

Kandidatnummer: 10060 Antall ord: 6727

Hvilke faktorer påvirker kvaliteten på tverrfaglig samarbeid rundt rusavhengige?

Which factors affects the quality of interdisciplinary cooperation concerning people with substance use disorder?

Bacheloroppgave i Sosialt Arbeid

Mai 2020

Kandidatnummer: 10060 Antall ord: 6727

Hvilke faktorer påvirker kvaliteten på tverrfaglig samarbeid rundt rusavhengige?

Which factors affects the quality of interdisciplinary cooperation concerning people with substance use disorder?

Bacheloroppgave i Sosialt Arbeid
Mai 2020

Norges teknisk-naturvitenskapelige universitet
Fakultet for samfunns- og utdanningsvitenskap
Institutt for sosialt arbeid



Kunnskap for en bedre verden

Sammendrag

Tverrfaglig samarbeid har fått økt oppmerksomhet i det offentlige etter samhandlingsreformen kom i 2009. Målet er at tverrfaglig samarbeid skal skape helhetlige og koordinerte tjenester for brukere med behov for langvarig og sammensatt hjelp. Rusavhengige er en kompleks brukergruppe med komplekse utfordringer. Mange har behov for langvarig hjelp av god kvalitet fra flere tjenester på tvers av sektorer og nivåer, og gjerne samtidig. Problemstillingen for oppgaven er derfor «Hvilke faktorer påvirker kvaliteten på tverrfaglig samarbeid rundt rusavhengige?». Metoden bak oppgaven er litteraturstudie. Jeg har derfor systematisert eksisterende kunnskap knyttet til temaet ved å søke i relevante databaser etter vitenskapelige artikler som videre har blitt vurdert og sammenfattet.

Gjennom oppgaven konkluderes det med at det finnes en rekke påvirkningsfaktorer og potensielle utfordringer for kvaliteten på tverrfaglig samarbeid rundt rusavhengige. Her vises det til alt fra organisatoriske rammer, metoder og kunnskap, til holdninger, målsetninger, tillit og grad av refleksjon. Samtidig vises det til resultater på at individuell plan og brukermedvirkning kan være gode virkemidler. Avslutningsvis konkluderes det med at tverrfaglig samarbeid av god kvalitet krever både kompetanse og erfaringer med samhandling fra profesjonsutøvernes side. Videre er høy grad av bevissthet om egen kompetanse som profesjonsutøver, men samtidig også god kunnskap om hverandres kompetanse viktige forutsetninger. Til slutt trekkes det også frem at tverrfaglig samarbeid av god kvalitet kan ha god effekt på rusavhengighet og de komplekse utfordringene mange rusavhengige står overfor.

Abstract

Interdisciplinary cooperation has been given an increasing amount of attention after *Samhandlingsreformen* in 2009. The goal is to create comprehensive and coordinated services for the clients in need of complex and long-term treatments. People suffering from substance use disorder are part of a complex group facing complex challenges. Many of them are in need of high-quality, long-term treatment across different sectors and levels, often combined at the same time. The research question of this thesis is therefore «Which factors affects the quality of interdisciplinary cooperation concerning people with substance use disorder?». The method used is literature study. I have systemised data related to the topic by searching through relevant data bases, assessing and summarising academic articles.

The thesis concludes that there are many factors which affects the cooperation, as well as many potential challenges to the quality of it. Structural frames, methods, knowledge, attitudes, goals, trust and reflection are key words. Individual plans and the involvement of the clients themselves are also important factors. High-level interdisciplinary cooperation demands a high degree of professional competence, as well as experiences from the field. Awareness of both your own and other's competence is important. Qualified, interdisciplinary cooperation can have a steady impact on the clients with substance use disorder and meet the complex challenges they face.

Innholdsfortegnelse

1.0 Innledning	1
1.1 Oppgavens hensikt og problemstilling.....	2
1.1.1 Oppgavens disposisjon.....	2
1.2 Avgrensning og presisering av problemstilling.....	2
1.3 Temaets relevans for sosialt arbeid.....	2
2.0 Metode	3
3.0 Relevant litteratur	4
3.1 Rammer.....	4
3.1.1 Definisjoner.....	4
3.1.2 Lovverk.....	5
3.2 utfordringer knyttet til tverrfaglig samarbeid.....	6
3.2.1 Holdninger til rusavhengighet – en utfordring for tverrfaglig samarbeid.....	7
3.2.2 Overganger og overdoser.....	7
3.3 Brukermedvirkning og individuell plan.....	9
4.0 Diskusjon	10
4.1 Påvirkningsfaktorer.....	10
4.1.1 Stigma som utfordring for tverrfaglig samarbeid.....	10
4.1.2 Overganger – et ekstra behov for tverrfaglig samarbeid.....	11
4.1.3 utfordringer ved tverrfaglig samarbeid.....	13
4.2 Individuell plan.....	15
4.3 Kvalitet på tverrfaglig samarbeid.....	17
5.0 Avslutning	18
Referanseliste	20

1. Innledning

Rusavhengighet rammer ikke helt tilfeldig, men alle kan bli rammet av avhengighet (Lossius, 2019). Rus har mange funksjoner og 10-20% av oss vil utvikle en form for avhengighet til rusmidler i løpet av livet. Rusavhengighet kan skape utfordringer på mange livsområder, både direkte og indirekte. Lossius (2019) hevder at vi trenger et mangfold av teknikker og faglige metoder i møte med rusproblematikk. De komplekse situasjonene mange rusavhengige står overfor kan nemlig føre til at man trenger hjelp fra flere tjenester i samfunnet, på tvers av både sektorer og nivåer. Endringsprosesser for rusavhengige er en langvarig prosess som krever utholdenhet og samarbeid fra alle parter.

Samhandlingsreformen fra 2009 ønsket å gi disse brukerne rett behandling, på rett sted, til rett tid (Helse- og omsorgsdepartementet, 2009). Reformen kom som et svar på at brukerne møtte for fragmenterte tjenester med større behov for koordinering. Samhandlingen sviktet i overgangen mellom tjenestene, særlig for personer med behov for langvarig hjelp fra både kommunenes helse- og omsorgstjenester og spesialisthelsetjenesten (Helse- og omsorgsdepartementet, 2009). Dette skapte dårlige overganger mellom leddene i pasientforløpet. Et av virkemidlene i reformen var å gi mer ressurser til å behandle problemer lokalt i kommunene fremfor å henvise til spesialisthelsetjenesten (Helse- og omsorgsdepartementet, 2009). På den måten skulle spesialisthelsetjenesten utvikles slik at den i større grad kunne bruke sin spesialiserte kompetanse. Dette skulle også virke mer forebyggende enn reparerende.

Reformen argumenterte for mer tverrfaglig aktivitet ved å legge vekt på kompetanseoverføring og forebygging av innleggelser. Reformen stiller på den måten nye krav til samhandlingen mellom kommunale tjenester og spesialisthelsetjenesten. Den legger vekt på at mennesker med rusproblemer og psykiske lidelser kan ha behov for flere tjenester fra ulike tjenesteytere, på tvers av nivåer og sektorer og gjerne samtidig. Det er fra før av lagt vekt på forebygging, tidlig intervensjon, rehabilitering og behandling i kommunen, men det må også være fokus på å dekke de omfattende og sammensatte behovene der forebygging er for sent (Helse- og omsorgsdepartementet, 2009).

1.1 Oppgavens hensikt og problemstilling

Hensikten med denne oppgaven er å se på og diskutere hvordan tverrfaglig samarbeid kan påvirke oppfølgingen av rusavhengige og hvilke faktorer som påvirker kvaliteten på dette arbeidet. Problemstillingen er:

Hvilke faktorer påvirker kvaliteten på tverrfaglig samarbeid rundt rusavhengige?

Årsaken til at jeg valgte denne problemstillingen er at jeg er nysgjerrig på virkningene av tverrfaglig samarbeid, og ønsker å fremheve viktigheten av dette arbeidet.

1.1.1 Oppgavens disposisjon

I kapittel 2 vil metode og søkestrategi bli beskrevet nærmere. Videre i kapittel 3 vil relevant litteratur bli presentert, før jeg i kapittel 4 vil drøfte resultatene i lys av litteraturen.

Avslutningsvis oppsummeres sentrale funn og refleksjoner.

1.2 Avgrensning og presisering av problemstilling

Den største avgrensningen av problemstillingen er det faglige perspektivet på tverrfaglig samarbeid, altså samarbeidet mellom ulike profesjonsutøvere i hjelpetjenestene. Ved å ha hovedfokus på dette har jeg valgt å ikke vektlegge brukermedvirkning og brukerens plass i samarbeidet. Det er ikke gjort noe avgrensning i hva slags type påvirkning jeg ser etter, og problemstillingen har derfor ingen normativ ladning. I realiteten vil det likevel ligge til grunn at jeg ser på tverrfaglig samarbeid som en ressurs, og en viktig del av arbeidet som profesjonsutøver. Til slutt er problemstillingen begrenset til at den hovedsakelig ser på mennesker som allerede har utviklet en rusavhengighet, og inkluderer derfor ikke det tverrfaglige samarbeidet med forebygging og tidlig intervensjon.

1.3 Temaets relevans for sosialt arbeid

I rammeplanen for sosionomutdanningen legges det vekt på at sosionomene i sin yrkesutøvelse skal arbeide med andre yrkesgrupper, sektorer og brukere. Rammeplanen beskriver derfor behovet for å trene på samarbeidspraksiser for å møte nye krav om tverrfaglig kompetanse i en tid med en stadig mer kompleks arbeidspraksis (Utdannings- og forskningsdepartement, 2015). Ifølge rammeplanen er derfor samarbeid med andre yrkesgrupper, sektorer og brukere en sentral del av arbeidet som sosionom, noe som er forenelig med valg av tverrfaglig samarbeid som hovedfokus i denne oppgaven.

Videre vil man kunne arbeide med en rekke individer og grupper, inkludert rusavhengige og deres pårørende. Rusavhengige er en kompleks gruppe med komplekse utfordringer (Lossius, 2019). Å fordype seg i tverrfaglig samarbeid knyttet til denne brukergruppen vil derfor være relevant da gruppen kan ha behov for tverrfaglig hjelp fra ulike instanser, gjerne samtidig.

2. Metode

Metode fremstilles av Dalland (2018) som en systematisk fremgangsmåte for å finne kunnskap eller etterprøve påstander. I en litteraturstudie er det selve litteraturen man studerer, altså artikler og kunnskap som allerede eksisterer (Støren, 2013). Studien har til hensikt å systematisere kunnskap gjennom å søke den, samle den, vurdere den og sammenfatte den. Søkeprosessen vil hovedsakelig foregå i relevante databaser med vitenskapelige artikler (Støren, 2013). Målet med litteraturstudie er derfor ikke å produsere ny kunnskap, men heller å reflektere rundt temaer som allerede er forsket på.

For å belyse problemstillingen har jeg derfor benyttet tilgjengelig litteratur om temaet. I søket etter litteratur har jeg ønsket å søke etter bøker og artikler som baserer seg på både kvantitativ og kvalitativ forskning. På den måten har jeg både søkt etter målbar data, og data som går mer i dybden på et tema (Dalland, 2018). Hovedfokus har imidlertid vært å søke etter kvalitativ data, da det mellommenneskelige som skjer i tverrfaglig samarbeid og i møte med brukere ikke kan måles (Dalland, 2018). Kvalitative intervjuer og påfølgende artikler kan på den andre siden gi et mer nyansert og helhetlig bilde.

Under søkeprosessen har jeg hovedsakelig brukt søkemotorene oria.no og idunn.no for tilfeldige søk, med søkeordene «tverrfaglig samarbeid», «samarbeid» og «rusavhengig» alene og i kombinasjon med hverandre. I tillegg har jeg foretatt kjedesøk ved å gå fra en relevant kilde til en annen ved å se på hvilke referanser den første kilden har referert til. Jeg opplevde dette som en effektiv måte å finne forfattere og relevant informasjon innenfor temaet på. Slik fant jeg blant annet flere engelske og internasjonale artikler. Disse skaper en bredde i den utvalgte litteraturen. Søkene har vært begrenset til norske og engelske artikler, samt funn skrevet i nyere tid og helst etter at samhandlingsreformen kom i 2009. Sistnevnte begrensning er for å sikre relevans for oppgaven. Litteraturens kvalitet og troverdighet er sikret gjennom å hovedsakelig søke etter fagfelleverderte artikler. Det skal samtidig nevnes at egen forforståelse av temaene kan ha påvirket valg av vinklinger og artikler.

Det ble satt av god tid til litteratursøk da det tar tid å bli kjent med litteraturen på et område. For å kunne være kildekritisk må man ha kunnskap om temaet man søker, også om tilleggslitteraturen (Dalland, 2018). I løpet av søkeperioden ble problemstillingen endret flere ganger grunnet nye oppdagelser i litteraturen, eller fravær av litteratur. Den endelige problemstillingen ble til slutt valgt ut fra hvilken vinkling jeg fant mest interessant og relevant.

Jeg har i tillegg brukt Kari Lossius, samt Irene Levin og Ingunn T. Ellingsen sine bøker som vil representere pensumlitteraturen fra emner som inngår i studieløpet sosialt arbeid ved NTNU.

En faktor som kan ha skapt begrensninger for oppgaven er situasjonen vi er i med COVID-19. Universiteter, universitetsbiblioteker, lesesaler og grupperom har vært stengt, og tilgangen på litteratur, kollokvier og gunstige arbeidsforhold har derfor vært begrenset. Situasjonen har gjort litteratursøket mer krevende. En av konsekvensene av dette er bruken av sekundærkilder. Sekundærkilder er tekster som er bearbeidet og presentert av en annen enn den opprinnelige forfatteren (Dalland, 2018). Denne typen kilder er allerede fortolket, i motsetning til primærkilder. Samtidig har jeg opplevd utfordringer ved bruken av teknologiske hjelpemidler, som VPN. Situasjonen har gjort at man må ta i bruk andre hjelpemidler. Et av hjelpemidlene som har bidratt til denne oppgaven er hjelpen fra veilederen min, Anne Juberg. Hun har bidratt med råd, veiledning og aktuelle artikler.

3. Relevant litteratur

Kojan & Storhaug (2015) skriver at praksis i sosialt arbeid skal kunne begrunnes med teori, og teoriene skal kunne være retningsgivende for det praktiske arbeidet. I denne delen av oppgaven ønsker jeg derfor å trekke frem relevant litteratur knyttet til tverrfaglig samarbeid rundt rusavhengige. Ulik litteratur påvirker vår forståelse av sosiale problemer, samt våre vurderinger, beslutninger og handlinger (Kojan & Storhaug, 2015).

3.1 Rammer

3.1.1 Definisjoner

Å måle og definere *kvalitet* er utfordrende, og noe man kan diskutere i det vide og det brede. Litteraturen jeg viser til i denne oppgaven beskriver godt tverrfaglig samarbeid som arbeid med høy grad av bevissthet om egen kompetanse som profesjonsutøver, men samtidig også

god kunnskap om hverandres kompetanse (Willumsen, 2016). I et slikt arbeid må man representere den tverrprofesjonelle gruppens synspunkter, og ikke bare sin egen. På denne måten ønsker jeg altså å definere tverrfaglig samarbeid av god kvalitet.

Tverrfaglig samarbeid kjennetegnes ved at flere profesjoner jobber tett sammen (Willumsen, 2016). Dette krever altså høy grad av bevissthet om egen kompetanse som profesjonsutøver, samt god kunnskap om hverandres kompetanse (Willumsen, 2016). Ifølge Schwartz & Conklin (2015) foregår den beste praksisen knyttet til psykisk helse i dag i nettopp tverrfaglige team. De hevder det optimale arbeidet skjer der ulike profesjoner med ulike erfaringer, bakgrunner og ekspertiser jobber tett sammen. Tverrfaglig samarbeid har en variasjon i mennesker, situasjoner og miljø. På den ene siden gir dette varierte perspektiver og nyttige innspill. På den andre siden kan det bli vanskelig å lage en helhetlig praksis (Schwartz & Conklin, 2015).

Rusavhengighet er, ifølge Lossius (2019), komplekse tilstander med genetiske, nevrologiske, fysiske og miljømessige aspekter. Hun skriver videre at det ikke finnes noe tydelig grense for når rusinntak går over til å bli et rusproblem, men at det veldig forenklet handler om å ruse seg på feil tidspunkt eller på feil måte. I Norge bruker vi den internasjonale sykdomsklassifikasjonen ICD-10 for å diagnostisere rusproblemer (Lossius, 2019). Den skiller mellom skadelig bruk av rusmidler og avhengighet. Avhengighet blir der beskrevet som et spektrum av fysiologiske, atferdsmessige og kognitive fenomener der bruken av en substans eller substansklasse får en høyere prioritet for en gitt person enn annen atferd som tidligere var av stor verdi (Lossius, 2019).

3.1.2 Lovverk

Allerede med rusreformen i 2004 fikk rusavhengige og deres pårørende pasientrettigheter til behandling innenfor tverrfaglig spesialisert behandling (TSB) innen spesialisthelsetjenesten (Lundberg, 2019). Dette gav behandlingen et tydeligere helsefokus, samtidig som tverrfaglighet fikk mer plass. Dette samlet det medisinfaglige, det psykologfaglige og det sosialfaglige rundt og med brukeren. På den måten behandles brukerne tverrfaglig (Lundberg, 2019). Behandlingen får både et sosialfaglig og helsefaglig perspektiv (Helse- og omsorgsdepartementet, 2009). Det essensielle er at de ulike fagene likevel arbeider med en felles forståelse av hva som skal til, og hva som er målet. Disse profesjonsutøverne må derfor være spesialister i mer enn faget sitt, de må også være spesialister i å samhandle (Lundberg,

2019). Dermed integreres fagområdene og man har muligheten til å få viktige innspill fra hverandre.

I forbindelse med samhandlingsreformen i 2009 ble det også etablert kommunale ambulante team knyttet til ulike innsatsområder, som psykisk helse og rus (Helse- og omsorgsdepartementet, 2009). Disse teamene skal bygge opp det tverrfaglige kompetansemiljøet i kommunen, samtidig som det kan fungere som et viktig og samlet punkt for veiledning og faglig bistand fra spesialisthelsetjenesten. På den måten skal teamet bidra til å sikre koordinering og helhetlig oppfølging.

3.2 utfordringer knyttet til tverrfaglig samarbeid

Källmén, Hed & Elgán (2017) skriver at tverrfaglige team har god effekt på de utfordringene man står overfor som rusavhengig. Dette kommer likevel an på kvaliteten på samarbeidet. Et vanlig og uheldig utfall av tverrfaglig samarbeid er at man samarbeider kun for samarbeidets skyld, uten å ta tak i de faktiske utfordringene (Källmén mfl., 2017). Dette støttes av Schwartz & Conklin (2015), som legger til at tverrfaglige team kan gå i den fellen der man søker å løse overliggende problemer isteden for det grunnleggende i problemene. Man søker etter å løse symptomene fremfor årsakene.

Dette kan, ifølge Källmén mfl. (2017), skyldes utfordringer knyttet til profesjoners ulike mål og metoder, statusforskjeller mellom partene og kommunikasjonsproblemer. I tillegg spiller tid, ressurser og kunnskap en viktig rolle (Schwartz & Conklin, 2015). Dette kan føre til raske løsninger der avgjørelser tas uten grundig nok refleksjon. Til slutt kan det også oppstå utfordringer dersom partene i et tverrfaglig team ikke stoler på hverandres kunnskap og kompetanse (Källmén mfl., 2017). Alle har med seg ulike erfaringer knyttet til samarbeidet, og på den måten kan man også komme med ulike forventninger og mål. Schwartz & Conklin (2015) viser til at disse utfordringene gjerne ikke diskuteres fagfolk imellom.

Schwartz & Conklin (2015) beskriver hvordan mennesker forstår ny kunnskap og erfaring ved å sette det i sammenheng med allerede eksisterende kunnskap. Forfatterne kaller dette mentale skjemaer som bidrar til vår forståelse av virkeligheten. Dette skjer også med erfaringer knyttet til tverrfaglig samarbeid, både på individ- og gruppenivå. Slike mentale skjemaer utvikler seg på arbeidsplasser og inkluderer også normer og verdier (Schwartz & Conklin, 2015). Gruppens identitet holdes slik oppe av gruppens virkelighet. Dette påvirker

kvaliteten på det tverrfaglige samarbeidet. Tidsbruk, fleksibilitet og problemløsningsevner går inn under dette. Gruppeidentiteten og skjemaene som utvikler seg er likevel en nødvendig del av arbeidet med koordinering (Schwartz & Conklin, 2015). Det er derfor viktig å være klar over egne verdier, samt hva slags kunnskap og verdier gruppen sitter med (Schwartz & Conklin, 2015).

3.2.1 Holdninger til rusavhengighet – en utfordring for tverrfaglig samarbeid

Det finnes en rekke fordommer knyttet til rusavhengighet (Lossius, 2019). Rusproblematikk engasjerer storsamfunnet, men mangler ofte et nyansert blikk. Dette trenger ikke nødvendigvis å påvirke profesjonsutøvernes samarbeid rundt rusavhengige, men det viser seg at også mange profesjonsutøvere vegrer seg for å ta imot akkurat denne brukergruppen (Lossius, 2019). Fodstad & Christiansen (2014) eksemplifiserer dette i sin undersøkelse knyttet til holdninger til brukere med både rusavhengighet og psykiske lidelser. Undersøkelsen viser at profesjonsutøvere syntes det er utfordrende med rusavhengige, samt at mange føler de mangler kunnskap om denne brukergruppen. Rusavhengighet kan derfor bli et underkommunisert tema fremfor psykiske lidelser. Profesjonsutøverenes vegring kan føre til at rusavhengige møter mer motstand enn andre brukergrupper. Dette er svært uheldig da profesjonsutøverens holdninger og følelser spiller en stor rolle for utfallet av behandlingen (Lossius, 2019).

Kritisk refleksjon rundt egen praksis er derfor sentralt og kan bidra til ny innsikt, kunnskapsutvikling og endring (Kojan & Storhaug, 2015). Et viktig mål med kritisk refleksjon er nettopp å få innsikt i hvordan egne holdninger, verdier og forforståelser påvirker praksis. Alle i et tverrfaglig team har derfor ansvar for å motarbeide tendenser til stigmatisering av brukergruppen.

3.2.2 Overganger og overdoser

Et spesielt utfordrende område for tverrfaglig samarbeid rundt rusavhengige er overganger. Dette gjelder spesielt overgangen fra å være i døgnbehandling til å bo hjemme. Ekstra sårbart blir det dersom denne utskrivningen skjer for tidlig. Frafall og tidlig utskrivning fra behandlingsprogram og døgnbehandling er forbundet med risiko for økt kriminalitet, dårligere helse, dårligere økonomi, samt tilbakefall. I verste fall også overdoser (Ormbostad, Dale, Gjengedal, & Stallvik, 2017). Mange begrunner slike frafall med manglende nytte av behandlingen, redusert motivasjon og endringshåp, samt konflikter med behandlere. Bruddene

er ofte gjennomtenkte, men sjeldent delt med de ansatte. Behandling av rusavhengighet krever derfor bred faglig tilnærming med presis oppfølging og individuell tilpasning (Ornbostad mfl., 2017).

Mange sosialarbeidere ser en sammenheng mellom overdosedødsfall og manglende ansvarsfordeling. Dette innebærer liten grad av rolleavklaring mellom tjenestene, samt mellom tjenestene og brukerne (Soggiu & Biong, 2017). Overdosedødsfall på individnivå er ofte knyttet til ulike kriser i vedkommendes livssituasjon. Mange rusavhengige lever liv preget av uforutsigbarhet og raske endringer. Disse endringene, og eventuelle krisesituasjoner som oppstår, gjør tverrfaglig samarbeid av god kvalitet svært tiltrengt (Soggiu & Biong, 2017). Erfaringer tilsier at man ofte merker en forverring hos brukeren i forkant, men profesjonsutøvere uttrykker likevel at ingen tar på seg hovedansvaret når dette skjer (Soggiu & Biong, 2017).

Her er det flere faktorer som spiller inn. Det er mange profesjonsutøvere og instanser inne i bildet med potensielt ulike faglige oppfatninger, også av samarbeid. Samtidig har samtlige lovpålagt taushetsplikt overfor hverandre (Soggiu & Biong, 2017). Videre kan det være lite dokumentasjon og det kan ta lang tid før profesjonsutøvere får beskjed om viktige hendelser i brukernes liv. I tillegg kan profesjonsutøvere, av ulike grunner, byttes ut og planer endres underveis.

Overganger og uforutsigbare hendelser bidrar dermed potensielt til krisesituasjoner for rusavhengige (Lossius, 2019). Med tanke på kompleksiteten til brukergruppen er det mest ønskelige godt planlagte overganger for alle involverte, med gode planer for veien videre. En slik overgang kan for eksempel være utskrivning fra et behandlingsprogram, og fordrer derfor tverrfaglig samarbeid. Rusavhengige med alvorlige psykiske tilleggslidelser er mer sårbare for å avslutte behandlingen før tiden enn andre (Lossius, 2019). Dette skaper et ekstra behov for tverrfaglig samarbeid av god kvalitet.

Lossius (2019) beskriver også at mange rusavhengige blir møtt med «løsninger» de ikke nødvendigvis er enig i. «Løsningene» er ofte mål, metoder eller tiltak brukerne ikke kjenner seg igjen i. De aktuelle brukerne kan motsette seg slike fremgangsmåter, noe som kan resultere i utskrivelse og stopp i krevende endringsprosesser. Dette kan igjen skyldes

mangelen på dokumentasjon av tidligere forsøkte tiltak og dårlig kommunikasjon mellom ulike profesjonsutøvere og instanser, samt for lite bruk av brukervedvirkning.

3.3 Brukervedvirkning og individuell plan

Felles forståelse av hva som skal til og hva som er målet er viktige forutsetninger for godt tverrfaglig samarbeid (Dahl, 2019). En annen forutsetning for tverrfaglig samarbeid av god kvalitet er brukervedvirkning. Brukervedvirkning er både lovfestet og et grunnleggende prinsipp. Det er en rettighet, et verktøy for samarbeid, en metodisk tilnærming og en holdning (Dahl, 2019). Brukervedvirkning er sammensatt av ordene «bruker» og «medvirke», og representerer at brukerne skal ha en aktiv og medvirkende rolle i relasjonen til profesjonsutøverne og hjelpetjenestene. På den måten må hjelpeapparatet også virke med brukeren (Dahl, 2019).

En rekke forskere fremhever ønsket om å skape kontinuitet i behandlingsforløp for brukerne. Haggerty mfl. (2003) er noen av disse, og mener kontinuitet handler om følelsen av å ha en profesjonsutøver som vet hva som har skjedd tidligere, at ulike profesjonsutøvere er enig om en plan, og at en profesjonsutøver som kjenner brukeren vil følge opp videre. Fra profesjonsutøverens side handler det om å føle at de vet nok om brukeren og at de kan gi god nok hjelp, samt at deres faglige styrke blir anerkjent av de andre profesjonsutøverne i samarbeidet (Haggerty mfl., 2003).

Individuell plan er et av mange tiltak som er satt i gang for å imøtekomme kravene om samhandling blant hjelpetjenestene og ønsket om brukervedvirkning og kontinuitet. Dette er, ifølge Källmén mfl. (2017), potensielt også en god løsning på utfordringene knyttet til tverrfaglig samarbeid. Individuell plan er en plan alle mennesker med behov for langvarige og koordinerte tjenester har rettighet på (Dahl, 2019). Hensikten er å skape helhetlige og sammenhengende pasientforløp der ansvarsforholdene mellom de ulike tjenestene er avklart. På den måten skaper man et forpliktende samarbeid. En slik plan skal inneholde aktuelle tiltak, omfanget av disse, samt hvordan det skal gjennomføres. Planen skal bygge på brukerens egne mål, ressurser og behov (Dahl, 2019).

Til tross for at Källmén mfl. (2017) viser til at individuell plan skaper bedring hos brukerne og enklere ansvarsfordeling, brukes planene mindre enn ønskelig. Ifølge deres undersøkelse skyldes dette dårlig tid og manglende interesse fra brukeren, men mest av alt vanskeligheter

rundt samarbeidet. Källmén mfl. (2017) beskriver at man samarbeider bedre med noen mennesker enn andre. Slike hindringer på individnivå kan være en mulig forklaring på disse samarbeidsvanskene. Undersøkelsen viste også at bruken av individuell plan var lavest blant hjelpetjenestene for rusavhengige.

4. Diskusjon

I denne delen av oppgaven vil relevant litteratur bli drøftet opp mot problemstillingen: «Hvilke faktorer påvirker kvaliteten på tverrfaglig samarbeid rundt rusavhengige?» Jeg vil i første del av drøftingen forholde meg til de potensielle utfordringene ved tverrfaglig samarbeid som det er blitt redegjort for i forrige kapittel. Herunder finnes også utfordringer knyttet til stigma og overgangsfaser. Videre vil jeg drøfte individuell plan og brukermedvirkning som virkemidler for god kvalitet på tverrfaglig samarbeid med rusavhengige. Avslutningsvis vil jeg drøfte om tverrfaglig samarbeid er en utelukkende positiv arbeidsform, samt hvilke konsekvenser tverrfaglig samarbeid av god kvalitet kan ha for rusavhengige.

4.1 Påvirkningsfaktorer

4.1.1 Stigma som utfordring for tverrfaglig samarbeid

Det finnes altså potensielt mange hindringer og utfordringer knyttet til kvaliteten på tverrfaglig samarbeid. Vi har også sett Lossius (2019) hevde at rusavhengige potensielt møter mer motstand hos profesjonsutøvere enn andre brukergrupper. Hun viser til at mange profesjonsutøvere vegrer seg for å ta imot akkurat denne brukergruppen. Det kan være mange grunner til dette, noe det er vanskelig å spekulere i. Samtidig har vi sett at rusavhengige er en kompleks gruppe med komplekse utfordringer, som ofte trenger sammensatt og langvarig bruk av samfunnets hjelpetjenester. Mange rusavhengige har også psykiske tilleggslidelser. Det kan derfor tenkes at dette er en av brukergruppene som trenger tverrfaglig samarbeid mest. Innledningsvis kom det frem at alle kan rammes av avhengighet, og at 10-20% av oss vil utvikle en form for avhengighet til ett eller flere rusmidler i løpet av livet (Lossius, 2019). Kompleksiteten i denne gruppen er dermed stor, noe som gjør tanken på at hele gruppen skal møte vegring og motstand interessant.

Rusavhengighet er, som allerede nevnt, noe store deler av storsamfunnet har en mening om og en holdning til. Dessverre har denne brukergruppen på mange måter vært stigmatisert i samfunnet i mange år. Stigma handler i denne sammenhengen om å stemple noen negativt i

en sosial sammenheng og at en person eller gruppe på den måten får en negativ egenskap hengende ved seg (Eriksen & Sajjad, 2015). Dette kan være med å påvirke hvordan vedkommende ser på seg selv og sitt problem, samt hva slags hjelp og støtte man får fra de rundt seg. Stigmatisering ved sykdom, avvik eller psykiske problemer gjør ofte så man kun ser problemet, og ikke personen bak. Vedkommende «blir» bare problemet sitt (Eriksen & Sajjad, 2015). At en så kompleks brukergruppe som rusavhengige skal skape vegring hos profesjonsutøvere kan tyde på at en del av stigmaet fortsatt finnes. Ved at problemet, altså rusavhengigheten, sees før selve personen. Det faktum at dette påvirker både hvordan vedkommende ser seg selv og sitt problem, og ikke minst hva slags hjelp de får kan derfor tyde på at det også påvirker kvaliteten på det tverrfaglige samarbeidet rundt og med brukergruppen. I så fall kan dette være svært uheldig da profesjonsutøverens holdninger og følelser spiller en stor rolle for utfallet av behandlingen (Lossius, 2019).

Profesjonsutøvernes holdninger og følelser er med andre ord avgjørende. Dette blir det viktig å være bevisst når vi i tillegg vet at frafall og tidlig utskrivning fra behandlingsprogram og døgnbehandling er forbundet med risiko for økt kriminalitet, dårligere helse og økonomi, samt tilbakefall og i verste fall også overdoser (Ormbostad mfl., 2017). Kanskje er dette spesielt viktig å være bevisst i tverrfaglige team. Dette fordi vi nå vet at normer og verdier ofte blir en del av arbeidsplassens og en arbeidsgruppes skjema for praksis (Schwartz & Conklin, 2015). Siden mange begrunner frafall fra behandlinger med manglende nytte av behandlingen og konflikter med behandlere, kan det å kritisk reflektere over egne og andres holdninger, verdier og følelser være avgjørende. På den måten reflekterer man også over kvaliteten i det tverrfaglige samarbeidet. Dersom man aktivt bruker kritisk refleksjon rundt teamets praksis kan det, ifølge Kojan & Storhaug (2015), videre føre til kunnskapsutvikling og endringer.

4.1.2 Overganger – et ekstra behov for tverrfaglig samarbeid

Mange rusavhengige lever liv preget av uforutsigbarhet og raske endringer. Som vi nå vet kan disse endringene, og eventuelle krisesituasjoner som kan oppstå, skape et ekstra behov for tverrfaglig samarbeid av god kvalitet og raske løsninger (Soggiu & Biong, 2017). Dette kan være med å skape ett tidspress for profesjonsutøverne, noe vi også har sett kan føre til at man søker å løse symptomer fremfor årsaker (Schwartz & Conklin, 2015). Med en brukergruppe preget av uforutsigbare liv må man som profesjonsutøver og tverrfaglige team evne å være fleksibel og tilpassningsdyktig. Raske endringer krever raske løsninger. Kvaliteten på det

tverrfaglige samarbeidet vil derfor bli testet. Resultatet kan ha store følger for livene til de enkelte rusavhengige.

Det mest ønskelige er, som allerede nevnt, godt planlagte overganger for alle involverte. De tverrfaglige teamene, med brukeren, kan lage kriseplaner for hva de kan gjøre dersom noe uforutsigbart skulle skje, men må til en viss grad løse de aktuelle hendelsene etterhvert som de dukker opp. Fra innledningen vet vi at rusavhengighet kan skape utfordringer på en rekke livsområder. Mange opplever å ha mer eller mindre alvorlige psykiske tilleggslidelser. Denne delen av brukergruppen er, som Lossius (2019) påpeker, mer sårbare for å avslutte behandlingen før tiden enn andre. Brukergruppen rusavhengige viser seg å være en veldig kompleks gruppe som allerede på generelt grunnlag har behov for tverrfaglig samarbeid. Videre viser det seg at deler av denne brukergruppen er ekstra sårbare for å havne mellom tjenestene, og er enda mer avhengig av å få oppfølging fra flere instanser samtidig.

Tilfellene der endringer går som planlagt, og man har tid og mulighet til å planlegge overganger, krever imidlertid også godt tverrfaglig samarbeid av god kvalitet. Godt planlagte overganger inkluderer gjerne en rekke ulike profesjoner som sammen må finne felles mål og fremgangsmåter. De må sammen klare å koordinere og skape helhet for en potensielt sårbar bruker. Dette krever tid og tillit til hverandre og hverandres kompetanse, samt inkludering av brukeren selv. Ved å ha god kjennskap til hverandres kunnskap og kompetanse kan man også lettere utnytte de ressursene som er i et team (Schwartz & Conklin, 2015). Med tanke på ulikhetene som blir satt sammen kan det virke nødvendig med både tålmodighet og åpenhet i et tverrfaglig team. Med god kjennskap og tillit til hverandres profesjonskunnskap oppleves dette kanskje enklere.

Det mest alvorlige argumentet for tverrfaglig samarbeid av god kvalitet syntes uansett å være den erfarte sammenhengen mellom manglende ansvarsfordeling, rolleavklaring og samarbeid på den ene siden og overdosedødsfall på den andre (Soggiu & Biong, 2017). Det fremstår for øvrig som et stort ansvar å legge over på en gruppe mennesker, men enda mer å legge over på en enkelt profesjonsutøver. Erfaringene delt av Soggiu & Biong (2017) tilsier at ingen påtar seg hovedansvaret ved forverringer i livssituasjonen til en rusavhengig. Dette til tross for at overdosedødsfall på individnivå ofte er knyttet til ulike kriser i vedkommendes livssituasjon. Med hensyn til forpliktelsen dette skaper kan ansvarsfraskrivningen virke forståelig, men noen må imidlertid ta ansvaret. Dersom ansvaret føles påtvunget for en profesjonsutøver kan dette

kanskje påvirke oppfølgingen i negativ retning. Et så stort ansvar kan dessuten hvile tryggere på et tverrfaglig team med bredt faglig grunnlag. Sett under ett kan det derfor virke som om tydelig ansvarfordeling, rolleavklaring og samarbeid kan gjøre så dette ansvaret slipper å falle på en profesjonsutøver alene. Behovet for tverrfaglig samarbeid er med andre ord tydelig tilstede, men selve arbeidet har en rekke potensielle utfordringer.

4.1.3 Utfordringer ved tverrfaglig samarbeid

Tverrfaglig samarbeid og tverrfaglige team kan potensielt ha god effekt på det sosiale arbeidet rundt rusavhengige. Det gjelder imidlertid i de tilfellene der kvaliteten på samarbeidet er god. Vi har her sett at det finnes en rekke potensielle hindringer når det kommer til tverrfaglig samarbeid. I tillegg til organisatoriske faktorer som ressurser, tid og kunnskapssammensetning, hevder Källmén mfl. (2017) at det også kan bunne i ulikheter knyttet til mål og metoder, statusforskjeller mellom partene i samarbeidet og kommunikasjonsproblemer. Ikke minst kan det bunne i manglende tillit til hverandres kompetanse. Schwartz & Conklin (2015) viser til at de ulike utfordringene ved slikt samarbeid gjerne ikke diskuteres med hverandre. Underliggende utfordringer i et samarbeid synes derfor å påvirke kvaliteten på det tverrfaglige samarbeidet med rusavhengige i negativ retning.

Når det gjelder de organisatoriske faktorene som ressurser, tid og kunnskapssammensetning er det mange sider man kan ta tak i. Ved organisatoriske faktorer er mye som spiller inn, spesielt fra overordnet nivå. Lite ressurser fører ofte til mer tidspress, noe som videre kan føre til mindre tid til tverrfaglighet og samarbeidspraksis. Når det gjelder rusavhengige opplever mange å være innlagt på døgnopphold. Der varierer de tilgjengelige ressursene alt etter hvilken tid på døgnet det er (Fodstad & Christiansen, 2014). Uforutsigbare hendelser og raske endringer kan likevel skje når som helst på døgnet. Profesjonsutøverne som opplever dette på kveldstid eller natt har ikke nødvendigvis de samme mulighetene til å forhøre seg med eller kontakte andre profesjonsutøvere som er viktige ved slike hendelser. Dette betyr at det er mange sider ved kvaliteten på tverrfaglig samarbeid som kan bli påvirket av organisatoriske rammer og faktorer.

Ulikheter knyttet til mål og metode kan virke åpenbare og uunngåelig når det er ulike profesjoner sammen om samme sak. Ulike fagutdanninger, fagterminologier og innfallsvinklinger skal arbeide sammen. Målet med tverrfaglig samarbeid er å finne felles mål

der de ulike fagene sammen finner løsninger for å dekke behov fra flere sider (Dahl, 2019). I de tilfellene hvor felles mål blir en utfordring kan det føre til at profesjonsutøverne arbeider i hver sin retning uten tydelige ansvarsfordelinger eller rolleavklaringer. Dette kan virke både lite hensiktsmessig og som bortkastet tid og ressurser. På en annen side er det i hovedsak brukeren som skal sette egne mål, og profesjonene som skal veilede og hjelpe på veien dit (Dahl, 2019). Det vil si at det felles målet i teorien burde være å nå brukerens mål. Her kan det imidlertid være uenigheter knyttet til metodene man skal bruke på veien. Lossius (2019) beskriver at mange rusavhengige blir møtt med «løsninger» den aktuelle brukeren ikke er enig i. Videre kan dette resultere i utskrivelse og stopp i krevende endringsprosesser. Med tanke på mulige uenigheter knyttet til mål og metode, fremstår det ikke utenkelig at det disse situasjonene handler om nettopp det. Dette understreker viktigheten av god kommunikasjon og godt samarbeid, men først og fremst av brukermedvirkning (Dahl, 2019).

Kommunikasjonsproblemer går igjen som en utfordring for tverrfaglig samarbeid og som en faktor som på mange måter er med å påvirke kvaliteten på samarbeidet. I arbeidet mot å nå felles mål og metoder kan kommunikasjon virke avgjørende. Kommunikasjonsproblemer kan ha mange årsaker. En av årsakene er statusforskjeller mellom profesjonene. Statusforskjeller kan potensielt føre til at en av profesjonene får definisjonsmakt når det kommer til fagterminologi og løsninger. Slike statusforskjeller er ofte knyttet til profesjonens status i samfunnet for øvrig, og kan henge igjen i et arbeidsmiljø fra en tid der statusforskjeller virkelig var gjeldende. Statusforskjeller kan føre til mangel på likeverdighet i et samarbeid. Vi vet at anerkjennelse for sin faglige styrke er avgjørende for profesjonsutøveres arbeid for kontinuitet i sitt faglige arbeid (Haggerty mfl., 2003). Det vil si at statusforskjeller mellom partene i et tverrfaglig team kan føre til kommunikasjonsproblemer og manglende likeverdighet, noe som igjen vil påvirke kvaliteten på det tverrfaglige samarbeidet. Dette betyr også at arbeid for likeverd kan være et middel for å nå god kvalitet på tverrfaglig samarbeid.

Schwartz & Conklin (2015) beskrev hvordan mennesker lagrer lærdom, normer og verdier i skjemaer for å skape en virkelighet som gir mening. Disse skjemaene formes og struktureres også på gruppenivå og utvikler seg ofte på arbeidsplasser og i tverrfaglige team i form av en gruppeidentitet. Videre påvirker dette kvaliteten på gruppens tidsbruk, fleksibilitet og problemløsningsevner. Når det gjelder kvaliteten på det tverrfaglige samarbeidet kan den på den ene siden komme godt ut av dette. Arbeidsplasser som har gode erfaringer med tverrfaglighet, refleksjon og åpenhet kan ha en god kultur for dette i sin praksis.

Samhandlingsreformen ønsket mer helhetlige og koordinerte tjenester (Helse- og omsorgsdepartementet, 2009). Totalt sett kan det virke vanskelig på en arbeidsplass uten en felles gruppeidentitet og felles skjemaer. På den andre siden kan gruppeidentitet få negative konsekvenser for det tverrfaglige samarbeidet. På samme måte som en arbeidsplass kan ha utviklet skjemaer for refleksjon og åpenhet, kan en arbeidsplass ha dårligere eller generelt mindre erfaringer med tverrfaglighet og refleksjon. Skjemaene her kan for eksempel bestå av symptomløsning og lavt prioritert tverrfaglighet. Rusmisbrukere som henvender seg til sistnevnte arbeidsplass vil kunne oppleve lavere kvalitet på tverrfagligheten i hjelpen han eller hun mottar.

4.2 Individuell plan:

Individuell plan er et av tiltakene det argumenteres for i møte med disse utfordringene. På den ene siden kan det virke tydelig at individuell plan er godt egnet for rusavhengige. Planen er tiltenkt for nettopp mennesker med behov for langvarige og koordinerte tjenester, for å skape helhetlige og sammenhengende tilbud (Dahl, 2019). Det fremstår som klart at mange rusavhengige lever med komplekse utfordringer på flere livsområder. En individuell plan kan derfor møte utfordringene med ansvarfordeling i tverrfaglige team, tydeliggjøre en plan og forplikte samarbeidspartene til denne planen. På den andre siden er dette en plan som skal inneholde tydelige mål, tiltak, samt når og hvordan tiltakene skal gjennomføres. En stor del av denne brukergruppen lever også liv preget av uforutsigbarhet og raske endringer. En individuell plan kan virke overflødig dersom den til stadigheter må endres og utsettes. Likevel er det nettopp derfor individuell plan også kan være hensiktsmessig i det tverrfaglige samarbeidet rundt rusavhengige.

Derfor er også et overordnet mål å bruke individuell plan mer enn hva det i realiteten brukes i dag (Helse- og omsorgsdepartementet, 2009). Dette gjelder også blant rusavhengige der bruken så ut til å være lavest. Brukermedvirkningen og kontinuiteten i behandlingsløpene er gode argumenter for dette. Det handler om at brukerne selv skal få medvirke ved å sette egne mål, og fremheve egne ressurser og behov (Dahl, 2019). I denne oppgaven er det det tverrfaglige samarbeidet mellom profesjonsutøvere som står i fokus. Det skal likevel trekkes frem at brukermedvirkning ser ut til å være en avgjørende faktor for god kvalitet på det tverrfaglige samarbeidet rundt rusavhengige. Profesjonsutøverne skal altså virke *med* disse brukerne. Alt dette forplikter man seg til med en individuell plan.

En del av kontinuiteten handler om at profesjonsutøvere som kjenner brukeren og vedkommendes historie er den som følger opp, og at teamet rundt en bruker er enige om planen videre (Haggerty mfl., 2003). Med hensyn til at mange rusavhengige lever liv preget av uforutsigbarhet og ustabile relasjoner, kan det tenkes at stabile og kjente profesjonsutøvere er en positiv faktor i deres pasientforløp. Påvirkende faktorer og forutsetninger for dette er god dokumentasjon, informasjonsflyt mellom de aktuelle profesjonsutøverne og at profesjonsutøvere ikke byttes ut (Soggiu & Biong, 2017). Som tidligere nevnt har flere instanser taushetsplikt overfor hverandre. For at kvaliteten på kontinuiteten i det tverrfaglige samarbeidet skal være god er det viktig at sentrale profesjonsutøvere har tilgang på hva som skjer med og rundt brukeren.

Noen av utfordringene knyttet til tverrfaglig samarbeid rundt en individuell plan er blitt forklart på individnivå, ved at man samarbeider bedre med noen enn med andre (Källmén mfl., 2017). Som profesjonsutøver i tverrfaglige team finnes det ikke begrensninger i hvor mange man må samarbeide med. Selv om man på den ene siden vet at disse profesjonsutøverne ideelt sett skal være spesialister i samhandling, vet vi også at alle profesjonsutøvere er vanlige mennesker med ulike personligheter og ferdigheter. Det kan derfor virke åpenbart at man samarbeider bedre med noen enn andre. Relasjonene mellom de ulike deltagerne i et tverrfaglig team kan ha ulik grad av tillit, forståelse og harmoni. Dette vil også kunne påvirke kvaliteten på samarbeidet rundt rusavhengige.

I tillegg gjelder dette også for brukerne og brukergruppen. Levin & Ellingsen (2015) forklarer at relasjonen mellom en profesjonsutøver og brukeren legger hele grunnlaget for hva man kan utrette sammen. Videre blir det lagt vekt på tillit i relasjonen. Kvaliteten på relasjonen mellom profesjonsutøveren og brukeren kan variere på samme måte som mellom profesjonsutøvere. I tillegg til at tryggheten og tilliten kan utebli i en relasjon, er det også rimelig å anta at fagkunnskaper og kompetanse kan variere blant profesjonsutøvere. Tverrfaglig samarbeid og tverrfaglige team åpner opp for en løsning på dette. Ideen bak er at en rusavhengig bruker i mindre grad blir prisgitt den enkelte profesjonsutøveren han eller hun møter. I et team har man flere å spille på, og på den måten får både kvaliteten på relasjonene og fagtyngden et bredere grunnlag.

4.3 Kvalitet på tverrfaglig samarbeid

Tverrfaglig samarbeid betegnes ofte som en ønskelig faktor i sosialt arbeid og generelt i samfunnets hjelpetjenester. Hittil i oppgaven har vi imidlertid sett at det er en rekke faktorer som spiller inn på kvaliteten på slikt tverrfaglig samarbeid. Alt fra organisatoriske rammer, metoder og kunnskap, til holdninger, målsetninger, tillit og grad av refleksjon. Gjennom å drøfte de ulike faktorene som er med og påvirker kvaliteten, har det blitt tydelig at tverrfaglig samarbeid krever kompetanse og erfaring knyttet til samhandling dersom kvaliteten skal bli god.

Med tanke på disse faktorene og de potensielle utfordringene knyttet til tverrfaglig samarbeid er det rimelig å anta at også tverrfaglig samarbeid av mindre god kvalitet finner sted i hjelpetjenestene i dag. Etter samhandlingsreformen har det imidlertid blitt oppfordret til å bruke mer tid på dette arbeidet (Helse- og omsorgsdepartementet, 2009). Dersom man ser for seg et tverrfaglig samarbeid der flere av de nevnte forutsetningene ikke er tilstede, kan det virke lite hensiktsmessig å bruke tid på tverrfaglig samarbeid i det hele tatt. Källmén mfl. (2017) viser til tverrfaglige team som bruker tid på symptomlindring fremfor forebygging og arbeid med de konkrete utfordringene og problemene. Videre er det kjent at mange av hjelpetjenestene i samfunnet til tider har knappe ressurser. Sett under ett virker det som om tverrfaglig samarbeid av mindre god kvalitet dermed kan frata tid fra viktige og mer produktive arbeidsoppgaver. Tverrfaglig samarbeid kan på den måten fremstå som en aktivitet profesjonsutøverne «pynter» seg med, uten at det i teorien er det de praktiserer.

Dersom man, i motsetning til forrige avsnitt, ser for seg tverrfaglig samarbeid av god kvalitet er det interessant å tenke på hvilke følger det kan ha for brukergruppen rusavhengige. Slikt samarbeid kan føre til alt fra koordinerte, helhetlige tjenester med kontinuitet, til tjenester der profesjonsutøverne kan møte kompleksitet med tverrfaglighet og på den måten hindre frafall, tidlig utskriving og overdosedødsfall. Det blir, ifølge Schwartz & Conklin (2015), den beste typen praksis.

Tverrfaglig samarbeid fremstår derfor ikke som en utelukkende positiv faktor. Følgene av tverrfaglig samarbeid av god kvalitet gjør likevel arbeidet interessant. Totalt sett virker det rimelig å konkludere med at tverrfaglig samarbeid er utfordrende og krever kompetanse, men at det likevel kan gjøre en stor forskjell i positiv retning dersom man oppnår god kvalitet.

5. Avslutning

Jeg har nå redegjort for og drøftet problemstillingen «Hvilke faktorer påvirker kvaliteten på tverrfaglig samarbeid rundt rusavhengige?». Jeg har sett nærmere på hva slags klima tverrfaglig samarbeid skjer under i Norge i dag, mulige utfordringer for tverrfaglig samarbeid, samt mulige løsninger. Til slutt har jeg drøftet hva som skal til for å utføre tverrfaglig samarbeid av god kvalitet rundt rusavhengige. Statlige føringer er klare. Tverrfaglig samarbeid er ønskelig i samfunnets hjelpetjenester og skal bidra til helhetlige og koordinerte tjenester. (Helse- og omsorgsdepartementet, 2009).

Oppgaven viser imidlertid at en rekke faktorer påvirker kvaliteten på slikt tverrfaglig samarbeid. Herunder ble det blant annet drøftet utfordringer knyttet til alt fra organisatoriske rammer, metoder og kunnskap, til holdninger, målsetninger, tillit og grad av refleksjon. Tid, ressurser og kunnskap er viktige sider ved de organisatoriske rammene (Schwartz & Conklin, 2015). Tidsbruk, fleksibilitet og problemløsningsevner påvirkes i stor grad av disse rammene og lagrer seg ofte som et skjema for praksis på en arbeidsplass, sammen med feller normer og verdier (Schwartz & Conklin, 2015). Videre har vi sett at påvirkningsfaktorer som arbeid rundt mål og metoder, statusforskjeller mellom partene i samarbeidet og grad av kommunikasjon har mye å si (Källmén mfl., 2017). Til slutt viser det seg også at mange profesjonsutøvere vegrer seg for å ta imot gruppen rusavhengige (Lossius, 2019). Sistnevnte påvirkningsfaktor har blitt drøftet opp mot stigma og viktigheten av kritisk refleksjon (Levin & Ellingsen, 2015).

Individuell plan og brukermedvirkning kom frem som mulige løsninger på utfordringene. Hensikten med en individuell plan er å skape helhetlige og sammenhengende tilbud der ansvarsforholdene mellom de ulike tjenestene er avklart. På den måten skaper man et forpliktende samarbeid, også med brukeren (Dahl, 2019).

Underveis i oppgaven vises det til hvorfor brukergruppen rusavhengige kan ha god nytte av tverrfaglig samarbeid av god kvalitet. Rusavhengighet kan skape utfordringer på mange livsområder, både direkte og indirekte. De komplekse situasjonene mange rusavhengige står overfor kan føre til at man trenger hjelp fra flere tjenester i samfunnet. Tjenestene går på tvers av sektorer og nivåer, og gjerne samtidig. Lossius (2019) hevdet derfor at vi trenger et mangfold av teknikker og faglige metoder i møte med rusproblematikk. Dette ble underbygd

av Ormbostad mfl. (2017) som skriver at behandling av rusavhengighet krever bred faglig tilnærming med presis oppfølging og individuell tilpasning.

Avslutningsvis i oppgaven konkluderte jeg med at forutsetningene for å skape tverrfaglig samarbeid av god kvalitet er høy grad av bevissthet om egen kompetanse som profesjonsutøver, samt god kunnskap om hverandres kompetanse (Willumsen, 2016). Man må være klar over egne verdier, samt hva slags kunnskap og verdier samarbeidspartnerne dine sitter med (Schwartz & Conklin, 2015). I et slikt arbeid må man representere den tverrprofesjonelle gruppens synspunkter, og ikke bare sin egen.

Referanseliste

- Dahl, T. (2019). Ambulant brukerstyrt samarbeid. I K. Lossius (Red.), *Håndbok i rusbehandling* (2. utg., s. 345-362). Oslo: Gyldendal Akademisk.
- Dalland, O. (2018). *Metode og oppgaveskriving* (6. utg.). Oslo: Gyldendal Norsk Forlag AS.
- Eriksen, T. H. & Sajjad, T. A. (2015). *Kulturforskjeller i praksis*. Oslo: Gyldendal Akademisk.
- Fodstad, H. & Christiansen, B. (2014). Hva kan kjennetegne oppfatninger av personer med rus- og psykiske helsevansker (ROP) hos ansatte og studenter? *Tidsskrift for psykisk helsearbeid*, 11(1) 126-134. Hentet fra <https://www.idunn.no>
- Haggerty, J. L., Reid, R. J., Freeman, G. K., Starfield, B. H., Adair, C. E. & McKendry, R. (2003). Education and debate. *British Medical Journal*, 327(10), 1219-1221. Hentet fra <https://www.bmj.com>
- Helse- og omsorgsdepartement. (2009). *Samhandlingsreformen* (Meld. St. 47 (2008-2009)). Hentet fra <https://www.regjeringen.no>
- Lossius, K. (Red.). (2019). *Håndbok i rusbehandling* (2. utg.). Oslo: Gyldendal Akademisk.
- Källmén, H., Hed, A. & Elgán, H. T. (2017). Collaboration between community social services and healthcare institution: The use of a collaborative individual plan. *Nordic studies on alcohol and drugs*, 34(2), 119-139 doi:10.1177/1455072517691059
- Kojan, B. H. & Storhaug, A. S. (2015). Erfaringsbasert kunnskap og refleksiv praksis, I I. T. Ellingsen, I. Levin, B. Berg, & C. Kleppe (red.), *Sosialt arbeid – en grunnbok* (s. 184-195). Oslo: Universitetsforlaget.
- Levin, I. & Ellingsen I. T. (2015). Relasjoner i sosialt arbeid, I I. T. Ellingsen, I. Levin, B. Berg, & C. Kleppe (red.), *Sosialt arbeid - en grunnbok* (s.112-124). Oslo: Universitetsforlaget.
- Lundberg, A. (2019). Hva er det med rusmiddelavhengighet som krever tverrfaglighet? I K. Lossius (Red.), *Håndbok i rusbehandling* (2. utg., s. 40-46). Oslo: Gyldendal Akademisk.
- Ormbostad, H. A. K., Dale, K. Y., Gjengedal, E. J. & Stallvik, M. (2017). Faktorer som virker inn ved frafall i døgntilrettelagt behandling for pasienter med ruslidelser. En case-studie med vekt på både pasient- og behandlerperspektivet. *Nordisk Tidsskrift for Helseforskning*, 13(1). Hentet fra <https://septentrio.uit.no/>

Schwartz, R. & Conklin, J. (2015). Competing Paradigms: Exploring Dialogue to Promote Interprofessional Collaboration and Transformation. *The Journal of Applied Behavioral Science*, 15(4) 479-500 doi: 10.1177/0021886314545535

Støren, I. (2013). *Bare søk! Praktisk veiledning i å gjennomføre en litteraturstudie* (2. utg.). Oslo: Cappelen Damm AS.

Soggio, A. S. & Biong, S. (2017). Samarbeid noen dør med: Om sosialarbeideres erfaringer med klienter som dør i overdose. *Tidsskrift for psykisk helsearbeid*, 14(4), 302-314. Hentet fra <https://www.idunn.no>

Utdannings- og forskningsdepartement. (2015). *Rammeplan for 3-årig sosionomutdanning*. Hentet fra <https://www.regjeringen.no>

Willumsen, E. (2016). Tverrprofesjonelt samarbeid i utdanning og praksis i helse- og velferdssektoren. I E. Willumsen & A. Ødegård (2016). *Tverrprofesjonelt samarbeid – et samfunnsoppdrag* (2. utg.). Oslo: Universitetsforlaget.

