

Referanse til artikkelen: Ragnhild Elise Solbu Trætteberg, Håkon Solbu Trætteberg & Børge Baklien (2024). Krysspress i poliklinisk behandling i tverrfaglig spesialisert rusbehandling – nasjonal standard eller individuell tilpasning?. *Fontene forskning*, 17(1), 60-73.

NØKKELOD: TVERRFAGLIG SPESIALISERT RUSBEHANDLING, BAKKEBYRÅKRATER, STANDARDISERING, INDIVIDUELL TILPASNING



**Ragnhild Elise Solbu Trætteberg**  
Oslo universitets-  
sykehus  
[rtrae@ous-hf.no](mailto:rtrae@ous-hf.no)



**Håkon Solbu Trætteberg**  
Institutt for  
samfunnsforskning  
[h.s.tratteberg@samfunnsforskning.no](mailto:h.s.tratteberg@samfunnsforskning.no)



**Børge Baklien**  
Høgskolen  
Innlandet  
[borge.baklien@inn.no](mailto:borge.baklien@inn.no)

# Krysspress i poliklinisk behandling i tverrfaglig spesialisert rusbehandling – nasjonal standard eller individuell tilpasning?

Behandlere i velferdstjenestene blir i møte med pasienter bakkebyråkrater som står i et krysspress mellom standardisering og individuell tilpasning. Innen tverrfaglig spesialisert rusbehandling (TSB) håndterer behandlerne tre samtidige styringssignaler: 1) nasjonale føringer for faglig praksis som skal gi mindre variasjon i kvaliteten til tilbudet, 2) forventning om tilpasning av behandlingen til den enkeltes situasjon og preferanser, og 3) en delvis aktivitetsbasert finansieringsmodell. Hvordan opplever behandlere innenfor TSB krysspresset mellom de tre styringssignalene, og hvilke konsekvenser har det? Basert på en kvalitativ studie i tre poliklinikker finner vi at mens målene for behandlingen er diffuse, som å bli i stand til å leve gode liv, er kravene til innholdet i behandlingen konkrete, noe som kan føre til at virkemidlene blir et mål i seg selv. Behandlerne opplever at nasjonale føringer er bedre tilpasset de best fungerende pasientene, og at lokalt handlingsrom brukes til å ivareta behovene til de dårligst fungerende pasientene.

denne artikkelen analyserer vi hvilket handlingsrom behandlere innen tverrfaglig spesialisert rusbehandling (TSB) erfarer at de har i krysspresset mellom standardisering av tjenestene og pasientenes individuelle behov. Vi utforsker hvilke mestringsstrategier behandlerne benytter for å håndtere krysspresset, og hvilke implikasjoner dette har for tjenesten. Individuell tilpasning og standardisering er to sentrale nasjonale føringer som i økende grad utgjør et paradoks i vestlige helsetjenester (Mannion & Exworthy, 2017). Dette er særlig relevant i Norge, fordi individuell tilpasning, pasienters medvirkning, myndiggjøring og økt autonomi er sentrale verdier i velferden (Trætteberg, 2017), verdier som er tillagt tiltakende betydning de siste årene (Helsedepartementet, 2022b). Samtidig er det økende tendens til å fagliggjøre velferden (Ekeland et al., 2011). Fagliggjøringen skjer ved å sikre kvaliteten i tjenestene gjennom å stille høyere krav til utdanning og basere praksis på oppdaterte faglige standarder og retningslinjer. Det blir en form for standardisering av tjenestene når innhold og form på behandlingen skal være forutsigbart både for behandlere, pasienter og pårørende (Nordesjö et al., 2022).

Møtet mellom nasjonale føringer og ønsket om individuell tilpasning settes spesielt på spissen i tverrfaglig spesialisert rusbehandling (TSB). På dette tjenesteområdet har prioritering av individuelt tilpasset behandling gjennom brukermedvirkning og individuell autonomi vært en politisk satsing de siste årene (Prop. 1 S (2022 – 2023), s. 136). Samtidig står den evidensbaserte tilnærmingen sentralt i spesialisthelsetjenesten (Wyller & Wyller, 2013), der faglige retningslinjer er ment å strømlinjeforme behandlingen (Wyller, 2013). Pasienter med like diagnoser skal få samme type behandling, og forutsigbarhet og likebehandling er viktige mål i de nasjonale pasientforløpene (Siqueland et al., 2023). Spesialisthelsetjenesten er i tillegg delvis underlagt et byråkratisk-administrativt forvaltningssystem med innsatsstyrt finansiering, der tjenestene finansieres basert på diagnoser

og prosedyrer. Innsatsstyrt finansiering har til hensikt å gi incentiver for effektiv drift, men kan også innebære standardisering som kan utfordre rommet for brukermedvirkning og individuell tilpasning (Pettersen & Lofthus, 2018).

Når ulike politiske føringer skal implementeres i pasientbehandlingen, må de behandlerne som møter pasientene oversette sentrale føringer og regler til praktisk poliklinisk behandling. Behandlerne kan forstås som bakkebyråkrater ved at de skal omsette politiske mål og føringer, rettigheter og fag til praksis for å løse komplekse problemer (Lipsky, 1980). Sprik mellom idealer i retningslinjene og realiteter i møte med pasientene utgjør et krysspress som behandlerne må håndtere gjennom ulike mestringsstrategier. Hvilke slike strategier behandlerne utvikler har betydning for innhold og form på de tjenestene brukere og pasienter møter.

Bakkebyråkratene utvikler strategiene innenfor sine *handlingsrom*, som oppstår fordi det er umulig å detaljregulere behandleres praksis i møte med pasientene. Størrelsen på handlingsrommet er begrenset av rammene for de offentlige systemene, som består av lovverk, forskrifter, faglige retningslinjer, prioriteringsveiledere, nasjonalt pasientforløp og innsatsstyrt finansiering (ISF) (Helsedirektoratet, 2016). At behandlere i økende grad må begrunne og dokumentere sine handlinger, kan redusere behandlerens autonomi, og dermed deres fleksibilitet i møte med pasientene (Siqueland et al., 2023, s. 96). Det økte styringstrykket innebærer standardisering av praksis og redusert autonomi i profesjonsutøvelsen, men samtidig må behandlere være fleksible for å møte pasienter som skal ha medbestemmelse og individuelt tilpasset behandling (Ekeland, 2011). Det er uklart hvordan disse føringene rammer inn praksis, for eksempel ved innføring av nasjonalt behandlingsforløp (Helsedirektoratet, 2018), som myndighetene fremstiller som reform for brukerstyring og individuell tilpasning av tjenesten. Samtidig er praksisfeltet urolig for om reformen vil føre til økt stan-

dardisering i behandling av pasienter i ulike situasjoner (Ørjasæter, 2021).

Videre kan sentrale prinsipper for organisering av tjenesten påvirke behandlernes handlingsrom. New Public Management (NPM) består av forskjellige reformgrep, som organisering i resultatenheter, internprising, bruk av stykkprisfinansiering, konkurranseutsetting og privatisering for å effektivisere tjenestene (NOU 2023: 8). Selv om slike administrative systemer ikke er ment å gripe inn i den faglige tjenesteutøvelsen, viser studier at de bidrar til å ramme inn bakkebyråkratens handlingsrom (Ekeland et al., 2011).

### **Retningslinjer i tverrfaglig spesialisert rusbehandling**

Tverrfaglig spesialisert rusbehandling (TSB) er rusbehandling i spesialisthelsetjenesten og kan foregå i døgninstitusjon, poliklinikk og ambulante tjenester (Helsedirektoratet, 2015). Tverrfagligheten består i at rus- og avhengighetsproblematikken skal sees både medisinsk, psykologisk og sosialfaglig. Behandlingen i TSB skal bestå av tverrfaglige team som skal samarbeide om å tilby behandling og utredning, inkludert legemiddelassistert rehabilitering (LAR).

De faglige føringene beskriver utredning, behandling og oppfølging av pasienter på forskjellige tidspunkt i pasientforløpet. Selv om et sentralt poeng i artikkelen er det totale omfanget av sentrale føringer, gir vi av plasshensyn kun en kort presentasjon av nasjonalt pasientforløp, TSB-retningslinjen og innsatsstyrt finansiering (ISF) for å illustrere omfang av føringer og mulige spenninger mellom ulike typer føringer.

I 2019 ble pakkeforløp for rusbehandling innført i TSB. I 2021 ble retningslinjen oppdatert og pakkeforløpet endret navn til Nasjonalt pasientforløp (NOU 2023: 8). Hensikten med pasientforløpet er å sikre pasientene forutsigbar og helhetlig behandling og stor grad av medvirkning. Pasientforløpet skal sikre pasientene jevnlig evalueringspunkt og bred og omfattende kartlegging, eventuelt utredning, i opp-

starten av behandlingsforløpet. Nasjonalt pasientforløp er ikke en behandlingsmetode eller behandlingsform, men en organisering av tjenesten som kan være med å standardisere tilbudet (Helsedirektoratet, 2018).

Samtidig har den nasjonale faglige retningslinjen som utgangspunkt å legge stor vekt på pasientenes ønsker, og å innrette behandlingen slik at pasientene i størst mulig grad skal kunne leve slik de selv ønsker (Helsedirektoratet, 2016). Denne føringen tilsier en begrensning i hvor mye en kan standardisere behandlingen, siden den skal tilpasses den enkeltes situasjon og preferanser.

Ansatte i spesialisthelsetjenesten er i tillegg underlagt et finansieringssystem, *Innsatsstyrt finansiering* (ISF), der deler av institusjonenes økonomi er aktivitetsbasert. ISF kommer i tillegg til basisfinansieringen, og har til hensikt å motivere helseforetakene til effektiv pasientbehandling (Helsedirektoratet 2019, s. 14). Det innebærer at noen av behandlernes aktiviteter skal kodes og brukes som grunnlag for poliklinikkens inntekter. Følgelig er bakkebyråkratens arbeidsplass avhengig av at de gjennomfører og koder visse aktiviteter, mens andre aktiviteter ikke gir slik uttelling. Men det er ikke ment at kodingen skal påvirke innholdet i behandlingen.

Hensikten med denne studien er å undersøke hvordan behandlerne i TSB former tjenesten innenfor de gitte rammene. Kunnskapen kan bidra til større forståelse av hvilke kliniske implikasjoner det har når behandlerne i TSB omsetter politiske mål og føringer til praksis i møte med pasienter. Problemstillingen er: *Hvordan opplever behandlerne innenfor TSB et krysspress mellom ulike nasjonale føringer og pasienters rett til individuell tilpasset behandling og medbestemmelse? Hvilke mestringsstrategier benytter behandlerne, og hvilke konsekvenser har et slikt krysspress?*

### **TIDLIGERE FORSKNING**

I internasjonal forskning har spørsmålet om individualisering versus standardisering fått mye oppmerksomhet de siste årene. Noen bidrag rammer dette

inn som et motsetningsforhold mellom ulike institusjonelle logikker (Mannion & Exworthy, 2017), mens andre peker på at en fruktbar måte å håndtere dette dilemmaet på består i å «standardisere individualisering» (Ansmann & Pfaff, 2018). Standardisert individualisering består i å gjøre individuell tilpasning til en egen standardprosedyre, der de sentrale faktorene består av å skyve beslutningsmyndighet ned til den enkelte behandler, samtidig som behandlingen skal skje i tverrfaglig samarbeid. Disse faktorene er gjenkjennbare i organiseringen av TSB i Norge. Like fullt må den standardiserte prosedyren om individuell tilpasning balanseres mot andre standardiseringer, og i en litteraturgjennomgang finner Minvielle et al. (2021) at det mangler studier som ser på implementering av individualisert behandling i en slik kontekst.

Skandinaviske studier fra andre tjenesteområder viser at rommet for skjønnsutøvelse tiltar når bruken av sentrale føringer for innholdet i tjenesteutøvelsen begrenses (Jessen & Tufte, 2014), men at det ikke innebærer at handlingsrommet forsvinner (Djupvik et al., 2018; Ponnert & Svensson, 2015). Disse studiene understreker imidlertid at det er viktig å vite hvilke konsekvenser sentrale føringer har for møtet mellom pasient og behandlingsapparat. For eksempel finner Gjertsen (2023) i sin studie av arbeidsinkludering gjennom varig tilrettelagt arbeid at sentrale føringer må bli mindre sprikende dersom man skal realisere politiske målsettinger om økt arbeidsinkludering i det ordinære arbeidslivet. Fra kommunale omsorgstjenester finner Askheim (2020) at det nettopp er et triumvirat av krav som skaper dilemmaer for bakkebyråkratene: krav til brukermedvirkning og skreddersøm i behandlingen, krav til faglige vurderinger og krav til ressursmessige og organisatoriske rammer.

### **TEORETISKE PERSPEKTIVER: BAKKEBYRÅKRATER OG MESTRINGSSTRATEGIER**

Teorien om bakkebyråkrati har som utgangspunkt at de som jobber i møte med brukere og pasienter har noe handlingsrom til å utøve sin rolle, og at dette har

gyldighet på tvers av tjenesteområder (Lipsky, 1980). Det er simpelthen ikke mulig å detaljstyre alt som skjer i møte med pasienten. Dessuten er det iboende avvik mellom sentralt vedtatte høye standarder og hva som er mulig å få til, gitt bakkebyråkratens tid, informasjon og ressurser. Dermed må bakkebyråkraterne utvikle strategier for å håndtere gapet mellom idealer og hva som er mulig i praksis. Måten strategiene utvikles på i praksis er avgjørende for tjenestene, fordi det er med på å bestemme hvem som får hva når (Brodkin, 2011).

Inspirert av Folkman og Lazarus (1980) og Norde sjø et al. (2022), forstår vi bakkebyråkraters mestringsstrategi som de handlingsvalgene bakkebyråkratene tar når de interagerer med pasienter for å mestre, tolerere og redusere konflikter mellom pålegg ovenfra i byråkratiet, ønsker fra pasientene og vurderinger basert på eget skjønn. Bakkebyråkratenes strategier kan samtidig bidra til å håndtere belastninger som følger av å stå i et emosjonelt krysspress. Mestringsstrategier kan for eksempel bestå i å (1) se bort fra eller tøye regelverk for å møte pasientens individuelle behov, (2) fjerne seg fra pasientens situasjon gjennom å la møtene bli rutinepreget med fastlagt skript eller rasjonere tilgang til tid og behandling, eller (3) stå steilt på formelle regler slik at pasienten må tilpasse seg behandlingen (Tummers et al., 2015).

Bakkebyråkratenes strategiske valg innebærer at de må forfølge noen idealer og forlate andre (Vabø, 2014), en prosess som kan få konsekvenser for tjenesten. Et sentralt spørsmål er hvilke prioriteringer som forfølges og hvilke som forlates. Nasjonale føringer er filtrert gjennom flere ledd, og ledelsen kan påvirke hvordan bakkebyråkratene oppfatter sentrale signaler (Evans, 2016). Dette kan igjen bidra til utvikling av forskjellige lokale praksiser, der bakkebyråkrater systematisk håndterer dilemmaer på forskjellige måter.

Graden av profesjonalisering kan være med på å styre hvilke strategier bakkebyråkratene velger (Askheim, 2020; Evans, 2016). Forskjellige profesjoner har forskjellige verdier og holdninger, og tiltakende pro-

fesjonalisering kan medføre vilje til å prioritere gitte verdier og målsettinger, i noen tilfeller på tvers av retningslinjer (Benner, 1982). Valg av strategier og prioriteringer er særlig relevant innenfor spesialisthelsetjenesten hvor faglighet er en aktet verdi og hvor tilsatte ofte har sterk faglig og profesjonell identitet (Kjekshus, 2020).

Økonomisk-administrative styringssignaler, for eksempel ISF, kan påvirke bakkebyråkratenes handlinger. Det er en pågående diskusjon om hvordan helsepersonell har tilpasset seg foretaksreformene i helsesektoren med sterkere bruk av økonomiske insentiver (Kjekshus, 2020). Disse reformene har hatt som formål å styrke kontroll og styring av sektoren, noe som kan ha påvirket autonomien i tjenestetøvelsen (Kjekshus, 2020). I tillegg viser studier at bruk av markedsmekanismer for styring kan spille inn på bakkebyråkraters prioritering av pasienters preferanser, og at de utvikler mestringsstrategier som svarer på de økonomiske insentivene, men går på tvers av faglige retningslinjer (Cohen et al., 2016).

Selv om studier med utgangspunkt i denne forståelsen av bakkebyråkrati retter fokus på den individuelle handlingen nederst i byråkratiets hierarki, er det ikke slik at vi studerer den enkelte bakkebyråkrats preferanser og verdier isolert sett. Vi studerer hvordan den enkelte utøver sin rolle under gitte betingelser (Brodkin, 2012). Det avgjørende er å avdekke systematiske sammenhenger mellom betingelser og handlinger. Selv om bakkebyråkratiperspektivet har vist seg å ha gyldighet på tvers av tjenesteområder, er det nødvendig å studere sammensetningen av de relevante betingelsene i den enkelte kontekst (Askheim, 2020; Brodkin, 2012). Spenningen mellom standardisering og individualisering går på mange måter til kjernen av perspektivet om bakkebyråkrater, men denne inngangen til å forstå bakkeplanene i helse-tjenestene er likevel fortsatt et relativt lite studert fenomen (Nordesjö et al., 2022, s. 436).

## **METODE**

For å få fram hvordan behandlere opplever krysspress ved å omsette nasjonale føringer til praksis,

har vi valgt et kvalitativt design basert på kvalitative dybdeintervjuer. Vi har intervjuet 11 behandlere ved tre ulike poliklinikker innenfor TSB. Intervjuene er analysert ved hjelp av stegvis-deduktiv induksjon (Tjora, 2021).

### *Utvalg og rekruttering*

Informantene var behandlere i TSB med omfattende erfaring på rusfeltet. Deres erfaring fra TSB strekker seg fra åtte måneder til over 20 år, og de fleste har over ti års erfaring fra rusfeltet. Et inklusjonskriterium var at de jobbet direkte med pasientbehandling og ikke som ledere. TSB er en tverrfaglig arbeidsplass, og førsteforfatter intervjuet to sykepleiere, fire psykologspesialister, to vernepleiere og tre sosiomer.

Behandlerne jobber ved tre ulike poliklinikker. Vi valgte poliklinikker innenfor samme helseforetak, men med variasjon i om de tilbyr LAR-behandling eller ikke. Utvalget sikrer derfor variasjon knyttet til pasientgruppe og det spesifikke ved LAR-behandling, samtidig som vi ikke kan forklare variasjonene med ulikheter mellom helseforetakene. Poliklinikkene er relativt store, to ligger i en stor by og en i en mellomstor by. Informantene ble rekruttert gjennom ledelsen ved den enkelte poliklinikk.

### *Gjennomføring av intervjuene*

Førsteforfatter gjennomførte intervjuene på den enkeltes arbeidsplass og transkriberte dem. Intervjuene tok fra 20 til 40 minutter. Intervjuene var semistrukturerte og intervjuguiden inneholdt blant annet åpne spørsmål der vi ba informantene beskrive sin egen praksis og en typisk dag. Videre fikk de spørsmål om brukermedvirkning, kartlegging og rapportering og om organisering av tjenesten, herunder rollen til innsatsstyrt finansiering.

### *Etikk*

Studien har fått tilrådning fra NSD (nå Sikt), prosjekt-nummer 785078. Et relevant moment er at førsteforfatter arbeider på en poliklinikk med TSB. Dette har vært en klar fordel ved å gi grunnlag for å utvikle gode

forskningsspørsmål, god forståelse av sjargongen i feltet og godt utgangspunkt for oppfølgingsspørsmål i intervjuene. Det er en fordel med dyp kunnskap om feltet for å tolke data, samtidig kan det være fallgruver knyttet til forutinntatte forståelser av feltet. Vi har forsøkt å motvirke dette gjennom bevissthet om utfordringen, stringent bruk av systematisk analysestrategi og ved at de andre forfatterne har vært bevisst eventuell bias ved å utfordre bidrag fra første-forfatter.

### *Studiens begrensninger*

En begrensning ved studien er at den utelukkende baserer seg på intervjuer med bakkebyråkraterne. Dette kan skape risiko for et skjevt bilde av en praksis som fremstiller behandlerne i et urimelig positivt lys. Vi fant for eksempel få eksempler på behandlere som konfronterer pasienten. Bruk av andre metoder, som deltakende observasjon eller (kvasi) eksperimenter, kunne gitt et tryggere grunnlag for å konkludere at slik praksis ikke finner sted.

Studien er basert på intervjuer med utvalgte informanter ved kun tre poliklinikker, noe som gjør statistiske generaliseringer umulig. Ved bruk av kvantitative metoder kan nye studier gi et mer utfyllende bilde av den eksterne validiteten til våre slutninger. Samtidig er flere av funnene konsistente på tvers av poliklinikk og profesjonsbakgrunn, noe som er en pekepinn på at funnene har gyldighet ut over de studerte poliklinikkene. Dessuten vil funnene våre utvide vår generelle forståelse av bakkebyråkraters vurderinger knyttet til mestring av kryssende insentiver på en måte som utgjør en analytisk generalisering (Yin, 2013). Altså at funnene bidrar til generelle innsikter om hvordan teori om bakkebyråkrater kan appliseres i akkurat denne konteksten.

### *Analyse*

Analyseprosessen startet med induktiv empirinær koding av de transkriberte intervjuene. Denne prosessen resulterte i cirka 350 empirinære koder som vi kategoriserte i kodegrupper. Vi kodet materialet empirinært, ved at kodene tar utgangspunkt i hva

informantene konkret sier, framfor hva de sier noe om (Tjora, 2021). Gjennom å gruppere kodene etter innhold fikk vi i denne induktive fasen seks kodegrupper: 1: Hvordan organiseringen av tjenesten påvirker behandlingstilbudet. 2: Brukermedvirkning i poliklinisk rusbehandling. 3: Erfaringer med diagnostisering og utredning. 4: Erfaringer ved bruk av standardiserte skjemaer. 5: Behandlers erfaring om hva som er viktig i behandling. 6: Etterlevelse og syn på retningslinjer.

Kodegruppene var alle, om enn i varierende grad, relevante for problemstillingen. Siden vi hadde utviklet kodegruppene induktivt, hadde kodegruppene ingen koblinger til relevant teori eller litteratur. I analyseprosessen neste fase vurderte vi relevansen av de seks kodegruppene i lys av aktuell teori (Tjora, 2021). Vi komprimerte dem da til tre temaer som belyser ulike deler av problemstillingen: 1. fagligheten utfordres, 2. innsatsstyrt finansiering og 3. ulike pasienter – (u) like pasientforløp.

## **FUNN**

### *Fagligheten utfordres*

Informantene er gjennomgående opptatt av å formidle betydningen av egen faglighet i sin praksis, slik at deres vurderinger av reguleringsapparatet er pakket inn i forståelse av egen faglighet. Dette kommer blant annet til uttrykk ved at de beskriver mange av de faglige retningslinjene, for eksempel nasjonalt pasientforløp, som verktøy som potensielt kan være nyttige når det bidrar til å underbygge deres egen faglige praksis.

Samtidig forteller informantene om betydelig frustrasjon over mengden av slike føringer, både omfanget av hver retningslinje og summen av mange retningslinjer. Denne informanten setter ord på noe mange beskriver:

Det som har skjedd i det siste er jo det at det har kommet ganske mange store implementeringsprosjekter. Det er vanskelig å få det til å bli klinisk meningsfullt. At det blir sånn, mer av sånn: «dette her må dere gjøre, fordi at dere må det». Det kjennes litt ut som stein til byrden i en

hektisk hverdag. Det er nok en sånn idé som er tatt inn for å strømlinjeforme en behandlingsprosess, type at det ikke skal bli så forskjellige å gå fra klinikk til klinikk eller fra person til person. Det møter på litt motstand fra oss klinikere. Det kjennes ut som at det ikke virkelig går inn i det som er, det fotarbeidet som vi gjør i relasjon med pasientene våre som er tidvis lavt fungerende og veldig syke.

Det er med andre ord den kumulative effekten av mange innramminger av praksiser som støtter an mot behandlernes opplevelse av egen faglighet. Behandlerne anerkjenner behovet for at pasienter får samme kvalitet uavhengig av poliklinikk, men de oppfatter det som problematisk at retningslinjene går for langt i å foreskrive at tjenesten skal ha samme innhold uavhengig av den enkelte pasients situasjon og behov.

Videre opplever behandlerne det som uoverkommelig å følge alle sentrale retningslinjer. De forteller at de anlegger et selektivt forhold til retningslinjene som en gjennomgående strategi for å håndtere omfanget av sentrale føringer. Behandlerne oppgir at de etterlever sentrale føringer hvis de sammenfaller med egne faglige vurderinger i det enkelte møtet, men legger dem til side når retningslinjene går på tvers av deres faglige skjønn.

Et annet gjennomgående tema er at behandlerne opplever at retningslinjenes krav ofte ikke støtter opp om pasientsentrert praksis. For eksempel beskriver en informant hvordan hen håper at pasientmøter blir kortere enn forventet, slik at det blir mer tid til å rapportere. Hen beskriver en arbeids hverdag som i stor grad er formet av kravene fra faglige retningslinjer:

Jeg har over 70 pasienter på lista. Det er pasienter der jeg ikke klarer å følge opp. Jeg blir stressa fordi det er mange pasienter, men også fordi det er mye registrering, pakkeforløp, evalueringspunkter, LAR-status, kriseplan, behandlingsplan som jeg må følge opp. Jeg er jo ikke en god behandler når jeg sitter og er stressa.

Fellestrekk i intervjuene er at informantene dras mellom forskjellige prioriteringer. De er pålagt å registrere i pakkeforløpet, og innenfor ISF må de ha en viss «produksjon» av koder som gir økonomisk uttelling for poliklinikken. Behandlerne frustreres av at denne registreringen etter deres syn ikke gir bedre behandling til pasientene.

Selv om behandlerne i utgangspunktet oppgir at de ikke prioriterer sentrale føringer når de ikke mener å ha faglig grunn til å gjøre det, avdekker de ved videre refleksjon at kravene til det administrative arbeidet påvirker dem mer enn de ønsker. Flere informanter beskriver en praksis der de opptre på forskjellig vis for å holde «ryggen fri», altså at de ikke skal bli individuelt ansvarlige for manglende lojalitet til systemet. Behandlernes selvforståelse synes dermed å være at de er sterke fagpersoner som kan handle basert på eget faglig skjønn, men at de i realiteten ofte prioriterer å gjøre oppgaver som kan dokumenteres, selv om det går på tvers av hvordan de selv mener tiden bør prioriteres.

#### *Innsatsstyrt finansiering – tilpasninger til en økonomisk-administrativ logikk*

Fra informantenes ståsted er det de økonomisk-administrative rammene, ISF, som gir de mest problematiske utslagene når de former sin praksis. Informantene forteller at de kan oppleve faglige føringer som faglig sett meningsfylte i det enkelte tilfellet, men samlet sett noen ganger som tungroddede eller lite tilpasset, fordi ISF følger en annen logikk om at forskriftene skal sikre stort omfang av aktivitet og effektivitet i drift. Forskriftene er ikke utformet for å påvirke innholdet i behandlernes jobb (Helsedirektoratet, 2023), og behandlerne ønsker heller ikke at dette skal skje. Likevel viser mange til at de har praksiser basert på ønsket om å øke produksjonen, selv om det ikke gir bedre pasientbehandling. Omfanget av slike praksiser varierer. Noen informanter beskriver tilpasninger, for eksempel at de utvider en telefonsamtale ved å stille noen ekstra spørsmål, slik at de med god samvittighet kan registrere det som en



konsultasjon i ISF-systemet. Andre viser til at de ved lav produksjon tar noen ekstra telefoner til pasienter for å øke produksjonen, selv om de ikke vurderte telefonene som faglig nødvendige. En informant beskrev det slik:

Jeg tenker at ok, jeg har ikke høy nok produksjon, nå må jeg få opp produksjon for sykehuset sin del. Jeg må ta kontakt med noen på telefon selv om det ikke virker så veldig terapeutisk. Men jeg gjør det for produksjonen sin del. Men det blir sånn etisk dilemma.

Mange informanter er kritiske til hele systemet med ISF. Selv om de selv oppfatter disse eksemplene som uheldige, men akseptable tilpasninger, viser de til hvordan behandlere med letthet kan «lure» systemet dersom de ønsker det.

Tilpasningene til ISF kan også ha mer omfattende og systematisk karakter. Alle informantene beskriver den innledende samtalen med en ny pasient som et avgjørende øyeblikk i pasientbehandlingen. En poliklinikk hadde valgt å optimalisere den innledende samtalen ved at pasienten fikk møte et tverrfaglig team med tre ulike profesjonsgrupper. På den måten får behandlerne et helhetlig inntrykk av pasienten, og pasienten slipper å ha tre møter med overlappende tematikk. Ulempen med denne ordningen er imidlertid at tellingen av antall konsultasjoner reduseres med to tredjedeler. Poliklinikken gikk derfor bort fra denne praksisen, og gjennomfører nå individuelle konsultasjoner med hver yrkesgruppe, noe som medfører at pasienten må møte tre ganger og at behandlerne får mer oppdelt informasjon om pasienten. Økonomisk slår det imidlertid gunstig ut for poliklinikken.

Denne nye praksisen var vanlig i de to andre poliklinikkene, som også tilbyr samtale med en eller to profesjoner ved første samtale. Eksempelet viser hvordan økonomisk-administrative insentiver kan gripe direkte inn i virksomheten med betydning for det faglige arbeidet.

Samtidig understreker eksempelet at de sentrale føringene som møter den enkelte behandler er fil-

trert gjennom den enkelte poliklinikk, gjennom den lokale kulturen og den formelle organiseringen av tjenesten. Vi observerte at ISF hadde varierende oppmerksomhet i de ulike poliklinikkene. I intervjuene kom det fram at det varierer i hvilken grad behandlerne la vekt på å overholde frister i pasientforløpet og tilby behandling, utredning og oppfølging i tråd med de faglig gitte retningslinjene.

#### *Ulike pasienter – (u) like behandlingsløp?*

Informantene beskriver gjennomgående at pasientene ved TSB har stort spenn i funksjonsnivå og behov for tjenester. Noen pasienter lever et familieliv med fast jobb og en «ordnet» tilværelse, mens andre har omfattende utfordringer knyttet til ukontrollert, aktiv rus, dårlige sosiale relasjoner, store psykiske vansker og at de står uten bolig. Informantene beskriver at LAR-pasientene i gjennomsnitt har dårligst fungering. Dette bildet støttes av faglige studier som viser at det blant LAR-pasientene kun er 81 prosent som har egen bolig, for Oslo er denne andelen kun 68 prosent (Bech et al., 2022, s. 15).

Samlet sett gir informantene et tydelig bilde av at det er umulig å oppfylle alle krav i pasientbehandlingen til hele spennet av pasienter, og at det særlig er nødvendig å gjøre tilpasninger i behandlingen av de dårligst fungerende pasientene. For eksempel er det forventet å sette diagnoser tidlig i et pasientforløp. Informantene beskriver at en ting er å sette rusdiagnoser raskt, men å sette psykiatriske diagnoser tidlig i et behandlingsløp er krevende, og ifølge noen informanter, på grensen til uansvarlig, siden mange pasienter har rusbruk som gjør dette vanskelig. En informant forteller om utredning av pasienter som fortsatt bruker rusmidler:

Jeg tenker jo at man skal være forsiktig med å trekke diagnostiske konklusjoner. Fordi det er fort gjort å undervurdere rusens betydning da. Altså at en skal passe seg. Man kan fort tegne opp et bilde som egentlig henger sammen med rus.

Komplekse og sammensatte pasientsaker kre-



ver mye tid å utrede på en god måte. Flere informanter nevner at det er viktig å avklare om pasienten har en alvorlig psykisk lidelse som innebærer at vedkommende skal få tilbud om hjelp i psykisk helsevern.

Noen pasienter har en historikk med utredninger og stadige runder med nye skjemaer som gjør dem lite motivert for å bidra til formelle, strukturerte kartlegginger. Dermed velger en del behandlere å legge bort skjemaet i de innledende møtene for å møte pasientenes behov, fordi «pasientene har ofte ventet på å få komme til samtale, da er det viktig å høre hva de har å si, ikke bare ha egen agenda med kartleggingen». En informant beskriver hvordan de har utviklet det hen oppfatter er en lokal praksis med å tone ned kravene i pasientforløpet:

Vi skal egentlig [utrede], men det er vel derfor jeg liker å jobbe her. Det er ganske mye autonomi. Egentlig skal vi ha gjort mini [et utredningsverktøy], og egentlig skal vi ha gjort basisutredning den og den dato, og utvidet utredning den og den datoen. Egentlig er det masse sånne regler. Men jeg tror det er få som følger det.

Det kan dermed synes som mange faglige føringer for praksis passer bedre for godt fungerende pasienter. Dette innebærer for eksempel at poliklinikker som ikke har LAR-tilbud opplever mindre skvis mellom ulike typer føringer, fordi deres pasientgruppe gjør det enklere å avstemme ulike krav.»

For de dårligst fungerende pasientene utgjør grensesnittet mot kommunale omsorgstjenester et nytt lag med kompleksitet. Arbeidsdelingen mellom TSB og kommunal rusomsorg er sentralt definert, men skillene kan i praksis være utydelige. En behandler beskriver det slik: «Det hjelper ikke at hjelpen skulle vært gitt i kommunen, når det er ett års ventetid på ruskonsulent. Da må jeg bare hjelpe til». Mens bakkebyråkratene i mange tilfeller rasjonaliserer behovet for ikke å gjøre oppgaver som følger av sentrale føringer, er dette eksempel på situasjoner der behandlerne går ut over hva føringene gir dem rom til. Rasjo-nalet her er å gi best mulig pasientbehandling. Siden

informantene gjennomgående beskriver en presset hverdag der det er krevende å finne rom til alle oppgaver de er pålagt å utføre, er det bemerkelsesverdig hvordan de likevel velger å utvide sitt ansvarsområde i slike situasjoner.

## DISKUSJON

Hvordan former behandlere i TSB tjenesten innenfor de nasjonale føringene? Vi har utforsket hvordan behandlere i TSB opplever krysspress mellom ulike nasjonale føringer og pasientenes medbestemmelse og rett til individuell tilpasset behandling. Vi vil drøfte generelle aspekter ved behandlernes opplevelse av krysspresset, hvilke mestringsstrategier behandlerne bruker i møte med krysspresset og konsekvenser av valgte mestringsstrategier.

Funnene i denne studien viser hvordan behandlere i TSB kontinuerlig må avstemme egen faglighet mot faglige retningslinjer og økonomisk-administrative føringer. Behandlerne opplever å stå i et krevende krysspress mellom egen faglighet, sentrale retningslinjer og økonomiske insentiver. Mens behandlerne egen faglighet skal sikre individuelt tilpasset behandling, skal de sentrale føringene bidra til gjennomgående kvalitet, lik tilgang til behandlingsgoder og effektiv drift. De behandlerne som i mindre grad opplever dette krysspresset beskriver at de ikke forholder seg i så stor grad til retningslinjer og føringer. I tråd med funnene til Ådnes et al. (2021), er behandlerne positive til hensikten med nasjonalt pasientforløp, men de opplever det i realiteten som en byråkratisk ordning som gir begrenset støtte i den daglige praksisen.

Noe av det som gjør det krevende for behandlerne å håndtere nasjonale føringer, er at de opplever misforhold mellom mål for behandlingen og krav til metodebruk. Vi finner at behandlerne har diffuse mål og konkrete krav som peker i ulike retninger med tanke på praksisutøvelse. Dette gir andre implikasjoner innenfor helsetjenestene enn hva man finner innenfor mindre evidensbaserte velferdstjenester som for eksempel arbeidsformidling (Brodtkorp, 2017). Over-

ordnet mål for rusbehandlingen er at pasientene blir i «stand til å leve et godt liv» (Helsedirektoratet, 2016, s. 3). Hva som er gode liv kan operasjonaliseres på ulike måter, men skal i stor grad baseres på pasientenes egne ønsker. Samtidig er bruken av virkemidler, som beskrevet ovenfor, meget konkret og detaljert. Når man har et slikt forhold mellom diffuse mål og konkrete virkemidler, risikerer man en målforskyvning der virkemidlene kan fungere som mål i seg selv.

Når behandlerne opplever krysspress, utvikler de mestringsstrategier som hjelper dem å navigere mellom eksterne krav og forventninger, pasientenes egne ønsker og egen faglighet. For å forstå hvordan behandlernes mestringsstrategier får konsekvenser for tjenesten, tar vi utgangspunkt i Tummers et al. (2015) kategoriseringer av tre hovedstrategier for mestring hos bakkebyråkrater: å komme pasienten i møte, å distansere seg fra pasienter og å konfrontere pasienten. I vårt materiale gjenfinner vi særlig strategier med å komme pasientene i møte og å distansere seg fra dem.

I studien finner vi at det å nærme seg pasienten primært handler om å bryte eller tøyne regler for å komme pasientens behov og ønsker i møte. Det var mange eksempler på slik atferd i materialet vårt, for eksempel at behandlerne utførte oppgaver som egentlig er ansvaret til andre deler av offentlig sektor. En grunnleggende innsikt er at det er umulig å etterleve alle føringene, på grunn av omfanget av føringene og de iboende spenningene mellom dem. Dette er et resultat av det store omfanget av sentrale føringene og at føringene samsvarer dårlig med funksjonsnivået til deler av pasientgruppen. Dermed blir bryting og tøying av regler ikke bare en mestringsstrategi, men en helt nødvendig del av behandlernes virksomhet. At summen av de sentrale kravene kan nå et vippepunkt, der omfanget blir av en slik karakter at det åpner for et eget lokalt handlingsrom, er et funn som går på tvers av mye av den eksisterende forskningslitteraturen som gjerne fremholder et lineært forhold der økt sentral styring gir redusert handlingsrom (Ponnert & Svensson, 2015). Våre funn

kan forklare hvorfor behandlerne opplever å ha handlingsrom i forvaltningsregimer underlagt NPM (Djupvik et al. 2018).

Like fullt medfører brudd på retningslinjer ubehag for behandlerne, og de må implisitt eller eksplisitt velge hva de skal prioritere. Hvilke faktorer påvirker hvilke regler som blir tøyd og brutt, og når skjer det? Det er et gjennomgående funn i materialet at behandlerne forsøker å komme de dårligst fungerende pasientene i møte. Dette gir seg utslag på flere ulike måter. For det første utfordrer behandlerne grenseoppgangen mellom spesialisthelsetjenesten og de kommunale tjenestene. De sentrale føringene hegner om spesialisthelsetjenestens funksjon, for å ikke bruke ressursene på oppgaver som skal utføres på andre nivåer. Imidlertid fikk vi i denne studien mange fortellinger om at behandlerne overskrider grenseoppgangen mellom tjenestene når de mener det gagnar pasientene.

De dårligst fungerende pasientene trenger mer oppfølging og tidsbruk fra behandlerne for å bli værende i og ha nytte av et pasientforløp. Behandlerne finner at summen av sentrale pålegg og retningslinjer ikke tar hensyn til dette og dermed er bedre tilpasset de best fungerende pasientene. Likevel prioriterer behandlerne tid med de dårligste pasientene, noe som gir dem mindre tid til aktiviteter som gir uttelling i poliklinikkens finansielle system. Samlet sett kan dette sees som en form for selektiv bruk av motmakt, der målet til behandlerne er å handle i tråd med egne faglige overbevisninger gjennom å prioritere den enkelte pasients behov, ved å se bort fra enkelte føringene. Ifølge en litteraturgjennomgang fra Tummers et al., (2015) gjenfinnes denne bruken av handlingsrom i flere studier om bakkebyråkrater i ulike kontekster.

Å legge til flere sentrale føringene, eller å stramme inn behandlernes handlingsrom, kan ha negative konsekvenser for de dårligst fungerende pasientene ved at de får behandling som er dårligere tilpasset deres situasjon. Et ønske fra myndighetene om å prioritere de pasientene som sliter mest, kan muli-

gens dermed best realiseres ved å avstå fra å gi videre pålegg.

Vår tolkning av funnene støtter opp om et syn på at standardiserte behandlingsforløp undergraver muligheten til å nyttiggjøre seg behandlernes erfaringsbaserte kunnskap, og at tjenestene dermed organiserer seg bort fra å utnytte den kompetansen som finnes i den pasientnære relasjonen (Fineide & Ramsdal, 2014). Til samme tid viser vår studie at behandlerne, ved å komme pasientene i møte, skaper sin faglige autonomi i pasientrelasjonen, ved å distansere seg fra reglene og å finne måter å tøye retningslinjene på.

For mestringsstrategien som handler om å distansere seg fra pasienten, finner vi i likhet med Askheim (2020) at ressursituasjonen er avgjørende. Eksempelene på at behandlerne distanserer seg fra pasientene er hovedsakelig knyttet til føringene i nasjonalt pasientforløp og innsatsstyrt finansiering, ISF. Mens de faglige føringene skal være styrende for innholdet i behandlingen, skal de økonomisk-administrative føringene gi insentiver til økt produktivitet (Helsedirektoratet 2016; 2019). Vi ser imidlertid at dette skillet løses opp i eksempelet der behandlerne på en poliklinikk valgte å gå bort fra samlede oppstartssamtaler med pasientene og heller gjennomføre flere ulike samtaler. Dette var et tydelig brudd på egne vurderinger av god faglighet, og det var heller ikke sentrale faglige føringene som tilsa at det var ønskelig, men det var den økonomisk-administrative logikken som ga insentiver til å fjerne seg fra pasientene. Det oppsiktsvekkende med dette eksempelet er at behandlerne ikke rasjonaliserte med sin egen tid og på den måten begrenset pasienters tilgang til behandling, men at de uten faglig fundering påla pasientene mer behandling i form av flere samtaler/konsultasjoner. Denne mestringsstrategien utgjør en pervers effekt av ISF, som nettopp har som mål å få mer effektiv og rasjonell bruk av ressursene.

Dette illustrerer hvordan behandlerne innenfor spesialisthelsetjenesten dras mellom en profesjonsbasert faglighet som står sterkt i helsetjenestene (Kjekshus, 2020) og de markedsinspirerte insentive-

ne for å forme praksis slik at det gir økonomisk uttelling for poliklinikken. I tråd med Cohen et al. (2016) finner vi at behandlerne tilpasser seg de økonomiske insentivene, men eksemplene over viser også hvordan profesjonelle vurderinger kan trumfe økonomiske kalkyler når behandlerne finner dette nødvendig for å gi det de mener er forsvarlig behandling.

Når vi studerer behandlerne som bakkebyråkrater, er formålet å identifisere behandlernes betingelser for å balanse faglighet innenfor det økonomiske insentivsystemet (Brodkin, 2012). I vårt materiale er det tydelig hvordan de ulike mestringsstrategiene utvikles innenfor en lokal kontekst der ledelse og kultur filtrerer de sentrale føringene. Vi ser variasjon mellom de studerte poliklinikkene. Noe av variasjonen kommer fra ulikheter i pasientgruppe og innhold i behandling – med og uten LAR, men mye handler om lokal ledelse og kultur, noe som resonnerer godt med Evans' (2016) understrekning av at forskning på bakkebyråkrati også må ha oppmerksomhet rettet mot ledelsesnivået i organisasjonen der bakkebyråkratene jobber. Det er for eksempel ikke ment at ISF skal benyttes per avdeling, eller påvirke innhold i behandlingen (Helsedirektoratet, 2023), men det varierer i hvilken grad behandlerne opplever at den lokale ledelsen påvirker dem til å ta hensyn til ISF i sin praksis.

Vår studie viser at det er et betydelig handlingsrom innenfor de sentrale retningslinjene. Når ulike praksiser kan institusjonaliseres på avdelingsnivå, er det uttrykk for at det finnes frihetsgrader. Samtidig avslører studien en ny begrensning av den individuelle handlefriheten til bakkebyråkraten ved at faglige vurderinger også rammes inn av lokale føringene.

## KONKLUSJON

Behandlerne innenfor TSB opplever et krysspess mellom ulike nasjonale føringene, pasienters medbestemmelse og deres rett til individuell tilpasset behandling. Intensiteten i krysspesset varierer avhengig av hvordan poliklinikkene forholder seg til ulike sentrale føringene, og mellom pasientgruppene, siden informantene opplevde at nasjonale retnings-

**RAGNHILD ELISE SOLBU TRÆTTEBERG, HÅKON SOLBU TRÆTTEBERG & BØRGE BAKLIEN**  
 Krysspresse i poliklinisk behandling i tverrfaglig spesialisert rusbe-handling – nasjonal standard eller individuell tilpasning?

linjer er bedre tilpasset noen pasienter enn andre. Behandlerne opplevde imidlertid krysspresset som krevende og som belastende å håndtere. Når mest-ringsstrategier utvikles på gruppe- eller klinikknivå, er det lettere å håndtere krysspresset enn når den enkelte behandler opplever at de må håndtere krysspresset alene.

Avslutningsvis kan vi konkludere med at sentrale retningslinjer er tilpasset de best fungerende pasientene, men at bakkebyråkratene bruker sitt hand-

lingsrom for å møte de dårligst fungerende pasientene. Implikasjonen er at innskrenking av handlingsrommet vil ramme de som fungerer dårligst. Vi vil derfor argumentere for å opprettholde behandlernes faglige handlingsrom, blant annet for å bidra til at de dårligst fungerende pasientene får behandling som er tilpasset deres situasjon.

*Ragnhild Elise Solbu Trættestberg har mottatt stipend fra FO for å skrive artikkelen.*

## ABSTRACT

### Cross-pressure in outpatient treatment in interdisciplinary specialised addiction treatment – national standard or individual adaptation

Therapists in the welfare state become street-level bureaucrats when they find themselves in a field of tension between standardisation and individual adaptation. In the context of outpatient addiction treatment in the specialised health service (TSB), therapists must deal with three national guidelines at the same time: 1) national guidelines for professional practice supposed to ensure fewer differences in quality, 2) the expectation of adaptation to the individual situation and preferences of the individual, and 3) an activity-based funding model. How do therapists within the TSB experience the cross-pressure between the different national guidelines and what consequences does this have? Our qualitative study in three outpatient clinics reveals that while the treatment goals are often broad, such as enabling patients to lead fulfilling lives, the demands on the treatment content are specific, which can lead to the means becoming the end. Practitioners observe that national guidelines are more suited to the needs of the highest functioning patients, leaving local flexibility to safeguard the interests of the lowest functioning patients.

*Key words: street-level bureaucrats, standardization, individual adaptation, addiction treatment, addiction treatment*

## REFERANSER

- Ansmann, L. & Pfaff, H.** (2018). Providers and Patients Caught Between Standardization and Individualization: Individualized Standardization as a Solution Comment on. (Re) Making the Procrustean Bed? Standardization and Customization as Competing Logics in Healthcare». *Intentional Journal for Health Policy Management* 7(4), 349–352.
- Askheim, O. P.** (2020). Brukermedvirkning – fra politikk til praksis. *Tidsskrift for velferdsforskning*, 23(3), 170–186. <https://doi.org/10.18261/issn.0809-2052-2020-03-02>
- Bech, A. B., Bukten, A., Lobmaier, P., Skeie, I., Lillevold, P.H. & Clausen, T.** (2022). *Statusrapport 2021. Siste år med gamle LAR-retningslinjer.* (SERAF Rapport 2, 2022). SERAF. <https://www.med.uio.no/klinmed/forskning/sentre/seraf/publikasjoner/rapporter/2022/seraf-rapport-nr-2-2022-statusrapport-2021.pdf>
- Benner, P.** (1982). From novice to expert. *AJN The American Journal of Nursing*, 82(3), 402–407.
- Brodkin, E. Z.** (2011). Policy Work: Street-Level Organizations Under New Managerialism. *Journal of Public Administration Research and Theory*, 21(2), 253–277. <https://doi.org/10.1093/jopart/muq093>
- Brodkin, E. Z.** (2012). Reflections on Street-Level Bureaucracy: Past, Present, and Future. *Public administration review*, 72(6), 940–949. <https://doi.org/https://doi.org/10.1111/j.1540-6210.2012.02657.x>

- Brodtkorb, E.** (2017). *Individualisering av tjenester i et aktiveringsprogram – en studie av veilederfellesskapet i kvalifiseringsprogrammet*. [Doktorgradsavhandling]. Høgskolen i Oslo og Akershus, Senter for profesjonsstudier.
- Cohen, N., Benish, A. & Shamriz-Ilouz, A.** (2016). When the Clients Can Choose: Dilemmas of Street-Level Workers in Choice-Based Social Services. *Social Service Review*, 90(4), 620–646. <https://doi.org/10.1086/689621>
- Djupvik, A. R., Eikås, M. & Tuastad, S.** (2018). Sosialarbeidarar og skjøn – fagleg fridom i yrkesutøvinga? *Fontene forskning*, 11(2), 44–57.
- Ekeland, T.-J., Stefansen, J. & Steinstø, N.-O.** (2011). Klinisk autonomi i evidensens tid. *Tidsskrift for velferdsforskning*, 14(1), 2–14.
- Evans, T.** (2016). 'Street-level bureaucracy, management and the corrupted world of service'. *European Journal of Social Work*, 19(5), 602–615. <https://doi.org/10.1080/13691457.2015.1084274>
- Fineide, M. J. & Ramsdal, H.** (2014). Prosesstenkning – utvikling av standardiserte pasientforløp og behandlingslinjer. I M. Vabø & S. Vabø (Red.), *Velferdens organisering* (s. 108-121). Universitetsforlaget.
- Folkman, S. & Lazarus, R. S.** (1980). An Analysis of Coping in a Middle-Aged Community Sample. *Journal of Health and Social Behavior*, 21(3), 219–239. <https://doi.org/10.2307/2136617>
- Gjertsen, H.** (2023). Når krysspress skaper trøbbel for arbeidsinkludering av personer med utviklingshemming. *Fontene forskning*, 16(1), 46–59. <https://fontene.no/forskning/nar-krysspress-skaper-trobbel-for-arbeidsinkludering-av-personer-med-utviklingshemming-6.584.964643.cd481baf5b>
- Helsedirektoratet** (2015). *Prioriteringsveileder – tverrfaglig spesialisert rusbehandling (TSB)*. Helsedirektoratet Hentet 26. januar fra <https://www.helsedirektoratet.no/veiledere/prioriteringsveiledere/tverrfaglig-spesialisert-rusbehandling-tsb>
- Helsedirektoratet** (2016). *Nasjonal faglig retningslinje for behandling og rehabilitering av rusmiddelproblemer og avhengighet*. Hentet 2023 fra <https://www.helsedirektoratet.no/retningslinjer/behandling-og-rehabilitering-av-rusmiddelproblemer-og-avhengighet>
- Helsedirektoratet** (2018). *Nasjonalt pasientforløp for tverrfaglig spesialisert rusbehandling (TSB)*. Helsedirektoratet. Hentet 24. januar 2024 fra <https://www.helsebiblioteket.no/innhold/pakkeforlop/tsb#henvisning-og-start>
- Helsedirektoratet** (2022a). *Nasjonal faglig retningslinje for legemiddellassistert rehabilitering (LAR) ved opioidavhengighet*. Helsedirektoratet. Hentet 24. januar 2024 fra <https://www.helsedirektoratet.no/retningslinjer/behandling-ved-opioidavhengighet>
- Helsedirektoratet** (2022b). *Nye faglige råd for brukermedvirkning i rus- og psykisk helsefeltet – informasjon om prosjektet* [nettdokument] (sist faglig oppdatert 24. november 2022). Helsedirektoratet. Hentet 22. juni 2024 fra <https://www.helsedirektoratet.no/om-oss/forsoksordninger-og-prosjekter/nye-faglige-rad-for-brukermedvirkning-informasjon-om-prosjektet>
- Helsedirektoratet** (2023). *Innsatsstyrt finansiering 2023*. [https://www.helsedirektoratet.no/tema/finansiering/innsatsstyrt-finansiering-og-drg-systemet/innsatsstyrt-finansiering-isf/ISF-regelverk%202023.pdf/\\_attachment/inline/6b6f53c4-485b-47e7-b997-a97192a2acfd:6eba608af7dob159f579e0e6560d7c43f5737d5e/ISF-regelverk%202023.pdf](https://www.helsedirektoratet.no/tema/finansiering/innsatsstyrt-finansiering-og-drg-systemet/innsatsstyrt-finansiering-isf/ISF-regelverk%202023.pdf/_attachment/inline/6b6f53c4-485b-47e7-b997-a97192a2acfd:6eba608af7dob159f579e0e6560d7c43f5737d5e/ISF-regelverk%202023.pdf)
- Jessen, J. T. & Tufte, P. A.** (2014). Discretionary Decision-Making in a Changing Context of Activation Policies and Welfare Reforms. *Journal of social policy*, 43(2), 269–288. <https://doi.org/10.1017/S0047279413000998>
- Kjekshus, L. E.** (2020). Ledelse og styring i helsesektoren – en balansekunst mellom tillit og kontroll. *Nordisk administrativt tidsskrift*, 97(1), 1–21. <https://doi.org/https://doi.org/10.7577/nat.4090>
- Lipsky, M.** (1980). *Street-level bureaucracy: Dilemmas of the individual in public services*. Russell Sage Foundation.
- Mannion, R. & Exworthy, M.** (2017). (Re) Making the Procrustean Bed? Standardization and Customization as Competing Logics in Healthcare. *International Journal of Health Policy and Management*, 6(6), 301–304. <https://doi.org/10.15171/ijhpm.2017.35>
- Minvielle, E., A. Fourcade, T. Ricketts & M. Waelli** (2021). Current developments in delivering customized care: a scoring review. *BMC Health Services Research* 21(1), 575.
- Nordesjö, K., Ulmestig, R. & Denvall, V.** (2022). Coping with tensions between standardization and individualization in social assistance. *Nordic Social Work Research*, 12(4), 435–449. <https://doi.org/10.1080/2156857X.2020.1835696>
- NOU 2023: 8.** (2023). *Fellesskapets sykehus. Styring, finansiering, samhandling og ledelse*. Helse og omsorgsdepartementet.
- Petterson, H. & Lofthus, A.-M.** (2018). Brukererfaringer med psykiske helsetjenester. Hva viser oppsummert forskning? *Tidsskrift for psykisk helsearbeid*, 15 (2-3), 112–123. <https://doi.org/doi:10.18261/issn.1504-3010-2018-02-03-03>
- Ponnert, L., & Svensson, K.** (2016). Standardisation – the end of

- professional discretion? *European Journal of Social Work*, 19 (3–4), 586–599. <https://doi.org/10.1080/13691457.2015.1074551>
- Prop. 1 S** (2022 – 2023). *statsbudsjettet*. Helse- og omsorgsdepartementet. <https://www.regjeringen.no/contentassets/51e808bed72d4c64bd38016efcf5c609/no/pdfs/prp202220230001hodddpdfs.pdf>
- Sjiveland, J., Øhlckers, L.R. & Høstmælingen, A. T.** (2023). *Godt nok og bedre – kvalitet i psykisk helse- og rustjenester*. Vigmostad & Bjørke AS.
- Tjora, A.** (2021). *Kvalitative forskningsmetoder i praksis*. Gyldendal.
- Trætteberg, H.** (2017). Active citizenship in Scandinavian schools and nursing homes. I K. H. Sivesind & J. Saglie (Red.), *Promoting active citizenship? Markets and choice in Scandinavian welfare* (s. 203-259). Palgrave.
- Tummers, L.L.G., Bekkers, V., Vink, E. & Musheno, M.** (2015). Coping During Public Service Delivery: A Conceptualization and Systematic Review of the Literature. *Journal of Public Administration Research and Theory*, 25(4), 1099–1126. <https://doi.org/10.1093/jopart/muu056>
- Vabø, M.** (2014). Bakkebyråkratiet – der emosjonelt arbeid blir politikk. I M. Vabø & S.I. Vabo (Red.), *Velferdens organisering* (s. 29-46). Universitetsforlaget.
- Wyller, V. B.** (2013). Retningslinjefundamentalisme. *Tidsskrift for Den norske legeforening*, 133 (10), 1042. <https://doi.org/10.4045/tidsskr.13.0603>
- Wyller, V.B. & Wyller, T. B.** (2013). Evidensbasert medisin – et kritisk innspill. *Nytt Norsk Tidsskrift*, 30(1), 61–69. <https://doi.org/10.18261/ISSN1504-3053-2013-01-07>
- Yin, R. K.** (2013). Validity and generalization in future case study evaluations. *Evaluation*, 19(3), 321–332. <https://doi.org/10.1177/1356389013497081>
- Ørjasæter, K. B.** (2021). Kunnskap, makt og autonomi i psykisk helsevern: En analyse av diskusjonene om medikamentfri behandling og pakkeforløp. *Tidsskrift for psykisk helsearbeid*, 18(1), 36–47. <https://doi.org/10.18261/issn.1504-3010-2021-01-05>
- Ådnanes, M., Raak Høiseith, J., Magnussen, M., Thaulow, K. & Kaspersen, S. L.** (2021). *Pakkeforløp for psykisk helse og rus – brukere, pårørende og fagfolks erfaringer*. Sintef. <https://hdl.handle.net/11250/2988554>