rusmiddelavhengige skal også gis nødvendig hjelp og gode tjenester. Et helhetlig og samordnet tjenestetilbud til rusmiddelavhengige vektlegges (Helse- og omsorgsdepartementet

«ukjent dato»). Videre finnes det regionale kompetansesentre, som har ansvaret for utviklingen av forebyggende tiltak i kommunen, samt kompetanseøkning i kommunen og spesialisthelsetjenesten (Helse- og omsorgsdepartementet 2013b).

Organiseringen av hjelpeapparatet kjennetegnes av et delt ansvar mellom kommunene og helseforetakene. Kommunen har et særlig omfattende ansvar som fremgår av lov om kommunale helse- og omsorgstjenester m.m av 24.05.2011 nr. 30 (helse- og omsorgstjenesteloven). Kommunens tjenester omfatter blant annet veiledning, oppsøkende tjenester, sosial- og arbeidsrettet rehabilitering, oppfølging av deltakere i legemiddelassistert rehabilitering (LAR), boliger og arbeid med individuell plan. Tjenestene finansieres i hovedsak gjennom kommunens egne midler. Organiseringen av tiltakene kan variere mellom ulike kommuner, på bakgrunn av det kommunale selvstyret (Helse- og omsorgsdepartementet 2013b).

I Oslo Kommune administreres tjenester til rusmiddelavhengige i hovedsak av NAV sosialtjenesten, boligkontoret og rusomsorgen. Sosialtjenesten tilbud omfatter råd og veiledning, behandling av søknader om økonomisk sosialhjelp, samt kommunale tilleggssytelser. Videre har de ansvar for igangsettingen av tiltak for rusmiddelavhengige, herunder innsøking til rusbehandling og rehabilitering, samt søknader om metadon (LAR). På ettermiddags og kveldstid har sosial og ambulerende akuttjeneste ved legevakten ansvaret for støtte, oppfølging og økonomisk hjelp ved akutte sosiale problemer, overgrep og mishandling, samt ulykker og dødsfall (Oslo kommune 2011). Boligkontorets tjenester til rusmiddelavhengige omfatter kommunale boligene og økonomiske ordninger hvor tjenestemottaker innvilges støtte og/eller lån til bolig (Oslo kommune velferdsetaten 2013a).

Rusomsorgen administreres av velferdsetaten. Tjenestetilbudet består blant annet av 21 kommunale institusjons- og botilbud med totalt 600 plasser for rusmiddelavhengige. Disse tilbudene har ulikt mandat og er rettet mot ulike målgrupper, hvorav det finnes institusjoner for rehabilitering, omsorg, lavterskel og kvinnetiltak. I tillegg kjøper velferdsetaten botilbud av 11 private institusjoner og tre midlertidige institusjoner for døgnovernatting (Oslo kommune velferdsetaten 2013b). Utover boligtiltak tilbyr velferdsetaten sprøyterom, lavterskel helsetjenester med hovedfokus på sårbehandling, smitteforebyggende arbeid som sprøyteutdeling, ambulerende team med oppsøkende virksomhet og akutte overnattingstilbud (Oslo kommune velferdsetaten 2013c). Rusmiddelavhengige tilbys også offentlige finansierte tannhelsetjenester (Oslo kommune helseetaten 2012) og fastlege (Oslo kommune helseetaten

2013a) gjennom kommunale ordninger. Kommunens tjenester er organisert under hver enkelt bydel, med unntak av velferdsetatens tjenester som favner hele Oslo (Oslo kommune helseetaten 2013b).

De regionale helseforetakene er ansvarlige for å tilby rusbehandling gjennom spesialisthelsetjenestens behandlingstilbud. Spesialisthelsetjenestens oppgaver defineres som «tverrfaglig spesialisert behandling for rusmiddelmissbruk», noe som innebærer at innholdet i behandlingen både er helse- og sosialfaglig forankret. Tverrfaglige spesialiserte behandlingstilbud til rusmiddelavhengige rommer både avrusning, akutt behandling, utredning og spesialisert behandling i institusjoner eller poliklinikk, legemiddelassistert rehabilitering (LAR), samt institusjoner for tvangsplasseringer (Helse- og omsorgsdepartementet 2013c). I tillegg kan rusmiddelavhengige motta psykiatrisk behandling i spesialisthelsetjenestens distriktpsikiatriske sentre(DPS)(Oslo kommune helseetaten 2013c).

Utover spesialisthelsetjenestens og kommunens rusarbeid finnes det frivillige organisasjoner og private stiftelser. Disse mottar statlig tilskudd og tilbyr ulike tjenester som institusjonsopphold, overnattingstilbud, møtesteder og nettverksarbeid (Helse- og omsorgsdepartementet 2013b).

1.4 Beskrivelse av arbeidsplassene

Informantene fra kommunen er tilsatt ved sosialtjenesten i et av Oslos NAV kontor. Deres arbeid med rusmiddelavhengige fremgår av lov om sosiale tjenester i NAV, i tillegg til helse- og omsorgstjenesteloven. NAV kontoret er lokalisert i en bydel i Oslo hvor antallet sosialhjelpsmottakere er svært høyt, og betraktes derfor som et av Oslos tyngst belastede sosialkontor. I denne bydelen finnes det også mange mennesker med rusproblemer. Sosialkontoret tilbyr tjenester til i overkant av 500 brukere med rusmiddelavhengighet. Ved sosialkontoret er det i hovedsak saksbehandlerne som er ansvarlige for oppfølgingen av brukergruppen. I tillegg er det ansatt tre ruskonsulenter, som bistår saksbehandlerne i dette arbeidet. Disse har hovedansvaret for oppfølgingen av de mest trengende brukerne og en av ruskonsulentene arbeider først og fremst med LAR brukere.

Informantene fra spesialisthelsetjenesten arbeider ved to av Oslo Universitetssykehus institusjoner for rusmiddelavhengige. Institusjonene tilbyr 7 døgn sengeposter til voksne mennesker med rusmiddelavhengighet. Behandlingstiden er i utgangspunktet satt til 3 måneder, men tilpasses individuelt dersom brukeren har behov for lengre eller kortere

opphold. Institusjonene tilbyr et tverrfaglig spesialisert behandlingstilbud gjennom et fagteam som er sammensatt av ulike yrkesgrupper, herunder leger, sosionomer, sykepleiere, vernepleier og psykologer. Brukerne mottar en tverrfaglig spesialisert utredning og det utvikles deretter en individuelt tilpasset behandlingsplan. Denne kan bestå av ulike former for gruppeterapi, individuell terapi og fysisk aktivitet.

1.4.1 Samarbeidet om individuell plan

Både spesialisthelsetjenesten og sosialtjenesten har et selvstendig ansvar for å starte arbeidet med individuell plan når rusmiddelavhengige har behov for langvarige og koordinerte tjenester. Sosialtjenestens ansvar er nedfelt i lov om sosiale tjenester i NAV § 28 og helse- og omsorgstjenesteloven § 7-1. Spesialisthelsetjenestens plikt fremgår av spesialisthelsetjenestelovens § 2-5. Av samtlige paragrafer fremgår det videre at både sosialtjenesten og spesialisthelsetjenesten er pliktige i å samarbeide med andre instanser om den individuelle planen dersom tjenestemottaker har behov for tjenester fra flere tjenesteytere.

I samarbeidet er det kommunen, som har det overordnede ansvaret for å utarbeide, samt å koordinere planarbeidet, jf. helse- og omsorgstjenestelovens § 7-1. Lovens § 7-2 viser til at kommunen dermed har et særlig ansvar for å sikre tjenestemottakere nødvendig oppfølging, samordning av tjenestetilbudet og fremdrift i individuell plan. Dette gjelder også dersom rusmiddelavhengige har behov for tjenester både etter spesialisthelsetjenesteloven og helse- og omsorgstjenesteloven, jf. § 2-5 i spesialisthelsetjenesteloven og §§ 7-1, 7-2 og 7-3 i helse- og omsorgstjenesteloven. Kommunens koordineringsansvar gjelder både før, under og i etterkant av behandling i spesialisthelsetjenesten, men det kan gjøres unntak fra hovedregelen dersom tjenestemottaker i hovedsak har tjenester fra spesialisthelsetjenesten (Helsedirektoratet 2010, 19-36). Av lov om sosiale tjenester i NAV fremgår det ikke eksplisitt at sosialtjenesten har et koordinerende ansvar i individuell plan, men ansvaret presiseres i helsedirektoratets veileder til forskrift om individuell plan (Helsedirektoratet 2010, 19).

1.5 Studiens relevans for sosialt arbeid

Den internasjonale sosialarbeider organisasjonen (IFSW) definerer sosialt arbeid som en profesjon som arbeider for sosial endring. Sosialarbeidere skal hjelpe mennesker å løse sine problemer ved å rette oppmerksomheten mot relasjonen mellom individ og samfunn. Profesjonen vektlegger prinsippene om myndiggjøring og frigjøring, samt arbeider for å fremme menneskerettighetene og sosial rettferdighet i samfunnet (International federation of social workers 2012). Sosialarbeideres arbeid med rusmiddelavhengige omfatter både endringsprosesser, myndiggjøring, vektlegging av deres rettigheter og oppmerksomhet på rusmiddelavhengiges relasjon til samfunnet, og kan derfor forstås som en sentral del av feltet.

Sosialarbeidere er ansatt ved en rekke arbeidsplasser hvor rusmiddelavhengige henvender seg og søker hjelp. Mange er ansatt i NAV sosialtjenesten og arbeider for å forbedre rusmiddelavhengiges økonomi, gir hjelp i forhold til bolig eller i form av individuell oppfølging og rådgivning. Etter at sykehusenes behandlingstilbud ble tverrfaglig spesialiserte fikk sosialarbeidere dessuten en sentral rolle også i spesialisthelsetjenesten. I tillegg til disse arbeidsplassene møter sosialarbeidere rusmiddelavhengige innenfor tjenester som psykiatri, fengsel, oppsøkende rusarbeid og i ulike botilbud og lavterskelinstitusjoner.

Ikke bare finner man samhandling mellom sosialarbeidere og rusmiddelavhengige innenfor mange arenaer. Samarbeid på tvers av profesjoner og etater inngår også som en betydningsfull del av sosialt arbeids etiske forankring. I IFSW sitt dokument om profesjonens yrkesetiske prinsipper, fastslås det at sosialarbeider skal ha et helhetlig syn på menneskets situasjon og fremme individets rett til innflytelse og bestemmelsesrett over eget liv (International federation of social workers 2012). Fagets grunnleggende helhetssyn på menneskets situasjon samsvarer med sentrale målsettinger i IP om sterk samhandling og et individuelt tilpasset tjenestetilbud. Oppgavens avgrensning til samarbeidet om individuell plan kan dermed være noe flere sosialarbeidere arbeider med og opplever som betydningsfullt i faget sitt.

Selv om prinsippene i individuell plan og tverretatlig samarbeid er kjente for sosialarbeidere, kan de være utfordrende i praksis. Bakgrunnen for denne avhandlingen er et konkret ønske fra både NAV, OUS og HIOA om økt kunnskap om hvilke utfordringer som hindrer samarbeidet mellom sosialtjenesten og spesialisthelsetjenesten å fungere godt nok. Også i offentlige dokumenter påpekes det at samarbeidet mellom kommunale og statlige tjenester i rusmiddelavhengiges hjelpapparat er for svak (St.meld. nr. 30, 2011-2012, 7). Studiens relevans kan således sees i forhold til samfunnets behov for mer kunnskap om praksisfeltet.

Ansattes erfaringer fra det tverretatlige samarbeidet kan bidra til økt forståelse for hvilke faktorer som forhindrer at rusmiddelavhengige får nødvendig hjelp og oppfølging. Gjennom en ny forståelse av feltet kan andre tilnærminger og tiltak vurderes, og på sikt kan tjenestetilbudet endres. Kunnskap om individuell plans funksjon i samarbeidet kan dermed være et verdifullt bidrag i samfunnet, fordi den kan bedre rusmiddelavhengiges situasjon.

Ved å ta utgangspunkt i samarbeidet om et lovpålagt verktøy som individuell plan er, kan dessuten viktige aspekter ved sosialarbeideres profesjon belyses. Sosialarbeidere er iverksettere av myndighetenes politikk og står ofte i et krysspress mellom ulike verdier, normer og regler. De skal ta stilling til sitt eget fag, yrkesetiske retningslinjer, lovverk og individuell behov. Dette innebærer en rekke dilemmaer tilknyttet sosialarbeideres lojalitet ovenfor ulike og ofte motstridende interesser. I rollen som både hjelper og kontrollør skal sosialarbeidere både beskytte individets behov, samtidig som de skal følge samfunnets krav om en effektiv utnyttelse av samfunnets begrensede ressurser (International federation of social workers 2012). Forskning på IPs funksjon i samarbeidet kan dermed skape en større forståelse for hvilke utfordringer sosialarbeidere møter i iverksettelsen av myndighetenes politikk, og bidra til økt kunnskap om hvordan politikken ”treffer” i praksis. En viktig del av sosialarbeideres rolle handler, i følge IFSW, om å være seg bevisst hvilke dilemmaer som preger sosialt arbeid som yrke (International federation of social workers 2012).

1.6 Begrepsavklaring

Samarbeidspartnerne anvender ulike betegnelser når de snakker om rusmiddelavhengige. Informantene i spesialisthelsetjenesten benevner dem som «pasienter» og flertallet i sosialtjenesten bruker «klienter» når de omtaler brukergruppen. Selv om «bruker» har blitt et mer vanlig begrep de siste årene, fordi det forbindes med medvirkning og mindre stigmatisering enn «klient», har flertallet av informantene i sosialtjenesten allikevel valgt å bruke det siste begrepet. De mener at «klient» er et mer nøytralt ord enn «bruker» når det gjelder rusmiddelavhengige. Dette er fordi det kan gi uheldige assosiasjoner ved at det kan relateres til en som bruker rusmidler. En kan hevde at begrepet dermed forbindes med en rusmisbruker, altså med en tidligere anvendt betegnelse, som mange i dag opplever som stigmatiserende fordi den gjør rus til en egenskap ved personen (Helsedirektoratet 2013, 5).

Sett i et slikt lys er ikke «bruker» begrepet et helt optimalt begrep når man betegner rusmiddelavhengige. I oppgaven har jeg allikevel valgt å anvende begrepet av praktiske årsaker. At rusmiddelavhengige betegnes som «brukere» i faglitteratur og offentlige

dokumenter, som «pasienter» i spesialisthelsetjenesten og som «klienter» av de fleste informantene i sosialtjenesten, innebærer at det finnes tre forskjellige begreper å forholde seg til. Teksten kunne blitt både rotete og forvirrende dersom jeg skulle anvendt alle begrepene på en gang. Ved å bruke kun et begrep kan fremstillingen bli både ryddigere og enklere. Jeg har valgt «bruker» fordi det er den som i hovedsak fremgår i annen litteratur og fordi jeg mener det er en betegnelse informantene ved begge arbeidsplassene kan relatere seg til. Samtidig mener jeg ikke at det er et fullgodt alternativ.

Begrepsvalget innebærer allikevel ikke at de andre begrepene er helt utelatt. Jeg har gjengitt informantenes egne betegnelser i sitatene og refererer til begrepsbruken som benyttes i lovverket ved fremstillingen av den. Dermed er «pasient» og «klient» også en del av teksten.

1.7 Oppgavens struktur

Oppgaven er innledet med en beskrivelse av studiens målsetting, som er å undersøke samarbeidet om individuell plan for rusmiddelavhengige i sosialtjenesten og spesialisthelsetjenesten. Det er gitt en innføring i lovendringer og reformer, herunder IP, som har hatt til hensikt å styrke samhandlingen i tjenestetilbudet. For å sette samarbeidet om individuell plan inn i en kontekst, er det gjort rede for dagens organisering av tjenestetilbudet og informantenes arbeidsplasser. I tillegg er studiens relevans for sosialt arbeid beskrevet, og en begrepsavklaring foretatt.

I kapittel 2 beskrives oppgavens metode. Prosessen fra valget av metode til analyse, samt forskningsetisk refleksjoner inngår her. I kapittel 3 presenteres de teoretiske perspektivene som anvendes i analysen. Disse er Pierre Bourdieu, den norske velferdsstaten, new public management og sosialt arbeid. Analysen fremstilles i oppgavens kapittel 4. Her gis et innblikk i informantenes opplevelse av samarbeidet om individuell plan. Informantenes posisjon i rusfeltet diskuteres, ved at deres muligheter og begrensninger i samarbeidet om rusmiddelavhengige relateres til strukturelle faktorer. Informantenes sosialfaglige forankring, politiske føringer og maktforhold i samfunnet trekkes inn i diskusjonen. Kapittel 5 er oppgavens avslutting.

2. Metode

I samfunnsvitenskapen skilles det mellom kvantitative og kvalitative metoder. Enkelt sagt har kvantitative metoder til hensikt å gi årsaksforklaringer, mens kvalitative metoder søker forståelse av fenomenet som studeres (Ringdal 2013,104). I valget av metode bør forskeren ta utgangspunkt i hva som er hensikten med studien og hva det søkes kunnskap om. Den fremgangsmåten som er best egnet, er den som belyser problemstillingen best mulig (Kvale og Brinkmann 2009, 306).

Av problemstillingen fremgår det at det er individuell plans funksjon i samarbeidet mellom sosialtjenesten og spesialisthelsetjenesten som studeres. Målet er å få økt forståelse for temaet, gjennom informantenes egne fortellinger. Dette kan frembringes gjennom et innblikk i informantene opplevelse av samarbeidet og hvilken betydning de tillegger individuell plan. Studien sentraliserer seg dermed rundt informantenes synspunkt og meninger. Intensjonen er å forstå samarbeidet om individuell plan, og ikke å forklare det gjennom å finne årsakssammenhenger i samarbeidet eller å kartlegge forekomsten av individuell plan. Dermed er det de kvalitative metodene som er best egnet i studien. Målsettingen i kvalitative metoder er nettopp å forstå sosiale fenomener, ved å frembringe kunnskap om hvordan mennesker opplever og erfarer fenomenene. Det handler om å oppnå innsikt i menneskers egne betraktninger av verden (Kvale og Brinkmann 2009, 21).

2.1 Intervju som metode

Innenfor den kvalitative tradisjonen finnes det flere metoder for datainnsamling, blant annet intervju, observasjon og dokumentanalyse (Fangen 2010). Ulike metoder frembringer forskjellige typer kunnskap. Derfor må også fremgangsmåten i datainnsamlingen velges ut i fra studiens problemstilling og hensikt (Kvale og Brinkmann 2009, 306). For å innhente mest mulig informasjon om de ansattes egne erfaringer ønsket jeg å intervju de ansatte. Jeg ønsket å snakke med dem for å forstå deres opplevelse og mening om individuell plan og dens betydning i samarbeidet. Det kvalitative forskningsintervju er best egnet til å innhente informantens egne beskrivelser om temaet, fordi det er en samtale som styres av en viss hensikt. Forskeren strukturer samtalen på bakgrunn av det forutbestemte temaet og veksler mellom å stille spørsmål og å ha en lyttende tilnærming (Kvale og Brinkmann 2009, 23).

Før rekrutteringen til prosjektet startet falt avgjørelsen på å bruke fokusgruppeintervju som metode. Bakgrunnen for dette valget var at jeg gjennom fokusgruppeintervju fikk mulighet til

å snakke med flere informanter på en gang, og samtidig kunne observere samspillet mellom samarbeidspartnerne. Fokusgruppeintervju er egnet til å fremskaffe informasjon om det sosiale samspillet som fører til intervjuutsagnene (Kvale og Brinkmann 2009, 297). Dynamikken mellom de ansatte kunne hjelpe meg å forstå samarbeidets karakter og stemning, samtidig som jeg kunne få en innsikt i ulike tilnærminger til temaet. Denne dynamikken ville jeg ikke få tilgang til gjennom individuell intervjuer. Tanken var å rekruttere informanter til to grupper på 7-8 personer, og å intervjuer begge gruppene en gang.

Planen ble imidlertid utfordret av at det var vanskelig å komme i kontakt med et tilstrekkelig antall informanter. Da det kun var 7 personer som hadde sagt ja til å delta i prosjektet var jeg usikker på hvorvidt fokusgruppeintervju fortsatt var en egnet metode. Først og fremst antok jeg at datamaterialet kunne bli knapt, dersom det kun baserte seg på ett fokusgruppeintervju med 7 informanter. Dersom jeg fortsatt skulle bruke fokusgrupper vurderte jeg det som hensiktsmessig å arbeide videre for å komme i kontakt med flere informanter. Problemet med denne strategien var at det kunne ta for lang tid sett i forhold til prosjektets tidsaspekt.

Av hensynet til å fremskaffe nok informasjon for å belyse problemstillingen min på en god måte innenfor prosjektets tidsavgrensning, fremsto det som mest hensiktsmessig å bytte metode. Gjennomføringen av 7 enkeltstående intervjuer med en varighet på omkring en time, kunne antageligvis resultere i en større mengde informasjon enn hva som kunne fremskaffes gjennom ett gruppeintervju på 1-2 timer. Til tross for at jeg ikke fikk tilgang til de dynamiske prosessene omkring samarbeidet, hadde individuelle intervjuer andre fordeler. Jeg kunne bruke mer tid på hver enkelt informant og styre intervjuet mer gjennom oppfølgende spørsmål. Dette kunne føre til en større forståelse av bakgrunnen for det informantene forteller og dermed også en dypere forståelse av den enkeltes opplevelse av samarbeidet.

2.2 Utvalgskriterier og rekruttering

2.2.1 Hvem jeg ville snakke med

Ansatte som arbeider med rusmiddelavhengige er ikke en ensartet og homogen gruppe. Det tverretatlige samarbeidet om rusmiddelavhengige i Oslo kjennetegnes av at en rekke instanser inngår i det samlede tjenestetilbudet, og det er således mange steder jeg kunne henvendt meg for å rekruttere informanter. Et av utvalgskriteriene ble tatt allerede da jeg takket ja til å skrive denne oppgaven, da jeg ble tilknyttet samarbeidsprosjektet mellom OUS, Oslo Kommune og HIOA. Som nevnt i innledningen var samarbeidsprosjektets målsetting å undersøke

samarbeidet om individuell plan i sosialtjenesten og spesialisthelsetjenesten, og rekrutteringen er derfor basert på en strategisk utvelgelse.

Jeg fikk tilbud om tilgang til informanter fra to av spesialisthelsetjenestens tverrfaglig spesialiserte institusjoner og fra sosialtjenesten ved et av Oslos NAV kontor. Grunnen til at det er nettopp disse arbeidsplassene som er valgt ut, er at det er disse som samarbeider om flest saker. Dermed var det i disse to institusjonene det ville være enklest å komme i kontakt med informanter som hadde erfaring fra samarbeidet. Jeg hadde altså to utvalgsriterier, de skulle være ansatt ved det aktuelle sosialkontoret eller i spesialisthelsetjenestens behandlingstilbud, samt ha erfaring fra samarbeidet mellom disse to tjenestene.

Videre ønsket jeg å rekruttere like mange ansatte fra begge tjenestene for å sikre likevekt. Ved at informantene er tilknyttet ulike arbeidsplasser har de ulike arbeidsoppgaver i samarbeidet. Dette kan gjøre at de har ulike erfaringer, forståelser og at de belyser forskjellige ting. Bredde i intervjumaterialet kan gjøre tilgangen til ulike forståelser større slik at flere sider ved samarbeidet om individuell plan blir bedre belyst.

2.2.2 *Å komme i kontakt*

I forkant av rekrutteringen antok deltakerne i prosjektgruppen at det ikke ville være noe problem å få tak i nok informanter. Det faktum at det var tre studenter fra Høgskolen i Oslo og Akershus som tok del i prosjektet, samt at en av mine medstudenter også ønsket å gjennomføre to fokusgrupper med mange deltakere, gjorde imidlertid rekrutteringsprosessen mer utfordrende enn først antatt. Det ble etter hvert tydelig at det kunne være vanskelig å komme i kontakt med de ansatte, både fra sosialtjenesten og spesialisthelsetjenesten. Prosessen startet på likt ved begge arbeidsplassene, men hadde ulikt forløp.

Ved NAV kom jeg i kontakt med lederen for fagteamet i sosialtjenesten, gjennom en av prosjektdeltakerne som var ansatt der. Ledelsen i sosialtjenesten konkluderte med at de kunne stille med fire sosionomer. Denne avgjørelse ble tatt på bakgrunn av kontorets ressurser og mulighet til å gi informantene tid til deltagelse i arbeidstiden. Deretter ble disse fire informantene rekruttert av lederen for fagteamet selv. På dette tidspunktet hadde jeg ikke kommet i kontakt med noen informanter fra spesialisthelsetjenesten.

Rekrutteringen av informanter fra spesialisthelsetjenesten startet via mail. Etter å ha sendt ut to mailer til samtlige ansatte ved de to aktuelle institusjonene, var det kun en informant som hadde vist interesse for deltagelse. Mine to medstudenter hadde også fått liten respons. I

samråd med ledelsen bestemte vi oss derfor for å møte opp på arbeidsplassene for å snakke med de ansatte. Vi oppsøkte dem på kontorene sine, samt sto i gangen og huket tak i de som gikk forbi oss. På denne måten fikk jeg rekruttert to nye informanter til prosjektet.

2.2.3 Utvalget

Utvalget består totalt av 7 informanter som arbeider ved sosialtjenesten i NAV og i spesialisthelsetjenesten ved Oslo Universitetssykehus. Av disse er fire ansatt ved sosialtjenesten i ulike stillinger. Utvalget herfra består av «Morten» ansatt som LAR/ruskonsulent, «Kristin» ansatt som ruskonsulent, «Hanne» ansatt som saksbehandler/sosialkonsulent og «Pia» ansatt som fagkonsulent. Utvalget består videre av tre informanter fra to tverrfaglig spesialiserte institusjoner i spesialisthelsetjenesten. Disse er «Siri» som er sosialkonsulent, «Lene» ansatt som kvalitetsrådgiver og «Per» ansatt som sosialkonsulent. Samtlige informanter har en bachelorutdanning i sosialt arbeid. 5 av 7 informanter har en helse- og/eller sosialfaglig videreutdanning eller mastergrad.

Det var utfordrende å skape helt likevekt i utvalget fordi det var vanskelig å komme i kontakt med og å rekruttere informanter. Jeg erfarte at dette var enklere i sosialtjenesten hvor lederen for fagteamet gjorde dette for meg, enn i spesialisthelsetjenesten hvor jeg oppsøkte ansatte selv. Med fire informanter fra sosialtjenesten og tre fra spesialisthelsetjenesten, er begge arbeidsplassene allikevel nokså likt representert i utvalget.

2.2.4 Forskningsetiske hensyn i rekrutteringsprosessen

Før rekrutteringen til prosjektet startet ble studien godkjent av lederne ved begge arbeidsplassene. Studien ble videre registrert og godkjent av Kompetansesenter for personvern og sikkerhet ved Oslo Universitetssykehus. Jeg rådførte meg også med Norsk samfunnsvitenskapelig datatjenesten (NSD) om mitt ansvar for å registrere prosjektet i deres databaser. De vurderte at intervjuene ikke var meldepliktige etter personopplysningsloven og at jeg derfor ikke trengte godkjennelse fra dem.

I forkant av intervjuene ble det innhentet informert og frivillig samtykke fra informantene og det ble opplyst om hvordan informantenes konfidensialitet skulle sikret gjennom hele prosjektet. Informantene fikk videre informasjon om sin rett og mulighet til å trekke seg når som helst i prosessen. Informasjonsskrivet gjengis i anonymisert form i vedlegg 1. Arbeidsplassenes navn er fjernet for å anonymisere hvor informantene er hentet fra.

2.3 Intervjusekvensen

Hver enkelt informant ble intervjuet en gang og intervjuene varte fra en til en og en halv time. Samtlige av intervjuene ble gjennomført på informantenes arbeidsplass, av hensyn til informantenes eget ønske. Dette besparte informantene for reisetid til og fra intervjuene og gjorde deltakelse enklere. Ulempen med å anvende arbeidsplassen som intervjulokale var at vi i flere av intervjuene ble avbrutt av henvendelser fra kollegaer eller brukere.

Jeg startet hvert intervju med å informere om hensikten med og prosessen i prosjektet. Innledningsvis utdypet jeg også de forskningsetiske momentene som taushetsplikt, anonymisering og informantenes rett til å trekke seg underveis. Intervjusamtalen ble tatt opp elektronisk. Unntaket var en av informantene som motsatte seg dette. Jeg forsøkte da å påpeke mitt ansvar for å anonymisere materialet og å understreke at jeg ikke hadde til hensikt å bruke sitatene for å skade han/henne. Videre understreket jeg at båndopptakeren ville forenkle registreringen av samtalen, samt at det var opp til informanten selv å vurdere hva han/hun ville fortelle meg. Informanten gav imidlertid uttrykk for at han/hun ikke kunne tale fritt dersom intervjuet ble tatt opp på lydbånd og at det ikke var av interesse å bli sitert i studien. Intervjuet ble derfor registrert ved hjelp av notater.

I intervjuene ble det benyttet en semi-strukturert intervjuguide, som gjengitt i vedlegg 2. En semi strukturert intervjuguide er utformet med emner som skal dekkes og forslag til spørsmål (Kvale og Brinkmann 2009,143). Dette innebar at vi i hvert intervju var innom temaene som var satt opp, men at forløpet i samtalen og de spørsmålene som ble stilt varierte. Jeg var mer opptatt av å følge opp det informantene la vekt på for å forstå hva de opplevde som viktigst, enn å strukturere intervjuet ut fra spørsmålene i intervjuguiden. Gjennom å anvende en semi-strukturert tilnærming ble informantene gitt rom for å snakke om temaer jeg på forhånd ikke hadde hatt i tankene. Samtidig viste det seg at noen av spørsmålene var mer relevante og dermed ble tillagt større vekt enn andre mindre relevante spørsmål.

Hovedtemaet i intervjuguiden var informantenes erfaringer med individuell plan og bruken av denne i det tverretatlige samarbeidet. Informantene ble spurt om sin forståelse av individuell plan, hvilken funksjon planen har for samarbeidet, samt hvilke faktorer som fremmer og hemmer utarbeidelse og bruken av individuell plan. I intervjuguiden utgjorde også samhandlingsreformen et av temaene. Bakgrunnen for dette er at reformen har til hensikt å styrke helheten i hjelpeapparatet, og at reformen knyttes til økt vektlegging av individuell plan for å nå denne målsettingen (St.meld.nr.47 2008-2009, 48). Hensikten var å undersøke

om reformen hadde medført endringer for informantenes arbeid. Det viste imidlertid at informantene hadde lite å fortelle om samhandlingsreformen, tross mange stilte spørsmål om den. Temaet fikk dermed mindre betydning i intervjuene enn på forhånd antatt.

2.3.1 Forskningsetiske refleksjoner rundt intervjusekvensen

Det er viktig å vurdere hvilke konsekvenser selve intervjusituasjonen kan ha på informantene (Kvale og Brinkmann 2009, 81). Jeg var bevisst på at det kunne være utrygt for informantene å dele sine erfaringer om samarbeidet. Lojalitet ovenfor arbeidsplassen og respekten til samarbeidspartnere kunne gjøre det vanskelig å fortelle om negative forhold i samarbeidet eller ved arbeidsplassen. Jeg erfarte at de informantene som hadde lange ansettelsesforhold var tryggere på å fortelle fritt om utfordringer og problemer i samarbeidet, enn de med kortere ansettelsesforhold. En nyutdannet informant fortalte at hun i forkant av intervjuet hadde avklart med ledelsen hva hun kunne fortelle meg. Ledelsen hadde oppfordret henne til å snakke fritt, også om de problematiske forholdene ved arbeidsplassen og i samarbeidet.

Jeg opplevde videre at flere av informantene snakket lenge om bestemte konfliktområder, for deretter å bagatellisere konfliktenes betydning i samarbeidet når jeg stilte oppfølgende spørsmål. Jeg prøvde å trygge informantene på at det var greit å snakke om både de positive og negative aspektene ved samarbeidet. Samtidig ønsket jeg å være respektfull ovenfor informantene dersom de ønsket å tilbakeholde informasjon.

2.4 Fra tale til tekst

Samtalene med informantene ble tatt opp på båndopptaker. I etterkant av intervjuene ble den muntlige talen overført til skriftspråk for å forenkle analysearbeidet. Overgangen fra tale til tekst kan omtales som svekkede, dekontekstualiserte gjengivelser av samtalen mellom intervjuer og informant. Fordelen med transkripsjoner er at intervjusamtalen struktureres og blir mer oversiktlig, men samtidig medfører den at noen av tekstens kjennetegn, som stemmeleie, pust og intonasjon går tapt (Kvale og Brinkmann 2009, 187-188). For å bevare noe av atmosfæren fra intervjuene skrev jeg derfor feltnotater etter hvert intervju. Her skrev jeg ned tanker om intervjuets stemning, informantenes kroppsspråk og ting som ble sagt mens båndopptakeren var avslått. Videre transkriberte jeg opptakene av intervjuene fortløpende etter hvert intervju. Fordelen med denne tilnærmingen er at jeg fortsatt hadde intervjusekvensen frist i minne og kunne bruke hukommelsen for å sikre at overføringen fra tale til tekst ble så virkelighetsnær som mulig.

Det finnes flere måter å oversette den muntlige talen til tekst. Struktureringen av intervju samtalen innebærer en rekke vurderinger og beslutninger om hvordan materialet skal fortolkes. Transkriberingen er således en del av fortolkningsprosessen i analysen (Kvale og Brinkmann 2009, 186-189). I transkripsjonene ble informantenes uttalelser gjengitt i en noe mer skriftlig stil enn de ble uttrykt i intervjuet. Ikke-verbalt kroppsspråk, samt de fleste pauser, fyllord og intonasjonsmessige understrekninger er utelatt. En del grammatiske feil er også rettet opp. Unntaksvis har jeg registrert følelsesuttrykk som sukk, latter og ”eh” er, der det fremsto som meningsfullt for å forstå hensikten med utsagnet. Det var blant annet nyttig å registrere latter dersom utsagnene hadde en ironisk undertone, for å unngå mistolkning i etterkant. Jeg vurderte denne overgangen fra tale til tekst som tilstrekkelig, ettersom det viktigste i analysen var informantenes historier og ikke det språklige aspektet ved samtalen.

2.4.1 Forskningsetiske refleksjoner rundt transkripsjonene

Datamaterialet ble registrert på båndopptaker, samt gjennom notater. Lydopptakene ble ikke overført til datamaskin og informantene ble anonymisert i transkripsjonene gjennom fiktive navn. Samtlige av informantene fikk tilbud om å få tilsendt transkripsjonene eller en kortfattet intervjuutskrift. De fleste takket ja til et sammendrag, mens en av informantene ønsket hele transkripsjonen. Informantene fikk mulighet til å gi tilbakemelding på det tilsendte notatet.

2.5 Analyse av materialet

Analysen er en utvikling av intervjuenes mening, hvor forskeren trekker frem informantens egen forståelse og samtidig presenterer nye perspektiver på fenomenet. Analysen handler imidlertid ikke bare om forskerens egen fortolkning av datamaterialet, men er en prosess i flere trinn. Intervju prosessen er en kontinuerlig fortolkningsprosess mellom informant og forsker, hvor meningsinnhold bekreftes eller avkreftes. Det er en intersubjektiv prosess (Kvale og Brinkmann 2009, 200-203). Analyseprosessen starter allerede i intervjuet. Dataene er dermed ikke noe som er ”samlet inn”, men et produkt av det som ble skapt i fellesskapet mellom informantene og meg. Mine satte tema og oppfølgende spørsmål har ledet samtalen i en bestemt retning, men informantene har valgt hva de ønsker, eller ikke ønsker å trekke frem.

Fortolkningen av datamaterialet har skjedd både under datainnsamlingen og i etterkant av denne. De erfaringene jeg gjorde meg underveis i intervjuene har hatt betydning for mine valg når det gjelder analysen. Det er ikke anvendt en bestemt analytisk prosedyre. Analysen bygger på en generell lesning av teksten, hvor hensikten har vært å få kjennskap til informantenes

forståelse av samarbeidet. Fortolkning av datamaterialet har, ut fra et vitenskapelig ståsted, tatt utgangspunkt i hermeneutiske prinsipper. Dette innebærer at fortolkning er en kontinuerlig bevegelse mellom del og helhet, at det legges vekt på hva teksten selv sier om temaet og at tekstens mening utvides ved å tillegge den nye forståelse (Kvale og Brinkmann 2009, 216-217). I tråd med tilnærmingen har jeg beveget meg frem og tilbake mellom empiri og teori, og på denne måten utviklet en dypere forståelse av informantenes utsagn.

Etter intervjuene var transkribert leste jeg intervjuene og forsøkte å trekke frem de hovedpunktene som gikk igjen i flere av intervjuene. Dette var krevende fordi informantene delte så mye informasjon med meg. Jeg følte meg privilegert over å ha fått et innblikk i deres arbeidshverdag og synes det de hadde fortalt var veldig interessant. Fordi jeg var overveldet av mye informasjon, var det vanskelig å velge ut gode analysetemaer som kunne beskrive essensen i historiene deres. Det ble en lang og forvirrende prosess, med mye frem og tilbake.

Etter å ha lest gjennom intervjuene flere ganger fant jeg de hovedtrekkene jeg mente var mest beskrivende for samarbeidet, og som samtidig dekket flere av informantenes historier. Sitatene ble belyst gjennom teori, fordi teori kan frembringe nye dimensjoner av kjente fenomener (Kvale og Brinkmann 2009, 244). Gjennom analysen ble teoretiske fortolkninger lagt frem i den hensikt å berike informantenes egne beskrivelser, samt utdype dem gjennom andre perspektiver. Premissene for prosjektet var at analysen skulle belyse informantenes opplevelse av individuell plans funksjon i samarbeidet. Jeg var opptatt av at analysen skulle få frem både informantenes egne erfaringer og hvordan disse kunne forstås i lys av strukturen. Jeg ville belyse hvilken betydning informantene opplevde at politiske føringer hadde for samarbeidet og hvilket handlingsrom de så for seg selv som sosialarbeidere.

Jeg har ikke gått inn i analysen med allerede bestemte teoretiske perspektiver. De teoriene som er anvendt, er valgt på bakgrunn av det empiriske materialet. Denne fremgangsmåten er valgt for å belyse informantenes mening fra andre sider, ved å la teorien belyse empirien og ikke omvendt. Sist, vil jeg understreke at mine fortolkninger ikke er den eneste riktige. Mine tolkninger og anvendelse av teori er gjort på bakgrunn av den problemstillingen som ble stilt innledningsvis. Dersom materialet hadde blitt stilt overfor andre spørsmål, kunne andre sider ved samarbeidet blitt belyst og andre konklusjoner lagt frem.

2.5.1 Forskningsetiske refleksjoner rundt analysen og fremstillingen av resultatene

Det kan reises etiske utfordringer rundt fortolkningen av datamaterialet. Dette er fordi forskeren betrakter informantene utenfra og ofte vil ha andre perspektiver av deres situasjon enn informantene selv. Informantene kan oppleve at deres erfaringer settes inn i en ukjent sammenheng, og oppleve tolkningene som fremmedgjørende (Thagaard 2002, 188).

Et generelt etisk prinsipp er å både gi plass til informantenes egen og andre relevante forståelser, ved å arbeide mot en nyansert fremstilling (Thagaard 2002, 191). Prosjektgruppens hypotese var tydelig og orientert mot utfordringer i samarbeidet om individuell plan. Dette gjorde det viktig at jeg er tro mot datamaterialet ved å gjengi det materialet viser. I analysen har hovedpunktene i materialet blitt gjengitt og jeg er bevisst på å trekke ut de sitatene som belyser det mest gjennomgående i intervjuene. Samtidig er flere teoretiske perspektiv presentert for å belyse informantenes situasjon fra flere innfallsvinkler. I fremstillingen av dataene legges det videre vekt på å skape et skille mellom hvilke tolkninger som kommer fra informantene selv og hvilke tolkninger jeg har gjort på bakgrunn av teori. Hensikten er at informantene skal kjenne seg igjen i egen forståelse av samarbeidet. Å skille mellom egne og informantenes tolkninger regnes som god forskningsetikk (Fangen 2010).

2.6 Mitt eget forhold til temaet

I løpet av mine første måneder som bachelorstudent i sosialt arbeid ble jeg introdusert for de tre ordene ”personen i situasjonen”. Det er en kort og enkel setning, som på en og samme tid sier så mye om relasjonen mellom mennesket og samfunnet. Tanken på at handlinger kan forklares ut i fra menneskets historiske, kulturelle og sosial kontekst, satte seg i meg. Ikke bare har konteksten betydning for hvordan vi utformer livene våre, våre handlinger spiller også inn på de etablerte strukturene.

Da jeg hadde min førstegangs praksis ved et lavterskel boligtilbud i velferdsetaten, forstod jeg hvordan rusmiddelavhengiges situasjon kunne forstås ut i fra samfunnsstrukturen. Jeg erfarte at mange mennesker med rusmiddelavhengighet hadde store og sammensatte hjelpebehov, noe et fragmentert hjelpeapparat hadde utfordringer med å imøtekomme. I tillegg var rusmiddelavhengiges livssituasjon ofte preget av å være kaotisk, ustabil, samt uavhengig av tid og sted. I mange tilfeller kunne deres levemåte komme i konflikt med hjelpeapparatets sentralisering rundt rutiner, avtaler og ventetider.

Jeg erfarte at mange rusmiddelavhengige opplevde det som viktig at hjelpen var tilgjengelig når de selv ba om og var motiverte for den. En tilbakemelding om å vente i et halvt år kunne få fatale konsekvenser fordi ventelister kunne være vanskelig å forholde seg til. Dette kunne gjøre veien tilbake til et liv i rus svært kort. Gjennom praksisperioden undret jeg meg mye over hvordan det kunne ha seg at så mange rusmiddelavhengige ikke fikk den hjelpen de trengte, samtidig som det eksisterte et hjelpeapparat med stor og variert kompetanse.

Jeg hadde mange spørsmål, men altfor kort praksisperiode til å finne noen gode svar. Da jeg fikk høre om samarbeidet mellom Oslo Kommune, Oslo Universitetssykehus og HIOA var jeg ikke i tvil om at jeg ønsket å være en del av prosjektet deres. Tilknytningen til samarbeidsprosjektet gav meg en unik mulighet til å få et innblikk i hvordan samhandlingen innenfor rusfeltet fungerer. Jeg kunne undersøke hvilke erfaringer de ansatte selv hadde med individuell plan og få kunnskap til hvordan de samarbeider. Det var dessuten spennende å ta utgangspunkt i IP fordi den sentraliserer seg rundt viktige verdier i sosialt arbeid som fag, herunder målsettingen om å se "personen i situasjonen" ved å vektlegge en individuell og helhetlig oppfølging av rusmiddelavhengige.

2.6.1 Ethiske betraktninger rundt min rolle

I forkant av masterprosjektet var min kunnskap om temaet basert på de erfaringene jeg gjorde meg i praksis. Jeg hadde en rekke eksempler på at samarbeidet om rusmiddelavhengige bar preg av utfordringer. Disse antagelsene fikk jeg også bekreftet i møtene med deltagerne i samarbeidsprosjektet. De gav uttrykk for flere konfliktområder som preget samarbeidet mellom spesialisthelsetjenesten og sosialtjenesten. Gjennom hele prosjektet måtte jeg reflektere over hvordan mine tidligere erfaringer og prosjektdeltagerne gyldiggjøring av min forståelse, kunne begrense prosjektet mitt. Dersom jeg lot mine antagelser om et vanskelig samarbeidsforhold få for stor plass, kunne jeg gå glipp av andre forståelser av fenomenet.

I tillegg til min egen forforståelse måtte jeg være bevisst på mitt forhold til prosjektgruppen. I de forskningsetiske retningslinjene for samfunnsvitenskap, humaniora, juss og teologi står det at oppdragsforskning innebærer en risiko for at oppdragsgiver får for stor innflytelse på forskeren. Det er viktig å sikre at det blir tilstrekkelig avstand mellom forskningen og oppdragsgiverne, slik at forskningen fremstår som troverdig, uavhengig og upartisk (Den nasjonale forskningsetiske komité for samfunnsvitenskap og humaniora 2006, 30-31). Min relasjon til prosjektgruppen var tettest i starten av prosessen, ettersom det var prosjektgruppen som var ansvarlige for å godkjenne problemstillingen jeg utarbeidet. I den etterfølgende

prosessen hadde jeg lite kontakt med prosjektgruppen og min rolle kan derfor på den ene siden forstås som mer selvstendig i gjennomføringen av intervjuene og analysen av datamaterialet.

På den andre siden står min rolle i fare for å være uavhengig, fordi prosjektgruppen har stor innflytelse over prosjektets utforming. Prosjektgruppens egen hypotese inkluderer, som nevnt tidligere, en antakelse om bestemte konfliktområder i samarbeidet om individuell plan. De har ikke bestilt en bestemt konklusjon, men de har bestemt problemstillingen. Premissene som er satt kan gjøre det lett å glemme at noe i samarbeidet om IP kan fungere godt. En kan si at oppdragsforskning kan medføre risiko for at forskeren påtar seg ansvaret for å avdekke svakheter i etablerte samfunnsordninger, og å komme med løsninger for å få ordningene til å fungere bedre (Grønmo 2004, 13). Faren er at jeg som forsker blir for opptatt av å finne utfordringene i samarbeidet, som prosjektdeltakerne har antatt at foreligger. Dermed kan jeg legge for lite vekt på de sitatene som avviker fra disse antakelsene, og for stor vekt på de som samsvarer. Dette kan derfor forstås som en svakhet ved prosjektet.

Gjennom prosjektet har jeg vært bevisst på å ha en upartisk tilnærming til temaet for å sikre troverdighet. Troverdighet handler om å vurdere dataenes kvalitet og verdi og forskerens anvendelse og videreutvikling av informasjonen som samles inn (Thagaard 2002, 178). Som nevnt tidligere, utformet jeg problemstillingen i nøytral retning for å åpne opp for andre enn negative forståelser av samarbeidet. I intervjuene var jeg bevisst på at et for stort fokus på det negative i samarbeidet kunne begrense hvilke spørsmål jeg stilte informantene, hvilke svar jeg fikk, samt hvordan jeg tolket svarene deres. Det kunne også føre til at informantene oppfattet meg som negativt innstilt til deres arbeid med rusmiddelavhengige. For å utføre min rolle som forsker på en god måte, var jeg derfor bevisst på viktigheten av å ha en nysgjerrig tilnærming til temaet. Jeg var opptatt av å stille åpne spørsmål og å undersøke svarene informantene gav meg. Samtidig la jeg vekt på å ha en nøytral fremtoning ved å unngå å vurdere informantenes utsagn i positiv eller negativ retning.

3. Teori

I dette kapitlet presenteres de teoretiske perspektivene som skal anvendes for å analysere datamaterialet. Det første perspektivet er utformet av Pierre Bourdieu. Han er valgt fordi han egner seg også godt til å belyse informantenes arbeid med rusmiddelavhengige i lys av strukturelle betingelser. Dette er fordi Bourdieu har en relasjonell forståelse på samfunnet, hvor han forstår forholdet mellom individ og struktur som komplementært i stedet for motstridende (Bourdieu og Wacquant 1993, 81-106). Denne forståelsen gjør det mulig å anvende hans teori til å både forstå informantenes utsagn i lys av strukturen, og strukturen gjennom informantenes beretninger. Ikke desto mindre kan Bourdieu brukes for å forstå maktrelasjonene i strukturen, som kan belyse både rusmiddelavhengiges og informantenes muligheter og begrensninger i samarbeidet. Et av hans fremste anliggende var å undersøke samfunnets dominansforhold (Priour 2006, 23).

Det andre perspektivet som er valgt omhandler den norske velferdsmodellen og new public management reformene. Disse er valgt for å belyse hvilke idealer og prinsipper som ligger til grunn for sosialpolitiske føringer og lovverk. Hensikten er å forstå hvilke idealer som er bakgrunnen for informantenes arbeidsoppgaver og organiseringen av tjenestetilbudet. Sist er teori om sosialt arbeid valgt, for å knytte informantenes arbeid med individuell plan til faget. Et anliggende her er å belyse informantenes muligheter for å utøve sosialt arbeid i samarbeidet.

3.1 Pierre Bourdieus teori om praksis

Pierre Bourdieu legger en rasjonell forståelse av verden til grunn for sitt teoretiske bidrag. Gjennom begrepene sine belyser han det relasjonelle aspektet mellom individet og strukturen. Han definerer sin forståelse som et sett av åpne begreper, noe som innebærer at de ikke har til hensikt å være en "middle range theory". I dette ligger det at begrepene ikke har noen annen definisjon enn det de får innenfor et system og definisjonen kan variere avhengig av hvilket system man analyserer dem i forhold til. Videre kan ikke begrepene forstås uavhengig av hverandre. De må sees i sammenheng og brukes på en systematisk måte (Bourdieu og Wacquant 1993, 81-82).

Gjennom sin relasjonelle forståelse forsøker Bourdieu å overvinne de klassiske dikotomiene som i stor grad har preget vestlig tenkning. Han er kritisk til at man enten sverger til objektivismen eller subjektivismen. Det er problematisk at menneskets handlinger kun

forklares som mekaniske reaksjoner, eller motsatt som et resultat av frie og rasjonelle valg. Et reduksjonistisk bilde av verden som noe enten eller er ikke hensiktsmessig. Bourdieu hevder det er plass til begge perspektivene, de må forstås som komplementære. Gjennom sin teoretiske forståelse av praksis forsøker han å forene begge perspektivene (Bourdieu og Wacquant 1993, 106). Han teoretiske bidrag bygger på de fire nøkkelbegrepene felt, kapital, doxa og habitus.

3.1.1 Felt

Samfunnet er en sosial struktur bestående av ulike felt. Et felt defineres som et nettverk hvor menneskene knyttes sammen gjennom gjensidige relasjoner til hverandre. Felt strukturen består av ulike posisjoner som er objektivt definerte i forhold til hverandre, ved at relasjonen mellom dem innbærer dominans- og underordningsforhold. Gjennom den objektive strukturen vil alle posisjoner i feltet medføre bestemte muligheter og begrensninger for menneskenes handlingsalternativer. Noen mennesker befinner seg i posisjoner hvor de har mer tilgang til bestemte goder i feltet enn andre, og har dermed mer makt. Menneskenes posisjon i ulike felt avgjøres på bakgrunn av hvilken kapital de besitter (Bourdieu og Wacquant 1993, 82).

3.1.2 Kapital

Kapital er de ressursene som er virkningsfulle innenfor et felt. Det er noe agentene kjemper om tilgang til og som regulerer den sosiale verden. Kapitalens kraft er innrisset i objektiviteten av den sosiale verden, noe som medfører at agentene ikke har like muligheter eller begrensninger. Ulik tilgang til kapital skaper forskjellige posisjoner i feltstrukturen og har konsekvenser for det enkelte individs sjanser for å lykkes i samhandlingen. De som har kapital kan utøve makt og de som ikke har kapital tvinges til å underordne seg maktuttøvelsen. Bourdieu skiller mellom tre typer kapital; økonomisk, kulturell og sosial kapital. Ulike felt samler seg rundt forskjellige typer kapital, for eksempel vil økonomisk kapital være viktig i det økonomiske feltet, mens kulturell kapital verdsettes i utdanningsfeltet (Bourdieu og Wacquant 1993, 82-85).

Økonomisk kapital er penger og det som kan omsettes i penger, for eksempel eiendom og formue. Kulturell kapital inntar flere former, det kan for eksempel handle om agentenes kulturelle goder som bilder, bøker, ordbøker, instrumenter og maskiner. Kulturell kapital kan videre ha en institusjonalisert form, for eksempel gjennom utdanning og yrkestitler. Sist, kan kulturell kapital eksistere som disposisjoner agentene har inkorporert i sinnet og kroppen, for

eksempel gjennom å ha lært seg praksiser som ansees som verdifulle i samfunnet. Det kan handle om at bestemte måter å spise på er bedre enn andre. Sosial kapital handler om de eksisterende eller potensielle ressursene agentene besitter gjennom sitt nettverk. Tanken er at tilhørigheten til bestemte grupper, som familien, en klasse, venner, kollegaer osv, kan mobiliseres for å oppnå goder i samfunnet (Bourdieu 1986, 82-86).

Både kulturell og sosial kapital kan i noen tilfeller transformeres til økonomisk kapital. Den kulturelle kapitalen kan transformeres gjennom institusjonene, dermed vil agenter med utdanning som regel ha høyere økonomisk kapital enn agenter uten utdanning. Sosial kapital kan transformeres når agenter på bakgrunn av sitt nettverk får tilgang til høytstående posisjoner, for eksempel å være kongelig, og som en følge av dette har høy økonomisk kapital (Bourdieu 1986,82).

3.1.3 Doxa

Bourdieu hevder at alle etablerte systemer selvfølgeliggjør sin eksistens, til tross for at denne ikke er annet enn tilfeldigheter. Den beste strategien systemene har for å fremstå naturlige, er å få individene til å tilpasse seg den objektive orden. Individene internaliserer strukturen, og resultatet er at de objektive mulighetene og sosiale strukturene samsvarer med individenes opplevde muligheter og forståelse av verden. Ved at individene tilpasser seg de objektive strukturene, reproducerer de samtidig dens eksistens, logikk og maktforhold. Agentenes tilpasning fører til at de opplever den strukturelle organiseringen som naturlig og som selvinnytsende. Bourdieu definerer disse prosessene som doxa (Bourdieu 1977, 164).

Doxa er en konstruert fremstilling av verden som individene har internalisert i sine tankeskjemaer. Doxa gjør at agentene ikke forstår den etablerte orden som tilfeldig, eller som en av flere alternative måter å ordne verden på. De forstår den som selvinnytsende, naturlig og gitt. Doxa er den uutalte, underforståtte delen av kulturen, som det ikke stilles spørsmålstegn ved. Da menneskene også er et produkt av de objektive strukturene, er deres posisjoner og handlingsmuligheter begrenset av denne logikken (Bourdieu 1977, 164-166).

3.1.4 Habitus

Mennesket er sosialt. Gjennom sin relasjon til samfunnet sosialiseres de inn i strukturen og tilegner seg kunnskaper om verden. Bourdieu kaller produktet av disse sosialiseringsprosessene for habitus. Habitus er ett sett med tillærte disposisjoner som får

kroppen til å handle på bestemte måter. Fra første stund lagrer menneskene sine erfaringer av verden i kroppen. Disse erfaringene gir menneskene kunnskap om verden, en kunnskap om hvordan verden er sosialt konstruert. Slik kunnskap gjør hver enkelt i stand til å mestre og å handle i verden. Den gjør dem i stand til å tilpasse seg de sosiale strukturene og å finne sin posisjon i samfunnet. Habitus har dermed en skapende kraft. Som et resultat av habitusbegrepet kan individenes handlinger verken forstås som tilfeldigheter eller som gjennomtenkte og frie valg. Handlinger er et resultat av de erfaringene individene har lagret i kroppen gjennom historien sin (Bourdieu og Wacquant 1993, 105-107).

Habitus er det sosialiserte mennesket. I begrepet ligger det en oppfatning av at individene også alltid representerer noe annet enn bare det selv et hver og en av oss tror vi. Vi står for andre interesser enn vi tenker over, gjennom den historien vi har internalisert i kropp og sinn. Det er historien om de sosiale relasjonene vi har gjennomlevd gjennom opphavet vårt (Bourdieu og Wacquant 1993, 12). Habitus er varig, men ikke uforanderlig. Allikevel er de fleste mennesker dømt til å møte omstendigheter som er i samsvar med de som opprinnelig formet deres habitus, og dermed få erfaringer som styrker disposisjonene deres. Dersom man er sosialisert inn i en småborgerlig klasse vil man ta småborgerlige valg og dermed videreføre sin småborgerlige habitus. Dette innebærer allikevel ikke at individene er uvitende. De er fornuftige agenter som tar til seg de mulighetene de tilbys og vet å velge den fremtiden som er skapt for dem, og som de er skapt for. Dermed handler de ofte i tråd med sin habitus (Bourdieu og Wacquant 1993, 114-122).

3.1.5 Et spill om makt og dominans

Bourdieu sammenlikner feltet med et spill. Spillerne på feltet deler en felles forestilling om at spillet er verdt å spille og de er dermed fanget av spillet. Denne enigheten ligger til grunn for konkurransen og konfliktene mellom spillerne. Spillerne har ulike kort for hånden (kapital) som varierer i verdi alt etter hvordan spillet veksler. Individenes posisjon defineres på bakgrunn av hvilken type kapital de innehar og hvor mye kapital de har. Kapital virker både som en kampinnsats og et våpen. Spillerne kjemper om å oppnå innflytelse og myndighet over feltets kapital og de som oppnår dette kan utøve makt og dermed påvirke spillet (Bourdieu og Wacquant 1993, 83-84). Spillerne kan på en og samme tid ha en dominerende posisjon på et felt og befinne seg i en underordnet posisjon på et annet felt. Dette har sammenheng med at feltene er organisert omkring ulike former for kapital (Bourdieu og Wacquant 1993, 87).

Forskjellige felt samles rundt ulike doxa. Det finnes strenge regler for hvem som har lov til å tre inn i et felt. Man kan ikke delta hvis man ikke aksepterer det spillet som er i gang. Man kan heller ikke delta hvis ens kapital ikke anses som gyldig av de andre spillerne (Bourdieu og Wacquant 1993, 83-94). Deltagerne på feltet arbeider hele tiden for å opprettholde feltets strenge logikk og grenser. Dette gjør de gjennom å gjøre retten til inngang vanskeligere eller ved å tvinge gjennom en bestemt definisjon av hva det vil si å høre til i feltet. På denne måten kan de stenge ute konkurrenter fra feltet og dermed redusere konkurransen samt jobbe for å oppnå monopol innenfor sitt område (Bourdieu og Wacquant 1993, 85-86).

Agentene er i stor grad preget av strukturen ved at de må akseptere og følge de fastsatte spillereglene, men er allikevel ikke passive partikler som skyves mekanisk rundt av ytre krefter. Bourdieu betegner dem derimot som bærere av kapital. På bakgrunn av hvordan individenes liv utspiller seg og hvilke posisjoner de inntar i ulike felt handler individene aktivt. Individenes handlinger innefor feltet bygger på to strategier. Den første strategien er å spille for å øke eller opprettholde kapitalen sin i samsvar med de underforståtte reglene i spillet. Den andre strategien er å arbeide for å omforme de innebygde reglene i spillet helt eller delvis. Man kan for eksempel arbeide for at en kapitaltype skal få mindre verdi og å øke verdien til den kapitaltype man har selv. Agent strategiene er avhengige av hvilken posisjon individet har i feltet (det vil si deres fordeling av spesifikk kapital), og av den oppfatningen de har av feltet (Bourdieu og Wacquant 1993, 85-94).

3.2 Bourdieus teori om det moderne samfunnet

Ulike felt verdsetter ulik kapital og skiller seg på denne måten fra hverandre. Grensene mellom feltene er dermed det samme som grensene for feltenes innvirkning. Hvert felt har maktkamper omkring bestemte former for kapital og makt, men hvilken kapital som betraktes som verdifull og hvilke handlinger som er legitime i denne kampen varierer (Bourdieu og Wacquant 1993, 214). Feltstrukturen er et resultat av historien og i stadig utvikling. Dette innebærer at grensene ikke kan defineres en gang for alle. Det finnes ingen overordnet fasit hvor et vedvarende skille mellom ulike felt kan fastholdes. Derfor har Bourdieu heller ikke utformet noen helhetlig teori om samfunnsstrukturen (Bourdieu og Wacquant 1993, 96-97).

Bourdieu sier at feltstrukturen i moderne samfunnet skiller seg fra den man hadde i førmoderne samfunn. De moderne samfunnene har utviklet en samfunnsstruktur som kjennetegnes av differensiering. Feltstrukturen er sammensatt av et sett med felt som delvis

overlapper hverandre (Bourdieu og Wacquant 1993, 51-52). Disse består gjennom sin feltspesifikke kapital, noe som gir dem høy grad av selvstendighet og autonomi (Bourdieu og Wacquant 1993, 82). De regulerer seg selv ved at de har sine egne styrere og styrte, sine egne logikker og maktkamper. I hvert felt oppones det kontinuerlig mot det etablerte hierarkiet og prinsippene som underbygger feltstrukturen (Bourdieu og Wacquant 1993, 51-52).

Videre påpeker Bourdieu at det økonomiske feltet blitt en særlig mektig del av feltstrukturen i moderne samfunn (Bourdieu og Wacquant 1993, 94). Fremveksten av det statlige byråkratiet og økonomiens særstilling, skaper et skille mellom ulike felt. Man kan si at Bourdieu skiller mellom to hovedtyper av sosiale felt; de økonomisk-administrative og de symbolske. Det økonomisk-administrative feltet består av økonomien og det statlige byråkratiet. Dette feltet legger penger og makt til grunn for handling, for eksempel arbeider butikkeiere for profitt og staten utøver makt. De symbolske feltene, for eksempel vitenskapen, religionen og politikken preges derimot av en dobbelthet. De er preget av en økonomisk logikk hvor agentene kan forbedre og/eller forsvare sin posisjon i feltet ved å ta i bruk mest mulig av feltets kapital. Samtidig tjener ikke økonomisk gevinster og egen vinning alene som legitime motiver i disse feltene. Dette er fordi den felt spesifikke kapitalen anses som verdifull i seg selv, for eksempel forstås kunnskapen som verdifull i det vitenskapelige feltet (Aakvaag 2008, 165).

3.2.1 Den byråkratiske staten

Staten består av et sett av byråkratiske eller administrative felt. Innenfor disse sloss agentene eller grupper av agenter om makten til å organisere samfunnets praksiser. Det handler for eksempel om makten over det politiske feltet, makten til å utforme lovene, ulike reglement, administrative tiltak samt å godkjenne andre felt og praksiser. I tillegg kjemper de om makten til å konstruere samfunnet, til å fremsette bestemte klassifikasjonssystemer og synsmåter som påtvinges menneskene (Bourdieu og Wacquant 1993, 96-97).

Staten har vokst frem på samme måte som andre felt. Den er et sluttprodukt av en prosess bestående av en rekke kamphandlinger mellom ulike samfunnsgrupper. I fremveksten av staten førte konflikter og konfrontasjoner mellom agentene til at noen alternativer ble valgt, mens andre ble fraveket. Staten er et resultat av det alternativet som ble virkeliggjort og kunne dermed på mange måter vært annerledes enn hva den er i dag (Bourdieu 1996, 54). Det særegne med staten, som gir den en overordnet posisjon til andre felt, er dens kapitalsammensetning. Statens kapital er en samling av ulike former for kapital, samsvarende

med de kapitalformene som eksisterer i samfunnet. En slik konsentrasjon av ulike typer kapital leder til oppkomsten av en spesiell kapitalform som er rent statlig og gir staten en form for meta kapital. Meta kapitalen gir staten mulighet til å uttøve makt over alle andre felt, kapitaltyper samt styrkeforholdet mellom dem. Staten er dermed det, som med suksess gjør krav på enerett til å bruke fysisk og symbolsk vold på et avgrenset territorium og den tilhørende befolkningen. Og det på en legitim måte som anerkjennes av folket (Bourdieu 1996, 53-56).

3.2.2 *Staten som et maktfelt*

Konstruksjonen av staten henger tett sammen med konstruksjonen av maktfeltet. Maktfeltet er det spillerommet hvor agenter med ulike kapitalformer kjemper om å få innflytelse og makt. På bakgrunn av at den statlige meta kapitalen ansees som svært attraktiv er det særlig makten over staten det kjempes om. Den statlige kapitalen gir makt over de ulike kapitalene og over samfunnets reproduksjon, som i stor grad skjer gjennom utdanningsinstitusjonene. På denne måten utgjør staten det mest sentrale i maktfeltet (Bourdieu og Wacquant 1993, 100).

Utover å bestemme hvordan samfunnet skal organiseres, innebærer den statlige kapitalen makt over persepsjonskategoriene. Staten tvinger frem prinsipper for menneskenes oppfattelse, som samsvarer med den statlige strukturen. Dermed blir staten det fremste åstedet for utøvelse av symbolsk kapital. Symbolsk kapital er hvilken som helst egenskap (kapitaltype) som aktørene, på bakgrunn av sine persepsjonskategorier, anerkjenner og gir verdi. En symbolsk kapital har kraft gjennom sitt omdømme, det vil si ut fra den forestillingen andre har om den. Den er kroppsliggjort og former menneskenes forståelse av samfunnets inndelinger og motsetninger (Bourdieu 1996, 62).

Innad i det statlige byråkratiet vil agentene kjempe om hvilke kapitaltyper som skal verdsettes høyest. I det norske byråkratiet kan man si at feltstrukturen domineres av profesjonene. Disse gjør krav på å ha monopol på bestemte typer kunnskap og kjemper om hvem som skal ha monopol på hvordan forskjellige problemer skal defineres og løses. Interne strider skaper et hierarki mellom ulike organisasjoner og profesjoner. På 1800 tallet var den dominerende profesjonen i det norske byråkratiet jurister, mens etter 1945 ble de utfordret av samfunnsøkonomene. I tillegg har utviklingen resultert i et stort byråkratisk felt hvor forskjellige underfelt domineres av ulike profesjoner. Eksempelvis står ingeniørene høyest i samferdselsfeltet, mens legene er høyest i helsefeltet (Hjellbrekke og Osland 2010, 282).

I følge Bourdieu kan økonomien sterke stilling i byråkratiet forstås som en symbolsk kapital. Staten har bygget opp en økonomisk logikk som samfunnet anerkjenner. De godtar statens innkreving av skatter og avgifter, samt gir staten legitimitet til å omfordele disse ressursene byråkratisk i form av offentlige utgifter. Fordi den økonomiske kapitalen er så sterk innvirker den på andre kapitalformer. Staten samordner andre felt gjennom å utforme standardiserte samfunnskoder, for eksempel i form av skjemaer og byråkratiske prosedyrer, som andre felt må innrette seg etter (Bourdieu 1996, 55-60). Individuell plan kan for eksempel forstås som en byråkratisk prosedyre staten pålegger rusfeltet.

Den symbolske kapital gir også staten makt til å omfordele sin makt til andre instanser (Bourdieu 1996, 62-64). Et eksempel på en slik maktdelegering er når staten gir NAV myndighet til å forvalte samfunnets økonomiske ressurser mellom samfunnsborgerne. Slike utnevnelser har en symbolsk effekt i kraft av at de utføres av autoritetspersoner på bakgrunn av det vervet staten har tildelt dem. Når sosialarbeidere utbetalersosialhjelp mobiliserer de en symbolsk kapital som anerkjennes av den byråkratiske staten. Staten kan forstås som en bank av symbolsk kapital ved at den garanterer for alle autoritetshandlinger (Bourdieu 1996, 66).

Gjennom sine handlinger former staten menneskenes mentale strukturer og tvinger frem felles prisnipper og forståelse av hvordan samfunnet skal organiseres. De har autoritet til å erklære hva noe (en sak eller en person) er og skaper dermed bestemte sannheter. Disse sannhetene blir samfunnsmessige definisjoner på hva saker eller personer er autorisert til å være, har rett til å kreve, til å uttøve og ikke uttøve. De konstruerer en nasjonal identitet og påtvinger allmennheten en dominerende kultur som fremheves som den legitime nasjonalkulturen. Slik har staten en skapende makt, som individer og grupper anerkjenner (Bourdieu 1996, 55-67).

3.3 Den norske velferdsmodellen

Begrepet velferdsstat kan defineres som statens ansvar for å sikre borgerne velferd, ved å sørge for en jevn fordeling av samfunnets goder. Intensjonen er at alle skal ha økonomisk og sosial trygghet og realiseres gjennom to hovedytelser; økonomiske ytelser som sosialhjelp og trygdeordninger og tjenester som helsebehandling og barnevern (Halvorsen 2005, 20). Fordelingen av velferdsgoder skjer ved at staten modifierer markedskreftene slik at de ikke kan råde alene. Målet er å dekommodifisere arbeidskraften, det vil si å redusere borgernes avhengighet av arbeidsmarkedet for å klare seg økonomisk. Staten kan gjøre borgerne mer

uavhengige av arbeidsmarkedet både ved å styrke de sosiale rettighetene som sykepenger og arbeidsledighetstrygd og å sikre folk arbeid i offentlig sektor (Halvorsen 2005, 20-33).

Velferdsstaten er ikke bare et forsørgelsessystem, men også en sysselsettingsmasking. Full sysselsetting er bærebjelken og forutsetningen for velferdsstatens eksistens. Målsettingen kommer til uttrykk ved at velferdsstaten sysselsetter mange, at offentlige ansatte har som målsetting å få borgerne i arbeid (realisere arbeidslinjen), og at velferdsstatens stønadsordninger kan gi intensiver til å ta lønnet arbeid fordi de er lave (Halvorsen 2005, 20-31). En av målgruppene velferdsstaten retter seg mot er rusmiddelavhengige. Velferdsstaten skal sikre rusmiddelavhengige økonomisk og sosial trygghet, gjennom de økonomiske tjenestene i NAV og helsetjenestene i kommune og spesialisthelsetjeneste. I tillegg mottar rusmiddelavhengige som har problemer i forhold til arbeidslivet, arbeidstrening og opplæring i attføringsinstitusjoner (Halvorsen 2005, 274-276).

Idealer om likhet og rettferdighet står sterkt i velferdsstaten. Likhetsprinsippet vises gjennom målsettingen om lik fordeling av knappe goder. Likhetsidealet har resultert i både universalistiske tiltak som begrunnes ut i fra at alle skal ha lik tilgang til goder, og selektive tiltak som begrunnes ut i fra resultatlikhet (kompensasjon til de som har lite). Likhetsidean er også sterk i lovverk og rettigheter, hvor stat, kommune og fylkeskommune skal sikre borgerne bestemte velferdsgoder. Gjennom rettsikkerhet skal likebehandling sikres. Omfordelingen av godene og rettigheter skal være rettferdige. Det anses som rettferdig at alle har stemmerett og at det er likhet for loven. Det kan også begrunnes som rettferdig at noe er ulikt, at man har rett til eiendom, at man har fortjent noe, har behov for en velferdstjeneste (Halvorsen 2005,33-36).

Borgerne skal ha individuell valgfrihet, eksempelvis gjennom autonomi til å utforme sine livsprosjekter, men også frihet fra undertrykkelse og nød. Et annet viktig velferdsideal er solidaritet. Solidaritet handler om både likeverdighet og ukrenkelighet. Det bygger på en fellestankegang om at den enkeltes velferd også er et felles anliggende, og har til hensikt å dempe politisk spenning ved å utvikle samhørighet mellom mennesker på tvers av klasser. Borgerne har ikke bare rettigheter, men også plikter ovenfor fellesskapet. Den viktigste plikten er å betale skatt(Halvorsen 2005, 38-39). Velferdsstaten påvirker og påvirkes også av andre aktører. Private aktører som frivillige organisasjoner yter velferdstjenester som barnehage, selvhjelpstilbud og ulike institusjonstilbud eller lavterskeltilbud til forskjellige brukergrupper. I tillegg yter familien blant annet en økonomisk velferd gjennom sitt

økonomiske ansvar for å forsørge barn og ektefelle og en sosialiserende funksjon overfor barn (Halvorsen 2005, 51-53).

Velferdsidealene skal realiseres gjennom sosialpolitikken. Idealene fremgår av politiske målsettingen om full sysselsetting. Den enkelte skal også sikres mot inntekstbortfall gjennom trygdesystemet og økonomisk sosialhjelp, i tillegg skal borgerne sikres ulike tjenester og tiltak som behandling ved sykdom. Til sammen skal målsettingene føre til økonomisk vekst, økonomisk trygghet og ujevning av levekår. Sosialpolitikken oppgave er å løse og forbygge sosiale problemer, og sosialpolitiske tiltak omfatter alle de som har til hensikt å omfordele samfunnsressursene. Ansvar for oppnåelse av de sosialpolitiske målsettinger ligger i forskjellige departementer. Iverksettelsen skjer i administrative institusjoner, blant annet på kommunalt og statlig nivå som NAV og helseforetak (Halvorsen 2005, 42-58).

Idealene i velferdsstaten påvirkes ikke bare av rådende ideologier og holdninger i samfunnet, men også av utviklingen på andre samfunnsområder, som markedsøkonomi (Askeland 2011, 44). I tillegg er idealene ofte vage og motstridende, hvilket resulterer i at velferdsstaten ikke har et enhetlig og utvetydelig verdigrunnlag. I politikken kan det være vanskelig å realisere ett velferdsideal uten at det strider mot andre velferdsideal. Særlig er det spenninger mellom målet om borgernes likhet og rettigheter og målet om prestasjoner og økt effektivitet i det økonomiske livet som skaper utfordringer (Halvorsen 2005, 33-40).

3.3.1 Kritikk mot offentlig sektor

De siste årene har offentlig sektor blitt kritisert for å være for stor og ineffektiv. Det hevdes at offentlig sektor har blitt mindre effektiv enn privat sektor, fordi den ikke har måtte ta hensyn til økonomiske begrensninger på samme måte som privat sektor. Samtidig har offentlig sektor vokst gjennom flere stillinger, særlig innenfor administrasjonen og ledelsen. Det påpekes at administrasjonen har blitt for stor ved at det er for mange ansatte i forhold til de oppgavene som skal utføres (Stamsø 2009, 67-68).

Kritikken har også vært rettet mot uklare ansvarsområder. Forholdet mellom embetsverket(departement og direktorat) og politikere er for tett, noe som gjør at embetsverket ikke har vært nøytrale, men tvert i mot hatt for stor makt over politiske beslutninger. I tillegg kritiseres offentlig sektor for å mangle økonomiske intensiver, for eksempel ulik lønn etter prestasjon og ulike bevilgninger avhengig av produksjon, noe som

hevdes vil gjøre systemet mer effektivt. Resultatet hevdes å være høye offentlige utgifter, dårlig kvalitet på tjenestene, regelstyrte rutiner, og for mye byråkrati (Stamsø 2009, 67-69).

3.3.2 *New public management*

Kritikken av offentlig sektor har resultert i gjennomføringen av en rekke reformer i offentlig sektor, både i Norge og andre vestlige land siden 1980 tallet. Samlebetegnelsen på disse reformene er new public management (NPM). Reformene bryter ved mange av de tidligere prinsippene i organiseringen av offentlig sektor, og representerer dermed en ny måte å tenke på. De går bort fra tidligere vektleggingen av regler for gjennomføringen av arbeidsoppgaver. Det sentrale i de nye styringsformene er resultatene og det er dermed færre regler for arbeidsprosessen. Det er målene man jobber mot som skal være hovedfokus. Målene skal være klart definerte og det er ofte krav til å måle resultatene. Reformenes innhold er å redusere størrelsen på offentlig sektor, øke kvaliteten og service på offentlige tjenester, samt å produsere flere tjenester til lavere kostnader (Stamsø 2009, 67-68).

Gjennom NPM reformene skal ansvar desentraliseres ved at byråkratiske organisasjoner splittes i flere enheter. Det skal skapes et sterkere skille mellom politikere og administrasjon, slik at politikere utfører politiske oppgaver og administrasjonen administrative oppgaver. Alle enheter skal ha hver sin oppgave. Den etaten som finansierer en tjeneste, skal ikke være den samme som kontrollerer eller utfører en oppgave. Ansvar for hva en tjeneste skal inneholde skal ikke ligge hos den som utfører oppgaven. Dette skal skape åpenhet og synliggjøre ansvar. For eksempel har departementet ansvaret for finansiering og innhold av tjenester, helsetilsynet for å kontrollere og kommune og helseforetak har ansvar for utføringen (Stamsø 2009, 71). Desentraliseringen medfører dessuten at ledere får større økonomisk ansvar, skal få individuell avlønning ved gode resultater, samt mer fokus på at lederens prestasjoner enn at han/hun har samme profesjon som virksomheten (Stamsø 2009, 70-71).

En annen viktig målsetting i NPM er å produsere tjenester til lavest mulig kostnad. Dette skal gjøres gjennom økt vektlegging av målsettinger og resultater. Resultatene skal fremgå av budsjettet ved at utgifter skal knyttes til målsettinger for å synliggjøre sammenhengen mellom pris og resultater. Dette tydeliggjøres ved at det gis belønning for oppnåelse av nedfelte mål. Et eksempel er hvordan sykehusene får økonomiske midler av staten etter hvor mange pasienter de behandler innenfor ulike pasientgrupper. NPM reformene legger dermed mindre vekt på selve arbeidsprosessen og kontroll av denne, og tar avstand fra tidligere budsjetter

hvor utgifter var knyttet til arbeidsoppgaver. Tanken er at ressurser og målsettinger som står i forhold til hverandre, vil redusere utgiftene og øke kvaliteten på tjenestene (Stamsø 2009, 70).

Kvaliteten på tjenestene skal økes ved å rette dem sterkere mot brukeren. Tjenestene skal være tilpasset den enkelte, og brukeren skal ha valgfrihet mellom forskjellige tjenester. Gjennom NPM har rettighetstankegangen fått større gjennomslag. Brukeren har fått lovfestede rettigheter og skal vite hva de har krav på. (Stamsø 2009, 71).

3.4 Sosialt arbeid

3.4.1 Politiske og strukturelle rammer for yrkesutøvelsen

Sosialarbeidere er iverksettere av sosialpolitiske målsettinger. Av denne årsak vil velferdsstatens rådende ideologier sette rammene for organiseringen av tjenestetilbudet og for utøvelsen av sosialt arbeid. Slik har det vært helt siden oppbygningen av sosialarbeiderutdanningen, som i Norge skjedde samtidig som oppbygningen av velferdsstaten (Askeland 2011, 44).

Ved at sosialarbeidere står ansvarlige for tjenesteproduksjonen utgjør de det laveste nivået i den byråkratiske strukturen. De har derfor blitt beskrevet som bakkebyråkrater (Djupvik og Eikås 2010, 72). Betegnelsen viser til en dobbelt rolle, hvor sosialarbeidere har offentlig sektor på den ene siden og relasjonen til brukeren på den andre. Rollen rommer dermed både aspekter av omsorg og kontroll (Askheim 2012, 180). Sosialarbeideres rolle kjennetegnes av en rekke forskjellige og ofte motstridende forventninger. Disse kommer både fra lovgivningen, brukere, politikere, arbeidsgiver, kollegaer, samarbeidspartnere, befolkningen for øvrig og egne yrkesprinsipper. Dette krysspresset setter sosialarbeidere i et etisk dilemma som reiser spørsmål om hvor deres lojalitet skal plasseres (Kjørstad 2005, 383-387).

Sosialt arbeid kjennetegnes videre av at faget er plassert i et spenningsfelt mellom ulike ytterpunkter. Spenningsfeltene kan være mange, hvor en av dem handler om motsetningen mellom hjelp og kontroll (Levin 2004, 11-13). Som nevnt tidligere skal sosialarbeidere både yte hjelp til mennesker i vanskelige situasjon, samtidig som de skal tolke lovverk og styre tilgangen til tjenester (Levin 2004, 110-112).

3.4.2 Yrkesutøvelsen i sosialt arbeid

Sosialt arbeid fremheves ofte som et verdifag (Dahle 2010, 43). Verdiaspektet vektlegges også i IFSWs definisjon av profesjonen, som ble beskrevet i innledningskapittelet. Prinsipper som menneskerettigheter, sosial rettferdighet, menneskeverdet og en ikke diskriminerende

holdning står sterkt i faget (International federation of social workers 2012). Sosialarbeidere skal i tillegg forsvare menneskets integritet, vise respekt ovenfor enkeltindividets frihet og selvbestemmelse, samt arbeide for et inkluderende samfunn. Yrkesutøvelsen er videre basert på sosialarbeideres etisk refleksjon og bevissthet over egne handlinger og beslutninger (Fellesorganisasjonen 2002, 2-6).

Relasjonen mellom individ og samfunn utgjør analyseenheten i sosialt arbeid. Ved at analyseenheten består av to ytterpunkter, individet og samfunnet, er den et spenningsfelt. Sosialarbeidere skal ha en helhetlig og flerdimensjonal forståelse gjennom å rette oppmerksomheten mot forholdet mellom individ, gruppe og samfunn, og ved å se ”personen i situasjonen”. Relasjonen er dermed både et tolkningsverktøy og et arbeidsredskap for sosialarbeideren. Et tolkningsverktøy fordi sosialarbeideren skal forstå mennesket i lys av dets relasjoner, og et arbeidsredskap fordi de arbeider *med* og *gjennom* relasjoner. Det kan være relasjonen til brukeren selv, til andre mennesker eller til konteksten (Levin 2004, 67-82). En grunnleggende målsetting i sosialt arbeid er å arbeide for sosial endring og å hjelpe mennesker og forbedre sin velferd (International federation of social workers 2012). Endringsprosessene gjør at sosialt arbeid er et handlende fag. Sosialarbeidere skal hjelpe brukeren til å bevege seg fra ett punkt til et annet og målet er å hjelpe brukeren til å hjelpe seg selv (Levin 2004, 96-101).

Sosialarbeidere arbeider med marginaliserte og undertrykte grupper (Askeland 2011, 45). Begrepet marginalisert viser brukere som befinner seg i utsatte samfunnsposisjon, og som videre kan stå i fare for å bli sosialt ekskludert. Marginalisering kan skje på flere arenaer, en person kan være marginalisert fra arbeidslivet eller være økonomisk, kulturelt, politisk eller sosialt marginalisert. Dersom en person er marginalisert på alle disse områdene på en gang, omtales de som sosialt ekskluderte. Marginaliseringsprosessene skyldes flere og kompliserte prosesser i samfunnsstrukturen (Halvorsen 1996, 13). Rusmiddelavhengige kan være marginaliserte på flere samfunnsområder. Som nevnt i innledningen har rusmiddelavhengige ofte helseproblemer og sosiale problemer tilknyttet økonomi, bolig og nettverk (St.meld. nr.9 2006-2007, 89). Sosialarbeideres arbeid for å bedre målgruppens helsemessige og sosiale situasjon, og dermed fremme inklusjon i samfunnet, er dermed midt i kjerneområdet for faget.

4. Analyse

I dette kapitlet presenteres analysen av samarbeidet om individuell plan for rusmiddelavhengige i sosialtjenesten og spesialisthelsetjenesten. Datamaterialet gjengis ved hjelp av sitater fra de enkelte intervjuene. Sitatene har til hensikt å gi et bilde av informantenes forståelse og erfaringer med individuell plan i samarbeidet. De sitatene som er hentet ut fra materialet er de som belyser det mest gjennomgående i intervjuene. For å fremheve variasjonen og bredden i informantenes forståelser av individuell plan, gjengis sitater fra flere av informantene. Jeg har vært opptatt av å både belyse informantenes egen mening og å sette deres utsagn inn i en bredere forståelsesramme ved å anvende teori. Bourdieus perspektiv på makt trekkes inn for å belyse relasjonen mellom individ og struktur. Hensikten er å forstå hvordan myndighetenes beslutninger utgjør rammeverket for tjenestetilbudet, og dermed også premissene for informantenes iverksettelse av individuell plan. Valget av teori er gjort på bakgrunn av empirien hvor det fremkom at strukturelle faktorer hadde en sentral betydning for informantenes muligheter og begrensninger

4.1 Samarbeidet om individuell plan

4.1.1 Iverksettingen av individuell plan

Samarbeidet mellom sosialtjenesten og spesialisthelsetjenesten påvirkes av tjenestenes organisering. Dette fremgår av at de som sosialarbeidere er iverksettere av politiske beslutninger (Askeland 2011, 44). Statens metakapital innebærer at den kan fastsette prinsipper og standardiserte koder, som skjemaer og byråkratiske prosedyrer for andre samfunnsfelt. I tillegg har staten makt til å omfordele sin makt til andre instanser (Bourdieu 1996, 59-60). Med grunnlag i dette kan informantenes oppfølging av rusmiddelavhengige forstås som et ansvar de gjennom tilhørighet til rusfeltet, har fått delegert fra staten. Individuell plan kan være et eksempel på en prosedyre som maktfeltet påtvinger rusfeltet, og som informantene forventes å iverksette. Hanne forteller hvordan sosialtjenesten arbeider for å innfri de lovpålagte forventningene i individuell plan.

Jeg synes ikke at alle som har behov for en IP får det. (...). Det er rett og slett ikke tid. Noen må ta initiativ til å gjøre det. Det er det også meg som sosialkonsulent som kunne satt i gang, men det blir ikke gjort. Jeg kan bare forklare det med at det forsvinner i den bunken med alt annet som skulle vært gjort, selv om vi har et ansvar der også (Hanne, sosialtjenesten).

Som det fremgår i sitatet har sosialtjenesten et ansvar for å utforme individuelle planer. Dette ansvaret fremgår, som nevnt i første kapittel, av lov om sosiale tjenester i NAV § 28. Tross dette ansvaret mener informanten at for få rusmiddelavhengige får oppfylt denne rettigheten. Det bekreftes av flere av informantene i sosialtjenesten at det er liten oppmerksomhet på verktøyet ved deres arbeidsplass. De utarbeider få individuelle planer og planen anvendes i liten grad som et arbeidsverktøy dersom den er utarbeidet. Målinger ved informantenes arbeidsplass bekrefter dette. Pr 31.12.2012 rapporterte kontoret at 82 rusmiddelavhengige brukere hadde individuell plan, 53 av disse var innenfor LAR behandling. Totalt sett er det i overkant av 500 brukere med rusmiddelavhengighet tilknyttet kontoret.

Som Hanne sier er en av årsakene til den lave utbredelsen av bruk av IP et høyt arbeidstempo. Samtlige informanter i sosialtjenesten sier at de skal hjelpe svært mange brukere på en gang og at de derfor ikke har mulighet til å påta seg ansvaret for individuelle planer. En av informantene forteller videre om en annen mulig årsak til at individuell benyttes lite i sosialtjenesten.

Vi skal jo rapportere på hvor mange klienter som har individuell plan hvert år til byrådet. Jeg har jobbet i sosialtjenesten siden 2004, og i løpet av de årene så har ikke bydelen noen gang etterspurt hvorfor det er så få rapporteringer på individuell plan. Og da begynner jeg å lure på om det er noen som bryr seg egentlig (Pia, sosialtjenesten).

Informanten viser at sosialtjenestens arbeid med individuell plan i liten grad følges opp fra bydelen. Byrådet har funksjon som kontrollinstans ved at de skal kontrollere hvor mange individuelle planer kommunen utarbeider. Sosialtjenesten rapporterer hvor mange planer som utarbeides til byrådet til hvert år, men som Pia påpeker har hun i løpet av sine 9 år som ansatt i sosialtjenesten ikke opplevd å få noen tilbakemelding på de planene som utarbeides eller ikke utarbeides i tjenesten. Hun opplever at byrådet viser lite interesse for at kontoret utarbeider få individuelle planer, og undrer seg derfor over om individuell plan er viktig.

I neste sitat forteller Lene om hvordan spesialisthelsetjenesten arbeider for å oppfylle sine lovpålagte forplikter med individuell plan, jf. § 2-5 i spesialisthelsetjenesteloven.

Nesten alle pasienter her har en individuell plan, og hvis de ikke har det så står det veldig tydelig at pasienten har takket nei. Så er det opp til oss når en pasient takker nei å gå tilbake og spørre ”er du sikker på at du ikke vil ha individuell plan?” Det handler om å ikke bare ta et nei for et nei, men å kanskje prøve litt ekstra. Og hvis pasienten føler at han ikke har behov for det så er det greit. Men jeg går inn og følger med i pasientjournalen. Hvis jeg ser at det er noen pasienter som ikke er huket av for individuell plan, så tar jeg kontakt med sosialkonsulenten og spør om hvorfor og ber de gjøre det. Eller å dokumentere at pasienten har takket nei og at de har hatt den samtalen med pasienten. Så det blir overvåket (Lene, spesialisthelsetjenesten).

Informanten forteller at det legges stor vekt på å utarbeide individuelle planer i spesialisthelsetjenesten. Av deres egne målinger fremgår det at 189 av de 220 brukerne som var innlagt ved deres institusjoner i 2012 hadde IP. Lene sier at hun har som en del av sitt ansvarsområde å kontrollere hvor mange planer som utarbeides. Hun følger nøye med på hvor mange planer som til enhver tid foreligger og oppsøker ansatte dersom de ikke har utarbeidet planer til sine brukere. Det er mulig å si at ledelsen legger press på ansatte for å få dem til å bruke IP aktivt. Det forventes av de ansatte at de bruker tid på å motivere rusmiddelavhengige til å takke ja til IP. En av informantene forteller at slikt motivasjonsarbeid både skjer gjennom individuelle samtaler og egne informasjonskurs om rusmiddelavhengiges rettigheter.

Sosialtjenestens og spesialisthelsetjenestens bruk av individuell plan står klart i kontrast til hverandre. Dette kan forstås i lys av organisatoriske faktorer, blant annet ulike roller i tjenesteapparatet. Sosialtjenestens rolle består i hovedsak av å forvalte lovverket for å sikre økonomisk og sosial trygghet, samt bedre levekårene for rusmiddelavhengige, jf lov om sosiale tjenester i NAV § 1. De behandler søknader om økonomisk stønad, samt utarbeider søknader og henviser til andre instanser som avrusning, rusbehandling, LAR behandling, botilbud, arbeidstiltak eller gjeldsrådgivning. Spesialisthelsetjenesten på andre siden er en behandlende institusjon, de skal behandle sykdommer, samt forbedre rusmiddelavhengiges helsetilstand, jf spesialisthelsetjenesteloven § 1-1. Deres oppgaver er dermed utredning, behandling og oppfølging gjennom en tverrfaglig kompetanse.

Ikke bare har institusjonene ulike roller i samarbeidet, de har også forskjellige ressurser. I sosialtjenestens arbeid for å sikre flest mulig gode levekår blir tid et knapphetsgode. Dette er ikke tilfellet i spesialisthelsetjenesten hvor det legges vekt på å tilbringe tid sammen med brukerne. Det er ingen søknadsbunke som skal behandles, men behandlingen som er i fokus. De ansatte har dermed mer tid til hver enkelt og mulighet til en aktiv bruk av individuell plan i samhandlingen med rusmiddelavhengige. I tråd med Bourdieus forståelse av at felt samles

rundt ulike praksiser (Bourdieu og Wacquant 1993, 83) kan det hevdes at sosialtjenesten og spesialisthelsetjenesten er to forskjellige felt ved at de har forskjellig logikker og organisering.

4.1.2 Forventninger til samarbeidspartnere

For å delta i et felt må agentene akseptere feltets doxa (Bourdieu og Wacquant 1993, 83). Et doxa defineres som en måte å ordne verden på, som agentene opplever som naturlig, gitt og selvsinnlysende ut i fra sine tankeskjemaer (Bourdieu 1977, 164-166). Samarbeidet mellom sosialtjenesten og spesialisthelsetjenesten inngår i rusfeltet og agentene her samler seg rundt bestemte forståelser av hvordan tjenestetilbudet skal være. Et av doxaene i rusfeltet er informantenes forståelse av at samarbeid er en nødvendighet for å kunne hjelpe rusmiddelavhengige best mulig. Det er en målsetting som naturlig gjøres fordi det forstås som eneste mulighet til å imøtekomme rusmiddelavhengiges sammensatte behov, men også fordi det er den eneste løsningen i et fragmentert og oppstykket tjenestetilbud. Samarbeidet i seg selv forstås som så selvsinnlysende at det ikke engang ble uttrykt i noen av intervjuene. Gjennom doxaet fremstilles samarbeidet som noe verdifullt, og som noe informantene tillegger stor vekt.

I tråd med Bourdieu, må informantene være innstilte på å samarbeide for å bli akseptert i rusfeltet. Regelbrudd vil få konsekvenser, for eksempel ved at andre definerer en som vanskelig, rigid, eller gjennom konfrontasjoner og dårlig samarbeidsklima. Fordi normen om samarbeid er uutalt blant informantene, skaper den også utfordringer for dem i samarbeidet. Det stilles ikke spørsmålstegn ved om man skal samarbeide, men samarbeidspartnere kan strides om hvordan samarbeidet skal arte seg. På denne måten kan normen om samarbeid skape en kamp mellom samarbeidspartnere, hvor det strides om hvordan målsettingene i individuell plan kan oppnås. Neste sitat kan tjene som eksempel på at sosialtjenesten ikke innfrir de forventningene sosialtjenesten stiller til dem.

Det blir veldig tydelig når pasienten er innliggende her at det er de andre det skorter på siden vi er i den posisjonen hvor vi har mye færre pasienter å forholde oss til. (...). De har ikke mulighet til å engasjere seg så mye i hver enkelt pasient som vi har. Vi har også mer tid til å delta på ansvarsgruppemøter og andre møter enn de har. Sånn er arbeidsmengden fordelt. Så det blir jo alltid de som blir den store stygge ulven når det gjelder samarbeid, rett og slett fordi de ikke når over like mye som det vi gjør (Lene, spesialisthelsetjenesten).

Sitatet viser at det er sosialtjenestens manglende tid og ressurser som er årsaken til at samarbeidet om individuell plan stopper opp. To av de ansatte i spesialisthelsetjenesten sier at de er ansvarlige for å følge opp omkring 7 brukere hver. Saksbehandlerne i sosialtjenesten

anslår at de har en brukermasse på omkring 70-80 brukere, mens LAR konsulenter kan ha omkring 170-180 brukere å følge opp. Stor arbeidsmengde medfører at sosialtjenesten ikke kan engasjere seg like mye i hver sak eller delta like ofte i ansvarsgruppemøtene, som spesialisthelsetjenesten kan. Tidsbegrensningene i sosialtjenesten er et velkjent fenomen blant alle informantene i sosialtjenesten og spesialisthelsetjenesten, samtidig strekker de ansatte i sosialtjenesten seg ofte langt i forsøket på å oppfylle sine forpliktelser. Til tross for dette kommer ansatte i sosialtjenesten ofte dårligst ut av det fordi de ikke rekker over alle oppgavene som de forventes å gjennomføre. Kristin fra sosialtjenesten, beskriver hvordan arbeidsdagen kan forløpe seg:

Det kan være at en har misset et møte, har glemt å gjøre en ting eller ikke har hatt tid til å gjøre noe så fort som de rundt ønsker. Det er ikke så veldig positivt blant samarbeidspartnerne bestandig. Men sånn er det jo, det er travle dager. Å få unna alt så fort man ønsker er ikke alltid mulig (Kristin, sosialtjenesten).

Som informanten fremhever er arbeidstempoet i sosialtjenesten høyt. Ansatte skal både utføre saksbehandling, delta i ansvarsgruppemøter og være tilgjengelige på telefon. I forsøket på å rekke over alle disse oppgavene og med en brukermasse på 70-180 brukere, erfarer informantene at de ikke har nok tid. De må prioritere å gi hjelp i de sakene hvor behovet til enhver tid er størst. De prioriteringene som gjøres kan gå på bekostning av andre brukere. Tett oppfølging i en sak kan bety liten, eller ingen, oppfølging av en annen sak. I sosialtjenestens prioriteringer blir individuell plan ofte en salderingspost fordi den krever mye ressursbruk fra de ansatte. Samtlige informanter i sosialtjenesten viser til at de ikke har tid til å utføre de generelle arbeidsoppgavene, og i tillegg å utarbeide individuelle planer. På samme tid erfarer de at samarbeidspartnere forventer at sosialtjenesten burde gjort en større innsats. De burde være mer tilgjengelige på telefonen, delta oftere i samarbeidsmøter og behandle søknadene ennå raskere. Flertallet av informantene ved begge arbeidsplassene opplever dette som urealistiske forventninger til sosialtjenestens kapasitet. Dette kan skape konflikter i samarbeidsmøtene, som blir ubehagelige for sosialtjenesten.

Det kan være veldig, veldig ubehagelig i ansvarsgruppemøter. Jeg tenker at det er klientens møter, ikke sant. Men noen ganger er det dels så mye samarbeidspartnere vi sliter med. Man blir satt opp mot hverandre, samarbeidspartnerne kan kanskje være veldig på klientens side. Jeg har sittet i møter hvor alle er mot NAV og da tenker jeg at forutsetningene for et godt samarbeid ikke er tilstedet, når det blir fokuset (Pia, sosialtjenesten).

Utsagnet tjener som eksempel på at ansvarsgruppemøtene kan være en arena hvor sosialtjenestens ansatte stilles ovenfor urealistiske forventninger fra samarbeidspartnere.

Informanten opplever at spesialisthelsetjenesten og brukeren kan stå i en allianse mot sosialtjenesten. Alliansen kan bli et uttrykk for at det tilsynelatende kun er spesialisthelsetjenesten som står på brukerens side i samarbeidet og signalisere at sosialtjenesten ikke ønsker rusmiddelavhengiges beste. Denne motsetningen tydeliggjøres ytterligere ved at samarbeidspartnere i forkant av møtene har avklart med brukeren hva det skal søkes om, og som videre legger føringer for hva det skal fokuseres på rundt brukerne i møtene. Representanter fra spesialisthelsetjenesten kan gi uttrykk for konkrete bestillinger og krav for hva sosialtjenesten skal bistå brukeren med, eller protestere på sosialtjenestens avgjørelser og vedtak. Hanne forteller at særlig økonomiske avslag kan skape uenigheter.

Det går ofte på økonomi, når noen har søkt om noe de ikke har fått. Da sitter det noen og mener at det burde de ha. Dette er særlig på sosialhjelp, som er et minimum, og det kan være vanskelig å forstå. (...). Så det er nesten ingen forståelse for det lovverket vi arbeider innenfor. Jeg har ofte opplevd på sånne møter at det forventes at man skal gjøre et unntak bare for denne klienten (Hanne, sosialtjenesten).

Informanten opplever at samarbeidspartnere ikke forstår hvorfor sosialtjenesten arbeider som de gjør. Avslag på søknader om økonomisk stønad er upopulært og kan skape diskusjoner hvor samarbeidspartnere uttrykker sin uenighet i ansvarsgruppemøtene. Det kan på den ene siden være nyttig å forstå spesialisthelsetjenestens krav og bestillinger, som et forsøk på å hjelpe en marginalisert og utsatt gruppe i samfunnet. De legger press på sosialtjenesten i beste mening for å sikre at rusmiddelavhengige skal få den hjelpen de mener han/hun trenger. På en annen side må begge tjenestene arbeide ut i fra lovverket. For sosialtjenesten innebærer dette å sette begrensninger, samt å behandle rusmiddelavhengige likt ved å ikke gjøre unntak fra loven, ut i fra prinsippet om likebehandling.

Tre av informantene ved sosialtjenesten har erfart at hele ansvarsgruppemøtet kan gå med til å diskutere hvorfor bestemte tjenester og målsettinger brukeren og spesialisthelsetjenesten ønsker, ikke er mulige å realisere i praksis. De mener at spesialisthelsetjenesten kan mangle kunnskap om hvordan sosialtjenesten arbeider og at manglende kunnskap og/eller urealistiske forventninger kan skape feilaktige forestillinger om samarbeidspartneres arbeidsoppgaver, muligheter og begrensninger. Urealistiske forventninger som ikke kan innfris, kan skape et dårlig bilde av sosialtjenesten. Pia forteller hvordan;

Dersom man hadde et litt dårlig bilde av sosialtjenesten i utgangspunktet, tenker jeg at det bare vil bekrefte hvor håpløse vi er, hvor lite samarbeidsvillige vi er osv. Jeg tror nok at noen samarbeidspartnere tenker det. Mitt inntrykk er at denne praksisen bekrefter en ide om at vi er vrang (Pia, sosialtjenesten).

Bakgrunnen for sitatet er konflikter vedrørende ansvarsområder og rollefordelingen som kan utspille seg i ansvarsgruppemøtene. Pia oppfatter konfliktene som uheldige for samarbeidspartneres forståelse av sosialtjenesten. Hun mener at dersom sosialtjenestens rolle i samarbeidet er uklar, kan dette bidra til å skape et negativt bilde av tjenesten blant samarbeidspartnere. Dersom andre parter ikke kjenner godt nok til hva sosialtjenesten kan bidra med, kan urealistiske forventninger opprettholdes og sosialtjenesten må gang på gang gi uttrykk for at de ikke kan innfri de bestillingene som kommer inn. Informanten mener at samarbeidspartnere dermed kan tolke avvisning som manglende vilje fra sosialtjenestens side.

Man kan videre hevde at en opprettholdelse av negative forventning til sosialtjenesten kan bidra til å opprettholde en praksis hvor spesialisthelsetjenesten tar på seg ansvaret for å hjelpe brukeren opp og fram i et "lite samarbeidsvillig" system. Negative forståelser av samarbeidspartnere kan føre til et dårlig samarbeidsklima og kan dessuten forme brukerens forståelse av sosialtjenesten i feil retning med tanke på samarbeidet videre. Pia understreker at helhetstenkningen kan gå tapt i konfliktene.

Helhetstenkningen forsvinner når man ikke kan se hvordan vi som samarbeidspartnere kan dra nytte av hverandre. Hvis vi klarer å ha et felles mål og vet hvordan vi kan bruke hverandre i samarbeidet rundt klienten, så vil man også i mye større grad ha mulighet for å komme dit. Og hvis samarbeidet skorter allerede på kunnskap om hverandres tjenester og hva hverandre driver med, så vil vi slite mye mer for å få til et helhetlig samarbeid (Pia, sosialtjenesten).

Som sitatet viser mener informanten at manglende kunnskap kan være en årsak til at samarbeidet er problematisk. I følge informanten kan manglende oversikt over hvilke ressurser som finnes i ansvarsgruppen, bidra til at den kompetansen som eksisterer ikke blir utnyttet. Da er det heller ikke sikkert at de beste løsningene kommer på bordet. Sitatet viser også at et felles mål er nødvendig for å sikre et helhetlig tjenestetilbud. Dersom det mangler kan det være uheldig for brukeren.

4.1.3 En kamp om posisjoner

Forventningene samarbeidspartnere stiller til sosialtjenesten kan også forstås som en del av agentenes spill om posisjoner i rusfeltet. Bourdieu hevder at alle felt har til felles at de består av indre motsetninger og konflikter mellom agenter som kjemper om å få innflytelse over feltstrukturen (Bourdieu og Wacquant 1993, 83-84). Neste utsagn fra Hanne i sosialtjenesten er et eksempel på det.

Jeg opplever ofte det å komme fra NAV som negativt ladet. Allerede når man presenterer seg så er det litt dårlig holdning til det (...) Jeg opplever ofte at hvis man jobber i spesialisthelsetjenesten eller er psykolog eller noe sånn så er man litt bedre (...) Hvis du "bare" er sosialkonsulent så kan du ikke så mye, du vet ikke så mye om brukeren. Og noen ganger så opplever jeg at de som faktisk har snakket med brukeren, det er jo de som jobber i sosialtjenesten. Det er faktisk de som har en jevnlig kontakt med dem. Så sitter det veldig mange på sånne møter, som har mye viktig å si om medisiner og alle sånne viktige ting. Også tenker jeg at ingen av dem har snakket med brukeren på flere måneder. Og allikevel opplever jeg en holdning fra samarbeidspartnere om at de minst vesentlige er dem fra NAV (...) Dette er kanskje litt på kanten å si, men noen ganger har jeg kjent på det (Hanne, sosialtjenesten).

Hannes sitat kan forstås som et uttrykk for uenighet om hvem som skal ha hvilke posisjoner i samarbeidet. Sosialtjenesten ønsker å delta i samarbeidet på lik linje med andre samarbeidspartnere og Hannes utsagn kan være et ønske om anerkjennelse for den kunnskapen og kompetansen sosialtjenesten besitter. Samtidig kan det tolkes som en manglende etterspørsel av deres kunnskap fra samarbeidspartnere side. Mens Hanne understreker at det å ha jevnlig kontakt med brukeren er kunnskap som er viktig i samarbeidet, opplever hun at andre samarbeidspartnere tillegger medisinsk eller psykologisk kunnskap mer verdi. Det ser ut som at det å høre til i spesialisthelsetjenestens felt gir agentene høyere kapital, enn å tilhøre sosialtjenestens felt. Flere av sitatene i forrige avsnitt kan også tjene som eksempler på det samme. Dersom spesialisthelsetjenesten forsøker å bestemme hva sosialtjenesten skal hjelpe rusmiddelavhengige med i etterkant av et institusjonsopphold, kan det forstås som om samarbeidspartnere tviler på sosialtjenestens kunnskap og vilje til å gi rusmiddelavhengige den hjelpen som er best.

I tråd med Bourdieu kan samarbeidsforholdet dermed forstås som en kamp hvor informantene strides om ulike kapitalformers betydning og dermed også makt til å avgjøre hvilken posisjon samarbeidspartnere skal ha ovenfor hverandre (Bourdieu og Wacquant 1993, 83-84). Selv om samtlige informanter representerer en sosialfaglig kapital gjennom sin utdanning, inngår også andre kapitalformer i samarbeidet. Informantene i spesialisthelsetjenesten utfører behandling i tillegg til sosiale tjenester, og må samarbeid med andre helsefaglige yrkesgrupper. Dette underbygger at sosialtjenesten og spesialisthelsetjenesten er forskjellige felt, ved at en sosialfaglig tilnærming har sterkest oppslutning i sosialtjenesten, og at en helsefaglig kapital også inngår i kapitalsammensetningen i spesialisthelsetjenesten.

Spesialisthelsetjenestens handlinger kan være et forsøk på å synliggjøre forskjeller mellom partene. Ved å fremstille egen kunnskap om rusmiddelavhengige som høyere enn sosialtjenestens og samtidig gi uttrykk for at de er mer opptatt av rusmiddelavhengiges beste,

kan de signalisere at de at de vet mer, engasjerer seg mer i brukernes behov og forstår bedre hva rusmiddelavhengige trenger enn sosialtjenesten gjør selv. Det kan forstås som en kamp om å få gjennomslag for at egen kapital er høyest i verdi, på bekostning av sosialtjenesten. En slik fremstilling av egen kunnskap samsvarer videre med samfunnsstrukturen for øvrig, hvor særlig legevitenenskapen rangeres høyt i det profesjonelle hierarkiet (Hjellbrekke og Osland 2010, 282-283). Sosialt arbeid har ikke klart å tilegne seg den samme statusen og posisjonen som medisinen har etablert (Levin 2004, 61).

4.1.4 Over- og underordning

Det er mulig at et samarbeidsforhold hvor andre oppfatter at sosialtjenesten mangler vilje til å hjelpe rusmiddelavhengige og at deres kunnskap er uviktig, kan gjøre faren stor for at deres engasjement verken synliggjøres eller anerkjennes. Det kan hevdes at risikoen ved slike situasjoner er at den ene parten, gjennom den andre partens handlinger, opplever seg plassert i en underordnet posisjon (Laila Granli Aamodt 2011, 123). Dermed kan det skapes et dominansforhold hvor spesialisthelsetjenesten fremstår som overordnet og sosialtjenesten som underordnet. Følgende utsagn kan være et eksempel på at dette særlig gjelder nyansatte i sosialtjenesten:

Hvis man ikke har jobbet lenge i denne tjenesten her så kan man ofte bli spilt ut dersom man ikke klarer å sette begrensninger for seg selv og den jobben man gjør. Ofte kjenner man ikke heller sine egne rammer så godt (...) Folk senser fort at man er usikker. Hvis man da har samarbeidspartnere som er ute etter å ta deg, istedenfor å hjelpe deg til å komme videre, så kan det utvikle seg veldig negativt (Pia, sosialtjenesten).

Videre forteller Pia om hvordan slike situasjoner kan unngås:

Man må vite hva det er man kan tilby, hva folk kan forvente av oss og hva folk ikke kan forvente av oss. De grensene må man klare å formidle (...), også må man avklare forventninger. Man lærer seg etter hvert hva slags forventninger folk har til deg og til tjenesten. Det er viktig å ha med seg (Pia, sosialtjenesten)

Å være ansatt i sosialtjenesten handler om å bli sosialisert inn i feltets struktur. Gjennom tilhørighet til feltet internaliserer sosialarbeidere kunnskap om hvordan lovverket forvaltes. Denne erfaringen kan gjøre dem trygg på egen kunnskap og gjør at de vet hvilke muligheter og begrensninger de har i samarbeidet. Nyansatte som ikke har opparbeidet seg nok kapital fremstår som usikre og uerfarne. I henhold til Bourdieus er lite kapital synonymt med lite innflytelse (Bourdieu og Wacquant 1993, 84), noe som kan føre til at nyutdannede får en lav posisjon i samarbeidet hvor de blir dominert av samarbeidspartnere.

Sosialarbeidere som har internalisert feltstrukturen, og som har erfaring fra tidligere samarbeid, har opparbeidet seg den kapitalen Pia snakker om. Denne bruker de i ansvarsgruppemøtene for å motsette seg en underlegen posisjon. De sier ifra om hva sosialtjenesten kan bidra med og hva som ikke er mulig å få til. Ved å avvise en overstyrende praksis fra samarbeidspartnere markerer de feltets grenser. I tråd med Bourdieu kan dette forstås som en avgrensning av sosialtjenestens felt for å forhindre innblanding i feltstrukturen. Han framholder at agentene ved å tvinge gjennom bestemte definisjoner av hva det vil si å høre til i feltet kan opprettholde feltets logikk og praksis (Bourdieu og Wacquant 1993, 85-86). Strategien erfarne sosialarbeidere i sosialtjenesten benytter kan dermed forstås som en motmakt, hvor sosialtjenesten prøver å opprettholde grensene mellom ”oss” og ”dem”.

Pia understreker videre viktigheten av å kjenne til hvilke forventninger andre ofte har til sosialtjenesten. Av tidligere sitater, både fra informantene i sosialtjenesten og spesialisthelsetjenesten påpekes det at forventningene til sosialtjenesten ofte er negative. Mange forventer at ansatte i sosialtjenesten vil gjøre et dårlig arbeid. Dette bildet skapes blant annet gjennom media, hvor NAV ofte utsettes for hard kritikk. En kan også hevde at politikerne bidrar til å opprettholde en negativ forståelse av tjenesten. Noen vil hevde at desentralisering av oppgaver har ført til at myndighetene oftere fraskriver seg ansvaret for sosialpolitiske oppgaver. Dette skjer ved at myndighetene henviser til tjenesteyternes ansvar, når historier om kvalitetssvikt i offentlige tjenester løftes frem i media (Halvorsen 2005, 426-427). En slik ansvarsfraskrivelse kan bidra til å bekrefte at tjenestene er for dårlige og legge skylden over på tjenesteyterne. Dermed settes tjenestenes troverdighet i tvil (Vike 2004, 113). Dette kan forstås som det Bourdieu omtaler som statens makt over persepsjonskategoriene (Bourdieu 1996, 62). Myndighetene kan fremstille en forståelse av at sosialtjenesten ikke tar sitt ansvar og former dermed borgernes forståelse av problemet.

Sosialtjenesten kan dermed settes i en utsatt posisjon hvor samarbeidspartnere kan ha negative forventninger til dem allerede før samarbeidet har startet. Samarbeidspartnere kan oppfatte kritikk som både selvfølgelig, naturlig og nesten forventet, ut i fra sine persepsjonskategorier. Dette kan skape konflikter, som igjen bidrar til å opprettholde samarbeidspartneres forståelse. Ved en gjentakende praksis hvor negative forståelser av sosialtjenesten reproduseres, kan sosialarbeiderne forstå seg selv som mindreverdige og degraderte i samarbeidet. Det kan forstås slik Bourdieu sier, makt i moderne samfunn handler om å forme menneskenes mentale

strukturer (Bourdieu 1996, 61), herunder sosialtjenestens oppfattelse av seg selv. Pia (sosialtjenesten) uttrykker sin forståelse av tjenestene på denne måten:

Førstelinjetjenesten er nok mye mer fleksibel (...). Men spesialisthelsetjenesten er mye mer firkantet, "enten så er du med oss, eller så er du ikke". De er veldig tydelige på hva slags jobb de skal gjøre (...). Det er jo spesialisthelsetjenesten som sitter på ressursene i forhold til behandling og videre arbeid, så vi er avhengige av dem for å komme noen vei med klienten (...) Så da blir det på deres premisser (Pia, sosialtjenesten).

Sosialtjenestens posisjon i samarbeidet omtales her som mer fleksibel enn spesialisthelsetjenestens. I dette ligger det at sosialtjenesten innretter seg sterkere etter spesialisthelsetjenestens praksis, enn omvendt. Det kan tolkes som om spesialisthelsetjenesten i større grad enn sosialtjenesten har klart å verne om sine feltgrenser. De fremstår som mer autonome og med større monopol over eget felt. Ved å stenge ute andre forståelser unngår de konkurranse og innblanding fra andre agenter, herunder sosialtjenesten. Videre har spesialisthelsetjenesten ressurser som sosialtjenesten er avhengig av. Dersom rusmiddelavhengige ønsker behandling er dette spesialisthelsetjenestens ansvarsområde. Samtidig kan man hevde at spesialisthelsetjenesten er like avhengige av sosialtjenesten, ved at sosialtjenesten har monopol på å gi bestemte tjenester. Til tross for dette kan utsagnet tolkes som at sosialtjenestens står i en mindre autonom posisjon enn spesialisthelsetjenesten.

4.2 Individuell plan som et koordinerende verktøy

Individuell plan skal sikre at det til enhver tid er en tjenesteyter som skal ha det overordnede ansvaret for oppfølgingen av tjenestemottaker, jf § 2-5a i spesialisthelsetjenesteloven, § 7-2 i helse- og omsorgstjenesteloven og § 2 i forskrift om individuell plan i NAV. Tjenesteyteren med oppfølgingsansvaret kalles en koordinator og denne personen skal ha ansvaret for å sikre samordning, avklare ansvarsforhold og støtte opp under tjenestemottakers medvirkning. Som nevnt innledningsvis er det sosialtjenesten som har det overordnede ansvaret for å utarbeide individuell plan og å koordinere planarbeidet (Helsedirektoratet 2010, 19-22). Av neste sitat fremgår det at oppnevningen av koordinator kan være utfordrende.

«Det virker mot sin hensikt. Det bidrar til mindre samarbeid, fordi det bare blir krangel om hvem som skal ha ansvar for hva» (Morten, sosialtjenesten). Informanten mener at kravet om å ha en koordinator kan skape konflikter, fordi det er uenighet omkring hvem som skal påta seg denne rollen. Dette gjelder ikke i den tiden hvor rusmiddelavhengige er innlagt til behandling. Da tar spesialisthelsetjenesten ansvaret for utarbeidelse og oppfølging av

individuell plan. Dette er en ansvarsfordeling som samtlige av informantene i begge tjenestene mener er mest naturlig og hensiktsmessig, på bakgrunn av at spesialisthelsetjenesten er den parten som har daglig kontakt med brukeren. Konfliktene Morten viser til i sitatet kan oppstå i forkant, samt i etterkant av institusjonsoppholdet. I disse fasene kan det være krevende å oppnevne en koordinator, til tross for at det fremgår av lovverket at ansvaret ligger hos sosialtjenesten.

«Ofte blir vi spurt om å være koordinører. Vi prøver å holde litt avstand til det. Vi kan ikke ha så veldig mange planer før det arbeidet skjærer seg» (Kristin, sosialtjenesten). Som sitatet viser forsøker samarbeidspartnere ofte å legge koordineringsansvaret for IP på sosialtjenesten fordi det er deres jobb. Det forventes rettmessig nok, i samsvar med lovverket, at sosialtjenesten skal påta seg koordinatorrollen. Sitatet kan imidlertid være et eksempel på at sosialtjenesten prøver å unngå dette ansvaret. Samtlige av informantene i sosialtjenesten mener de ikke har kapasitet til å koordinere alle planene fordi de har for mange brukere.

Hvis apparatet rundt hadde fungert sånn som det skal så kunne individuell plan fungert. Men det er ingen som har tid. (...). Jeg har mellom 170 og 180 LAR pasienter her på kontoret. Og hvis jeg skulle hatt ansvar for 170 individuelle planer så sier det seg selv hvor mye jeg ville klart å følge opp hver enkelt (Morten, sosialtjenesten).

Utsagnet belyser at det er store problemer med å få individuell plan til å fungere, fordi ansatte i sosialtjenesten har liten tid til oppfølging. Informanten ser for seg en situasjon hvor han skulle hatt ansvaret for oppfølgingen av 170-180 individuelle planer og viser til at det er vanskelig å forstå hvordan dette skulle la seg gjøre på en god måte. Den reelle situasjonen i sosialtjenesten harmoniserer dårlig med det koordineringsansvaret som er nedfelt i lovverket. Sosialtjenestens koordineringsansvar fremstår dermed som et paradoks ut i fra saksmengde. Informanten har et lovpålagt ansvar for å koordinere 170-180 individuelle planer, forutsatt at alle tjenestemottakerne har behov for langvarige og koordinerte tjenester, jf lov om sosiale tjenester i NAV § 18. Dette gjelder med mindre en annen kommunal instans står for hovedvekten av tjenestene, eller det gjøres unntak fordi tjenestemottaker i hovedsak har oppfølging fra spesialisthelsetjenesten (Helsedirektoratets 2010, 36).

At koordineringen kan være en tidkrevende oppgave kan man se ved å studere helsedirektoratets gjengivelse av eksempler på maler av IPer, som er publisert i veileder til forskrift om individuell plan (Helsedirektoratet 2010, 48-54). Det er ett eksempel på en mal brukt i kommunen, samt ett eksempel på en mal anvendt i helseforetakene (vedlegg 3 og 4). I malene fremgår det at koordinator og tjenestemottaker skal presisere tjenestemottakers

overordnede målsetting og delmål. Under hvert delmål skal de sammen avgjøre hvilke tiltak som er egnet for å nå målet, hvem som er ansvarlige for å følge opp tiltaket, samt sette en dato for oppstart og evaluering av tiltakenes effekt, samt måloppnåelse. Koordinatorens ansvar innebærer her å sørge for at samarbeidspartnere deltar og at det er et godt samarbeid mellom partene (Helsedirektoratet 2009, 17). Videre er det helt sentralt at IP blir brukerens egen plan. For at rusmiddelavhengige skal ha et eiendomsforhold til planen forutsettes det at de deltar aktivt i planarbeidet. Den individuelle planen skal utformes med brukerens egen ordlyd og koordinatoren må dermed ha en lyttende og støttende holdning. Dette medfører at det er helt avgjørende at relasjonen og tillitten mellom koordinator og tjenestemottaker er god (Helsedirektoratet 2009, 16-24).

Det kan ta tid å opparbeide en tillitsfull relasjon mellom koordinator og tjenestemottaker og det kan ta tid å sette seg inn i hvordan arbeidet skal gjøres (Helsedirektoratet 2009, 24). Dette er tid de ansatte ved sosialtjenesten ikke opplever at de har. Ansvar for å koordinere IP kan fremstå som uoverkommelig og de ansatte erfarer at de ikke strekker til når de oppnevnes som koordinatorene i ansvarsgruppemøter. Når LAR konsulenter kan ha ansvaret for opptil 180 brukere på en gang og saksbehandlere kan ha 80 brukere, er arbeidshverdagen i utgangspunktet svært presset. Det kan bli vanskelig å oppfylle lovverkets forventninger i alle sakene uten å få tilført nye ressurser, i form av egne koordinatorene eller flere ansatte. Videre kan det også være problematisk å ta på seg koordineringsansvaret for 10 individuelle planer, dersom det kan gå på bekostning av de 170 andre brukere som trenger hjelp og kanskje også har krav på den samme rettigheten.

4.2.1 Manglende koordinering som konfliktområde

Manglende koordinering fra sosialtjenestens side skaper et gjentakende konfliktområde i samarbeidsmøtene. Uenighetene kan oppta tid som egentlig skulle vært brukt for å jobbe med brukerens situasjon. I tillegg medfører manglende koordinering at brukerne ikke får den oppfølgingen de har krav på. Flertallet av informantene i begge tjenestene fremhever at det er få rusmiddelavhengige som har en individuell plan før de blir innlagt til behandling. En av informantene fra spesialisthelsetjenesten anslår at spesialisthelsetjenesten tar initiativ til igangsettingen av planarbeidet i 9 av 10 tilfeller. I tillegg til at mange rusmiddelavhengige ikke får sine rettigheter oppfylt, viser neste sitat at dette også skjer på et uheldig tidspunkt.

Mens pasienten er her er det veldig tydelig hvor koordineringen skjer fra. Når pasienten kommer ut igjen så er det mer fragmentert. (...). Og da blir det viktig å ha en koordinator slik at det blir helt tydelig hvem som skal hjelpe pasienten med å innkalle til møter. Da kan individuell plan i større grad være et nyttedokument som et koordineringsverktøy (Siri, spesialisthelsetjenesten).

Som informanten fremhever er oppfølgingen i behandlingsinstitusjonene tett. Ansatte og rusmiddelavhengige har kontakt hver dag og hjelpen er derfor lett tilgjengelig. Når brukeren skal skrives ut fra institusjonen vil kontakten mellom han/hun og hjelpeapparatet være mindre hyppig. I denne fasen kan hjelpeapparatet fremstå som mer uoversiktlig og utilgjengelig. Informanten mener derfor at det kan være særlig viktig å ha en koordinator å forholde seg til som kan samordne tjenestetilbudet. Når dette ansvaret ligger hos sosialtjenesten, som verken har nok tid eller ressurser til å følge opp oppgaven, kan den individuelle planen falle bort. Sosialtjenesten bryter loven og som en konsekvens av dette kan mange rusmiddelavhengige oppleve at de ikke får oppfylt sine rettigheter. Dersom individuelle planer ikke opprettes i forkant av, eller videreføres i etterkant av behandlingen, kan individuell plan miste sin koordinerende funksjon.

4.2.2 Rusmiddelavhengiges boligsituasjon

Mange av våre pasienter har vanskelig med å få bolig på det private markedet. De er ikke så veldig attraktive der. Det er ikke bare å gå på visning når du ikke har tenner. Det er store utfordringer som viser seg (Siri, spesialisthelsetjenesten).

Ikke overraskende påpeker informanten at rusmiddelavhengige opplever store utfordringer med å komme i en egnet boligsituasjon. Boligpresset i Oslo er stort (Boligprodusentene 2013) og rusmiddelavhengige stiller ofte bakerst i køen for å få bolig på det private leiemarkedet. Som sitatet viser kan bare det å gå på visning være utfordrende for rusmiddelavhengige på grunn av stigmatisering tilknyttet utseendet. I tillegg har mange økonomiske utfordringer og gjeld (St.meld.nr.9 2006-2007, 89), og kan derfor ikke stille med depositum selv. Den økonomiske situasjonen skaper utfordringer fordi mange utleiery krever direkte depositum og ikke aksepterer kommunal garanti (Vassenden, Bergsgard og Lie 2012, 77). Mange huseiere kan av disse årsakene vegre seg for å leie ut boligen til målgruppen.

Rusmiddelavhengige blir ikke bare svært stigmatisert på det private boligmarkedet. Også i det kommunale boligmarkedet kan det være vanskelig å få tilgang til bolig. Målinger utført av statistisk sentralbyrå (SSB) viser at kun 7 % av de som fikk tildelt kommunal bolig i 2011 var rusmiddelavhengige og at 5 % hadde en kombinasjon av psykiske og rusrelaterede problemer. Av statistikken fremgår det videre at rusmiddelavhengige kommer bakerst i køen, til fordel

for mennesker med behov for tilrettelagt bolig (for eksempel bolig uten trapper), flyktninger og de med andre problemer (blant annet sosiale og økonomiske).

De utfordringene rusmiddelavhengige opplever på boligmarkedet kan være problematiske både for brukeren selv, men også for sosialtjenesten og spesialisthelsetjenesten. I en stor andel av de individuelle planene er bolig en sentral målsetting. Det kan være krevende å arbeide mot dette målet, når motgangen rusmiddelavhengige møter er så stor. Selv om tjenesteapparatet og bruker utarbeider tiltak for å nå målsettingen i planen, så finnes det ikke nok egnede boliger, og private aktører ønsker ikke å leie ut boligen til målgruppen. Presset er særlig høyt på sosialtjenesten, som jf. lov om sosiale tjenester i NAV § 15 skal hjelpe til med å finne boliger til mennesker som ikke klarer dette selv og som i tillegg er forpliktet til å finne midlertidige bosteder, jf lovens paragraf 27.

Flere informanter fra spesialisthelsetjenesten mener at rusmiddelavhengige ofte må stå på venteliste til kommunale boligtiltak eller får tilbud om uegnede bosteder, fordi sosialtjenesten har så omfattende problemer med å finne egnede løsninger. Samtidig kan utfordringene med å finne egnede boliger handle om at rusmiddelavhengige kan ha lav "boevne" og/eller utagerende atferd som kan være til allmenn forstyrrelse (Vassenden, Bergsgard og Lie 2012, 84). Dette kan føre til at de ikke stiller først i køen for tildeling av kommunal bolig.

Til tross for at rusmiddelavhengiges problemer på boligmarkedet er store, ble spesialisthelsetjenesten behandlingstilbud i de tverrfaglig spesialiserte institusjonene endret høsten 2010 som en del av omorganiseringer. Et mål var å effektivisere institusjonene ved å redusere behandlingstiden til 3 måneder. Før dette var den gjennomsnittlige behandlingstiden på godt over et år. Det sentrale i denne sammenheng er at endringen medfører at sosialtjenesten må finne en egnet bolig til brukeren i løpet av kortere tid enn tidligere, selv om ventelistene er like lange som før endringen. Omorganiseringen kan dermed ha gjort det enda vanskeligere å sikre kontinuiteten og helheten i tjenesteapparatet enn tidligere.

På den ene siden krever man at sosialtjenesten skal ha en tilfredsstillende bolig som ikke er lavterskel, på den andre siden sier vi at det skal dere få til på tre måneder. Og sånn er det ikke. Vi tilrettelegger for noe som ikke stemmer overens med hvordan virkeligheten ser ut. Kart og terreng passer ikke sammen. (...). Det er en utopi sånn som ting er nå (Siri, spesialisthelsetjenesten).

Utsagnet belyser at sosialtjenesten er i en håpløs situasjon. Som det fremgår av sitatet mener informanten at sosialtjenesten har for kort tid til å finne en bolig som er tilfredsstillende. Samtlige av informantene ved begge tjenestene fremholder at søkeprosessene er så lange at

dersom rusmiddelavhengige kommer inn i behandling uten å ha et bosted, vil det heller ikke være noen kommunal bolig eller boligtiltak tilgjengelig i løpet av tre måneder. Med grunnlag i dette opplever informanten at kartet og terrenget ikke passer sammen. Lovverket gir føringer som det er umulig å etterkomme. Mens forutsetningene for spesialisthelsetjenestens praksis er å ha korte effektive behandlinger, er sosialtjenestens forutsetninger effektiv saksbehandling. Sosialtjenesten har for stort press, for mange saker og for lite ressurser til å løse boligproblemet på denne korte tiden. Det viser at lovverket er i uttakt med realiteten, og at dette bidrar til å skape utilbørlig press på sosialtjenesten.

4.2.3 Manglende boliger som konfliktområde

Gjennomgangen gir grunnlag for å undre seg over hvor effektiv spesialisthelsetjenestens omorganisering har vært. Det er mulig at spesialisthelsetjenesten kan klare å behandle flere rusmiddelavhengige enn tidligere ved hjelp av kortere institusjonsopphold. På en annen side er det grunn til å tro at effekten av behandlingen vil være kortvarig dersom rusmiddelavhengige ikke får videre oppfølging i etterkant. En egnet bolig er svært viktig for at brukeren skal kunne arbeide videre mot de målene som er satt i den individuelle planen. Neste sitat viser dessuten at omorganiseringen kan resultere i at de løsningene som oppdrives på tre måneder er uegnede.

Det vil være uforsvarlig å sende en rusfri pasient ut, uten at det finnes noe botiltak. Jeg vet ikke helt hva som er tanken der, men det blir litt til mens vi går. Og sånn som det er nå får vi det ikke til. (...). I utgangspunktet blir ikke behandlingstiden forlenget fordi en pasient ikke har bolig. Men det har ikke hendt at vi har skrevet ut en rusfri pasient, når det eneste sosialtjenesten kan tilby er lavterskel, altså hospits. Så vi får jo "kjelket" det til på et vis at vi får forlenget tiden, eller at det er andre tiltak som kan passe i mellomtiden. Men det er en kjempe utfordringer (Siri, sosialtjenesten).

Lavterskeltilbud fremstår som de mest tilgjengelige boligløsningene, men samtidig også som de minst akseptable alternativene. Dette er fordi de innebærer medbeboere i aktiv rus. Samtlige informanter fra spesialisthelsetjenesten opplever lavterskeltilbud som synonymt med å skrive en rusfri bruker ut til gaten. Derfra er veien kort tilbake til uføret. Som informanten påpeker har utfallet så langt, vært at ansatte i spesialisthelsetjenesten ikke har etterholdt endringen i behandlingstiden. De har brukere innlagt lengre enn nødvendig, i påvente av at sosialtjenesten skal finne en tilfredsstillende bolig. Dersom spesialisthelsetjenesten ikke får skrevet ut brukere etter endt behandlingstid, kan inntaket av nye brukere bli forsinket. Dermed kan også ventelistene for å bli innlagt til rusbehandling bli lange. Noen av informantene i sosialtjenesten påpeker at behandlingstilbudet blir utilgjengelig for rusmiddelavhengige

dersom de må vente i flere måneder på et institusjonsopphold, fordi det kan være vanskelig for dem å opprettholde motivasjonen og ønsket om hjelp. På bakgrunn av dette kan man hevde at omorganiseringen ikke har gjort tjenestetilbudet mer effektivt på nåværende tidspunkt, men tvert i mot har skapt større utfordringer for samarbeidet og ikke minst at presset på sosialtjenesten har økt.

En av målsettingene med individuell plan er å bidra til et mer helhetlig og koordinert tjenestetilbud. Her utgjør et bosted i etterkant av behandlingen en sentral del av det helhetlige aspektet. Dersom sosialtjenesten ikke får til dette, kan det også bli vanskelig å få individuell plan til å fungere som et helhetlig og koordinerende verktøy i samarbeidet. Det er ikke nok at spesialisthelsetjenesten får til planarbeidet og følger opp rusmiddelavhengige så lenge de er innlagt, når sosialtjenesten ikke klarer å følge opp i etterkant. IP krever tid og ressurser som sosialtjenesten ikke har. Dermed står tjenestetilbudet i fare for å mangle kontinuitet og bli fragmentert og som følge av dette kan rusmiddelavhengige stå i fare for å ikke få den hjelpen de trenger. En av informantene i spesialisthelsetjenesten har en mulig løsning på problemet;

Kanskje en sånn bot ordning klarer å legge press på at man klarer å finne de løsningene som man ikke finner til vanlig. For det er alltid en mulighet og her er det økonomien som er inne i bildet. Da kommer kanskje sosialsjefen til å åpne lommeboken litt (Lene, spesialisthelsetjenesten).

Informanten mener at dersom sosialtjenesten ble bøtelagt for å ha rusmiddelavhengige innlagt lengre enn nødvendig, kunne nye løsninger på boligutfordringene blitt aktuelle. En løsning kan for eksempel være å kjøpe plasser fra private aktører som tilbyr boliger med oppfølging eller institusjoner. Per dags dato brukes disse sjeldent fordi de, i følge informanten, betraktes som dyre løsninger av sosialtjenesten. Tiltaket som informanten viser til er allerede gjennomført i andre deler av tjenestetilbudet. Som en følge av samhandlingsreformen fikk kommunene i 2012 økonomisk ansvar for utskrivningsklare pasienter innlagt på somatisk sykehus. Dette innebærer eksempelvis at kommunene blir bøtelagt dersom de ikke har sykehjemsplass til eldre pasienter som er utskrivningsklare fra sykehuset (St. meld nr. 47 2008-2009, 32). I første omgang gjaldt ikke denne ordningen for pasienter med psykisk sykdom eller rusmiddelavhengighet, men det er varslet om en gradvis innføring også innenfor disse delene av tjenesteapparatet (St.meld.nr. 30 2011-2012, 11).

På den ene siden kan man hevde at dagbot ordningen ikke vil ha noen effekt for tjenestetilbudet her og nå. Det er fortsatt for få kommunale boliger og sosialtjenesten har fortsatt begrensede ressurser til å kjøpe bolig tjenester av private aktører. På en annen side kan

ordningen forstås som hensiktsmessig i et lengre tidsperspektiv. Dersom kommunen blir bøtelagt når rusmiddelavhengige er innlagt etter behandlingsfristen, kan kommunen tvinges til å prioritere rusmiddelavhengige og til å bygge flere kommunale boliger. Det er dermed mulig at samarbeidet mellom sosialtjenesten og spesialisthelsetjenesten kan bli enklere fordi løsninger som fremstår som umulige i dag kan bli tilgjengelige i fremtiden. Dette kan bidra til å gjøre samarbeidet lettere, bidra til mer effektivitet og sikre rusmiddelavhengige et helhetlig behandlingsforløp.

4.3 Individuell plan – betydningsfull eller perifer løsningsstrategi?

Flere av informantene i begge tjenestene er positive til hensikten med individuell plan og mener at den i teorien kunne vært et godt arbeidsredskap i samarbeidet. De mener at den kunne vært med på å tydeliggjøre brukerens situasjon, ønsker og målsettinger for fremtiden. Den kunne også gjort arbeidet mot disse målene mer oversiktelig fordi det fremgår av planen hvem som har ansvar for hva. Noen av informantene fra sosialtjenesten og spesialisthelsetjenesten peker videre på at det kan gi brukeren økt mestringsfølelse å se at målene som er nedskrevet i planen nås. Ideen bak individuell plan er god, men den får allikevel liten verdi i praksis.

«Jeg mener at individuell plan bare er keiserens nye klær. IP er bare en fortsettelse av de planene vi hadde tidligere, satt litt mer i system» (Morten, sosialtjenesten). To av informantene i sosialtjenesten bruker betegnelsen ”keiserens nye klær” for å beskrive hvilken funksjon individuell plan har for samarbeidet. Med grunnlag i denne forståelsen kan man hevde at det investeres tid og ressurser i IP, men at resultatet stort sett bare er fine ord og lite endringer i tjenestetilbudet. IP kan beskrives som gammel praksis i ny forkledning. De to andre informantene i sosialtjenesten fremholder også at individuell plan har liten betydning for samarbeidet. Flere av informantene i sosialtjenesten mener at IP i liten grad har tilført praksisfeltet noe nytt. Den er en videreføring av gammel praksis hvor mål om individuell tilpasning, koordinering, samt helhetlige tjenester var sentrale også før innføringen av IP. Den eneste endringen noen av dem påpeker er at IP har erstattet gamle plandokumenter og dermed har gjort planarbeidet litt mer systematisk.

Også to av informantene i spesialisthelsetjenesten viser til at individuell plan bærer mer preg av store ord og forventninger fra ledere og politikere, enn faktiske endringer i praksis. Som flere av informantene fra begge tjenestene sier selv er det ikke individuell plan som er årsaken til velfungerende ansvarsgrupper, og motsatt er den heller ikke årsaken til dårlig samarbeid.

Dersom man ser enkelt sitatene i sammenheng kan det tyde på at en felles oppfatning av individuell plan har befestet seg hos flertallet av informantene.

For så vidt kan man si at individuell plan skaper et felles referansepunkt fordi flere instanser anvender plandokumenter med samme utgangspunkt, og at den kan fungere som en skriftlig kontrakt mellom partene, som forplikter sterkere enn en muntlig avtale. På en annen side har tjenesteapparatet like sterke plikter ovenfor rusmiddelavhengige selv om de ikke har en IP. Tjenesteapparatet er forpliktet til å sørge for bolig, økonomisk stønad, behandling osv, dersom tjenestemottaker har behov for det. Ikke desto mindre fremgår rusmiddelavhengiges rett til å få et individuelt tilpasset tjenestetilbud og brukermedvirkning også av lovverket, jf. lov om sosiale tjenester i NAV § 42 og pasient og brukerrettighetsloven § 3-1. Pia (sosialtjenesten) mener at myndighetenes løsninger på utfordringene i praksisfeltet har liten funksjon for samarbeidet om rusmiddelavhengige.

Jeg synes det er veldig mange av lovendringer som kommer som fremstilles som veldig store ting. De "hypes opp", sånn som IP. Man bruker så ufattelig mye ressurser på å lage det, man bruker mye ressurser på å lære folk opp. Når IP kom skulle man promotere det ovenfor klientene og for samarbeidspartnere. Man setter i gang så ufattelig mye. Også er det sånn, vi gjør jobben vår i det daglige. Når jeg tenker på det så synes jeg det er veldig trist at vi bruker så mye ressurser på sånne ting, istedenfor å kanskje bruke det på noe som allerede fungerer.(...). Det er mye styr for lite på en måte. Og det viser seg gang på gang på gang på gang at det har ikke så mye å si for den jobben vi gjør, egentlig (Pia, sosialtjenesten).

Informanten mener at løsningene som fremstilles på utfordringene i praksis ofte har lite verdi. Lovendringer, samhandlingsreformen og individuell plan blåses opp som store og viktige redskaper for å sikre rusmiddelavhengige den hjelpen de har krav på. Det brukes mye penger på både iverksettelse og gjennomføring, og allikevel opplever informanten at de ikke innebærer noen reell endring. Tiltakene er kun en videreføring av de arbeidsmetodene som allerede anvendes i samarbeidet. Sitatet kan forstås som et uttrykk for frustrasjon over at myndighetene ikke prioriterer å styrke tjenestetilbudet og å øke ressursene der man ser at ting fungerer.

4.3.1 Myndighetenes makt over rusfeltet

Av datamaterialet fremgår tre sentrale problemer for å få individuell plan til å fungere i samarbeidet mellom sosialtjenesten og spesialisthelsetjenesten. Som allerede beskrevet handler disse om et høyt antall saker i sosialtjenesten, at koordineringsansvaret er lagt hos sosialtjenesten og at det er vanskelig å finne bolig til rusmiddelavhengige fordi det mangler

boliger og at brukergruppen ikke prioriteres i bolig køen. Det er grunnlag for å hevde at problemene som viser seg i samarbeidet er forankret på strukturelt nivå. Dette kan begrunnes av at staten er et maktfelt som bestemmer hvordan samfunnet skal organiseres. Den måten staten organiserer samfunnet på avhenger av dens metakapital, altså hvilke kapitalformer som inngår i maktfeltet (Bourdieu 1996, 55). Kjennetegnet i moderne samfunn er at ulike kapitalformer som den politiske, juridiske, vitenskapelige og økonomiske, inngår i den totale sammensetningen (Bourdieu 1993, 52).

At maktfeltet rommer flere kapitalformer fører til at arbeidsdelingen i herredømmet er sammensatt og kompleks (Bourdieu og Wacquant 1993, 52). I rusfeltet vil agenter derfor måtte konkurrere om hvilken kapitalform som skal være viktigst i utformingen av ruspolitikken og dermed gir tilgang til mest makt. En kan hevde at maktkampen innenfor det politiske felt består av agentenes uenighet om hva som er legitime forståelser og løsninger på problemer. Kampene handler dermed om hvilken arena problemet tilhører og hvilke løsninger som skal anvendes (Hjellbrekke og Osland 2010, 282). I rusfeltet kan denne striden komme til uttrykk gjennom uenighet om hvorvidt ruspolitikken skal defineres i økonomiske termer, hvor løsninger sentraliserer seg rundt kostnadseffektivitet. Eller om den på andre siden skal defineres i vitenskapelige termer, og at løsninger velges ut i fra hvilke tiltak som har best behandlingseffekt. Samtidig kan agenter i det politiske feltet strides om hvilke felt politikken skal prioritere. Striden kan handle om hvorvidt det skal satses på for eksempel rusfeltet eller utdanningsfeltet når samfunnets ressurser skal fordeles.

Bourdieu sier at det økonomiske feltet har blitt svært mektig i moderne samfunn (Bourdieu og Wacquant 1993, 94). Dette kan også sies å gjelde i den norske feltstrukturen, fordi samfunnsøkonomene har fått stor innflytelse over flere departementer i samfunnet (Hjellbrekke og Osland 2010, 282). At myndighetene har gjennomført en rekke reformer samsvarende med NPM tankegangen siden 1980 tallet (Stamsø 2009, 67-68), kan også tyde på at økonomisk kapital har stor betydning for organisering av tjenestetilbudet. NPM tankegangen påvirker rusfeltet på flere måter. Som nevnt i innledningskapittelet har desentralisering medført at oppgaver har blitt overført fra sentrale myndigheter til regionale og lokale myndigheter. Specialisthelsetjenesten har fått behandlingsansvaret for rusmiddelavhengige og kommunen har fått et stort ansvar for forebygging, oppfølgingsarbeid og koordinering av tjenestetilbudet (St.meld. nr. 30, 2011-2012, 20-25). Videre har kommunen fått økt ansvar for boligpolitikken (Stamsø 2009, 78-79). I tillegg har

rusmiddelavhengige fått sterkere rettigheter, både ved iverksettelsen av pasient- og brukerrettighetsloven i 1999 og ved rettighetsfestingen av individuell plan i 2004.

I NPM vektlegges klare målsettinger og det er ofte krav til å måle resultatene (Stamsø 2009, 67-68). I lys av dette kan individuell plan også forstås som et krav staten pålegger rusfeltet for å få sterkere kontroll over resultatene tjenestene frembringer. Gjennom å telle hvor mange planer som utformes ved hver institusjon, presses de ansatte til å handle i samsvar med lovverket. Statens kontroll over rusfeltet fremgår ikke minst av at de i forbindelse med samhandlingsreformen i 2012 påla kommunen og spesialisthelsetjenesten å inngå samarbeidsavtaler (St.meld. nr. 30, 2011-2012, 22). Dette gir også grunnlag for å hevde at agenter med politisk kapital har stor innflytelse over rusfeltet. Politikerne har mulighet til å tvinge gjennom lovendringer som individuell plan, og ansatte i rusfeltet forventes å følge disse. At tjenesteyternes oppgaver fremgår av lovverket, synliggjør videre at den juridiske kapitalen tillegges sterk betydning i maktfeltet.

Individuell plan og lovpålagte samarbeidsavtaler er noen av eksemplene på hvordan maktfeltet tvinger rusfeltet til å underlegge seg idealer som effektivitet, desentralisering, rettighetsfestning og resultatmåling. Av dette kan man tolke at et økonomisk effektivt tjenestetilbud forstås som en nødvendighet. Det kan sees som et doxa i staten, politikken og i maktfeltet for øvrig.

4.3.2 Myndighetenes desentralisering av dilemmaer

Flere av informantene ved begge tjenestene mener at de kravene de underlegges ikke nødvendigvis forbedrer samarbeidet. Av neste sitat fremgår det at økonomien ofte er den utfordringen som begrenser samarbeidet mest.

Vi kan jo mene at en person bør ha oppfølging 7 dager i uken av en booppfølger, men det har ikke bydelen anledning til fordi den ene booppfølgeren skal følge opp så mange andre også. Da må selvfølgelig alt begrunnes med noe annet enn økonomi. Så det er jo vanskelig for NAV å gå faglig inn på hvorfor den pasienten ikke trenger oppfølging så mange ganger, når vi som spesialisthelsetjenesten har sagt at det gjør den. Da har man jo forståelse for at dette handler om økonomi. Det handler ikke om at de er totalt uenige i vår vurdering, selv om det er ting som ikke kan bli sagt høyt (Lene, spesialisthelsetjenesten).

Som informanten påpeker kan økonomiske begrensninger i sosialtjenesten resultere i at rusmiddelavhengige ikke får det tilbudet han/hun trenger. Fordi sosialtjenesten jf. § 3-7 i lov om sosiale tjenester i NAV skal medvirke til å skaffe bolig til personer som ikke kan ivareta

sine interesser på boligmarkedet, herunder gi hjelpetiltak (som booppfølging) for dem som trenger det, kan det være problematisk om de begrunner et avslag med økonomiske begrensninger. Til tross for at de gir andre begrunnelse for avslaget, foreligger det allikevel en uutalt forståelse mellom samarbeidspartnerne om at det er økonomien og ikke andre forhold som er årsaken, i følge informanten. Flere av informantene i sosialtjenesten og spesialisthelsetjenesten beskriver at økonomiske målsettinger er roten til flere av problemene som oppstår i samarbeidet. Et gap mellom ressurser og forventet måloppnåelse i institusjonene resulterer i et høyt arbeidspress og manglende oppfølging av rusmiddelavhengige.

Utfordringene informantene opplever kan forstås som et resultat av statens makt over rusfeltet. For det første har myndighetene autoritet til å definere hvilke målsettinger sosialtjenesten og spesialisthelsetjenesten skal innfri. Gjennom NPM strategier har myndighetene desentralisert ansvarsoppgaver og pålagt sosialtjenesten og spesialisthelsetjenesten å anvende individuell plan. For det andre har myndighetene autoritet til å utforme tjenestetilbudets organisering og står ansvarlige for tildelingen av ressurser. Det sentrale er at utfordringene informantene opplever er en konsekvens av at myndighetene ikke legger til rette for at tjenesteyterne skal oppfylle sine forpliktelser. Det som fremstår som en maktkamp mellom sosialtjenesten og spesialisthelsetjenesten, omhandlende konfliktområdene i individuell plan, handler om utformingen av tjenestene. Sosialtjenesten kan ikke klare å klare å koordinere planarbeidet når de har 180 saker, og de kan ikke klare å finne boliger til rusmiddelavhengige når myndighetene ikke bygger et tilstrekkelig antall.

Et stort problem med individuell plan er at det skal måles hvor mange planer tjenestene utarbeider. En sentral intensjon med NPM strategiene er at tjenesteyterne skal overvåkes for å forsikre at rettsikkerhetskravet ivaretas (Vike 2004, 29). Dokumenter som individuell plan kan dermed bidra til å gjøre resultatene av tjenesteyternes arbeid mer synlig. Problemet er imidlertid at det kan hevdes at denne synligheten har lite verdi, fordi den legger ansvaret for utilstrekkelige tjenester over på tjenesteyterne og derfor gir et begrenset bilde av de faktiske forholdene (Ingerid Aamodt 2011, 149).

Kravet om individuell plan kan bidra til å synliggjøre at samarbeidet ikke fungerer fordi sosialtjenesten ikke utarbeider og koordinerer planarbeidet. Det som problematiseres er sosialtjenestens brudd på sine lovpålagte forpliktelser, mens statens ansvar for å gjøre det mulig for sosialtjenesten å oppnå målsettingen forblir uutalt. Det er lite søkelys på det faktum

at sosialtjenesten, med et allerede omfattende ansvar, i liten grad kan lykkes som koordineringsansvarlige uten å få tilsvarende nye ressurser. Et annet forhold som problematiseres er lange ventelister i spesialisthelsetjenesten. Det som i mindre grad problematiseres er at ventelisten kan gå ned forutsatt at behandlingstiden reduseres og at det bygges flere boliger til rusmiddelavhengige. Man kan derfor hevde at kravene tjenestene pålegges gjennom individuell plan, er en ansvarsfraskrivelse fra politikerne til administrasjonen. Politikerne desentraliserer dilemmaer til agentene på laveste nivå, og konstruerer samtidig en historie som kun er en liten del av virkeligheten. Dermed underkjennes andre forståelser (Ingerid Aamodt 2011, 148-149).

Staten har makt til å erklære hva noe er og skaper dermed bestemte sannheter i samfunnet (Bourdieu 1996, 67). Politikerne konstruerer en forståelse av et velferdssystem uten grenser gjennom vektleggingen av den universelle velferdsambisjonen. Dette skaper forventninger om at alle som har behov for hjelp skal få det. Denne fremstillingen av staten konstrueres parallelt med at offentlig sektor underlegges strengere økonomisk rammer. Tjenestene får stadig større ansvar uten at ressurstilførselen øker, noe som gjør arbeidshverdagen kompleks og presset (Ingerid Aamodt 2011, 148). Det er dermed mulig å hevde at politikerne går i allianse med brukerne og folk flest om at tjenestene er for dårlige. Slik undergraves også tilliten til systemet, til tross for at de profesjonelle strekker seg langt (Ingerid Aamodt 2011, 148). Statens makt over borgernes kategorisering og forståelse av samfunnet blir her tydelig. De har makt til å desentralisere uløselige dilemmaer til tjenesteapparatet og samtidig fremstille tjenestene som utilstrekkelige. Ved at disse forståelsene er forankret i strukturen og kroppsliggjorte fremstår de som sannheter for individene selv. På denne måten kontrollerer de menneskenes handlinger i det stille (Bourdieu 1996, 66-67).

4.3.3 Myndighetenes tilsløring av faktiske forhold

Det hevdes at det som fremstilles som effektivitetsproblemer i tjenestene, grunner i staten grunnleggende kapasitetsproblemer (Vike 2004, 49). Ved å legge ansvaret over på administrasjonen og å fremstille enn sannhet om for dårlige tjenester, unngår de å erkjenne de faktiske forholdene. En kan hevde at realiteten er at velferdsstaten har kommet på etterskudd. Den koster for mye å realisere en velferdsstat med universelle ambisjoner. Den norske velferdsmodellen har skapt store forventninger blant borgerne, og politikerne har ikke vært villige til å definere grenser for tjenestene. Selv om alle er enige om at prioriteringer er nødvendig, vil få ta ansvaret for å prioritere noen tjenester mindre når andre skal vektlegges

sterkere. Manglende grensesetting skaper et uløselig og grensesprengende dilemma (Vike 2004, 96-97), som forsøkes løst på administrativt nivå.

Dersom dagens utfordringer i tjenestetilbudet grunner i kapasitetsproblemer, stemmer ikke statens fremstilling av seg selv overens med faktiske forhold. Statens konstruksjon av seg selv som universell og ubegrenset kan forstås som en måte å vedlikeholde borgernes forståelse av et helhetlig og folkelig samfunn. Bourdieu hevder at ideen om folkekulturen er strukturell forankret og bidrar til en falsk opplevelse av fellesskap (Bourdieu og Wacquant 1993, 70-71).

Oppslutningen om velferdsstaten bygger nettopp på likhetsidealet som begrunnes med at alle er like mye verdt, at det er rettferdig at samfunnets goder fordeles likt og at likhet skaper harmoni og effektivitet (Halvorsen 2005, 34). Ved å fremme dette idealet og samtidig unngå å definere grensene for velferdsytelsene, kan staten opprettholde oppslutningen om samfunnet. Den konstruerer en nasjonal forestilling om et likhetsfremmende og inkluderende samfunn, som kan betraktes som en symbolsk kapital. Når folket anerkjenner og gir verdi til statens konstruksjon reproduseres statens makt (Bourdieu 1996, 62). Hadde statens evne til å styre landet derimot blitt satt i tvil, kunne dette svekket den statlige metakapitalen og mektige agenter kunne mistet sin posisjon (Bourdieu 1996, 56). I lys av Bourdieu kan myndighetenes ansvarsfraskrivelse dermed forstås som en tilsløring av virkelige forhold for å opprettholde sin dominerende samfunnsposisjon.

4.4 Sosialarbeiderens posisjon i rusfeltet

Informantenes habitus er et produkt av sosialiseringen (Bourdieu og Wacquant 1993, 111) og vil derfor ha en del fellesnevne. Gjennom sin utdanning i sosialt arbeid har de internalisert sosialt arbeids faggrunnlag og verdier. De har ervervet en kulturell kapital, som i stor grad utgjør en del av bakgrunnen for deres handlinger og forståelse av verden. Felles for informantenes habitus er også deres tilhørighet til det norske samfunnet og et vestlig preget menneskesyn. Da de startet å arbeide med rusmiddelavhengige ble deres habitus i tillegg formet gjennom tilhørigheten til rusfeltet. Det er imidlertid grunnlag for å anta at ikke alle informantene relaterer seg like sterkt til rusfeltet. For saksbehandlere i sosialtjenesten utgjør rusmiddelavhengige en av flere brukergrupper de arbeider med, og deres tilknytning til rusfeltet kan dermed forstås som svakere fundert enn informantene som er ruskonsulenter eller arbeider i spesialisthelsetjenesten.

Felles for informantenes habitus er at deres meninger og valg, handlinger og praksis blant annet styres ut i fra de verdiene, holdningene og kulturelle vanene de har internalisert gjennom utdannelsen, gjennom sin tilhørighet til feltet og deres arbeidstilknytning. Informantenes subjektivitet er med andre ord noe sosialt og kollektivt (Bourdieu og Wacquant 1993, 106). Neste sitat kan være et eksempel på at de strukturene som informantene sosialiseres inn i, ikke alltid harmoniserer med hverandre.

Koordineringen blir nedprioritert på grunn av tid og arbeidsmengde, det er så mye annet å gjøre. Og siden det er så mye man skulle ha gjort så gjør man kanskje ikke tilstrekkelig av koordineringsbiten, som jeg føler er en av de viktige tingene ved å være sosionom. Sosionomen skal se hele bildet av hva klienten trenger (Hanne, sosialtjenesten)

Utsagnet kan belyse at det er manglende samsvar mellom en sosialfaglig habitus og rusfeltets organisering. Hannes forståelse er at sosialt arbeid handler om å se "personen i situasjonen". Som sosialarbeider kjenner hun derfor et ansvar for å ha et helhetlig syn på rusmiddelavhengige, samt deres situasjon og behov for å kunne gi en best mulig hjelp. I rusfeltet overskygges imidlertid denne forståelsen av andre idealer. Ved tilhørighet til sosialtjenesten og som iverksettere av sosialpolitiske tiltak, tvinges informantene til å underordne seg en økonomisk logikk. Dette fremgår av at de får ansvaret for svært mange brukere og gis liten tid til individuell oppfølging. Kravene om å telle og rapportere bidrar til økt standardisering og kan stå i kontrast til sosialt arbeids verdier om å tenke på brukerens beste. Man kan hevde at effektiviteten har blitt et mål i seg selv og at dette gjør det vanskelig for informantene å bruke sin sosialfaglige kapital (Røysum 2012, 110). Dette fordi en helhetlig oppfølging forutsetter gode relasjoner mellom tjenestemottaker og tjenesteyter (Fellesorganisasjonen 2002, 9) og dermed kan være tidkrevende.

Det er mulig å si at sosialarbeidere stilles ovenfor en forenklet form for helhetlig oppfølging i NAV systemet. Dette kan fremgå av at sosialarbeidere selv vektlegger en bred tilnærming til brukerens situasjon, hvor det skal arbeides på flere nivåer og i ulike faser av brukernes behov. De ønsker å forstå brukerne som mennesker og ikke som en sak, eller et behov som skal oppfylles. I NAV forventes de derimot å utføre en svært forenklet form for oppfølging ved at de pålegges detaljerte retningslinjer for hvordan oppfølgingsarbeidet skal foregå, og de forventes å frembringe vedtak på en effektiv måte. En effektiv saksbehandling gir dermed mindre rom for å arbeide med langsiktig brukeroppfølging enn sosialarbeiderne mener er nødvendig (Røysum 2012, 109-110).

I tillegg stilles informantene i sosialtjenesten overfor forventninger fra andre enn NAV og egne yrkesetiske forventninger. De møter forventninger fra lovverket om at de skal realisere målsettingene om individuell plan om helhetlig og individuell oppfølging, samtidig som myndigheter forventer at de skal være effektive. Samarbeidspartnere forventer at sosialtjenesten skal ta større ansvar, mens kollegaer forventer at de skal sette grenser. I tillegg forventer brukerne å få den hjelpen de trenger. Motsetningene i forventningene kan resultere i at informantene fra sosialtjenesten opplever et krysspress, som gjør det vanskelig å avgjøre hvor lojaliteten skal plasseres. Med grunnlag i sosialarbeiderens yrkesetikk kan en likevel hevde at sosialarbeidere skal sette brukerens interesse først (Kjørstad 2005, 383-387).

Hannes utsagn kan tolkes som et uttrykk for at hennes sosialfaglige habitus får for lite spillerom i rusfeltet. Dette samsvarer med at sosialarbeidere i NAV erfarer at det tas lite hensyn til deres profesjonelle verdier i utformingen av vedtak. Staten dominerer med hensyn til hvilke oppgaver som skal prioriteres og hvordan de skal løses. Slik tillegges sosialarbeideres profesjonelle kunnskap mindre vekt (Røysum 2012, 111). Dette gir grunnlag for å påpeke at sosialfaglig kapital gir informantene lite tilgang til makt over rusfeltet. I følge Bourdieus er maktfeltet et spill om tilgang til den statlige kapitalen, herunder innflytelse og makt til å organisere samfunnet (Bourdieu og Wacquant 1993, 100). En kan dermed hevde at sosialfaglig kapital betraktes som underordnet andre kapitalformer i samfunnet. Følgende sitat kan belyse hvordan en av informantene i spesialisthelsetjenesten forstår sin mulighet til å påvirke den økonomiske logikken rusfeltet er underlagt.

Man kan jo tenke at dette er på et så høyt nivå at det ikke er noe vi kan gjøre noe med hvis vi ikke går inn i politikken og begynner å jobbe derfra. Det handler om at de bør ansette flere booppfølgere. Også kan man jo selvfølgelig bli frustrert over at NAV sine ressurser noen ganger kanskje er litt for lite (Lene, spesialisthelsetjensten).

Av utsagnet fremgår det at Lene forstår sine muligheter for å endre det økonomiske rammeverket som begrenset. Manglende booppfølging henger sammen med for få ansatte i denne stillingen, og er noe som avgjøres av politikerne. Det er noe man kan være uenig i, samt bli irritert over, men man må innfinne seg med det dersom man ikke engasjerer seg politisk. Sitatet kan dermed tolkes som et uttrykk for at informanten har valgt å tilpasse seg det spillet som allerede er i gang i rusfeltet. Denne holdningen gikk igjen i samtlige av intervjuene. En slik taktikk innebærer i følge Bourdieu, at agentene handler i tråd med og støtter opp under den etablerte strukturen (Bourdieu og Wacquant 1993, 85). Med denne strategien vil informantene bidra til å opprettholde og reproducere den økonomiske logikken

og maktforholdene i rusfeltet. Dette trenger likevel ikke å bety at informantene ikke engasjerer seg i maktkampen. I neste sitat fremgår det at deltagerne i samarbeidet kan fremme rusmiddelavhengiges sak, gjennom gode og velbegrunnede argumenter ovenfor ledelse.

Våre tilbakemeldinger på hva pasienten egentlig trenger kan være for dårlige, vi må begrunne mer hvorfor vi mener at pasienten har behov for det og det. For at de (sosialtjenesten) skal ha mer tyngde når de tar det opp med sine ledere (...) Det er liksom ikke noe vi kan si at dette mener vi at pasienten trenger, også fikser de det. Vi må være flinke, komme med observasjoner og utredninger som støtter det vi mener er rett for pasienten. Jo tydeligere vi er på det, jo enklere er det å få det til (Lene, spesialisthelsetjenesten).

Informantene kjemper for å fremme sin kapital i rusfeltet. Taktikken de bruker er ved å spille med spillet, gjennom spillets retningslinjer. De bruker de virkemidlene som er godtatt ut i fra den posisjonen de innehar. En grundig utredelse og godt begrunnede tiltak fra spesialisthelsetjenesten, gir informantene i sosialtjenesten noe å slå i bordet med ovenfor sine ledere. De kjemper om å få gjennomslag for sin sosialfaglige kapital, en kapitalform som er verdsatt i rusfeltet. I lys av Bourdieu er det dermed mulig å hevde at de kjemper for å øke vitenskapens stilling i maktet. Samtidig erfarer Lene og flere av de andre informantene at dette ikke er nok på bakgrunn av den posisjonen de har i feltet. Som det laveste nivået i administrasjonen befinner de seg i en dominert posisjon hvor de må gå på akkord med sine sosialfaglige prinsipper. Dette gjelder særlig de ansatte i sosialtjenesten. Man kan hevde at informantene har en fot i begge leire. Bourdieu sier at vitenskapelige agenter står i en dominert posisjon fordi de styres av sosiale krefter, på samme tid som deres posisjon er blant de dominerende i samfunnet. Ofte betrakter de seg selv som frigjørere og streber etter autonomi, til tross for at de oftere bidrar til å opprettholde den etablerte ordenen, enn å gjøre opprør (Bourdieu og Wacquant 1993, 175-176).

4.5 Rusmiddelavhengiges marginaliserte posisjon

Samfunnets kapasitetsproblemer krever en løsning, et løsningsansvar som tillegges agenter på laveste nivå i byråkratiet. Når sosialtjenesten konsekvent forsøker å gi andre samarbeidspartnere koordineringsansvaret for individuell plan, kan det være en strategi for å overføre ansvaret for brukerne til andre institusjoner. Det kan forstås som en mestringsstrategi for å redusere presset fra omgivelsene og for å håndtere et uløselig dilemma (Djupvik og Eikås 2010, 83-86). Kjørdningen for tildeling av kommunale boliger er et eksempel på det samme. Dilemmaet knyttes til få boliger og det må derfor settes grenser for hvem som skal få bolig. Rusmiddelavhengige kommer som vist ofte langt bak i denne køen.

Dette viser at de profesjonelles løsninger på statlige dilemmaer får store konsekvenser for samfunnets svakeste. Rusmiddelavhengige står i en utsatt posisjon både på arbeidsmarkedet, i forhold til økonomi, utdanning og sosialt sett. Av denne årsak kan de betraktes som marginaliserte på flere samfunnsområder (Halvorsen 1996, 13). Noen vil hevde at sosialarbeidernes samfunnsmandat, som blant annet handler om å fremme sosial endring, menneskerettigheter og sosial rettferdighet, forsvinner i den byråkratiske organiseringen (Askeland 2011, 46).

Heller ikke myndighetene ser ut til å prioritere rusmiddelavhengiges marginaliserte situasjon. De har gitt rusmiddelavhengige rett til individuell plan, en rettighet mange ikke får. Samtidig rapporterer tjenestene på hvor mange planer som utarbeides, men kontrollinstansene, eksempelvis byrådet, responderer ikke på lave målinger. En kan derfor hevde at myndighetene har gitt rusmiddelavhengige en rettighet som i praksis har svært liten verdi. Politikernes manglende handlinger kan forstås som et resultat av den politiske konkurransen. Det er mulig å hevde at politikerne tvinges til å lytte til velgernes behov og forsøke å imøtekomme dem, for å kunne vinne oppslutning i befolkningen (Vike 2004, 133). Ved at rusmiddelavhengige utgjør en liten andel av befolkningen, har lav status og lite kapital kan deres behov overskygges av større grupper. På bakgrunn av Bourdieus teori kan dette defineres som et politisk spill (Bourdieu og Wacquant 1993, 183). Politikerne fremmer saker som angår store samfunnsgrupper for å vinne oppslutning blant folket. Dette gir dem politisk kapital, og dermed makt til å styre det politiske feltet.

Det er også mulig å anvende Bourdieus begrep kapital for å forstå rusmiddelavhengiges samfunnsposisjon. Da kan rusmiddelavhengige beskrives som marginaliserte fordi de mangler sosial, kulturell og økonomisk kapital. De har lite sosialt nettverk, de har lite kulturell kompetanse som for eksempel utdanning, og de har ofte dårlig økonomi (St.meld.nr.9 2006-2007, 89). At de har lite kapital betyr samtidig at de kan ha lite sjanse for å forbedre sin situasjon og for å lykkes i samfunnet. Dette er fordi lite kapital er synonymt med lite makt og innflytelse over feltet (Bourdieu og Wacquant 1993, 83). I tråd med dette domineres rusmiddelavhengige av den etablerte ordenen i samfunnet, som er bestemt av de personene med mest kapital. Samfunnet er konstruert på en måte som opprettholder rusmiddelavhengige marginaliserte posisjon. Ved at de ikke innehar de riktige kapitaltypene får de heller ikke tilgang til arenaer som arbeidsliv, utdanning eller boligmarked. En kan si at de andre deltakerne i arbeidslivet, utdanningssystemet og boligmarkedet ikke anser deres kapital som

gyldig i feltet, og derfor ikke gir dem lov til å tre inn i feltet (Bourdieu og Wacquant 1993, 85).

4.5.1 Et lite tilrettelagt tjenestetilbud

En viktig målsetting i individuell plan er at tjenestetilbudet skal bli mer tilpasset den enkelte tjenestemottakers behov, jf § 2 i forskrift om individuell plan i NAV. I neste sitat fremgår det at det for mange rusmiddelavhengige er det særlig viktig med trygghet og stabilitet.

De vi jobber med er generelt sett ganske sårbare. (...). Det er mange personer de skal forholde seg til. Så hvis man har en rimelig stabil ansvarsgruppe og stabile folk de kan forholde seg til, så gir det voldsom trygghet. (...). Mange av dem lever så vanskelige liv at det blir ekstra viktig. Det kan man jo tenke seg selv også. Dersom man trenger noe av systemet er det en fordel å kjenne folkene og å vite hva man kan forvente. Litt forutsigbarhet (Kristin, sosialtjenesten).

Som informanten fremhever lever mange rusmiddelavhengige ustabile og vanskelige liv. Hun mener derfor at rusmiddelavhengige har et særlig stort behov for at tjenestetilbudet er trygt og forutsigbart. Dette kan oppnås gjennom stabile ansvarsgrupper, hvor det legges vekt på å skape trygge og gode relasjoner mellom tjenesteyter og tjenestemottaker. Tryggheten kan økes når brukeren vet hvor han/hun skal henvende seg og hvem som har ansvar for å følge opp arbeidet med individuell plan. Viktigheten av at tjenestetilbudet er tilpasset tjenestemottakerens behov for støtte, trygghet og forutsigbarhet understrekes også i veilederen til forskriften om individuell plan (Helsedirektoratet 2010, 8). Men dette kan være vanskelig å realisere i praksis.

«Å ha en individuell plan krever at det er litt stabilitet i gruppen. Når man da skal bytte saksbehandlere to til tre ganger i året så er det veldig uheldig for fremdriften i individuell plan» (Morten, sosialtjenesten). Dette belyser at manglende stabilitet blant tjenesteyterne er en utfordring i samarbeidet om den individuelle planen. Flere av informantene fra sosialtjenesten hevder at deres arbeidsplass preges av en høy turn over. Mange ansatte slutter i jobbene sine etter kort tid, kanskje som et resultat av en presset og slitsom arbeidssituasjon. Andre får nye stillinger et annet sted i institusjonen. Når ansatte omplasseres innebærer dette at de får ansvaret for nye brukere. Brukerne opplever dermed et skifte av saksbehandler, med det resultat at det medfører ustabilitet.

Et stort gjennomtrekk av personalet i sosialtjenesten kan gjøre det vanskelig å skape stabile og forutsigbare ansvarsgrupper. Dersom ansatte slutter eller omplasseres må arbeidet med individuell plan gjenopptas av nye personer. Dette kan skape utfordringer for fremdriften i

individuell plan fordi gruppen på nytt må avklare roller, forventninger, samt bli kjent med hverandre og nye arbeidsmåter. Det påvirker relasjonene mellom samarbeidspartnere i gruppen, men også mellom tjenestemottaker og tjenesteytere. Særlig i de tilfellene hvor koordinatoren byttes ut flere ganger kan det skape uheldige situasjoner, fordi brukeren må fortelle om seg selv og sin situasjon til nye personer flere ganger. Dette kan være vanskelig og kan hemme rusmiddelavhengiges motivasjon i planarbeidet.

4.5.2 Lite betydningsfulle løsninger

Flere av informantene i begge tjenestene mener at rusmiddelavhengige ikke opplever individuell plan som en løsning på deres utfordringer. *«Det blir litt sånn «jaja hvis du synes jeg skal ha det så» og da er man jo på en måte like langt. For det er jo ikke for min del at vi skal gjøre det»* (Siri, spesialisthelsetjenesten). Sitatet kan tjene som et eksempel på at rusmiddelavhengige kan takke ja til individuell plan fordi de opplever forventninger om dette fra hjelpeapparatet. Mange ganger kan deres egen motivasjon for individuell plan mangle. Samtlige av informantene mener at rusmiddelavhengige er svært lite interesserte i, samt i liten grad er kjent med sin rett til å få utarbeidet en individuell plan. Informantene fra spesialisthelsetjenesten sier at mange rusmiddelavhengige ikke forstår hva de skal med den, når den ikke gir tilgang til noen flere rettigheter. Manglende interesser for individuell plan blant brukergruppen kan resultere i at planen har liten funksjon i samarbeidet.

For at individuell plan skal bidra til et individuelt tilpasset tjenestetilbud har tjenestemottaker fått rett til å delta i planarbeidet. I tillegg har tjenesteyter en plikt til å tilrettelegge for medvirkningen. Dette fremgår av § 4 i forskrift om individuell plan i NAV. Av neste sitat fremgår det at dette kan være vanskelig å få til.

Mange av våre pasienter synes at skriftlig dokumentasjon og å formulere seg skriftlig er slitsomt. Dersom man fyller ut en individuell plan fordi det skal man, så blir det mye mine ord og ikke pasientens ord, fordi de synes det er vanskelig å formulere (Siri, spesialisthelsetjenesten).

Siri framholder at rusmiddelavhengige kan ha utfordringer med å arbeide skriftlig. Hun opplever derfor at det kan være vanskelig å få frem brukernes egne formuleringer av mål og tiltak, og at plandokumentet kan bli et resultat av ansattes ord og uttrykk. Dersom brukerens egen ordbruk ikke kommer frem i IP, kan det resultere i en plan som rusmiddelavhengige har lite eiendomsforhold til selv. De kan bli lite delaktige og oppleve seg fremmedgjorte ovenfor

et verktøy som er ment å være til hjelp for dem. På en side kan medbestemmelse forstås som noe positivt, men på en annen side trenger den ikke automatisk å være et gode for brukeren. Dersom målet om medbestemmelse ikke er tilpasset brukerens evner og forutsetninger, kan det i verste fall resultere i følelsen av maktesløshet.

«Det tenkes ofte at hvis du bare har en individuell plan, da blir du rusfri da!» Men hovedsaken må jo være hva den er fylt med, det tenker jeg» (Siri, spesialisthelsetjenesten). Informanten opplever at IP ofte fremstilles som veien til suksess og måloppnåelse, helt uavhengig av hva den er fylt med. Men IP er ikke noen mirakelkur i seg selv. Det er det som står i planen og det arbeidet som gjøres i forhold til den som har betydning for rusmiddelavhengiges endring og mestring av egen situasjon. Det har dermed liten hensikt å ha en individuell plan kun for syns skyld. IP må ha en funksjon. Det har den ikke alltid.

«IP er bare et krav om å lage en plan. Men det finnes ikke krav om å følge den planen, så det blir laget planer i hytt og pine. Alle har krav på seg om å lage en plan, og alle skal dokumentere at de har laget en plan» (Morten, sosialtjenesten). Funksjonen med individuell plan kan noen ganger overskygges av lovpålagte plikter. Informanten hevder at IP flere ganger utformes kun fordi de ansatte er pliktige i å tilby tjenestemottakere denne rettigheten. Noen ganger kan det bli viktigere for institusjonene å score høyt på tellingene over hvor mange individuelle planer de har utformet, enn å utarbeide gode og individuelt tilpassede planer. Dette kan resultere i at opprettede planer ikke brukes videre i arbeidet. Når planen er produsert er en målsetting innfridd, og planen kan deretter legges bort i en skuff. Flere av informantene i sosialtjenesten opplever akkurat dette. De sier at etter at planer er utformet er det er ingen som vet hva den inneholder og at den ikke oppdateres underveis.

Videre peker samtlige av informantene i sosialtjenesten på at resultatet av denne praksisen er at det finnes brukere som har mange forskjellige individuelle planer hos ulike instanser. I disse tilfellene har samarbeidspartnere ofte ingen kjennskap til at brukeren har en individuell plan. Man kan dermed hevde at individuell plan mister sin funksjon. For at den skal være et nyttig dokument, må innholdet i den være relevant for brukerens liv. Dersom den ikke har det kan det heller ikke være et verktøy for rusmiddelavhengiges egen endring.

5. Avslutning

I dette kapittelet vil jeg oppsummere hovedfunnene i datamaterialet. Undersøkelsen viser at myndighetene fastsetter bestemte premisser for hvordan sosialtjenesten skal arbeide, som kan være svært vanskelig å omsette i praksis. Sosialtjenesten forventes å iverksette sosialpolitiske beslutninger grunnet i velferdsstatens idealer om økonomisk og sosial trygghet. Det forventes dermed at sosialtjenesten skal sikre at rusmiddelavhengige får oppfylt sin rett til individuell plan, ved at de er lovpålagt å ha koordineringsansvaret for planarbeidet. I tillegg underlegges sosialtjenesten strenge krav om økonomisk effektivitet forankret i new public management. Dette gjør at informantene i sosialtjenesten har ansvaret for en stor mengde saker som de forventes å løse på kort tid, og at det gis lite rom å bruke tid på å gi en helhetlig oppfølging.

Premissene om at sosialtjenesten både skal koordinere planarbeidet som er svært tidkrevende og være økonomisk effektive står i klar motsetning til hverandre. Dette skaper store utfordringer i samarbeidet om individuell plan for rusmiddelavhengige i sosialtjenesten og spesialisthelsetjenesten. Som et resultat av en svært stor saksmengde, presses sosialtjenesten til å prioritere hvilke saker som til enhver tid haster mest. Dette gjør at de ikke klarer å legge like mye arbeid i hver enkelt sak som spesialisthelsetjenesten gjør. Et stort antall saker fører videre til at sosialtjenesten ikke klare å oppfylle sitt lovpålagte ansvar for å koordinere planarbeidet. De har for mange brukere, for liten tid og lite ressurser til å rekke over alle sakene. I denne situasjonen blir individuell plan ofte en salderingspost fordi den er en tidkrevende oppgave ved at den skal utformes i samarbeid med brukeren. Den krever dermed relasjonsarbeid over tid. Sosialtjenesten klarer heller ikke å oppfylle sitt lovpålagte ansvar for å hjelpe rusmiddelavhengige med å finne egnet bolig. Dette lar seg ikke gjøre på grunn av strukturelle forhold som at boligmarkedet er presset, det finnes ikke et tilstrekkelig antall kommunale boliger og at brukergruppen ikke prioriteres i bolig køen.

Et resultat av at sosialtjenesten ikke oppfyller sitt lovpålagte ansvar for individuell plan er at det oppstår konflikter i samarbeidet med spesialisthelsetjenesten. Dette kommer til uttrykk ved at spesialisthelsetjenesten kan være misfornøyd med sosialtjenestens innsats. De kan ha en forståelse av at sosialtjenesten mangler vilje til å hjelpe rusmiddelavhengige og at de ikke vil brukergruppens beste. Til tross for at sosialtjenesten er i en presset situasjon kan spesialisthelsetjenesten legge press på sosialtjenesten. Dette skjer for eksempel ved at de å legge føringer for at sosialtjenesten skal gjøre et unntak fra lovverket for å hjelpe ”denne ene”

brukeren. Dette setter sosialtjenesten i en presset situasjon hvor de, som er resultat av konfliktene, blir sittende igjen med skylden for manglende tjenester.

Datamaterialet gir grunnlag for å hevde at de konfliktene som utspiller seg i ansvarsgruppemøtene er forankret på strukturelt nivå. Dette kan begrunnes med at myndighetene ikke legger til rette for at sosialtjenesten skal klare å oppfylle sitt ansvar. Premisset som er satt i lovverket om at sosialtjenesten skal koordinere planarbeidet lar seg ikke oppfylle innenfor gjeldende rammeverk. Dette er fordi sosialtjenesten har for mange saker, for lite ressurser og for lite tid til å utføre oppgaven. Lovverket på området er med andre ord uforenelig med virkeligheten i sosialtjenesten.

Av dette kan kjernen i problemet forstås som myndighetenes manglende ansvarstaking. Det er myndighetene som står bak utformingen av sosialtjenesten og bestemmer hvilke ressurser tjenesten skal tildeles. Det er en kjent sak blant myndighetene at sosialtjenesten ikke oppfyller kravene i loven. Dette fremgår av målingene over individuelle planer byrådet mottar fra kommunene, men som de velger å ikke gjøre noe med. Dermed fraskriver byrådet som kontrollinstans seg ansvaret for at samarbeidet om individuell plan for rusmiddelavhengige ikke fungerer. Det de derimot synes å gjøre er å legge ansvaret for manglende måloppnåelse på sosialtjenesten selv ved å fremstille tjenestene som utilstrekkelig. Av denne årsak kan sosialtjenestens tillitt undergraves, til tross for at tjenesteyterne i sosialtjenesten strekker seg langt.

På bakgrunn av at sosialtjenesten har en stor saksmengde, er det grunnlag for å hevde at det må ha vært åpenbart blant myndighetene at sosialtjenesten ikke ville klare å oppfylle et krav om å koordinere individuell plan. Dermed har myndighetene gitt rusmiddelavhengige rett til en tjeneste som i praksis fungerer på en lite tilfredsstillende måte. Tilbake står rusmiddelavhengige som en marginalisert gruppe med lav status og lite kapital, som i liten grad prioriteres i politiske beslutninger og som dermed ikke får den hjelpen de trenger.

Jeg vil avslutte med å vende tilbake til studiens utgangspunkt. Prosjektgruppens hypotese om bestemte konfliktområder i samarbeidet om individuell plan for rusmiddelavhengige i sosialtjenesten og spesialisthelsetjenesten, dannet grunnlaget for utforming av problemstillingen. Undersøkelsen viser at det er bestemte problemer som forhindrer informantene i å realisere målsettingen med individuell plan om et helhetlig, koordinert og

individuelt tilpasset tjenestetilbud for rusmiddelavhengige. Datamaterialet bidrar i så måte til å bekrefte prosjektgruppens antagelser.

6. Litteraturliste

- Aamodt, Laila Granli. 2011. Overordning og underordning i et samarbeidsforhold. I *Samhandling mellom barnevern og BUP. Kunnskapsutvikling i praksis*, red Laila Granli Aamodt m.fl. Oslo: Gyldendal Akademisk
- Aamodt, Ingerid. 2011. Grenser for makt og ansvar. I *Samhandling mellom barnevern og BUP. Kunnskapsutvikling i praksis*, red Laila Granli Aamodt m.fl. Oslo: Gyldendal Akademisk
- Aakvaag, Gunnar C. 2008. *Moderne sosiologisk teori*. Oslo: Abstrakt forlag AS
- Askeland, Gurdi Aga. 2011. Kvikfor reflektera kritisk?, I *Kritisk refleksjon i sosialt arbeid*, red Gurid Aga Askeland. Oslo: Universitetsforlaget
- Askheim, Ole Petter. 2012. *Empowerment i helse- og sosialfaglig arbeid. Floskel, styringsverktøy eller frigjøringsstrategi?* Oslo: Gyldendal Akademisk
- Boligprodusentene. 2013. *Boliggapet øker*. <http://boligprodusentene.no/nyheter/boliggapet-oeker-article339-151.html> (24.02.13).
- Bourdieu, Pierre. 1977. *Outline of a theory of practice*. Oversatt av Richard Nice. University Press: Cambridge. Opprinnelig publisert som *Esquisse d'une théorie de la pratique, précédé de trois études d'ethnologie kabyle*. Switzerland: Librairie Droz AS, 1972
- Bourdieu, Pierre. 1986. «*The forms of capital*». Oxford: Blackwell Publishers Ltd
- Bourdieu, Pierre og Loic J.D. Wacquant. 1993. *Den kritiske ettertanke. Grunnlag for samfunnsanalyse*. Oversatt av Bjørn Nic. Kvalsvik. Oslo: Det norske samlaget. Opprinnelig publisert som *Réponses. Pour une anthropologie réflexive*.
- Bourdieu, Pierre. 1996. *Symbolsk makt. Artikler i utvalg*. Oversatt av Annick Prieur. Oslo: Pax Forlag AS
- Dahle, Rannveig. 2010. Sosialt arbeid – en historie om kjønn, klasse og profesjon. *Tidsskrift for kjønnsforskning* 13: 41-56
- Den nasjonale forskningsetiske komité for samfunnsvitenskap og humaniora. 2006. *Forskningsetiske retningslinjer for samfunnsvitenskap, humaniora, jus og teologi*.

- [http://etikkom.episerverhotell.net/Documents/Publikasjoner-som-PDF/Forskningsetiske%20retningslinjer%20for%20samfunnsvitenskap,%20humaniora,%20juss%20og%20teologi%20\(2006\).pdf](http://etikkom.episerverhotell.net/Documents/Publikasjoner-som-PDF/Forskningsetiske%20retningslinjer%20for%20samfunnsvitenskap,%20humaniora,%20juss%20og%20teologi%20(2006).pdf) (07.04.2012).
- Djupvik, Alf Roger og Magne Eikås. 2010. *Organisert velferd. Organisasjonskunnskap for helse- og sosialarbeidarar*. 2.utgave. Oslo: Det norske samlaget
- Fangen, Katrine. 2010. "Kvalitativ metode". De nasjonale forskningsetiske komiteene. <http://www.etikkom.no/FBIB/Introduksjon/Metoder-og-tilnarminger/Kvalitativ-metode/> (04.05.2013).
- Fellesorganisasjonen. 2002. *Yrkesetisk grunnlagsdokument for barnevernspedagoger, sosionomer, vernepleiere og velferdsarbeidere*. http://www.fo.no/getfile.php/Filer/01%20FO-sentralt%20filer/Yrkesetisk_2011_lav%281%29.pdf (05.05.13).
- Forskrift om individuell plan i arbeids- og velferdsforvaltningen av 19.11.2009 nr.1464 (forskrift om individuell plan i NAV)
- Grønmo, Sigmund. 2004. *Samfunnsvitenskapelige metoder*. Bergen: Fagbokforlaget
- Halvorsen, Knut. 2005. *Grunnbok i helse- og sosialpolitikk*. 3.utgave. Oslo: Universitetsforlaget
- Halvorsen, Knut. 1996. Hva boka handler om. I *Mestring av marginalitet. Å leve som sosialklient*, red. Knut Halvorsen. Gjøvik: Cappelen Akademisk Forlag AS
- Helsedirektoratet. 2009. *Jeg har en plan!* <http://www.helsedirektoratet.no/publikasjoner/jeg-har-en-plan/Publikasjoner/jeg-har-en-plan.pdf> (19.04.13).
- Helsedirektoratet. 2010. *Individuell plan 2010 - Veileder til forskrift om individuell plan*. <http://helsedirektoratet.no/publikasjoner/individuell-plan-veileder-til-forskriften/Publikasjoner/individuell-plan-veileder-til-forskriften.pdf> (07.03.2013).
- Helsedirektoratet. 2013. *Bruk av "begreper" innen rusfeltet*. <http://www.helsedirektoratet.no/kvalitet-planlegging/nasjonale-retningslinjer/underarbeid/Documents/R%C3%A5dslag/Begrepsbruk%20innen%20rusfeltet.%20R.Hole.pdf> (04.05.13).
- Helse- og omsorgsdepartementet. 2008. *Opptappingsplan. Opptappingsplan for rusfeltet*.

- Helse- og omsorgsdepartementet. 2009. *Sosiale tjenester i kommunene*.
<http://www.regjeringen.no/nb/dep/hod/tema/helse-og omsorgstjenester i kommunene/sosialtjenesten.html?id=439317> (28.02.13).
- Helse- og omsorgsdepartementet. Ukjent dato. *Rus*.
<http://www.regjeringen.no/nb/dep/hod/tema/rus.html?id=1130> (24.03.13).
- Helse- og omsorgsdepartementet. 2013a. *Rusmidler i Norge*.
<http://www.regjeringen.no/nb/dep/hod/tema/rus/rusmidler-i-norge.html?id=439352>
(24.03.13).
- Helse- og omsorgsdepartementet. 2013b. *Kommunalt rusarbeid*.
<http://www.regjeringen.no/nb/dep/hod/tema/helse-og omsorgstjenester i kommunene/kommunalt-rusarbeid.html?id=443433>
(24.03.13).
- Helse- og omsorgsdepartementet. 2013c. *Rusbehandling i spesialisthelsetjenesten*.
<http://www.regjeringen.no/nb/dep/hod/tema/rus/rusbehandling-i-spesialisthelsetjenesten.html?id=439355> (08.03.2013).
- Helse- og omsorgsdepartementet. 2013d. *Forskning og kompetanse*.
<http://www.regjeringen.no/nb/dep/hod/tema/rus/utviklingsarbeid.html?id=439356>
(10.04.2013).
- Helsedirektoratet. 2012. *Opptappingsplanen for rusfeltet – resultater og virkemidler*.
<http://www.helsedirektoratet.no/publikasjoner/opptappingsplanen-for-rusfeltet/Publikasjoner/opptappingsplanen-for-rusfeltet.pdf> (13.05.13).
- Hjellbrekke, Johs og Oddgeir Osland. 2010. «Pierre Bourdieu – maktkritikk som sisyfosarbeid». I *Moderne politisk teori*, red. Jørgen Pedersen. Oslo: Pax Forlag
- International federation of social workers. 2012. *Statement of ethical principles*.
<http://ifsw.org/policies/statement-of-ethical-principles/> (10.04.2013).
- Kjørstad, Monica. 2005. "Between professional ethics and bureaucratic rationality. The challenging ethical position of social workers who are faced with implanting a workfare policy". *European Journal of social work* 44: 381-398

- Kvale og Brinkmann. 2009. *Det kvalitative forskningsintervju*. 2.utgave. Oslo: Gyldendal Akademisk
- Lauvås, Kirsti og Per Lauvås. 2004. *Tverrfaglig samarbeid – perspektiv og strategi*. 2. utgave. Oslo: Universitetsforlaget
- Levin, Irene. 2004. *Hva er sosialt arbeid*. Oslo: Universitetsforlaget AS
- Lov om kommunale helse- og omsorgstjenester m.m av 24.06.2011 nr.30
- Lov om pasient- og brukerrettigheter av 02.07.1999 nr. 63
- Lov om sosiale tjenester i arbeids- og velferdsforvaltningen av 18.12.2009 nr 131
- Lov om spesialisthelsetjenesten m.m av 02.07.1999 nr. 61
- NOU 1999: 2. *Livshjelp. Behandling, pleie og omsorg for uhelbredelig syke og døende*. Sosial- og helsedepartementet
- NOU 2003:4. *Forskning på rusmiddelfeltet. En oppsummering av kunnskap om effekt av tiltak*. Sosial- og helsedepartementet
- Oslo Kommune. 2011. *Sosialtjenesten*.
http://www.oslo.kommune.no/tjenester/helse_og_velferd/sosialtjenester/ (08.03.2013).
- Oslo kommune helseetaten. 2012. *Tannhelsetilbud til rusmiddelavhengige i Oslo*.
<http://www.helseetaten.oslo.kommune.no/tannhelsetjenesten/rusmiddelavhengige/>
(01.05.13)
- Oslo kommune helseetaten. 2013a. *Fastlege*.
http://www.helseetaten.oslo.kommune.no/psykisk_helse/tjenester_for_voksne/fastlege/
(01.05.13).
- Oslo kommune helseetaten. 2013b. *Rusomsorg*.
http://www.helseetaten.oslo.kommune.no/psykisk_helse/tjenester_for_voksne/rusomsorg/
(01.05.13).
- Oslo kommune helseetaten. 2013c. *Distriktpsikiatrisk senter (DPS)*.
http://www.helseetaten.oslo.kommune.no/psykisk_helse/tjenester_for_voksne/dps_distriktpsikiatrisk_senter/
(01.05.13)
- Oslo kommune velferdsetaten. 2013a. *Bolig*.
<http://www.velferdsetaten.oslo.kommune.no/bolig/> (08.03.13).

- Oslo kommune velferdsetaten. 2013b. *Tjenestetilbudet*.
<http://www.velferdsetaten.oslo.kommune.no/rusomsorg/tjenestetilbudet/> (08.03.13).
- Oslo kommune velferdsetaten. 2013c. *Prindsen mottakssenter*.
http://www.velferdsetaten.oslo.kommune.no/rusomsorg/prindsen_mottakssenter/
(08.03.13).
- Prieur, Annick. 2006. "En teori om praksis", I *Pierre Bourdieu: En introduksjon*, red.
Annick Prieur og Carsten Sestoft. København: Hans Reitzels forlag
- Ringdal, Kristen. 2013. *Enhet og mangfold. Samfunnsvitenskapelig forskning og kvantitativ metode*. 3.utgave. Bergen: Fagbokforlaget
- Statistisk sentralbyrå. 2012. *Kommunale boliger, 2011*. http://www.ssb.no/kombolig_kostr/
(07.04.12).
- Thagaard, Tove. 2002. *Systematikk og innlevelse. En innføring i kvalitativ metode*. 2.utgave.
Bergen: Fagbokforlaget
- Røysum, Anita. 2012. *Sosialt arbeid i nye kontekster: en studie om sosialarbeideres erfaringer med NAV reformen*. Oslo: Høgskolen i Oslo, Senter for profesjonsstudier
- Stamsø, Mary Ann. 2009. «New public management – reformer i offentlig sektor». I *Velferdsstaten i endring. Norsk sosialpolitikk ved starten av et nytt århundre*, red. Mary Ann Stamsø. 2 utgave. Oslo: Gyldendal Akademisk
- St.meld.nr.9 (2006-2007). *Arbeid, velferd og inkludering*. Arbeids- og inkluderingsdepartementet
- St.meld. nr.30 (2011-2012). *Se meg! En helhetlig rusmiddelpolitikk alkohol – narkotika – doping*. Helse- og omsorgsdepartementet
- St.meld nr. 47 (2008-2009). *Samhandlingsreformen. Rett behandling – på rett sted – til rett tid*. Helse- og omsorgsdepartementet
- Vassenden, Anders, Nils Asle Bergsgard og Terje Lie. 2012. "Ryktet forteller hvor du bor".
Botetthet og integrering blant rusavhengige kommunale leietakere.
http://www.regjeringen.no/upload/KRD/Rapporter/Rapporter2013/IRIS_Ryktet_forteller_hvor_du_bor.pdf (06.05.13).
- Vike, Halvard. 2004. *Velferd uten grenser. Den norske velferdsstaten ved veiskillet*.
Stamsund: Gjøvik Trykkeri AS

VEDLEGG 1: Informasjonsskriv

Forespørsel om å delta i intervju i masterprosjekt



Bakgrunnen for mitt masterprosjekt er innføringen av samhandlingsreformen i 2012. En av reformens målsettinger er å bedre det tverretatlige samarbeidet mellom helse- og sosialsektor. Dette skal sikre at tjenestemottakers behov for et helhetlig hjelpetilbud ivaretas. Hensikten med mitt prosjekt er å undersøke hvordan samarbeidet mellom stat og kommune fungerer etter innføringen. Jeg skal gjennomføre en undersøkelse av ansatte som arbeider med rusmiddelavhengige. Masteroppgaven inngår i et samarbeidsprosjekt mellom Høgskolen i Oslo og Akershus, (...) ved Oslo Universitetssykehus og NAV sosialtjenesten bydel (...).

For å gjennomføre undersøkelsen søker jeg deg som arbeider med rusmiddelavhengige brukere i NAV eller ved Oslo Universitetssykehus(OUS), uavhengig av fagbakgrunn. Det vil gjennomføres ett intervju med hver deltaker, varigheten er på ca 2 timer. Dersom det er nødvendig vil jeg ta kontakt med deg for eventuelle oppfølgingsspørsmål i etterkant av intervjuet. Spørsmålene som stilles handler om din erfaring med tverretatlig samarbeid, hvordan samarbeidet påvirkes av politiske endringer, hvordan individuell plan brukes, hvilken ansvarsfordeling dere har samt betydningen av å ha ulik utdanning og stilling. Jeg vil bruke båndopptaker under samtalen for å få med meg det som blir sagt.

Dersom du takker ja til å delta i prosjektet har du rett til å få innsyn i hvilke opplysninger som er registrert om deg. Du har videre rett til å få korrigert eventuelle feil i de opplysningene som blir registrert. Det er frivillig å delta og du har mulighet til å trekke deg når som helst i prosjektperioden, uten å måtte begrunne dette nærmere. Dersom du trekker deg vil alle innsamlede data om deg bli slettet. Det er Høgskolen i Oslo og Akershus som er databehandlingsansvarlig for undersøkelsen. Opplysningene vil bli behandlet konfidensielt. Opplysningene anonymiseres og opptakene slettes når oppgaven er ferdig, innen utgangen av 2013.

Dersom du har lyst å være med på intervjuet, er det fint om du skriver under på den vedlagte samtykkeerklæringen og sender den til meg på mail (nygaardkarina@hotmail.com). Hvis det er noe du lurer på kan du ringe meg eller ta kontakt per mail. Du kan også kontakte min

veileder Sigrun Saur Stiklestad ved avdeling for lærerutdanningen på telefonnummer 64849171.

Med vennlig hilsen

Karina Aurora Nygaard

Master i sosialt arbeid, Høgskolen i Oslo og Akershus

VEDLEGG 2: Intervjuguide

Intervjuguide

Introduksjon

- Presentasjon av meg selv, prosjektet, samt info om gjennomføringen av intervjuet
- Informasjon om deltakeren: utdanning og stilling.

Strukturendringer

De siste årene er det blitt innført reformer og lover som har ført til omorganisering av tjenestetilbudet til rusmiddelavhengige.

- Hvilke tanker har du om samhandlingsreformen?
Har samhandlingsreformen påvirket måten man samhandler på?
(1) Hvis ja, på hvilken måte? (2) Hvis nei, hva tror du er grunnen til det?
- Har målet om et helhetlig hjelpetilbud noen betydning for samarbeidet? På hvilken måte? Hvordan møtes dere for å nå dette målet?
- Hvordan kommer endringene i reformen til uttrykk i samarbeidet med spesialisthelsetjenesten/NAV sosialtjenesten generelt?
- Hvordan kommer endringene til uttrykk i samarbeidet om den enkelte sak?

Individuell plan

- Hva er dine erfaringer med bruk av IP i samarbeidet med spesialisthelsetjenesten/NAV?
- Hvilken funksjon mener du at IP har i samarbeidet?
- Hvordan er ansvarsfordelingen mellom NAV og spesialisthelsetjeneste med tanke på utarbeidelsen og bruk av planen?

Erfaring fra tverretatlig samarbeid

Positive erfaringer

- Kan du fortelle meg om en gang samarbeidet om IP fungerte bra?
- Hva var det som gjorde at samarbeidet fungerte godt?
(hvordan var arbeidsfordelingen?)
- Hvordan tror dere brukeren opplevde samarbeidet?

- Hva mener du er viktig for at samarbeidet mellom NAV og spesialisthelsetjenesten skal fungere godt?

Negative erfaringer

- Kan du fortelle meg om en gang der samarbeidet om IP ikke fungerte?
- Hva tror du var grunnen til at det ikke fungerte?
- Hvordan tror du brukeren opplevde samarbeidet?
- Hvilke konsekvenser får det når samarbeidet fungerer dårlig?
For brukeren? For samarbeidet videre?

- Det har kommet meg for øret at samarbeidet ikke fungerer. Hva tenker du om det?
Finnes det bestemte problemer som hindrer samarbeidet å fungere?

Avslutning

- Oppsummering av hovedtrekkene i intervjuet.
- Spørre om informanten har noe å tilføye.
- Informantens opplevelse av intervjuet
- Spørre om informanten ønsker intervjuutskrift eller et sammendrag av resultatene

VEDLEGG 3: Mal for utarbeidelse av individuell plan i kommune

Individuell plan

Navn:		Født:	Adresse:
Dato/Rev.dato:	Koordinator:		Planperiode:
OVERORDNET MÅLSETTING:			

Mål	Status	Tiltak og hyppighet	Dato Oppstart	Ansvarlig Instans/person	Dato Evaluering

Individuell plan for født:.....

Skrevet den/200

er godkjent av:

VEDLEGG 4: Mal for utarbeidelse av individuell plan i helseforetak

Individuell plan

Navn

Utarbeidet av -----

i samarbeid med:

----- kommune

Planen tilhører:

Navn: Født:

Adresse:

.....Telefon:

Planen gjelder fra (dato) Til Evalueres (dato)

Situasjonsbeskrivelse og informasjon om planen oppfølging.

Kort om mål, ressurser og tjenestebehov:

Ansvar for samordning og fremdrift

	Midlertidig koordinator spesialisthelsetjenesten	Koordinator i kommunen
Navn		
Arbeidssted		
Adresse		
Tlf/mobil		
E-post		

Overordnet målsetting:

Delmål	Tiltak	Dato for oppstart	Ansvarlig person og instans	Dato for evaluering	Kommentar

Underskrift bruker/tjenestemottaker:

.....

Underskrift ansvarlig koordinator:

.....

Eksisterende vedtak, planer og avtaler med ansvarspersoner

Vedtak, planer og avtaler	Ansvarlig person og instans	Gjelder for perioden	Dato for evaluering	Kommentar

Underskrift bruker/tjenestemottaker:

Underskrift ansvarlig koordinator:

.....

.....