

På rett vei?

Om statlig virkemiddelbruk på det kommunale på rus-og psykiatrifeltet

Av

Alf Bjarne Høyvik og Solgunn Høy Gjerde

Avhandling avlagt ved
Handelshøjskolen i København for graden
Master of Public Administration 2016



**SAMTYKKE TIL HØGSKOLENS BRUK AV KANDIDAT-,
BACHELOR- OG MASTEROPPGAVER**

Forfatter(e): Solgunn Høy Gjerde

Alf Bjarne Høyvik

Norsk tittel: På rett vei? – Om statlig virkemiddelbruk på det kommunale rus- og psykiatrifeltet

Engelsk tittel: The right way? – How state policy effects the municipalities' substance-abuse and psychiatric services

Studieprogram: Master of Public Administration (MPA)

Emnekode og navn: MPA800

Vi/jeg samtykker i at oppgaven kan publiseres på internett i fulltekst i Brage, Nords' åpne arkiv

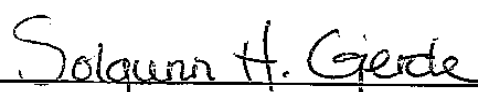
Vår/min oppgave inneholder taushetsbelagte opplysninger og må derfor ikke gjøres tilgjengelig for andre

Kan frigis fra: 26.05.2016

Dato: 02.05.2016


underskrift

Alf Bjarne Høyvik


underskrift

Solgunn Høy Gjerde

Forord

Da nærmer det seg tiden for å sette endelig punktum – både for arbeidet med denne masteravhandlingen, men også for et nesten 2,5 års studie ved MPA-utdanningen. Tiden vi har lagt bak oss har gitt oss mye; et nytt nettverk, nye venner og ikke minst mye og god kunnskap. Kunnskap som forsøkes formidles gjennom denne masteravhandlingen.

Lite visste vi om hva som lå foran da vi startet på arbeidet med masteren, og denne veien kan neppe beskrives som noen «roadway to heaven». Tvert imot kan den vel heller beskrives som en lang og strabasiøs fjelltur, hvor vi startet frisk og opplagt, på vei mot toppen - det endelige målet. Etter hvert som vi trodde målet var innen rekkevidde viste det seg imidlertid at det fremdeles var langt unna. Det kom stadig nye topper som måtte bestiges, og veien måtte også passeres via noen lange dalsøkk.

Imidlertid står vi her nå, på toppen, og ser tilbake på alle de små tinder og dalsøkk vi har passert. Når vi ser oss tilbake står det også tydelig for oss at det ikke hadde vært mulig å nå målet uten hjelp og støtte fra en rekke personer som fortjener en stor takk! Først og fremst må vi rette en stor takk til vår veileder ved **NORD**; Berit Irene Vannebo for uvurderlig hjelp og konstruktive tilbakemeldinger. Takk for at du har «pushet» oss, og hatt troen på at vi kan prestere «enda bedre»!

Vi må også rette en stor takk til våre familier, våre partnere og barn som har holdt ut med oss til tross for lange perioder med både manglende mental og fysisk tilstedeværelse.

Vi vil også rette en stor takk til alle våre respondenter i kommune Øst og kommune Vest – takk for at dere tok dere tid i en hektisk hverdag og ville dele erfaringer, meninger og synspunkt med oss!

Det nærmer seg kveld, og solen går ned over Torrevieja, her vi sitter og fullfører det endelige arbeidet. Heldigvis står solen opp igjen i morgen – vi er klar til å ta fatt på nye utfordringer i våre daglige virker. Forhåpentligvis med ny kunnskap og nye erfaringer som kan komme både våre kollegaer, arbeidsgivere og samarbeidspartnere til gode!

Torrevieja/Haram/Sola

April 2016

Sammendrag

Forholdet mellom stat og kommune kan beskues ut fra mange ståsted. Vårt ståsted har vært kommunens, med fokus på tjenestetilbud på rus- og psykiatrifeltet. Siden 1990-tallet har staten gjennom lovgivning og annen virkemiddelbruk pålagt kommunene et stadig større ansvar for iverksettelse av nasjonal politikk på helse og omsorgsfeltet. Rus- og psykiatrifeltet er imidlertid et tjenesteområde som fort kan forsvinne i skyggen av større og mer «tyngende» kommunale helse- og omsorgsoppgaver. Rus- og psykiatrifeltet er et felt som kanskje heller ikke vekker det store engasjementet blant storparten av innbyggerne i kommunen. Vår intensjon med denne masteravhandlingen er å sette fokus på et lite og sårbart, men særdeles viktig kommunalt ansvarsområde.

Rus- og psykiatrifeltet er et politikkområde som periodevis har fått stor oppmerksomhet fra sentrale myndigheter. Gjennom en nasjonal opptrappingsplan for psykiatrifeltet med øremerkede tilskudd i perioden 1999-2008, bygde de fleste kommuner ut tjenestetilbud i tråd med intensjonene. Psykiatriplanen ble så etterfulgt av en opptrappingsplan for rusfeltet i perioden 2008-2012. Gjennom økte rammetilskudd og tilskuddsordninger ønsket en fra nasjonalt hold å opprettholde og sikre en videre kommunal satsing på rus- og psykiatrifeltet. I 2012 ble tilskuddsordningene lagt i det ordinære rammetilskuddet til kommunene, men i 2013 gjeninnførte Regjeringen ordningen med tilskuddsordninger. En rekke evalueringer har imidlertid vist at det kommunale rus- og psykiatrifeltet ikke har fått nevneverdige økte ressurser siden 2008. Dette til tross for at behovene for tjenester har vært, og fortsatt er, økende. En ny opptrappingsplan er nå gjort gjeldende for perioden 2016-2020. Gjennom økte rammer og bruk av tilskuddsordninger vil staten stimulere og påvirke kommunene til videre innsats på rus- og psykiatrifeltet, ikke minst i forhold til samhandling med andre kommunale instanser og med spesialisthelsetjenesten.

Dette danner bakgrunnsteppet for tema i vår masteravhandling. Ut fra en kvalitativ tilnærming har vi gjennomført en komparativ case-studie i to kommuner. Gjennom dokumentstudier og intervjuer med ulike aktører, har vi sett på hvordan statlige finansieringsordninger påvirker det kommunale handlingsrommet på rus- og psykiatrifeltet. Vi har også undersøkt i hvilken grad annen statlig virkemiddelbruk, som lovgivning, rådgivning/veiledning og bruk av tilsyn og kontroll er egnede virkemidler for å iverksette politikken, og vil således forsøke å besvare spørsmålet om hvilken virkemiddelbruk som er best egnet for å sikre at ønsket nasjonal politikk på rus- og psykiatrifeltet blir implementert på kommunalt nivå. Studien vår tar hensyn til faktorer som brukertilfredshet/brukerorientering, kvalitative tjenestetilbud, effektivitet og kommunalt selvstyre.

Vi finner at aktører både på politisk, administrativt og tjenesteutøvende nivå, støtter opp om de nasjonale målsetningene for rus- og psykiatrifeltet. Funnene våre viser imidlertid at det er

ulike meninger blant aktørene om hvilken statlig virkemiddelbruk, og hvilke finansieringsordninger som gir optimal tjenestelevering og størst kommunalt handlingsrom på rus- og psykiatrifeltet. Våre funn tyder også på at statlige finansieringsordninger har liten betydning for hvordan tjenestetilbudene er organisert, men derimot har organiseringen stor betydning for å nå nasjonale mål om helhetlige og samordnede tjenestetilbud på rus- og psykiatrifeltet.

Abstract/Summary

The relationship between state and municipality can be viewed from many perspectives. Our point of view has been that of the municipality, with focus on the services for substance-abuse and psychiatry. Since the 1990s, through legislation and other methods, the state has given the municipality ever-increasing responsibility for the implementation of the national policies for healthcare. However, the subject of substance-abuse and psychiatry can easily be lost among the more dominant and demanding municipal health priorities. Substance-abuse and psychiatry are also perhaps subjects that may not generate the greatest interest among most local inhabitants. Our intention with this master's thesis is to place an emphasis on a small, vulnerable, yet extremely important municipal responsibility and its implementation.

Substance-abuse and psychiatry is a policy area that has periodically received considerable attention from the central authorities. Through the period 1998 to 2008, the majority of municipalities expanded their services in psychiatry, as a result of a national plan which included allocated funds for this. The expansion plan for psychiatry was then followed by a similar expansion plan for substance-abuse during the period 2008 – 2012. Through the provision of increased grants and subsidies, the intent of the national policy was that at the municipal level, efforts in the areas of substance-abuse and psychiatry would be maintained and improved. In 2012 the subsidies were within the normal budgeted grants to the municipalities, but in 2013 the government reintroduced the previous arrangement for subsidies. A number of evaluations has nevertheless revealed that the municipal services in the areas of substance-abuse and psychiatry have seen little or no genuine growth since 2008. This is despite the fact that the need for the services has grown in reality, and continues to grow. A new expansion plan has now been produced for the period 2016 – 2020. Through increased funding and the use of subsidies, the state wanted to stimulate and encourage the municipalities to increase their efforts in the areas of substance-abuse and psychiatry, not least in relation to cooperation with other municipal departments and with specialist health services.

This forms the backdrop for the theme of our master's thesis. Based on a qualitative approach, we have conducted a comparative case study in two municipalities. Through the study of documents and interviews with various participants, we have investigated how state financing policies affect the municipalities' implementation of substance-abuse and psychiatric services. We have also investigated to what degree other state actions such as legislation, guidance and directives and the use of supervision and control mechanisms are suitable tools to achieve implementation of the policies, and as a result we will attempt to answer the question which methods are best suited to achieving the full implementation of the national policies for substance-abuse and psychiatry at municipal level. Our study considers factors such as user

satisfaction/user orientation, qualitative available services, effectiveness and municipal autonomy.

We find that those involved at the political, administrative and implementation level all support the national objectives for the areas of substance-abuse and psychiatry. However our findings show that there are differing opinions among the participants over which state instruments, and which financial arrangements provide the best result in practice and the greatest flexibility at the municipal level. Our findings also suggest that state funding has little impact on how the services are organized, but conversely that their organization has a major effect on whether national goals are attained in a comprehensive and coordinated manner within the areas of substance-abuse and psychiatry.

INNHALDSOVERSIKT

1.0 INNLEDNING	12
1.1 Virkemidler for statlig styring av kommunale tilbud.....	14
1.2. Avhandlingens oppbygning.....	17
2.0 BAKGRUNN FOR STUDIEN OG STUDIENS PROBLEMSTILLING	19
2.1 Forholdet mellom stat og kommune – spenninger og utfordringer.....	19
2.2 Nye styringsformer i norsk offentlig sektor: Frihet under ansvar	24
2.3 Reformenes betydning for rus- og psykiatrifeltet	28
2.4 Bruk av økonomiske virkemidler på rus-og psykiatrifeltet: tidligere forskning	33
2.5 Presentasjon av problemstilling	36
3.0 TEORETISK TILNÆRMING	37
3.1 Statlig finansieringsordninger og kommunalt handlingsrom	38
3.2 Teoretisk tilnærming til hovedproblemstilling.....	41
3.3 Ulike styringsformer - utviklingen fra tradisjonell offentlig forvaltning, via New Public Management til New Public Government.....	43
3.4 Public choice og prinsipal/agent-teori.....	49
3.5 Institusjonell teori.....	53
3.6 Bakkebyråkrat teori	57
4.0 METODISK TILNÆRMING	62
4.1 Vitenskapsteori.....	62
4.2 Valg av design.....	67

4.3 Datainnsamling og datakilder.....	77
4.4 Dataanalyse	89
4.5 Kvalitetssikring	95
4.6 Oppsummering / konklusjon	99
5.0 EMPIRISKE ANALYSER	100
5.1 Innledning.....	100
5.2 Analyse av nasjonale og lokale dokumenter	100
5.3 Funn fra intervjuanalyse.....	109
5.4 Oppsummering / konklusjon	119
6. 0 TEORETISK ANALYSE	121
6.1 Analytisk fokus på forhold mellom statlige finansieringsordninger og kommunale tjenestetilbud	121
6.2 Analytisk fokus på organisasjonsstrukturens betydning for kvalitet i tjenesteleveranse. .	135
6.3 Analytisk fokus på ulike holdninger til statlig virkemiddelbruk for å implementere nasjonal politikk på kommunalt nivå	145
7. STUDIENS BETYDNING FOR PRAKSISFELTET.....	152
7.1 Presentasjon av hovedfunn og relevans for praksisfeltet	153
7.2 Egne refleksjoner og forslag til videre studier:	158
REFERANSELISTE	162

Oversikt over modeller, figurer og tabeller

Modell 1: Bakkebyråkratens handlingsrom	58
Figur 1: Oversikt politisk organisering kommune Vest.....	73
Figur 2: Oversikt administrativ organisering helse- og omsorgstjenester i kommune Vest.....	74
Figur 3: Oversikt politisk organisering kommune Øst.....	75
Figur 4: Oversikt administrativ organisering helse og omsorgstjenester kommune Øst.....	76
Tabell 1: Ulike organisasjonsformer i offentlig sektor.....	43
Tabell 2: Eksempler på samstyring.....	45
Tabell 3: Grunnleggende forskjeller mellom positivistisk og hermeneutisk metode.....	64
Tabell 4: Oversikt over når ulike tilnærminger egner seg best.....	78
Tabell 5: Tema i intervjuguide.....	82
Tabell 6: Tema i dokumentstudier.....	88
Tabell 7: Oversikt over dokument i dokumentstudier.....	89
Tabell 8: Eksempel på hovedkategori og flere underkategorier til første tema i forskningsspørsmål 1.....	91
Tabell 9: Hoved- og underkategorier til resterende tema i forskningsspørsmål 1.....	91
Tabell 10: Oversikt over hoved- og underkategorier for forskningsspørsmål 2 og 3.....	92
Tabell 11: Oversikt over hoved- og underkategorier i analyse av dokumentdata.....	93
Tabell 12: Sammenbinding av alle data.....	94
Tabell 13: Oversikt over forskjeller mellom validitet og reliabilitet ved kvantitative og kvalitative design.....	95
Tabell 14: Oversikt over utfordringer i nasjonale dokumenter.....	101
Tabell 15: Viktige satsingsområder i nasjonale og lokale dokumenter.....	104
Tabell 16: Forskjeller i organisering mellom kommunene.....	106
Tabell 17: Likheter og forskjeller i tjenestetilbud mellom kommunene.....	110
Tabell 18: Endringer i organisasjonsstruktur og element ved ledelse/styring i kommune Øst.....	113
Tabell 19: Endringer i organisasjonsstruktur og element ved ledelse/styring i kommune Vest.....	114
Tabell 20: Meninger om finansieringsordninger i kommune Øst og Vest.....	117

Vedlegg:

Vedlegg 1: Intervjuguide administrativt nivå.....	168
Vedlegg 2: Intervjuguide politisk nivå.....	173
Vedlegg 3: Informasjonsskriv og forespørsel om å delta i undersøkelse.....	174
Vedlegg 4: Samtykkeskjema.....	176

1.0 INNLEDNING

En sjettedel av den voksne befolkningen i Norge har til enhver tid psykiske helseproblemer og/eller rus- og avhengighetsproblemer (Meld. St.26, 2014-2015). Tall fra Folkehelseinstituttet viser at forekomsten av psykiske lidelser er relativt stabilt blant voksne, men økende blant barn og unge. Folkehelseinstituttet viser også til tall som sier at mellom 10-20 % av befolkningen vil få en ruslidelse i løpet av livet, hvor misbruk av alkohol vil utgjøre den hyppigst forekommende ruslidelsen. Pasienter med ruslidelser har i tillegg også ofte andre psykiske lidelser og kroppslige sykdommer, og utgjør årsaken til 1/3 av alle uføretrygdede (Folkehelseinstituttet, 2014). Rus og psykiske lidelser beskrives derfor som en av samtidens store helseutfordringer, og medfører omfattende kostnader både for den enkelte og for samfunnet. Fra statlig hold understrekes det at rus og folkehelse er viktige satsingsområder i den nasjonale helsepolitikken, og i november 2015 lanserte Regjeringen en ny opptrappingsplan for rusfeltet for perioden 2016-2020. Hovedinnsatsen i opptrappingsplanen skal rettes mot kommunesektoren, da det er på dette området utfordringene beskrives som størst.

De nasjonale målene på helse- og omsorgsfeltet handler om å redusere sosiale helseforskjeller, og sikre at alle skal ha et likeverdig tilbud om helsetjenester. Det betyr blant annet at befolkningen skal sikres lik tilgang til gode og likeverdige helse- og omsorgstjenester uavhengig av diagnose, behov, alder, kjønn, personlig økonomi og bosted (Helse- og omsorgstjenesteloven, 2011). På rus- og psykiatrifeltet har de nasjonale målene også i stor grad handlet om å fremme uavhengighet, selvstendighet og evne til å mestre eget liv for personer med rus- og psykiske lidelser. For at de nasjonale målene skal nås, forutsetter det at tjenestetilbudene bygges ut og utvikles der pasienter og pårørende lever og bor, som er i kommunene. Siden 1990-tallet har det vært en økt statlig satsing på rus- og psykiatrifeltet både i form av en økt rettighetslovgivning til fordel for brukerne, og gjennom økte finansielle overføringer til rus- og psykiatrifeltet. For rus- og psykiatrifeltet kom satsingen til uttrykk først gjennom en egen opptrappingsplan for psykisk helse i perioden 1999-2008, hvor staten gjennom forutsigbare økonomiske rammebetingelser i form av øremerkede tilskudd, la til rette for at tilbudet for mennesker med psykiske lidelser skulle bygges ut i kommunene og fylkeskommunene. Opptrappingsplanen for psykisk helse ble så etterfulgt av en opptrappingsplan for rusfeltet i perioden 2007-2012, som skulle ses i sammenheng med satsingen på psykiatrifeltet. Planen la opp til en styrking av rus- og psykiatrifeltet gjennom økte rammeoverføringer til kommunene, og særskilte tilskuddsordninger for å styrke kompetansen og kommunale tjenestetilbud som oppfølging, aktivitetstilbud og bolig. Planen inneholdt også konkrete tiltak og økonomiske tilskuddsordninger for å ruste opp kapasiteten og kvaliteten i behandlingstilbudet i spesialisthelsetjenesten for rusavhengige, og til personer med samtidige rus og psykiske lidelser. Til tross for den statlige satsingen på rus- og

psykiatrifeltet viser Riksrevisjonens nylig fremlagte rapport ⁱ at antall heldøgns plasser til rusbehandling og psykiatri i spesialisthelsetjenesten er blitt redusert med nesten 10 prosent fra 2010 til 2014. Reduksjonen er ikke blitt kompensert med en tilsvarende styrking av tilbudet i kommunene. Riksrevisjonens rapport viser også til at oppgave- og ansvarsfordelingen mellom kommunehelsetjenesten og spesialisthelsetjenesten ikke er tilstrekkelig klargjort for denne pasientgruppen. Dette gir en betydelig risiko for at rus- og psykiatrispasienter ikke får helhetlige og koordinerte forløp (Riksrevisjonen, 2016).

I Norge er ansvaret for behandling og oppfølging av personer med rusproblem og psykiske lidelser delt mellom kommunene og staten. Gjennom lovverket gis kommunene et særlig ansvar for primærhelsetjenester som omfatter bl.a. helse- og omsorgstjenester, NAV, skole, barnehage og barnevern. Mens staten, ved helseforetakene, er ansvarlig for spesialisthelsetjenestetilbud. Konsekvensen av en slik arbeidsfordeling er behovet for økt samhandling. Spesielt når det gjelder mennesker med sammensatte lidelser innen rus, psykiatri og somatikk, blir samhandling mellom ulike aktører både internt i den enkelte kommune, og mellom kommune og spesialisthelsetjenesten viktig. I Norge har vi også en lang tradisjon med at behandlings- og omsorgstilbud til rus- og psykiatrispasienter har blitt ivaretatt av andre aktører. Både ideelle og frivillige organisasjoner, har vært sterke premissleverandører for den nasjonale helsepolitikken. Siden 1990-tallet har også private markedsaktører og aktører i sivilsamfunnet fått en større rolle som iverksettingsorgan med samme krav til tjenesteleveranser og krav til profesjonalisering som resten av offentlig sektor. ⁱⁱ

Fra pårørende- og brukerorganisasjoner, fagfeltet, men også fra politisk hold, reises det kritikk mot offentlig sektors levering av velferdstjenester på rus og psykiatrifeltet. Kritikken rettes både mot nasjonale ulikheter, f.eks når det gjelder behandlingstilbud, at tjenestetilbudene er fragmenterte og for dårlig koordinerte, f.eks ved manglende samordning og samhandling mellom ulike tjenestetilbud innenfor rus og psykiatrifeltene i den enkelte kommune, men også mellom kommunene og spesialisthelsetjenesten. Det reises også kritikk mot lang ventetid på behandling, spesielt for behandlingstiltak i spesialisthelsetjenesten, og kritikk mot for liten bruk av private aktører. Både for pårørende og psykisk syke/rusavhengige oppleves det frustrerende å måtte vente på hjelp når man står i en krisesituasjon. Ved akuttinnleggelser reises det igjen kritikk mot for tidlig utskriving, og pasienter som er

ⁱ Riksrevisjonen gjennomførte en spørreundersøkelse i alle helseforetak og alle kommuner, samt til et utvalg fastleger, i tillegg til dokumentstudier ble det også gjennomført intervju med representanter for helse- og omsorgstjenestene i fem kommuner om erfaringer knyttet til virkemidlene i samhandlingsreformen.

ⁱⁱ Som eksempel kan nevnes Kirkens bymisjon og Blå Kors som driver både ulike lavterskeltilbud som kafèer/møtesteder, bo- og overnattingstilbud samt avrusing- og behandlingsinstitusjoner. Sistnevnte ofte gjennom driftsavtaler med Helseforetakene. Andre aktører som for eksempel Mestringshusene drives som selvstendige næringsvirksomheter uten offentlig støtte, og hvor behandlingstilbudet er brukerfinansiert eller hvor kommunen kjøper behandlingstilbud.

utskrivingsklare skrives ut uten at nødvendige etterverns-/oppfølgingstilbud er på plass i hjemkommunen.

For at nasjonale mål om likeverdige helse- og omsorgstjenester skal nås på rus- og psykiatrifeltet, må målene i stor grad oppfylles på kommunalt nivå, og iverksettes av ulike aktører. Det kan imidlertid være en rekke spenninger mellom nasjonale og lokale mål, og for å sikre den nasjonale måloppnåelsen bruker staten ulike virkemidler for å koordinere og iverksette de nasjonale mål. I det følgende vil vi gjøre nærmere rede for ulike virkemidler staten kan benytte.

1.1 Virkemidler for statlig styring av kommunale tilbud

Vi er opptatt av det kommunale handlingsrommet. I tiden etter kommuneloven (1992), har kommunene fått stadig større ansvar for levering av velferdstjenester, men blir gitt et stort skjønnsmessig handlerom både når det gjelder hvordan kommunen skal innrette og organisere sine tjenester, og hvilket konkret tjenestetilbud brukeren skal få. Både lovgivning og innretningen på de finansielle overføringene er virkemidler i statens styring av kommunene, og vil ha betydning for handlingsrommet. Selv om vi vil ha fokus på den finansielle virkemiddelbruken, ser vi også på hvilken betydning bruken av andre virkemidler har for kommunenes handlingsrom på rus- og psykiatrifeltet.

Vår interesse for rus og psykiatrifeltet skyldes at vi til daglig jobber i kommunal sektor, henholdsvis som kommuneadvokat i Sola kommune, og ruskonsulent i Haram kommune. Ut fra våre profesjonsutdanninger innenfor rus/psykiatri og jus, og med mange års erfaring fra kommunal sektor, har vi fulgt perioden med statlige satsinger på rus- og psykiatrifeltet på nært hold. Gjennom perioder med opptrappingsplaner og bruk av øremerkede midler og ulike tilskuddsordninger, har vi vært vitne til at kommunale tjenestetilbud har blitt utviklet og bygget opp de siste 10-15 årene. Vi er opptatt av at kommunen skal levere rettighetsfestede tjenester av god kvalitet til alle sine innbyggere. Personer som står i fare for å utvikle eller har utviklet rusproblemer og/eller psykiske lidelser har ofte behov for sammensatte tjenestetilbud over lengre tid, og varige tjenestetilbud er derfor viktig. Nasjonale mål og satsinger kan komme i konflikt med lokale mål, utfordringer og prioriteringer, men det kan også tenkes at spenningen mellom stat og kommune handler mindre om målene, og mer om selve virkemiddelbruken, særlig hvis virkemiddelbruken får konsekvenser for kommunens økonomi. I denne avhandlingen ønsker vi derfor å avdekke og belyse hvilke spenninger og styringsutfordringer som er knyttet til statens styring av kommunesektoren når det gjelder rus- og psykiatrifeltet, og herunder særlig hvordan finansielle styringsverktøy som bruk av øremerkede midler, tilskuddsordninger og rammetilskudd påvirker kommunenes tjenestetilbud og handlingsrom.

Rammetilskudd er tilskudd til kommunen som ikke er bundet til bestemte formål, men som kommunen "fritt" kan bruke. I realiteten kan rammetilskuddet bli bundet opp på grunn av de omfattende pliktene kommunene har til å levere tjenester og plikt til myndighetsutøvelse på en rekke områder. Øremerkede tilskudd er et enda sterkere virkemiddel fra statens side, og innebærer at staten helt konkret peker ut områder hvor det i en tidsbegrenset periode skal satses ekstra, og hvor midlene som kommunene tildeles er bundet opp til formålet. Bruk av øremerkede tilskudd er omstridt fordi det tilgodeser bestemte saksområder/brukergrupper, noe som kan være bra og nødvendig for den brukergruppen det gjelder, men det vil alltid kunne være brukergrupper eller saksområder som da reelt nedprioriteres eller som også kunne ha behov for et "løft". Bruk av øremerkede tilskudd er også omstridt fordi det griper direkte inn i det kommunale selvstyret, og kan komme på tvers av lokale behov og prioriteringer.

Ved å se nærmere på de styrings- og ledelsesutfordringer som er knyttet til de ulike finansieringsordningene håper vi også at vår studie kan bidra til mer kunnskap som kan forbedre ledelses- og styringsprosesser i offentlig sektor. Også med tanke på lederroller i offentlig sektor vil det være avgjørende å ha kunnskap om hvordan man kan forstå, nyttiggjøre seg og utvide handlingsrommet som er gitt ut fra de økonomiske og institusjonelle rammene, og hvordan man skal forholde seg til spenninger mellom nasjonale mål, slik de fremkommer av lover og forskrifter, og lokale mål og kommunens økonomiske forutsetninger. Med utgangspunkt i reformene på rus- og psykiatrifeltet har vi sett nærmere på hvordan tjenestetilbud på rus- og psykiatrifeltet har blitt utviklet i perioden med opptrappingsplaner og øremerkede midler, og hvilke konsekvenser overgangen til rammetilskudd har fått for tjenestetilbudene. Vi har også sett på hvordan tjenestetilbudene har vært organisert, og hvilke endringer som har vært gjort i organisasjonsstrukturene over en 10-15 års periode. Det bør også bemerkes at vi retter hovedfokuset på tjenestetilbud til voksne, mens vi i mindre grad berører tjenestetilbud som rettes mot barn og unge.

Pr. 01.01.15 har vi 428 kommuner i Norge. Det er store variasjoner i kommune-Norge, både når det gjelder størrelse, geografiske og demografiske betingelser, befolkningstall og inntektsmuligheter. Flertallet av norske kommuner er små eller mellomstore kommuner, det vil si kommuner med færre enn 19.999 innbyggere. Vårt mål med studien har vært å belyse hvordan ulike statlige finansieringsordninger påvirker det kommunale handlingsrommet på rus- og psykiatrifeltet. Ut fra en kvalitativ tilnærming har vi gjennomført en komparativ case-studie i to mellomstore norske kommuner, og vår studie kan således være representativ for situasjoner som mange av landets kommuner kan kjenne seg igjen i. For å unngå problematikk knyttet til fordommer og "bindinger" har vi valgt å se på andre kommuner enn våre hjemkommuner. Vi har også valgt å anonymisere studien vår, og betegner casene som kommune Øst og kommune Vest. Opplysninger og beskrivelser som kan avsløre respondentene eller kommunene er derfor omskrevet. Vi har innhentet data gjennom

dokumentstudier og intervju, og datainnsamlingen er foretatt i november 2015 og januar 2016. Studien vår ble meldt til NSD i oktober 2015 og ble vurdert til ikke å være omfattet av meldeplikt eller konsesjonsplikt etter personopplysningsloven.

Kommune Øst og kommune Vest har ulike organisasjons- og styringsstruktur. Hva angår politisk organisering har kommune Vest en styringsmodell med ulike hovedutvalg som er ansvarlig på sine sektorområder. Kommune Øst har i all hovedsak gått bort fra hovedutvalg, og opererer bare med ett hovedutvalg (utvalg for plan og forvaltning), formannsskap og kommunestyre. Når det gjelder den administrative strukturen har begge kommuner en såkalt to-nivå modell, med virksomheter direkte underlagt rådmannsnivå. Kommune Vest har imidlertid et reelt «mellomledernivå» ved at pleie- og omsorgssjef har sektoransvar for både psykisk helse, hjemmebaserte- og døgnbaserte tjenester. Kommune Øst har en rendyrket to-nivå modell uten et mellomledernivå, men har imidlertid en fagsjef for helse- og omsorg i rådmannens stab. I tillegg har kommune Øst en såkalt «bestiller/utfører-modell» (BU) med et bestillerkontor (Tildeling og koordinering av helse- og omsorgstjenester). For lettere å skille mellom kommunenes ulike organisasjonsstrukturer bruker vi benevnelsen «tradisjonell to-nivå modell» når vi omtaler vi organisasjonstrukturen i kommune Øst, mens organisasjonsstrukturen i kommune Vest betegnes som en «modifisert to-nivå modell».

For å se hvilken sammenheng det kan være mellom finansieringsordninger og tjenestetilbud og organisering, har det vært viktig for oss å sammenligne kommuner som hadde en noenlunde lik satsing på rus og psykiatrifeltet i perioden med opptrappingsplaner, men som valgte ulike organisering av tjenestetilbudene. Både kommune Øst og Vest var kjent for å være svært proaktive på rus- og psykiatrifeltet før og under perioden med opptrappingsplaner. Kommune Vest bygde ut kompetanse og tilbud gjennom den ordinære hjemmebaserte tjenesten, men samlet etterhvert tilbudene i en egen sone for psykisk helse under pleie- og omsorgsenheten. Kommunen har også valgt å legge hele sosialtjenesten til NAV. Kommune Øst startet med å bygge ut tjenestetilbud og kompetanse i en egen avdeling for psykisk helse under helse- og sosialtjenesten, og under NAV-reformen la man rusarbeidet til avdeling for psykisk helse, og la bare økonomisk sosialhjelp i NAV, en såkalt minimumsløsning. I 2013 gjennomførte kommune Øst en større omorganisering i hele helse- og omsorgssektoren, og fordelte kompetanse, ressurser og tjenestetilbud på rus- og psykiatrifeltet over flere enheter.

Ved å sammenligne to kommuner med ulike organisasjonsstrukturer får vi belyst flere dimensjoner ved tjenestelevering og velferdsproduksjon på rus og psykiatrifeltet, samt hvilke ledelses- og styringsutfordringer som kan knyttes til ulike organisasjonsstrukturer. Kommune Øst og Vest egner seg derfor godt som sammenlignbare case for vår studie, og kan hjelpe oss med å besvare hvilken påvirkning bruk av ulike statlige finansieringsordninger kan få for organiseringen av kommunale tjenestetilbud på rus- og psykiatrifeltet.

1.2. Avhandlingens oppbygning

Vi har valgt å bygge opp denne avhandlingen i sju kapitler. I neste kapittel ser vi først nærmere på forholdet mellom stat og kommune i Norge. Forholdet mellom stat og kommune kan studeres ut fra ulike perspektiv. Vår studie omhandler hvordan staten gjennom reformer iverksetter nasjonal politikk for rus- og psykiatrifeltet på kommunalt nivå. Vi legger derfor et reformteoretisk perspektiv til grunn i vår analyse av forholdet mellom stat og kommune, og har fokus på spenninger og styringsutfordringer knyttet til bruken av ulike styringsverktøy, herunder spesielt finansielle styringsverktøy. Deretter redegjør vi for de reformer som har hatt størst betydning for rus og psykiatrifeltet og den norske helsesektoren de siste 15-20 årene. Vi gir så en nærmere presentasjon av opptrappingsplanene som medførte nye finansielle ordninger på rus og psykiatrifeltet, før vi til slutt viser til evalueringer som har vært gjort av opptrappingsplanene.

Vi presenterer tilslutt problemstillingen vår. Problemstillingen omhandler hvilken betydning ulike statlige overføringer får for det kommunale handlingsrommet, og hvordan dette har endret seg over tid. For å kunne besvare problemstillingen vår, har vi operasjonalisert den i tre forskningsspørsmål som omhandler organisering og utvikling av kommunale tjenestetilbud knyttet til bruk av ulike finansielle virkemidler, og meninger om hvilke finansieringsordninger som er optimale for tjenesteleveranse og kvalitet på rus- og psykiatrifeltet.

Kapittel tre vies til gjennomgang av teoriene som ligger til grunn for vår problemstilling og våre forskningsspørsmål. Vi starter med å se nærmere på sammenhengen mellom statlige finansieringsordninger og det kommunale handlingsrommet. Deretter gjør vi nærmere rede for ulike styringsformer som gjør seg gjeldende i offentlig sektor, og da med en spesiell vektlegging av New Public Governance. Deretter presenterer vi det teoretiske rammeverket som legges til grunn i oppgaven, herunder Public Choice/Prinsipal-Agent teori, Institusjonell teori og Bakkebyråkratiteori. Vi viser også hvordan de ulike teoriene kan hjelpe oss til å besvare og forklare problemstillingen og forskningsspørsmålene våre.

I kapittel fire beskriver vi vår metodiske tilnærming. Vi begrunner vårt valg av en kvalitativ tilnærming ut fra vårt vitenskapsteoretiske ståsted, og gjør rede for vår undersøkelsesdesign. Vi viser også til hvilke metoder vi har valgt for datainnsamlingen, og hvordan vi har gått frem i datainnsamlingen og dataanalysen for å sikre at studien vår holder en formell kvalitet.

Kapittel fem og seks er viet til analyse. I kapittel fem presenterer vi våre funn knyttet til hvert forskningsspørsmål. Vi presenterer først funn fra dokumentstudier, før vi presenterer funn fra våre intervjudata. I kapittel seks belyser og forklarer vi våre empiriske funn ut fra teori, og sammenligner våre funn med funn fra tidligere studier. Formålet med vår avhandling er å belyse utfordringer knyttet til bruk av ulike finansielle virkemidler i utbygging av kommunale

rus- og psykiatritjenester, og i kapittel sju presenterer vi tilslutt våre hovedkonklusjoner, og diskuterer hvordan våre funn kan bidra til bedre praksis på feltet.

2.0 BAKGRUNN FOR STUDIEN OG STUDIENS PROBLEMSTILLING

I denne delen skal vi gjøre nærmere rede for bakgrunnen for studien og problemstillingen vår. Vi starter med å se nærmere på hvilke spenninger og utfordringer som kan gjøre seg gjeldende i forholdet mellom stat og kommune, og hvordan staten gjennom ulike virkemiddelbruk forsøker å håndtere disse, og hvilke konsekvenser virkemiddelbruken får for det kommunale handlingsrommet. Deretter ser vi nærmere på nye styringsformer som ble innført i offentlig sektor fra midten av 1980-tallet, og hvordan ulike styringsformer også har fått betydning for rus- og psykiatrifeltet. Vi viser deretter til annen forskning som omhandler bruk av økonomiske virkemidler, og presenterer til slutt problemstillingen vår.

2.1 Forholdet mellom stat og kommune – spenninger og utfordringer

Vi skal her se nærmere på hvilke spenninger og utfordringer som gjør seg gjeldende i forholdet mellom stat og kommuner i Norge. Styring av samfunnet er enhver stats kjernevirksomhet, og Busch (2011, s. 23) viser til tre viktige formål som staten og offentlig sektor skal ivareta:

- Lovgivning og «policies» for sentrale politikkområder
- Regulering og myndighetsutøvelse
- Tjenesteleveranser

Det er mange måter å organisere og styre et samfunn på, og i Norge er offentlig sektor organisert på tre forvaltningsnivå. Kommunene er det laveste administrative og folkevalgte nivået i offentlig forvaltning, og det kommunale selvstyret har hatt en sterk *uttalt* posisjon i Norge siden innføringen av formannskapsloven fra 1837. I realiteten avgrenses det kommunale selvstyret, og dermed det kommunale handlingsrommet, som følge av en utstrakt statlig styring gjennom omfattende lovgivning som pålegger kommunene plikter om tjenesteleveranser, og ved at staten i stor grad også fastsetter de økonomiske rammene for kommunene. I selve organisasjonsstrukturen ligger det innebygget en rekke spenninger og styringsutfordringer i forholdet mellom stat og kommuner.

Vårt statssystem gir et integrert forhold mellom stat og kommune, hvor kommunene har en dobbeltrolle som autonomt politisk organ, og som iverksetter av statlig politikk. Fremveksten av velferdsstaten med “likhetsidealet” som en av de bærende ideer, har samtidig gitt staten et legitimt behov for å styre på en måte som også avgrenser handlefriheten til kommunene. Når kommunene løser viktige velferdsoppgaver på vegne av staten og skal oppfylle nasjonale mål som rettssikkerhet, likhet, likeverd, liv og helse, effektiv og samordnet bruk av offentlige ressurser, bærekraftig utvikling og samfunnssikkerhet, er det akseptert at staten kan og må, sette premisser for den kommunale virksomheten (Meld.St.12, 2011-2012). Nasjonale hensyn til likeverdige tjenester og rettssikkerhet gir dermed behov for en særskilt styring av

kommunesektoren. Kommunene i Norge er forskjellige, og de dimensjoner som skaper ulikhet mellom kommunene handler bl.a. om befolkningsstørrelse og befolknings-sammensetning, geografisk beliggenhet, kommunenes ressursgrunnlag, næringsgrunnlag, befolkningens holdninger og preferanser m.v. Hvis kommunene hadde fri rådighet over hvilke formål som skal tilgodeses over det kommunale budsjettet, ville slike dimensjoner som nevnt over, kunne lede til svært ulike tjenestetilbud avhengig av hvor i landet man bor. Nasjonale rammer og styring av kommunene gjennom lov og finansielle virkemidler skal motvirke dette, samtidig som også makroøkonomiske hensyn spiller inn.

Gjennom lovgivningen og inntektssystemet skjer det dermed en utjevning og normering av regionale og kommunale ulikheter. Samtidig ønsker staten å beholde det kommunale selvstyret, fordi kommunene er effektive iverksettere av nasjonal politikk. Kommunen har, gjennom sin lokalt folkevalgte ledelse og nærhet til brukerne, en legitimitetsbase som staten ikke har. Sett fra statens side kan dette være en forklaring på at man opprettholder en arbeidsdeling mellom stat og kommune i leveringen av velferdstjenester. Utfordringen er imidlertid at lokale preferanser og mål kan bli skadelidende, og det er et problem både av hensyn til effektiv ressursbruk og av hensyn til den legitimitet de lokalt folkevalgte er avhengig av. Hensynet til likhet har også en tendens til å generere mer byråkrati, gjennom utforming av regler og standarder, og utvikling av kontrollregimer for å sikre at reglene blir etterfulgt.

Jacobsen (2009, s. 17) opererer med fire perspektiver på kommunene, henholdsvis et territorielt, et tjenesteytende, et politisk og et nasjonalt. Perspektivene bygger på hver sin egen verdi eller logikk, henholdsvis funksjonalitet, effektivitet, demokrati og autonomi. Det territorielle perspektivet dreier seg om at kommunen er en avgrenset fysisk del av Norge, men har også psykologiske aspekter ved seg, ved at man identifiserer seg med, og føler tilknytning til, sin hjemkommune. Det andre perspektivet fokuserer på kommunen som tjenesteproducent. Velferdsstaten har vokst gradvis etter den andre verdenskrig, og det er kommunene som i første rekke har ansvar for levering av velferdstjenester til befolkningen på områder som helse-, pleie og omsorgstjenester, sosiale tjenester, opplæring, tekniske tjenester, m.v. Det tredje perspektivet ser på kommunen som politisk arena, dels i betydningen et nivå med demokratisk/folkevalgt styring gjennom lokalt valgte kommunestyre, og dels i betydningen en arena for interessekamp om knappe ressurser, forhandlinger, kompromisser og symbolske handlinger. Det fjerde perspektivet ser kommunen som en del av det nasjonale fellesskapet. Disse fire rollene (arenaene) til kommunene er alle relevante for å forstå forholdet mellom stat og kommune, og det kommunale handlingsrommet på rus-og psykiatrifeltet.

For å belyse spenninger og styringsutfordringer i forholdet mellom stat og kommune er det naturlig for oss å ta utgangspunkt i et perspektiv på kommunen som tjenesteproducent. Å gi gode tjenester til befolkningen er selve hovedmålet. Målene, standarder og virkemidlene

fastsettes av Stortinget, blant annet ut fra hensynet til likhet, og følges opp med ytterligere detaljering og kontroll, av særlige statlige sektororganer. Selve iverksettelsen og den lokale tilpasningen skjer gjennom kommunene, som på sin side må ta hensyn til hele sin oppgaveportefølje, og ofte må de foreta vanskelige prioriteringer og avveininger for "å få endene til å møtes". De mål som er utledet av kommunens rolle som tjenesteprodusent og agent for statlig politikk støtter opp om statens overordnede styring med sikte på likhet og standardisering, og tjener dermed det nasjonale fellesskapet, men kan komme i konflikt med kommunens rolle som lokalpolitisk arena. Statlig styring kan også undergrave tiltakenes/tjenestenes effektivitet på grunn av at mulighetene for tilpasning til lokale behov blir redusert. I dette "spenningsforholdet" mellom kommune og stat ligger også en rekke styringsutfordringer. Statens styring av kommunesektoren skjer både gjennom "pisk og gulrot" da staten benytter seg av både påbud og incentiver som virkemidler for å påvirke og styre kommunene i den retning staten ønsker ut fra ulike nasjonalt definerte målsettinger (Christensen, 2010, s. 148-156). De statlige virkemidlene kan deles i fire kategorier, og har ulik grad av styringsautoritet;

- **Lovgivningen;** Kommunene kan bare styres gjennom lovgivning og gjennom innretningen på de finansielle overføringene til kommunene. Kommunene er selvstendige rettssubjekt, og ikke underlagt statens instruksjonsmyndighet direkte, slik som statlige direktorater som styres direkte av de relevante departementene. Fremveksten av rettighetslovgivningen har imidlertid medført at kommunene i ytterligere grad eksponeres for krav fra borgerne om ytelser eller rettigheter som er nasjonalt fastlagte og normerte, og med liten eller ingen mulighet for kommunene til å øve innflytelse eller reservere seg mot. Det er særlig pasient-og brukerrettighetsloven samt helse-og omsorgstjenesteloven som gir konkrete rettigheter til befolkningen/brukerne.ⁱⁱⁱ Lovgivningen rettet mot kommunene handler også om systemplikter, for eksempel om taushetsplikt, kompetansekrav, krav til journalføring og interkontroll m.v. Dette er spredt på en rekke spesiallover, blant annet helsepersonelloven.
- De **finansielle** virkemidlene gjelder direkte overføringer til kommunene i form av rammetilskudd eller øremerkede tilskudd. Øremerkede tilskudd er enten utformet som et prisvridende tilskudd, også kalt refusjonstilskudd, der overføringsbeløpet er knyttet direkte opp mot kommunenes ressursinnsats, eller som et ikke-prisvridende tilskudd

ⁱⁱⁱ Dette er rettigheter som om nødvendig kan håndheves ved klage til Statens Helsetilsyn/fylkesmannen eller ved søksmål for domstolene. Kommunene er pliktig til å ha en "meny" av ulike tjenester, slik som helsetjenester, omsorgstjenester og andre tjenester i institusjon eller i hjemmet, personlig og praktisk assistanse, sosial og psykososial m.v. (helse-og omsorgstjenesteloven §3-2). Det som utløser det individuelle rettskravet er at det er "nødvendig" (pasient-og brukerrettighetsloven §2-1, 1.ledd). "Nødvendig" er et rettslig begrep og standard, hvis innhold særlig bestemmes av hva en helsefaglig vurdering tilsier (Kjønstad, 2005), men påvirkes også av normene i samfunnet til enhver tid.

hvor tilskuddsmidlene fordeles etter objektive kriterier uavhengig av faktisk ressursinnsats i kommunesektoren.^{iv}

- **Tilsyn og kontroll** er statlige ordninger for gjennomgang av kommunale system og rutiner, og prøving av lovligheten av kommunale vedtak. I første rekke er det fylkesmannen som på vegne av staten, utøver tilsyn med kommunene og har ansvaret for å koordinere tilsynsansvaret som er tillagt en rekke statlige direktorater (kommuneloven § 60e). Gjennom tilsyn og kontroll skal staten sikre at kommunene etterlever og utfører sine lovpålagte plikter, f.eks at innbyggerne får de tjenester de etter lovgivningen har krav på, og at tjenesteleveransen foregår på den måten, og innfrir de krav som lovgivningen stiller. Det har vært en veldig vekst i statlige organers tilsyn og kontroll med kommunene, og tilsynsansvaret er lagt til mange ulike direktorater. I forhold til rus-og psykiatrifeltet er Helsetilsynet det primære kontrollorgan. Ikke sjelden gir både ulike lovgrunnlag og ulike tilsynsorganer motstridende signaler og forventninger til kommunene, noe som kan skape konflikt og uklarhet.^v
- **Veiledning og konsultasjoner** er den mildeste formen for statlig styring. Veiledning skjer ved at det aktuelle fagdepartement eller fagdirektorat, f.eks Helsedirektoratet, sender ut veiledninger og rundskriv om hvordan en lov skal forstås eller hvordan kommunene bør handle. Konsultasjoner er treffpunkt mellom staten og kommunene, hvor representanter fra både stat og kommune kommer sammen og drøfter aktuelle problemstillinger, og hvor siktemålet er å oppnå gjensidig forståelse.

Mens forholdet mellom stat og kommune tidligere understreket kommunenes uavhengighet fra staten (det kommunale selvstyret, som har sitt opphav i formannskapslovene fra 1837), er det i vår tid mer treffende å tale om en viss *integrasjon* mellom styringsnivåene. Dette gjelder særlig tjenesteproduksjonen på helse-og omsorgsområdet, hvor staten ved helseforetakene inngår i et komplekst samspill med kommunene. Dette er essensen i Samhandlingsreformen fra 2012, hvor man fra statens side ønsket å forsterke samhandlingen på helseområdet,

^{iv} I tillegg utgjør også skatte-og avgiftssystemet en finansiell styringsmekanisme som påvirker kommunene f.eks ved at eiendomsskatt kan ilegges og dermed gi økt inntektsgrunnlag for kommunene, og ved at kommunene kan være skattesubjekt på linje med private aktører når kommunen foretar innkjøp. Kommunene kan også ilegges særlig gunstige ordninger, f.eks gjennom refusjonsordninger for merverdiavgift når kommunen bygger skoler, sykehjem og lignende.

^v Et eksempel er en hjemmeboende rusmisbruker med dobbeltdiagnose, dvs både psykiske vansker, og pågående/tungt rusmisbruk - samt fysisk handicap. Denne kombinasjonen av vansker og behov gjør at vedkommende åpenbart har rett til helsehjelp, men kan utgjøre en utålelig risiko for personalets helse, for eksempel når han nekter å tilrettelegge leiligheten med tekniske hjelpemidler for å unngå belastningskader hos personalet som skal gi hjelp, har "ruskompiser" hos seg som opptrer truende, oppbevarer våpen, osv. Helsetilsynet vil i sin tilnærming til kommunen gå langt i å understreke kommunens ansvar for å gi nødvendig helsehjelp, mens Arbeidstilsynet vil vektlegge og understreke kommunens ansvar som arbeidsgiver i forhold til de ansatte. Det ligger også en kime til konflikt ved at statlige direktoraters rasjonelle og formelle tilnærming står i motstrid til den fleksible, samordnede og skjønnsmessige tilnærmingen som særpreger kommunene.

mellom stat og kommune. Integrasjon kommer da også til uttrykk i formålsbestemmelsen til kommuneloven (1992, § 1):

“Formålet med denne lov er å legge forholdene til rette for et funksjonsdyktig kommunalt og fylkeskommunalt folkestyre, og for en rasjonell og effektiv forvaltning av de kommunale og fylkeskommunale fellesinteresser innenfor rammen av det nasjonale fellesskap og med sikte på en bærekraftig utvikling”.

Både det kommunale folkestyret og rasjonell og effektiv forvaltning er angitt som formål, men begge deler skal skje innenfor rammen av det nasjonale fellesskap og med sikte på bærekraftig utvikling. Allerede i formålsbestemmelsen bygges det dermed inn et spenningsforhold mellom ulike mål og målstrukturer. Stortinget har flere ganger behandlet forslaget om å grunnlovfeste "det kommunale selvstyret", senest i forbindelse med Grunnlovsrevisjonen i 2012-2015, men har hver gang sagt nei til dette. Staten gir uttrykk for å respektere det lokale folkestyret og fremholder det som viktig, men forbeholder seg retten til å overstyre kommunene når det nasjonale fellesskapet (statlig politikk) gjør det nødvendig, sett fra statens side. Henvisningen til det ”nasjonale fellesskap” viser til at Norge er en enhetsstat, hvor all myndighet til syvende og sist springer ut av Stortingets overordnede myndighet, og dermed markerer yttergrensene. Styrking av det lokale selvstyret har på nytt kommet på dagsorden, dels ved at Stortingets kontroll- og konstitusjonskomité nå har blitt enig om å grunnlovsfeste lokalt selvstyre, og dels ved at Kommunelovutvalget, som fremla sin innstilling i mars 2016, har foreslått å lovfeste det kommunale selvstyret, og avgrense statlige inngrep utover det som er nødvendig for å oppfylle nasjonale mål, herunder at kommunene bør ha frie inntekter som gir økonomisk handlingsrom (Kommunal- og moderniseringsdepartementet, 2016).

Veksten i rettighetslovgivning og annen lovgivning skaper et spenningsforhold mellom stat og kommune, hvor kommunene får stadig større ansvar og flere og mer finmaskede plikter, samtidig som kommunene i økende grad opplever at staten ikke i tilstrekkelig grad tar hensyn til lokale behov, og at de økonomiske overføringene er mindre enn de krav og forventninger som stilles både fra statens og innbyggernes side. Ved statlig styring gjennom utstrakt rettighetslovgivning, reduseres de lokalt folkevalgtes politiske handlingsrom – handlingsrommet er allerede bundet opp. Undersøkelser viser at manglende økonomisk handlefrihet og stor finansiell avhengighet av staten oppleves som de viktigste begrensningene på det kommunale selvstyret. En opplevd følelse av at ressursene ikke strekker til, kan gi en situasjon med ansvar uten frihet, og gir både demokratiske og legitimitetsmessige utfordringer. Dette er et problem når de lokalt folkevalgte skal stå til ansvar for innbyggerne direkte, og således forholder seg ikke bare til staten som "prinsipal", men også innbyggerne som har valgt dem inn i de folkevalgte organene i kommunen. Legitimitetsproblemer følger

for øvrig ikke bare av ressursmangel isolert sett, men kan også springe ut av hvordan hjelpeapparatet er organisert.

2.2 Nye styringsformer i norsk offentlig sektor: Frihet under ansvar

Vi er opptatt av hva som påvirker det kommunale handlingsrommet på rus- og psykiatrifeltet. Handlingsrommet er endret over tid, og statens virkemiddelbruk i styring av kommunesektoren kan også relateres til styringsformer. I likhet med de fleste vestlige land, begynte man i Norge med omfattende omstillings- og omorganiseringsprosesser av offentlig sektor på 1980-tallet. Vår studie av det kommunale rus- og psykiatrifeltet omfattes av perioden hvor reformer og styringsmodeller inspirert av New Public Management (NPM) og New Public Governance (NPG) gjorde seg gjeldende i offentlig sektor. Disse reformene har derfor stor relevans for oss, da ledelses- og styringsutfordringer vi har funnet i vår studie kan tilbakeføres til utfordringer ved de ulike styringsmodellene.

Moderniseringsprosessene kan sies å være inspirert av disse to reformbølgene; NPM som påvirket norsk forvaltning fra tidlig på 1990-tallet, og NPG som har hatt betydning særlig de 15 siste årene (Busch, 2011). Av de viktigste reformelementene i NPM kan sies å være en oppsplitting av offentlige organisasjoner i horisontal og vertikal spesialisering, bruk av profesjonell- og managementorientert lederskap, mål og resultatstyring, økt vekt på serviceorientering og brukerstyring, kostnadskutt og budsjett disiplin. Det sterke fokuset på kostnadseffektivitet, gjorde at det ble lagt mindre vekt på andre hensyn i forvaltningen, som politiske signaler, faglige hensyn, rettigheter, likebehandling, forutsigbarhet m.v, som var bærebjelker i den tradisjonelle styringen før NPM ble introdusert. NPM medvirket til fragmentering og større grad av spesialisering av hjelpeapparatet, både internt i kommunene og i staten. Mange kommuner gikk fra fra administrativ etatsinndeling til "to-nivå"-organisering, og "bestiller/utfører-modeller" (Christensen et al, 2012, s. 187). Bestiller/utfører-modeller må ses på bakgrunn av et ønske om å skille mellom myndighetsutøvelse og tjenesteproduksjonen, og videre ses i sammenheng med et ønske om å berede grunnen for konkurranseutsetting.

Sykehusreformen i 2002, hvor staten overtok eierskapet for sykehusene fra fylkeskommunene og ansvaret ble lagt til mer autonome helseforetak, med eget styre, underlagt statsråden som "generalforsamling" er klart inspirert av styringsformer i private selskaper, og et eksempel på NPM. Det uttrykte formålet var større grad av likhet på tjenestetilbudet, og mer rasjonell og effektiv drift, samt mer autonomi for ledelse og tjenesteutøvere. Overføringen av ansvaret for sykehusene fra fylkeskommunene til staten v/helseforetakene, innebar at den regionale folkevalgte kontrollen som lå til fylkestinget ble erstattet med en mer management-orientert ledelse. Den direkte politiske styringen skulle tones ned og gjøres med indirekte, og faglige hensyn skulle i sterkere grad avveies mot kostnadseffektivitet.

Rettighetstenkningen ble på mange måter beholdt ved overgangen til NPM, men med et annet utgangspunkt - fra å se på borgeren som samfunnsmedlem og dermed med visse grunnleggende rettigheter, og som en "klient" - til å se på borgeren som en bruker eller kunde. Dette gjenspeiles i mange av de lovendringer og lover som kom til utover 1990-tallet.^{vi} NPM var også en viktig drivkraft for de økte krav til brukermedvirkning som lovverket nå oppstiller. Sykehusreformen i 2002, førte for eksempel til en klarere ansvarsfordeling mellom kommune og spesialisthelsetjeneste i forhold til plikt til å yte helsetjenester, og i 2004 fikk også rusmisbrukere pasientstatus, med rett til vurdering og behandling for rusmiddelmissbruk i spesialisthelsetjenesten. NPM tok også sikte på å forenkle og redusere den statlige styringen av kommunene, bl.a. ved å gjøre den mer generell og basere den på mål- og rammestyring (ibid). Innføringen av nytt inntektssystem for kommunene i 1986 er et eksempel på dette. Gjennom statlige overføringer i form av rammetilskudd, var siktemålet å utvide den kommunale handlingsfriheten ved å øke rommet for lokale prioriteringer. Gjennom Frikommuneforsøket i perioden fra 1986 til 1992, var formålet rettet inn mot å redusere regelstyringen av kommunene, og mange av erfaringene fra dette ble senere nedfelt i kommuneloven av 1992. Et siktemål med loven var å gi kommunene større frihetsgrad i forhold til styring av både de politiske og administrative beslutningsprosessene, samt selve driften, bl.a. for lettere å kunne ta i bruk nye styringsredskaper eller teknikker, f.eks målstyring. Man fjernet også i stor grad såkalte særlovsorganer, som var et vesentlig hinder for en helhetlig ledelse i kommunene, i motsetning til den sektororienterte politiske og administrative styringen som hadde vært tilfelle i kommunene. Dette innebar at den politiske kontrollen og "innblanding" fra politikerne i konkrete enkeltsaker ble dempet på dette området - helt i tråd med NPMs vektlegging av tjenesteutøvernes autonomi, og målsettingen om at de som styrer skal "styre i stort og ikke i smått" - *"let the leaders lead"*. Kommunestyret fikk også i større grad mulighet til å delegerer beslutninger til underliggende organ; herunder formannskap, andre folkevalgte organer og administrasjonen. Mål- og resultatstyring ble også innført som styringsprinsipp i de fleste kommuneadministrasjoner, noe som medførte at administrative ledere fikk stor "budsjettfrihet", men til gjengjeld et større ansvar for måloppnåelse og også rapportering på måloppnåelse.

Styringsprinsippene fra privat sektor viste seg imidlertid å ha begrenset overføringsverdi på offentlig sektor. Mål- og resultatstyringen resulterte også i et komplisert byråkratisk kontrollorientert system og i regelorientert målstyring (Christensen et al, 2012). Ikke minst gjelder dette i forholdet mellom stat og kommuner, hvor kommunene ble pålagt en omfattende rapporteringsplikt til staten. Et eksempel på et slikt NPM-inspirert verktøy for

^{vi} I Pasientrettighetsloven av 1999 gis pasienter og brukere rettigheter overfor helse- og omsorgstjenesten, og loven skulle også sikre at pasienter og brukere får lik tilgang på helse- og omsorgstjenester av god kvalitet. Ved innføringen av fastlegeordningen i 2001, var hensikten var å bedre kvaliteten på allmennlegetjenesten ved å gi alle som ønsker det én fast lege å forholde seg til.

mål-og resultatstyring for kommunene, er KOSTRA-rapporteringen. Ved at kommuner og fylkeskommuner årlig rapporterer regnskapsinformasjon og informasjon om tjenester til staten, får man nøkkeltall og grunnlagsdata som skal gi informasjon om det meste av kommuners og fylkeskommuners virksomhet. Informasjonen skal videre gi staten viktig styringsinformasjon og dermed mulighet for å forbedre tjenestetilbudet i kommunesektoren. NPM vektla også bruk av ulike økonomiske belønnings-og incentivordninger for å stimulere til økt effektivitet. Et problem var for øvrig at det ikke var lett å formulere målbare størrelser som kunne danne grunnlag for belønning., og følgen ble i stor grad at man rapporterte mer på aktivitet enn på oppnådde resultater. Eksempler på "aktivitet" kunne for eksempel være antall klienter eller antall tildelingsvedtak som ble fattet i en bestemt periode. Man tilpasset seg dette problemet ved i stedet å utvikle kvasi-indikatorer for resultatoppnåelse, f.eks brukertilfredshet, antall klager osv. Fragmenteringen av tjenesteapparatet i både kommunen og i staten, gjorde også at det ble vanskelig å tilskrive enkelte aktører fortjenesten av resultater. Utover 1990-tallet viste det seg at NPM ikke innfridde løftet om økt kostnadseffektivitet, og det ble også i økende grad stilt spørsmåltegn ved om økt fokus på kostnadseffektivitet gikk utover kvaliteten på offentlige tjenester.

Fra slutten av 1990-tallet gjorde nye reformer seg gjeldende i offentlig sektor. Reformene ble først introdusert av Blair da han kom til makten i Storbritannia i 1997, og fikk betegnelsen "Joined up government". Reformene har gått under betegnelsen New Public Governance, og tok over etter reformene under NPM. NPG resulterte i en rekke nye reformer i offentlig sektor som ivaretok et økende behov for sterkere integrering av et statsapparat som hadde gått langt i retning av økt fragmentering og oppsplitting under NPM, samt håndtering av samfunnsproblem som krysser ulike forvaltningsnivå f.eks mellom stat og kommune (Christensen et al, 2012). NPG vektlegger også samarbeid mellom offentlig sektor, markedet og det sivile samfunn (Busch, 2011).

Dette aktualiserte også behovet for flernivåstyring. Flernivåstyring bygger på en antagelse om at spredning av makt og gjennomføring av politiske vedtak til underliggende organ er mer effektivt enn sentralisert maktutøvelse og sentral tjensteproduksjon. Siden marked og sivilsamfunnet bygger på ulike logikker, henholdvis økonomiske logikker og verdi/interesse/fellesskapslogikk, førte fremveksten av NPG til at den tradisjonelle hierarkiske styringsmodellen ble supplert med grenseoverskridende nettverks- og partnerskapsordninger (Christensen et al, 2012). Samstyring skjer gjennom strukturer hvor ulike, mer eller mindre likeverdige aktører samhandler i forbindelse med håndtering av en samfunnsoppgave (Røiseland & Vabo, 2012).

Både NAV-reformen og Samhandlingsreformen er gode eksempler på NPG-inspirerte reformer som har hatt stor betydning for rus- og psykiatrifeltet. NAV-reformens begynnelse kan spores tilbake til høsten 2001, hvor man fra statens side begynte å utrede muligheten for

en felles etat mellom sosialtjenesten som var et kommunalt ansvar, og Aetat og trygdeetaten som var statlige ansvarsområder. En felles etat kunne gi en mer effektiv offentlig sektor og bidra til å få flere i arbeid og aktivitet og hindre at brukere ble kasterballe mellom ulike etater.^{vii}

NAV-reformen karakteriseres som den mest gjennomgripende endringsprosessen i offentlig sektor i norsk historie, og dens grad av "vellykkethet" diskuteres fortsatt. Gjennom et likeverdig partnerskap mellom stat og kommune skulle man sikre et samordnet tjenestetilbud til brukerne. At partnerskapet er likeverdig betyr at ingen av partene kan gi hverandre pålegg, og stat og kommune har fortsatt selvstendig ansvar for hver sine tjenester. Partnerskapet reguleres av den lokale samarbeidsavtalen som er inngått mellom kommunen v/rådmann og NAVs fylkesdirektør, og inneholder bestemmelser om hvordan staten og kommunen skal drive kontoret sammen, og hvilke kommunale tjenester som skal inngå. Som følge av partnerskapet har NAV-kontoret to eiere, og lederen ved NAV-kontoret får styringssignaler fra både rådmannen og fylkesdirektøren, og rapporterer tilbake til begge.

Særlig kravet om bedre samhandling mellom kommunen og helseforetakene, ble uttrykt i Samhandlingsreformen. Reformen tok sikte på å etablere formelle avtaler og "møteplasser" mellom helseforetaket og kommunene, med mål om å bedre samordning av behandlingstiltak og pasientforløp mellom spesialisthelsetjenesten og kommunehelsetjenesten.

Virkemidlene i samhandlingsreformen har hatt som mål å bidra til en mer helhetlig tjeneste, økt fokus på forebygging, og at mer skal gjøres i kommunene når dette gir bedre kvalitet og kostnadseffektivitet. For å sikre helhetlige og koordinerte tjenester er kommuner og sykehus nå gjennom lov pålagt å inngå samarbeidsavtaler. Avtalene skal konkretisere oppgave- og ansvars plasseringen mellom kommune og spesialisthelsetjeneste, og det skal etableres samarbeidsrutiner på sentrale samhandlingsområder som f.eks. innleggelse og utskrivning, beredskap og prehospital akuttmedisinske tjenester. Med samhandlingsreformen fikk kommunene også en betalingsplikt for utskrivningsklare pasienter fra spesialisthelsetjenesten.^{viii}

En rekke reformer som har relevans for rus- og psykiatrifeltet har blitt innført i offentlig sektor de siste 20 årene, og ulike reformelementer har medført ulike styringslogikker.. Innslaget av økonomisk styringslogikk og bruken av økonomiske virkemidler har blitt

^{vii} Regjeringens forslag til en ny arbeids- og velferdsforvaltning ble vedtatt i 2005, og en felles førstelinjetjeneste med kommunen skulle sikres gjennom et lovfestet krav om hvilke kommunale oppgaver som minimum skulle tilbys i NAV-kontoret. Til å begynne med inneholdt løsningen økonomisk sosialhjelp inklusive rådgivning og arbeid med individuelle planer. Etter hvert har minimumsløsningen blitt utvidet til å inneholde kvalifiseringsprogrammet fra 2007, og midlertidig bolig fra 2010.

^{viii} Et annet eksempel på samstyring er SLT-ordningen (Samordning Lokale Tiltak) som spesielt retter seg mot ungdom i risikozonen for å utvikle en kriminell løpebane eller ruskarriere, hvor hensikten er at ulike deler av det kommunale hjelpeapparatet rettet mot barn og unge (f.eks. barnevern, Utekontakt, helsestasjonen m.v.) skal samarbeide med politiet og kriminalomsorgen.

sterkere i styring av offentlig sektor og eksisterer nå ved siden av mål om rettssikkerhet og lik rett til helse-, rus- og psykiatritjenester. Kompleksiteten i hjelpeapparatet på rus- og psykiatrifeltet er også større enn noen gang, til tross for at forenkling og effektivisering har vært et hovedformål med mange av reformene.

2.3 Reformenes betydning for rus- og psykiatrifeltet

Endringer i styringformer, ideologi, og endringer i produksjon og levering av velferdstjenester i offentlig sektor medførte også endringer på rus- og psykiatrifeltet. Det offentlige har gradvis tatt et større ansvar for disse brukergruppene gjennom endringer i lovverk og utbygging av behandlings- og tjenestetilbud i takt med velferdsstatens fremvekst, og gjennom reformer inspirert av både NPM og NPG.^{ix} Reformene og virkemiddelbruken har fått betydning for det kommunale handlingsrommet på ulike måter, og i det følgende vil vi gjøre nærmere for hvordan dette har gitt seg utslag på rus- og psykiatrifeltet.

I perioden 1850-1970 ble det i Norge foretatt en omfattende utbygging av institusjoner for pasienter med alvorlige psykiske lidelser. Store fremskritt innen den medisinske vitenskapen både i forhold til psykoser og nervøse lidelser, gjorde videre at mange pasienter kunne utskrives fra institusjoner og sykehus i 1950-60 årene. De medisinske fremskrittene førte imidlertid også til overmedisinering og overdreven bruk av medikamenter, og mot slutten av 1970-tallet ble de medisinske og biologiske forklaringsmodellene utfordret av sosialpsykiatriske og sosiologiske forklaringsmodeller. Utover 1970-/80 -tallet vokste det frem utallige flere behandlingstilbud fra private, religiøse og idèelle aktører som markerte avstand fra tvangsbehandling og overdreven medisinering i behandlingen av psykisk syke. Frivillighet og motivasjon for behandling ble viktige behandlingsprinsipp, og ingen skulle behandles mot sin vilje. Medikamenter skulle være unntaket, ikke regelen. Økonomi, sosiale relasjoner, samfunnsstruktur og politiske forhold inngikk i større grad som likeverdige forklaringer på både rusmisbruk og psykiske lidelser. Flere profesjoner vokste fram, og den medisinske og helsefaglige logikken som i stor grad hadde vært enerådende på feltet, ble utfordret av andre profesjonslogikker som også gjorde krav på sin plass i behandlingstilbudene (Evjen, Øiern, & Kielland, 2003).

Utover 1960- og 70-tallet ble statens rolle for å ivareta folks behov en naturlig del av den moderne stats oppgaver ut fra en sosialdemokratisk velferdsmodell (Kuhnle, 2010, s. 26). Sosialomsorgsloven (1964) og Folketrygdloven (1967) fremhevet rettighetsbasert lovgivning, og representerte på mange måter et oppgjør med et veldedighetspreget omsorgssystem.

^{ix} Allerede tilbake til 1860-tallet har kommunen hatt lovpålagte oppgaver knyttet til forebyggende og behandelende tiltak når det gjelder sykdomsbekjempelse. Dette arbeidet ble videreført i form av kommunale helseråd som etter hvert fikk en betydelig rolle i utbyggingen av både den kommunale og fylkeskommunale helsetjeneste. Kommunene har også i et historisk perspektiv hatt et ansvar for sosiale tjenester gjennom økonomisk og materiell støtte til fattigkommisjonenes arbeid.

Folketrygdloven plasserte det økonomiske ansvaret for finansieringen av helsetjenester på staten, mens sosialomsorgsloven sikret et økonomisk grunnlag for dem som falt utenfor andre ordninger. Kommunestrukturen, slik vi kjenner den i dag, var etablert da disse lovene ble iverksatt, og kommunene opprettet etterhvert egne sosialetater.

Kommunehelsetjenesteloven av 1984, påla kommunene ansvar for all primærhelsetjeneste og en allmennlegeordning, og de kommunale tjenestene skulle styrkes i forhold til spesialisthelsetjenestene. Kommunehelsetjenesteloven ga rusavhengige rett til en kommunal helsetjeneste, og man erkjente sammenhengen mellom helse og rusbruk. Men først i 2004, ved lov om spesialisthelsetjenester, ble rusmisbrukere gitt pasientstatus og rett til behandling i spesialisthelsetjenesten. Behandling av rusmisbrukere var tradisjonelt organisert som en særomsorg gjennom edruskapsloven, frem til lov om sosiale tjenester i 1993. Da ble ansvaret for rusmisbrukerne hjemlet i et eget kapittel, og sosialtjenesten ble ilagt et ansvar som omfattet utredning, tidlig intervensjon, behandling og oppfølging av rusmisbrukere. Hovedinnsatsen skulle skje i kommunen hvor klienten bodde, og døgnbaserte rustiltak i privat eller offentlig regi skulle være supplerende når dette var nødvendig.

Kommunehelsetjenesteloven (1984) og lov om sosiale tjenester (1993) førte til at man etter hvert fikk en bedre oversikt over sosiale- og helsemessige problemer blant befolkningen. Personer med samtidige rus- og psykiske lidelser hadde dårlige levevilkår, hadde liten tilgang til spesialisthelsetjenesten, og mottok få kommunale tjenestetilbud. Stortinget besluttet i St. meld. Nr 50 (1994) at behandlingsskapiteten i psykisk helsevern måtte styrkes, og at tilbudene i kommunene for denne pasientgruppen måtte bygges ut. Måloppnåelse skulle sikres gjennom ulike styringsverktøy; herunder lovendringer som skulle gi individuelle rettigheter og plikter til samordning og samhandling mellom ulike forvaltningsnivåer og behandlingsinstanser. Gjennom øremerkede tilskudd som ble utløst ved kommunale handlingsplaner, skulle kommunene og fylkeskommunene bli stimulert til å bygge ut og drive gode og effektive helse- og omsorgstjenester og behandlingstilbud. De kommunale tjenestetilbudene skulle omfatte både bolig, oppfølging i bolig, dagtilbud og arbeid/aktivitet. For å sikre faglig kvalifisert personell skulle staten også legge til rette for utdanningspolitiske tiltak og sørge for faglig veiledning fra statlige tilsynsmyndigheter. I Stortingsmelding, nr. 25 "Åpenhet og helhet", konstaterte Helse- og omsorgsdepartementet at tilbudene til personer med psykiske lidelser fortsatt var utilfredsstillende, og det var svikt i alle ledd. Dette ble oppsummert som (1997, s. 16): «*Pasientene får ikke all den hjelpen de trenger, personellet føler ikke at de får gjort en god nok jobb, og myndighetene makter ikke å gi befolkningen et fullverdig tilbud.*» I kommunene var det forebyggende arbeidet for dårlig, og i mange kommuner var fortsatt tjenestetilbudet for lite utbygd. I spesialisthelsetjenesten var det for få tilgjengelige behandlingssplasser og for lang ventetid på behandling. I tillegg ble mange pasienter skrevet ut for tidlig, og oppfølging etter utskriving var mangelfull.

St.prp. nr. 63 (1998) *Om opptrappingsplan for psykisk helse 1999 – 2006*, la opp til en styrking av alle ledd i tiltakskjeden med en klar beskjed om at alle sektorer og tjenesteytere måtte se det som en oppgave å bidra til å etablere behandlingsnettverk på tvers av sektorgrenser og forvaltningsnivåer, og er således også et godt eksempel på behovet for en sterkere integrering og overgang til en “governance”-tenkning i offentlig sektor.

Opptrappingsplanen la opp til en rekke tiltak innenfor følgende hovedgrupper:

- Brukerstyring og informasjon: Bruk av individuell plan og ansvarsgrupper skulle sikre brukeren mulighet til å utøve innflytelse over sin egen behandlingssituasjon. Brukerorganisasjonenes arbeid skulle styrkes, og det skulle gis offentlig støtte til informasjonsspredning både om psykiske lidelser, tjenestetilbud og rettigheter.
- Styrking av tilbudet til voksne i kommunene.^x
- Omstrukturering og utbygging av psykisk helsevern for voksne: Planen la opp til en utbygging av polikliniske tilbud og distriktskykiatriske sentre (DPS).
- Utbygging av psykisk helsevern for barn og ungdom
- Personellbehov, utdanning og forskning.^{xi}

Kommunene skulle tildeles driftsmidler til gjennomføring av opptrappingsplanen gjennom en økning av det eksisterende øremerkede tilskuddet. Tilskuddet ble fordelt i hovedsak etter inntektssystemets kostnadsnøkkel for den kommunale helse- og sosialtjenesten, og det krevdes en politisk vedtatt kommunal psykiatriplan for at tilskuddet skulle utbetales. I utgangspunktet var Opptrappingsplanen planlagt å være ferdigstilt i 2006, men statusrapporter og tilbakemeldinger fra sektoren dokumenterte behov for en utvidelse. På bakgrunn av dette ble Opptrappingsplanen vedtatt utvidet til 2008. I denne perioden skulle det satses særlig på barn og unge, og på å øke innsatsen i kommunene i forhold til å videreutvikle lokale tjenester og videreutbygging av tilrettelagte boliger. I siste del av perioden ble det også lagt sterkere føringer på samarbeid med NAV og kommuner i forhold til mål om arbeid og aktivitet, og på å gi et bedre tilbud til særskilte grupper med behov for sammensatte tjenestetilbud, bla. personer med samtidige rus- og psykiske problemer.

^x Kommunale tiltak skulle styrkes ut fra nasjonale mål om 3400 nye omsorgsboliger, 3400 nye årsverk i hjemmetjenester, opptrapping av dagsentertilbud for 4500 brukere, 10.000 nye støttekontakter, kultur og fritidstiltak for 15000 brukere, og særskilt tilrettelagt behandlingstilbud i kommunene med en styrking på 309 årsverk i løpet av planperioden, hvorav 125 høyskoleutdannet personell med videreutdanning innen psykiatri og 184 psykologer. De kommunale tilbudene skulle ses i sammenheng med en styrking av arbeidsmarkedsetatens tilbud, og arbeidsmarkedsetatens innsats skulle styrkes slik at 4000 personer fikk tilbud. Det skulle også satses på flere og bedre kommunale tjenester for barn og ungdom gjennom psykososiale tjenester, støttekontakter, kultur- og fritidstiltak og helsestasjons-/skolehelsetjeneste.

^{xi} Planen viste til at utbyggingen av de ulike tjenestetilbudene ville gi et samlet personellbehov på ca. 9275 nye årsverk i løpet av planperioden 1999-2006, herav ca. 375 leger, ca. 940 psykologer, ca. 4360 høyskoleutdannet helse-/sosialpersonell og ca. 3600 personell uten høyere helse-/sosialfaglig utdanning. Planen la også opp til stimulering av utdanning og forskning gjennom særskilte tilskuddsordninger

I 2006 lanserte helse- og omsorgsdepartementet en Opptappingsplan for rusfeltet i perioden 2007-2012. Planen skulle ses som en fortsettelse av opptappingsplanen for psykisk helse, og var et samarbeid mellom mange departementer. Utgangspunktet var at man gjennom en rekke andre reformer som fastlegereformen (2001), sykehusreformen (2002), rusreformen (2004) og NAV-reformen (2006) allerede hadde endret nødvendige organisatoriske rammer, slik at det ordinære tiltaksapparatet var tilgjengelig og kunne gi nødvendig hjelp til personer med rusmiddelproblemer. Regjeringens videre satsing på rusfeltet ble formulert i 5 hovedmål:

1. Tydelig folkehelseperspektiv
2. Bedre kvalitet og økt kompetanse
3. Mer tilgjengelige tjenester
4. Mer forpliktende samhandling
5. Økt brukerinnflytelse og bedre ivaretagelse av barn og pårørende

Under hvert av målene ble det utarbeidet til sammen 147 konkrete og til dels omfattende tiltak for å ruste opp både kapasitet og kvalitet i behandlingstilbudet i spesialisthelsetjenesten, samt tiltak for å styrke kommunale tjenester som oppfølging, kompetanse, aktivitetstilbud og bolig.

Den overordnede målsettingen for planen var at mennesker med rusmiddelproblemer skulle få tilbud om den hjelp, behandling og rehabilitering som de har behov for og rett til. Samtidig skulle det rusforebyggende arbeidet styrkes, og brukerne skulle gis økt innflytelse på utformingen av behandlingstilbudene. Det ble også vektlagt at pårørende, herunder barn og søsken av rusmiddelavhengige skulle ivaretas bedre gjennom å få mer informasjon og egne behandlings-/oppfølgingstilbud. Planen beskrev også behovet for å se rusmiddelbruk og helse i sammenheng, og helsevesenet skulle i større grad tilby integrerte tjenester, inkludert tiltak innenfor psykisk helse og lavterskel helsetiltak. I tillegg til at rusfeltet skulle gis et "faglig" løft, ble det lagt vekt på at både kommuner, regionale helseforetak, fylkesmenn, frivillige organisasjoner og andre aktører måtte jobbe sammen for å nå målene. I så henseende var opptappingsplanen en forløper til Samhandlingsreformen.

Opptappingsplanen la opp til en styrking av rusfeltet gjennom de ordinære statlige budsjettprosessene. Økte rammeoverføringer skulle bedre den økonomiske situasjonen for kommunesektoren og dermed gi mulighet og handlingsrom til å prioritere rusarbeidet i tråd med mål og tiltak i planen. Som en del av styrkingen av det kommunale rusarbeidet ble det også innført en statlig tilskuddsordning for rusmiddeltiltak, med øremerkede tilskudd etter søknad til kommunale forsøksprosjekter, utvikling av LAR (Legemiddelassistert behandling Av Rusmisbrukere) og lavterskel helsetiltak.

I november 2015 presenterte Regjeringen en ny opptappingsplan for rusfeltet som skal gjelde for perioden 2016-2020 (2015b) Selv om satsingen som har vært på rusfeltet viser resultater i forhold til nedgang i ventetid på tverrfaglig spesialisert behandling, mener Regjeringen at det

fortsatt er spesielle utfordringer som ikke i tilstrekkelig grad er møtt med konkrete tiltak og virkemidler, spesielt gjelder dette i forhold til tidlig innsats mot personer som er i ferd med å utvikle et rusproblem, og tilbud til personer som har etablert et rusproblem. Hovedinnsatsen i planen skal derfor rettes mot kommunesektoren, hvor følgende hovedpunkt er nevnt:

- Flere rusavhengige skal få et egnet sted å bo
- Antall tiltaksplasser for de med nedsatt arbeidsevne skal økes med 500 plasser
- Åpne mottakssentre i de største byene og sørge for økt utbygging av oppsøkende behandlingsteam, lavterskel substitusjonsbehandling og lavterskeltilbud etter modell av Gatehospitalet
- Økt kompetanse om rus- og avhengighetsproblematikk i alle sektorer. Det er videre behov for å øke kunnskapen om eldres rusmiddelbruk og om utviklingshemming og rus.

Regjeringen foreslår videre at 2,4 milliarder skal gå til rusfeltet over en 5-års periode, og legger til grunn at mål og tiltak rettet mot kommunene i hovedsak skal finansieres gjennom kommunenes frie inntekter. Begrunnelsen er at økte rammeoverføringer gjør det enklere og mer forutsigbart for kommunene, og at ressursutnyttelsen blir bedre når overføringene kan tilpasses lokale behov. ^{xii} Regjeringen viser videre til at dersom resultatrapporteringen viser manglende oppfølging i kommunene, vil man vurdere å ta i bruk sterkere virkemidler.

Opptrappingsplanene viser at rus- og psykiatrifeltet har vært et særlig nasjonalt satsingsområde fra slutten av 1990-tallet. For å iverksette statlig politikk på kommunalt nivå, har staten ulike virkemidler. Når det gjelder psykiatriplanen ble det i stor grad gjort bruk av individuell rettighetslovgivning, og en tydelig konkretisering av hvilke tilbud som måtte bygges opp i kommune og spesialisthelsetjeneste. Planen la også opp til en sterk finansiell virkemiddelbruk gjennom øremerkede midler. Satsingene på rusfeltet bærer også i stor grad preg av en tydelig målstyring gjennom konkretisering av tiltak. Den sterke finansielle virkemiddelbruken er erstattet med bruk rammetilskudd, men hvor øremerkede tilskudd fremdeles benyttes for spesielle satsingsområder. Måloppnåelse skal også sikres ved en sterkere bruk av tilsyn og kontroll, noe som videreføres i den siste rusplanen. Fra nasjonalt hold har man også lagt vekt på at organisasjonsmessige endringer (NAV-reformen, samhandlingsreformen, en felles lov for helse og omsorgstjenester i kommunene) skal gjøre samordning og samhandling mellom ulike forvaltningsnivåer og forvaltningsorgan bedre og

^{xii} For 2016 er det vedtatt en samlet styrking med 495 millioner kroner, hvorav 400 millioner kroner er vekst i de frie inntektene. 30 millioner kroner er øremerket til utvikling av forpliktende samarbeidsmodeller, herunder utvikling av mottaks- og oppfølgingscentre og etablering av flere lavterskel substitusjonsbehandlingssentre. 20 millioner kroner er øremerket til styrking av tilskudd til arbeidstrening og aktivisering i regi av frivillige organisasjoner og sosialt entreprenørskap. 15 millioner kroner er øremerket styrking av tilskuddsordningen til oppfølging av barn av psykisk syke og barn av personer med rusproblemer. Videre gis det tilskudd til rekruttering av psykologer i kommunene med 45 millioner kroner, noe som gir rom for 150 nye psykologårsverk.

enkler. Det understrekes imidlertid at feltet gir spesielle ledelses- og styringsutfordringer, da tjenesteleverandørene er både private, offentlige og frivillige aktører.

2.4 Bruk av økonomiske virkemidler på rus- og psykiatrifeltet: tidligere forskning

Opptrappingsplanene for rus (2007-2012) og psykisk helse (1999-2008) har blitt grundig evaluert både underveis og rett etter at opptrappingsperiodene var over. På oppdrag fra Helsedirektoratet har både SINTEF, Forskningsrådet og Rambøll gitt ut rapporter som alle i stor grad konkluderer med at øremerkede midler har vært en forutsetning for at kommunene har bygd ut og styrket tjenestetilbudene på rus- og psykiatrifeltet. Når det gjelder Opptrappingsplanen for psykisk helse 1999-2008, gjennomførte Forskningsrådet, på vegne av Helsedirektoratet, en forskningsbasert evaluering av planen i perioden 2001-2008 (Forskningsrådet, 2009). Tjue ulike prosjekter ble gjennomført i tilknytning til evalueringene, og disse ble sammenfattet i en sluttrapport. Av sentrale funn i undersøkelsene kan nevnes:

- Det var stor oppslutning blant virksomhetsledere og enkelte rådmenn om virkemiddelbruken, og øremerking ble ansett som nødvendig for å få til en økt satsning på psykisk helsearbeid. Det var også tilslutning til de plan- og rapporteringskrav som var fastsatt.
- I kommunene var det ulik grad av politisk styring og oppmerksomhet omkring opptrappingsplanene og de øremerkede midlene. I et knepent flertall av kommunene var beslutningene om hvordan midlene skulle prioriteres og brukes lokalt, gjort av overordnet ledelse på enten politisk eller administrativt nivå. I resten av kommunene var det fagfeltet selv som i stor grad fattet beslutninger om hvordan midlene skulle benyttes.
- De øremerkede midlene ble benyttet til økt kompetanse og utbygging av kommunale tjenestetilbud på rus- og psykiatrifeltet, og evalueringene viste ikke indikasjoner på "lekkasjer" til andre kommunale områder eller fagfelt. Tvert imot ble det oppgitt fra respondentene (rådmenn og virksomhetsledere) at kommunene i tillegg til finansielle subsidier hadde bidratt med bruk av egne frie inntekter til utbyggingen av tjenestetilbud og at den kommunale egenfinansieringen til rus- og psykiatrifeltet hadde økt gjennom hele perioden.
- Det var fortsatt udekkede behov i kommunene. Bedre samhandling, særlig i forhold til spesialisthelsetjenesten, ble oppgitt av flere respondenter som et viktig forbedringsområde.
- «Det var liten tro til fortsatt vekst i de tjenestetilbudene for voksne etter Opptrappingsplanen», men flere hadde tro på at satsingen på utbygging av tiltak for barn/unge ville videreføres.

- Økonomi var den faktoren som ble tillagt størst betydning i forhold til hvorvidt man forventet at tjenestetilbudene kunne opprettholdes eller videreutvikles i tiden fremover.

Evalueringsrapportene har i liten grad fokusert på organisasjonsstrukturens betydning. Men i SINTEF's undersøkelse om kommunalt rusarbeid hadde 35 % av kommunene i utvalget organisert rustjenestene som en egen felles enhet for rusarbeid og psykiske helse, mens 30 % av kommunene hadde organisert det i NAV. 24 % av kommunen hadde en egen enhet for rustjenestene. Rapporten påpeker imidlertid at den vanligste omorganisering de siste årene har vært å ta rustjenesten ut av NAV. Begrunnelse var fordeler med å samle fagkompetanse på rus- og psykiatri, og ved å gå ut av NAV ble det mindre fokus på økonomi, ytelser og rettigheter, og mer fokus på selve rusproblemet (Dyrstad & Ose, 2013). Personer med rus- og psykiske lidelser har komplekse og sammensatte tjenestebehov, som fordrer samhandling og samordning av behandlings- og tjenestetilbud. På bakgrunn av dette blir vår studie viktig siden vi nettopp ser på sammenhengen mellom finansieringsordninger og organisering og levering av kommunale tjenestetilbud.

Utover de evalueringer som er gjort av opptrappingsplanene på oppdrag fra Helsedirektoratet har vi ikke funnet tilsvarende studier som omhandler betydningen av ulike former for finansieringsordninger på det kommunale rus- og psykiatrifeltet. Det er imidlertid gjort en god del studier på andre felt som ser på sammenhengen mellom bruken av ulike finansieringsordninger og styringsutfordringer i samhandling mellom stat og kommune.

Riksrevisjonen (1999) foretok en studie blant rådmenn og økonomisjefer om øremerking som virkemiddelbruk i statens styring av kommunene. Rapporten påpekte blant annet at krav om å utarbeide planer skaper *forventninger* både internt og i forhold til brukerne/publikum, men følges ikke opp med tilstrekkelige midler, og etterlater kommunen i en vanskelig situasjon, f.eks med krav om å utløse egenfinansiering, noe som kan være vanskelig å motstå. Det ble også påpekt at selv om bruken av øremerkede midler vanskeliggjør den kommunale planleggingen, fører dette til en ny bevissthet og satsning på tiltak for svake grupper. Mange så imidlertid på denne virkemiddelbruken som en respons på mistillit til kommunene.

Det er også gjort en rekke undersøkelser på i hvor stor grad øremerkede tilskudd endrer prioriteringene til kommunene. I Econs rapport om statlige bindinger på kommunene (2007) trekker man følgende konklusjoner etter gjennomgang av flere rapporter: Øremerkede tilskudd påvirker kommunenes atferd; sektorer der øremerkede tilskudd innføres eller trappes opp, tilføres ekstra ressurser og tjenestetilbudet styrkes. Kommunene tilpasser seg også slike ordninger, ved at kommunens prioriteringer og ressursbruk påvirkes av forventninger om fremtidige statlige satsinger. Dette skyldes at statlige handlingsplaner er tidsavgrenset og gir kommunene mulighet til å sikre seg ekstra overføringer i perioden handlingsplanen

gjennomføres. Prioriteringseffekten ved bruk av øremerkede tilskudd er imidlertid tvilsom, og avhenger trolig av en rekke faktorer, avhengig av hvilken sektor man ser på.

Håkonsen, Lunder og Løyland (2005) finner også at øremerkede tilskudd ikke var et særlig treffsikkert virkemiddel, og kunne ha store lekkasjeeffekter, dvs. at kommunene bruker deler av det øremerkede tilskuddet i andre sektorer enn det var tiltenkt. En analyse fra 2011 viser også at ca. 40 % av øremerkede midler i pleie- og omsorgstjenesten ble brukt til andre formål, og at kommunenes prioriteringer i større grad er bestemt av juridiske virkemidler og individuelle rettigheter (Håkonsen & Løyland, 2011). Disse funnene er interesstante for vår studie da juridiske virkemidler og individuelle rettigheter har gjort seg svært gjeldende på rus- og psykiatrifeltet.

Borge og Rattsø (2005) studerte kommunenes tilpasninger til tidsavgrensede satsninger. Konklusjonen var at valg av finansieringsmodell avhenger av om man ønsker stabil tjenesteproduksjon. Rammefinansiering gir stor stabilitet, men også stor lekkasje. Driftstilskudd kom i en mellomstilling, mens bruken av øremerkede tilskudd belønner de kommuner som har prioritert tjenesten lavt. I situasjoner hvor kommunene forventer at det kommer handlingsplaner og øremerkede tilskudd på et bestemt tjenesteområde, vil de være tilbakeholdne med å prioritere tjenesteområdet høyt i påvente av finansielle subsidier. Borge og Rattsø finner at bruken av øremerkede tilskudd over tid gir samme tjenestetilbud som rammefinansiering, men øremerkede tilskudd fører til at tjenestetilbudet blir mer ustabil og uforutsigbart på grunn av korte tidshorisonter.

Sem (2014) finner videre at lokalpolitikere oppfatter øremerkede midler som negativt og som et inngrep i det lokale selvstyret. Samtidig oppleves juridiske styringsmekanismer, og grad av tilsyn og kontroll gjennom fylkesmannen, inngripende i forhold til lokale selvstyret og det kommunale handlingsrommet. Sem (2014) finner også at kommuner med god økonomi utnytter øremerkede tilskuddsordninger i større grad enn kommuner med svak økonomi, siden ordningene normalt krever at kommunene må sette inn egne midler i tillegg til de som overføres fra staten. Bruken av øremerkede tilskudd bidrar dermed til å forsterke inntektsforskjellene mellom kommunene. Disse funnene er i samsvar med en undersøkelse foretatt av Sørensen og Hagen (2000) som finner at kommunepolitikere foretrekker sterk statlig styring for å sikre likebehandling på tvers av kommunegrensene på flere områder. Fylkespolitikere oppfatter for øvrig statlig styring som et større problem enn kommunepolitikere.

Vi trenger mere forskning på dette feltet. I stortingsmelding nr. 26 (2015a) understrekes det at det særlig trengs mer forskning på sammenhengen mellom finansielle virkemidler og kvalitet i kommunale helse- og omsorgstjenester. Vår problemstilling fokuserer på ledelses og styringsutfordringer som er forbundet med ulike statlige styringsverktøy, og i hvilken grad

nasjonale mål og satsingsområder på rus og psykiatrifeltet implementeres og gjøres gjeldende både på politisk og administrativ nivå i kommuner. Vi fokuserer også på hvordan ulike aktører på kommunalt nivå forholder seg til, og tenker om bruk av statlige styringsverktøy, og belyser hvilken betydning ulike styringsverktøy kan ha for kvaliteten og utviklingen i kommunale tjenestetilbud.

2.5 Presentasjon av problemstilling

I vår problemstilling har vi valgt å fokusere på hvordan nasjonale satsinger og reformer på rus- og psykiatrifeltet, har blitt tolket, forstått og implementert på kommunalt nivå ved hjelp av ulike finansielle virkemidler. Ut fra behovet for mer forskning på dette feltet, har vi valgt følgende problemstilling:

“ Hvordan påvirker statlige finansieringsordninger det kommunale handlingsrommet på rus- og psykiatrifeltet?”

For å kunne besvare problemstillingen vår har vi videre operasjonalisert den i tre forskningsspørsmål:

- *Hvordan påvirkes kommunale tjenestetilbud på rus- og psykiatritjenester av statlige finansieringsordninger?*
- *Hvordan påvirkes kommunenes organisering av rus og psykiatritjenestene av statlige finansieringsordninger?*
- *I hvilken grad er det enighet mellom de ulike aktørene om hvilke finansieringsordninger som er optimale for levering og kvalitet i kommunens rus- og psykiatritjenester?*

Som problemstillingen og forskningsspørsmålene våre viser, har vi valgt en beskrivende/eksplorerende problemstilling. Vi ser på hvordan to nasjonale reformer, psykiatrireformen og rusreformen har blitt implementert på kommunalt nivå gjennom bruk av øremerkede midler/tilskuddsordninger og rammetilskudd. Vi undersøker videre om hvorvidt endret økonomisk virkemiddelbruk fra statens side har fått konsekvenser for kommunens tjenestetilbud og organisasjonsstruktur. Vi ser også på hvorvidt aktører på ulike administrative nivå og politisk nivå, er enige om hva som er optimale finansieringsordninger for tjenestelevering og kvalitet på rus- og psykiatrifeltet. Problemstillingen er styrende for de faglige og metodiske valgene vi gjør videre, og dette kommer vi tilbake til i kapittel fire.

Kommunenes handlingsrom påvirkes av ulike statlige styringsverktøy som lover og regler, tilsynsordninger og finansieringsordninger, og vil derfor i stor grad være basert på hvilken grad av forpliktelse aktørene i kommunen knytter til de ulike styringsformene. I tillegg vil vurderinger av lokale forhold og behov kunne gjøre seg gjeldende. Siden problemstillingen

og forskningsspørsmålene er rettet mot statlige finansieringsordninger og kommunalt handlingsrom, finner vi det hensiktsmessig først å utdype dette nærmere i neste kapittel, før vi presenterer det teoretiske rammeverket vårt og diskuterer hvordan det teoretiske rammeverket vi har valgt, egner seg til analyse av vår problemstilling og våre forskningsspørsmål.

3.0 TEORETISK TILNÆRMING

Hovedproblemstillingen vår handler om det kommunale handlingsrommet. I dette kapitlet vil vi først utdype hvordan ulike statlige finansieringsordninger kan påvirke det kommunale

handlingsrommet. Deretter gjør vi rede for teoretiske rammeverk som vi finner hensiktsmessige for å kunne belyse og besvare hovedproblemstillingen og forskningsspørsmålene våre.

3.1 Statlig finansieringsordninger og kommunalt handlingsrom

Bruk av øremerkede tilskudd til kommunene har vært det viktigste virkemiddelet fra statens side for å sette opptrappingsplanen for psykiatrifeltet ut i livet. Den finansielle opptrappingen ble gjennomført uten krav om kommunal medfinansiering. Det var ingen automatikk i tilskuddsfinansieringen, og ordningen skulle heller ikke ikke fritta kommunene for lovpålagt ansvar for den kommunale helsetjenesten. Kommunene ble også pålagt å rapportere på hvordan midlene hadde blitt brukt foregående år. Midlene ble i hovedsak tildelt etter kommunenes folketall, etter såkalte objektive kriterier, og forutsatte at kommunen utarbeidet en plan for bruken av midlene.

Ut fra prinsippet om kommunalt selvstyre, og rammefinansiering til kommunesektoren, har størstedelen av bevilgningene til rus og psykiatrifeltet nå blitt innlemmet i det generelle rammetilskuddet til kommunene. Det vil si at kommunene selv kan prioritere rus- og psykiatriarbeidet ut fra lokale ressurser og behov. Samtidig gjeninnførte Regjeringen ordningen med øremerkede tilskudd etter søknad på rusfeltet fra 2014. Fra 2016 vil Regjeringen fortsatt styrke den kommunale satsingen gjennom bruk av øremerkede midler på enkelte områder, mens hovedvekten av styrkingen fortsatt skal skje gjennom økte rammer. Bruken av ulike finansieringsordninger, og endringer i finansieringsordninger er således en konsekvens av Regjeringens og Stortingets mål, både for kommunesektorene generelt, og for rus- og psykiatrifeltet spesielt.

Kommunene har i dag tre hovedinntektskilder: kommunale skatter, statlige overføringer og brukerbetaling (dvs. avgifter og gebyrer). Overføringer fra staten er kommunenes nest viktigste inntektskilde og et viktig element i forholdet mellom stat og kommune. De statlige overføringene til kommunene kan i hovedsak gis på to måter, enten som øremerkede midler eller som rammetilskudd. Når overføringen er øremerket, må midlene brukes til de formål som er bestemt fra sentralt hold. Gis midlene som rammetilskudd, kan lokalpolitikere bruke dem til det de selv bestemmer innenfor de lover og regler som gjelder. Overføringene skal sikre at kommunene har nok penger til å løse de oppgavene som de er pålagt, de skal påvirke kommunens prioriteringer, og de skal påvirke inntektsfordelingen mellom kommunene (Hagen, Sørensen, & Fevolden, 2006, s. 78)

Når det gjelder bruk av øremerkede tilskudd som virkemiddel, er dette omstridt på grunn av de omprioriteringseffektene tilskuddene har, men også fordi det griper inn i den lokale friheten i kommunene. Det skaper også et utforsigbart inntektssystem for kommunene. I regjeringens veileder "Statlig styring av kommuner og fylkeskommuner – med retningslinjer

for utforming av lover og forskrifter rettet mot kommunesektoren” (Stat og kommune - styring og samspel, 2011-2012, s. 61-62) slås det fast at hovedregelen er rammetilskudd, men at øremerking kan være et riktig og målrettet virkemiddel dersom man har følgende situasjoner: områder med lav nasjonal dekningsgrad, altså at tjenestetilbudet er dårlig utbygd, som situasjonen var for rus- og psykiatrifeltet før perioden med opptrappingsplaner. For det andre når det gjelder finansiering av tjenester i avgrensede geografiske områder eller til grupper av innbyggere, som for LAR-pasienter, og for det tredje i tidsavgrensede forsøk og prosjekt til enkelte kommuner med det formål å prøve ut eller utvikle nye tiltak/modeller/ som enten skal gi bedre kvalitet eller ressursbruk, som for eksempel tilskudd for å bedre samhandling mellom spesialisthelsetjenesten og kommunale rus- og psykiatritjenester.

Øremerkede tilskudd har også noen ulemper, for det første at øremerking på ett område kan utløse krav om øremerking på et annet område. Dette kan lede til et uoversiktlig system der ulike ordninger motvirker hverandre, samtidig som den offentlige ressursbruken øker. Dette kan på lang sikt bidra til en lite fornuftig og ineffektiv ressursutnyttelse. For det andre må kommunene som regel både søke om øremerkede tilskudd og rapportere om bruken av tilskuddene i etterkant, hvilket betyr vesentlig større administrative kostnader enn rammefinansiering for både kommunene og staten. For det tredje knyttes ofte øremerkede tilskudd til et krav om egenfinansiering, hvilket kan bety skjevheter ved at inntektssterke kommuner i større grad vil ha mulighet til å benytte seg av de øremerkede tilskuddsordningene. Dette leder til en anbefaling om å bruke øremerking bare hvor det er særlig begrunnet. Begrunnelsen for øremerking av tilskudd som virkemiddel kan dels henge sammen med at man vurderer at dette er et effektivt og målrettet virkemiddel, men en forklaring kan også være at regjeringen gir etter for press fra interessegrupper, eller at regjeringen ønsker å vise handlekraft på spesifikke områder.

I samme stortingsmelding slås det også fast at statens styring av kommunesektoren skal være basert på rammestyring, dialog og rettledning. Rammestyring som hovedprinsipp begrunnes ut fra følgende:

“Rammestyring er ein føresetnad for at kommunar og fylkeskommunar har eit handlingsrom, slik at dei kan gjere lokale og individuelle tilpassingar av tenestene og foreta egne vegval..... For stram og detaljert styring vil gje ei gradvis innsnevring av det kommunale handlingsrommet og dermed svekkje dei føremonene eit kommunalt handlingsrom gjev”.

(Kommunal- og regional departementet, 2012, s. 5)

Begrunnelsen for rammestyring er først og fremst knyttet til at kommunene har en egenverdi, og at frihet til å foreta lokale prioriteringer og disponeringer vil gi høyere tjenestekvalitet, riktigere prioriteringer i forhold til lokale behov, og dermed en mer effektiv bruk av

ressursene totalt sett, da norske kommuner er svært ulike. Ved å gi kommunene et handlingsrom i form av hvordan de nasjonale målene skal forstås og oppfylles på lokalt plan sikrer man at det lokale selvstyret, og handlingsfriheten ivaretas.

De nasjonale målene på rus-og psykiatrifeltet kan leses ut fra både stortingsmeldinger, lovforarbeider og av de aktuelle lovenes formålsbestemmelser. For rus- og psykiatrifeltet er helse-og omsorgstjenesteloven svært essensiell, og § 1 sier at formålet med loven er å fremme sosial trygghet, bedre levevilkårene for vanskeligstilte, bidra til likeverd og likestilling, forebygge sosiale problemer, sikre at den enkelte får mulighet til å leve og bo selvstendig og ha et meningsfullt liv, sikre tjenestetilbud av god kvalitet, sikre et tilgjengelig og tilpasset tjenestetilbud for brukeren - med respekt for brukerens integritet og verdighet - og samhandling mellom ulike etater. Formålene er fulgt opp bl.a. med krav om at kommunene skal ha bestemte tjenestetilbud, jf lovens § 3-2. Hvordan tjenestetilbudet konkret utformes i forhold til brukeren, er imidlertid overlatt til kommunens faglige skjønn.

Staten bruker øremerking av midler som et virkemiddel for å påvirke kommuner til en ekstra innsats - en innsats staten ikke forventer vil bli utført uten et ekstra incentiv, dette til tross for at både statens målsettinger og kommunens oppdrag - kommer klart til uttrykk i lover og stortingsmeldinger. En forklaring på dette er at staten og kommunene kan ha ulike målstrukturer.

Staten er i liten grad en sentral enhet og opptrer i realiteten ganske spesialisert og fragmentert. hvor de ulike "bestillingene" til kommunene kommer i separate kommando-og faglinjer. Dette er en konsekvens av den polyfone statsforvaltningen, dvs en statsforvaltning som "taler med mange stemmer" (Hansen, 2010). Statens ulike direktorater henvender seg til ulike deler av kommunen, som på sin side også er spesialisert og til dels noe fragmentert, ved at organisasjonen er inndelt i ulike tjenesteområder (helse-og omsorg, oppvekst, tekniske tjenester, osv.) og virksomheter (sykehjem, skoler, osv). Selv om kommunen kan ha en samordnet helhetlig administrativ ledelse, kan kapasiteten for å "ta ned" mengden av ulike styringssignaler som kommer fra departementene og direktoratene, i form av stortingsmeldinger, rundskriv, handlingsplaner osv. være begrenset.

Styringssignalene kan imidlertid raskere bli oppfattet av det operative nivået. Således får man en situasjon der Helsedirektoratet så og si "kommuniserer" med helse-og omsorgsenhetene, Miljødirektoratet "kommuniserer" med plan-og byggesaksavdelingen, Arbeidstilsynet "kommuniserer" med personalavdelingen, osv, og i disse avgrensede relasjonene kan det være stor grad av samstemmighet, f.eks. vil tjenesteutøverne som arbeider med rus-og psykiatrispasienter i kommunen, kunne være enig i, og støtte opp under regjeringens eller Helsedirektoratets målsettinger og virkemiddelbruk. Fagfolk i både stat og kommune kan ha tilnærmet lik utdanning/profesjonsbakgrunn og engasjement for fagfeltet. Ut fra en sånn

forståelse er det nærliggende å tenke at statlige mål kan være i tråd med faglige mål. Det kan likevel eksistere spenninger mellom det som angis som mål i anbefalte normer og standarder, og det som faktisk er pålagt i form av lov.

Spenningen mellom nasjonale mål og lokale mål blir imidlertid mer kompleks hvis man ser det fra rådmannens eller kommunestyrets ståsted. Deres funksjon er å ivareta helheten. I tillegg til å håndtere kravene i de ulike spesifikke målene i faglinjene, vil både rådmannen og politikerne gjerne beholde et visst handlingsrom til å imøtekomme lokale behov og ønsker, for eksempel næringsutvikling og fritidssektoren. Begge disse områdene er særpreget ved at der ikke er noen særlig direkte statlige krav, men er likevel viktige og nødvendig å tilgodese. Næringsutvikling har å gjøre med levende lokalsamfunn med arbeidsplasser, og dermed skatteinngang. Arbeidsplasser og gode kultur- og fritidstilbud er ofte avgjørende for bosetting og befolkningsvekst. Når ressursene er begrenset må det nødvendigvis foretas prioriteringer. Dette behøver ikke å bety at rådmannen eller politikerne ikke støtter opp under statens målsettinger, eller har andre og kolliderende målsettinger på helse og omsorgsfeltet. De statlige/faglige målene på rus- og psykiatrifeltet trenger ikke å komme i konflikt med det kommunale selvstyret, både lokalpolitikere og befolkningen vil være tjent med at kommunen har et godt utbygd tjenestetilbud, men spenningen mellom politisk/administrativt nivå og fagnivå kan dreie seg om nivået på tjenestetilbudet, - hva som er godt nok.

Et annet problem er at ulike mål og virkemidler innenfor ett og samme område kan være lite samordnet og koordinert på kommunalt nivå. Kommuneloven (1992) angir at kommunen skal ha en overordnet kommuneplan, med en samfunnsdel, som beskriver kommunens utfordringer, mål og virkemidler for den neste fireårsperioden. Det kan variere fra kommune til kommune i hvilken grad sektorvise handlingsplaner, som rusmiddelpolitisk handlingsplaner eller psykiatriplaner er koblet til kommuneplanen og integrert i andre overordnede styringsdokumenter. Dette har å gjøre med politisk forankring og støtte, som ofte vil være en forutsetning for gjennomslagskraft i implementeringen. Dessuten kan det variere fra kommune i hvilken grad lokale planer og mål ses i sammenheng med andre målområder og styringsdokumenter. Mål og virkemiddelbruken på rus- og psykiatrifeltet har nemlig sterke forbindelseslinjer til for eksempel salgs- og skjenkepolitikken etter alkoholloven, arealbruk og detaljregulering etter plan- og byningsloven, samt boligpolitikken.

Vi vil nå gå videre å utdype valg av teoretiske tilnærminger vi vil benytte for å besvare hovedproblemstillingen vår.

3.2 Teoretisk tilnærming til hovedproblemstilling

Vi finner det hensiktsmessig å benytte både økonomiske teorier og statsvitenskapelige teorier for å forklare og besvare hovedproblemstillingen vår. Problemstillingen handler om forholdet mellom staten og kommunene, og om forholdet mellom det kommunale selvstyret

(handlingsrommet) og den statlige styringen. En del av de utfordringer som omhandler forholdet mellom stat og kommune kan ses og forstås i lys av innføringen av nye styringsformer fra midten av 1980-tallet. Markedet og NPM overtok hierarkiets dominerende organisasjonsform og førte til en større desentralisering og fragmentering av offentlig sektor, noe som igjen har gitt behov for mer samstyring, eller styring gjennom nettverk. Alle styringsformene gjør seg gjeldende i offentlig sektor, hver med sine tilhørende styringsutfordringer, som kan ha konsekvenser for det kommunale handlingsrommet.

Det vertikale styringsforholdet mellom stat og kommune kan forklares ut fra Prinsipal-Agent teori. Teorien bygger på Public Choice, en økonomisk teori som har vært anvendt til å analysere offentlig sektors organisering og styring siden 1980-tallet. I Prinsipal-Agent teori ser man ulike aktører i et over-og underordningsforhold, eksempelvis forholdet mellom stat-kommune, der prinsipalen (staten) gir en bestilling til agenten (kommunen), som agenten skal oppfylle og utføre på vegne av prinsipalen. Staten består også av mange prinsipaler, som hver i sær utformer krav og forventninger, med liten grad av sentral samordning. Stat og kommune kan også ha ulike behov og interesser, og nasjonale politikkområder trenger ikke å være i tråd med lokale behov. Vi finner derfor teorien godt egnet for å belyse utfordringer og spenninger som kan gjøre seg gjeldende på rus- og psykiatrifeltet, herunder spenninger/samsvar mellom nasjonale føringer og lokale behov, men også mellom nasjonale føringer og faglige mål.

Problemstillingen vår omhandler også tema knyttet til legitimitet. Innenfor institusjonell teori, og særlig ny-institusjonell teori, er legitimitet et sentralt begrep. Offentlig sektor har behov for høy legal legitimitet, dvs. at handlinger må springe ut av lover og regler (legalitetsprinsippet). Kommunene kan imidlertid ikke nøye seg med å oppfylle statens forventninger, men må også men må forholde seg til en koalisjon av ulike interessenter i sine omgivelser, med ulike krav og forventninger om hvordan tjenestetilbud skal utformes og innrettes. Institusjonell teori vil være hensiktsmessig for å kunne gi en beskrivelse av det spennings- og motsetningsforholdet som oppstår mellom krav og forventninger fra ulike interessenter på rus- og psykiatrifeltet, og hvordan det kommunale handlingsrommet blir påvirket av institusjonelle føringer. Statlige mål og virkemiddelbruk har konsekvenser for alle nivåer i kommunen, men særlig for tjenesteutøverne som jobber med problematikken på rus- og psykiatrifeltet, dvs bakkebyråkratene. Bakkebyråkratiteorien beskriver tjenesteutøvernes handlingsrom i ly av institusjonelle betingelser slik de fremkommer både av regulative, normative, og kulturelle betingelser, og belyser tjenesteutøvernes særlige rammebetingelser og handlingsgrunnlag.

I det følgende vil vi utdype vårt teoretiske rammeverk, og viser hvordan teorier vi legger til grunn kan hjelpe oss til å forstå og forklare de funn vi gjør i forhold til både hovedproblemstillingen og forskningsspørsmålene våre.

3.3 Ulike styringsformer - utviklingen fra tradisjonell offentlig forvaltning, via New Public Management til New Public Government

I teorien opererer man med fire styringsmessige grunnformer, henholdsvis *hierarki*, *marked*, *nettverk* og *klan* (Ouchi, 1980). Til hver av disse grunnformene er det knyttet en spesiell ideologi som svar på styringsutfordringene.

Hierarki er stikkordet for det klassiske byråkratiet og administrasjonsteorien til Max Weber og Henry Fayol. Mange organisasjoner, både private, men fremfor alt i det offentlige, kjennetegnes ved hierarki/byråkrati. Stikkordene for hierarkiet/byråkratiet er kommandostyring "ovenfra og ned", klar arbeidsdeling i form av organisasjonskart og stillingsbeskrivelser, styring gjennom regler, m.v. Hierarkiet sikrer enhet og dermed – antas det - rasjonelle beslutninger. I dette perspektivet ser man organisasjoner som verktøy for å nå bestemte mål. Legitimiteten er knyttet til at beslutningene er lovformelige, fattet av organer som er gitt formell kompetanse, at foreskrevne fremgangsmåter er fulgt, og at beslutningene har det innhold som er foreskrevet. Med henvisning til David Eastons modell, kan vi si at hierarkiet er opptatt av input-siden (Heywood, 2013, s. 20). *Markedstenkning* er knyttet spesielt til reformbølgen fra 1980-årene, under navnet "New Public Management", og har en rekke reformelementer som henter sin inspirasjon fra det private næringslivet.

Organisasjonens legitimitet vil i dette perspektivet være knyttet til output-siden, dvs organisasjonens evne til å levere de tjenester som brukerne eller publikum etterspør. *Nettverk* er en betegnelse på ulike former for samarbeid mellom selvstendige og uavhengige aktører i forbindelse med oppgaveløsningen. *Klan* er knyttet til styring gjennom aktørenes tilknytning til, og lojalitet til faglige normer utviklet i et faglig fellesskap av likesinnede, f.eks leger, sykepleiere, sosionomer og andre. Det er en form for indre selvstyre, og kan sies å bero på en fullmakt fra samfunnet/ lovgiverne, og kan begrunnes med at det er vanskelig å styre direkte, politisk eller administrativt, og fordi gode beslutninger krever utstrakt og spesiell fagkompetanse og faglig skjønn. Styring og kontroll skjer indirekte, gjennom rammelovgivning og standardisering. En viktig mekanisme er sosialisering gjennom profesjonsutdanning og praksis.

Hierarki, marked og nettverk kan ses på som elementer i en utvikling over tid (Osborne, 2010). Hierarkiet var "på høyden" som den dominerende organisasjonsform, særlig i det offentlige, frem til 1980-årene. Da overtok markedet/NPM som dominerende organisasjonsidè. Stikkordene var desentralisering og fragmentering. Nå er vi over i en "post-NPM"-periode, hvor konsekvensene av NPM avbøtes med større vekt på integrasjon med fokus på samarbeid og nettverk.

Røiseland og Vabo har utarbeidet en tabell med de ulike organisasjonsformene hierarki, marked og nettverk og hvor disse er beskrevet med hver sine spesielle karakteristika (Røiseland & Vabo, 2012, s. 16):

Tabell 1: *Ulike organisasjonsformer i offentlig sektor*

	HIERARKI	MARKED	NETTVERK
Formål	Bevisst designe og kontrollere mål	Spontant skape resultat	Bevisst designe og kontrollere mål eller spontant skape resultat
Retningsgiver, type kontroll og evaluering	Ovenfra og ned. Etablerte normer og standarder, rutiner, overvåkning, inspeksjon og intervensjon	Tilbud og etterspørsel, Prismekanisme, egeninteresse, profitt og tap som evaluering, Rettsapparat, usynlig hånd	Felles verdier, felles problemanalyse, konsensus, lojalitet, gjensidighet, tillit, uformell evaluering -rykte
Myndighetenes rolle	Ovenfra og ned – Etablerte regler og styring, avhengige aktører er kontrollert av regler	Skaper og vokter markedet, kjøper varer, aktørene er uavhengige	Tilrettelegger for nettverk, styrer og leder nettverk og deltar i nettverk
Påkrevde ressurser	Autoritet Makt	Forhandlinger Informasjon Makt	Gjensidig samarbeid Tillit
Teoretisk basis	Webersk byråkrati	Neo-institusjonell økonomi	Nettverksteori

(basert på Bouckaert, Peters og Verhoest, 2010)

Klan er ikke tatt med tabellen til Røyseland og Vabo, og det kan bero på at klan ikke er en egen organisasjonsform, men det er definitivt en egen form for styring, og har stor betydning på rus-og psykiatrifeltet, så vel som andre grener av helse-og omsorgsfeltet. Dette har å gjøre med at tjenestutførelsen er arbeidsintensiv og forutsetter spesialkompetanse som man får gjennom lang utdanning. Ofte gis tjenestene i et 1:1-forhold, og med liten grad av innsyn og kontroll fra andre. Den manglende gjennomsiktigheten er dels et trekk ved tjeneste-produksjonen på dette området, og dels noe som er tilsiktet gjennom lovgivning som understreker personvern og taushetsplikt. I stedet for ekstern kontroll, må myndighetene satse på at aktørene utvikler selvdisciplin, indre motivasjon for "å gjøre det rette" eller en "ryggmargsfølelse", og dette sikres gjennom sosialisering via utdanning og praksis sammen med andre, og ved at profesjonene selv utvikler normer for god praksis eller ved utvikling av en bestemt organisasjonskultur. Klanstyring står i et vanskelig forhold til hierarkisk styring, men i et enda større konfliktforhold til markedsstyring som styringsprinsipp. Dette skyldes at markedsstyringens krav til målbare, og gjerne "raske" kvantitative resultater er vanskelig å oppfylle.

Det er særlig hierarkiet som har vært, og er, beskrivende for det offentliges organisering og virkemåte, og noe rent marked på rus-og psykiatrifeltet eksisterer ikke, men det finnes elementer som har hentet inspirasjon derfra, både i stat og kommune. Som eksempler nevnes sykehusenes organisering i selvstendige helseforetak, kommunenes administrative organisering i form av tonivå-modell og ved etablering av er eller mindre autonome virksomheter/resultatenheter, den sterke brukerorienteringen, herunder fritt brukervalg, kommunenes avtaler med privatpraktiserende fastleger, m.v.

Dagens situasjon i det offentlige karakteriseres av at alle styringsformene er i bruk og at disse glir over i hverandre. Det skaper utfordringer både for de som skal styre og de som skal operere i feltet, slik som bakkebyråkratene. Grunnen er at de ulike styringsformene sender ut motstridende signaler og forventninger. Det kommunale rus- og psykiatrifeltet påvirkes av forventninger og krav fra alle disse styringsformene. Hierarkiet forventer regelstyring og lojalitet innad til overordnet administrativ og politisk ledelse, og lojalitet til de styringssignaler som blir sendt ut fra nasjonalt hold f.eks. gjennom lover og nasjonale veiledere. Markedstenkningen forventer kostnadseffektivitet og brukertilfredsstillelse, klanen forventer lojalitet innad til det faglige fellesskapet og til faglige standarder, mens nettverket forventer samarbeid, gjensidighet og fleksibilitet utad.

Nye styringsformer, f.eks. en del reformelementer knyttet til NPM, kan ha blitt introdusert som en konsekvens av press fra omgivelsene, f.eks. om å fremstå som moderne, og når disse "kolliderer" med etablerte styringsformer og verdigrunnlag, kan det lede til løse koblinger mellom uttrykte mål og virkemidler på den ene side, og faktisk handling på den annen side, såkalt dekobling eller frikobling. Dette skal vi komme tilbake til når vi diskuterer institusjonell teori og bakkebyråkratiteori. Markedet og NPM overtok hierarkiets dominerende organisasjonsform og førte til en større desentralisering og fragmentering av offentlig sektor, noe som igjen har gitt behov for mer samstyring, eller styring gjennom nettverk. I det følgende skal vi gjøre nærmere rede for *New Public Governance* eller samstyring som det kalles på norsk.

3.3.1 New Public Governance

Governance defineres av Røiseland og Vabo (2012, s. 21) som *"den ikke-hierarkiske prosessen hvorved offentlige og private aktører og ressurser koordineres og gir felles retning og mening"*. Jensen og Sørensen (2004, s. 129) definerer imidlertid Governance som:

"selvorganiserte, løst koblede interorganisatoriske interaksionsenheder, der holdes sammen af tilstedeværelsen af gensidige afhængighed og tillid og træffer beslutning på basis af forhandlinger".

Vi velger å legge begge disse definisjonene til grunn for vår forståelse av samstyring, da begge definisjonene peker på viktige elementer som hjelper oss å forklare og belyse problemstillingen og forskningsspørsmålene våre.

Gjennom samstyring utvikles og iverksettes offentlig politikk gjennom strukturer som er annerledes enn de klassiske, ved at de ikke bygger på hierarki og entydige over- og underordningsforhold aktørene imellom, og ved at samstyringen skjer gjennom strukturer hvor ulike, mer eller mindre likeverdige aktører samhandler i forbindelse med en eller annen oppgave. Dette perspektivet åpner for en balansert målstruktur, hvor det er plass for ulike mål som må avveies og balanseres mot hverandre. Røyseland og Vabo (2012) viser eksempler på samstyring i norsk forvaltning inndelt etter fire kategorier, og i tabellen har vi ført inn relevante eksempler inn under de enkelte typetilfellene i parentes:

Tabell 2: *Eksempler på samstyring*

	Involverer kun offentlig sektor	Involverer flere sektorer
Involverer kun ett nivå	Type 1: Interkommunalt samarbeid (døgnvakt/beredskap i barnevernet, vertskommune-samarbeid)	Type 2: Kommuner går sammen med markeds- eller sivilsamfunnsaktører (samarbeid med idrettslag/foreninger, SLT-koordinator/samarbeid mellom kommunen og politiet og Kriminalomsorgen)
Involverer flere nivåer	Type 3: Samarbeid mellom stat og kommune (NAV)	Type 4: Grenseoverskridende samarbeid (IA-avtalen mellom stat, kommuner og arbeidslivets organisasjoner, bedrifter)

(Goldsmith og Eggers 2004)

I Røyseland og Vabos definisjon av samstyring ligger det innebygget tre aspekter. Det første handler om at aktørene som inngår i samstyring er gjensidig avhengige, dvs at de forsøker å oppnå noe som de bare kan få til i fellesskap. Det andre aspektet er fraværet av hierarki, og av det følger at tradisjonelle former for styring som makt, ordrer/direktiver, ikke har noen plass i samstyringen, men at aktørene er avhengig av å bruke insentiver og myke styringsmidler. Tillit og gjensidighet er sentrale forutsetninger for samstyring. Dette kan skapes gjennom å utvikle felles forståelse og vann-vinn-situasjoner for begge. Dette kan ses på som "bridging"-mekanismer, dvs mekanismer som skaper bro mellom ulike enheter og ulike kulturer. Men de ulike enhetene som skal samarbeide må også ha en viss jevnbyrdighet slik at det ikke oppstår et assymetrisk forhold som kan danne grunnlag for maktmisbruk. Derfor er også bonding-

mekanismer viktig, dvs at man "må samle seg selv først", før man kan samarbeide rasjonelt med andre (Putnam, 2002; Rønning, 2004).

Det tredje aspektet er at samstyringen har et formål ved at det er en planlagt og målorientert aktivitet. Som Røyseland og Vabo (2012) skriver i sin artikkel, vil det forhold at aktiviteten er målrettet, og ikke bare et fellesskap av aktører som finner tilfeldig sammen, kunne involvere helt alminnelige organisasjonsprosesser. Det betyr for det første at begreper og innsikter fra organisasjonsteori er relevant, slik som formell og fysisk organisasjonsstruktur, roller, lederskap og makt. For det annet er det også en påminnelse om at de aktørene som deltar i samstyring, for eksempel i en ansvarsgruppe eller et samarbeidsprosjekt, har sin primære tilknytning til en annen organisasjon, og dermed er underlagt denne organisasjonens rammebetingelser, og med varierende grad av frihet eller vilje til å forplikte seg i forhold til eksterne samarbeidspartnere (Provan & Milward, 2001). Eksempler på slike rammebetingelser er hierarkiet, kultur, taushetspliktsbegrensninger m.v. Men ulike samarbeidsformer kan også utvikle seg fra å være en uforpliktende møtearena til å ende opp som fullbefarne organisasjoner. Det som er bestemmende her er graden av formalisering.

Røyseland og Vabo (2012) peker på at samstyring både er en mulighet og en utfordring med hensyn til styring. Samstyring er i dag både et normativt ideal og en nødvendighet gitt samfunnets kompleksitet og brukernes behov. Helse- og omsorgslovgivningen er da også fylt med krav om samarbeid. Samarbeid og fleksibilitet har med tiden blitt ansett nødvendig for kunne løse sammensatte utfordringer («wicked problems»), dels i lys av den fragmentering og nedbygging av hierarkiet som har skjedd, men også fordi sammensatte problemer simpelthen krever innsats fra flere, og at det uansett ikke er mulig å samordne/samlokalisere alle typer tjenester som kan være nødvendig for å skape et godt og helhetlig tjenestetilbud for brukeren.

Men samstyrings effektivitet er ikke gitt. Røyseland og Vabo (2012) peker på at det kanskje er en "godværsstrategi" tilpasset en situasjon med tilstrekkelige ressurser til rådighet, noenlunde klart mandat, tillit mellom partene, et minimum av sammenheng mellom mål og virkemidler, og at det ikke er opplagt at samstyring er den mest effektive måten å løse kompliserte kollektive problemer, eller hvor man i alle fall må være oppmerksom på betydningen av aktørenes forskjellighet og ulike handlingslogikker. Samarbeid har også en økonomisk kostnadsside i form av transaksjonskostnader, som også må tas i betraktning.

Offentlig styring, forvaltning og tjenesteyting kan organiseres på ulike måter, og organisasjonsstrukturen er viktig for å forstå utformingen og iverksettingen av offentlig politikk. Vi vil særlig anvende New Public Governance (NPG) for å belyse forskningsspørsmål som omhandler organisering, og en komparativ case-studie av to kommuner gir oss mulighet til å kunne gå "i dybden" på organisasjonsstrukturen. En av statens klart uttrykte målsettinger/bestillinger til kommunen er at det skal gis et helhetlig og

samordnet tjenestetilbud til brukeren, med klare forventninger om samarbeid og samstyring. Kommuneloven av 1993 ga kommunene en større frihet på det organisatoriske området, og Kommunestyret fikk også større adgang til å delegerer beslutninger til underliggende organ; herunder formannskap, hovedutvalg og administrasjon. New Public Management førte også til en fragmentering av hjelpeapparatet, samtidig utfordres muligheten for samhandling og samstyring av at ulike aktører opererer innenfor strukturelle rammer som fortsatt har sterke elementer av hierarki. Ressursene kan være bundet opp i de hierarkiske strukturene, og det kan være begrensede "bridging"-mekanismer, dvs incentiver for å bygge bro over til samarbeidende enheter. De eksisterende incentivordningene kan snarere være knyttet til å oppfylle avgrensede målsettinger innenfor rammen av den enkelte organisasjonsenhet. Dette gjelder særlig i forholdet mellom kommune og statlige utfører-organer, slik som helseforetakene, men gjelder også internt i kommunene, mellom ulike grener av hjelpeapparatet. Hvordan tjenestetilbudene på rus og psykiatrifeltet skal organiseres og videreutvikles, er det opp til kommunene selv å avgjøre. Uansett organisasjonsform skal tjenestetilbudene oppleves som helhetlig og koordinert av brukeren. Fra nasjonalt hold vises det imidlertid til at gjennom bedre organisering kan ressursene utnyttes bedre.

Rus- og psykiatrifeltet er også et område hvor det kan reises spørsmål om effektivitet og styringsevne ved bruk av samstyring. Kommunen er avhengig av, og forventes å samarbeide med spesialisthelsetjenesten. Et eksempel er dobbeltdiagnose-pasientene, med både tung rus og tung psykiatri. Kombineres dette med somatisk sykdom/skade, som slett ikke er uvanlig hos rusmisbrukere, får man et utall målområder og et utall interessenter som kan være aktuelle i oppgaveløsningen, både innenfor og utenfor hovedrelasjonen stat-kommune. På dette feltet kan ulike handlingslogikker "kollidere" mot hverandre. Ulik handlingslogikk kan også være tilfellet internt i kommunen, mellom ulike yrkesgrupper, f.eks forholdet mellom kliniske sykepleiere, som er mer operative og som må utøve et profesjonelt skjønn i situasjonen, og en sosionom som i praksis utøver en saksbehandler-rolle og hvor det anvendes et mer administrativt skjønn (Aasetre, 2013). I tillegg kommer at ulike yrkesgrupper og tilknytning til ulike administrative enheter kan ha ulike rammebetingelser, f.eks arbeidstidsbestemmelser (arbeid kun i kontortiden vs turnusarbeid), ulike skranker for å utveksle taushetsbelagt informasjon, forskjeller i hvor stor grad skjønnsutøvelsen er bundet/fri, osv.

Et annet aspekt er at i fraværet av hierarkiet er det ingen overordnet instans som overvåker fremdrift og resultater, og ingen instans som kan "skjære gjennom" ved konflikt eller stillstand. I et slikt vakuum kan det være "rå" makt som blir avgjørende, i form av aktørens størrelse, ressurser og ulike former for makt, herunder indirekte og institusjonell makt. En studie i Canada i 2004 gjort av Bakvis og Juillet, om horisontalt samarbeid konkluderer med at horisontale samarbeidsarrangementer kun bør etableres og aktørene tre inn i, etter grundige

overveielser av kost/nytte-vurderinger, og at enheter som skal samarbeide på samme politikk-områder meget vel kan ende opp med konkurranse og rivalisering snarere enn samarbeid (Christensen & Lægneid, 2007).

Derneft står samstyring i et komplisert forhold til det representative demokratiet. Røiseland og Vabo (2012, s. 37) viser til Maktutredningen fra 2003, hvor det ble hevdet at: ”*denne type samhandling truer styringskjedens logikk og dermed trues demokratiet selv*”. Dette er en henvisning til den parlamentariske styringskjeden, som både har sitt utgangspunkt og ”utløp” i folket, ved at folket velger sine representanter til styringsorganer ved demokratiske valg, som igjen virker tilbake på befolkningen gjennom lovgivning og enkeltvedtak om tilståelse av goder, pålegg og inngrep osv. Røiseland og Vabo (ibid) viser til at det kan være vanskelig å plassere ansvar når beslutninger fattes utenfor det representative demokratiske systemet.

Dette avspeiler minst to «konfliktrelasjoner». For det første mellom hensynet til generell politisk styring og kontroll (legitimitet) på den ene side, og teknisk/rasjonell effektivitet og hensiktsmessighet på den andre side. For det annet en konfliktlinje mellom statlig styring og det uttalte kommunale selvstyret, altså en spenning mellom sentralisering og desentralisering, mellom sentrum og periferi. Rammetilskudd støtter godt om det kommunale selvstyret, og kan også hevdes å være mer effektivt fordi det tar hensyn til lokale behov og utfordringer, og dermed en bedre utnyttelse av ressursene. Øremerkede tilskudd til bestemte områder og formål, kan på den annen side ses på som et «inngrep» i det kommunale selvstyret, hvor de lokalt folkevalgte mister politisk kontroll, samtidig som effektiviteten i virkemiddelbruken er avhengig av kommunens tidligere innsats på området. Øremerkede tilskudd virker i samme retning som sterk lovstyring som virkemiddel, mens rammetilskudd som virkemiddel har mer til felles med andre myke styringsmidler, slik som veiledning og tilsyn.

Ulike styringsformer i offentlig sektor påvirker forholdet mellom stat og kommune. Disse styringsformene lever side om side. Endringer i styringsformer som følge av NPM har gitt økte krav om og behov for horisontalt samarbeid, noe som NPG som styringsform gjenspeiler. Samtidig har den organisatoriske fragmenteringen forsterket behovet for vertikal styring. For å besvare problemstillingen vår, om hvordan det kommunale handlingsrommet på rus- og psykiatrifeltet *påvirkes* av statlige styringsverktøy, gjør det naturlig å anvende prinsippal-agent teori. Teorien omhandler forholdet mellom et overordnet/besluttende nivå og et underordnet/utførende nivå.

3.4 Public choice og prinsippal/agent-teori

Public Choice er en økonomisk teori, og innenfor Public Choice er Prinsippal-Agent teori sentral. Teorigrunnlaget er hentet fra privat sektor hvor målet er profittmaksimering. Selv om målene i offentlig sektor er mer ideelle, vesentlig mer sammensatte, ofte uklare og

motstridende, har imidlertid teorien også vært anvendt til å analysere offentlig sektors organisering og styring siden 1980-tallet.

Prinsipal og agent er benevnelse på to aktører som står i et forpliktende forhold til hverandre, hvor den ene er overordnet (prinsipal) og den andre underordnet (agent). Prinsipalen utformer en bestilling som agenten skal utføre. Agenten blir et verktøy for prinsipalens måloppnåelse. Et premiss i teorien er at mennesket er egoistisk og nytte-maksimerende. Problemet, slik teorien peker på, er at agenten ikke nødvendigvis bare handler ut fra å tekkes prinsipalen, men kan også ha egne interesser å ivareta, og i mange tilfeller har agenten et informasjonsfortrinn (Laffont & Martimort, 2001, s. 12). For å sikre at agenten oppfyller prinsipalens målsettinger til lavest mulig kostnad, vil prinsipalen utforme spilleregler med strukturelle/ytre-motiverende virkemidler som belønning, oppmuntring, kontroll og sanksjoner. Prinsipalen kan også satse på "mykere" incentiver, for eksempel understøtte en bestemt organisasjonskultur eller bestemte holdninger hos tjenesteutøverne, for eksempel ansvarlighet, selvstendighet og helhetsperspektiver. For å belyse hovedproblemstillingen vår som handler om hvordan statens styring påvirker det kommunale handlingsrommet på rus- og psykiatrifeltet, kan derfor denne teorien være godt egnet. I denne sammenhengen vil staten være prinsipal, og kommunen agent. Kommunen som agent er forpliktet til å etterkomme statens vilje når det gjelder satsing på rus- og psykiatrifeltet, slik dette er kommet til uttrykk i lover, stortingsmeldinger, rundskriv, osv. Tilsvarende prinsipal/agent-relasjoner kan det også være mellom kommunestyret og rådmannen, og mellom rådmannen og hans/hennes underlagte mellomledere.

Prinsipal/agent-relasjoner skyldes behovet for å delegere oppgaver, ettersom prinsipalen ikke selv kan utføre alle oppgaver. Det kan være flere grunner til at prinsipalen og agenten ikke har sammenfallende mål og interesser, og at agenten derfor ikke lojalt følger opp prinsipalens målsettinger og retningslinjer. Det kan oppstilles følgende elementer (Opstad, 2013, s. 256):

- Agentens nærhet til brukerne, noe som gjør at agenten legger mer vekt på brukernes behov.
- Egeninteresse - at agenten er mer opptatt av å realisere egne interesser. Når agenten går særlig langt i å forfølge egne interesser, kalles dette for opportunistisk atferd.
- Forskjellig virkelighetsoppfatning hos prinsipalen og agenten med hensyn til hva behovene er, hvordan situasjonen er, og hva som trengs av tiltak fremover. Agenten opplever "hvor skoen trykker", mens prinsipalen ikke har denne innsikten, og er opptatt av andre ting.
- Ulik holdning til risiko. Prinsipalen og agenten kan ha vidt forskjellig holdning til det usikre, det å prøve ut nye ting, i forhold til det å holde seg til det vante. I privat næringsliv kan det handle om hvorvidt man skal handle med aksjer eller gå inn i et

risikabelt investeringsprosjekt. I tjenesteproduksjon i offentlig sektor kan det f.eks handle om utprøving av ny velferdsteknologi, eller overskride budsjetttrammer for å kunne gi en svært hjelpetrengende bruker et tilfredsstillende tilbud.

- Målforskyvning - som følge av at målene eller kursen må justeres underveis på grunn av endringer i forutsetningene - og utilsiktet målforskyvning fra kvalitative til kvantitative mål som følge av hvordan de instrumenter som måler måloppnåelse, er innrettet. Dette skyldes vanskelighetene ved å måle måloppnåelse når det gjelder kvalitative mål. For eksempel: hvordan måler man "god brukermedvirkning"? Et annet aspekt er knyttet til at prinsipalen ikke nødvendigvis er enhetlig, men kan utgjøre mange prinsipaler med ulike og motstridende bestillinger til agenten. Dessuten kan agenten selv ha rollen som prinsipal overfor sine underordnede, og dermed kan det bli "lag på lag" med komplekse over- og underordningsforhold.

Prinsipal-Agent teorien er godt egnet fordi teorien tilbyr et analyseredskap som nettopp fokuserer på spenninger og målkonflikter mellom et overordnet bestiller-nivå (staten) og et underordnet utfører-nivå (kommunen), og virkningen av ulike former for incentiver, som bl.a. øremerkede midler er et eksempel på. Problemet med målforskyvning er spesielt relevant i forholdet mellom stat og kommune, da lokale behov og målsettinger ikke nødvendigvis samsvarer med nasjonale mål. For å sikre måloppnåelse vil prinsipalen derfor søke å styre og kontrollere agenten ved å spesifisere målene og gi føringer for hvordan oppgavene skal utføres gjennom lovgivningen og nasjonale føringer, etablere systemer for rapportering om resultat gjennom bruk av kontroll og tilsynsordninger, og etablere belønnings- og sanksjonssystemer gjennom bruk av finansielle virkemidler. Dette gir imidlertid prinsipalen ekstra kostnader, og reduserer også agentens handlefrihet.

For prinsipalen vil det være en kostnad dersom agenten gjør en dårligere jobb enn hva han selv ville ha gjort. Dette kalles *resttap* (Opstad, 2013, s. 258). Restttapet er de kostnader som blir påført prinsipalen fordi agenten handler på en annen måte enn hva prinsipalen ville ha gjort i samme situasjon og med samme informasjonsgrunnlag, og kostnaden kommer til uttrykk i form av lavere måloppnåelse. Den økte ressursbruken som prinsipalens styring medfører, kalles *styringskostnader*. Teorien anviser at det for prinsipalen er lønnsomt å øke styringen av agenten frem til disse styringskostnadene er lik nedgangen i resttapet - økes styringen ut over dette punktet vil agentkostnadene stige, og agenten får stadig mindre frihet. Med agentkostnader forstås summen av prinsipalens styringskostnader og resttapet. Disse agentkostnadene skyldes at agenten har et informasjonsgrunnlag som prinsipalen ikke har (asymmetrisk informasjon). Agentens informasjonsovertak vil kunne utnyttes til å ivareta egne interesser, snarere enn lojalt å følge opp prinsipalens bestilling. Det kan utvikle seg til et "spill" mellom prinsipal og agent. Dette skyldes flere forhold (Opstad, 2013, s. 262):

- Skjulte handlinger - prinsipalen kan ikke observere agentens handlinger, eller det medfører store kostnader for prinsipalen å få tilgang til slik informasjon.
- Skjult informasjon - prinsipalen kjenner ikke til informasjonen som agenten baserer sine handlinger på.
- Moralsk hasard - prinsipalen ser resultatet, men kjenner ikke til den innsatsen som har gått med.

Agentens "informasjonsovertak" er svært karakteristisk for mye av tjenesteproduksjonen innenfor helse- og omsorgsfeltet generelt, og rus- og psykiatrifeltet spesielt. Tjenestenes innhold og resultat er vanskelig å definere og gripe gjennom mål- og resultatstyring, og målene er sammensatte. Dette er en utfordring også for kommuneledelsen vis a vis tjenesteutøverne "på bakken". Forskjellig virkelighetsoppfatning mellom en prinsipal i regjeringskontorene i forhold til en virksomhetsleder "ute i felten" må også kunne sies å være utbredt, selv om det er sannsynlighet for at begge parter er enig om de ideelle målene. Ulik holdning til risiko kan f.eks utspille seg ved at en tjenesteutøver i sitt daglige arbeid må "kutte noen hjørner", sette noen formelle spilleregler til side, for kunne gi en bruker et tilfredsstillende tilbud.

Det første forskningsspørsmålet vårt omhandler hvordan kommunale tjenestetilbud på rus- og psykiatrifeltet påvirkes av statlige finansieringsordninger. Før og under perioden med opptrappingsplanen for psykiatrifeltet, fantes det få tjenestetilbud i kommunene. Det er derfor rimelig å anta at stat og kommune hadde felles mål om utbygging av kommunale tjenestetilbud. Samtidig var det lagt sterke økonomiske incentiver gjennom bruk av øremerkede midler til de formål som var bestemt fra sentralt hold. Opptrappingsplanene konkretiserte hvilke tjenestetilbud kommunene skulle bygge ut, og kommunene måtte rapportere på bruken av midlene. Vi ønsker å vite mer om hvilke tjenestetilbud som gis innenfor rus og psykiatrifeltet i dag, og hvilke tjenestetilbud kommunene bygde opp under perioden med opptrappingsplaner. Vi ønsker også å se om endringer fant sted ved overgangen til rammetilskudd, og i tiden etterpå. Vi ønsker å se i hvilken grad nasjonale føringer samsvarer med kommunale prioriteringer, også etter at kommunene har fått bygget ut tjenestetilbudene, og om den videre satsingen opprettholdes og prioriteres like sterkt på lokalt nivå ved endrede økonomiske incentivordninger. I perioden etter 2008, har staten brukt økonomiske incentivordninger som gir kommunene større handlingsfrihet til lokale prioriteringer, men med sterkere bruk av andre styringsverktøy som lover/regler, tilsyns- og kontrollordninger. Endringer i tjenestetilbud kan være begrunnet i at kommunale politikere eller administrativ ledelse kan ha andre interesser og prioriteringer enn både stat og tjenesteutøvere på rus- og psykiatrifeltet, og prinsipal-agent teori er godt egnet til å belyse vertikale styringsutfordringer.

Public choice og Prinsipal/Agent-teori bygger på en rasjonell idealmodell for hvordan beslutninger tas og implementeres, ved at man antar at en beslutningstaker eller iverksetter

har full innsikt i konsekvenser, og at mennesket kan ta rasjonelle valg basert på hva som er godt og dårlig, at man er i stand til å veie alternativer opp mot hverandre og at man til slutt velger den muligheten som fremstår som best (Jacobsen & Thorsvik, 2002). Man overser da kompleksiteten en beslutning møter når denne skal implementeres, i møte med det praktiske liv, hvor der kan være sterke institusjonelle føringer som kan begrense implementeringen, noe som institusjonell teori fokuserer på (Pressman & Wildavsky, 1984).

3.5 Institusjonell teori

Hvordan den statlige politikken implementeres i kommunene kan forstås ut fra ulike teoretiske ståsted. Institusjonell teori gir oss en inngang til å belyse det kommunale handlingsrommet, med oppmerksomheten rettet mot alle de forventningene som stilles til kommunene, på alle nivåer. Mens PC/NPM har fokus på formelle strukturer, vektlegger det institusjonelle organisasjonsperspektivet den betydning tradisjoner, uformelle strukturer, normer og verdier har for både organisasjonsutforming, organisasjonsadferd og implementeringsprosesser. Offentlig sektor har behov for høy legal legitimitet, dvs. at handlinger må springe ut av lover og regler. Kommunene kan imidlertid ikke nøye seg med å oppfylle statens forventninger, men må også forholde seg til en koalisjon av ulike interessenter i sine nære omgivelser, med ulike krav og forventninger om hvordan tjenestetilbud skal utformes og innrettes. Institusjonell teori peker på at i tillegg til regulative krav, gjennom lover og regler, må kommunene også ta hensyn til fagspesifikke/etiske normer, organisasjonskulturelle normer, og krav og forventninger fra publikum, samarbeidsparter osv. Institusjonell teori vil derfor være hensiktsmessig for å kunne gi en beskrivelse av det spennings- og motsetningsforholdet som oppstår mellom krav og forventninger fra ulike interessenter på rus- og psykiatrifeltet, og hvilke legitimitetsgrunnlag disse spenningene springer ut fra. Institusjonell teori vil således hjelpe oss til å besvare både hovedproblemstillingen og alle forskningsspørsmålene våre.

Institusjoner og institusjonalisering skaper bestemte normer og verdier som gir organisasjonen en særegen organisasjonskultur eller identitet (organisasjonen "fylles med verdi"). Disse normene og verdiene har betydning for beslutningsatferden, utover det som rasjonelle overveielser skulle tilsi. Institusjonelle trekk gir forutsigbarhet, integrasjon og reduserer usikkerheten både for medlemmene av organisasjonen og omgivelsene (March & Olsen, 1989). Organisasjoner skiller seg også fra institusjoner ved at de som tekniske instrumenter lettere kan endres og skiftes ut. Ved innføring av normer og verdier bidrar man derimot til å gjøre en organisasjon mer kompleks, mindre fleksibel og tilpasningsdyktig overfor nye krav og forventninger (Selznick, 1957). Dermed kan institusjoner være en begrensning når ny statlig politikk skal implementeres. Men institusjoner kan også utgjøre betingelser som lettere gjør det mulig å implementere statlig politikk. Dette avhenger av hvor stor grad de statlige

målene og virkemiddelbruken er «kompatibel» med de institusjonelle normene i kommunen, for eksempel på rus- og psykiatrifeltet.

En organisasjon tilpasser seg gradvis indre og ytre press gjennom naturlige institusjonaliseringsprosesser. Med institusjonalisering forstås "*den prosessen der handlinger gjentas og tilordnes ensartet mening av en selv og andre*" (Scott, 1992:117). DiMaggio og Powell skiller mellom tre former for institusjonell påvirkning (DiMaggio & Powell, 1983, 1991). De sier at når konformitetspresset stammer fra offentlige lover og regler, har vi å gjøre med tvingende institusjonelt trykk. Når det kommer fra kulturelle forventninger har vi å gjøre med normativt institusjonelt trykk. Handler det derimot om en organisasjons ønske om å etterlikne andre organisasjoner, har vi med mimetisk institusjonelt trykk å gjøre. Når det gjelder rus- og psykiatrifeltet kan helselovgivningene være et eksempel på tvingende institusjonelt trykk, ved klare regler for kommunens tjenester og hvordan tjenesteutførelsen skal være. Eksempel på normativt institusjonelt trykk kan være etiske føringer for hvordan man behandler pasientgrupper, hva som er akseptabelt menneskesyn innenfor fagfeltet, osv. Eksempel på mimetisk institusjonelt trykk er når offentlige organisasjoner tilpasser seg og forsøker å implementere nye organisasjonsoppskrifter, ikke nødvendigvis fordi det gir instrumentell nytteverdi, men fordi organisasjonen føler seg forpliktet for "å kunne henge med i tiden", og fremstå som moderne/legitim. Et helt konkret eksempel på det siste er mange av reformelementene i NPM, om "tonivå-modellen" for organisering av kommunen. Kommunenes organisering generelt, og organisering av rus- og psykiatrifeltet spesielt, kan være et svar på konkrete erfaringer som tilsier en bestemt organisering, eller som støtter opp om tjenestenes særpreg, aspekter ved brukergruppen, ønske om bedre kvalitet i tjenestene osv. Grunnlaget for tilpasning vil da enten kunne være tvang (lovkrav) eller sosial forpliktelse. Men omorganisering og reformer kan også være helt løsrevet fra slike overveielser, men skje som svar på forventninger i omgivelsene om å fremstå som moderne. Denne type press leder ofte til et press i retning av homogenisering, dvs at organisasjonene på et område, blir stadig mer lik hverandre, såkalt *isomorfisme* (DiMaggio & Powell, 1983) Det kan hevdes at rusreformen var vel så mye rettet mot å skape *formelle organisasjoner* på rusfeltet som å endre på "produksjonen" (Brunsson & Sahlin-Andersson, 2000).

For å forstå institusjoner opererer Scott (2014) med tre pilarer, den regulative, den normative og den kultur-kognitive. Den *regulative pilaren* er forbundet med kontroll og insentiver, og omfatter både formelle og uformelle institusjonelle regler som systematisk er ment å begrense og regulere atferd i en organisasjon. Den *normative pilaren* omfatter verdier og normer som har utviklet seg over tid. Normene definerer legitime midler for å oppnå ønskede målsettinger, og oppfatninger om hva som er "passende", og disse normene legger klare føringer på atferden i en organisasjon. Den *kultur-kognitive pilaren* omfatter "tatt for gitt-heter", såkalt tauskunnskap. Grensene mellom pilarene er flytende og dynamisk. Normer som opprinnelig

ble utviklet innenfor den normative eller kognitive pilaren kan bli gjort eksplisitt og "overført" til den regulative pilaren.

Scott (2000, s. 20) vektlegger særlig tre komponenter for å forklare endring: institusjonelle logikker, institusjonelle aktør og myndighetsstrukturer. Institusjonelle logikker forstås som *"cognitive maps, the beliefs systems carried by participants in the field to guide and give meaning to their activities"*. Dette skaper forbindelse til sosialpsykologien. Det tenkes her på hvordan holdninger og verdier skapes og vedlikeholdes gjennom sosialisering, og hvor verdier og holdninger etter hvert internaliseres. Institusjonelle aktører er både skapere og bærere av disse logikkene, og kan være individer og organisasjoner. Myndighetsstrukturer utøver regulativ og normativ kontroll over feltet.

Kommunene er "mettet" av verdier og normer. Sentrale verdier knyttet til den kommunale organisasjonskulturen er lojalitet, uavhengighet, saklighet, åpenhet, rettssikkerhet, effektivitet, og ansvarlighet. Dette blir gjerne omtalt som "offentlig ethos" (Beck Jørgensen, 2003). Men vel så viktig for kommunene er de spesifikke normene innenfor de enkelte tjenesteområdene - profesjonskulturen innenfor klanen. Eksempler på verdier og normer som går igjen innenfor profesjonskulturene på helse- og omsorgsfeltet, er menneskelig verdighet, altruisme, integritet, profesjonalitet, kollegialitet og etisk bevissthet. Noen profesjoner kan ha en autoritet og stilling som gjør at de kan utøve institusjonell makt og andre typer makt, som kan komme på tvers av den hierarkiske eller instrumentelle styringen, og brede samfunnsinteresser.

Legitimitet er et sentralt begrep i institusjonell teori, og i vår problemstilling er legitimitet et vesentlig aspekt. Legitimitet er særlig viktig for offentlige organisasjoner, og i særdeleshet for kommunene, som opererer med stor nærhet til publikum. Effektivitet og rasjonalitet er ikke tilstrekkelig - handlemåten og resultatet må også være legitimt/akseptabelt for koalisjonen av interessenter, herunder folkevalgte, de ansatte, brukerne og publikum. Det man gjør og hvordan man gjør det, må være legitimt, akseptabelt, etisk forsvarlig og i tråd med de kulturelle kodene. "Målet helliger ikke middelet", og således vil for eksempel utstrakt frihetsberøvelse, lobotomering, sterilisering, isolering, fysisk disiplinering av rus- og psykiatrispasienter ikke være legitimt i vår kultur, uavhengig av om det skulle vise seg at det hadde en instrumentell nytte og effekt. På et mer overordnet nivå er både kommune og stat avhengig av støtte i sine omgivelser for å kunne "overleve", fra innbyggerne/skattebetalerne, fra arbeidstakerne som skal utføre arbeidet, fra storsamfunnet, osv.

Legitimitet er sosialt konstruert, basert på samspillet mellom virksomhetens atferd og felles oppfatninger i en gitt sosial gruppe. Suchman definerer legitimitet slik: «a generalized perception or assumption that the actions of an entity are desirable, proper, og appropriate within som socially constructed systems of norms, values, beliefs, and definitions» (M. Suchman, 1995, s. 574). Suchman (ibid) klassifiserer legitimitet i tre grupper - pragmatisk

legitimitet, normativ legitimitet og kognitiv legitimitet. Kognitiv legitimitet er knyttet til at for enkelte organisasjoner stilles det ikke spørsmål om organisasjonen fortjener legitimitet - det tas for gitt. Legitimiteten har basis i vår kognitive struktur, vi er mentalt innstilt på aksept. Pragmatisk legitimitet ser på organisasjonen som et nyttig verktøy for måloppnåelse. F.eks. kan staten se kommunene som verktøy for å nå statens målsettinger på rus- og psykiatrifeltet, eller kommunens innbyggere kan se kommunen som nyttig ved at kommunen leverer de tjenester som etterspørres. Normativ eller moralsk legitimitet er knyttet til "godheten" av de beslutninger som tas, for eksempel ved fokus på konsekvensene av handlingen eller hvordan handlingen foretas. Det kan også være knyttet til bestemte lederes personlige eller karismatiske evner, som organisasjonen som helhet drar fordeler eller ulemper av.

Kommunene og aktørene på de ulike nivåene i kommunene baserer seg på alle disse legitimitetsgrunnlagene. På rus- og psykiatrifeltet er det utstrakt lovgivning og bindende statlig virkemiddelbruk. Dette må anses som en form for pragmatisk legitimitet. Når lovgivning og statlige planer skal implementeres, må man også ta hensyn til normative og kognitive legitimitetsgrunnlag. For eksempel kan statlige forventninger om økt innsats på rus- og psykiatrifeltet være godt forenlig med de normer og verdier som eksisterer hos tjenesteutøvere i praksisfeltet. Imidlertid kan andre statlige forventninger, for eksempel sterkere mål- og resultatstyring og effektivisering, støte mot tjenesteutøvernes normative føringer, men til gjengjeld finne gjenklang hos andre aktører, f.eks. økonomisjef eller rådmann. En rådmann eller økonomisjef kan være opptatt av pragmatisk legitimitet, ved å ha fokus på hvorvidt måloppnåelse står i forhold til ressursinnsatsen. En virksomhetsleder vil ha "en fot i begge leirer", og vil i første rekke være opptatt av best mulige tjenester for brukerne, men også se hen til ressursbruk og det å holde seg innenfor budsjettammene. Et slikt ståsted kan således medføre spenninger og motsetninger mellom pragmatisk og normativ legitimitet. For tjenesteutøverne "på bakken", kan den pragmatiske legitimiteten være av noe mindre betydning. For tjenesteutøverne vil det være viktigere å holde seg innenfor rolleforventninger formet av profesjonstilhørighet og lojalitet til brukerne. Disse forventningene har sitt grunnlag både i pragmatiske, normative, og kognitive legitimitetsgrunnlag.

Vi finner at institusjonell teori kan hjelpe oss å få belyst alle forskningsspørsmålene våre. Når det gjelder forskningsspørsmål 1, om statlige finansieringsordningers betydning for tjenestetilbudene på rus- og psykiatrifeltet, kan dette relateres til både lovgivning for hvordan tjenestetilbudene bør være, eller være basert på erfaring eller noe man har tatt for gitt. Institusjonell teori vil kunne være med på å belyse og forklare spenninger og forskjeller mellom tjenestetilbud i våre to case. Når det gjelder forskningsspørsmål 2 om organisering har institusjonell teori også relevans her. Organisasjonene som er ment å skulle samarbeide er sterkt institusjonalisert og befolket av tjenesteutøvere med sterke normer knyttet til identitet og tilhørighet til bestemte profesjoner. Dette kan utgjøre "bonding"-mekanismer som

begrenser tverrfaglig og inter-organisatorisk samarbeid, dvs. mekanismer som er mer opptatt av "vi og vårt" enn av "de andre" utenfor egen organisatoriske enhet. Når det gjelder forskningsspørsmål tre om meninger om bruk av økonomiske virkemidler, er ikke meninger noe statisk fenomen, og kan være gjenstand for endring. Meningene kan også ha sammenheng med dypereliggende og internaliserte holdninger og verdier, skapt gjennom sosialisering, f.eks gjennom utdanning/erfaring og gjennom tilknytning til ulike fellesskap (organisasjon, klan m.v.). En komparativ case-studie gir oss også mulighet til å finne likheter og forskjeller i meninger som kan tilbakeføres til profesjonsbakgrunn/ utdanning, funksjon og rolle, interesse, nærhet/avstand til feltet. Institusjonell teori vil hjelpe oss til å kunne beskrive både hvilke legitimitetsgrunnlag som gir opphav for meningene, men også hvorvidt ulike meninger kan føre til interesse-/motsetningsforhold som kan få betydning både for kvalitet og tjenesteleveranse på rus- og psykiatrifeltet.

Det er tjenesteutøverne « på bakken » som i størst grad opplever krysspress som følge av ulike forventninger. Et teoretisk rammeverk som særlig omhandler tjenesteutøverne på bakken, er bakkebyråkratiteori. Teorien forklarer tjenesteutøvernes handlingsrom i lys av institusjonelle betingelser.

3.6 Bakkebyråkratiteori

Problemstillingen vår omhandler spesifikt det kommunale handlingsrommet på rus- og psykiatrifeltet. Statlige mål og virkemiddelbruk har konsekvenser for alle nivåer i kommunen, men særlig for tjenesteutøverne som jobber direkte mot brukerne på rus- og psykiatrifeltet. Bakkebyråkratiteorien beskriver tjenesteutøvernes særlige rammebetingelser og handlingsgrunnlag. Vi ønsker særlig å se på hvordan bakkebyråkratene forholder seg til statlige målsettinger og virkemiddelbruk, og hvordan de "turnerer" dette i forhold til andre krav og forventninger de blir møtt med fra andre interessenter som administrativ og politisk ledelse, og forventninger fra brukere/pårørende/samarbeidsparter osv. Prinsippal-Agent teori belyser hvordan statlig politikk forsøkes å implementeres på kommunalt nivå gjennom vertikal styring. Institusjonell teori kan, som vi har vist, både muliggjøre og begrense denne vertikale styringen og implementeringsprosessen. I siste instans er det imidlertid bakkebyråkratene som må forene de ulike kravene og forventningene. Bakkebyråkratene blir dermed de reelle iverksetterne av ønsket politikk. Vår problemstilling har fokus på om krav og forventninger blir fulgt opp i tråd med nasjonale/kommunale føringer eller hvorvidt bakkebyråkratenes handlinger er frikoblet overordnede planer og beskrevne fremgangsmåter.

Begrepet bakkebyråkrati (engelsk: Street-level Bureaucracy) er hentet fra Michael Lipskys berømte bok fra 1980, hvor han utviklet en teori som omfatter en lang rekke yrkesutøvere som arbeider ansikt til ansikt med publikum/brukeren (Lipsky, 1980). De som arbeider direkte med brukerne/pasientene innenfor den kommunale rus- og psykiatritjenesten kan ses som

bakkebyråkrater. Det styringsmessige tyngdepunktet ligger "i bunnen"- der tjenesteproduksjonen faktisk skjer – i møte med brukerne. I følge Lipsky er bakkebyråkratene de virkelige politiske beslutningstakerne, de som avleverer den offentlige politikk til innbyggerne: "*in short, they hold the keys to a dimension of citizenship*" (Lipsky, 1980, s. 4). Tjenesteutøverne arbeider i organisasjoner eller virksomheter som kan kalles "Human service organizations" (Hasenfeld, 1992) eller velferdsorganisasjoner på norsk. Disse organisasjonene har mye til felles med det som Mintzberg kaller fagbyråkrati (Mintzberg, 1979).

Sentrale trekk ved dette arbeidet er at det er svært arbeidsintensivt, at det er mennesker man arbeider med - mennesker som ofte er underlegne, sårbare og avhengige, gitt deres problemer f.eks med rus og psykiatri, og at tjenesteutøveren dermed kommer i et maktforhold til brukeren - "human dimensions of situations". Dernest at output/outcome i så stor grad er avhengig av medvirkning fra brukeren selv - tjenesteutøveren kan gjennom samtale og ulike tiltak skape betingelser for endring, men det er brukeren selv som må gjøre selve jobben, f.eks. ta imot og "stå i" et arbeidsforhold, gå på dagsenteret og sosialisere, osv. Lipsky (1980, 2010) beskriver at bakkebyråkratene står i en rollekonflikt mellom dels å være "advokat" for sine brukere, og portvakt til de ressursene som etterspørres. Bakkebyråkratene på dette feltet handler ut fra handlingslogikk som har sitt grunnlag i en omsorgsdiskurs, hvor tenkning og handlinger springer ut av omsorg for, og nærhet til, brukerne. Denne *omsorgsdiskursen* kan settes i kontrast til en *effektivitetsdiskurs*, som mer kjennetegnes av en teknisk-rasjonell tenkning som ledelsesnivåene preges av.

Bakkebyråkratene innenfor rus- og psykiatritjenesten i kommunene er en sammensatt gruppe, og består av både sykepleiere, vernepleiere og sosionomer. Dette er yrkesgrupper som ofte betegnes som semi-profesjoner, for å skille dem fra leger og psykologer. I tillegg kommer personell med lavere utdanningsstatus - fagarbeiderne og assistenter. I tjenesteleveringen til brukere med sammensatte behov, må ulike yrkesgrupper samarbeide på tvers av profesjongrensene og organisasjonsheter, for å «samskape» tjenester. Trekk ved bakkebyråkratene er, ifølge Lipsky (ibid):

- Betydelig rom for skjønnsutøvelse og relativt selvstendige tilpasninger i eget arbeid
- Liten innflytelse over arbeidets rammebetingelser
- Stor arbeidsmengde i forhold til tilgjengelig tid og andre ressurser
- Dobbelrolle som både hjelpere eller problemløsere og portvoktere
- Usikkerhet knyttet til arbeidsoppgavene
- Opplevelse av tilkortkommenhet

Hovedutfordringen for bakkebyråkratene er, i følge Lipsky, at etterspørselen etter tjenester tenderer til å være større enn tilbudet. Lipsky mener at bakkebyråkratene forsøker å gjøre en

god jobb, men at arbeidet er umulig å utføre på ideelle måter, blant annet fordi ressursene er inadequate, kontrollene for få, målene upresise og liten oppmuntring gis. Bakkebyråkratene implementerer lovgivningen i stor grad lojalt, fordi de personlig er enig i innholdet i politikken på deres saksområde, og i mindre grad på grunn av ledelse (Brehm og Gates, 1997). Som tidligere nevnt møter bakkebyråkratene en rekke krav fra ulike interessenter som må innfris. Disse kravene kan være motstridende. Modellen under illustrerer rammebetingelsene bakkebyråkratene må operere under, og er inspirert av Rowe`s modell. Rowe (2002) er særlig opptatt av at bakkebyråkratene også kan utvide sitt skjønsmessige handlingsrom, ved å påvirke de ulike påvirkningselementene. Derfor går «pilene» i vår modell begge veier.

Modell 1: Bakkebyråkratenes handlingsrom



Regelverket som bakkebyråkratene skal følge, er ofte svært volumniøst og motsetningsfylt, og kan ofte bare anvendes/implementeres selektivt. For å møte disse utfordringene utvikler bakkebyråkratene ulike mestringsstrategier for å minske gapet mellom det ønskelige og det mulige.

Hvinden (1994) viser til at dette skjer på følgende måte:

- Utvikling av arbeidsmåter som begrenser borgernes etterspørsel eller bidrar til rasjonering av tjenestene, for eksempel gjennom rutinisering og differensiering, samt kontroll av klienter, eksempelvis ved å presentere service og prosedyrer som gunstige for brukeren ”til sitt eget beste”, vise til klagemuligheter hvis klientene ikke er fornøyde, eller ved å dytte de vanskelige sakene over til eksperter

- Modifisering av egne oppfatninger av ens rolle eller arbeidsoppgaver, justere ned ambisjonsnivået
- Modifisering av egne oppfatninger av klientene, ved å foreta grove kategoriseringer av klientenes egenskaper og mottakelighet for hjelp, overføre ansvar til klientene, og tilskrive klientene manglene motivasjon eller uredelige hensikter.

Dette kan forstås som en bevegelse bort fra profesjonelt skjønn, som er komplekst og innebærer å avgjøre hvilke mål som kan oppnås ved å treffe den eller den beslutningen og anslå sannsynligheten for at disse målene fullbyrdes - mot et administrativt skjønn, som innebærer å sammenfatte fakta i saken som bakgrunn for et vedtak, såkalt subsumpsjon (Hvinden, 1994). Ut fra bakkebyråkratens behov for, og bruk av, mestringsstrategier som innskrenker skjønnsutøvelsen hevder Lipsky (1980) at individuell behandling av klienter er et ønske som vanskelig kan innfris. Presset mot bakkebyråkraterne, som trolig er økende på grunn av større kompleksitet og mange målkonflikter og mange "prinsipaler", medfører at de bruker mestringsstrategier som innsnevring og unngåelse av skjønnsutøvelse, som svar på arbeidspress og usikkerhet, i stedet for å utnytte det handlingsrommet de har. I sin siste versjon av bakkebyråkratiteori fra 2010, skriver Lipsky (2010) at de politiske omgivelsene har endret seg siden 1980, og bakkebyråkraterne nå i større grad må være sensitiv og opptatt av sine omgivelser (jmf. institusjonell teori) med tanke på å etterkomme krav fra eksterne aktører. Lipsky viser også til at selv om bakkebyråkraterne i dag har større krav å innfri, har de også større mulighet til å øve innflytelse og påvirke sine omgivelser enn de hadde i 1980. Dette kommer uttrykk til uttrykk i vår modell, ved at pilene går begge veier.

Bakkebyråkrat-teori har et typisk "nedenfra og opp"-perspektiv – man ser verden fra perspektivet til de som er satt til å utføre oppgavene. Sosialantropolog Halvard Vike (2013) skriver i sin bok *Maktens samvittighet* at "sykepleierne og andre omsorgsyrker bærer organisasjonens grenser i kroppen". Selv om boken har et perspektiv med fokus på kvinner og sykepleiere, kan dette utsagnet også stå som uttrykk for den belastning som både kvinner og menn i ulike frontyrker opplever med de rammebetingelsene de lever under. Vike peker på at bakkebyråkraterne møter større krav enn de kan innfri, noe som gir dårlig samvittighet, men at dette egentlig er et *styringsproblem*. Lovgiverne gode intensjoner, kommunenes begrensede ressurser, samt både statens manglende evne og vilje til å avgrense ansvaret, gjør at ansvaret dyttes nedover og veltes over på bakkebyråkratens skuldre. Mens både fastleger og leger i spesialisthelsetjenesten, og andre instanser kan avgrense seg, etterlates resten som udefinert ekstraarbeid som bakkebyråkraterne må ta seg av, og ofte får de rollen som lynavleder for brukernes frustrasjoner over utilstrekkelighet hos de øvrige aktørene i feltet (Vike et al., 2013).

Utforming av statlig virkemiddelbruk kan påvirke denne dynamikken. Lovregulering kan f.eks. handle om bemanningsnormer som får betydning for arbeidspresset. Finansielle virkemidler har betydning for ressurstilgangen, f.eks slik at rammetilskudd på den ene side gir fleksibilitet, men samtidig konkurranse om begrensede ressurser. Øremerkede tilskudd som er dedikert til det aktuelle tjenesteområdet, kan på den annen side lette arbeidsbyrden for bakkebyråkratene på feltet. Som vi har vist er det bakkebyråkratene som i praksis gjennomfører den nasjonale politikken. Når det gjelder vårt første forskningsspørsmål om tjenestetilbud, vil bakkebyråkratiteorien hjelpe oss med å besvare hvordan tjenesteutøverne har håndtert utfordringer knyttet til ulike finansieringsordninger, og om disse utfordringene gjør seg gjeldene på tvers av kontekstuelle forhold. For forskningsspørsmål 2 vil også bakkebyråkratiteori være aktuell. For det første påvirker organisasjonsstrukturen i seg selv bakkebyråkratenes handlingsrom. For det annet gir bakkebyråkratiteorien inngang til å forstå tjenesteutøvernes evne og vilje til samhandling på tvers av organisasjonsenhetene, og til å utvide sitt handlingsrom. Bakkebyråkratiteori gir også inngang til å tolke og forstå de meninger som kommer til uttrykk om ulike finansielle virkemidler, med grunnlag i den rolle og funksjon de har i organisasjonen.

3.6 Oppsummering

Vi har nå gjort rede for vårt teoretiske rammeverk, og vist hvordan ulike teorier kan være med på å belyse og besvare problemstillingen og forskningsspørsmålene våre. Vi finner at alle teoriene er hensiktsmessige å benytte for å få en helhetlig forståelse. Hovedpoenget med Prinsipal-Agent teorien er at den viser til at det kan være spenninger mellom nasjonale og lokale mål, og at dette kan komplisere forholdet mellom prinsipal og agent i implementering av politikk og levering av tjenester. Institusjonell teori står i kontrast til den kost-nytte-tenkningen og til den "ovenfra og ned"-tilnærmingen som Public Choice og Prinsipal/agent-teori bygger på ved at tradisjoner og uformelle strukturer som normer og verdier har betydning for implementeringsprosesser. Kommunen skal implementere og innfri statens krav, samtidig som man må ta hensyn til etablerte normer og forestillinger, som dels kan støtte opp om, og dels begrense implementeringen. Det er særlig tjenesteutøverne på bakken som opplever krysspresset mellom ulike motstridende krav og forventninger, og som innehar posisjoner hvor man må håndtere de ulike formene for krysspres siden de befinner seg i direkte samhandling med brukerne i "sannhetens øyeblikk", hvor selve tjenesteleveransen faktisk finner sted. I det påfølgende kapittel vil vi gjøre rede for vår metodiske tilnærming til problemstillingen og forskningsspørsmålene våre.

4.0 METODISK TILNÆRMING

For å kunne besvare problemstillingen vår har vi hentet inn data, organisert og analysert datamaterialet og tilslutt tolket disse i lys av teori. På en systematisk måte har vi foretatt en del metodiske valg. I dette kapitlet vil vi gi en beskrivelse av hvordan vi har gjennomført studien vår. Vi vil først gjøre rede for ulike vitenskapsteoretiske ståsted, og hvilket vitenskapsteoretisk ståsted som ligger til grunn for vårt valg av tilnærming. Deretter gjør vi rede for ulike metodiske tilnærminger, og begrunner vårt valg av forskningsdesign. Vi vil også utdype hvilke fortrinn komparative case-design gir. Ut fra valgt forskningsdesign vil vi så gjøre rede for ulike metoder for datainnsamling og for våre valg av datainnsamlingsmetoder. Til slutt drøfter vi utfordringer knyttet til validitet og reliabilitet ved forskningsdesignet vårt.

4.1 Vitenskapsteori

Hvilken metodisk tilnærming man velger å legge til grunn for en undersøkelse, avhenger av grunnleggende syn på virkelighet, sannhet og kunnskap. Jacobsen (2005) viser til begrepene *ontologi*, *epistemologi* og *metode*, som omhandler disse forholdene. Før vi går nærmere inn på vårt undersøkelsesopplegg, finner vi det derfor hensiktsmessig å gjøre rede for ulike vitenskapelige ståsted, samt klargjøre hvilket ståsted vi har lagt til grunn i vår undersøkelse.

4.1.1 Ontologi og epistemologi

Ontologi er læren om hvordan virkeligheten faktisk ser ut. Ulike oppfatninger om hvordan verden faktisk er, gir også ulike oppfatninger om i hvilken grad det er mulig å samle inn kunnskap om denne verden og **epistemologi** – læren om kunnskap, handler om hvordan og i hvor stor grad det er mulig å tilegne seg kunnskap om virkeligheten (D. I. Jacobsen, 2005) Ontologi og epistemologi henger tett sammen, og ontologien legger premisene for epistemologien (Wennes & Nyeng, 2006).

I filosofien har “Hva som er”, og “hva som ikke er” vært en sentral utfordring gjennom tidene, og det er en rekke uenigheter rundt dette. Uenighetene kan tilbakeføres til to hovedretninger:

Den positivistiske tilnærmingen har sitt opphav i naturvitenskapene og har som grunnleggende antagelser at det finnes generelle lovmessigheter som kan avdekkes. Disse lovmessighetene finnes både i naturen rundt oss, men gjør seg også gjeldende i menneskelig samhandling og i sosiale system. Positivismen bygger på en forståelse om at det ikke finnes noe bak, eller ved siden av, det sansbare og empirisk gitte; “det du ser er det som er” – og det eksisterer en objektiv virkelighet utenfor oss selv. Et positivistisk vitenskapssyn påvirker også hvordan man ser på kunnskap, og hvordan man igjen innretter sin forskning på å innhente kunnskap om samfunnet. Positivismen legger til grunn at også mennesker og sosiale

system kan studeres empirisk gjennom sansedata (det vi ser, hører og føler). Alle påstander og spekulasjoner betraktes som hypoteser, og kan testes gjennom sansedata. Gjennom stadig forskning og bruk av objektive teknikker, vil man kunne kartlegge den objektive virkeligheten. Ved å koble resultater fra ulike undersøkelser kan man få en stadig bedre oversikt over lovmessighetene i samfunnet, og slik opparbeide en kumulativ kunnskap om den objektive verden (D. I. Jacobsen, 2005). Innenfor positivismen er det et sterkt ideal at all forskning skal være kumulativ; dvs. bygge på tidligere forskning, og utvide den kunnskap som finnes fra før.

Siden det eksisterer en objektiv verden, kan denne studeres på en nøytral måte, siden samfunn og forsker er to separate elementer. Det er derfor et ideal at forskerens effekt på det som studeres minimeres, eller aller helst elimineres. Avstand mellom forsker og forskningsobjekt står sentralt, og målet er å unngå at forskningsresultat blir styrt av hvem som gjennomfører forskningen. Repliserbarhet (altså at en annen forsker som gjennomfører et identisk forskningsopplegg kommer frem til samme resultat) er et ideal man strekker seg mot i forskningen (ibid).

Den andre hovedretningen er den **hermeneutiske/fortolkende tilnærmingen**, og kom som en "reaksjon" på positivismen. Naturvitenskapens generelle lover kan ikke overføres til sosiale systemer. Siden mennesker lærer, reagerer på ny kunnskap og endrer seg, vil kunnskap om mennesker vil være mindre generell, mer tidsavgrenset og avhengig av kontekst. Den fortolkningsbaserte tilnærmingen tar utgangspunkt i at det ikke finnes en objektiv sosial virkelighet som oppleves lik for alle – det finnes bare ulike forståelser av virkeligheten. Gjennom *intersubjektivitet* kan den enkeltes virkelighet deles og man kan få et mer helhetlig bilde av virkeligheten. Siden det finnes mange ulike måter å fortolke og forstå sosiale fenomener på, er det ikke mulig å opparbeide så mye kumulativ kunnskap. Det finnes ikke generelle lovmessigheter som kan avdekkes, og som gjelder på tvers av tid og rom i sosiale systemer. All forståelse må ses i en kontekst, man må lete etter det lokale og unike, altså den enkelte situasjon med sine spesielle trekk (D. I. Jacobsen, 2005, s. 25).

Kvale og Brinkman (2009) viser til at hermeneutikken handler om å fortolke meningsfulle fenomener, og at vi alltid fortolker og forstår det nye i lys av det vi allerede kjenner, gjennom våre før-fordommer. Den sosiale virkeligheten blir konstruert forskjellig av ulike mennesker, alt etter levde erfaringer. Fenomenologien handler om bevissthet og opplevelse, og danner utgangspunkt for *konstruktivismen*, som er opptatt av hvordan mennesker skaper og konstruerer mening om den virkeligheten de inngår i. Konstruktivismen tar utgangspunkt i et syn på vitenskap som studie av sosiale fenomener som er skapt av menneskers måter å se og omtale dem på, og at vitenskapen selv er med i denne skapelsesprosessen av sosiale og økonomiske fakta (Wennes & Nyeng, 2006).

Et fortolkende/hermeneutisk vitenskapssyn vil også påvirke hvordan man ser på kunnskap og hvordan man innretter sin forskning på samfunnet. Forståelse av virkeligheten kan bare kartlegges ved at forskerne setter seg inn i hvordan den enkelte fortolker og legger mening i sosiale fenomener. Dette forutsetter at forskeren går inn i en mest mulig likeverdig relasjon med dem man undersøker, og forsøker å forstå disse på deres premisser. Forskning vil aldri kunne være nøytral og objektiv, siden forskerens personlige verdier alltid vil påvirke undersøkelsen. I all forskning skal man imidlertid tilstrebe og kunne unngå undersøkelseeffekter, uavhengig av kvalitativ eller kvantitativ tilnærming (D. I. Jacobsen, 2005, s. 25). Jacobsen (2005, s. 32) viser til følgende grunnleggende forskjeller mellom positivistisk og hermeneutisk metode:

Tabell 3: *Grunnleggende forskjeller mellom positivistisk og hermeneutisk metode*

	Positivism	Hermeneutikk
Ontologi	Lovmessigheter	Generelle lover finnes ikke
Epistemologi	Det generelle	Det unike og særegne
	Objektiv virkelighet som kan studeres gjennom objektive metoder og mål	Virkeligheten er konstruert av mennesker og må studeres ved å undersøke hvordan mennesker oppfatter virkeligheten
	Kunnskap er kumulativ	Kunnskap er lokal og unik
Metode	Deduktiv	Induktiv
	Individualistisk	Holistisk
	Avstand	Nærhet
	Nøytral og objektiv	Styrt av undersøkerens verdier og interesser
	Tall	Ord

Ut fra en positivistisk tilnærming kunne vårt undersøkelsesopplegg tatt utgangspunkt i en hypotese/påstand, f.eks: *“implementering av nasjonale reformer på kommunalt rus- og psykiatrifelt, forutsetter statlige øremerkede midler”*. Problemstillingen og forskningsspørsmålene våre, sier imidlertid at det vi ville undersøke var hvordan det kommunale handlingsrommet påvirkes av nasjonale reformer og økonomiske incentiver heller enn årsaksforhold med allerede definerte variabler. Vi var interessert i å undersøke fenomen eller tankekonstruksjoner, og disse kan tolkes og oppfattes ulikt. De statlige reformene på rus og psykiatrifeltet er uttrykt gjennom språk og begrep som må forstås og tolkes av flere ulike mennesker. Hvordan språk og begrep forstås, påvirkes av en rekke faktorer, herunder for eksempel profesjonsbakgrunn, nærhet til fagfeltet/praksisfeltet, stilling/plassering i organisasjonen osv. Videre vil meningene være kontekstavhengige, og kunne forandre seg over tid. Vi lette altså ikke etter generelle lover, men etter det spesielle og unike i situasjoner, og forhold som ofte er kontekstavhengige. Vi la derfor et hermeneutisk/konstruktivistisk

ontologisk og epistemologisk ståsted til grunn. Vår undersøkelse omhandler hvordan ulike aktører i to av landets 428 kommuner har tolket og forstått de nasjonale føringene for rus- og psykiatrifeltet, og hvordan disse forståelsene har blitt implementert og tydeliggjort gjennom tjenestetilbud og organisasjonsstrukturer fram til i dag. Våre funn kan derfor ikke generaliseres og gjøres gjeldende for andre kommuner. Vår undersøkelse vil derfor ikke frembringe en beskrivelse som det nødvendigvis er full enighet om, hverken i de enkelte kommunene, eller beskrivelser som kan gjøres gjeldende for alle landets kommuner. Hvordan statlige finansieringsordninger påvirker handlingsrommet på rus- og psykiatrifeltet vil være ulikt fra kommune til kommune, og vil kunne oppleves ulikt mellom aktørene. Siden ulike ståsted gir ulike virkelighetsforståelser, vil det antageligvis være umulig å komme fram til om den ene eller den andre forståelsen er den riktige.

Den hermeneutiske tilnærmingen vektlegger kontekstens betydning. Tjenestetilbud, organisering av tjenestetilbud, ledelse og ledelsesprosesser kan være forskjellig fra kommune til kommune, avhengig av kontekst. Det som fungerer i en kommune trenger ikke å fungere i en annen kommune siden “virkeligheten” ikke er så enkel at X påvirker Y. Den hermeneutiske tilnærmingen gir oss dermed noen fordeler ved at den fokuserer på kontekstavhengige forhold, fremfor årsak-virkningsforhold.

4.1.2 Induktiv versus deduktiv tilnærming

Ut fra vårt ontologiske og epistemologiske ståsted har vi valgt induktiv tilnærming som metode. I det følgende vil vi vise hva som skiller tilnærmingene fra hverandre. Hvordan man bruker teori, er en av de viktigste forskjellene. I en deduktiv tilnærming vil bruk av teori ligge til grunn allerede som utgangspunkt for problemstilling og forskningsspørsmål, mens i en induktiv tilnærming vil teori først benyttes i analysen av datamaterialet, eller i konstruksjon av nye begrep/modeller i lys av funn i studien. En deduktiv tilnærming tar utgangspunkt i et metodeopplegg hvor forskeren gjør seg noen antagelser om hvordan virkeligheten ser ut, ut fra teorier eller tidligere undersøkelser. Man samler så inn empiri gjennom at funnene/teoriene testes mot nye data, blant nye populasjoner og i nye kontekster for å se hvorvidt de stemmer/ikke stemmer. Slik oppnår man ny kunnskap om virkeligheten, såkalt kumulativ kunnskap. Kritikken mot en slik metode for datainnsamling, er at forskeren bare leter etter informasjon som man finner relevant, og som dermed har en tendens til å støtte opp under de antagelsene som forskeren hadde i utgangspunktet. Å ha konkrete antagelser på forhånd kan dermed begrense informasjonstilgangen og viktig informasjon blir oversett (D. I. Jacobsen, 2005).

En induktiv tilnærming går fra empiri til teori; forskeren samler inn mest mulig relevant informasjon, og systematiserer dette i ettertid. I en induktiv tilnærming vil det dermed være færre faser for fortolkning, og man får klarere frem den undersøktes egen fortolkning av data.

Fordelen med denne metoden er at forskeren kan få tak i data som gir et mer korrekt bilde av virkeligheten i en gitt sammenheng, uten at forutinntatte holdninger og antagelser spiller inn. Dette er imidlertid en sannhet med modifikasjoner. Heller ikke den induktive tilnærmingen vil kunne gi en korrekt beskrivelse av virkeligheten, siden forskeren gjør en fortolkning av informasjonen som er gitt, og siden innhenting av informasjon alltid vil være påvirket av en viss "før-forståelse" fra forskernes side (D. I. Jacobsen, 2005, s. 36-37). Jacobsen (ibid) viser til at skillet mellom induktive og deduktive tilnærminger først og fremst går på hvor åpne de er for ny informasjon. Han mener dette først og fremst er et praktisk problem, og valg av tilnærming bør tilpasses behovet for åpenhet. Jacobsen mener at en åpen tilnærming kan være fornuftig når vi skal studere ukjente fenomener, eller når vi er interessert i å få fram ulike fortolkninger og forståelser av et fenomen. Deduktive tilnærminger kan være mer hensiktsmessige dersom vi skal studere en mer objektiv side av virkeligheten, eller om man skal studere fenomen som er grundig studert tidligere. Det samme gjelder i studier hvor man har stor enighet om hva fenomenet består av og hvordan det skal måles.

Vårt formål var å innhente mest mulig informasjon om hvordan reformene på rus- og psykiatrifeltet har blitt forstått, tolket og implementert i kommunene, og hvordan det kommunale handlingsrommet på rus- og psykiatrifeltet påvirkes av økonomiske virkemidler. Vi ønsket å få frem mest mulig informasjon om dette fra flere aktører, og det ble derfor viktig at de vi undersøkte i størst mulig grad fikk komme frem med sine fortolkninger av virkeligheten slik de ser den. Det kan best gjøres gjennom en induktiv tilnærming. Imidlertid opererer mange forskere, inkludert oss, med en forforståelse som ligger i bunn, ut fra teori. Teorien har vært med på å forme våre forskningsspørsmål, og dermed også på å forme det vi ser etter. Men vi har ikke utledet hypoteser fra teorien slik man gjør i en deduktiv tilnærming, og vi har benyttet teori hovedsakelig som analyseverktøy i datamaterialet. Dette er i tråd med bruk av teori ut fra en induktiv tilnærming. Vår tilnærming kan derfor ikke sies å være en ren induktiv tilnærming, men er mer induktiv enn deduktiv. Dette viser at det kan være flytende overganger mellom en induktiv og en deduktiv tilnærming og slik sett kan det sies at vi tar i bruk en mer pragmatisk tilnærming.

En problemstilling kan forstås som en bit av et tema som er relevant, spennende og interessant, og som vi ønsker å undersøke. Det finnes ulike typer problemstillinger: Beskrivende problemstillinger har til hensikt å kartlegge noe (hvordan), eksplorerende/utforskende problemstillinger søker å avdekke noe (hva/hvilke), forklarende/forstående problemstillinger ser på kausale sammenhenger (hvorfor), mens problemløsende og intervensjonsorienterte problemstillinger har fokus på hvordan man kan gjøre noe med en situasjon.

Problemstillingen vil dermed være styrende for de faglige og metodiske valgene vi gjør og Jacobsen (2005, s. 101) viser til at det er en forskjell mellom det å beskrive noe og det å forklare noe:

”Forklaring krever noe mer enn beskrivelse, selv om beskrivelse er nødvendig før vi kan forklare.....spesielt ønsket om å forklare - si noe om årsak og virkning – setter spesielle krav til måten undersøkelsen bør designes på”

Hva slags type problemstilling vi opererer med, vil i følge Jacobsen (ibid) være definert ut fra om problemstillingen er klar/uklar, beskrivende/forklarende, og om vi ønsker å generalisere eller om generalisering er mindre viktig. Vår problemstilling springer ut fra en induktiv tilnærming, og vi ønsker å avdekke ulike faktorer som er av betydning for hvordan reformer gjennomføres, oppfattes og påvirkes av statlige finansieringsordninger, heller enn å teste hypoteser sett i lys av tidligere forskning og/eller teori og dermed komme fram til forklaringer. Vi valgte derfor en beskrivende/eksplorerende problemstilling, og ønsker å utdype gjennom beskrivelser, noe om et fenomen vi vet lite om fra før.

Ved å formulere en problemstilling avgrenset vi hva vi skulle se på, og dermed også hva vi ikke så på. En slik avgrensning skjer både eksplisitt og implisitt, men Jacobsen (ibid) mener at så langt som mulig, bør valg av problemstilling gjøres eksplisitt ved at vi sier klart fra om hva man forsker på, eller hva man ikke forsker på. Implisitt skjer avgrensningen mer ubevisst, ut fra den enkeltes antagelser eller “før-dommer” om hvordan verden ser ut. Personer som skal studere samme tema vil derfor konsentrere seg om ulike ting. Vår undersøkelse er derfor preget av de erfaringer, holdninger, verdier og profesjonsbakgrunner vi har med oss. Vi har egne erfaringer med de reformene og finansieringsordningene vi har studert, og vår forskning er inspirert av disse. Gjennom forskningsspørsmålene våre er det tydeliggjort at vi forsker på statlige finansieringsordninger betydning for rus- og psykiatrifeltet, organisering og tjenestetilbud på rus- og psykiatrifeltet, samt hvilke finansieringsordninger ulike aktører vurderes som optimale for tjenestelevering og kvalitet på rus- og psykiatrifeltet. Allerede gjennom problemstilling og forskningsspørsmål, sa vi dermed noe om at formålet med vår undersøkelse heller var å oppnå mer klarhet og kunnskap om et fenomen, enn å generalisere ut fra en hypotese eller teori.

4.2 Valg av design

Metode er altså en måte å gå fram på for å samle inn data om virkeligheten, og problemstilling og forskningsspørsmål ble styrende også for vårt valg av metode og forskningsdesign. Jacobsen (2005) viser til at man i enhver undersøkelse må finne best egnet undersøkelsesdesign, da det finnes ulike typer design som passer til ulike typer problemstillinger. Valg av undersøkelsesdesign bestemmes ut fra om man ønsker å gå i dybden (intensiv design) eller i bredden (ekstensiv), og om man velger en kvalitativ eller

kvantitativ tilnærming. I det følgende vil vi gjøre rede for og argumentere for våre valg av undersøkelsesopplegg.

4.2.1 Ekstensiv versus intensiv design

En ekstensiv design kjennetegnes ved at man har mange undersøkelsesenheter, men få variabler/fenomen man vil undersøke. Jacobsen (2005, s. 93-94) viser til at ekstensive design er velegnet i undersøkelse hvor man har som formål å:

1. Få en presis beskrivelse av omfanget, utstrekningen og/eller hyppigheten av et fenomen på tvers av ulike kontekster.
2. Generalisere funn fra et utvalg til en populasjon.

Jacobsen (2005, s. 89-90) sier videre at jo mer ekstensive undersøkelsesoppleggene blir, jo mer generelle blir de. Med generell menes både at individuelle forskjeller som finnes i forståelser av et fenomen forsvinner, da det som er felles for flere settes i søkelyset, men også i betydningen generaliserbar.

Det intensive designet kjennetegnes ved at man går i dybden på noen få enheter, men ser på mange variabler. Dette på grunn av at intensive design er ressurskrevende. Jacobsen (ibid) viser til at intensive design er godt egnet i studier hvor man har som formål å:

1. Få frem så mange nyanser og detaljer som mulig i selve fenomenet.
2. Få en så helhetlig forståelse som mulig av forholdet mellom undersøkelsesenheten og den konteksten undersøkelsesenheten inngår i

Begge undersøkelsesdesignene har sine styrker og svakheter, og ideelt sett burde man gå både i dybden og bredden. Dette er ofte praktisk umulig ut fra ressursmessige hensyn. Når det gjelder valg av design anbefaler Jacobsen (ibid) intensive design i undersøkelser der man er interessert i å forklare eller forstå hva som skjer i en spesifikk hendelse eller situasjon, eller der man har en uklar eller dårlig forstått problemstilling. Vår problemstilling og forskningsspørsmål er av beskrivende og eksplorerende karakter, og vi så på hvordan to nasjonale reformer (psykiatireformen og rusreformen) ble implementert på kommunalt nivå ved bruk av øremerkede midler. Vi undersøkte videre om endret økonomisk virkemiddelbruk fikk konsekvenser for organisasjonsstruktur og tjenestetilbud. Vi ønsket altså å forklare og forstå noe som skjedde i en spesifikk situasjon. Vi ønsket videre å komme frem til en helhetlig forståelse når det gjaldt ulike statlige finansieringsordningers betydning for hvordan man opplevde det kommunale handlingsrommet på rus- og psykiatrifeltet. Av den grunn ble det viktig å få frem så mange nyanser og detaljer som mulig, fra ulike aktører i kommunene. Vi fant derfor at det riktige undersøkelsesdesignet for vår studie ble en intensiv design.

4.2.2 Case-studie versus små-N-studie

Innenfor intensive design viser Jacobsen (2005) til to ulike typer undersøkelser man kan velge å gjennomføre:

- Casestudier
- Små N-studier

Innenfor samfunnsvitenskapelig forskning er det uenighet om hva case-studier er, eller bør være, men Nyeng og Wennes (2006) viser til at de fleste legger vekt på at det dreier seg om ett eller noen få tilfeller som gjøres til gjenstand for inngående studier. Vi valgte å legge følgende forståelse til grunn, slik det fremkommer hos Jacobsen (2005, s. 90):

“ Betegnelsen “case” kommer av det latinske casus og understreker betydningen av det enkelte tilfelle. Terminologien vektlegger derfor at det dreier seg om ett eller noen få tilfeller som gjøres til gjenstand for inngående studier. Enten fordi det bare finnes kun en eller noen få, eller fordi det bare er en eller noen få caser som er tilgjengelige for forskeren. Ofte er idealet å gå i dybden på en case, og presentere en helhetlig analyse som står på egne bein. Undersøkelsesenheten ses som et komplekst hele, der mange underenheter og deres forhold til hverandre pensles ut “.

Jacobsen (ibid) viser til følgende situasjoner hvor case-studie er godt egnet:

- Når vi ønsker en dypere forståelse av en spesiell hendelse
- Når vi ikke vil teste teorier eller generalisere funn
- Når vi ønsker å beskrive hva som er spesifikt med et spesielt sted
- Til teoriutvikling
-

Små- N-studier kan lett forveksles med case-studier, siden de har mange felles likheter. I små- N-studier velger man ut noen få enheter, som regel mellom 5-10, fra ulike kontekster, og går i dybden på den enkelte enhet. Små- N-studier egner seg godt dersom man ønsker seg rike og detaljerte beskrivelser av et fenomen Det som skiller små- N-studier fra case-studier, er at man har fokus på fenomenet, og hvordan man skal få belyst det fra ulike ståsted, ikke konteksten (en spesiell situasjon eller hendelse). Jacobsen viser til at det ikke er noen klar grense mellom case- og små-N-studier, men at en tommelfingerregel kan være å bruke case-studier når vi ønsker å beskrive et spesielt sted eller situasjon. Ønsker vi rike og detaljerte beskrivelser av et fenomen, bør vi velge små-N-studier (D. I. Jacobsen, 2005, s. 93).

I vår undersøkelse ønsket vi å få frem en dypere forståelse av hvilken betydning valg av ulike statlige finansieringsordninger får for tjenestetilbud og organisering av det kommunale rus- og psykiatrifeltet. Vi måtte derfor undersøke situasjoner hvor statlige overføringer ble gitt som øremerkede midler og tilskuddsordninger, og situasjoner hvor statlige overføringer har

vært lagt i rammetilskuddet. Siden norske kommuner varierer sterkt både med tanke på innbyggertall, økonomi, organisering og geografisk beliggenhet vil konteksten kunne ha betydning for hvordan finansieringsordningene oppleves. Vi valgte derfor å gjennomføre en case-studie. Dersom formålet med undersøkelsen var å innhente mest mulig synspunkt og informasjon om selve fenomenet “statlige finansieringsordninger” kunne vi med fordel valgt en små-N-studie, og innhentet informasjon fra ulike aktører i flere kommuner.

Jacobsen (2005, s. 98) viser til at mange case-studier fokuserer bare på en enkelt case og ønsker å beskrive og forstå, og kanskje også å forklare casen. Case-studier brukes likevel ofte også til å si noe mer generelt ved et fenomen, og man går fra det spesielle til det generelle. Ved at forskeren kan gå i dybden av en enhet, for eksempel en organisasjon, kan man komme frem til detaljerte og inngående beskrivelser av et fenomen. Dette gir igjen mulighet for å kunne trekke deskriptive slutninger, og gi innsikt i hvorvidt et fenomen fører til noe annet, det vil si kunne trekke kausale slutninger. Svakheter med case-studier er at det kan være utfordrende å utlede generelle betraktninger om gruppen på bakgrunn av en studie av én enhet. Fakta om ett medlem av en gruppe er ikke nødvendigvis representativt for hele gruppen. Det er også ofte utfordrende å identifisere en årsakssammenheng kun ved hjelp av en case-studie, da det ofte kan være mange fenomener som kan påvirke et gitt utfall. Det rår likevel enighet om at case-studier kan være nyttige. De brukes både som frittstående studier og til å finne frem til beskrivelser eller hypoteser om årsakssammenhenger som etterpå kan testes ved hjelp av statistiske metoder.

4.2.3 Komparative case-studier

I følge Wennes og Nyeng (2006) er det vanligste å studere en eller to caser. Å studere mange case gjør det vanskeligere å få tak i det som er særegent ved en organisasjon. Å studere en case gir muligheter for dette, men gir ikke mulighet for analyser der en sammenligner med andre case. En komparativ case studie gir muligheter for å sammenligne ulike case, f. eks en bykommune og landkommune med samme innbyggertall. Vi kan også velge å sammenligne like case, f.eks. to landkommuner med samme innbyggertall, eller sammenligne mest mulig ulike case, f.eks. en stor bykommune og en liten landkommune (D. I. Jacobsen, 2005, s. 98-100).

I vår oppgave ønsker vi å se på hvordan statens finansielle styringsverktøy som øremerkede midler, tilskuddsordninger og rammetilskudd påvirker kommunenes handlingsrom på rus og psykiatrifeltet. Dette forutsetter at vi går i dybden og undersøker flere variabler. En komparativ case-studie med to kommuner gir oss imidlertid mulighet til både å gå i dybden og se på det som er spesielt og særegent ved en kommune, men også til å analysere og sammenligne funn i en kommune med funn i en annen kommune. Dette gir muligheter for å

finne ut av likheter og forskjeller mellom kommunene, og til å kunne si noe om kontekstens betydning.

Levering av velferdstjenester har sammenheng med kommunens inntektsgrunnlag, og vi har derfor valgt kommuner med noenlunde like muligheter for egne inntekter gjennom skatter og avgifter, og noenlunde likt statlig overføringsgrunnlag basert på folketall og annet beregningsgrunnlag. Som komparative case har vi derfor valgt kommuner som er tilnærmet like i forhold til følgende variabler: Kommunene har et innbyggertall på mellom 7.000-8.000 og er noenlunde lik i geografisk størrelse. Kommunene er også noenlunde lik i forhold til demografiske utfordringer; herunder et økende antall eldre og lav befolkningstilvekst. De fleste av kommunenes innbyggere bor i eller nær kommunesenterene, men et stort antall av innbyggerne bor også spredt over store geografiske areal. Kommunene ligger i samme fylke og er typiske industri- og kraftkommuner, men hvor også jordbruk og skogbruk er andre relevante næringer. I begge kommunene utgjør skatteinntekter fra kraftverkene sammen med de statlige overføringene viktige element i kommuneøkonomien. Begge kommunene ligger også over landsgjennomsnittet når det gjelder levering av velferdstjenester på de fleste områder.

Vi er interessert i å finne ut av likheter og forskjeller i hvordan de to kommunene har oppfattet, tolket og forstått de nasjonale føringene og satsingene på rus og psykiatrifeltet over tid, og hvilken betydning ulike statlige finansieringsordninger har hatt for implementeringen. Vi har derfor valgt å sammenligne to kommuner som i perioden med opptrappingsplaner og øremerkede midler, satset og bygde ut tjenestetilbudene på rus- og psykiatrifeltet i tråd med de nasjonale føringene. Siden fylkenes rusrådgivere hadde ulik praksis i oppfølgingen av kommunene i perioden med opptrappingsplaner for rusfeltet har vi valgt å sammenligne kommuner som ligger i samme fylke. Kommunene i vår case-studie har derfor hatt noenlunde lik tilgang til informasjon, tilskuddsmidler og oppfølging fra Fylkesmannen, og har vært kjent for å være svært proaktive på rus- og psykiatrifeltet og blitt sett på som foregangskommuner av andre kommuner i sitt fylke.

Vi ønsker å finne ut av hvorvidt den kommunale satsingen kan knyttes til de ulike statlige finansieringsordninger eller om det er andre kontekstuelle forhold som gjør seg gjeldende. Endringer i tjenestetilbud kan være begrunnet i at kommunale politikere eller administrativ ledelse kan ha andre prioriteringer enn staten og tjenesteutøvere på det aktuelle området. Det har derfor vært viktig for oss å sammenligne kommuner som gjorde endringer i tjenestetilbud når de finansielle ordningene endret seg. Etter at de øremerkede tilskuddene ble innlemmet i rammetilskuddet har kommunene rapportert ulikt omkring aktiviteten videre. I følge tall fra KOSTRA har kommune Vest rapportert samme antall årsverk etter overgangen til rammetilskudd både på rus- og psykiatrifeltet, mens kommune Øst rapporterte færre årsverk på rus og psykiatri i 2009 og 2013. For 2015 har kommune Øst igjen rapportert økte årsverk.

Ved at vi går i dybden og studerer lokale planer på ulike nivå og innhenter ulike aktørers meninger i den enkelte kommune, kan vi avdekke spenninger mellom ulike målstrukturer som nasjonale mål og kommunale mål, faglige mål og økonomiske mål. En komparativ case-studie gjør det mulig for oss å sammenligne likheter og forskjeller mellom kommunene, og dermed kan vi også si noe om betydningen av forhold som kan være knyttet til konteksten og det som særpreger kommunen, eller om likheter/forskjeller opptrer uavhengig av kontekstuelle forhold.

De statlige styringsverktøyene medfører ulike styrings- og ledelsesutfordringer for kommunal sektor. Hvilke styrings- og ledelsesutfordringene som gjør seg gjeldende kan også være knyttet til organisasjonsstrukturen. Siden vi ønsker å finne svar på hvordan ulike finansieringsordninger påvirker rus- og psykiatrifeltet, og for å se hvilken sammenheng det kan være mellom finansieringsordninger og tjenestetilbud og organisering, var det viktig for oss å finne fram til kommuner som hadde en noenlunde lik satsing på rus og psykiatrifeltet i perioden med opptrappingsplaner, men som hadde ulik organisering av tjenestetilbudene. I vår case-studie har vi derfor valgt kommuner med ulik organisasjonsstruktur av politisk og administrativ ledelse, og som har organisert tjenestetilbudene på rus- psykiatrifeltet ulikt. En komparativ case-studie gir oss anledning til å belyse hvilke ledelses- og styringsutfordringer som kan knyttes til organisasjonsstrukturer, og hvilke ledelses- og styringsutfordringer som kan være av mer generell karakter og være knyttet til styringsverktøy eller styringsform.

En komparativ case-studie med to kommuner som er noenlunde lik på en rekke områder, men ulike på andre områder, gir oss gode muligheter til å få en bedre forståelse og svar på vår problemstilling og våre forskningsspørsmål. Ved at vi kan avdekke både likheter og forskjeller mellom kommunene, kan vi gjennom en komparativ case- studie også avdekke kontekstens betydning for likhetene og forskjellene.

4.2.4. Presentasjon av case:

I det følgende vil vi gi en nærmere presentasjon av kommune Vest og kommune Øst. Vi vil først si noe generelt om kommunenes økonomiske situasjon og hvilke utfordringer kommunene har. Deretter sier vi noe om hvordan satsingen på rus- og psykiatrifeltet har vært, og hvordan tjenestetilbudene har vært organisert før og under opptrappingsperioden. Vi bruker figurer for å vise ulikheter mellom kommunene når det gjelder politisk og administrativt organisering, og for tjenesteleveringer på rus- og psykiatrifeltet. Ulikheter i forhold til politisk og administrativ organisering blir interessant med tanke på besvarelsen av vår problemstilling og forskningsspørsmål, siden det kan være noe med organiseringen i kommunen som gjorde at finansieringsordningene fikk ulike effekter for kommunene. Hvorvidt modellene presenterer samstyring eller ikke, er noe vi ser på i analysen vår. Vi finner derfor kommune Øst og Vest svært godt egnet som case for å belyse både ledelses- og styringsutfordringer, utfordringer i

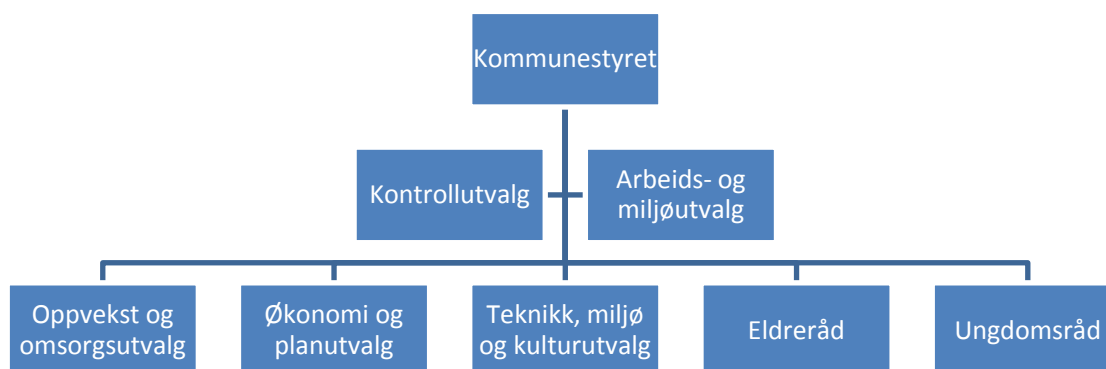
forhold til organisering og tjenestelevering, og utfordringer som kan være relatert til ressurser og finansieringsordninger.

Kommune Vest:

Kommune Vest har stort sett hatt en god og stabil kommuneøkonomi i lengre tid, og kommunen har et netto driftsresultat som gir et økonomisk handlingsrom utover driftsnivået. Kommunens egne inntekter sikres gjennom eiendomsskatt fra næringsseiendommer, verker og bruk i hele kommunen, samt på boliger nær kommunesenteret. Kommunen er kjent for å levere gode velferdstjenester på alle områder, og forventningene fra innbyggerne er høye. Kommune Vest har siden 1970 opplevd nedgang i befolkningsutviklingen, og befolkningsnedgangen utgjør en alvorlig “trussel” for kommunen.

Kommune Vest har også hatt stor stabilitet i politisk ledelse, og gjennom mange år har Arbeiderpartiet vært det klart største partiet. De siste tre periodene har man hatt en “rødgrønn” samarbeidsplattform som har gjort at politikken som gjennomføres har bred politisk forankring. Når det gjelder den politiske organiseringen har kommune Vest en hovedutvalgsmodell, med tre likestilte utvalg (figur 1). Innenfor sine budsjett og vedtatte rammer har de ulike utvalgene innstillingsrett til kommunestyret. Oppvekst og omsorgsutvalget har ansvar for alt som vedkommer rus- og psykiatrifeltet, og er med i både utarbeidelse og godkjenning av rus- og psykiatriplaner. Økonomi- og planutvalget har i tillegg en formannsskapsfunksjon i saker hvor det er lovpålagt.

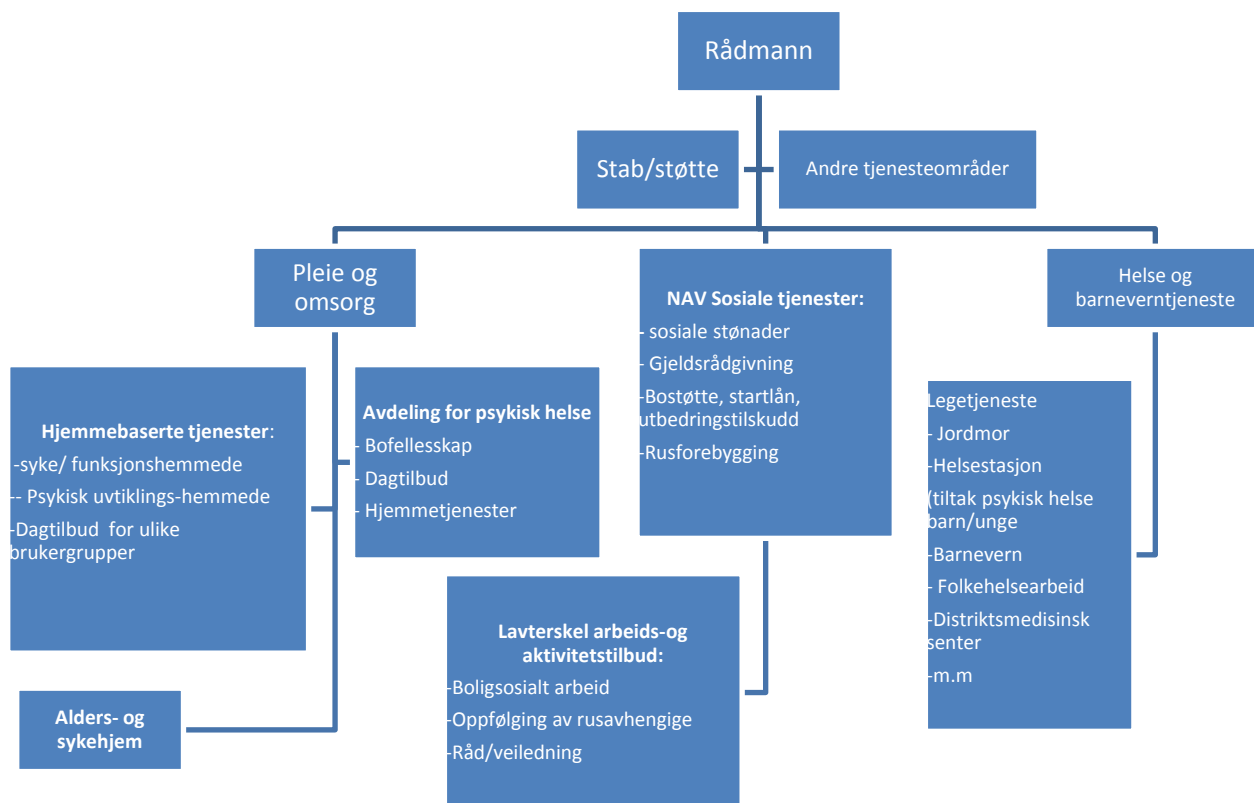
Figur 1: Oversikt politisk organisering kommune Vest



Administrasjonen er organisert i servicekontor, tre staber og ti tjenester/virksomheter (figur 2). Psykisk helsearbeid for voksne er organisert under Pleie- og Omsorgstjenestene med en pleie- og omsorgssjef som leder. Psykisk helsevern for barn og unge er lagt til en egen enhet

for helse og barneverntjenester. Rusarbeidet ligger til NAV. Figur 2 viser hvordan tjenestetilbudene på rus- og psykiatrifeltet er organisert i dag.

Figur 2: Oversikt administrativ organisering helse- og omsorgstjenester i kommune Vest.



På bakgrunn av Stortingsmeldingene på 1990-tallet, utarbeidet kommunen handlingsplaner og etablerte dagtilbud og styrket kompetansen hos ansatte i hjemmesykepleien ved hjelp av øremerkede tilskudd. Under opptrappingsperioden ga øremerkede tilskudd flere faste stillinger og økt kompetanse/utdanning, og i tillegg til en styrking av hjemmetjeneste og dagsenter, ble det opprettet et bofellesskap med 5 plasser. I tråd med de nasjonale føringene ble 20 % av tilskuddet brukt til en satsing på barn og unge gjennom en styrking av skolehelsetjenesten og helsestasjonstjenesten.

Under NAV-reformen i 2006 ble hele sosialtjenesten lagt til NAV, herunder også rusarbeidet. Under perioden med opptrappingsplan for rusfeltet ble NAV tildelt prosjektmidler til 1,5 stilling, og man etablerte et oppsøkende rusteam. I 2013 ble det opprettet en fast stilling til oppfølging av rusavhengige, og i tillegg en 50 % prosjektstilling som er finansiert av fylkesmannen og helseforetakene. Denne tenkes å videreføres når prosjektperioden er over. Rusarbeiderne er i dag samlokalisert med et lavterskel sysselsettingstilbud, og rusmisbrukere med behov for sammensatte tjenester blir fulgt opp gjennom dette tiltaket. Tiltaket er tverrfaglig sammensatt med en stilling som driftsansvarlig, 1,5 rusmedarbeider, og en fagarbeider.

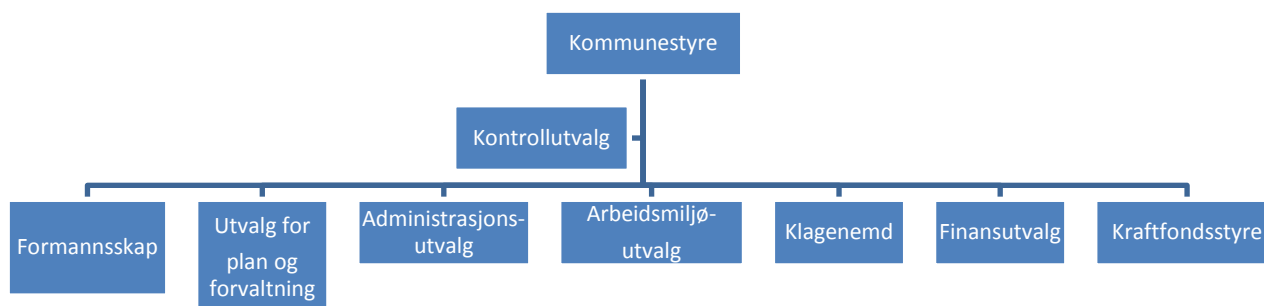
Frem til 2009 jobbet de ansatte med videreutdanning i psykiatri og rus i alle avdelingene i hjemmesykepleien. I 2009 ble det opprettet en egen avdeling for psykisk helse. I 2014 etablerte man en egen sone/avdeling for psykisk helse under Pleie-og omsorgstjenesten, med råderett over egne ressurser. Tidligere hadde man avgitt en del ressurser til den ordinære hjemmesykepleien på kvelder og helg. Omorganiseringen førte til et tettere samarbeid med NAV i forhold til brukergruppen med samtidige rus og psykiske lidelser, og denne brukergruppen får oppfølging og tjenestetilbud fra begge instanser. Pr. i dag er kommunen er tildelt statlige prosjektmidler til en 100 % stilling som skal se nærmere på hvordan samhandlingen mellom rus og psykiatarbeidet innad i kommunen og mot spesialisthelsetjenesten bør utvikles og organiseres videre.

Kommune Øst:

Kommune Øst har de siste årene opplevd en inntektssvikt, samtidig med et stort overforbruk av ressurser. Kommunen har en stram driftsøkonomi, hvor hver inntektskrone er bundet opp i drift. Uten en reduksjon av driftsnivået har ikke kommunen handlingsrom eller rom for investeringer. For inneværende budsjettår har alle sektorer fått beskjed om innsparinger på 5 %. Kommune Øst er kjent for å gi flere og bedre velferdstjenester til sine innbyggere enn andre kommuner, men har utfordringer i forhold til demografi og befolkningsutvikling.

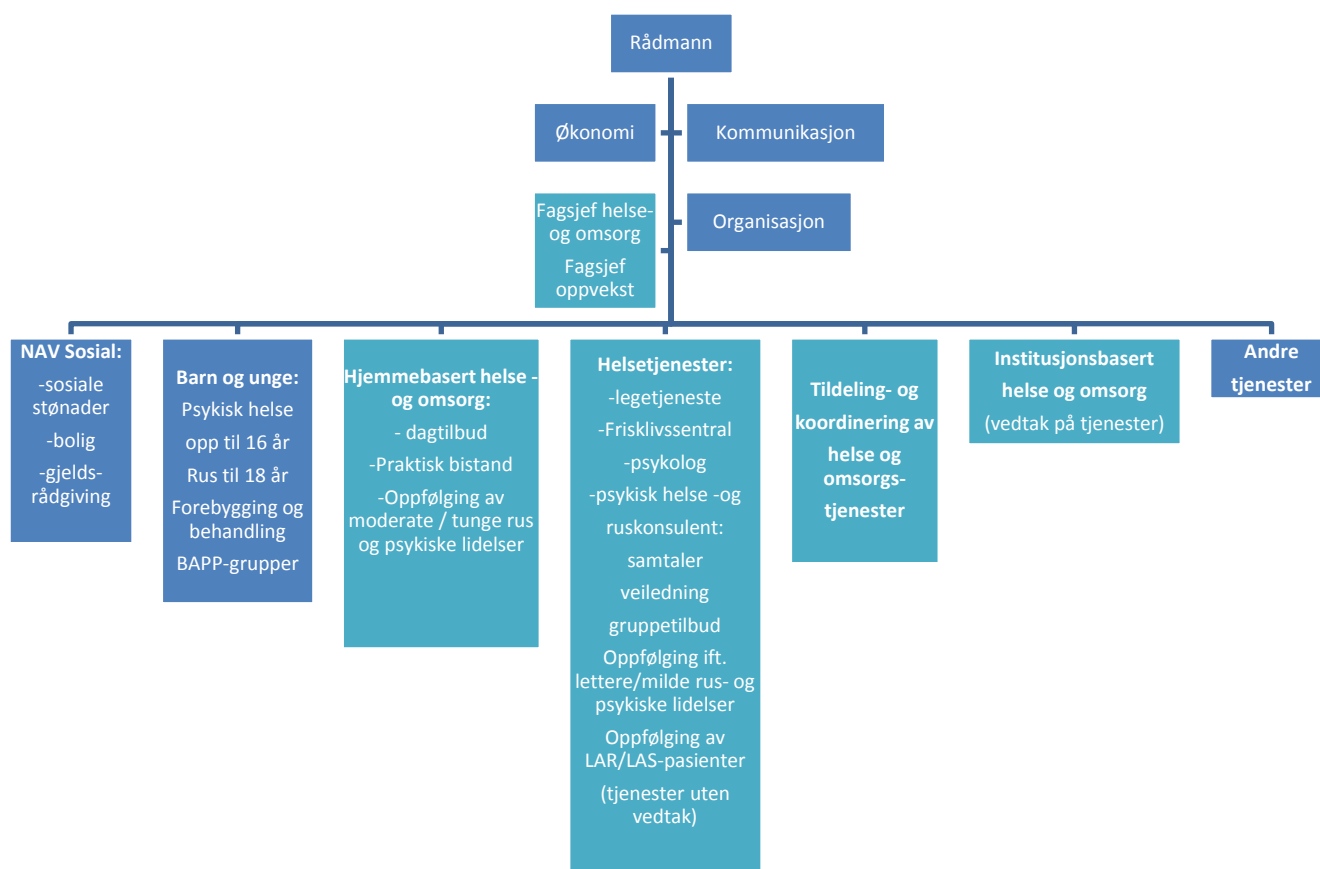
Kommune Øst har som nevnt tidligere, i all hovedsak gått bort fra en hovedutvalgsmoell og opererer med nå med formannskap og kommunestyre (figur 3).

Figur 3: Oversikt politisk organisering kommune Øst



Utover det som fremkommer av Rådmannens forslag til budsjett og planer, har politikerne ingen direkte koblinger til det administrative arbeidet. De siste to årene har det vært innført dialogmøter mellom administrativ og politisk ledelse 1-2 ganger i året, der man diskuterer ulike tema. Administrativt har man en to-nivå-modell med direkte linje fra rådmannen til de enkelte virksomhetene (figur 4).

Figur 4: Oversikt administrativ organisering helse og omsorgstjenester kommune Øst



Hvert tjenesteområde har sin virksomhetsleder med rådmannen som nærmeste overordnede. Rådmannen har en støttestab bestående av fagsjefer for ulike områder, som kan få delegert myndighet i visse saker. For rus- og psykiatritjenester til voksne, er det fagsjef helse- og omsorg som er rådmannens faglige "støtteperson". Fagsjefen har en "rådgivende" funksjon overfor «sine» virksomhetsledere, men har ingen direkte instruksjonsmyndighet. Pr. i dag er tjenester til rus- og psykisk helse organisert som figur 4 viser, men kommunen er i gang med en evalueringsprosess som kan medføre en endret organisering.

Fra midten av 1990-tallet var også kommune Øst i gang med å bygge ut boliger og dagsentertilbud til psykiatrispasienter, og å øke kompetansen. Under perioden med opptrappingsplaner ble det satset videre på økt antall årsverk og økt kompetanse, og man organiserte de fleste tjenestetilbud i en egen avdeling for psykisk helsearbeid under Helse- og sosialenheten sammen med sosial-, barnevern-, jordmor-fysio/ergoterapi og helsesøstertjenesten. Under NAV-reformen i 2008, valgte man en såkalt minimumsløsning, og bare økonomiske stønader ble lagt til NAV. Man opprettet en ny barne- og familieenhet, og samlet all fagkompetanse på rus og psykisk helse i denne enheten. Avdelingen bisto med råd og veiledning til andre kommunale instanser, herunder hjemmebasert omsorg. Gjennom

statlige tilskuddsordninger fikk kommunen midler til en ruskonsulentstilling i 2010, som i ettertid ble en fast stilling. I tillegg benyttet kommunen seg av statlige tilskuddordninger for kompetansehevede tiltak, slik at flere ansatte tok videreutdanning innenfor rus og psykisk helse. I 2013 omorganiserte man helse- og omsorgssektoren. Ansvar, ressurser, tjenestelevering og kompetanse på psykisk helse og rus, ble fordelt på fire nye enheter; kurativ helseenhet, hjemmebaserte tjenester, barn og unge, og en koordinerende enhet.

4.2.5 Oppsummering:

Kommune Øst og kommune Vest har valgt ulike organisasjons- og styringsstrukturer. Hva angår politisk organisering har kommune Vest en styringsmodell med ulike hovedutvalg som er ansvarlig på sine sektorområder. Kommune Øst har gått bort fra hovedutvalg, og opererer bare med formannsskap og kommunestyre. Når det gjelder den administrative strukturen har begge kommuner en såkalt to-nivå modell, med virksomheter direkte underlagt rådmannsnivå. Vi finner imidlertid at Kommune Vest har en mer «modifisert» to-nivå modell med et reelt «mellomledernivå» ved at pleie- og omsorgssjef har sektoransvar for både psykisk helse, hjemmebaserte- og døgnbaserte tjenester. Kommune Øst har en tradisjonell og mer rendyrket to-nivå modell uten et mellomledernivå, men har imidlertid en fagsjef for helse- og omsorg i rådmannens stab. For å gi leseren bedre oversikt over forskjellene mellom kommunenes organisasjonsstrukturer, omtaler vi kommune Vest`s organisasjonsstruktur som en moderat modell, og kommune Øst`s organisasjonsstruktur som en tradisjonell modell når vi drøfter organisasjonsstrukturens betydning i kapittel seks. Dette selv om begrepene ikke er fullt ut dekkende for beskrivelsen.

4.3 Datainnsamling og datakilder

Ut fra et hermeneutisk/fortolkende vitenskapsteoretisk ståsted, en intensiv design med en komparativ case-studie, vil vi i det følgende gjøre nærmere rede for våre metoder for datainnsamlingen, og hvilke datakilder vi har valgt å legge til grunn. Vi vil først gjøre rede for kvalitative og kvantitative tilnærminger, og begrunner hvorfor vi har valgt en kvalitativ tilnærming.

4.3.1 Kvalitativ versus kvantitativ metode

I følge Jacobsen (2005, s. 32) handler valg av kvalitativ eller kvantitativ tilnærming om hvilken form for informasjon vi henter inn; tall eller ord. Også innenfor samfunnsvitenskapene er det vanlig å bruke kvantitative metoder. Jacobsen (ibid s. 135) viser til at det stadig er flere forskere som mener at det er liten prinsipiell forskjell mellom de to ulike metodiske tilnærmingene. Begge tilnærmingene har sine styrker og svakheter, og at de derfor må betraktes som utfyllende, ikke konkurrerende. Jacobsen (ibid) opererer med en oversikt over når de ulike tilnærmingene egner seg best.

Tabell 4: *Oversikt over når ulike tilnærminger egner seg best*

	Kvantitativ metode	Kvalitativ metode
Bør benyttes når vi har:	God kunnskap om fenomenet vi skal undersøke	Lite kunnskap om fenomenet vi skal undersøke
- Når vi skal	Teste teorier og hypoteser	Utvikle nye teorier og hypoteser
- Når vi har	Ønske om å generalisere (vite litt om mange enheter)	Ønske om mye informasjon om få enheter (ikke generalisere)
- Når vi vil	Finne ut hvor ofte et fenomen forekommer	Finne ut hva som er innholdet i et fenomen
Fordeler	Mange enheter	Dybde og detaljforståelse
	Mulighet for å generalisere fra utvalg til populasjon med stor grad av sikkerhet	Helhetlig forståelse av fenomen/situasjon/individ
	Relativt lave kostnader	Fleksibilitet i datainnsamlingen
Ulemper	Overfladisk informasjon	Uoversiktlig og for detaljert informasjon
	Rigiditet i datainnsamlingen	
	Vi påtvinger mennesker spesielle meninger gjennom standardiserte spørsmål og svaralternativ	Høye kostnader, spesielt i analysefasen
	Analytisk avstand kan gi lav forståelse	Nærhet til respondenten kan ødelegge evnen til analytisk avstand
		For stor fleksibilitet kan føre til at undersøkelsen aldri blir ferdig

Kvantitativ tilnærming har som utgangspunkt at den sosiale virkeligheten kan måles ved hjelp av instrument og metoder i form av tall, som så kan behandles ved hjelp av statistiske teknikker. En slik metode forutsetter at virkelighetsopplevelsen til de som undersøkes, kan settes inn i faste svaralternativ og at forskeren har kunnskap om det fenomenet han skal undersøke. Fenomenet må videre være definert på en meningsfull måte for dem som skal svare. I tillegg forutsettes det at fenomenet er strukturerbart. Kvantitative data er uttrykte i form av tall, noe som gjør det lett å behandle og standardisere data, og en kan få god oversikt over et omfattende materiale. Tallene er enten uttrykk for faktiske tall, eller som symboler for ord. Jacobsen (2005, s. 132-134) sier at kvantitativ tilnærming er godt egnet i undersøkelser der man skal innhente informasjon om målbare størrelser som beskriver omfang og hyppighet. Det samme gjelder for undersøkelser hvor man har et avklart forhold til hva man ønsker svar på gjennom en klar problemstilling, og når man skal undersøke mange enheter for å generalisere til en større populasjon.

Den kvalitative tilnærmingen legger vekt på å få tak i hvordan mennesker tolker den sosiale virkeligheten. Det blir derfor viktig å beskrive verden slik informatøren opplever den, og det

kan best gjøres gjennom deres egne ord. Nærhet mellom forsker og forskningsobjekt blir sentralt, slik at forskeren får mulighet til å gå dypere inn i den enkeltes forståelse og fortolkning. Forskeren må gå inn i en mest mulig likeverdig relasjon til forskningsobjektet og forsøke å forstå disse på deres egne premisser. Kvalitative data er fremstilt i form av ord, og det blir lagt vekt på å få frem detaljer, nyanser og det unike ved hver respondent. Forskeren har i liten grad bestemt på forhånd hva man skal lete etter, og først etter at informasjon er innhentet, blir data kategorisert og man ser etter sammenhenger. Kvalitative tilnærminger er derfor godt egnet i undersøkelser med beskrivende og eksplorerende problemstillinger, hvor formålet er å utdype et fenomen som man vet lite om (ibid).

Siden vi er ute etter å utvikle nye forståelser/teorier, ble det derfor naturlig i vår undersøkelse å velge en kvalitativ tilnærming. Den kvalitative tilnærmingen legger vekt på å få tak i hvordan mennesker tolker den sosiale virkeligheten og blir fremhevet som best egnet når man ønsker å få frem nyanser og detaljer, og søker en helhetlig forståelse. Kvalitativ metode ga oss dermed noen fordeler når vi skulle finne ut av hvilken betydning øremerkede midler og rammetilskudd har hatt for organiseringen og tjenestetilbudene på rus- og psykiatrifeltet i kommune Øst og Vest. Dette visste vi lite om, utover det som kom frem gjennom KOSTRA-rapporteringene, men KOSTRA-tallene sier lite annet utover kommunens rapporte årsverk på kompetanse og tjenester på rus og psykiatrifeltet. Siden ord formidler mening på en annen måte enn tall, kunne vi finne ut mer ved å gå i dybden og få detaljerte beskrivelser og meninger fra ulike aktører om både tjenestelevering, ledelses- og styringsutfordringer ved ulike organisasjonsstrukturer, og ulike finansieringsordninger, når vi hentet inn informasjon i form av ord.

I kvalitativ metode blir nærhet mellom forsker og forskningsobjekt viktig. Forskeren må gå inn i en mest mulig likeverdig relasjon til forskningsobjektet og forsøke å forstå disse på deres egne premisser. Ved at vi begge har lang fartstid fra offentlig sektor, og jobber innenfor fagfeltet, ble det lettere for oss å kunne sette oss inn i den enkeltes forståelse og fortolkning. Kvalitativ metode ga oss også noen fordeler når det gjaldt åpenhet. I kvalitativ metode har forskeren har i liten grad bestemt på forhånd hva man skal lete etter. Først etter at informasjon er innhentet, blir data kategorisert og man ser etter sammenhenger. Gjennom intervjuene fikk vi innspill som vi ikke hadde forventet, og innspillene kunne følges opp med utdypende spørsmål. På bakgrunn av ny informasjon kunne vi dermed samle inn flere data underveis.

Vi kunne også valgt å basere vår undersøkelse på en kombinasjon av kvalitative og kvantitative data. Vi kom imidlertid frem til at en metodetriangulering ville bli for omfattende i forhold til de rammer og ressurser vi hadde til rådighet.

4.3.2 Datakilder og utvalg

Innenfor en kvalitativ tilnærming kan man velge mellom flere datainnsamlingsmetoder; survey, observasjon, individuelle intervju, gruppeintervju, og dokumentundersøkelser. Som spesielt godt egnet, fremhever Jacobsen (2005) de fire sistnevnte metoder. Ved å bruke flere datainnsamlingsmetoder, får man avdekket ulike sider ved konteksten (Kvale et al., 2009). Vi har valgt å innhente data gjennom intervju, herunder semi-strukturerte intervju og gruppeintervju, og dokumentundersøkelser.

I alle undersøkelser må det gjøres et utvalg av enheter utfra hvorvidt man ønsker å generalisere eller ikke, og utvalg av enheter vil ha stor betydning for undersøkelsens pålitelighet og troverdighet, noe vi kommer tilbake til. Hvis ikke formålet er systematisk generalisering, kan man velge et pragmatisk utvalg (ikke-representativt utvalg av enheter). Er formålet statistisk generalisering må utvalget være representativt (sannsynlighetsutvalg). Vi har valgt en kvalitativ/intensiv design, hvor formålet er teoretisk generalisering. Her er det vanlig å operere med strategiske utvalg; dvs. utvalget er basert på dem vi tror er typiske representanter ut fra sine posisjoner, eller har mye kunnskap om det vi er interessert i. I følge Jacobsen (2005, s. 170) skal utvalget presentere et utsnitt av tema og variabler, kontekst, tid, personer og hendelser, ut fra hensikten med undersøkelsen.

I det følgende vil vi gå gjennom og begrunne våre valg av datakilder ut fra relevans for vår problemstilling. I kvalitative undersøkelser må vi skille mellom utvalg av enheter til intervju og utvalg til dokumentundersøkelser. Under presentasjonen av hver datakilde vil vi derfor også gjøre rede for og beskrive våre strategiske utvalg av intervjuinformanter og dokumenter.

4.3.2.1 Intervju

I følge Jacobsen er et åpent individuelt intervju en samtale mellom intervjuer og respondent (2005). Intervju i forskningsøyemed, er imidlertid noe annet enn en åpen og fri samtale mellom likestilte partnere, siden intervjuet innebærer en asymmetrisk maktrelasjon. Intervjueren har vitenskapelig kompetanse og setter i gang og definerer intervjusituasjonen. Intervjueren bestemmer også tema, stiller spørsmål og hvilke spørsmål som følges opp, og den som avslutter samtalen. I så måte er intervjuet en instrumentell dialog, og et middel til å få frem beskrivelser, fortellinger og tekster som forskeren kan fortolke og rapportere ut fra forskningsinteresse. Respondenten kan på sin side reagere med “motkontroll” og holde tilbake informasjon, snakke utenfor tema, stille spørsmål eller protestere, eller trekke seg fra intervjuet (Kvale et al., 2009).

Vi har valgt å bruke intervju som en metode for datainnsamlingen. Jacobsen (2005, s. 142) viser til at åpne, individuelle intervju egner seg best når man skal undersøke få enheter, når vi er interessert i hva det enkelte individ sier, og når vi er interessert i hvordan den enkelte fortolker og legger mening i et spesielt fenomen. Denne metoden fant vi derfor godt egnet til

å kunne undersøke ulike aktørers meninger om statlige finansieringsordninger for rus- og psykiatrifeltet på administrative nivå. Ved å foreta individuelle intervju av personer i ulike administrative stillinger, og med ulik tilknytning og kjennskap til rus- og psykiatrifeltet, kan vi få et mer helhetlig bilde av hvordan statlige finansieringsordninger kan oppleves å innvirke på det kommunale handlingsrommet på rus- og psykiatrifeltet.

4.3.2.1.1 Semistrukturerte intervju

Forskningsintervju har som mål å produsere kunnskap, og har derfor en viss struktur og hensikt (Kvale et al., 2009). Dette innebærer at intervjueren må styre samtalen i den retning han ønsker. Intervju kan ha ulike grader av åpenhet, og på forhånd må intervjueren velge hvor strukturert intervjuet skal være. Jacobsen (2005, s. 145) viser til 5 ulike nivå av strukturering:

1. Samtale uten intervjuguide, uten sekvens i samtalen.
2. Intervjuguide med tema, fast rekkefølge og kun åpne svar.
3. Intervjuguide med tema, fast rekkefølge og noen faste svaralternativ.
4. Spørsmål i en fast rekkefølge, innslag av åpne svar.
5. Spørsmål med faste svaralternativ i en fast rekkefølge.

I følge Jacobsen (ibid) bør man velge en middels grad av strukturering (semi-strukturerte intervju). Dette på grunn av at informasjonstilgangen blir mindre jo mer strukturert intervjuet er, og da kan man risikere å bevege seg bort fra det kvalitative idealet. Uten noen form for struktur, vil det bli for komplisert å behandle dataene. Vi valgte å bruke semi-strukturerte intervju, og finner at dette samsvarer med det Kvale og Brinkman (2009) omtaler som forskningsintervju. Det er hverken en åpen samtale eller en lukket spørreskjemasamtale men tar utgangspunkt i en intervjuguide som sirkler inn bestemte temaer, og som kan inneholde forslag til spørsmål. Målet med intervjuet er å frembringe kunnskap som er grundig utprøvd, og kunnskapen konstrueres i samspill mellom intervjueren og den intervjuede gjennom en utveksling av synspunkter om et tema som opptar dem begge (ibid). Ved å bruke semi-strukturerte intervju hadde vi en strukturering på intervjuet, og fikk dermed en begrensning på data. Dette var bevisst, fordi vi ønsket spesifikk informasjon rundt tema i problemstillingen og forskningsspørsmålene våre, og ut fra en intensjon om at bearbeidingen av de innsamlede data dermed ville bli lettere.

4.3.2.1.2 Tema i intervjuguide administrativt nivå

Før vi startet datainnsamlingen utviklet vi først en pilotguide med tema i en fast rekkefølge. Pilotguiden ble testet ut på respondenter i egne hjemkommuner; herunder virksomhetsledere i rus og psykiatri, samt en rådmann og en økonomisjef. På bakgrunn av erfaringer fra pilotintervjuene utviklet vi så en endelig intervjuguide, Til hvert tema hadde vi en rekke underspørsmål som skulle bidra til å belyse temaet, og med åpne svar. På bakgrunn av at vi

ønsket flest mulig ulike synspunkt om samme tema, brukte vi samme intervjuguide for alle aktørene i administrasjonen. Vi startet med en del generelle og innledende spørsmål av type stilling, fagbakgrunn, hvor lenge de har vært i stillingen og hvilken annen yrkeserfaring de har. Videre knyttet vi tema opp mot våre forskningsspørsmål, slik tabell 1 viser. Tema i intervjuguiden ble videre brukt som kategorier i analysen, jfr. tabell i pkt. 4.4.2

Tabell 5: Tema i intervjuguide

Forskningsspørsmål:	Tema:
<i>1. Hvordan påvirkes kommunale tjenestetilbud på rus- og psykiatrifeltet av statlige finansieringsordninger?</i>	1.1 Kommunale tjenestetilbud 1.2 Finansieringsordninger og tjenestetilbud 1.3 Begrunnelser for tjenestetilbud
<i>2. Hvordan påvirkes kommunens organisering av rus- og psykiatritjenestene av statlige finansieringsordninger?</i>	2.1 Organisering av tjenestetilbud 2.2 Ledelse og styring 2.3 Begrunnelser for organisering
<i>3. I hvilken grad er det enighet mellom de ulike aktørene om hvilke finansieringsordninger som er optimale for kommunens rus- og psykiatritjenester</i>	3.1 Finansiering og måloppnåelse 3.2 Finansiering og operasjonelle utfordringer

Til forskningsspørsmål 1: «*Hvordan påvirkes kommunens tjenestetilbud på rus- og psykiatrifeltet av statlige finansieringsordninger?*» knyttet vi en rekke underspørsmål opp mot tema tjenestetilbud og finansieringsordninger. Vi stilte spørsmål om tjenester på rus- og psykiatrifeltet før, under og etter perioden med opptrappingsplaner, og om overgangen til rammetilskudd medførte endringer eller utfordringer i videreføring av tilbudene. Vi spurte også etter meninger/begrunnelser for kommunens tjenestetilbud og hvorvidt respondentene mente det var samsvar mellom nasjonale mål/satsingsområder og kommunale mål/behov.

Til forskningsspørsmål 2: «*Hvordan påvirkes kommunens organisering av rus- og psykiatritjenestene av statlige finansieringsordninger?*» ønsket vi å vite mer om den enkelte aktørs kjennskap til hvordan tjenestetilbudene er organisert i dag, meninger om dagens organisering, og om overgang fra øremerkede tilskudd til rammetilskudd medførte organisasjonsmessige endringer. Vi stilte også spørsmål relatert til relasjoner mellom politisk /administrativ ledelse og ulike tjenesteutøvende organ, og spørsmål knyttet til utfordringer knyttet til samhandling/samarbeid med eksterne/interne aktører.

Til forskningsspørsmål 3: «*I hvilken grad er det enighet mellom de ulike aktørene om hvilke finansieringsordninger som er optimale for levering og kvalitet i kommunenes rus- og psykiatritjenester?*» hadde vi to tema. Under tema finansiering og måloppnåelse, stilte vi spørsmål om hvilken statlig finansieringsordning aktørene mente var best egnet for å oppfylle nasjonale mål på kommunalt nivå, og om hvilke finansieringsordninger som ga den enkelte

aktørs størst handlingsrom på rus- og psykiatrifeltet. Det andre tema var finansieringsordninger og operasjonelle utfordringer. Her stilte vi spørsmål rundt ulike finansieringsordningers betydning for faktorer som tjenestetilbud, omfang, kvalitet, varighet, organisering, forventninger, samhandling, tilpasning til lokale forhold og annet, og hvilken finansieringsordning man anså som best egnet for å nå nasjonale og kommunale mål for rus- og psykiatrifeltet i egen kommune. Vi spurte også etter meninger om annen virkemiddelbruk på rus- og psykiatrifeltet som lovgivning, veiledere/rådgivning og tilsyn/kontrollordninger.

Etter hvert tema spurte vi også informantene om de hadde noe å tilføye som vi ikke hadde spurt om.

4.3.2.1.3 Utvalg av informanter på administrativt nivå

Jacobsen (2005, s. 17) sier at individuelle intervju er tidkrevende og gir en stor mengde data, og det er derfor viktig å ha et bevisst forhold til hvem vi snakker med. På bakgrunn av dette, anbefaler Jacobsen (ibid) at vi først bestemmer hvor mange personer vi kan ha med i undersøkelsen ut fra tid og ressurser, og foretar et tilfeldig utvalg av det antallet vi har bestemt oss for, og så går kritisk gjennom de personene vi har trukket ut.

Ut fra en vurdering av tid og ressurser tenkte vi å intervju 8-10 personer, men endte med et utvalg på 11 personer. Dette på grunn av at vi oppdaget underveis i intervjurunden at det var andre personer i organisasjonen som satt med mer eksakt og nødvendig kunnskap om det vi var ute etter. For å få frem meninger og fortolkninger om hvordan bruken av øremerkede midler og rammetilskudd påvirker det kommunale handlingsrommet på rus- og psykiatrifeltet valgte vi å intervju personer i ulike administrative posisjoner. Hvilke meninger man har, kan være knyttet til hvilken stilling og posisjon man har i organisasjonen. Siden vår case er mellomstore kommuner, var ikke nødvendig å foreta tilfeldige utvalg fra den administrative ledelsen, men vi valgte informanter ut fra hvem vi trodde hadde mest kunnskap om problemstillingen vår, forskningsspørsmålene våre, og om tema i intervjuguiden vår. I kommune Øst gjennomførte vi intervju med en representant fra rådmannens stab, en økonomisjef og en regnskapsmedarbeider, en virksomhetsleder og to fagledere innenfor rus og psykisk helse. I kommune Vest intervjuet vi rådmann og økonomisjef, NAV-leder og en rusmedarbeider, samt en virksomhetsleder og en fagleder innen psykisk helse.

Virksomhetsledere og fagledere ble valgt på grunn av at vi tenkte de hadde stor kjennskap til tjenestetilbud og hvordan disse var organisert. Vi tenkte at de også hadde mange meninger om tjenestetilbud og organisering. Samtidig tenkte vi at de gjennom sine profesjonsbakgrunner hadde særskilt interesse for, og meninger rundt bruken av øremerkede midler og rammetilskudd som var viktige å få fram, og som kan være forskjellige fra andre aktører på andre nivå i organisasjonen. Vi valgte også å intervju rådmenn og økonomisjefer da vi tenkte de kunne ha andre meninger om bruk av rammetilskudd/øremerkede midler enn det

virksomhetsledere og fagledere kunne tenkes å ha. Rådmenn og økonomisjefer har heller ikke den samme nærheten til fagfeltet, og kan derfor belyse temaer som øremerkede midler kontra rammetilskudd ytterligere. Gjennom deres erfaringer fra andre kommunale områder hvor øremerkede midler har vært brukt kan vi dermed få et mer helhetlig bilde av fenomenet. Ved å intervju personer på ulike nivå i organisasjonen, med ulike profesjonsbakgrunner, roller og funksjoner ville vi få frem flere ulike meninger både om hvilke tjenestetilbud som gis, og meninger rundt hvordan disse tjenestetilbudene er, eller burde vært organisert. Vi vil dermed kunne si noe om hvilke spenninger som kan ligge i de ulike målstrukturene, og hvordan den enkelte aktør oppfatter og handler ut fra sin kontekst, ut fra sin stilling og rolle i organisasjonen. Dette kan også gi en større innsikt i hvilke styrings- og ledelsesutfordringer som er knyttet til de ulike statlige finansieringsordningene, og dermed gi oss et mer helhetlig bilde av hvordan statlige finansieringsordninger påvirker det kommunale handlingsrommet på rus- og psykiatrifeltet.

Utvalget ble tilslutt vurdert til å kunne dekke den bredden av representativitet i tema, variabler, kontekst og hendelser som vi mente var viktig med tanke på pålitelighet og troverdighet i vår undersøkelse, og til å få belyst problemstillingen vår på en best mulig måte.

Siden mange informanter meldte avbud til gruppeintervjuet ble det også foretatt individuelle intervju med ordfører i kommune Vest, samt telefonintervju med representant fra KrF i samme kommune, og med ordfører i kommune Øst. I disse intervjuene benyttet vi imidlertid intervjuguiden for gruppeintervju.

4.3.2.2 Gruppeintervju

Gruppeintervju egner seg godt i kvalitative studier hvor man ønsker å utvikle ny kunnskap eller for å utvikle nye problemstillinger. Kvale og Brinkman (2009, s. 162) viser til at målet med gruppeintervjuet er å få frem ulike synspunkt på en sak, ikke å komme til enighet, eller presentere løsninger, og er derfor velegnet i eksplorative undersøkelser. Jacobsen (2005, s. 154-155) viser til tre situasjoner hvor gruppeintervju egner seg svært godt. Det første er situasjoner hvor man diskuterer avgrensede tema. Dersom det er for stor spredning i tema vil spredningen i synspunkt kunne bli for stor, og analysen blir vanskelig. Den andre situasjonen er hvor man ønsker gruppensynspunkt og ikke individuelle synspunkt. Den siste situasjonen er når man ønsker å få en oversikt over hvor homogen eller heterogen en gruppe er.

Vi valgte å innhente data fra politisk ledelse gjennom gruppeintervju. Effektiv tjenesteproduksjon, bedre kvalitet i tjenester og demokrati er viktige begrunnelser for å la kommunene stå for velferdsproduksjonen, og er med på å gi kommunene sin legitimitet. Men dette er også målstrukturer som kan komme i konflikt med hverandre, og ulike politiske partier kan være uenig om hvilke statlige styringsformer som gir best resultat. Vi ønsket derfor å finne ut i hvilken grad den politiske ledelsen kunne enes om hva som var optimale

finansieringsordninger for kvalitet og tjenesteleveringen på rus- og psykiatrifeltet. Som i personlige intervju er også intensjonen i gruppeintervju å få frem individuelle erfaringer med et spesielt forhold eller en hendelse. Det kan være ulike synspunkt og erfaringer i en gruppe, og i et gruppeintervju må en gjerne argumentere for sitt syn. Vi ønsket å få tak i meninger om finansieringsordninger, om det var ulike meninger som kunne tilbakeføres til politiske ideologier, eller om det var mer pragmatiske/egennyttige interesser/tanker omkring demokrati, kvalitet, effektivitet som gjorde seg gjeldende. Gruppeintervju er derfor bedre egnet enn individuelle intervju for å få frem hvorfor man har et bestemt synspunkt. Flere, og gjerne ulike synspunkt i en gruppe, kan også bidra til at man får et større perspektiv på de tema man diskuterer. I gruppeintervju vil relasjonene mellom de enkelte individ komme i fokus gjennom utvekslingen av synspunkt. Slik sett kan man se om relasjonene er preget av enighet eller uenighet. Når det gjelder ønsket om å få en oversikt over hvor homogen eller heterogen den politiske ledelsen var i sin forståelse av tjenestelevering på rus- og psykiatrifeltet de ulike kommunene må vi i valideringen av data imidlertid ta hensyn til at gruppen kan utvikle en felles forståelse som resultat av makt og dominansforhold i gruppeprosessen, og at individuelle synspunkt kan ha blitt nedtonet.

4.3.2.2.1 Tema i intervjuguide for politisk nivå

Vi utarbeidet en egen intervjuguide for representanter for politisk ledelse ut fra tre tema: kommunenes tjenestetilbud, handlingsplaner og resultatmål, og finansieringsordninger og operasjonelle utfordringer. Under første tema stilte vi spørsmål om hvor fornøyd de var med dagens tjenestetilbud og organisering av rus- og psykiatritjenestene, og om organiseringen burde vært annerledes; herunder både på politisk og administrativ nivå. Under tema handlingsplaner og resultatmål spurte vi i hvor stor grad de opplevde å ha innflytelse på administrasjonens arbeid, herunder kommunens planverk på rus- og psykiatrifeltet. Vi spurte også hvordan de opplevde sammenhengen mellom nasjonale mål/prioriteringer og kommunale mål/lokale behov. Under tema finansieringsordninger og operasjonelle utfordringer spurte vi etter meninger om ulike statlige finansieringsordninger, etter fordeler og utfordringer med øremerkede midler og rammetilskudd på rus- og psykiatrifeltet, og etter fordeler og utfordringer med øremerkede midler og rammetilskudd på andre tjenesteområder.

4.3.2.2.2 Utvalg av informanter i gruppeintervju

Jacobsen (2005, s. 154-155) anbefaler en gruppestørrelse på mellom 5-8 deltagere. Har vi for store grupper, kan gruppen lett dele seg i to og føre parallelle samtaler. Er gruppen for liten får vi kanskje ikke frem nok ulike synspunkt. Også i utvalg av informanter til gruppeintervju la vi til grunn et strategisk utvalg, og ønsket vi å få med representanter fra flest mulig politiske partier, og deltakere med politisk erfaring og kjennskap til statlige finansieringsordninger. På bakgrunn av posisjonen som representant for kommunens øverste ledelsesorgan ønsket vi også at ordfører var representert.

I kommune Øst er rus- og psykiatrifeltet et rent administrativt område, underlagt kommunestyret via Rådmannen. Ut fra vår begrensning på gruppestørrelsen kunne vi inkludere representanter fra alle politiske parti ut fra resultatet ved kommunevalget i 2015. For å sikre at vi fikk gode nok data i forhold til kjennskap om rus-/psykiatrifeltet over tid, og ulik statlig virkemiddelbruk, ønsket vi imidlertid å prioritere representanter med politisk erfaring, fremfor partirepresentasjon. Vi fikk kjennskap til åtte representanter fra ulike parti i kommunestyret med lang politisk erfaring. Fem takket ja til å delta, men to meldte avbud samme dag på grunn av sykdom. Gruppeintervjuet ble derfor foretatt med tre representanter fra Arbeiderpartiet, Kristelig Folkeparti og Senterpartiet. Ordfører hadde ikke mulighet å stille til gruppeintervju, men vi foretok et telefonintervju i etterkant.

I kommune Vest er rus- og psykiatrifeltet underlagt et hovedutvalg. Til gruppeintervjuet gjorde vi et utvalg av informanter fra hovedutvalget samt ordfører. Etter kommunevalget i høst var det mange nye medlemmer, men vi fikk kjennskap til fem representanter som hadde erfaring fra tidligere. Tre takket ja til å delta, men alle tre meldte avbud. Det planlagte gruppeintervjuet ble derfor gjennomført som et individuelt intervju med ordfører, og vi gjennomførte telefonintervju med en representant fra KrF.

I utgangspunktet hadde vi planlagt gruppeintervju av politisk ledelse og individuelle intervju med informanter på administrativt nivå. Etter å ha gjennomført individuelle intervju i kommune Øst så vi imidlertid at vi manglet gode nok data på hvordan situasjonen hadde vært før og under perioden med opptrappingsplaner. På forslag fra en informant, og av praktiske og tidsmessige årsaker, valgte vi derfor å gjennomføre et gruppeintervju med 5 representanter fra den tidligere enheten for rus- og psykisk helse i kommune Øst, og plukket ut relevante spørsmål fra intervjuguiden for administrativt nivå.

4.3.2.3 Dokumentundersøkelser:

Den siste datainnsamlingsmetoden vi har benyttet er dokumentundersøkelser. Det innebærer at vi studerer tekster og benytter data som er produsert av andre. Jacobsen (2005, s. 163-165) viser til at dokumentundersøkelser egner seg godt når det er umulig å samle inn primærdata, når vi ønsker å få tak i hvordan andre har fortolket en viss situasjon eller hendelse, og når vi ønsker å få tak i hva mennesker faktisk har sagt og gjort. Dokumentundersøkelser er kvalitative data, da dokumenter og planer er virkelighetsforståelser produsert av aktører som befinner seg på ulike steder, for eksempel i en organisasjon. Samtidig er dokumentundersøkelser sekundærdata, hvor situasjoner og hendelser er fortolket av andre. Det kan medføre at informasjonen både er mer reflektert og gjennomtenkt, men også at den kan være forvridd for å gi et bedre inntrykk.

For å kunne besvare problemstillingen og forskningsspørsmålene, trenger vi data over en tidsperiode på 10-15 år som kan si oss noe om dette. Sannsynligvis ville vi ikke fått gode nok

primærdata fra hele perioden med opptrappingsplaner gjennom intervjuene våre, da mange ansatte kan ha sluttet i stillingene, og personer i nåværende stillinger kan mangle kjennskap og informasjon om den historiske utviklingen og de implementeringsprosessene som har funnet sted år tilbake, til å kunne gi oss valide data. Dokumentdata kan gi informasjon om slike forhold, og kommunale dokument og planer kan uttrykke hvordan situasjoner tilbake i tid har blitt oppfattet, tolket og forstått av de som har skrevet dokumentene.

Dokumentundersøkelser passet godt som utfyllende metode til intervju i vår undersøkelse, siden vi får en type informasjon som vi ikke får innhentet gjennom intervju.

Dokumentdata vil også være vår eneste kilde til data som omhandler føringer på rus- og psykiatrifeltet fra nasjonalt nivå, siden vi ikke har intervjudata fra statlige aktører. Gjennom nasjonale dokumenter kan vi få data som kan si oss noe om bakgrunnen og behovet for reformer på rus- og psykiatrifeltet, samt hvordan dette kan ha endret seg over tid ut fra ulike beskrivelser i nasjonale føringer og satsingsområder. Nasjonale dokument gir oss også data om ansvarsfordeling mellom de ulike aktørene på feltet, og om hvilke statlige styringsverktøy man legger til grunn for å nå nasjonale mål. Kommunale dokumenter vil gi oss informasjon om lokale behov og utfordringer, og hvordan disse kan ha endret seg over tid. Kommunale dokument vil også si noe om i hvilken grad nasjonale mål og satsingsområder har blitt prioritert og implementert på kommunalt nivå.

Vi er også interessert i å se hvilke beslutninger som er blitt fattet både på nasjonalt og lokalt nivå. Som nasjonale dokument har vi har valgt å se på stortingsmeldinger siden disse representerer de nasjonale føringene som kommer frem av gjeldende lovverk. Ved å sammenligne stortingsmeldinger med kommunale dokument, kan vi se i hvilken grad de nasjonale målene har blitt gjenspeilet og uttrykt i kommunale mål, og konkretisert og uttrykt i form av planer og tiltak for tjenestetilbud. Dette gir oss mulighet til å si noe om hvor godt reformene har blitt implementert i kommunen, hvilke utfordringer som har funnet sted i implementeringsprosessene, og i hvilken grad spenninger mellom nasjonale, faglige og kommunale mål gjør seg gjeldende. Dokumentdata vil også kunne si oss noe om hvem som har fattet beslutningene og hvilken legitimitet som legges til grunn. Å supplere dokumentstudier med data fra intervju vil gi oss et bedre analysegrunnlag, og dermed et bedre grunnlag for å kunne besvare forskningsspørsmålene våre.

4.3.2.3.1 Tema/kategorier vi så etter i dokument:

Ut fra problemstillingen og forskningsspørsmålene våre har vi lagt følgende tema til grunn i dokumentstudiene:

Tabell 6: Tema i dokumentstudier

Forskningsspørsmål:	Tema:
<i>1. Hvordan påvirkes kommunale tjenestetilbud på rus- og psykiatrifeltet av statlige finansieringsordninger?</i>	1. Beskrivelse av rus- og psykiatrifeltet <ul style="list-style-type: none"> • Nasjonale og lokale utfordringer • Samsvar mellom nasjonale og lokale mål/behov • Samsvar mellom nasjonale og lokale satsinger videre
<i>2. Hvordan påvirkes kommunens organisering av rus- og psykiatritjenestene av statlige finansieringsordninger?</i>	2.0 Organisering av rus- og psykiatrifeltet <ul style="list-style-type: none"> • Ansvarsforhold stat-kommune • Utfordringer/muligheter ift. samhandling • Ledelses- og styringsutfordringer • Organisasjonsstruktur og organisasjonskultur
<i>3. I hvilken grad er det enighet mellom de ulike aktørene om hvilke finansieringsordninger som er optimale for kommunens rus- og psykiatritjenester</i>	3.0 Virkemiddelbruk/styringsverktøy. <ul style="list-style-type: none"> • Ulike styringsverktøy versus kommunal handlingsfrihet • Ulike legitimitetsgrunnlag • Fordeler/ulempes ved ulike styringsverktøy

Under første tema har vi sett på hva nasjonale og kommunale dokument sier om utfordringer på rus- og psykiatrifeltet før perioden med opptrappingsplaner, og i hvilken grad det er samsvar mellom målstrukturer i nasjonale og kommunale dokument i perioden med opptrappingsplaner. Vi har også sett på hva nasjonale og kommunale dokument sier om den videre satsingen på rus- og psykiatrifeltet etter perioden med opptrappingsplaner og i hvilken grad det er samsvar mellom de nasjonale og lokale satsingene. Vi var her spesielt ute etter data som omhandlet legitimitetsgrunnlag, nasjonale mål og behov, lokale mål og behov, og beskrivelser av tjenestetilbud og sstingsområder. Under tema to så vi på hva nasjonale og lokale dokument sa om kommunens og andre aktørers ansvar på rus- og psykiatrifeltet, og om kommunens organisering av rus- og psykiatrifeltet. Her ønsket vi data som omhandlet forholdet mellom stat og kommune, utfordringer og muligheter knyttet til samhandling mellom ulike aktører, data som omhandlet ledelse- og styringsutfordringer på ulike nivå (politisk ledelse, administrativ ledelse, fagledelse), og data som omhandlet organisasjonsstruktur og organisasjonskultur. Under tema tre så vi på hva nasjonale og lokale dokumenter sa om ulike statlige styringsverktøy som bruk av lover/regler, bruk av pedagogiske virkemidler, bruk av tilsyn og kontroll, og bruk av ulike finansieringsordninger versus kommunal handlingsfrihet. Her så vi etter data som omhandlet legitimitet og fordeler/ulempes for stat og kommune ved de ulike styringsverktøyene.

4.3.2.3.2 Utvalg av dokument

Når vi skulle velge ut dokument, tok vi først utgangspunkt i temaene i intervjuguidene. På bakgrunn av tema forsøkte vi å finne kilder som belyste samme tema, og som dermed kunne

bidra til å besvare problemstillingen og forskningsspørsmålene våre. På bakgrunn av innsamlede data fra intervju fant vi også frem til andre relevante dokument som vi fant hensiktsmessige. Følgende oversikt viser hvilke dokument vi har valgt å legge til grunn:

Tabell 7: Oversikt over dokument i dokumentstudie

Nasjonale dokument:	Lokale dokument:
<ul style="list-style-type: none"> • Meld. St.25 1996-1997: Åpenhet og helhet • St.prp. nr. 63 (1997-98): Opptrappingsplanen for psykisk helse • St. prp. Nr. 46 (2004-2005): Ny arbeids og velferdsforvaltning • St. Meld 47 (2008-2009): Samhandlingsreformen • Meld. St. 30 (2011-2012): Se meg! • IS-2076 Sammen om mestring – veileder i lokalt psykisk helsearbeid og rusarbeid for voksne (2014) • Meld. St. 26 (2014-2015): Fremtidens primærhelsetjeneste – nærhet og helhet • Prop. 15 S (2016-2020): Opptrappingsplan for rusfeltet 	<p>Kommune Øst:</p> <p>Kommuneplan 2014-2017</p> <p>Omstillingsnotat for helse- og omsorgssektoren</p> <p>Planer for rus- og psykiatrifeltet</p>
	<p>Kommune Vest:</p> <p>Kommuneplan 2017-2020</p> <p>Psykiatriplaner</p> <p>Rusmiddelpolitiske handlingplan</p> <p>Årsmeldinger 2010-2014</p>

4.3.2.4 Oppsummering

Ut fra en kvalitativ tilnærming har vi valgt ut de datakilder som vi fant best egnet til å besvare vår problemstilling og forskningsspørsmål. Informasjon fra de to ulike typene intervju vil gi oss data som kan hjelpe oss til å reflektere over spenninger mellom nasjonale, kommunale og faglige mål, og ulike typer ledelses- og styringsutfordringer i analysen. Sekundærdata fra dokumentundersøkelser vil være et supplement til egne primærdata, og sikre at vi får nødvendige data som ikke er mulig å hente inn gjennom intervju.

4.4 Dataanalyse

Etter å ha gjennomført datainnsamlingen satt vi igjen med en stor og uoversiktlig mengde data. Neste skritt ble derfor å systematisere og analysere dataene. Analyse av kvalitative data gjøres gjennom tre prosesser; beskrivelse, systematisering og kategorisering, og sammenbinding (D. I. Jacobsen, 2005, s. 184). Som fremgangsmåte for systematiseringen valgte vi å legge en innholdsanalyse til grunn. En innholdsanalyse er basert på en antagelse om at den en person sier eller gjør, kan reduseres til et sett færre tema eller kategorier. Først må man skaffe seg en oversikt over den innsamlede informasjonen gjennom å beskrive materialet. Deretter må man systematisere innholdet gjennom en forenkling, hvor man fremhever den informasjonen som er mest interessant og relevant. Til slutt må man tolke dataene i forhold til hvilke svar de gir på problemstillingen. I en innholdsanalyse vil forskeren

enten systematisere data i lys av pre-definerte tema, og/eller tema som skiller seg ut under gjennomgang av data (ibid). I dette avsnittet vil vi gjøre rede for hvordan vi gjennomførte vår dataanalyse.

4.4.1 Intervjudata

4.4.1.1 Transkribering

Etter at vi var ferdig med intervjurundene transkriberte vi alle lydopptakene våre til tekst. Dette var en omstendelig prosess, men vi valgte å gjøre det selv, siden det ga oss et bedre innblikk både i selve intervjusituasjonen, og det informasjonsmaterialet vi hadde samlet inn. For å sikre anonymitet kodet vi alle informantene våre ut fra nummer og med kommune Øst eller Vest. Vi skrev ut alle individuelle intervju og gruppeintervju i sin helhet, slik at rådataen er åpen for kontroll for oss og veileder. Utskrifter av intervjuene består derfor av alle de spørsmål som har blitt stilt, hva som blir sagt underveis både av forsker og respondent.

4.4.1.2 Beskrivelse

Vi startet så med å beskrive hver enkel case, og fikk dermed en første oversikt og kjennskap til hver case som en selvstendig case-enhet. Dette hjalp oss både med å håndtere de store mengdene data vi satt med, men også til å generere innsikt tidlig i prosessen. Videre foretok vi en tekstanalyse, der vi gjennom meningsfortetning forkortet respondentenes uttalelser til kortere formuleringer gjennom sitat fra intervjuene og beskrivelser fra dokument.

Ved å forenkle og strukturere teksten reduserte vi noe av kompleksiteten, og fortsatte arbeidet med å systematisere og kategorisere.

4.4.2 Systematisering og koding av intervjudata

All informasjon om et tema kan kalles en kategori, og kategori er det virkemiddel vi har for å kunne si at noen typer data er lik, eller forskjellig fra hverandre. I følge Jacobsen (2005, s. 196-197) skal: «*kategorier dannes i tett interaksjon mellom forsker og data*», og kategoriene vi velger må være relevante i forhold til de data vi har, gi mening for andre, og kunne sjekkes mot annen teori eller empiri (ibid, s. 194). Til hvert forskningsspørsmål laget vi et sett hovedkategorier på bakgrunn av tema i intervjuguiden, og tema som vi fant interessante ut fra intervjudata og teori. Når vi kategoriserte intervjudataene samlet og kodet vi data som omhandlet samme fenomen, eller data som lignet hverandre, etter disse kategoriene. Siden en innholdsanalyse er dynamisk og kan forandres underveis, kodet vi også data vi fant relevante for å besvare forskningsspørsmålene våre i lys av tema som kom opp underveis i analyseprosessen. For ikke å miste oversikten, valgte vi å kode alle utsagn knyttet til hovedkategorier til hvert forskningsspørsmål. Videre systematiserte og kategoriserte vi intervjudata fra kommune Øst og Vest først hver for seg.

Tabellene 4,5 og 6 som følger, viser hvordan vi har gått frem i analysen, og hvordan vi har knyttet ulike underkategorier til tema i forskningsspørsmålene våre. Tabell 4 er knyttet til første tema i forskningsspørsmål 1, og viser to sett med underkategorier. Tilsvarende fremgangsmåte brukte vi for alle tema, men av plassmessige hensyn begrenser vi oss til å vise hovedkategorier og en underkategori for de resterende tema i forskningsspørsmål 1, og for forskningsspørsmål 2 og 3.

Tabell 8: Eksempel på hovedkategori og flere underkategorier til første tema i forskningsspørsmål 1.

Hovedkategori (tema)	Underkategori:	Underkategori:
1.1 Kommunale tjenestetilbud	1.1.1 Kjennskap til tjenestetilbud på rusfeltet	1.1.1.1 Før opptrappingsplan 1.1.1.2 Under opptrappingsplan 1.1.1.3 Etter opptrappingsplan 1.1.1.4 Tilfredshet med dagens tilbud 1.1.1.5 behov/planer for tjenestetilbud
	1.1.2 Kjennskap til tjenestetilbud på psykiatrifeltet	1.1.2.1 Før opptrappingsplan 1.1.2.2 Under opptrappingsplan 1.1.2.3 Etter opptrappingsplan 1.1.2.4 Tilfredshet med dagens tilbud 1.1.2.5 behov/planer for tjenestetilbud
	1.1.3 Innflytelse på tjenestetilbud	1.1.3.1 Fagledelse 1.1.3.2 Virksomhetsledelse 1.1.3.3 Politisk ledelse

Den neste tabellen viser hvilke første sett med underkategorier vi har knyttet til de resterende tema i forskningsspørsmål 1.

Tabell 9: Hoved- og underkategorier til resterende tema i forskningsspørsmål 1

1.2. Finansieringsordninger og tjenestetilbud	1.2.1 Fordeler med bruk av rammetilskudd på rus- og psykiatrifeltet 1.2.2 Ulemper med bruk av rammetilskudd på rus- og psykiatrifeltet 1.2.3 Fordeler med bruk av øremerkede tilskudd på rus- og psykiatrifeltet 1.2.4 Ulemper med bruk av øremerkede tilskudd på rus- og psykiatrifeltet 1.2.5 Bruk av rammetilskudd på andre kommunale tjenesteområder 1.2.6 Bruk av øremerkede tilskudd på andre kommunale tjenesteområder
1.3 Begrunnelser for tjenestetilbud	1.3.1 Ut fra lover/regler (legal legitimitet) 1.3.2 Ut fra hvordan tjenestetilbud bør være (normativ legitimitet) 1.3.3 Ut fra det man tar for gitt (kulturkognitiv legitimitet) 1.3.4 Ut fra et kost/nytte perspektiv (pragmatisk legitimitet)

Den neste tabellen gir en oversikt over hvordan vi har knyttet hovedkategorier og et første sett med underkategorier til de to neste forskningsspørsmålene våre.

Tabell 10: Oversikt over hoved- og underkategorier for forskningsspørsmål 2 og 3

Forskningsspørsmål:	Hovedkategori:	Underkategori:
<i>2.0 Hvordan påvirkes kommunens organisering av rus- og psykiatritjenester av statlige finansieringsordninger?</i>	2.1 Organisering av tjenestetilbud 2.2. Ledelses- og styringsutfordringer	2.1.1 Organisasjonsstruktur 2.1.2 Organisasjonsutvikling 2.1.3 Begrunnelser for valgt organisasjonsstruktur 2.2.1 Mellom stat-kommune 2.2.2 Mellom politisk og administrativ ledelse 2.2.3 Mellom administrativ ledelse og fagledelse 2.2.4 Ulike handlingslogikker 2.2.5 Utfordringer horisontal samordning 2.2.6 Utfordringer vertikal samordning 2.2.7 Legitimitetsgrunnlag
<i>3.0 I hvilken grad er det enighet mellom de ulike aktørene om hvilke finansieringsordninger som er optimale for kommunens rus- og psykiatritjenester?</i>	3.1 Fordeler/ulempes øremerkede tilskudd 3.2 Fordeler/ulempes rammetilskudd 3.3 Finansielle styringsverktøy versus andre styringsverktøy	3.1.1 måloppnåelse på rus og psykiatrifeltet 3.1.2 Operasjonelle utfordringer 3.1.3 Legitimitet 3.1.4 Handlingsrom 3.2.1 Måloppnåelse på rus og psykiatrifeltet 3.2.2 Operasjonelle utfordringer 3.2.3 Legitimitet 3.2.4 Handlingsrom 3.3.1 Måloppnåelse på rus og psykiatrifeltet 3.3.2 Operasjonelle utfordringer 3.3.3 Legitimitet 3.3.4 Handlingsrom

Ved at vi konkretiserte hovedkategoriene i underkategorier fikk vi en god struktur som gjorde det lettere å holde oversikt og fokus i analyseprosessen. Det ble også lettere å holde oversikt over relevante tema for å besvare forskningsspørsmålene våre, i et stort teorigrunnlag og datamateriale.

4.4.3 Systematisering og koding av dokumentdata:

I systematiseringen av dokumentdata gikk vi fram på samme måte, og knyttet hovedkategorier til hvert forskningsspørsmål. Som tidligere nevnt valgte vi et sett med hovedkategorier ut fra tre tema. Til hver hovedkategori knyttet vi ulike underkategorier som tabellen under viser, og fortsatte kodingen ut fra flere underkategorier. Vi kodet nasjonale dokument for seg, og lokale dokument i kommune Øst og Vest hver for seg. Dette fordi vi

ønsker å se om nasjonale mål, retningslinjer og satsinger gjenspeiles i de lokale dokumentene, og hvordan de er tolket, forstått og beskrevet i kommunale dokument.

Tabell 11: Oversikt over hoved- og underkategorier i analyse av dokumentdata

Forskningsspørsmål:	Hovedkategorier:
<p>Forskningsspørsmål 1: 1.0 Beskrivelser av rus og psykiatrifeltet</p>	<p>1.1 utfordringer på rus- og psykiatrifeltet før og under perioden med opptrappingsplaner i nasjonale dokument 1.2 utfordringer på rus- og psykiatrifeltet før og under perioden med opptrappingsplaner i lokale dokument 1.3 samsvar mellom utfordringer i nasjonale dokument og lokale dokument i perioden med opptrappingsplaner 1.4 videre satsing på rus og psykiatrifeltet etter perioden med opptrappingsplaner i nasjonale dokument 1.5 videre satsing på rus- og psykiatrifeltet etter perioden med opptrappingsplaner i lokale dokument 1.6 samsvar mellom videre nasjonale og lokale satsinger på rus og psykiatrifeltet</p>
<p>Forskningsspørsmål 2: 2.0 Organisering</p>	<p>2.1 kommunens og andre aktørers ansvar på rus og psykiatrifeltet i nasjonale dokument 2.2 kommunens og andre aktørers ansvar på rus og psykiatrifeltet i lokale dokument 2.3 kommunens organisering av rus- og psykiatrifeltet i nasjonale dokument 2.4 kommunens organisering av rus- og psykiatrifeltet i lokale dokument</p>
<p>Forskningsspørsmål 3: 3.0 Statlig virkemiddelbruk</p>	<p>3.1 hva sier nasjonale dokument om lover /regler som styringsverktøy? 3.2 hva sier nasjonale dokument om statens bruk av andre virkemiddel som styringsverktøy? 3.3 hva sier nasjonale dokument om statens bruk av tilsyn og kontroll? 3.4 hva sier nasjonale dokument om statens bruk av finansielle virkemiddel? 3.5 i hvilken grad er lokale dokument for rus- og psykiatrifeltet forankret i lovverket? 3.6 i hvilken grad viser lokale dokument på rus- og psykiatrifeltet til andre statlige virkemidler? 3.7 hva sier lokale dokument på rus og psykiatrifeltet om statlig tilsyn og kontroll? 3.8 hva sier lokale dokument om statlige finansieringsordninger for rus- og psykiatrifeltet?</p>

4.4.4 Sammenbinding

Det siste skrittet i analysen var å koble sammen data fra ulike undersøkelsesenheter, og vi så etter sammenhenger, forskjeller, forklaringer og årsaker, såkalte mønstre, knyttet til tema i forskningsspørsmålene våre. Mønstre i vår sammenheng vil si at flere har samme mening, og

vil representere det nærmeste vi kan komme “sannheten” i vår studie. Også her tok vi først analysen i hver kommune for seg. Analysen så langt gjorde at vi satt igjen med informasjon både om ulike tema, informasjon om aktørenes oppfatninger og om konteksten i hver enkel case. Ved at vi holdt data fra våre to kommuner separate så langt, fikk vi bedre oversikt og kjennskap til hver kommune, og også særegenheter ved kommunen. Deretter sammenlignet vi og så på hva som var likt og hva som var forskjellig både kommunene i mellom, og mellom ulike aktører og kilder i casene våre, slik tabellen under viser.

Tabell 12: *Sammenbinding av alle data*

Kategori:	Innhold:
1. Tjenestetilbud	Beskrivelser fra alle aktører i kommune Øst og Vest (politisk ledelse, rådmenn, økonomisjefer, virksomhetsledere) og kilder (sentrale og lokale dokument) som omhandler tjenestetilbud på rus- og psykiatrifeltet.
2. Organisering	Beskrivelser fra alle aktører i kommune Øst og Vest (politisk ledelse, rådmenn, økonomisjefer, virksomhetsledere) og kilder (sentrale og lokale dokument) som omhandler organisering på rus- og psykiatrifeltet.
3. Virkemiddelbruk/ styringsverktøy	Beskrivelser fra alle aktører i kommune Øst og Vest (politisk ledelse, rådmenn, økonomisjefer, virksomhetsledere) og kilder (sentrale og lokale dokument) som omhandler meninger om virkemiddelbruk/styringsverktøy på rus- og psykiatrifeltet.

Ved at vi gjennom hele analysen gjorde bruk av tabeller både for å systematisere og for å kontrollere data fra det enkelte intervju og dokument opp mot kategorier, kunne vi si noe om sammenhenger, og hvor sterke/svake disse sammenhengene var. Mønstrene fortalte oss om viktige sammenhenger mellom statlige finansieringsordninger og det kommunale rus- og psykiatrifeltet både i den enkelte kommune og mellom kommunene. Sammenhengene vi fant vil bli nærmere presentert i kapittel 5, og diskuteres videre i lys av teori i kapittel 6.

4.4.5 Oppsummering / konklusjon

Gjennom å beskrive, systematisere og kategorisere, og deretter sammenbinde, et stort og uoversiktlig datamateriale, fikk vi gjennom innholdsanalysen en bedre oversikt. Kategoriseringsprosessen gjorde at vi bevegde oss fra det spesielle og unike mot det mer generelle, gjennom å sammenligne og finne sammenhenger i intervju og dokument. I denne prosessen skjedde det en utsiling av detaljinformasjon, men hensikten var å sitte igjen med det vi mener er de viktigste funnene i vår studie, ut fra vår problemstilling og forskningsspørsmål.

4.5 Kvalitetssikring

Formell kvalitet er viktig både i kvantitative og kvalitative undersøkelser, og problem knyttet til validitet (gyldighet) og reliabilitet (pålidelighet) må minimeres uansett tilnærming.

Begrepene validitet og reliabilitet har imidlertid ulik betydning i kvalitative og kvantitative design.

Tabell 13: Oversikt over forskjeller mellom validitet og reliabilitet ved kvantitative og kvalitative design

Kvantitative design:	Kvalitative design:
Begrepsvaliditet: Har vi inkludert de variabler som er en del av det årsaksforholdet vi studerer? Har variablene blitt operasjonalisert slik at vi måler det vi har til hensikt å måle?	Begrepsvaliditet: Har vi definert det fenomenet vi studerer på en meningsfull måte?
Intern validitet: I hvilken grad er resultatene gyldige for det utvalget vi studerer? Hvor sikker er vi på at vi har riktig utvalg?	Kredibilitet (intern validitet): Er utsagnene fra aktørene troverdige/autentiske?
Ekstern validitet: Er våre funn representative – kan vi generalisere til andre populasjoner – får vi samme svar ved å spørre andre?	Transferabilitet (generalisering, ekstern validitet): Er resultatene overførbare til andre kontekster?
Reliabilitet: Er måleinstrumentene våre pålitelig/sikre – kan andre gjenta undersøkelsen med samme resultat?	Dependabilitet (reliabilitet): Har vi etablert forståelsesmessig konsensus-intersubjektivitet?
Objektivitet: Har vi designet undersøkelsen slik at vi ikke har påvirket resultatene?	Konfirmabilitet (objektivitet): Har forskeren vært troverdig / objektiv i fortolkningen av resultatene?

(Miles & Huberman, 1994)

Resultatene våre skal settes inn i en større sammenheng. Vi skal tolke og forsøke å skape mening i den informasjonen vi har innhentet, og ved hjelp av teori skal vi sette funnene våre inn i en større sammenheng. All tolkning av data innebærer en risiko for å gjøre feil, og det er det derfor svært viktig å drøfte funn kritisk (D. I. Jacobsen, 2005, s. 213). Med utgangspunkt i en kvalitativ tilnærming, vil vi i det følgende gjøre rede for hvilke grep vi har tatt for å sikre validitet og reliabilitet i datainnsamlingen og for å unngå tolkningsfeil i analyseprosessen.

Begrepsvaliditet handler om vi har lyktes med å måle og registrere det vi ønsker på en tilfredstillende og pålitelig måte. I intervjuguiden vår operasjonaliserte vi forskningsspørsmålene til tema som vi var interessert i, og som omhandlet tjenestetilbud, organisering og statlige finansieringsordninger. Vi operasjonaliserte begrepene ytterligere gjennom å knytte en rekke underspørsmål til hvert tema slik vi har gjort rede for tidligere. Vi testet også ut intervjuguiden vår på forhånd, og sjekket om de spørsmål vi stilte var relevante

for å få belyst tema ut fra vår problemstilling. Vi fikk dermed kontrollert at de spørsmålene vi opererte med var dekkende for tema, og var gode indikasjoner på å måle det vi spurte etter. Svarene fra respondentene utgjør indikatorer på begrepsvaliditeten i vår undersøkelse, og ved å bruke semistrukturerte intervju fikk vi mulighet til å observere om noe oppfattes som uklart, og kunne oppklare dette underveis i intervjuet. Vi ba også informantene om å utdype svarene, dersom vi opplevde svarene som uklare. Når vi analyserte data både fra intervju og dokument jobbet vi med at kodene vi brukte skulle være en god operasjonalisering av det vi så på. I intervjuene kodet vi data etter samme tema og kategorier som vi brukte i intervjuguiden, og i analysen av dokumentdata operasjonaliserte vi og kodet begrepene etter tema slik vi tidligere har gjort rede for. Både intervjuguiden og kodene vi har brukt for å analysere dataene, viser at vi har definert og operasjonalisert fenomenene vi studerer på en meningsfull måte.

Kredibilitet handler om hvorvidt utsagnene fra aktørene er troverdige/autentiske og dependabilitet handler om hvorvidt vi har etablert en forståelsesmessig konsensus eller intersubjektivitet. I følge Jacobsen (D. I. Jacobsen, 2005, s. 225-229) er det er to problem knyttet til reliabilitet i kvantitative design: undersøkelsesopplegget kan påvirke de som undersøkes, og det kan være slurv i nedtegning og analyse av data. Vi har valgt å bruke flere metoder i datainnsamlingen, og supplerer data fra individuelle intervju og gruppeintervju med dokumentstudier. På den måten får vi frem flere “deler av virkeligheten”, og kan kontrollere de ulike dataene opp mot hverandre, og slik sett sikre troverdigheten.

Intervjuguiden ble sendt ut på forhånd for at deltakerne skulle få tid til å forberede svar på spørsmålene. På denne måten ønsket vi å sikre oss at vi fikk de nødvendige data. Her opplevde vi at noen respondenter hadde forberedt seg godt, mens andre møtte mer uforberedt og tok intervjuet “på sparket”.

Ved at vi har brukt flere metoder i datainnsamlingen kan vi også ha fått redusert noen av undersøkelseeffektene som er knyttet til bruk av intervju og gruppeintervju. I individuelle intervju kan respondenten påvirkes både av intervjueren og strukturen på intervjuet, vi valgte derfor og begge være tilstede i intervjusituasjonene og skrev også notat etter hvert intervju. Vi vet hva vi har gjort, og har reflektert rundt det. Alle intervju ble tatt opp på bånd. Den ene av oss hadde “hovedansvaret” for å gjennomføre intervjuet, og den andre noterte ned stikkord fra respondentene i egne notat, og kom med supplerende spørsmål.

Ved å velge semi-strukturerte intervju, kan vi risikere å “miste” data som ellers kunne ha vært relevante, og som vi ville kunne få ved en mer åpen tilnærming i intervjuet. Vi tenker likevel at vi har sikret respondentvaliditet ved at vi opererte med åpne svar, og informantene fikk mulighet til å informere om det de måtte ønske, utover det vi faktisk spurte om. I selve intervjusituasjonen stilte vi også spørsmål om vi hadde forstått respondentene rett, og ba dem

forklare og utdype mer omkring ulike tema for å sikre samsvar i måten vi operasjonaliserte tema og måten respondentene forsto tematikken på.

Når det gjelder dataene vi har innhentet fra politisk nivå vil både validiteten og kredibiliteten være påvirket av at få respondenter kunne stille i gruppeintervjuet. Vi forsøkte imidlertid å minimere dette, ved å stille respondentene spørsmål om grad av politisk enighet og uenighet i kommunestyret. Ved å bruke gruppeintervju opplevde vi at vi fikk flere meninger og synspunkt, og dermed også flere data, til hvert tema enn ved de individuelle intervjuene. Vi opplevde at gruppen utfylte hverandre med opplysninger og synspunkt, slik at vår forståelse av situasjoner/fenomen ble mer helhetlig. Dette er noen av fordelene ved gruppeintervju. I gruppeintervju kan den enkelte både påvirkes av andre i gruppen og av gruppedynamikken, og gruppeintervjuet kan være svært følsomt for makt -og dominansforhold som foreligger fra før. Vår erfaring var at det ikke utviklet seg slike makt- og dominansforhold i gruppeintervjuene. Når det gjaldt intervju med politisk ledelse opplevde vi stor grad av enighet i gruppen, og i forhold til fagtjenesten var det tydelig at det var stor trygghet i gruppen, og det var rom for uenighet og korrigering av "fakta". Gjennom vår rolle som ordstyrere passet vi på alle deltok og fikk ordet, og vi passet også på å spørre den enkelte hvorvidt de var enige med det som ble sagt av andre. Vi mener derfor at vi gjennom både de individuelle intervjuene og gruppeintervjuene har fått data som sikrer den interne validiteten for vår studie. Vi valgte også å anonymisere studien vår for å sikre at respondentene ikke holdt tilbake utsagn eller svarte uriktig, og informantene var kjent med at vi ville omskrive opplysninger som kunne avsløre identiteten. Gjennom informert samtykke sikret vi at alle de involverte deltok frivillig, og at de visste de hadde rett til å trekke seg fra undersøkelsen når som helst. Det er derfor rimelig å anta at dataene vi har fått er troverdige og pålitelige.

For ytterligere å sikre kredibiliteten, har vi intervjuet personer som er ulikt plassert i organisasjonen, og brukt samme intervjuguide for alle aktørene på administrativ nivå (informant-triangulering). På denne måte har vi forsøkt å imøtekomme de truslene som kan gjøre seg gjeldende for den interne validiteten ved at respondentene setter ulike hendelser inn i et logisk mønster, og bruker disse som en forklaring på/rettferdiggjøring av det resultatet man har oppnådd/ har gjort, eller svarer strategisk ut fra egen posisjon/rolle (Kvale et al., 2009). For å unngå tolkningsfeil har vi valgt og ikke bruke data som bare fremkom i en kilde. Siden vi i intervjuet stilte spørsmål om noe som har skjedd tilbake i tid, kan forklaringene/refleksjonene også være preget av etterrasjonalisering. For å unngå tolkningsfeil i analysen kryss-sjekket vi derfor data fra det enkelte intervju opp i mot data fra andre intervju og mot dokument som omhandlet samme tema. Ved at vi bruker primærdata, har vi i stor grad kontroll over de forhold som kan påvirke påliteligheten til dataene. For å unngå tolkningsfeil ble alle intervju ble tatt opp på bånd, og skrevet ut i fulltekst. Dermed hadde vi og veileder rådataene tilgjengelig for kontroll, og mulighet for å kunne kryssjekke de data som vi

omskrev og fortolket i analysefasen. For å unngå tolkningsfeil i selve analyseprosessen startet vi på detaljnivå og gikk gjennom hvert enkelt dokument og intervju. Vi kodet alle data i hver enkel case ut fra kategoriene våre, før vi startet arbeidet med å sammenligne og se etter likheter og forskjeller mellom casene. Vi har vært bevisst på ikke å lese mer inn i dataene våre enn vi har grunnlag for, og har hele tiden brukt tabeller i analysen for å redusere mulighetene for tolkningsfeil.

Når det gjelder bruk av kilder, sier Jacobsen (D. I. Jacobsen, 2005, s. 180-183) at vi må være kritiske til kildeutvalg. For det første må vi vurdere om kilden er førstehåndskilde; altså om informasjonen kommer fra en som var faktisk tilstede under en hendelse/situasjon. Desto lenger bort vi kommer fra førstehåndskilden, jo flere fortolkninger er lagt til grunn. For kildens pålitelighet er det også viktig å vite hvem som var opprinnelig mottaker for informasjonen, og om kilden er offentlig eller privat. Hvem avsender av informasjon er, er også viktig å gjøre rede for. Når det gjelder institusjonelle avsendere kan det være uklart, og kilden kan være preget av kompromiss, forhandlinger osv. Dette er det viktig å analysere nærmere, og stille kritiske spørsmål til. Vi må også gjøre en vurdering av den generelle kvaliteten ved kilden, og til den kunnskap og kompetanse kilden har. Når det gjelder institusjonelle kilder må vi vurdere troverdigheten til institusjonen. I all kildebruk er det viktig å stille spørsmålsteget ved troverdigheten. Skal vi få et godt bilde av en situasjon bør vi også ha flere kilder som kan balansere hverandre.

I dokumentstudiene valgte vi å bruke dokument og rapporter fra offentlige kilder som vi mener belyser vårt tema. Disse antas å være autentiske og ha stor troverdighet/reliabilitet selv om primærdata allerede er fortolket av andre. Ved å henvise til kildene, kan vår fortolkning og bruk av materialet sjekkes mot opprinnelig kilder. Når det gjelder lokale dokument vil validiteten være påvirket av hvilke kilder vi fikk tilgang til. Vi har valgt å ta utgangspunkt i Stortingsmeldinger da disse dokumentene omhandler de relevante nasjonale føringene for rus- og psykiatrifeltet. I analysen sammenlignet vi nasjonale føringer i Stortingsmeldinger med lokale føringer i kommunale planer for rus- og psykiatrifeltet. Vi mener også at dokumentene vi har valgt ut balanserer hverandre, og vurderes som egnet for vår studie. For å sikre relevante lokale dokument har vi søkt etter dokument på kommunens hjemmesider, og også fått tilsendt relevante dokument fra respondentene. I dette ligger også muligheter for at vi som forskere kan ha tolket dokumentet på feil grunnlag, eller at dokumentet i seg selv ikke er egnet for vår undersøkelse. For å unngå tolkningsfeil var vi kritiske til den enkelte kilde. Vi var bevisst på hvilken hensikt dataene i kildene var samlet inn med, og at variabler, verdier og enheter som har blitt studert ikke nødvendigvis passet til vår problemstilling og det vi undersøkte. Vi har analysert data som vi mener har relevans, og ved å henvise til datakilder har vi synliggjort hvilke kilder vi har benyttet og data og kildehenvisning er etterprøvbare for leseren.

Transferabilitet (ekstern gyldighet) handler om i hvilken grad funnene fra en undersøkelse kan generaliseres og gjøres gjeldende for andre. I teoritestende undersøkelser blir statistisk generalisering viktig da den eksterne validiteten avgjøres ut fra i hvilken grad man kan generalisere funn fra et representativt utvalg, til å kunne gjelde for en populasjon. For at undersøkelsen skal ha ekstern validitet må funnene være av en slik karakter at de også gjelder i andre populasjoner—ikke bare i det utvalget man har studert. Vi har valgt å gjennomføre en komparativ case-studie, med få undersøkelsesenheter. Gjennom valg av undersøkelsesdesign har vi dermed sagt at vi ikke er ute etter en statistisk generalisering. Undersøkelsesdesignet viser også at formålet med vår undersøkelse er teoretisk og analytisk generalisering.

Å velge riktige teorier, og bruke teoriene rett, er viktig for den eksterne gyldigheten i kvalitative studier. Vi valgte å legge flere ulike teorier til grunn for analysen, da vi fant at disse teoriene utfylte hverandre både i forhold til å kunne besvare og belyse problemstillingen og forskningsspørsmålene våre. Vi fant at Prinsipal-agent teori var svært godt egnet til å forklare vertikale implementeringsprosesser, mens institusjonell teori forklarer betydningen av formelle og uformelle normer og verdier som kan ha betydning for implementeringsprosesser, mens bakkebyråkratiteori beskriver hvordan de faktiske implementeringsprosesser håndteres i møte med kryssende og ofte motstridende krav og forventninger fra ulike interessenter. For å unngå tolkningsfeil og for å sikre at teoriene vi brukte var relevante, organiserte og kategoriserte vi datamaterialet ut fra teorigrunnlaget vårt. Ved at vi har analysert funnene våre ut fra teori, og brukt teorier som grunnlag for å finne mønster og sammenhenger, kan funnene våre generaliseres til et mer teoretisk nivå og kontrolleres opp mot annen teori og empiri. Vi har foretatt en komparativ case-studie i to mellomstore kommuner. Gjennom analysen og drøftingen av våre funn kan vi si noe om hvorvidt resultatene av vår undersøkelse er overførbare til andre lignende kontekster, for eksempel andre mellomstore kommuner og gi en begrunnet vurdering av i hvilken grad funnene fra vår studie, kan brukes for å si noe om hva som kan skje i en annen situasjon/annen kommune. Vi kan ikke bevise noe, men ved å vise til lignende prosesser som teoriene gjenspeiler kan det argumenteres for i hvilken grad det er mulig eller sannsynlig, så blir det opp til leserne å bedømme holdbarheten i generaliseringen.

4.6 Oppsummering / konklusjon

I dette kapitlet har vi begrunnet vårt valg av metodisk tilnærming og undersøkelsesdesign. Vi har også redegjort for vår datainnsamling og styrker og svakheter ved vår studie og vår undersøkelsesdesign. På bakgrunn av dette mener vi at vår studie tilfredsstillende oppfyller kravene til reliabilitet og validitet ut fra en kvalitativ tilnærming, og at vår studie dermed kan sies å ha formell kvalitet. I neste kapittel vil vi presentere funnene våre.

5.0 EMPIRISKE ANALYSER

5.1 Innledning

I dette kapitlet vil vi presentere empirien vår, gjennom funn i dokumenter og intervju som vi mener er relevante for å belyse og besvare problemstillingen og forskningsspørsmålene våre. Funnene som presenteres er et resultat av en seleksjonsprosess fra vår side, basert på relevansen for vår studie. Vi har valgt å analysere og presentere dokumentdata og intervjudata hver for seg, da dette både er ulike typer av data, og gir svar på ulike spørsmål. Dokumentdata er beskrivelser av motiver og planer, og således et uttrykk for ønsket handling både fra nasjonalt og kommunalt hold. Intervjudata derimot gjenspeiler i større grad resultatet av disse ønskede handlingene, og hvorvidt målene er nådd. Intervjudata gir også en bedre beskrivelse av erfaringer med måloppnåelse. Analysen er gjennomført ved at vi har knyttet ulike data opp til forskningsspørsmål og kategorier slik vi har gjort rede for i kapittel fire.

Vi presenterer først funn i analysen av nasjonale og lokale dokument, og viser forskjeller og likheter mellom kommunene i perioden før og etter perioder med opptrappingsplaner. Dette er viktig på grunn av at det var ulik finansiell virkemiddelbruk under opptrappingsperioden på rusfeltet og opptrappingsperioden på psykiatrifeltet. Virkemiddelbruken endret seg også etter at perioden med opptrappingsplaner var over. Vi gjør også bruk av tabeller der vi mener dette er hensiktsmessig for å gi leseren en bedre oversikt. Deretter presenterer vi de viktigste funnene i intervjudataene våre og gjør rede for likheter og forskjeller mellom casene våre når det gjelder meninger om tjenestetilbud, organisering og optimal virkemiddelbruk for tjenestelevering på rus- og psykiatrifeltet.

5.2 Analyse av nasjonale og lokale dokumenter

Av nasjonale dokument har vi analysert sju Stortingsmeldinger som vi finner relevante for rus- og psykiatrifeltet. Stortingsmeldingene gir en god beskrivelse av både utfordringer i perioden før og under opptrappingsplanene for rus- og psykiatrifeltet, men også en god beskrivelse av nasjonale mål og krav. Videre analyserer vi tre planer i kommune Øst, og fem planer i kommune Vest for rus- og psykiatrifeltet i samme periode. Vi ser også på beskrivelser av organisasjonsstrukturer og ansvarsfordeling før og etter perioden med opptrappingsplaner, og sammenligner nasjonale dokument med to “overordnede” kommunale planer i kommune Øst, og en kommuneplan i kommune Vest, for å få et bilde av eventuelle spenninger mellom nasjonale og lokale mål.

5.2.1 Utfordringer på rus- og psykiatrifeltet før og under perioden med opptrappingsplaner

Vi har sett på hvilke utfordringer som beskrives som viktige i de ulike nasjonale dokumentene, og tabellen under viser hva vi fant:

Tabell 14: Oversikt over utfordringer i nasjonale dokument

Beskrivelse av utfordringer:	St. Meld 25 (1996-97): Åpenhet og helhet	St.prp.63 (1997-98): Opptrappingsplan for Psykisk helse	St.prp 46 (2004-05) Ny Arbeids- og velferdsforvaltning	Opptrappingsplan for rusfeltet 2007-2012	St. meld 47 (2008-09) Samhandlingsreformen	Stortingsmelding nr 30 (2011-12) Se meg!
Utfordringer ift forebyggende arbeid	X	X		X	X	X
Utfordringer ift kommunalt tjenestetilbud - Behandling - Heldøgns omsorgstilbud	X	X		X	X	X
Utfordringer i kvalitet i kommunale tjenester	X	X		X	X	X
Utfordring ift tilgjengelige spesialisthelsetjenester	X	X		X		X
For lang ventetid på behandling	X			X		X
For tidlig utskriving	X					
Mangelfull planlagt utskriving	X					
Utfordring ift ressurser: Kompetanse/personal	X	X		X	X	
Utfordring ift brukerorientering / lite bruk av Individuell plan	X		X	X	X	X
Utfordring ift samordning/samhandling – fragmenterte tjenester	X		X	X	X	X
Utfordring ift legetjeneste	X			X	X	X
Manglende boligtilbud	X	X		X	X	X
Mangelfull oppfølging i bolig – hjemmebaserte tjenester	X	X		X	X	X
Behov for styrking av tilbud ift Arbeid/aktivitet/dagsenter Støttekontakter/kultur-/fritidstilbud	X	X	X	X		X
Utfordring ift tilbud til barn/unge	X	X		X		X
For lite oppsøkende virksomhet/ambulerende team				X	X	X
Utfordring ift tjenester til brukere med sammensatte behov	X		X	X		
Manglende oversikt over tjenestebehov	X			X		
Mangelfull oppfølging ift pårørende				X		X

Tabellen viser en rekke utfordringer, men i forhold til vår problemstilling og våre forskningsspørsmål er følgende elementer vesentlige:

- Manglende utbygde kommunale tjenestetilbud (boliger, oppfølging i bolig, arbeid/aktivitet, meningsfull fritid)
- Manglende behandlingstilbud i spesialisthelsetjenesten
- Forebyggende tiltak
- Samarbeid mellom kommunehelsetjeneste og spesialisthelsetjeneste
- Samarbeid med fastlegene
- Samarbeid rundt brukere med sammensatte behov
- Mangel på kompetent personell/personalressurser

I vår analyse finner vi at mange av de samme utfordringene går igjen i rekke stortingsmeldinger for perioden 1996-2012, men vi finner også tjenestetilbudene i kommunene er blitt kraftig utbygde som følge av opptrappingsplaner og øremerkede tilskudd. Noen utfordringer er imidlertid gjennomgående i hele perioden, spesielt gjelder dette utfordringer knyttet til samarbeid og samhandling mellom spesialisthelsetjeneste og kommunehelsetjeneste.

I analysen av de lokale dokumentene har vi funnet følgende utfordringer beskrevet:

- Manglende kommunale tjenestetilbud; bolig, oppfølging i bolig, aktivitet/dagsentertilbud
- Tilgang til spesialisthelsetjenesten; høy terskel for innleggelse, lang ventetid på behandling, kort innleggelsestid.
- Forebyggende tiltak
- Samarbeid med spesialisthelsetjenesten
- Flere unge sliter med psykisk helse og atferdsproblematikk
- Flere tyngre og ressurskrevende brukere
- Behov for mer kompetanse og personellressurser

Til tross for at begge kommunene bygde ut tjenestetilbud både på rus- og psykiatrifeltet under perioden med opptrappingsplaner og øremerkede midler/tilskuddsordninger, viser dokumentene at det er behov for en fortsatt styrking og videreutvikling av disse.

Av forskjeller mellom kommunene viser dokumenter fra kommune Øst til utfordringer i samarbeidet med hjemmebaserte tjenester om tunge og ressurskrevende brukere, mens i kommune Vest var det i perioden før NAV-reformen utfordringer i forhold til samarbeid med sosialkontoret. Vi finner at utfordringer som beskrives i nasjonale dokument samsvarer godt med de utfordringer som beskrives i kommunale dokumenter for rus- og psykiatrifeltet både i kommune Øst og Vest. Utfordringer i spesialisthelsetjenesten utover 1990-tallet med

pasienter på feil omsorgsnivå, for lang liggetid osv. ser ut til håndteres ved at man overfører et større ansvar på kommunene, et ansvar som kommunene må ta, men som fører til utfordringer gjennom hele perioden for begge kommunene.

5.2.2 Videre satsing på rus- og psykiatrifeltet etter perioden med opptrappingsplaner

Av nasjonale dokumenter har vi tatt for oss stortingsmeldinger som har kommet etter 2008, og vil trekke frem følgende satsingsområder:

- Samarbeidet mellom rus- og psykiske helsetjenester både i og mellom første- og andrelinjetjenesten må styrkes og utvikles
- Samarbeidet mellom helse-/omsorgstjenester og NAV må styrkes.
- Styrke kompetanse på både rus- og psykiatri i de kommunale tjenestene
- Behov for behandlings- og tjenestetilbud må dokumenteres og kartlegges bedre
- Styrke kommunale tjenestetilbud som boliger, oppfølging i bolig, meningsfulle aktiviteter/dagtilbud. Sterkere fokus på arbeid/aktivitet som ledd i eller mål for behandling.
- Større satsing på ambulerende og oppsøkende virksomhet gjennom tverrfaglig sammensatte team fra spesialisthelsetjenesten og kommunale tjenester
- Sterkere fokus på brukerorientering og brukervedvirkning
- Mer samarbeid/samhandling med brukerorganisasjoner og frivillige lag/organisasjoner
- Større satsing på barn og unge gjennom styrking av skolehelsetjenesten og helsestasjonstjenesten
- Styrking av psykologkompetanse i kommunen
- Styrke behandlingstilbud og tilgjengelighet i spesialisthelsetjenesten.

Når det gjelder lokale dokumenter i kommune Øst og Vest, mangler vi oppdaterte handlingsplaner for rus- og psykiatrifeltet da disse utarbeides for 4 år om gangen, og er i ferd med å bli revidert. Kommune Øst har omorganisert helse- og omsorgssektoren, og det er rimelig å anta at denne prosessen også har medført konsekvenser for planarbeidet. Tidligere avdeling for psykisk helse har imidlertid utarbeidet en fagplan for perioden 2013-2016. Planen beskriver satsingsområder som bedre samhandling med fastlege, NAV og spesialisthelsetjeneste, bedre samhandling rundt oppfølging i bolig og aktivitet, samt en satsing på flerfaglig oppfølgingstjeneste for de med sammensatte behov. Planen viser også til behov for å styrke kompetansen på avhengighetsproblematikk.

Av overordnede kommunale planer finner vi følgende uttalte satsinger på rus og psykiatri: I kommune Øst vil man satse på å bygge robuste enheter som reduserer sårbarhet og sikrer

kompetanse og kvalitet, herunder også i forhold til rus og psykiatri. Planen viser til at knapphet på ansatte vil kreve nye omsorgsløsninger med vekt på økt samhandling mellom fagprofesjoner, involvering av pårørende og frivillighet, og utvikling av nye løsninger for omsorgsomgivelser. For barn og unge skal det etableres en egen enhet med helsestasjon, PPT, jordmor, barnevern og psykososiale tjenester som skal samarbeide tett med barnehager og skoler for å sikre gode oppvekstkår for alle barn og unge samt tidlig og helhetlig innsats for unger og ungdom som sliter. De kommunale tjenestetilbudene skal videre justeres etter endringer i behov og krav til tjenester.

I kommune Vest skal det satses videre på de tilbud og tjenester man har utviklet og anser som svært gode; herunder hjemmebaserte tjenester og dagtilbud. Det skal også satses på et tettere samarbeid med NAV og mellom rus og psykiatritjenestene. Når det gjelder forebygging står folkehelseperspektivet sentralt, og for barn og unge skal det satses videre på skolehelsetjeneste og helsestasjonstjeneste, samt tidlig tverrfaglig innsats. Ungdommers situasjon skal kartlegges gjennom et nasjonalt kartleggingsverktøy “Ung data”.

I gjennomgangen av lokale dokumenter finner vi at satsingsområdene i kommune Vest samsvarer godt med de nasjonale satsingene, og at satsingene på rus og psykiatrifeltet i større grad enn i kommune Øst uttrykkes i de overordnede kommunale planene. I kommune Øst har vi hatt liten tilgang dokument som omhandler den videre satsingen, og i overordnede kommunale dokument uttrykkes i liten grad spesifikke satsinger som går på rus- og psykiatrifeltet. I tabellen under har vi forsøkt å trekke ut de viktigste satsingsområdene slik vi finner dem beskrevet i nasjonale og lokale dokument.

Tabell 15: Viktige satsingsområder i nasjonale og lokale dokument

Videre satsing	Nasjonale dokument	Kommune Øst	Kommune Vest
Kompetanse	Krav om psykologkompetanse Videre utvikling av kommunal kompetanse på psykisk helse- og rusarbeid		Tidligere utskrivning samt overføring av oppgaver til kommunen gir større behov for kompetanse og kapasitet
Intern samhandling	Styrke samarbeid mellom helse-/omsorgstjenester og NAV. Utvikle nye samhandlingsmodeller Styrke samarbeid mellom rus- og psykiske helsetjenester	Bygge robuste enheter som reduserer sårbarhet og sikrer kompetanse og kvalitet Knapphet på omsorgsytere vil kreve nye omsorgsløsninger med vekt på økt samhandling mellom fagprofesjoner, involvering av pårørende og frivillighet.	Tettere samarbeid mellom NAV og avdeling for psykisk helse i henhold til intensjonene i ROP retningslinjene (rus og samtidig psykisk lidelse)
Kommunale tjenestetilbud: Arbeid, aktivitet, bolig, oppfølging i bolig m.m.	Arbeid og aktivitet må ses som ledd i og mål for	Justere kommunale tjenestetilbud i forhold til	Videreutvikling av lavterskel arbeids-

	behandling	befolknings sammensetning og endringer i behov og krav til tjenester	/aktivitetstilbud med boligsosialt arbeid, oppfølging innen rusomsorg, samt veiledning og stimulering innen kosthold og fysisk aktivitet inn under dette tiltaket. Gi gode hjemmetjenester, helsetilbud innen rus, psykisk helse og habilitering.
Behandling	Kommunes plikt til å gi øyeblikkelig hjelp omfatter rus/psykiatri Bedre forebygging og oppfølging av personer med rusproblemer, kortere ventetid og bedre kvalitet. Mer bruk av ambulante og oppsøkende team		
Ekstern samhandling	Betalingsplikt for utskrivingsklare pasienter Overføring av driftsansvar for DPS til noen større kommuner Redusere kommunens behov for spesialisthelsetjenester		Videreføre drift av Distriktsmedisinsk senter inkludere poliklinisk tilbud innen psykiatri
Forebygging	Satsing på lokalt folkehelsearbeid, helsefremmende og forebyggende tjenester		Ha folkehelse som tema i all kommunal planlegging, forvaltning og tjenesteyting
Barn og unge	Styrke og videreutvikle helsestasjon- og skolehelsetjenesten	Etablering av en egen enhet for barn og unge med tett samarbeide med barnehager og skoler.	Videreføre gode helsetilbud med helsestasjon og skolehelsetilbud ved skolene Tidlig tverrfaglig innsats

Både nasjonale og lokale dokument understreker behovet for en videre utbygging av kommunale tjenestetilbud, samt å styrke kompetanse i kommunen. Også samhandling, og da spesielt intern samhandling, er viktige satsingsområder fremover. Det samme gjelder satsing på barn og unge, og en sterkere vektlegging av folkehelseperspektivet.

5.2.2 Organisering av tjenestetilbud på rus- og psykiatrifeltet

Stortingsmeldingene sier ingenting om selve organisasjonsstrukturen i kommunene, men understreker og vektlegger plikt til samarbeid, internt og eksternt. Utgangspunktet for tjeneste- og behandlingstilbud skal være brukerorientert, og alle instanser skal samhandle for

pasientens/brukerens beste. For pasienter med sammensatte behov/koordinerte tjenester, blir behov og plikt til samhandling ekstra tydeliggjort gjennom bruk av Individuell plan. Denne pasientgruppen har vært “kasteballer” mellom ulike behandlingsnivå og behandlingsinstanser. Ved innføringen av NAV-reformen ga Stortingsmelding nr. 46 (2005) ingen direkte føringer for hvilke kommunale tjenester som skulle legges til NAV, utover økonomisk sosialhjelp, men tjenester på rus- og psykiatrifeltet ble trukket frem som godt egnet å bli lagt i NAV. Både kommunens og spesialisthelsetjenestens ansvar for rus- og psykiatripasientene kommer klart frem i Stortingsmeldingene og det henvises til ulike lovverk.

Med begrunnelse i den fragmentering av tjenestetilbud som ulike organisasjonsstrukturer i hjelpeapparatet har medført, ser vi imidlertid i Stortingsmelding nr. 26 om *Fremtidens primærhelsetjeneste* (2015a) en del nasjonale føringer for hvordan det kommunale tjenestetilbudet bør se ut, og samlokalisering av tjenester og personell og en teambasert tilnærming til grunnleggende helsetjenester skal gi mer helhetlige tjenester for brukerne. I den siste opptrappingsplanen for rusfeltet understrekes det at det er kommunene som er ansvarlige for hvordan tjenestene organiseres, og at kommunene kan velge å etablere tjenestene i egen regi eller i samarbeid med frivillige, ideelle eller private aktører gjennom avtaler eller anbud. Regjeringen understreker også at det er ønskelig at kommunene i større grad samhandler med frivillig og ideell sektor for å sikre brukerne gode tjenester (Helse- og omsorgsdepartementet, 2015b, s. 58).

I perioden med opptrappingsplaner har kommune Øst og kommune Vest valgt ulik organisering av rus- og psykiatrifeltet. Av hovedfunn i dokumentstudiene vil vi trekke frem følgende forskjeller:

Tabell 16: *Forskjeller i organisering mellom kommunene*

Kommune Øst	Kommune Vest
<ul style="list-style-type: none"> • 2000: Etablerte egen avdeling for psykisk helse under perioden med opptrappingsplan for psykiatrifeltet under helse- og sosialtjenesten • 2008: Gikk inn i NAV med minimumsløsning. Samarbeid med NAV om bolig, arbeid og aktivitet. • 2008: Etablerte ny psykososial enhet hvor rusarbeid ble inkludert. Jobbet ut fra et familieperspektiv. • Ansvar for tunge og ressurskrevende brukere ble lagt til avdeling for hjemmebaserte tjenester. • 2013: Omorganisering begrunnet i behov for 	<ul style="list-style-type: none"> • 1994: Styrket kompetanse på psykisk helsearbeid innenfor hjemmebaserte tjenester • 2004: Ny organisasjonsplan: Psykiatritjenesten en deltjeneste under Pleie og omsorg. Samarbeid med sosialkontor og helsetjeneste. • 2007: Hele sosialtjenesten legges i NAV. I den rusmiddelpolitiske handlingsplanen fra 2008, sies det at en må fortsatt utvikle samarbeidet mellom de ulike tjenestene i kommunen, for å få et helhetlig tjenestetilbud til brukerne. • 2009: Det etableres en egen avdeling for psykisk helse under Pleie- og omsorg.

mer robuste tjenester for alle pasientgrupper, og utfordringer ved samhandling og samarbeid med hjemmetjenesten om pasienter (Jfr. figur 4 i pkt. 4.2.3).	
---	--

Dokumentstudiene våre viser at både kommune Øst og Vest styrket kompetansen på psykiatri i de hjemmebaserte tjenestene før opptrappingsplanen gjorde seg gjeldende. Mens man i kommune Vest fortsatte å bygge opp kompetanse innenfor hjemmebaserte tjenester, valgte man i kommune Øst å samle kompetansen i en egen avdeling for psykisk helse under helse og sosialtjenesten. Også i kommune Vest opprettet man etter hvert en egen avdeling, men administrativt ble psykisk helseavdelingen lagt til pleie og omsorgssektoren. I kommune Øst var ansvaret for de tunge og ressurskrevende brukerne lagt til avdeling for hjemmebaserte tjenester, som opplevde mangelfull kompetanse på denne brukergruppen. Dette er noe av begrunnelsen for den «oppsplitting» og omorganisering av den psykososiale enheten som fant sted i 2013. Vi ser også at kommunene valgte en ulik organisering i forhold til NAV. Kommune Øst valgte en minimumsløsning og beholdt oppfølgingen av rusavhengige i den psykososiale enheten, dette kan forklare hvorfor man hadde et mindre behov for samarbeid med NAV rundt denne brukergruppen før omorganiseringen. Kommune Vest gikk inn med hele sosialtjenesten i NAV, noe som førte til et sterkt behov for å videreutvikle samarbeidet med NAV som man tidligere hadde hatt med sosialtjenesten rundt brukere med samtidige rus og psykiske lidelser.

Vi finner ellers at handlingsplanene for rus- og psykiatrifeltet både i kommune Øst og Vest virker til å ta inn over seg endringer i ansvarsforhold mellom spesialisthelsetjeneste og kommune slik de fremkommer fra nasjonalt hold, uten noe videre problematisering. Kommunens ansvar og rolle tilpasses og konkretiseres på bakgrunn av disse endringene, og utfordringene presiseres i form av ulike behov for tjenestetilbud som uttrykkes og konkretiseres i de kommunale handlingsplanene for rus- og psykiatrifeltet.

Nasjonale myndigheter legger i liten grad føringer på hvordan kommunen skal organisere sine tjenester, men er svært tydelig med å markere kommunenes ansvar for koordinering og samhandling slik at brukerne skal få et helhetlig tilbud. Det dominerende styringsverktøyet har vært/er lovgivning som gjør dette til en plikt. I den nye opptrappingsplanen for rusfeltet, ser vi imidlertid at myndighetene også bruker finansielle virkemidler for å påvirke samhandling, ved at det er avsatt øremerkede tilskudd som nettopp skal tilgodese dette formålet. Når det gjelder kommunenes valg av organisering (organisasjonsstruktur) på rus- og psykiatrifeltet, kan det virke som om det er flere hensyn enn bare hensynet til brukergruppen på rus- og psykiatrifeltet som dikterer utforming av organisasjonsstrukturen.

5.2.3 Virkemiddelbruk/styringsverktøy

Ulike stortingsmeldinger i nyere tid viser til at de nødvendige *lovreglene* om koordinering og samhandling «er på plass», men at lovregulering i seg selv ikke har vært tilstrekkelig for å få til bedre samhandling innenfor helse- og omsorgsområdet. Dette er kommet til uttrykk senest i den siste opptrappingsplanen for rusfeltet (Helse- og omsorgsdepartementet, 2015b). Det fremheves at normative virkemidler mest sannsynlig må suppleres med andre systemtiltak, som organisering av effektive samhandlingsarenaer og finansieringstiltak, som gjør samhandling til økonomisk rasjonell adferd».

Når det gjelder bruk av *andre virkemidler*, peker flere av de stortingsmeldingene vi har gjennomgått, på behovet for utvikling av nasjonale veiledere og betydningen av gode IKT-verktøy for samhandling, samt nødvendigheten av å satse på kompetanseutvikling på rus- og psykiatri. Endelig pekes det på behovet for å kartlegge behovene bedre. Krav om rapportering som ledd statens tilsyn og kontroll, var et viktig element i forbindelse med opptrappingsplanene. Et hovedproblem synes å ha vært mangelfullt datagrunnlag, både om behov og innsats. I den siste opptrappingsplanen for rusfeltet (Helse- og omsorgsdepartementet, 2015b) vises det til at en fortsatt mangler gode data om rus- og psykisk helsearbeid i kommunene. Dersom resultatrapporteringen viser manglende oppfølging av den siste opptrappingsplanen på rusfeltet i kommunene, vil regjeringen vurdere å ta i bruk sterkere virkemidler. Departementet vil gjennom etablerte rapporteringsordninger følge nøye med på utviklingen i sektoren, og på om kommunene følger opp regjeringens satsing med tiltak innenfor rusområdet. Det fremgår av flere stortingsmeldinger at lovgivning alene ikke har vært et tilstrekkelig virkemiddel. Økonomisk stimulering blir ansett som et viktig tiltak. Øremerking ble ansett som nødvendig for å styrke feltet. Etter flere års satsing ved bruk av øremerkede tilskudd ble tilskuddet etter en tid innlemmet i rammetilskuddet. Det fremgår av stortingsmelding nr. 30, *Se meg!* (Helse- og omsorgsdepartementet, 2012) at regjeringen da ville dreie virkemiddelbruken over på kompetanseheving og utvikling av tiltak for samhandling. I lokale dokumenter finner vi at kommunene i stor grad forankrer sine planer i lovverk og at det vises til stortingsmeldinger og rundskriv fra departementet. Vi finner også at det vises til opptrappingsplanene. I periodene med øremerkede tilskudd, beskriver planene hvordan midlene er planlagt anvendt.

5.2.4 Oppsummering av dokumentdata

Dokumentstudiene gir oss lite grunnlag for å kunne si noe om det kommunale handlingsrommet, da disse i stor grad er beskrivelser av «ønsket» tilstand. Når det gjelder omfanget av tjenestetilbud er disse godt beskrevet i en rekke av de nasjonale dokumentene, spesielt i opptrappingsplanene. De lokale dokumentene gjenspeiler i stor grad de lokale behovene og ønsker om måloppnåelse. I perioder med øremerkede midler og tilskuddsordninger spesifiseres det i de kommunale handlingsplanene hvordan disse skal

benyttes, og det tas for gitt at tjenestetilbud og personalressurser skal videreføres ved overgang til rammetilskudd. Samtidig viser de lokale dokumentene ingen forventninger om økte rammer. Dokumentstudiene gir ingen holdepunkt for sammenhenger mellom finansiell virkemiddelbruk og organisering. Her vil imidlertid lovgivning som virkemiddel ha en større betydning, som under innføringen av NAV-reformen hvor kommunene ble pålagt å legge et minimum av de sosiale tjenester til NAV. For øvrig later det til at også lovgivning har sine begrensninger. Til tross for at Individuell plan, plikt til samhandling og koordinerte tjenester har vært gjeldende rett siden 1990-tallet, viser stortingsmeldingene og ulike rapporteringsverktøy, at dette fortsatt er en stor utfordring i kommunene. Når det gjelder samsvar mellom nasjonale og kommunale satsninger og enighet omkring hvilke(n) finansieringsordninger/virkemiddelbruk som er optimale for levering og kvalitet i kommunens rus- og psykiatri-tjenester sier de lokale dokumentene ingenting om dette. Imidlertid viser nasjonale dokumenter til at øremerkede midler var nødvendig for å kunne løfte det kommunale psykiatrifeltet. For rusfeltet ble det lagt til grunn at nødvendig lovverk var på plass, og at økt rammetilskudd sammen med spesifikke tilskuddsordninger skulle gjøre det mulig for kommunene å innfri målene i opptrappingsplanen. De nasjonale dokumentene forutsatte også at satsingen på rus- og psykiatrifeltet skulle videreføres ved overgangen til rammetilskudd i 2012. Imidlertid gjeninnførte Regjeringen ordningen med tilskuddsordninger fra 2013, og opprettholder denne ordningen i forbindelse med den siste opptrappingsplanen.

For å kunne besvare forskningsspørsmålene våre gir ikke dokumentstudiene alene et godt nok bilde, dette da de ikke kan si noe om faktisk handlingsrom, og vi heller ikke har gode nok dokumentkilder for hele perioden. Dokumentdataene må derfor ses i sammenheng med intervjudataene som vi presenterer i det følgende.

5.3 Funn fra intervjuanalyse

Intervjudataene gir oss annen informasjon enn dokumentdataene. Intervjudata gir informasjon om faktiske erfaringer og opplevelser man har gjort på rus- og psykiatrifeltet. I det følgende presenterer vi intervjudata som beskriver omfang av kommunale tjenestetilbud i de to ulike kommunene, bruk av virkemidler og forskjeller i organisering av kommunale tjenestetilbud i de to ulike kommunene, og enighet mellom aktørene i de ulike kommunene omkring kommunale satsninger og hvilke(n) finansieringsordninger/virkemiddelbruk som er optimale for levering og kvalitet i kommunens rus- og psykiatritjenester. Data som presenteres her er basert på intervjuer med respondenter på administrativt nivå og fra fagfeltet.

5.3.1 Omfang av kommunale tjenestetilbud i de to ulike kommunene

Vi har valgt å gi en oversikt over likheter og forskjeller i tjenestetilbudene mellom kommunene i perioden før og under perioden med opptrappingsplaner for rus- og psykiatrifeltet i form av en tabell. Etter overgangen til rammetilskudd i 2012, er det store

forskjeller i tjenestetilbudene. Den siste rubrikken i tabellen viser derfor hva som er særegent ved den enkelte kommune.

Tabell 17: Likheter og forskjeller i tjenestetilbud mellom kommunene

1990-1999	Likheter i tilbud i perioden med øremerkede tilskuddsordninger på psykiatrifeltet:	Forskjeller i tilbud på bakgrunn av øremerkede tilskuddsordninger på psykiatrifeltet:
	<ul style="list-style-type: none"> • Ansatte i hjemmesykepleien tok videreutdanning innen psykisk helsearbeid • Psykiatrisk sykepleier utviklet handlingsplan og ga tilbud om klientsamtaler • Dagsentertilbud for psykiatrispasienter • Rusavhengige og sosialt vanskeligstilte fikk bistand fra sosialtjenesten 	
1999-2008	Likheter i tilbud i perioden med øremerkede tilskudd på psykiatrifeltet:	Forskjeller i tilbud i perioden med øremerkede tilskudd på psykiatrifeltet:
	<ul style="list-style-type: none"> • Flere dagsenterplasser opprettes • Tettere oppfølging i form av boveiledning/praktisk bistand • Bygging av boliger / bofellesskap • Flere fagstillinger og mer kompetanse • Styrking av tjenestetilbud for barn og unge • Tjenestetilbud til kronisk syke gjennom hjemmebaserte tjenester 	<p>Kommune Vest:</p> <ul style="list-style-type: none"> • Styrket kompetanse innenfor hjemmebasert omsorg (videreutdanning og flere stillinger) • Kommunalt lavterskel arbeids/aktivitets tilbud opprettet for alle sosialt vanskeligstilte <p>Kommune Øst:</p> <ul style="list-style-type: none"> • Kommunepsykolog • Oppfølging også av voksne med rusavhengighet • Styrket kompetanse på både rus og psykiatri i psykososial enhet (videreutdanning og flere fagstillinger) • Helhetlig tjenestetilbud (samarbeid/samløsløsning mellom sosialkontor og psykisk helseavdeling)
2008-2012	Likheter i tilbud i perioden med rammetilskudd på psykiatrifeltet og øremerkede tilskuddsordninger på rusfeltet:	Forskjeller i tilbud i perioden med rammetilskudd på psykiatrifeltet og øremerkede tilskuddsordninger på rusfeltet:
	<ul style="list-style-type: none"> • Antall fagstillinger på psykiatrifeltet ble videreført, • Forebyggende arbeid • Tilskuddsmidler til ruskonsulent/rusteam for å styrke oppfølging av rusavhengige 	<p>Kommune Vest:</p> <ul style="list-style-type: none"> • Tjenestetilbud ble videreutviklet og styrket gjennom oppretting av egen sone for psykisk helse i 2009. • Dagsenter kunne holde åpent i sårbare

		<p>perioder som ferier/høytider.</p> <ul style="list-style-type: none"> • Bedre oppfølging av psykisk syke, mindre fokus på typiske sykepleieoppgaver. • Lavterskel arbeids/aktivitetstilbud ble styrket og videreutviklet gjennom tilskuddsmidler (1 stilling til boligsosialt arbeid og 1,5 stilling til oppsøkende team for rusavhengige) som ga praktisk bistand og boveiledning. Dette førte til tett samarbeid mellom ulike instanser. • Godt samarbeid med distriktsmedisinsk senter. Tilbud om psykiater. <p>Kommune Øst:</p> <ul style="list-style-type: none"> • Helhetlig tjenestetilbud for pasienter med rus- og psykiatriproblematikk ut fra et familieperspektiv. • Pasienter med lettere/moderate psykiske lidelser og rusavhengige gis tilbud om både kartlegging/utredning og behandling (gruppetilbud/individuell behandling)
2012- d.d	Særpreget i tjenestetilbud i kommune Øst i perioden med overgang til rammetilskudd og gjeninnføring av mer spesifikke tilskuddsordninger:	Særpreget i tjenestetilbud i kommune Vest i perioden med overgang til rammetilskudd og gjeninnføring av mer spesifikke tilskuddsordninger:
	<ul style="list-style-type: none"> • Tilbudene videreføres, men omorganisering fører til at fagmiljøet brytes opp og tjenestetilbudet fragmenteres • Kurativ helse; tilbud om lavterskel helsetjenester/gruppebehandling/individuell behandling og noe praktisk bistand • Hjemmebaserte tjenester (ved behov for langvarig oppfølging): samtaler, praktisk bistand og oppfølging, dagsenter (færre ansatte og færre plasser) Dårlig ressursutnyttelse av rus-/psykiatrikompetanse • Lang ventetid på tjenester, både kurative tjenester og langtidsoppfølging. • Ruskonsulentstilling omgjøres til psykisk helse- og ruskonsulent. Mindre kapasitet til oppfølging av rusavhengige. Rusarbeidet blir nedprioritert. • Ruskonsulentstillingen foreslås fjernet, men kan videreføres ut 2016 pga. nye tilskuddsmidler. 	<ul style="list-style-type: none"> • Tjenestetilbudet er bedre til tross for uendrede ressurser på psykiatrifeltet. • Tett samarbeid med NAV om felles brukere • Boligsosial stilling omgjort til fast stilling, + 50 % stilling pga. tilskuddsordning. En fast stilling til rusarbeid. • Lavterskel arbeids/aktivitetstilbud gir arbeidspraksis, boveiledning, treffsted, samtaler, økonomisk veiledning til personer med rus/psykiske lidelser. • Samarbeid med Kriminalomsorgen i gjennomføring av samfunnsstraff og fotlenkesoning • Styrket tjenestetilbud til barn og unge med en stilling som psykiatrisk sykepleier og kommunepsykolog gjennom tilskuddsordninger. • Tilskuddsmidler til stilling for å utvikle samhandling mellom rus og psykiatritilbud • Forventninger om at en felles handlingsplan for rus- og psykiatrifeltet vil gi bedre og mer

	<ul style="list-style-type: none"> • Tjenestetilbud til barn og unge videreføres uforandret, men skal reduseres med to fagstillinger fra 2016. • Forventninger om at samlokalisering av helsetjenester i 2017 vil gi bedre og mer helhetlige tjenestetilbud for brukerne. • Behov for flere boliger for utsatte grupper • Ingen utsikter til økte rammer. Tjenestebehovet øker. • Behov for mer samarbeid med spesialisthelsetjenesten gjennom ambulerende, oppsøkende team 	<p>helhetlige tjenester.</p> <ul style="list-style-type: none"> • Behov for mer samarbeid med spesialisthelsetjenesten gjennom ambulerende, oppsøkende team • Utfordringer ift. å få rekruttert psykiatriske sykepleiere og psykolog til kommunen
--	--	---

Våre intervjudata bekrefter at både kommune Øst og kommune Vest var svært proaktive både før og under perioden med opptrappingsplaner på psykiatrifeltet. I perioden før opptrappingsplan på psykiatrifeltet ble det gitt øremerkede tilskudd til utvikling av handlingsplaner, videreutdanning og dagsentertilbud som begge kommunene benyttet seg av. I perioden med opptrappingsplan og øremerkede midler for psykiatrifeltet bygde begge kommunene ut tjenestetilbudene i tråd med de nasjonale føringene. De øremerkede midlene ble brukt til fagstillinger, med en intensjon om å gi best mulige tjenestetilbud for brukerne. Kommunene har videre bygd ut tjenestetilbudene ut fra det man har ansett som lokale behov, og ved overgang til rammetilskudd i 2008 ble stillingene videreført. Begge kommunene benyttet seg av de tilskuddsordninger som var tilgjengelige i perioden opptrappingsplanen på rusfeltet, og styrket tjenestetilbudet til rusavhengige og de med samtidige rus- og psykiske lidelser.

Det som utpeker seg som forskjeller mellom kommunene når det gjelder tjenestetilbud, er at kommune Vest har satset mer på å bygge ut og styrke tjenestetilbudene gjennom oppsøkende virksomhet og tjenester som går ut fra brukerens “hjem”, og man har i større grad integrert tjenestetilbudene både mellom kommune og NAV, og mellom rus og psykiatri. I kommune Øst kan det se ut som man i større grad satset på en integrering av tjenestetilbud allerede fra starten av, gjennom en oppbygging av et fagmiljø. Tjenestetilbudet var imidlertid lite tilgjengelig for brukerne utover ordinær arbeidstid, og ga misnøye hos andre samarbeidende instanser. Gjennom våre data finner vi også svært lite som omhandler samarbeid om tjenester fra NAV i kommune Øst, noe som understrekes som svært viktig hos alle aktørene i kommune Vest. Ingen av kommunene gir uttrykk for å være i mål med tjenestetilbudene fremover, men det kan se ut som at det er større grad av tilfredshet med “mål og retning” for veien videre i kommune Vest, enn i kommune Øst.

Av andre forskjeller er selvfølgelig den økonomiske situasjonen mellom kommune Øst og kommune Vest svært viktig. Kommune Vest har i dag et større økonomisk handlerom, både ved at gjennom flere år har hatt god kontroll på økonomien, og at de var i forkant av “eldrebølgen” og hadde utfordringer knyttet til overgangen fra institusjonsdrift til hjemmebasert omsorg for noen år tilbake. Vi finner også at kommune Vest i større grad har rom til å benytte seg av statlige tilskuddsordninger med krav om egenfinansiering. I kommune Øst har man over flere år brukt hver krone til driftsutgifter, og er for tiden i gang med en omstillingsprosess fra en institusjonsbasert drift til mer hjemmebasert omsorg. Kommunen har lite handlingsrom, og det skal spares på alle driftsområder. Kommune Øst fikk tildelt midler til psykolog, men kommuneøkonomien gjorde det ikke mulig å benytte tilskuddsordningen pga. for høy egenfinansiering.

5.3.2 Bruk av virkemidler og forskjeller i organisering av kommunale tjenestetilbud

I det følgende vil vi gi en oversikt over organisasjonsstrukturen i kommunene, og hvordan dette påvirker handlingsrommet for ledelse og styring. Vi presenterer data fra hver kommune for seg, før vi oppsummerer og ser på likheter og forskjeller mellom kommunene.

Tabell 18: Endringer i organisasjonsstruktur og element ved ledelse/styring i kommune Øst

Organisasjonsstruktur:	Ledelse og styring:
<p>Politisk nivå:</p> <ul style="list-style-type: none"> • Hadde tidligere hovedutvalgsmodell men gikk bort fra dette. 	<ul style="list-style-type: none"> • Liten kontakt med «grasrotnivået» • Liten kjennskap til rus- og psykiatrifeltet • Informasjon gjennom budsjettprosesser og behandling av overordnede planer og handlingsplaner hvert 4.år • Stor avhengighet av korrekt informasjon fra rådmann. • Liten innsikt og innflytelse på rus- og psykiatrifeltet. • Fagfeltet mangler politisk forankring.
<p>Administrativt ledelses nivå:</p> <ul style="list-style-type: none"> • To-nivå modell med fagsjefer i rådmannens stab, med liten formell myndighet. • Rådmannen utøver formell myndighet og direkte styring av virksomhetslederne 	<ul style="list-style-type: none"> • Stort kontrollspenn mellom rådmann og virksomhetsnivå • Fagsjefen gir støtte til virksomheten, men er uten formell myndighet til å ta beslutninger. Virksomhetene opplever mangelfull strategisk styring av fagområdet (reaktivt – ikke proaktivt). • Avstand mellom administrativ ledelse og virksomhetsnivå. Liten involvering i beslutningsprosesser. • Informasjon innhentes i stor grad gjennom Kostra-rapporteringer og andre rapporteringssystem (vekt på kvantitative styringsdata)
<p>Virksomhetsnivå:</p> <ul style="list-style-type: none"> • Før 2008 lå psykisk helsearbeid til en egen 	<ul style="list-style-type: none"> • Felles administrativ ledelse blir fremhevet som

<p>avdeling, som sammen med sosialkontoret lå i en felles administrativ enhet (Helse- og sosialtjenesten):</p> <ul style="list-style-type: none"> I forbindelse med NAV-innføringen i 2008 valgte man å opprette en egen psykososial enhet, som var en sammensmeltning mellom sosialkontor, psykisk helse og tjenester for barn og unge. Gjennom øremerkede tilskudd ble tjenesten styrket med 16 fagstillinger. 2013: Omorganisering av helse- og omsorgssektoren på bakgrunn av behov for styrking av hjemmebaserte tjenester, og behov for kompetanse på rus/psykiatri i flere enheter. Psykososial enhet nedlegges og ressursene til rus- og psykiatri fordeles på hjemmebaserte tjenester, ny enhet for barn og unge, ny kurativ enhet og koordinerende enhet. 	<p>positivt for mulighet til samhandling mellom sosialkontor og psykisk helseavdeling.</p> <ul style="list-style-type: none"> Psykososial enhet ble en robust, selvstyrt enhet med liten «innblanding» fra rådmannsnivå/overordnet ledelse. Ut fra faglige begrunnelser ble tjenester utviklet og samarbeid med nødvendige eksterne aktører ble etablert. Det ble etablert et helhetlig opplegg med vekt på samordning og samhandling som var «forut for sin tid», (i forhold til nasjonale føringer) og som ble et forbilde for andre kommuner. Hjemmebasert tjeneste opplevde å sitte med de tunge brukerne, uten nok kompetanse og ressurser, spesielt var dette utfordrende i høytider/kveldstid/ferier Økt press på kurativ enhet som består av to stillinger. Behov for mer samarbeid med NAV ift. oppfølging av rusavhengige. Utfordringer ift. samarbeid med spesialisthelsetjeneste, fastlege Behov for omorganisering oppleves som uforståelig og problematisk av de ansatte i tidligere psykososial enhet og av samarbeidsparter i spesialisthelsetjeneste. Utfordringer i samhandling mellom tjenesteutøvende enheter og koordinerende enhet (uklart hva som omfattes av vedtak) en fragmentering av tjenestetilbud på rus- og psykiatrifeltet, mindre effektiv ressursutnyttelse og oppsplitting av et sterkt fagmiljø.
---	--

Tabell 19: Endringer i organisasjonsstruktur og element ved ledelse/styring i kommune Vest

Organisasjonsstruktur:	Ledelse og styring:
<p>Politisk nivå:</p> <ul style="list-style-type: none"> Hovedutvalgsmodell med politiske sektororgan og tilhørende fagområder. Rus- og psykiatrifeltet sorterer under Omsorgs- og oppvekstutvalget. 	<p>Hovedutvalgsmodellen gir politisk forankring av rus- og psykiatrifeltet, og innflytelse og innsikt. Stabil politisk ledelse over lang tid.</p>
<p>Administrativt ledelsesnivå:</p> <ul style="list-style-type: none"> To-nivå modell, men med en pleie og omsorgssjef som psykiatrifeltet sorterer under Alle sosiale tjenestoområder er lagt til NAV, herunder rusfeltet. 	<ul style="list-style-type: none"> Den tette koblingen til politisk nivå fremheves som svært viktig. Mellomledernivået gir mulighet for strategiske beslutninger og samarbeid.
<p>Virksomhetsnivå:</p>	

<ul style="list-style-type: none"> • Psykisk helsearbeid ligger i hjemmebaserte tjenester frem til 2009, sosialkontoret hadde ansvar for rusarbeid frem til NAV-innføringen. • 2009: Psykisk helse etableres som egen avdeling i den hjemmebaserte tjenesten • 2012: Det opprettes en egen sone for psykisk helse under pleie og omsorg, med egen råderett over tildelte ressurser. 	<ul style="list-style-type: none"> • Liten kontakt og samarbeid med sosialkontoret, • Etablering av NAV gir et tettere samarbeid om felles brukere. • Tett samarbeid med fastleger (samstyring til brukerens beste) • Utfordringer i samarbeid med spesialisthelsetjenesten • Mye ressurser avgis til hjemmebaserte tjenester, uten samme «kompetanse» tilbake. Mulighet for døgnkontinuerlige tilbud og oppbygging av et sterkere fagmiljø • Sterk tro og vilje til samhandling med interne og eksterne aktører
--	--

Alle respondentene i kommune Vest viser til at modellen med hovedutvalg har vist seg å være en god modell. Når det gjelder forholdet mellom politikk og administrasjon/fagledelse, tegnes et positivt inntrykk. Politikerne er aktive og «påkoblet» og inntar en til dels strategisk rolle. De folkevalgte engasjerer seg tidlig i prosessen med utarbeidelse av rus- og psykiatriplaner, og tar lederskapet i prosessene.

Kommune Øst og kommune Vest har hatt helt forskjellig organisatorisk utvikling. Mens kommune Øst tidligere var et «fyrtårn» for god organisering på dette feltet, oppleves situasjonen nå som et tilbakeskritt. Disse hendelser sammenfaller godt i tid med henholdsvis perioder med opptrappingsplaner, uten at det dermed kan påvises noe direkte årsakssammenheng til de statlige finansieringsordningene. Kommune Vest har sent, men sikkert, utviklet en organisasjonsform og arbeidsdeling som fungerer, men hvor man også er oppmerksom på, og ønsker å utvikle samhandlingen med rusarbeiderne i NAV enda mer. Respondentene i kommune Vest setter organisasjonsutviklingen, herunder organisering og samhandling, i klar sammenheng med opptrappingsplaner, Samhandlingsreformen og andre sentrale styringssignaler. Disse har virket som katalysator for kommunens arbeid, også med hensyn til hvordan man har organisert seg. Det påpekes viktigheten av at man fra kommuneledelsens side vektlegger og innlemmer NAV i sin tenkning, selv om NAV står litt «på sidelinjen», gitt at det er en kompleks samarbeidskonstruksjon sammen med staten. NAV-lederen peker på at det blir viktig å utvikle samarbeidet med avdeling psykisk helse videre, dels fordi det er så mange felles brukere, og dels fordi NAV råder over så mange tjenester som er viktig for brukergruppen.

I kommune Øst oppleves fagsjefens manglende reelle myndighet som et problem, blant annet ved at store varslede endringer som følge av statlige reformer på rus- og psykiatrifeltet ikke i tilstrekkelig grad gripes fatt i, og avklares, på et overordnet/strategisk nivå med sikte på

samordning når dette griper inn i flere tjeneste- eller virksomhetsområder, typisk grensesnittet mellom psykisk helse og rus. Det gjør at «grunnplanet» selv må ta jobben, men dette er vanskelig fordi man er bundet opp i daglige driftsoppgaver. For øvrig pekes det på at politisk og administrativ ledelse mangler tilstrekkelig nærkontakt med virksomhetene og bakkebyråkratene, og i større grad baserer seg på KOSTRA-tall som grunnlag for beslutninger, i motsetning til kunnskap basert på bakkebyråkratenes erfaringer. Respondentene på virksomhetsnivå er bekymret for fagutviklingen. Den fragmenterte organisasjonsstrukturen og til dels manglende fagledelse, synes også å få konsekvenser for evnen til «å ta ned», og nyttiggjøre seg statlige stimuleringsiltak, for eksempel øremerkede tilskudd til rus- og psykiatrifeltet som forutsetter utarbeidelse av en plan og tilhørende rapportering. Særlig er det knyttet til å innpasse dette i en helhetlig strategi for kommunen, og se utfordringer i sammenheng.

Begge kommuner opplever utfordringer med den horisontale samhandlingen. I kommune Vest har de to viktigste enhetene av betydning for rus- og psykiatrifeltet, nemlig avdeling for psykisk helse i pleie- og omsorg og NAV, «funnet hverandre», og samhandlingen mellom disse er beskrevet som svært god, og utvikles stadig. Situasjonen i kommune Øst rapporteres av respondentene fortsatt å være svært utfordrende, hva angår rammebetingelser for samhandling. Noe av det uttrykte motivet for omorganiseringen i 2013 var å redusere «kasteballer» i systemet, og øke evne og vilje til samhandling. Flere av respondentene forklarer at denne målsettingen ikke har blitt nådd. En særlig utfordring synes samhandlingen med fastlegene å være.

Respondentene i begge kommunene gir uttrykk for at det er vanskelig å få til et godt og helhetlig samarbeid rundt pasienter med samtidige rus- og psykiske lidelser, og at spesialisthelsetjenesten i stor grad «velter» ansvaret over på kommunene. Den geografiske avstanden til spesialisthelsetjenestetilbud er en annen faktor.

Opptappingsplanene og bruken av øremerkede tilskudd medførte at rus- og psykiati-omsorgen, rent organisatorisk, ble mer tydelig og distinkt. Gjennom økt ressurstilgang har man sprengt seg ut av en organisatorisk tilværelse i skyggen av somatikken, og fått armslag til å utvikle noe særegent og tilpasset tilbud til målgruppen. Organisatorisk og faglig fristilling fra somatikken, og deretter organisatorisk brobygging mellom psykiatri og rus, har gitt faglig tyngde, som har vært avgjørende for utviklingen. Dette har vært særlig viktig for utviklingen av rusfeltet.

Der er ingen direkte sammenheng mellom opphør av opptappingsplaner/bruk av øremerkede tilskudd og kommunenes organisering. Vi finner likevel holdepunkter for at bortfall av statlige stimuleringsiltak gjør rus- og psykiatrifeltet sårbart for press fra andre kommunale tjenesteområder underlagt andre forutsetninger (lovgrunnlag, kultur, ressurstilgang,

behov/demografi, statlige føringer, mv.), som igjen kan lede til press i retning av omorganisering. utfordringene forsterkes når det er stor grad av organisatorisk fragmentering, i kombinasjon med svak overordnet og helhetlig toppledelse. Handlingsrommet påvirkes også av utviklingen hos sentrale eksterne samarbeidspartnere, særlig spesialisthelsetjenesten.

5.3.3 Enighet mellom aktørene om optimal statlig virkemiddelbruk for levering og kvalitet i kommunens rus- og psykiatritjenester

I det følgende vil vi gjøre rede for ulike syn på og meninger om bruken av øremerkede tilskudd. Vi gjør først rede for data som uttrykker fordeler og ulemper ut fra hvor man befinner seg i organisasjonen, først kommune for kommune, deretter oppsummerer vi likheter og forskjeller i datamaterialet vårt, uavhengig av kommunekontekst.

Tabell 20: Meninger om finansieringsordninger i kommune Øst og Vest

	Øremerkede tilskudd	Rammetilskudd
Fordeler	<ul style="list-style-type: none"> • Vært avgjørende for kommunes oppbygging av tjenestetilbud på rus- og psykiatrifeltet • Tjenesteområdet blir beskyttet mot konkurranse fra andre områder • Godt egnet til forsøksprosjekt/innovasjon • Øremerkede etter objektive kriterier foretrekkes pga. tilpasning til lokale behov • Sikrer at lokale prioriteringer er i tråd med nasjonale føringer 	<ul style="list-style-type: none"> • Lokale beslutningstakere vet best hvor «skoen trykker» • Ivaretar helhetsperspektivet bedre • Større forutsigbarhet, langsiktig planlegging, varige tjenestetilbud • Mer effektiv ressursutnyttelse totalt sett • Lettere å holde oversikt i budsjettarbeidet • Mer fleksibilitet
Ulemper	<ul style="list-style-type: none"> • Gir mindre stabile tjenestetilbud over tid pga.tidsbegrensning • Kommunalt handlingsrom reduseres hvis det blir trukket fra det ordinære rammetilskuddet • «Flinke» kommuner blir straffet, mens «sløve» kommuner blir premiert. • Ressurskrevende å søke og rapportere på midler • Krav til egenfinansiering • Mange og ulike tilskuddsordninger fører til uoversiktlig ift. budsjettstyring 	<ul style="list-style-type: none"> • Utfordrende å videreutvikle og styrke tjenestetilbud som allerede er godt utbygd • Rus- og psykiatrifeltet kan bli «usynlig» i konkurranse med andre store tjenesteområder

	<ul style="list-style-type: none"> Nasjonale føringer med påfølgende forventninger om øremerkede midler fører til at kommunene sitter «på vent» 	
--	--	--

Våre funn viser at det i stor grad er like meninger blant samme aktører både når det gjelder fordeler og ulemper ved både rammetilskudd og øremerkede tilskudd i kommune Øst og kommune Vest. Slik sett kan det virke som at meningene er uavhengige av den kommunale konteksten, og mer knyttet til stilling/rolle/ansvarsområde. Både hos politikere og øverste administrative ledelsesnivå kan det synes som at øremerking kan være “klokt” fra statens side når kommunene blir pålagt nye oppgave-/ansvarsområder, som var tilfelle da satsingen på rus-/psykiatri fant sted. Det er også enighet om at når kommunens tjenestetilbud er kommet opp på et akseptabelt nivå, f.eks i forhold til nasjonale standarder, er rammetilskudd riktig virkemiddel, ut fra prinsippet om lokalt selvstyre. Både politisk og administrativ ledelse anerkjenner således statlig styring inntil et visst punkt, men når de hensyn som begrunner statlig styring (nasjonal likhet og utjevning) ikke lenger gjør seg gjeldende, slår hensynet til ønsket om kommunalt selvstyre inn.

Blant ulike aktører både i kommune Øst og Vest er det også stor enighet om at satsing gjennom øremerking har vært både årsak til, og forutsetning for dagens nivå på tjenestetilbud på rus- og psykiatrifeltet. Vi finner også at de ulike aktørene på overordnede ledelsesnivå både i kommune Øst og Vest ikke har noen sterke motforestillinger til en videre statlig satsing ved bruk av øremerkede midler for å kunne videreutvikle feltet. Imidlertid kan det se ut som at dette i sterkere grad også er ønskelig blant politikerne i kommune Vest. Dette kan forstås og forklares i lys av at man er svært fornøyd med det man har, men gjerne kan se at det blir enda bedre, noe som lettere lar seg gjennomføre dersom midlene er øremerket. Øremerking kan legitimere en videre satsing på et område som man allerede har gode tjenester på, og kan forsvares både mot ulike politiske meninger, konkurrerende områder, og overfor innbyggerne. Både i kommune Øst og Vest poengteres det at man må motta riktige signal og informasjon fra rådmannsnivå for å kunne gjøre riktige prioriteringer. I kommune Øst kan det se ut som at man i større grad er usikker på dette, men det kan også skyldes at vi har flere respondenter her enn i kommune Vest. Imidlertid er dette en bekymring som deles av fagtjenestene, både i kommune Øst og Vest, mens man på administrativt nivå i begge kommuner ikke anser dette som en utfordring.

Alle respondentene i fagtjenestene i begge kommuner mener at midlene til rus- og psykiatrifeltet bør øremerkes videre for å kunne være i tråd med nasjonale føringer og satsinger fremover. Dette synet deles også av virksomhetslederne i begge kommuner, men en virksomhetsleder sier at det ikke er så farlig om midlene gis i rammen, bare midlene kommer. Øremerkede midler etter objektive kriterier og av lang varighet, som under psykiatrireformen

foretrekkes, og vurderes som mest effektivt og gir størst lokal handlingsfrihet. Da kan midlene tilpasses kommunens behov, og man trenger ikke å konkurrere med andre sårbare grupper om politikernes oppmerksomhet. Politikere i kommune Vest underbygger dette. Også respondenter på administrativ ledelsesnivå i kommune Vest støtter opp under dette – når det gjelder rus- og psykiatrifeltet. Blant andre respondenter på administrativ nivå, både i kommune Øst og kommune Vest, mener man at rammetilskudd gir best kommunalt handlingsrom og handlingsfrihet, også på rus- og psykiatrifeltet. Imidlertid poengteres det av alle respondentene at den totale rammen må være stor nok til å gi fleksibilitet. Disse meningene kan forklares og forstås i lys av respondentens ansvar og rolle for å ivareta kommunens helhetlige tjenesteområder, ikke bare i forhold til rus- og psykiatrifeltet. For eksempel så ser vi at rådmenn og økonomisjefer er mer tilbøyelige til å foretrekke rammetilskudd, siden det gir en bedre total ressursutnyttelse ved at man får mulighet til å fordele ressurser etter lokale behov. Øremerkede tilskudd fører som oftest til at det totale rammetilskuddet reduseres, noe som ikke er ønskelig fra hverken rådmann eller økonomisjef sitt ståsted. Vi ser også at holdningene til virkemiddelbruken kan være preget av hvilket omfang tjenestetilbudet har i den enkelte kommune. Både kommune Øst og Vest er kjent for å ha gode tjenestetilbud både på rus- og psykiatrifeltet, og ut fra KOSTRA-rapporteringer (som spesielt rådmenn og politikere legger til grunn for sine prioriteringer) kommer begge kommunene godt ut sammenlignet med andre norske kommuner. Holdningene kan også ses i sammenheng med hvordan tjenestetilbudene er organisert, og hvilken grad av nærhet og kjennskap organisasjonsstrukturen gir til rus- og psykiatrifeltet kontra andre fagområder.

Våre intervjudata gir grunnlag for å kunne si at øremerkede midler gir størst handlingsrom for tjenesteutøverne på virksomhetsnivå. Det at rus- og psykiatrifeltet er et lite og sårbart område gjør at man opplever et større behov for skjerming. På administrativt nivå mener man imidlertid at rus- og psykiatrifeltet ivaretas også ved rammetilskudd, og gir større handlingsrom. På politisk nivå mener man at rammetilskudd i utgangspunktet gir størst handlingsrom, men at øremerking på rus- og psykiatrifeltet utgjør en så liten del av budsjettet at det ikke utgjør noe nevneverdig inngrep i den politiske handlingsfriheten. Samtidig ser politikerne at rus- og psykiatrifeltet er et sårbart, men viktig område, og aksepterer at staten bruker øremerking som virkemiddel.

5.4 Oppsummering / konklusjon

Når det gjelder virkemiddelbruk gir intervjudataene grunnlag for å si at øremerkede tilskudd gir størst handlingsrom på rus- og psykiatrifeltet for tjenesteutøverne både i kommunes Øst og Vest. På administrativt og politisk nivå i begge kommuner, medfører bruken av øremerkede tilskudd på rus- og psykiatrifeltet ikke noe vesentlig begrensning i deres handlingsrom. Her gir imidlertid annen virkemiddelbruk som lovgivning en større begrensning av handlingsrommet. Når det gjelder tjenestetilbud på rus- og psykiatrifeltet har nasjonale

føringer gjennom opptrappingsplaner og øremerkede midler hatt en avgjørende betydning. Denne virkemiddelbruken har imidlertid samvirket med en stadig utvikling av lovgivningen i samme periode. Intervjudataene gir ikke holdepunkt for direkte sammenheng mellom finansieringsordninger og organisering, men derimot vektlegges lovgivning, opptrappingsplaner, stortingsmeldinger og nasjonale veiledere en betydelig rolle for hvordan man har valgt å organisere tjenestetilbudene. Imidlertid finner vi at rus- og psykiatrifeltet er sårbart for omorganiseringprosesser som er begrunnet ut fra andre hensyn enn brukernes behov. Intervjudataene gir også sterke holdepunkt for samsvar mellom nasjonale og lokale satsinger i perioden med opptrappingsplaner og øremerkede midler. Vi finner imidlertid at dårligere kommuneøkonomi kan utgjøre en trussel mot videre satsing, ved rammefinansiering og øremerkede tilskuddsordninger som betinger egenfinansiering. Nettopp dette kan være med å forklare hvorfor øremerkede tilskudd blir foretrukket av tjenesteutøvende nivå som den optimale finansieringsordningen for rus- og psykiatrifeltet, og heller ikke møter noen stor motstand på politisk og administrativt nivå.

Vi har nå gjort rede for relevante funn som vi har avdekket gjennom en analyse av både dokumentdata og intervjudata. I neste kapittel vil vi drøfte disse funnene i lys av de ulike teoretiske tilnærmingene vi har redegjort for i kapittel tre.

6.0 TEORETISK ANALYSE

I dette kapittlet vil vi tilnærme oss hovedproblemstillingen vår gjennom en teoretisk analyse av funn knyttet til våre ulike forskningsspørsmål. Hovedproblemstillingen vår omhandler sammenhengen mellom statlig virkemiddelbruk og kommunalt handlingsrom på rus- og psykiatrifeltet. Selv om vi har hovedfokus på den økonomiske virkemiddelbruken, ser vi også på hvilken betydning andre virkemidler som lovgivning, veiledning og tilsyn/kontroll får for det kommunale handlingsrommet. Våre funn vil også bli drøftet i lys av annen forskning som er gjort på feltet. Vårt første forskningsspørsmål handler om kommunal tjenestelevering på rus- og psykiatrifeltet. Prinsipal-Agent teori vil bli benyttet for å belyse og forklare grad av spenning/samsvar mellom nasjonale/lokale/faglige mål og hvilke konsekvenser ulike incitamentordninger får for tjenesteleveringen i våre kommuner. Den kommunale tjenesteleveringen må være i tråd med både lover og regler, men også i samsvar med krav og forventninger fra en rekke aktører i kommunens omgivelser. I hvilken grad kommunene etterlever ulike regler, krav og forventninger fra omgivelsene og hvordan tjenesteleveringen begrunnes, vil bli belyst og forklart ut fra institusjonell teori. Vi ser også på hvordan ulike typer legitimitetskrav former forholdet mellom stat og kommune. Ulike typer legitimitet får også betydning for hvordan kommunen organiserer sine tjenestetilbud. Ulike organisasjonsstrukturer gir ulike ledelses- og styringsutfordringer, og det andre forskningsspørsmålet vårt omhandler dette og har fokus på integrering av tjenestetilbud på tvers av etater (samstyring) og organisering av tjenester til brukere med sammensatte behov. Forskningsspørsmål tre omhandler menings- og holdningsdannelse hos aktørene på alle nivåer, men det institusjonelle trykket knyttet til tjenesteproduksjonen vurderes å gjøre seg sterkest gjeldende for bakkebyråkratene. Bakkebyråkrateteori vil ytterligere gi beskrivelser som kan forklare deres holdninger, og hvordan endringer og spenninger mellom ulike krav og forventninger håndteres.

6.1 Analytisk fokus på forhold mellom statlige finansieringsordninger og kommunale tjenestetilbud

For å hjelpe oss å besvare vårt første forskningsspørsmål som omhandler tjenestetilbud, vil vi benytte både prinsipal-agent teori og institusjonell teori. Vi ser først på hvordan ulike incentivordninger, og da med spesiell vekt på hvordan bruk av ulike finansieringsordninger kan påvirke måloppnåelse med hensyn til utbygging og utvikling av tjenestetilbud. Vi ser også på hvilken styringseffekt bruk av andre incitamentordninger kan ha for statlig måloppnåelse. Vi vil anvende prinsipal/agent-teori for å analysere dette, fordi den nettopp handler om forholdet mellom en overordnet bestiller (prinsipal) og en underordnet (agent), og om hvordan prinsipalen kan bruke ulike virkemidler for å påvirke agenten til å oppnå de mål som prinsipalen har satt. Prinsipalens behov for å anvende ulike virkemidler er knyttet til at agenten kan ha andre mål enn prinsipalen.

Deretter ser vi på hvordan tjenestetilbud kan forklares og “rettferdiggjøres” ut fra ulike begrunnelser, og her blir institusjonell teori sentral. Utvikling og utbygging av tjenestetilbud har ikke skjedd utelukkende som følge av opptrappingsplaner og bruk av øremerkede tilskudd, og kan således ikke bare forstås som en følge av et *instrumentelt* påtrykk fra staten. Utviklingen kan også forstås som et utslag av drivkrefter som kommer både «innenfra og utenfra», der kommunen selv og tjenesteutøverne «driver frem» utviklingen gjennom krefter i lokalt folkevalgtes vilje og egne ambisjoner, normer hos profesjonene/bakkebyråkratene, og oppmerksomhet, krav og forventninger fra befolkningen m.v. Institusjonell teori er tjenlig for å analysere slike drivkrefter. Etter vår vurdering er utviklingen en følge av samspill både av ulike former for statlig virkemiddelbruk og av *institusjonelle normer i feltet* og av *institusjonelt påtrykk utenfra*. Respons på dette påtrykket kan knyttes til behovet for legitimitet.

6.1.1 Finansieringsordninger og tjenestetilbud

I denne delen vil vi se nærmere på hvilke konsekvenser ulike finansieringsordninger har fått for utbygging av kommunale tjenestetilbud, og i hvilken grad de nasjonale føringene har blitt fulgt opp på kommunalt nivå. Våre funn tyder på at de ulike virkemidlene har ulik grad av styringseffektivitet med tanke på nasjonal måloppnåelse på kommunalt nivå.

Prinsipal/agent-teori anviser at prinsipal og agent kan forfølge ulike mål, og at dette kan få betydning for agentens gjennomføring og måloppnåelse. Våre funn gir noe støtte til dette. Det er stor grad av tilslutning til de statlige målsettingene på kommunalt nivå, ikke bare på tjenesteutførende nivå, men også på politisk og administrativt nivå. Spenningen handler mer om agentens evne til å oppfylle når staten gir så mange og sektorvise bestillinger til kommunen, med svak overordnet koordinering og prioritering. Vi ser imidlertid at det gjør seg gjeldende en viss *målforskyvning* hos kommunen som agent, og dette er sterkt knyttet til innretningen på den statlige virkemiddelbruken, særlig krav til måling og rapportering av innsats og resultater, med vekt på kvantitative indikatorer, mens kvalitative aspekter enten ikke blir målt eller hvor det anvendes en snever forståelse av kvalitetsbegrepet.

Med utgangspunkt i Prinsipal-agent teori drøfter vi hvilken styringseffektivitet både ulike finansielle virkemidler, men også andre statlige styringsverktøy kan ha for måloppnåelsen på det kommunale rus- og psykiatريفeltet. Vi velger først å ta utgangspunkt i et prinsipal-agent forhold mellom stat og kommune, deretter drøfter vi andre prinsipal-agent forhold på kommunalt nivå som vi tenker kan være med å belyse og forklare funnene våre.

Siden midten av 1990-tallet har staten rettet en rekke bestillinger til kommunene på rus- og psykiatريفeltet. Statens “bestilling” til kommunene kan sies å omfatte tre forhold; for det første er det knyttet en rekke krav til samhandling og brukerorientering, dernest krav om utvikling av tiltak/tjenestetilbud, og for det tredje en sterk grad av måling og rapportering. Dette

fremkommer både av stortingsmeldinger, lovforarbeid og de endringer i lovverket som har fått betydning for rus- og psykiatripasientene.

Utvikling av *tjenestetilbud* lar seg lett innpasse i et prinsipal/agent-skjema, fordi statens bestilling i større grad kan defineres og avgrenses, og resultater måles. Man har også aktører som kan holdes ansvarlig. Samhandling og brukerorientering er langt mer komplisert i så måte. Når samhandlingen forutsetter engasjement og medvirkning fra aktører som står utenfor «kommandolinjen», enten hos prinsipalen eller hos agenten, faller en vesentlig forutsetning bort. Samhandling og brukerorientering må forstås og analyseres ut fra et annet perspektiv enn det instrumentelle, «ovenfra og ned»-perspektivet som Prinsipal/agent-teori gir – NPG er her en langt mer naturlig innfallsvinkel. Dette behandles derfor nærmere under drøftingen av forskningsspørsmål 2 og 3.

SINTEF`s rapporter om resulater av virkemiddelbruken i Opptrappingsplanen på psykiatrifeltet viste at øremerkede midler til utviklingen av tjenestetilbud, samt en sterk bruk av rapportering på aktivitet var viktige og nødvendige virkemidler for å løfte det kommunale psykiske helsearbeidet (Kalseth & Eikemo, 2008). Dette samsvarer med de funn vi har gjort i vår undersøkelse.

Helselovgivningen ble revidert og utbygget i forbindelse med lovreformene allerede i 1999, og fra 2004 fikk også rusmisbrukere pasientstatus i helselovgivningen. Det er holdepunkter for at lovgivningen og den finansielle virkemiddelbruken har samvirket og skapt betingelser for den positive utviklingen som har funnet sted, med hensyn til utbygging av tjenestetilbudet. Men det er også holdepunkter for at styringseffekten i lovgivningen er utilstrekkelig i seg selv. Evalueringer av virkemiddelbruken i forbindelse med de ulike opptrappingsplanene har vist at kommunenes innsats har «flatet ut» når de øremerkede tilskuddene har blitt innlemmet i rammetilskuddet. Hvis man tar i betraktning befolkningsveksten, kan man faktisk tale om en relativ nedgang i ressursbruken. Det gir holdepunkter for at øremerking er «nødvendig» hvis man mener alvor med videre satsning på området. (Økt) statlig tilsyn og kontroll kan påvirke kommunens *vilje* til å satse og følge opp statlige pålegg, men har sannsynligvis liten styringseffekt på *evnen*. Imidlertid viser våre funn at avsetningene til rus-og psykiatrifeltet i kommunene utgjør en marginal del av kommunens budsjett, og at heller ikke oppleves som en stor budsjettmessig utfordring, med andre ord at det ikke er evnen det står på. Det kan tale for at staten bør sette fokus på tilsyn og kontroll, for dermed å disiplinere kommunen (agenten). Det er imidlertid et problem med dette styringsmiddelet – og det er at det øker presset på tjenesteutøverne (bakkebyråkratene), og de er allerede sterkt presset. Det kan i seg selv bidra til (ytterligere) målforskyvning – fra å *gjøre* en god jobb til å *dokumentere* at man har gjort alt riktig, for dermed å unngå kritikk. Dette problemet vurderes som særlig gjeldende for kommuner med en flat organisasjonsstruktur og hvor man ikke har et aktivt, samordnende og ansvarlig ledelsesnivå. De uheldige sidene ved økt statlig tilsyns-og kontrollvirksomhet

vurderes imidlertid å være avhengig av innretningen på tilsynet og grad av åpenhet. Hvis staten (fylkesmannen) har et endrings-og utviklingsperspektiv, med vekt på veiledning og læring, og hvor staten også er lyttende overfor de utfordringer som kommunene presenterer, bidrar og tar medeierskap til løsningen, vurderes dette som en langt bedre tilnærming enn kontroll, i betydningen kritikk og «straff». Faktoren «åpenhet» er knyttet til at de beste forutsetninger for trygg læring og utvikling ikke skjer under full åpenhet og innsyn fra media og kritiske politikere i opposisjon, som kan ha interesser i få etablert et endimensjonalt bilde av svikt, mangler og udugelighet både hos personer og system. På den annen side kan åpenhet og innsyn være nødvendig og begrunnes ut fra hensynet til den offentlige debatten.

Både av dokumentdata og intervjudata, fremkommer det at i perioden med opptrappingsplaner og øremerkede midler, ble en rekke tjenestetilbud utbygd på kommunalt nivå i både kommune Øst og Vest. Dette kan tolkes som at både kommune Øst og Vest var svært lojale mot de nasjonale føringene slik de fremkom av stortingsmeldinger og endringer i lovverk. Slik vi finner det, gjorde både kommune Øst og kommune Vest i denne perioden sitt ytterste for å “ta ned” bestillingene fra staten og implementere dem på kommunalt nivå. Både dokumentdata og intervjudata peker på at det var både politisk og administrativ vilje og forståelse for dette. I lys av prinsipal-agent teori, kan dette forklares som en sammenfallende målstruktur mellom staten som prinsipal og kommunen som agent. Flere av våre respondenter på politisk nivå viser til at når opptrappingsplanen kom, var det behov for lokale tjenestetilbud på rus- og psykiatrifeltet, og at dette var en situasjon som omfattet alle landets kommuner.

Før opptrappingsplanen kom, var det også mulig for kommunene å søke tilskudd for utbygging av dagsenter og kompetansehevede tiltak, og dette var økonomiske incentivordninger som både kommune Øst og kommune Vest responderte på, i motsetning til mange andre kommuner. Staten fant det imidlertid nødvendig med sterkere incentiv og igangsatte en opptrappingsplan for psykiatrifeltet i perioden 1999-2008. Kommune Øst og kommune Vest var allerede i gang med utbygging av tjenestetilbud, og de statlige føringene var i tråd med lokale mål og behov. Ut fra Prinsipal-Agent teori kan dette forklares ut fra en lik virkelighetsoppfatning mellom stat og kommune Øst og Vest både i forhold til hva behovene var, hvordan situasjonen var og hva som trengtes av tiltak fremover. At staten i denne perioden øremerket midlene, og også øremerket midlene etter objektive kriterier, gjorde det mulig for kommunene å bygge ut tjenestetilbudene med utgangspunkt i de lokale behovene. Virkemiddelbruken ble ansett som gunstig/tjenlig av aktørene i kommunen, og målene og verdiene og normene som lå bak, var sammenfallende med mål, verdier og normer hos de sentrale aktørene som skulle sette politikken ut i livet i kommunene. Det var sånn sett lite grunnlag for noen “opportunistisk” adferd fra kommunenes side.

Det samme kan også sies i stor grad å ha gjort seg gjeldende i perioden med opptrappingsplanen for rusfeltet. Fra statlig hold gikk “bestillingen” mer i retning av å se rus og psykiske lidelser i sammenheng, samtidig som rusforebyggende tiltak ble vektlagt i form av en tydeligere alkohol- og skjenkepolitikk og rusforebyggende arbeid rettet mot hele befolkningen, samt tydeligere oppfølging og behandlingstilbud til ruspasienter og pårørende. Gjennom egne tilskuddsordninger ble det fra statlig hold lagt opp til en reell kapasitetsøkning i behandlingstilbudet på kommunalt nivå. Evalueringsrapporter utført på vegne av Helsedirektoratet (Rambøll, 2011, 2012) viser at det i denne perioden var forskjeller mellom innsatsen i kommuner som mottok tilskudd og de som ikke gjorde det. Også her finner vi at kommune Øst og kommune Vest var “lojale” iverksettere av nasjonal politikk. Begge kommunene utviklet rusmiddelpolitiske handlingsplaner i denne perioden, og søkte på tilskuddsordninger f.eks til kompetanseheving på rus, samt tilskuddsordninger til ruskonsulenter. Også i forhold til opptrappingsplanen på rusfeltet kan det derfor virke som at det er sammenfallende interesser mellom staten som “prinsipal” og kommune Øst og Vest som “agenter”. Dette kan også forklares i lys av at opptrappingsplanen på rusfeltet skulle ses i sammenheng med opptrappingsplanen på psykiatrifeltet. Selv om både kommune Øst og kommune Vest fikk videreført de øremerkede midlene ved overgangen til rammetilskudd, har de ikke fått økte rammer etter 2008.

Vi finner at incentivordningen med tilskuddsordninger på rusfeltet, herunder tilskudd til økt kompetanse, boligsosialt arbeid, og stillinger til rusarbeid, muliggjorde en fortsatt kommunal utbygging og satsing på tjenestetilbud som både rus- og psykiatrifeltet nøt godt av. Dette er hva prinsipal/agent-teorien predikerer, nemlig at agenten må stimuleres til innsats, og økonomiske tilskuddsordninger er et eksempel på et slikt incentiv. Prinsipal/agentteorien forutsetter at agenten er styrt av egeninteresser, som står i motstrid til prinsipalens interesser, og at slike ytre incentiver således er nødvendig. Våre funn tilsier imidlertid at det er et fullt interessefelleskap mellom de statlige sektormyndighetene og bakkebyråkratene som skal sette politikken ut i livet, men at interessefelleskapet blir mer nyansert og sammensatt lenger opp i det kommunale systemet. For å bevege lokalpolitikere og den øverste administrative ledelse var/er øremerking av tilskudd et godt og nødvendig virkemiddel. Dette beror ikke på at aktørene på de øverste ledelsesnivåene forfølger *egne* interesser, men fordi svært mange og ulikartede krav og forventninger til kommunen må avstemmes og balanseres på disse nivåene. Når ressursene er begrenset, må det nødvendigvis foretas prioriteringer. Våre funn fra data etter intervjuer med politikere og representanter fra rådmannsnivået, bekrefter dette.

Ut fra det vi har beskrevet så langt kan det virke som at kommunene har oppfylt sin “agentrolle” i samsvar med statens ønsker og bestillinger. Kommunene har laget handlingsplaner og etablert/styrket tjenestetilbudet i samsvar med de nasjonale føringene. Noe stort behov for å koordinere nasjonale mål og lokale mål er ikke avdekket – de nasjonale

målene på rus-og psykiatrifeltet er i samsvar med de lokale målene på området. Spenningen står imidlertid mellom ulike statlige prinsipaler og kommunen på ulike sektorområder (helse, barnevern, arealforvaltning, osv), og her avdekkes det liten grad av koordinering. Dessuten innebærer statens eget ansvar for spesialisthelsetjenesten, at staten dels opptrer som prinsipal (lovgiver og premissleverandør) og dels som utfører/agent. Utfører/agentrollen er imidlertid lagt til autonome helseforetak, unndratt direkte statlig/parlamentarisk kontroll. Dette kan gi grobunn for et «bukken og havresekken»-fenomen, der statens styringsproblemer med helseforetakene blir underkommunisert, og ansvaret f.eks for samhandling i stor grad legges på kommunene. Dette forsterkes når staten som prinsipal bruker sterke incentiver i forhold til helseforetakene, eks. innsatsfinansiering, som kan bidra til mindre interesse for horisontal samhandling med kommunene. Statens bruk av øremerkede tilskudd har bidratt til å utvide det kommunale handlingsrommet for de aktørene som står nærmest utfordringene (bakkebyråkratene), ved at det frigjøres kapasitet. Nye statlige tilskuddsordninger som er målrettet i forhold til samhandling, som nå er introdusert, kan bidra til at man også kan overkomme utfordringer med hensyn til horisontal samhandling. Dette har direkte betydning for tjenestekvaliteten, og er ikke bare et spørsmål om organisering.

Våre funn avdekker at kommunene lojalt har fulgt opp statens vilje, og at dette i stor grad kan tilskrives innsatsen fra «bakkebyråkratenes» eller utøvere på virksomhetsnivå. Ideelt sett tenker vi at statens bestillinger skulle blitt «tatt ned» på rådmannsnivå, blitt «forankret» på politisk nivå, og deretter blitt videreformidlet til administrativt nivå med klare føringer for den lokale iverksettingen. Våre funn både i intervjudata og dokumentdata viser at de nasjonale føringene har blitt tatt ned på virksomhetsnivå, implementert i fagplaner og virksomhetsplaner, som så i varierende grad har blitt forankret i overordnede kommunale styringsdokument. Implementeringen av nasjonale føringer, spesielt når det gjelder nasjonale anbefalinger har møtt liten motstand og» hindringer på politisk og øverste administrative nivå, i all den tid statens bestillinger har vært etterfulgt av øremerkede midler og tilskuddsordninger, og slik sett har vært «udiskutable» og «beskyttet», men også lite å forhandle om.

Når det gjelder perioden etter opptrappingsplanene, viser funnene våre at når man fra statlig hold gikk over til en finansiell virkemiddelbruk med rammetilskudd og diverse øremerkede tilskuddsordninger etter søknad, førte det til en endret innsats i både kommune Øst og Vest. Flere av våre respondenter på virksomhetsnivå uttrykker at de ofte ikke har kapasitet til å sette seg inn i alle de tilskuddsordningene som er tilgjengelige, og har heller ikke tid å avsette til de omfattende prosessene det er med å søke og rapportere på bruken av midlene. At midlene gis for kun ett år om gangen er en annen utfordring som nevnes, da dette fører til mindre mulighet for langsiktig planlegging. I tillegg ilegges kommunene en større grad av egenfinansiering for å få utløst tilskuddene. I kommune Øst har dette medført at de har måttet takke nei til for

eksempel statlige tilskuddsordninger til kommunepsykolog på grunn av kommunens økonomiske situasjon.

Vilkår fra staten om at kommunene må betale en "egenandel" for å få utløst statlige, øremerkede tilskudd, fremstår ved første øyekast som et fornuftig incentiv for å disiplinere agenten. Krav om egenfinansiering fremstår imidlertid ikke som en «belønning», som jo er det sentrale elementet i prinsippal/agent-teori som prinsippalen kan bruke for å motivere agenten. Krav om egenfinansiering/egenandel er velkjent fra økonomisk teori, hvor formålet er å begrense etterspørselen etter tjenester i mangel av en prismekanisme. Uten en prismekanisme, som jo er typisk for offentlig subsidiert tjenesteproduksjon, vil det stimulere til uhemmet etterspørsel og vekst. Når tjenesten har en pris, vil den som i utgangspunktet etterspør tjenesten, tenke seg om to ganger, anstrenge seg for å redusere sitt behov (f.eks legge om livsstilen) - simpelthen gjøre en egeninnsats. Overført til vårt område, kan vi si at staten ønsker å markere at kommunen må gjøre en egeninnsats – øremerkede midler skal ikke være en ubetinget gavepakke. Man kan imidlertid spørre om dette egentlig virker, når konsekvensene blir at kommunene kanskje ikke benytter seg av tiltakene i det hele tatt fordi de ikke har råd.

Vi vet fra andre studier (Sørensen & Hagen, 2000) at det er de "rike" kommunene som i størst grad "stikker av" med slike øremerkede tilskudd, og grunnen til dette er naturligvis at de er best i stand til å ta regningen med egenfinansiering, mens de "fattige" kommunene lar være. Dermed er det de kommunene som trenger opprusting av tjenestetilbudet minst som får mest, mens de kommuner som virkelig hadde behøvd å øke innsatsen, får minst. Dette peker hen til at selve incentivet ikke virker eller har svært negative effekter. Det rokker også ved selve begrunnelsen for at staten kan gripe inn i det kommunale selvstyret ved slik virkemiddelbruk, som jo nettopp er knyttet til behovet for utjevning og likhetshensyn, dvs at befolkningen skal få likeverdige tjenester uavhengig av hvor i landet man bor. Utover dette har staten slått fast rammefinansiering skal være hovedregelen. Krav om egenfinansiering er således ikke bare et lite treffsikkert virkemiddel – det er også i konflikt med overordnede forutsetninger om makt- og ansvarsfordeling mellom stat og kommune (det kommunale selvstyret).

Når det gjelder den videre satsingen på rus- og psykiatrifeltet, og hvordan kommunen utfører sin "agentrolle" kan det ut fra våre data se ut som at både kommune Øst og Vest mangler en overordnet "strategisk" tenkning når det gjelder behov og satsing videre. Vi finner at de overordnede kommunale planene i liten eller ingen grad gjenspeiler eller forankrer de uttrykte målene fra planer fra virksomhetsnivå eller uttrykte behov/utfordringer som uttrykkes av respondentene. Vi tenker at dette er en stor utfordring for et så sårbart område som rus- og psykiatrifeltet er. Imidlertid ser vi også noen forskjeller mellom kommune Øst og kommune Vest i så henseende. I kommune Vest har den politiske organiseringen i hovedutvalg gjort at omsorgs- og oppvekstutvalget i mye større grad har engasjert seg i det lokale planarbeidet. De

har således også fått større kjennskap til både utfordringer og behov tjenestetilbud på rus- og psykiatrifeltet, og vi finner også at rus- og psykiatrifeltet i større grad er omtalt og nevnt i styringsdokumentene fra øverste administrative nivå.

Etter omleggingen til en tradisjonell to-nivå modell og endringene i den politiske organiseringen i kommune Øst, finner vi at politikerne i mindre grad har kjennskap til rus- og psykiatrifeltet, og den informasjonen de har er tolket og forstått fra et administrativt nivå som synes å være lite engasjert i det som “faktisk skjer” eller har skjedd på tjenestenivå. En annen forklaring på dette kan også være at staten som prinsipal og at kommunens overordnede nivå som agent ikke lenger har de sammenfallende mål og interesser. Kommunene har over lengre tid bygd ut sitt tjenestetilbud og i følge KOSTRA-rapporteringer og andre målingsverktøy viser disse at både kommune Øst og Vest scorer bra sammenlignet med andre kommuner på rus- og psykiatrifeltet. I så måte er det rimelig å anta at kommunene dermed ikke i like stor grad vil følge lojalt opp om statens videre satsinger på rus- og psykiatrifeltet, men vurdere disse opp mot nasjonale satsinger på andre områder, der kommunene kanskje har en mer sammenfallende målstruktur og felles virkelighetsforståelse med det som fremkommer i de nasjonale målene.

Samtidig vil “agentene” på virksomhetsnivå, ut fra sin nærhet og kjennskap til brukerne og brukergruppens behov på rus- og psykiatrifeltet, fremdeles kunne identifisere lokale behov i tråd med de nasjonale satsingene og de statlige bestillingene som er direkte knyttet mot rus- og psykiatrifeltet. Dette kan føre til ulike målstrukturer i de prinsipal-agent relasjonene som gjør seg gjeldende i kommunene, og dermed gi større muligheter for opportunistisk adferd hvor ulike “egeninteresser” kan gjøre seg gjeldende. Dette vurderer vi som en aktuell problemstilling, særlig i de kommuner hvor rus- og psykiatrifeltet har svak overordnet, administrativt og politisk forankring, og hvor ulike sektorinteresser er lite avstemt, slik som i kommune Øst. Dette kan utspille seg ved at tjenesteutøverne på virksomhetsnivå, i ly av de nasjonale styringssignalene, lovkrav om forsvarlighet, institusjonelle normer og ytre legitimitetspress, presser produksjonen oppover, og dermed opptrer «illojalt» og på tvers av de *kommunale* prinsipalers bestilling - politikernes budsjettskranker og rådmannens prioriteringer.

I følge Public Choice teorier, motiveres byråkrater ut fra nytte og egeninteresse, og Busch (Busch, 2011) viser til at en rekke variabler som lønn, frynsegoder, makt, rykte, sikkerhet, produksjonsvolum og energi man legger i arbeidet, inngår som ledd i dette. Så lenge agentens “egeninteresse” er i tråd med prinsipalens interesser, er det dette noe “prinsipalen”, herunder både stat og kommune nyter godt av. Hverken kommune Øst eller Vest har fått økte budsjetttrammer etter overgangen til rammetilskudd, likevel har tjenestetilbudene blitt utviklet både med tanke på kvalitet og tjenesteomfang. Både kommune Øst og Vest har opplevd økning i både antall brukere, og antall brukere med mer omfattende hjelpebehov. Med

utgangspunkt i en nærhet og kjennskap til brukergruppens behov og ut fra et sterkt personlig engasjement finner vi at tjenesteutøverne på rus og psykiatrifeltet har strukket seg langt for å imøtekomme de økte behovene innenfor de rammer som ble lagt i perioden med øremerkede tilskudd, og i følge dem selv gitt bedre tjenestetilbud enn mange andre kommuner på rus- og psykiatrifeltet.

Når det gjelder kommune Vest finner vi imidlertid en større grad av en fortsatt “felles” virkelighetsforståelse mellom de ulike organisasjonsnivåene. Det er en større uttalt enighet om at rus- og psykiatrifeltet fortsatt er et viktig satsingsområde, selv om det fra virksomhetsnivå stilles spørsmålstegn ved realiteten i dette siden budsjetttrammene ikke økes. Fra tjenesteutøvernes side vektlegges det å benytte strategier som tar høyde for å tydeliggjøre i sterkere grad “hvor skoen trykker” og gjennom argumentasjon/videre planarbeid skape en større forståelse for hvordan situasjonen er både mot politisk og administrativt nivå.

I kommune Øst finner vi en større avstand mellom de ulike nivåenes virkelighetsoppfatning og forståelse av behov for videre tiltak på rus- og psykiatrifeltet. Vi finner også tendenser til at den kommunale “agentrollen” på rus- og psykiatrifeltet er blitt svekket i forhold til kommunens “agentrolle” på andre områder. Dette ses i sammenheng med at rus- og psykiatrifeltet er mange ett av mange områder som staten forutsetter at kommunen skal utvikle videre – eldre, demente, barn og unge, flyktninger, osv. Kommunens rolle som agent på ett område kan komme i et spenningsforhold til kommunens rolle som agent på et annet område. Særlige stimulanstiltak og oppmerksomhet på ett område, gir redusert oppmerksomhet på et annet område, og åpner for konkurranse, spill og maktutfoldelse. I kommune Øst ser vi trekk av dette ved at det gjør seg gjeldende et spenningsforhold til satsingen innenfor hjemmebasert omsorg og i forhold til satsing som følge av “eldrebølgen”.

Ut fra våre funn finner vi at utfordringene i hjemmebasert omsorg oppleves betydelig sterkere enn de kommunale utfordringene på rus- og psykiatrifeltet, hvor de fleste på overordnet nivå mener at kommunen har gode tjenestetilbud. Politikerne i kommune Øst virker til å ha stor tillit til administrasjonens arbeid, og det informasjonsgrunnlaget de mottar fra rådmannsnivå. Denne “tilliten” deles ikke på virksomhetsnivå, noe som kan føre til at andre “egeninteresser” i større grad kan gjøre seg gjeldende. I perioden med opptrappingsplaner og øremerkede midler var rus- og psykiatritjenestene “skjermet” og sånn sett fredet sammenlignet med andre kommunale ansvars- og oppgaveområder. Fagtjenesten kunne i “fred og ro” bygge ut tjenestetilbudene slik de fant det faglig forsvarlig, godt fundamentert både i brukergruppens behov, og i tråd med nasjonale veiledere og anbefalinger. Samtidig opplevde tjenesteutøvere på rus- og psykiatrifeltet en viss “misunnelse” fra andre tjenesteområder. At andre tjenesteområder nå blir styrket på bekostning av tjenestene på rus- og psykiatrifeltet kan ut fra prinsippal-agent teori som tidligere nevnt, forklares som “spillsituasjoner” hvor egeninteresser mellom ulike “agenter” kan gjøre seg gjeldende. Dette er situasjoner som kan medføre

styringskostnader for prinsipalen, herunder både for Staten og kommunen som prinsipal. I forhold til statens rolle som prinsipal forsøkes styringskostnadene løst ved å spesifisere nasjonale mål, og ved at det etableres systemer for rapporteringer om resultat. Dette kommer klart frem i den siste opptrappingsplanen som nå skal gjelde for perioden 2016-2020. Ut fra våre funn kan dette imidlertid være utfordrende i kommune Øst, siden de nasjonale målene på rus- og psykiatrifeltet i liten grad er forankret i overordnede kommunale planer, og det heller ikke eksisterer gjeldende handlingsplaner for rus- og psykiatrifeltet etter omorganiseringen. Kommune Øst har også i perioden med opptrappingsplaner hatt en organisasjonskultur som har vært preget av “mykere” incentiver, hvor fag tjenestene på rus og psykiatrifeltet har hatt stor selvstendighet. I omleggingen av organisasjonsstrukturen opplevde faggruppen seg ikke hørt og ikke sett. Selv om omleggingen var gjort ut fra en målsetting om bedre tjenestetilbud for brukeren, ble ikke denne “virkelighetsforståelsen” delt av fag tjenestene på rus- og psykiatrifeltet. Også dette elementet kan bidra med å forklare hvorfor man i høyere grad kan forvente en oppotunistisk adferd hos “bakkebyråkratene”.

I kommune Øst kan det ut fra våre funn se ut som at administrasjonens mål om bedre tjenestetilbud for brukerne i form av en styrking av de hjemmebaserte tjenestene ikke deles av “agentene” på rus- og psykiatrifeltet. I lys av prinsipal-agent teorien kan dette også forklares med at “agentene” i fag tjenestene ikke handlet slik “prinsipalen” på administrativt nivå forutsatte ut fra sitt informasjonsgrunnlag. Dette informasjonsgrunnlaget var i stor grad basert på andre opplysninger enn det fag tjenestene satt på, og det viser seg nå at antall “felles brukere” og behov for rus- og psykiatrikompetanse i de hjemmebaserte tjenestene var mindre enn det som ble uttrykt i “behovsbeskrivelsen” fra de hjemmebaserte tjenestene. Slik sett kan dette også bidra til et såkalt “resttap” i kommune Øst, hvor tilgjengelig kompetanse og ressurser ikke blir brukt mest effektivt på rus- og psykiatrifeltet, noe som lang ventetid på “lavterskel” tjenester kan vise. Etter omorganiseringen i kommune Øst ser vi også at motivasjonen for å “yte ekstra” er blitt sterkt redusert hos en del av tjenesteutøverne etter omorganiseringen:

“den enkelte gjør jobben sin og går hjem kl.16. Og jeg har ikke noen spesiell overskudd, lyst, interesse av å videreutvikle. For vi aner ikke hvor vi skal gå, og jeg orker ikke å bruke krefter når jeg ikke vet hva slags fjell jeg skal gå etter...”

(Respondent kommune Øst)

Innenfor Prinsipal-agent er bruk av incentivordninger et viktig styringsverktøy for å sikre at agenten handler i tråd med prinsipalens interesser. Ut fra dette er det derfor viktig at prinsipalen finner et incitamentssystem som gjør at agenten handler på en slik måte at det også gagnar prinsipalen optimalt.

Ut fra våre funn og vurderinger kan vi konkludere med at de finansielle virkemidlene har spilt en stor rolle for utvikling av tjenester og tjenestenivået i kommunene.

Hvis vi ser nærmere på hvilken styringseffektivitet bruk av *andre* styringsverktøy kan ha med tanke på å nå nasjonale mål på det kommunale rus- og psykiatrifeltet, er det rimelig å stille spørsmål om man kan oppnå det samme gjennom en sterkere bruk av lovgivning, kombinert med for eksempel rammetilskudd. Andre studier (Borge & Rattsø, 2005) tyder nemlig på at rammefinansiering over tid kan gi samme tjenestetilbud som ved bruk av øremerkede tilskudd og med krav om utarbeidelse av handlingsplaner. Dette skyldes at rammetilskudd øker forutsigbarheten og gjør tjenestetilbudet mer stabilt.

Lovgivning er selvsagt et sterkt statlig styringsverktøy, og vi har tidligere vist til at vekst i rettighetslovgivning og annen lovgivning også kan skape et spenningsforhold mellom stat og kommune hvor kommunene stadig får større ansvar og plikter, uten at det i tilstrekkelig grad tar hensyn til lokale behov. De økonomiske overføringene står heller ikke i forhold til de krav og forventninger som stilles både fra statens og innbyggernes side. I den siste opptrappingsplanen for rusfeltet vises det til at lovverket i dag sikrer rus- og psykiatrispasientenes rettigheter til kommunale tjenestetilbud, og er tydeliggjort gjennom mål og innsatsområder. Blant respondentene våre var det ulike meninger om sterkere bruk av lovgivning ville sikre en fortsatt satsing og måloppnåelse på rus- og psykiatrifeltet. Respondentene i kommune Øst og Vest på både politisk, administrativt og virksomhetsnivå vektlegger nødvendigheten av å utføre oppgaver som er lovpålagte. Noen respondenter på virksomhetsnivå mener at en sterkere lovgivning med klare krav til minstenormer og minstestandarder i tjenesteleveringen på rus- og psykiatrifeltet kunne være et godt alternativ fremfor bruk av øremerkede tilskuddsordninger. Imidlertid mener mange på tjenesteutøvende nivå at dette ville føre til at kommunene justerte ned tjenestetilbudene og la seg på et lavere nivå enn hva som er tilfelle i dag, noe som vil medføre et dårligere tjenestetilbud for brukerne. Det ble videre vist til at dette også er en gruppe som ikke kjemper for egne rettigheter, eller har bruker- og pårørende organisasjoner med “makt og tyngde”, og dermed vil komme dårligere ut. På politisk nivå mener man at det kommunale handlingsrommet er svært begrenset når man har utført eksisterende lovpålagte oppgaver, og det vises også til staten på flere andre kommunale tjenesteområder iligger kommunene flere ansvars- og oppgaveområder. Dette svekker kommunens totale handlingsrom. Imidlertid finner vi at kommune Vest har et større kommunalt handlingsrom enn kommune Øst etter at lovpålagte oppgavene er utført. Dette tilskrives at de er i en bedre stilt økonomisk situasjon. Samtidig understrekes det fra politisk nivå at staten må være forsiktig med å tilføre kommunene flere lovpålagte oppgaver uten at de økonomiske rammebetingelsene økes.

Økt tilsyn og kontroll er en annen incentivordning som Staten kan benytte overfor kommunene. Både i kommune Øst og kommune Vest legges statlige rapporteringer gjennom

KOSTRA-tall til grunn for kommunens videre satsinger på rus- og psykiatrifeltet. Samtidig viser våre funn at mye av det arbeidet som skjer i disse tjenestene skjer i relasjonen mellom hjelper og bruker, og er derfor vanskelig å måle og tallfeste. Flere av våre respondenter oppgir at indikatorene de måles etter ikke er tilpasset den faktiske tjenesteutøvelsen.

Dette kan forklares med henvisning til en *omsorgsdiskurs* (Rønning, 2004), hvor man er opptatt av nærhet til brukeren, fleksibilitet og omsorg – i motsetning til en *effektivitetsdiskurs*, med opptatthet av hva som følger av formelle avgrensninger i vedtak, og kvantitative mål. Særlige trekk ved brukergruppen, med store omsorgsbehov, gjør at tjenesteutøveren gjerne må utføre en rekke oppgaver som faller utenfor «bestillingen» og det man blir målt på. Dette er nødvendig for å kunne bygge tillit og trygghet inn i relasjonen mellom tjenesteutøveren og brukeren, men «kaster lite av seg» når man som tjenesteutøver blir målt.

De indikatorene som brukes er i stor grad tilpasset hjemmebaserte tjenester og oppgaver som naturlig faller inn under pleie- og omsorg. Det arbeidet og den innsatsen som nedlegges i rus- og psykiatritjenestene blir da i stor grad “usynlig” og blir dermed heller ikke medregnet i ressurstildelingen når denne skjer i form av rammetilskudd til kommunene. Også fra statlig hold innrømmes svakheter ved dagens rapporteringsordninger, og gjennom lov om kommunale helse- og omsorgstjenester ble Helsedirektoratet i lagt et ansvar for å utvikle, formidle og vedlikeholde arbeidet med et nasjonalt kvalitetsindikatorsystem.

I den nye opptrappingsplanen for rusfeltet legges det til grunn at Helsedirektoratet skal følge nøye med på kommunenes ressursinnsats gjennom et felles rapporteringsskjema for rus- og psykiatrifeltet, og dette ble innført første gang i 2015. Denne form for styring skjer i forlengelsen av de finansielle styringsverktøy, men har også en forbindelse til juridisk styring, ettersom tilsyns- og kontrollvirksomheten også har grunnlag/hjemmel i lovgivningen.

Fra statlig hold legges det også vekt på at kommunene skal ta i bruk nasjonalt utarbeidde kartleggingsverktøy som Brukerplan og Ungdata. I hvilken grad disse styringsverktøyene viser seg godt nok egnet til å “sikre” en videre kommunal satsing på rus- og psykiatrifeltet, er for tidlig å kunne si noe om ut fra data vi har innhentet i vår studie

De ulike statlige virkemidlene både *muliggjør* og *begrenser* det kommunale handlingrommet, og det er vanskelig å betegne virkemidlene som enten det ene eller det andre – det kommer an på innretningen og samspillet mellom styringsverktøyene, og samspillet med omverdenen. De finansielle virkemidlene virker for det vesentligste til å utvide handlingsrommet. Juridiske virkemidler og tilsyn/kontroll virker på den ene side til at innsatsen får en forankring og blir synlig, men på den annen side skaper det nye og forhøyede forventninger (fra brukere, interesseorganisasjoner, profesjonene, publikum/media m.fl.) som kan være vanskelig å innfri, f.eks når sammensetningen av virkemidlene endres, ved at rettighetsbestemmelser i lovgivningen blir stående og endog forsterket, samtidig som man går fra øremerkede tilskudd

til rammetilskudd, eventuelt at staten reduserer rammetilskuddet. Da øker presset på kommunen (særlig bakkebyråkratene) og handlingsrommet reduseres.

6.1.2 Utvikling av tjenestetilbud i et institusjonelt perspektiv

Hvordan den statlige politikken på rus- og psykiatrifeltet implementeres i form av konkrete tjenestetilbud på kommunalt nivå, kan også forstås og forklares i lys av institusjonell teori. Her vil forventninger som rettes til kommunens ulike nivåer, herunder både forventninger til folkevalgte, administrasjon og tjenestetutøvere være sentrale element som påvirker kommunens handlingsmiljø.

I perioden med opptrappingsplaner på rus- og psykiatrifeltet var kommunenes «handlingsmiljø» utsatt for et sterkt konformitetspress som hadde sitt opphav i offentlige lover og regler. Tjenestetilbudene som vokste fram i denne perioden kan sånn sett sies å bunne ut av et tvingende institusjonelt trykk fra statlig hold. Dette kommer også tydelig fram av de dokument vi har studert i kommune Øst og Vest. Alle de kommunale handlingsplanene på rus- og psykiatrifeltet viser i så måte også til ulike lovverk, lovforarbeider og til nasjonale veiledere og retningslinjer, og tjenesteutøvernes handlingsmiljø slik de uttrykkes av respondentene i fagtjenestene stadfester dette.

Samtidig kan utviklingen av kommunale tjenestetilbud på rus- og psykiatrifeltet også ses i lys av, og forklares ut fra et normativt institusjonelt trykk. I forbindelse med opptrappingsplanene ble det en forventning til kommunene at de skulle utbygge sitt tjenestetilbud, og noen kommuner gikk her foran og banet vei for andre, men samtidig innebar dette et institusjonelt trykk, med forventninger om at andre kommuner måtte gjøre likedan. Ny-institusjonell teori predikerer at organisasjonene tilpasser seg dette trykket, ved å etterligne hva andre har gjort («best practice») – såkalt isomorfisme – eller ved frikobling, dvs at utsagn og planer er frikoblet fra faktisk handling.

I det tidsrommet vi har studert reformer på rus- og psykiatrifeltet, har endringer både i styringsformer og behandlingssideologier medført endrede kulturelle forventninger for produksjonen og leveringen av velferdstjenester på rus- og psykiatrifeltet i kommunal sektor. Å bygge ut kommunale tjenestetilbud begrunnes både ut fra hensyn til effektivitet, brukerorientering, nærhet m.m, og legger sterke føringer for hvordan tjenestetilbudene bør være. Både kommune Øst og Vest er kjent for å være kommuner som har gitt gode kommunale tjenestetilbud på en rekke områder, noe som har bidratt til høye forventninger fra både innbyggere, politikere og ansatte i kommuneorganisasjonen. Når det gjelder konkret på rus- og psykiatrifeltet har begge kommunene også vært kjent for å være svært proaktive, og blitt sett på som foregangskommuner av andre kommuner. Under opptrappingsplanene både på rus- og psykiatrifeltet har fylkesmannen spilt en viktig rolle, både med tanke på opplæringsfunksjon og gjennom sin kontroll-/og tilsynsfunksjon. Både kommune Øst og Vest

har deltatt i nettverkssamarbeid med andre kommuner. Særlig kommune Øst var et «fyrårn» og et forbilde for «best practice» som andre kommuner så opp til, og sannsynligvis forsøkte å etterligne («Look to kommune Øst»). I kommune Øst ble det av respondentene i fagtjenesten også hevdet at de var i forkant og utviklet tjenestetilbudene ut fra faglige vurderinger og det de anså var lokale behov, *før* det kom nasjonale føringer på området. Dette tyder på oppbyggingen av tjenestene og utvikling av et godt fagmiljø i kommune Øst også ble drevet frem «*innenfra*», bl.a. stimulert av institusjonelle normer i fagfeltet, og således ikke bare var en respons på ytre institusjonelt press.

Ut fra Suchmans (1995) inndeling i pragmatisk, moralsk og kognitiv legitimitet, kan vi si at våre respondenters begrunnelser for tjenestetilbudet er knyttet til alle disse formene for legitimitet. Lovgivningen og spesielt da med økt vektlegging av rettighetslovgivning på rus- og psykiatrifeltet gir en sterk legitim forankring av de kommunale tjenestetilbudene. Samtidig når tjenestetilbudene utformes og iverksettes på kommunalt nivå, blir disse påvirket av normer og forestillinger fra flere aktører. De faktiske tjenestetilbudene er ofte fremkommet som et “kompromiss” mellom flere aktørers ulike meninger, holdninger og verdier, og det kan også være stor uenighet om kvalitet, effektivitet og hensiktsmessighet av tilbudene som gis. Ut fra våre funn synes det å være større grad av uenighet i kommune Øst, både i forhold til hvordan tjenestetilbudene bør være, og hva som er “godt nok”. I lys av institusjonell teori finner vi at mye av denne uenigheten kan tilbakeføres til både pragmatisk og normativ legitimitet. I kommune Vest finner vi en mye større grad av felles forståelse om hvordan tjenestetilbudene skal være, og det er også en større grad av enighet når det gjelder hvorvidt tjenestetilbudene er gode. Dette finner vi på alle nivå i organisasjonen. Funnene våre kan tilbakeføres til den kognitive legitimitet, og forstås ut fra en “tatt for gitt-het” om at kommune Vest leverer og har levert gode tjenestetilbud over flere tiår. Dermed legitimeres videre satsing og utbygging av tjenestetilbud med dette som bakgrunn. En god kommuneøkonomi gjør det også mulig å ha en visshet om at dette kan la seg gjennomføre. I kommune Øst har man også hatt lang tradisjon for å levere gode tjenestetilbud på rus- og psykiatrifeltet. Imidlertid har endrede økonomiske rammer og endrede normer for hvordan tjenesteleveringen skal utføres, medført endrede tjenesteleveranser og tjenestetilbud. I kommune Øst finner vi at det tidligere kanskje var en større felles forståelse rundt dette, men denne forståelsen er nå endret, noe som skaper “forvirring” blant tjenesteutøverne på rus- og psykiatrifeltet, og også blant virksomhetslederne på dette feltet.

Våre undersøkelser gir holdepunkt for at den type legitimitetskrav som i størst grad begrenser det kommunale handlingsrommet er en variant av den normative legitimiteten som Suchman omtaler som «structural legitimacy»: «*Structures, like procedures often serve as easily monitored proxies for less visible targets of evaluation, such as strategies, goals and outcome*» (1995, s. 581). Statlige styringsverktøy som krav til rapportering, tilsyn og kontroll

er eksempler på slike «proxies». Dette kan knyttes til den tidligere omtalte effektivitetsdiskursen. Administrativ ledelse (rådmann og økonomisjef) kan være fortrolig med dette, og finne det naturlig. For bakkebyråkratene, som er opplært til og fortrolig med en omsorgsdiskurs, blir dette imidlertid fremmed og forstyrrende. Det stjeler krefter og energi fra bakkebyråkratene, og gjør at de får mindre kapasitet til faktisk «å gjøre jobben», dvs bidra til bedre helse for brukerne. Men problemet forstørres når rapporteringsinstrumentene heller ikke er tilpasset bakkebyråkrats virkelighet, og dermed ikke speiler den «produksjonen» som skjer, og den innsatsen som bakkebyråkratene faktisk legger ned hver dag.

Tjenester på rus- og psykiatrifeltet, spesielt de tjenester som kommunene gir, lar seg vanskelig avgrense. Selv om tjenestene kan sies å ha en «kjerne», f.eks. samtalerapi, vil det være en stor randsone med «tilleggstjenester» og udefinert tilleggsarbeid som tjenesteutøveren må utføre selv, eller organisere ved hjelp og bistand fra andre, f.eks følge brukeren til NAV, til poliklinisk behandling i spesialisthelsetjenesten, til tannlegen, bistå i kontakten med kommunens boligavdeling osv. Dette bringer oss over til neste tema, nemlig organisering og samhandling.

6.2 Analytisk fokus på organisasjonsstrukturens betydning for kvalitet i tjenesteleveranse

Opptrappingsplanene på rus- og psykiatrifeltet, med tilhørende bruk av øremerkede midler/tilskuddsordninger har ført til at den kommunale rus- og psykiatritjenesten har vokst. Økt ressurstilgang har ledet til ansettelse av flere fagfolk, mer kompetanse og dermed et økende behov for god organisering (spesialisering og integrering). Rus- og psykiatrifeltet er et område hvor behovet for samordning og samhandling står sentralt dersom man skal kunne oppfylle nasjonale målsettinger om kvalitative gode tjenestetilbud som er helhetlige og koordinerte, og individuelt tilpassede. I det følgende baserer vi vår analyse i stor grad ut fra et NPG-perspektiv. Den kommunale tjenesteleveringen avhenger også i stor grad av legitimitet, så derfor vil også en institusjonell tilnærming stå sentralt i analysen videre. Den konkrete tjenesteleveringen blir utført av tjenesteutøverne i feltet, bakkebyråkratene, og analysen inkluderer også perspektiv som inkluderer bakkebyråkratenes ståsted i forhold til gjennomføringsevne, herunder samhandling med andre.

6.2.1 Forekomst av samhandling og co-production i kommunene

Når det gjelder forekomst av samhandling og co-production finner vi flere eksempler på at det samarbeides/samhandles om levering av tjenester på rus- og psykiatrifeltet i begge kommunene. Den primære samarbeidsrelasjonen er mellom et organisatorisk psykiatri-element og et rus-element internt i kommunene. Det siktes her til forholdet mellom avdeling psykisk helse og ruskonsulenten i NAV i Kommune Vest, og forholdet mellom kurativ enhet og NAV i kommune Øst. Øvrige partnere som det samarbeides med etter behov, er fastlegene

og spesialisthelsetjenesten. I kommune Øst har man også et grensesnitt mot bestiller-enheten (koordinerende enhet) og institusjonsbasert helse og omsorg. For øvrig er det også elementer av samhandling med offentlige instanser på andre sektorområder (f.eks. Kriminalomsorgen) frivillige organisasjoner/det sivile samfunn. Særlig ser vi det i kommune Vest.

I kommune Vest synes det å ha vært en naturlig utvikling hvor man stadig, men med små skritt, har beveget seg i retning av utvikling av tjenesteområdet og økt organisatorisk kapasitet. Det tenkes her særlig på hvordan psykiatritjenesten vokste frem innenfor pleie-og omsorgstjenesten og ble til en egen avdeling, med økte personalressurser og utvikling av et fagmiljø. Dette utgjorde en sterk «bonding»-mekanisme, som deretter la grunnlaget for å utvikle tettere samarbeid og samhandling med NAV og andre aktører (bridging). Et godt balansepunkt mellom spesialisering og integrasjon ble imidlertid sikret ved at avdelingen beholdt tilknytningen til en større pleie-og omsorgsenhet. Dermed kunne psykiatrifeltet fortsatt ses i sammenheng med andre deler av helse-og omsorgssektoren.

I kommune Øst synes man å ha «gått tilbake» i utviklingen i retning av disintegrasjon og etablering av barrierer for samhandling. Det tenkes her på utviklingen fra å ha en integrert og velfungerende psykososial tjeneste til en oppsplitting av enheten og det fagmiljøet som var etablert, til en fragmentert organisasjonsstruktur, og hvor ressursene ble fordelt på flere enheter. Da psykososial tjeneste ble etablert, var der en stor entusiasme som skapte noe unikt og velfungerende. Intervjudata gir dekning for å tale om en sterk «vi-opplevelse» (bonding). Det ble etablert samarbeid med en rekke aktører utenfor enheten, og det er beskrevet at den psykososiale tjenesten var «forut for sin tid» på dette punkt, og var i forkant lenge *før* samhandling og samarbeid ble uttrykt som en sterk forventning i statlige styringsdokumenter. I forbindelse med NAV-innføringen valgte man imidlertid bevisst bare å gå inn i NAV med en minimumsløsning. Dette forstås ikke som manglende anerkjennelse av viktigheten av de tjenester og ressurser som lå til NAV (økonomisk stønad, boligtilbud m.v.), eller manglende vilje til samhandling, men som et uttrykk for bekymring for tap av helhetsperspektiver i tilnærmingen til brukerne. Intervjudata gir også holdepunkter for at det var en bekymring for «møtet» med en mer forvaltningsrettet kultur i NAV (regelstyring/ juridisk metode, vedtak m.v.), i og med at NAV var/er en sammensmeltning av de statlige grenene trygd og arbeidsformidling, i kontrast til en mer kommunal og sosialfaglig kultur, med vekt på skjønn, fleksibilitet og «hele mennesket». Dette kan forstås ut fra ulike aktørers forskjellige institusjonelle logikker (Scott, 2000). Ulike institusjonelle logikker ga seg også utslag i forholdet mellom tjenesteutøvere i psykososial tjeneste og hjemmebaserte tjenester i perioden frem til psykososial tjeneste ble nedlagt og splittet opp, noe som førte til at flere fagstillinger ble flyttet over til hjemmebaserte tjenester. Da hadde ulike institusjonelle logikker, blant annet knyttet til ulik arbeidstid (arbeid i kontortiden vs turnustjeneste), angivelig ført til at det hadde utviklet seg «misunnelse» i hjemmebaserte tjenester over

arbeidsbetingelsene i psykososial tjeneste, og viktigere i denne sammenheng – at overordnet ledelse ønsket en mer fleksibel bruk av personalressursene nettopp for å kunne ivareta samhandling og samordning gjennom hele døgnet. Det er imidlertid holdepunkter for at arbeidsbetingelsene for rus- og psykiatrifeltet ble forringet som følge av denne omorganiseringen, samtidig som hjemmebaserte tjenester heller ikke fikk det «løftet» som var tilsiktet, noe som kan forstås ut fra vanskeligheter med å omstille personalets kognitive «skjemaer».

Samhandlingen mellom rus- og psykiatritjenesten (kurativ enhet) og NAV synes i dag å ha «kommet på sporet» igjen. Den vesentligste barrieren for samhandlingen i dag er kapasitet, ettersom kurativ enhet er såpass liten og med begrensede ressurser. Dette er et funn som bekrefter at samhandling koster (transaksjonskostnader), og at sårbarheten og ressursknappheten blir særlig påtrengende når virksomhetene er små. En annen barriere er selve den fragmenterte organisasjonsstrukturen.

6.2.2 Tonivå-modellen som begrensning på samhandling

Vi har tidligere introdusert tonivå-modellen, som en styringsmodell begge kommunene har implementert, men med vesentlige forskjeller kommunene imellom. Tonivå-modellen er en NPM-inspirert modell med markedet som forbilde, og som kan gi begrensninger på samhandling. Vi har ikke data som belyser bakgrunnen for at tonivå-modellen ble innført i våre to kommuner, men det er sannsynlig at denne ble innført da NPM-reformene var «på høyden» på slutten av 1990-tallet og begynnelsen av 2000-tallet, og som en følge av institusjonelt press om å fremstå som moderne, uten at styringsformen nødvendigvis var et svar på konkrete utfordringer knyttet til tjenesteproduksjonen eller hensynet til brukergruppen(e) – snarere tvert imot:

«In many cases, the reforms were not aimed at the products of the public sector, at health care or education for example. Rather, they have represented attempts at changing the modes of managing, controlling and accounting for the actual production of services»

(Brunsson & Sahlin-Andersson, 2000, s. 722)

Tonivå-modellen kan forstås ut fra prinsippal/agent-teori, hvor ledelsen (politisk/administrativt) skal nøye seg med å utforme en overordnet bestilling som det utførende leddet (agenten) skal utføre. Et premiss i tonivå-modellen er at utfører-leddet skal få større frihet i gjennomføringen, men til gjengjeld i større grad bli målt på resultater, og da i første rekke output, snarere enn outcome. Det siste har å gjøre med at output lettere lar seg innpasse i resultatstyringssystemer, f.eks. antall konsultasjoner/vedtak i en bestemt periode – i motsetning til outcome, dvs om pasienten/brukeren har blitt «frisk» eller har fått et bedre liv.

Ouchi (1980) opererer med fire styringsmessige grunnformer, hierarki, marked, nettverk og klan. Hvis vi tar utgangspunkt i denne typologien, er tonivå-modellen et utslag av markedstenkning. Samtidig er den forenlig med hierarkisk styring, men med større vekt på «styring i stort, snarere enn i smått». I praksis innebærer dette konsekvenser for den lokalpolitiske/folkevalgte styringen, ved at de folkevalgte forventes å befatte seg med «de store linjene», og for øvrig gi utførerne «fred» til å produsere. Imidlertid kommer dette i konflikt med rolleforståelsen de fleste lokalt folkevalgte har, idet de har forventninger om å kunne være nær og påvirke også implementering av politikk, blant annet fordi de løpende står i dialog med lokale velgere, og dermed må være responsiv når velgerne i egenskap av brukere/pasienter f.eks. er misfornøyd med tjenesteleveringen. Nesheim viser til at i en bestiller-utfører modell vil økt selvstendighet for utføreren medføre mindre mulighet for politisk styring gjennom hierarkiet (Vabo et al. 2004). Dette er i samsvar med Røiseland og Vabo (2012) som i sin artikkel viser til Maktutredningens påstand om at samhandling på tvers og som involverer aktører man ikke har instruksjonsmyndighet over, dermed kan true styringskjedens logikk og demokratiet i seg selv. Samhandling på tvers er ikke nødvendigvis i seg selv en trussel mot folkestyret, men manglende politisk forankring av slike samarbeidsformer, kan være en styringsutfordring i dette perspektivet.

I kommune Vest er det riktignok etablert en tonivå-modell, men den fremstår som mer modifisert, og den politiske/folkevalgte styringen og kontrollen er i behold gjennom en hovedutvalgsmoell, med et proaktivt oppvekst-og omsorgsutvalg, som får seg forelagt planer, og som administrasjonen rapporterer til. Og ved at man har en pleie-og omsorgssjef og en NAV-leder, som begge oppleves som proaktive, får man her et sterkere innslag av hierarkisk styring og samordning vis a vis de utførende enheter og tjenesteutøverne.

Dette står i kontrast til kommune Øst, hvor man både har en tradisjonell og mer «radikal» tonivå-modell, med sterk grad av fragmentering på virksomhetsnivå, en noe svak overordnet/strategisk ledelse og et fraværende, nærmest uinteressert, politisk nivå. Dette skaper et dobbelt styringsvakuu for tjenesteutførerne – de blir ikke «sett» verken av ledelsen eller politikerne («*man har ikke lenger noe sted å gjøre av sakene*»). Dermed mister man både politisk forankring av overordnede planer, engasjement og retning, men det fratrar også muligheten for at politikerne kan fungere som et konstruktivt korrektiv for administrasjonen. Det gjør videre at nasjonale styringssignaler blir utydelige for de lokalt folkevalgte, og kan dermed også få konsekvenser for deres budsjettprioriteringer på rus-og psykiatrifeltet.

Gjennom sterkere vektlegging av kvantitative resultatmål, innebærer tonivå-modellen også en fortrenkning av de normer og føringer som ligger i klanstyringen, f.eks kognitive forestillinger innleiret i den sosialfaglige profesjon om omsorg «for hele mennesket», og ikke bare ansvar for levering av en isolert tjeneste langs en «produksjonslinje». Dette kommer særlig til uttrykk i kommune Øst, hvor man på virksomhets-/bakkebyråkratnivå uttrykker

bekymring for fragmentering av tjenestetilbudet og at ledelsen i liten grad tar et helhetlig ansvar, og ser ting i sammenheng. En dreining i retning av vekt på kvantitative resultatmål, kan innebære en styringsutfordring når kommunen, som følge av lovgivningen, også er forpliktet til å ivareta krav om forsvarlighet i tjenesteleveringen.

Tonivå-modellen må ses i nær sammenheng med et annet reformelement, nemlig «bestiller-utfører-modellen». Virksomhetene er her det utførende leddet, mens overordnet ledelse har rollen som bestiller. I tillegg var tanken at også brukeren i større grad skulle betraktes som en bestiller. Og for å skape betingelser for større valgfrihet for brukeren, ble det i mange kommuner også implementert en bestiller/utfører-modell, med et sentralt bestillerkontor (eller koordinerende enhet). Tanken er at brukeren skal kunne presentere et behov, og at bestillerkontoret skal utrede og deretter fatte et vedtak. Utførende ledd behøvde ikke være en enhet i kommunen, idet det ble lagt opp til at ulike virksomheter, også private, skulle kunne konkurrere om leveransen. Problemet er imidlertid at det er begrenset med private tilbydere på området, og at særlig rus-og psykiatripasientene har store og sammensatte behov som ikke lett lar seg innpasse i en avgrenset «leveranse». Regelverket om offentlige anskaffelser kompliserer dette ytterligere.

Vi vet av generell erfaring at både tonivå-modellen og BU-modellen ble implementert på ulike måter i kommune-Norge, og at modellen(e) etter hvert ble modifisert i mange kommuner. Tonivå-modellen har i mange kommuner blitt til «to og en halv-modell», dvs. at det har kommet til et mellomnivå mellom rådmann og virksomhetsleder. BU-modellen, som må ses i sammenheng med ideer om å legge forholdene til rette for konkurranseutsetting, har i mange kommuner blitt modifisert/reduert til et «utrednings-og vedtakskontor», og konkurranseaspektet er tonet ned. Tonivå-modellen står i kontrast til en klassisk etats-modell (tre nivåer). BU-modellen anses ikke som en helhetlig og alternativ modell, men snarere som et reform-element som kan komme i tillegg til tonivå-modellen.

Kommune Øst har en koordinerende enhet (bestiller-kontor), og det fremkommer tydelig i vårt materiale at dette er utfordrende, både ved at det hersker usikkerhet om hva som *egentlig* krever vedtak, det medfører lang ventetid for brukerne, og at ulike aktører tilpasser seg dette, f.eks fremgår det av intervjudata at fastlegene henviser brukerne til «*der gjerdet er lavest*», nemlig kurativ enhet. Kurativ enhet var ment som et lavterskel-tilbud, men flaskehalsen i andre deler av hjelpeapparatet og andre aktørers strategiske tilpasning, leder til at presset øker på de virksomheter som minst er rustet til å håndtere det. Dette er åpenbart en styrings-og ledelsesutfordring.

6.2.3 I hvor stor grad legger ulike organisatoriske modeller til rette for samhandling?

Når det gjelder i hvilken grad de ulike organisatoriske modellene til rette for samhandling, vil vi her trekke inn forskning bl.a. fra Moland og Bogen (2001) som utgangspunkt for

drøftingen. Deres forskning viser at det kan stilles spørsmål ved om flat struktur i det hele tatt passer for en organisasjon med en så bred og ulikartet oppgaveportefølje som en kommune har. Alternativet er en mer klassisk etatsmodell, med større, mer samordnede og «robuste» og fleksible enheter. Dette er i såfall en innvending som rammer både kommune Vest og kommune Øst, som begge har en tonivå-modell, men det rammer kommune Øst sterkere fordi fragmenteringen er mer radikal her, blant annet ved at man har et bestiller-element i tillegg.

Sentralt for vår problemstilling er imidlertid at tonivå-modellen har konsekvenser for både brukerorienteringen og samhandling/samstyring. Moland og Bogen (ibid) peker på at modellen er problematisk, særlig for brukere som etterspør eller har behov for mange tjenester, som leder til behov for tverretattlig og tverrfaglig samarbeid – og det er jo nettopp det som særpreger rus- og psykiatrispasienter. Denne vurderingen er i samsvar med hva man konkluderte med i forbindelse med evalueringen av rusreformen i 2006, nemlig at et lineært og ansvarsoppdelt system har vanskeligheter med å tilby den smidigheten slike pasienter er avhengig av.

Om betydningen av BU-modellen på samhandling påpekes det av Nesheim (Vabo et al., 2004) at en vektlegging av distanse mellom bestiller og utfører har negative konsekvenser knyttet til fragmentering og svakere samordning, redusert fleksibilitet og tillitssvikt. Dette som følge av en for sterk formalisering av relasjonene. Redusert fleksibilitet er svært tydelig i intervjudataene fra kommune Øst. Tillitssvikt likeså. Tillitssvikten er ikke knyttet til personer, men til systemet.

Sterk organisatorisk fragmentering, som tonivå-modellen er et utslag av, innebærer at «bonding» styrkes internt i virksomheten, man blir opptatt av «sitt og sine», og sitt avgrensede mandat. Det begrenser oppmerksomheten, og avgrenser hva som anses som relevant og viktig. Dette forsterkes hvis virksomheten har en homogen profesjonsgruppe med sitt eget verdiunivers, sitt eget lovgrunnlag, sine egne privilegier, og sin egen distinkte handlingslogikk, og forsterkes ytterligere hvis incitamentsstrukturen er slik innrettet at avgrensede målsettinger «i linjen» er det som belønnes, snarere enn horisontalt samarbeid med andre, f.eks. gjennom lederavtaler og resultatmåling knyttet til kvantitative mål. Styrken i slike mekanismer vurderes å være langt sterkere enn kraften i nasjonale styringsdokumenter og generelle lovbestemmelser som postulerer og pålegger plikter om samhandling. Det er vårt inntrykk at beslutningstakere lett overser denne dimensjonen.

En fragmentert organisasjonsstruktur internt i kommunen er en utfordring for samhandling. Men dette er ikke en barriere som det ikke lar seg gjøre å komme over. Overordnet administrativ ledelse (rådmannen) kan utøve vertikal styring som motvirker sektorisering og for sterk «bonding», og pålegge og premiere samhandling gjennom incitamentsstrukturer som stimulerer til dette. Eksistensen av en tonivå-modell er ikke et formelt hinder for samhandling – det gjør det bare litt mer komplekst. Rådmannen har fortsatt sin styringsrett i behold, og

han/hun står fortsatt til ansvar overfor de folkevalgte (og indirekte til ansvar for brukerne/publikum). Dette illustrerer at «markedet», som tonivå-modellen er et NPM-inspirert utslag av, lever side og side med hierarkiet.

En fragmentert organisasjonsstruktur er imidlertid en større utfordring for samhandlingen vis a vis aktører *utenfor* kommunen. Disse aktørene kan imidlertid ikke instrueres gjennom hierarkiet. Vi har både dokumentdata og intervjudata som peker på (økende) utfordringer når det gjelder samhandling med både fastlegene og spesialisthelsetjenesten. Fastlegene er selvstendig næringsdrivende, men med avtale med kommunen. Fastlegene «driver butikk», og i den grad de forfølger sine egne interesser (hvilket jo PC og prinsippal/agent-teori foreskriver), vil de i liten grad ha incentiv til utstrakt samarbeid og samhandling – særlig ikke om krevende og ambivalente rus- og psykiatripasienter med mangelfull «byråkratisk kompetanse», og hvor outcome ikke er innen snarlig rekkevidde. Dokumentdata og intervjudata fra kommune Øst gir holdepunkter for at dette er en aktuell problemstilling, mens man i kommune Vest har lykkes bedre med å få fastlegene «på lag», både når det gjelder samarbeid knyttet til enkeltsaker og på et mer systemisk nivå. Det er holdepunkter for at fastlegene – og legeprofesjonen generelt – er fortrolig med «psykiatrielementet», men når pasienten presenterer et rusproblem, er det lett for fastlegen å avgrense sitt ansvar og henvise videre til det kommunale systemet. Nasjonale myndigheter later til å være oppmerksom på utfordringen med fastlegene med hensyn til samhandling. Det sies følgende i St. Meld nr. 26 om «*Fremtidens primærhelsetjeneste*»:

«For å møte behovene til disse brukerne, må grensen mellom helse- og omsorgstjenester brytes ned, samhandlingen bedres, og fastlegeressurser må frigjøres slik at de kan bruke mer tid på de som trenger legetjenester mest».

(Helse- og omsorgsdepartementet, 2015a, s. 72)

Enda større utfordring er det i forhold til spesialisthelsetjenesten. Dokumentdata og intervjudata fra begge kommuner beskriver utfordringer i samhandlingen med spesialisthelsetjenesten, særlig om de tyngste brukerne med både tung rus- og psykiatriproblematikk. Disse brukerne blir i stor grad «kasteballer» i systemet. Men spesialisthelsetjenestens ansvar er positivt avgrenset, er kommunens negativt avgrenset. Nedbygging av institusjonskapasitet i spesialisthelsetjenesten er ett aspekt ved dette, et annet er innretningen på incitamentsstrukturen i spesialisthelsetjenesten (innsatsfinansiering), som stimulerer til fokus på korte og «effektive» konsultasjoner eller innleggelses, og rask retur til kommunene. Dermed blir det vanskelig å få til et helhetlig tjenesteopplegg rundt brukeren, særlig når man samtidig skal ivareta hensynet til brukermedvirkning. Tillitsbygging, som er en forutsetning

for samhandling, betinger at aktørene bygger opp relasjoner. Det tar tid, og krever fleksibilitet og lydhørhet. En sterk grad av organisatorisk fragmentering støtter ikke opp om dette.

Kommunene kan ikke bruke hierarkisk styring overfor spesialisthelsetjenesten for å løse disse utfordringene, i den grad de skulle mene at spesialisthelsetjenesten ikke tar sin del av ansvaret – og det indikerer vårt datamateriale klart at spesialisthelsetjenesten ikke gjør, når det gjelder de sykeste og mest trengende rus-og psykiatrispasientene. Dette funnet er i samsvar med tidligere forskning (Mjåland, 2008; Schönfelder, 2008). Mjåland stiller det retoriske spørsmålet om det er gode betingelser for grenseoverskridende aktiviteter mellom den kommunale rusomsorgen og spesialisthelsetjenesten (samhandling), og konkluderer nærmest med det motsatte. Vårt empiriske materiale gir støtte til en slik konklusjon. Den avtalen som helse-og omsorgstjenesteloven angir at det skal være mellom kommunen og spesialisthelsetjenesten, er antakelig et for svakt styringsmiddel. Dertil kommer at spesialisthelsetjenesten er stor og mektig, med store ressurser, befolket av leger med stor profesjonsmakt. Kommunene og tjenesteutøverne der, har lite å stille opp med, særlig hvis kommunene er små, har en fragmentert organisasjonsstruktur, og med liten grad av overordnet styring og ledelse. Ulike «*cognitive maps*» og «*belief systems*» (Scott, 2000) hos henholdsvis en kommunalt ansatt ruskonsulent og en lege ved klinikken i spesialisthelsetjenesten, forsterker dette. Forholdet mellom kommunens rus-og psykiatritjeneste og spesialisthelsetjenesten er asymmetrisk – kommunen er avhengig av spesialisthelsetjenesten for å utføre sitt helhetlige samfunnsoppdrag, men spesialisthelsetjenesten/legene er i mindre grad avhengig av kommunene. Den profesjonsmakten som legene har, er et eksempel på klanstyring (Ouchi, 1980). Vi kan legge til at legene nok er en utfordring å styre hierarkisk også for de som formelt er i posisjon til dette (sykehusledelsen/ foretaksledelsen).

Jussen (statlig styring gjennom bruk av juridiske virkemidler) forkynner samarbeid og samhandling, men har samtidig en innretning som kan innebære barrierer mot samarbeid og samhandling. Ett eksempel er taushetsplikts-begrensningene, som i stor grad følger organisasjonens grenser, og hvor opphevelse av taushetsplikt betinger samtykke fra brukeren. Dette kan være utfordrende, spesielt hvor det er behov for å anvende tvang mot brukeren, som etter helse-og omsorgstjenesteloven kapittel 10. Strenge krav til hva som anses som lovlig frihetsberøvelse på grunn av rus-og psykiatriproblemer, etter nevnte lov og psykisk helsevernloven, sammenholdt med strenge dokumentasjons-og prosedyrekra, tenderer til at brukerne med de største behovene ytterligere «faller mellom alle stoler», og gjør det vanskelig å skape samhandling rundt.

Tonivå-modellen med sterk grad av fragmentering vurderes å være en alvorlig begrensning i bestrebelsene på å oppnå helhetlige og samordnede tjenester, og vi mener at vårt

datamateriale støtter opp under en slik konklusjon. Det påvirker særlig det kommunale handlingsrommet på rus-og psykiatrifeltet hvor behovet for helhet og koordinering gjør seg sterkest gjeldende, både på et individnivå og et systemnivå. Effekten forsterkes ytterligere dersom den vertikale samordningen er svak, med en svak overordnet administrativ ledelse og et politisk nivå som er trengt helt tilbake, slik som i kommune Øst. En slik organisering er lite hensiktsmessig for å oppnå målsettingene om samhandling og samarbeid til beste for brukerne på rus-og psykiatrifeltet, og truer organisasjonens legitimitet (M. Suchman, 1995). Effektene som kan avleses i form av avgrensning av ansvar, brukere som må vente i lang tid for å komme til behandling, brukere som blir «kasteballer i systemet», unødig dobbeltarbeid mellom ulike virksomheter osv, truer kommunens *pragmatiske* legitimitet. Mangelfull vertikal styring har også betydning for fagledelse og fagutvikling. Dette har stor betydning for tjenestene i seg selv – det tenkes her på ulike sider ved pasientsikkerhet, og det er holdepunkter i vårt empiriske materiale at dette var en aktuell bekymring i kommune Øst. Men det berører også legitimitet – det er ikke nok at tjenesten er faglig – den må også *fremstå* som faglig, trygg og sikker (normativ legitimitet) i møte med andre aktører, f.eks spesialisthelsetjenesten og tilsynsmyndigheter.

I forhold til vår hovedproblemstilling, kan man hevde at organiseringen av tjenestetilbudet på denne måten svekker kraften i statens virkemiddelbruk: kommunen påvirkes til å bygge ut selve tjenestetilbudet (output) som følge av de finansielle stimuleringsiltakene, lovstyringen, tilsyn og kontroll, m.v., men outcome begrenses av de organisatoriske rammebetingelsene, både internt og eksternt. Det som skjer «*mellom linjene*» er minst like viktig som det som skjer «*i linjene*» (Schönfelder, 2008). Det er imidlertid grunn til å presisere at det sterkt lineære og ansvarsoppdelte systemet vi har i helsesektoren ikke (bare) er et utslag av uformell institusjonell utvikling, men snarere er en villet politikk, som er sanksjonert av lovgiverne. Det gjelder i alle fall når det gjelder spesialisthelsetjenestens organisering.

Paradokset/motstriden mellom ønsket om samhandling på den ene side, og faktisk fragmentering på den annen side, kan forstås ut fra det Fimreite beskriver om at lokal tverrsektoriell samordning motvirkes ved stadig forsterking av sektorvise virkemidler i form av lov, tilsynsvirksomhet, finansielle virkemidler m.m (Fimreite et. al 2007).

For kommunene vil en organisering og (mangelfull) samhandling/samordning som hindrer oppfyllelse av brukerens rett til helhetlige tjenester, også være lovstridig, og er dermed noe som rokker ved den *legale* legitimiteten. Når ulike instanser ikke samarbeider slik de skal og forventes å gjøre, går det direkte utover det sluttproduktet som er ment å komme ut av tjenesteleveransen (outcome), og det er tjenesteutøverne nærmest brukerne som vil føle det sterkest, nemlig bakkebyråkratene. De må tåle og «stå i» møtet med brukeren, noe som forsterker det «*moralske stresset*» de fra før i stor grad må hankses med, når de opplever at

«systemet» svikter, og når deres forestillinger om «å gjøre godt og rett», ikke lar seg oppfylle (*moralsk og kognitiv legitimitet*). Vi finner at Halvard Vikes (2013) utsagn om at bakkebyråkratene «*bærer organisasjonens grenser i kroppen*» er særlig treffende for tjenesteutøverne i kommune Øst. Selv om vi ikke har empiriske data som spesifikt sier noe om det, er det grunn til å anta at bakkebyråkratene også er de som sterkest må tåle søkelys, og blir ansvarliggjort, når staten bruker tilsyn og kontroll som virkemiddel (gjennom fylkesmannen), og da særlig når konsekvensene av *manglende* samhandling og koordinering avdekkes.

Som det fremgår av empirien, var kommune Øst tidligere en foregangskommune – som andre kommuner «så opp til» og som fylkesmannen løftet frem som et forbilde for andre kommuner, både når det gjelder tjenesteutvikling og ikke minst samordning og samhandling. Gjennom bakkebyråkratens deltakelse i faglige nettverk i regi av fylkesmannen, er det i første rekke de som må tåle å få kritikk og hoderystende merknader til at kommunen nå går imot nasjonale råd og anbefalinger om hvordan tjenestetilbud på rus-og psykiatrifeltet, og særlig de med samtidige rus-og psykiatrilidelser, må videreutvikles. Dette blir ikke synlig gjennom den styringsinformasjon som rådmannen og politisk ledelse får tilgang til gjennom KOSTRA-tall og andre rapporteringssystemer. Dette blir et legitimitetsproblem for bakkebyråkratene.

Vi finner imidlertid holdepunkter for at bakkebyråkratene anstrenger seg for å bevare kommunens legitimitet som ansvarlig tjenesteleverandør på området, *til tross for* de barrierene vi har beskrevet. Dette gjør de ved å utvise fleksibilitet og handlekraft (de «snur seg rundt, og bretter om ermene»), og bøter dermed også på andre aktørers eventuelle mangelfulle bidrag inn i prosessen, f.eks når en tung rus-og psykiatripasient «står med plastposen i hånden» på det lokale NAV-kontoret fredag kl. 15.00, etter å ha blitt utskrevet fra spesialisthelsetjenesten. Dette kan forstås ut fra det som Lipsky (Lipsky, 2010) sier om at bakkebyråkratene i dag må være mer opptatt av sine omgivelser, og etterkomme krav fra omgivelsene – bakkebyråkratene blir ansvarliggjort direkte, og kan i mindre grad «lene seg på» organisasjonen.

Ulike aktørers verdi-og normgrunnlag og meninger om statlige finansieringsordninger bestemmes av en rekke faktorer – rollen og posisjonen i organisasjonen, egne interesser og erfaringer. Dette skaper nærhet eller avstand til feltet, som kan være avgjørende for de meninger som ulike aktører kan ha. Dette kan gi oss kunnskap om hvordan ulike aktører opplever at den statlige virkemiddelbruken påvirker det kommunale handlingsrommet. Dette er tema i det neste og siste punktet i analysen vår.

6.3 Analytisk fokus på ulike holdninger til statlig virkemiddelbruk for å implementere nasjonal politikk på kommunalt nivå

I drøftingen i dette avsnittet vil vi benytte institusjonell teori, demokratiteori og bakkebyråkrateteori. Institusjonell teori vil gi bidrag til forståelsen av menings- og holdningsdannelse hos aktørene på alle nivåer, men det institusjonelle trykket knyttet til tjenesteproduksjonen vurderes å gjøre seg sterkest gjeldende for bakkebyråkraterne. Bakkebyråkrateteori vil ytterligere gi beskrivelser som kan forklare deres holdninger.

Henvisningen til demokratiteori er ment å dekke særlig det aspekt som er knyttet til at «det politiske nivået» består av folkevalgte som utleder sin myndighet fra velgerne, og jevnlig står til ansvar overfor velgerne gjennom demokratiske valg, og for så vidt også *mellom* valgene. Ut av dette trer en *ombudsmannsrolle* frem, og dette er noe vesentlig annet enn rollen som øverste lederskap.

Ulike aktørers holdninger og meninger om rammetilskudd vs. øremerkede tilskudd, kan forstås som en refleks av i hvilken grad aktørene påvirkes direkte eller indirekte av virkemiddelbruken, dvs. hvilke interesser aktørene har i virkemiddelbruken, ut fra deres rolle i organisasjonen. Holdningene og meningene som kommer til uttrykk, kan også si noe om innsikt og interesse for tjenesteområdet og brukergruppen, og i hvilken grad aktørene vil investere ressurser i det, med sikte på videreutvikling. Dette siste kan predikere noe om grad av lojalitet til de statlige målene på saksområdet. Vi har skilt mellom politisk nivå, administrativt nivå og virksomhetsnivå, fordi ulike syn som gjør seg gjeldende på de ulike nivåene kan settes i sammenheng med, og forklares ut fra at aktørene har ulike oppgaver/mandat og dermed ulikt fokus, samt at de opplever ulik art og grad av press fra omgivelsene.

6.3.1 Holdninger og meninger på politisk nivå til statlig finansiell virkemiddelbruk

Politikerne i våre to kommuner uttrykker primært et ønske om rammetilskudd, men har likevel en pragmatisk innstilling til begrenset bruk av øremerkede tilskudd på utpekte, mindre tjenesteområder. Det er liten forskjell på politikernes holdninger i disse to kommunene. Den pragmatiske holdningen er i samsvar med funnene i Sems (2014) undersøkelse, selv om politikernes til dels positive holdninger er noe mer uttalt enn vi forventet. Vår forventning var at politikerne ville innta en tydeligere avvisende holdning til øremerkede tilskudd fra staten, fordi det begrenser deres handlingsrom – særlig i en tid med stort og ekstraordinært press på kommunene (økende arbeidsledighet/lavere skatteinntang, flyktningekrisen mv.).

Politikernes holdninger, som likevel tenderer i retning av at rammetilskudd foretrekkes, kan best forklares med henvisning til deres rolle og posisjon som lokalt folkevalgte, med mandat fra lokalbefolkningen. Med henvisning til Jacobsens (2009) fire perspektiver på kommunen (jf. teorikapittelet) kan vi si at det er kommunens rolle som (lokal-) politisk arena som er

utslagsgivende for politikernes holdninger. Størst mulig frihet for politikerne, som rammetilskudd vil gi, gir rom for å møte forventningene fra velgerne, «make a difference» i tråd med det de folkevalgte har programforpliktet seg til, og gått til valg på. Dette er viktig for å bevare legitimiteten. Rammetilskudd oppleves også å gi bedre muligheter for å ivareta helheten i den brede oppgaveporteføljen staten har gitt kommunene, og det sikrer også bedre langsiktighet og forutsigbarhet.

Samtidig uttrykker politikerne stor aksept for at staten har brukt øremerking av midler som et virkemiddel for å «løfte» spesielt rus-og psykiatrifeltet, ettersom det hadde vært forsømt i lang tid. Det er en utbredt erkjennelse av at rus-og psykiatrifeltet er lite og sårbart, som neppe hadde fått et slikt løft uten øremerking. Denne erkjennelsen deles for så vidt av respondentene på alle nivåer. Politikernes uttrykte meninger må kunne forstås slik at de også «ser» rollen som ansvarlig tjenesteproducent og «agent» for statlig politikk, og er lojal i forhold til det. Men intervjudata kan tyde på at politikernes godvilje til statlig styring ikke strekker seg lengre enn det som er nødvendig for å løfte fagfeltet og sikre at kommunene kommer opp på et forsvarlig minstemål, sammenlignet med andre kommuner – utover det ønsker de «å styre i eget hus», også på dette feltet.

Som argument for øremerking trekker enkelte politikere frem at gjennom statlig øremerking får man kunnskap om hva som *faktisk er* statlige satsningsområder. Dette forstås å stå i kontrast til rammefinansiering, hvor statlige målsettinger på enkeltområder lett kan «drukne» i mengden av ulike statlige signaler på en lang rekke områder, og hvor politikerne i større grad vil være prisgitt den informasjonen administrasjonen gir, og hvordan denne informasjonen filtreres og fremstilles («frames»), som grunnlag for politiske prioriteringsbeslutninger. Ved øremerking blir statens behovsvurderinger i stedet lagt til grunn, og lokalpolitikere fritas fra (og fratras) å foreta prioriteringene.

En av respondentene uttaler at øremerkede tilskudd virker som en «garanti» til innbyggerne, og det forstås som garanti mot at lokalpolitikere foretar prioriteringer som avviker fra nasjonale myndigheters prioriteringer. Vedkommende uttaler dette med et positivt fortegn, noe som kanskje er litt overraskende, men understreker de folkevalgtes pragmatiske innstilling til spørsmålet.

Båndlegging som skjer med utstrakt rettighetslovgivning er en annen form for «garanti». Vi vet fra tidligere forskning at den juridiske styringen, både i form av utstrakt rettighetslovgivning og ulike tilsynshjemler, oppleves av lokalpolitikere som minst like (og mer) inngripende i forhold til det kommunale selvstyret som øremerking, særlig når øremerkingen er så begrenset som på rus-og psykiatrifeltet (Sem, 2014). Dermed kan man si at de folkevalgte langt på vei aksepterer ulike former for statlig styring, så lenge den ikke er for inngripende, og ikke griper inn i saksområder som oppleves som kjernevirksomheten til de

folkevalgte i kommunene, og hvor presset fra omgivelsene (velgerne og media) er stort, f.eks. i saker om arealutnyttelse og reguleringsplaner, og hvor behovet for legitimitet er tilsvarende stort. Med Suchman kan vi si at dette er «*legitimacy grounded in pragmatic evaluations of stakeholder relations*» (1995, s. 572). Politikerne vil bare sjelden komme i nærkontakt med rus- og psykiatripasienter eller deres livshistorier, med unntak av spredte og dramatiske avisoppslag om svikt og mangler, som kan virke som et press i retning av handling. Publikums press mot politikerne er jevnlig mye større på andre sektorer enn rus- og psykiatrifeltet.

Vår vurdering er at politikerne har en klar preferanse for rammetilskudd, men at de inntar en pragmatisk og avslappet holdning til øremerking på rus- og psykiatrifeltet. En vesentlig årsak til dette synes å ligge i at dette feltet utgjør en marginal del av totalbudsjettet, og innebærer dermed et lite «inngrep» i det kommunale selvstyret. Det kommer heller ikke nevneverdig i konflikt med andre interesser. Dessuten finner satsing på rus- og psykiatrifeltet klangbunn i den generelle folkelige bevissthet – det nyter alminnelig anerkjennelse og respekt. Man kan ikke lett være uenig i at det skal satses på rus- og psykiatri! Dermed kan man ivareta både hensynet til det kommunale selvstyret, samtidig som man respekterer og handler i tråd med institusjonelle normer i samfunnet om vern av svake grupper (kulturelle/kognitive «tatt for gitt-heter») (Scott, 2014; M. C. Suchman, 1995). I kontrast nevner noen av respondentene at f.eks. øremerking av midler innenfor eldreomsorgen ville vært et langt større, og nærmest utålelig inngrep og overstyring, trolig fordi dette tjenesteområdet er så mye større enn rus- og psykiatrifeltet, og dermed ville prioriteringsutfordringene vært vesentlig større.

Meningene som uttrykkes fra respondentene på politisk nivå fremstår som rimelig samstemte, og det kan ikke avleses noen sammenhenger med partipolitisk ståsted, f.eks. mellom representanter på henholdsvis venstre- og høyresiden i lokalpolitikken. Forklaringen på dette vurderes å være at rus- og psykiatrifeltet er såpass lite, og uansett vil legge beslag på en mindre del av det kommunale budsjettet, og dermed betyr lite for de folkevalgte handlingsrom. Dessuten at feltet allerede er, og blir oppfattet, som svært regelstyrt og bundet opp fra statens side, samt at dette er et område hvor politikerne i stor grad anerkjenner området som «fagfolkens domene» (klanstyring). Men på grunn av et svært begrenset og tilfeldig utvalg av respondenter fra det politiske nivået, har vi lite grunnlag for å trekke noen konklusjoner om betydningen av partipolitisk ståsted. Men vi vet fra annen forskning at det er en partipolitisk dimensjon, i alle fall i rikspolitikken, hvor eksempelvis partiet Høyre har vært negativ til øremerking, Venstre har vært «skeptisk», Arbeiderpartiet noe «ambivalent», mens FrP (kanskje litt overraskende) er positiv til øremerking (Sem, 2014). FrPs holdning kan imidlertid forklares med deres tradisjonelle vektlegging av pleie og omsorg, syke og eldre. Det som er med på å forme holdningene til partiene i rikspolitikken er argumenter i spennet mellom kommunalt selvstyre på den ene side og sosial trygghet og rettighetsorientering til

fordel for brukerne, på den annen side. Lokalpolitikeres holdninger er imidlertid ikke bare preget av prinsipielle betraktninger, men kan også være formet av egne erfaringer og ståsted, f.eks. i rollen som pårørende til trengende brukere. Dessuten har mange lokalpolitikere, særlig i små kommuner, også sitt arbeid i kommunene, f.eks. som lærer, pleiemedarbeider, ruskonsulent o.l. Dette kan også være med på å forme verdier og holdninger, men dette har vi ikke undersøkt nærmere. Endelig gjør generelle institusjonelle normer seg gjeldende som også bidrar til press i retning av konsensus og «avpolitisering» av feltet lokalt, slik at det ikke lett vil la seg gjøre for en folkevalgt å demonstrere sterke motforestillinger mot statlig satsning på rus-og psykiatrifeltet, f.eks. med sikte på å prioritere andre saksområder.

Det er imidlertid grunn til å tro at andre svake grupper står *enda* sterkere i beslutningstakernes bevissthet, og da tenkes det på eldre og syke, men i særdeleshet på barn og unge. En indikator på dette er at mens innsatsen inn mot barn og unge, i begge kommuner, ble samlet og integrert i en større organisatorisk enhet med et helhetlig og kontekstuellt behandlingsperspektiv, har innsatsen mot voksne rus-og psykiatrispasienter vært mer fragmentert og individualisert. Det gjelder særlig i kommune Øst, hvor man i 2013 delte opp den «gamle» psykososiale enheten og spredte ressursene (til hjemmebasert omsorg), mens man opprettet en egen og mer samordnet avdeling for barn og unge.

At barn og unges velferd, herunder knyttet til psykisk helse, står høyere oppe i det uformelle og formelle prioriteringshierarkiet, er ingen dristig påstand. Det kan avleses blant annet i mengden stortingsmeldinger, innretningen på lovverket og institusjonelt press blant annet fra media. De statlige styringssignalene vurderes også som sterkere når det gjelder denne brukergruppen. Dette kan rubriseres dels som legal og normativ legitimitet, men kan i enda større grad karakteriseres å springe ut av kognitiv/kulturell legitimitet, dvs bygge på forestillinger som tas for gitt – en nasjonal kultur som setter barn og familie høyt, og hvor det er lite toleranse for barn og unge som lider.

6.3.2 Holdninger og meninger til statlig finansiell virkemiddelbruk på administrativt nivå (rådmannsnivået)

Også respondentene i administrasjonen (rådmannsnivået) kan se at øremerking kan ha sine fordeler og kan forsvares, men tendensen er likevel sterkere i retning av at rammetilskudd foretrekkes. Dette må forstås ut fra den rolle rådmannen og hans/hennes ledergruppe har, med hensyn til å tenke helhet, og ivareta ulike krav og forventninger både ovenfra (politikerne), nedenfra (ansatte) og utenfra (brukere, publikum, media osv.). Dette er i samsvar med funn i SINTEFs undersøkelse fra 2008, hvor over 90 % av de spurte (rådmenn og andre i administrasjonens ledelse) var «*delvis eller helt enig i at statens målsettinger for det psykiske helsearbeidet nedfelt i opptrappingsplanen legger føringer på kommunens prioriteringer av ulike tiltak/tilbud for mennesker med psykiske lidelser*» (Kalseth & Eikemo, 2008, s. 28).

På dette nivået vil den institusjonelle logikken være sterkt preget av økonomiske betraktninger – betydningen av å beholde handlefrihet, holde budsjettene, instrumentelle kost/nytte-betraktninger, formalisme, avgrensning av ansvar, osv. Dette kan benevnes som en *effektivitetsdiskurs* (Rønning, 2004). Dette ligger innbakt dels i økonomifaget (og mange rådmenn er utdannet økonomer), og det har også basis i de ulike statlige styringsmidlene, både kommunelovens pålegg om budsjettdisiplin og den statlige tilsyns- og kontrollvirksomheten. Alle legitimitetsformene er dermed i spill (pragmatisk, legal, normativ og kognitiv/kulturell). For rådmannen vil ansvaret for helheten være viktigere enn faglige hensyn på et avgrenset sektorområde, og statlig bruk av øremerkede tilskudd kan dels ses på som et «forstyrrende element» som bidrar til ustabilitet. Øremerking kan også i en viss grad oppfattes som statlig mistillit til kommuneledelsens evne til å foreta riktige disponeringer. Holdningene hos aktørene på rådmannsnivået vil trolig avhenge av organiseringen, i hvilken grad det er nærhet og kontakt med aktørene på bakkeplanet. Flere har også pekt på at øremerking og opptrappingsplaner, sammen med stadig vekst i rettighetslovgivning, bidrar til å øke gapet mellom ulike interessenters krav og forventninger og kommunens evne til å levere («expectation gap»), og kan dermed true kommunens legitimitet. Dette skyldes blant annet problemet med at et økt tjenestenivå som følge av opptrappingsplaner og øremerkede tilskudd, er vanskelig å nedjustere ved endrede økonomiske betingelser, f.eks når de øremerkede tilskuddene innlemmes og «forsviner» inn i rammetilskuddet, eller når kommunen rammes av redusert skatteinntang eller endringer i demografien.

Holdningene til bruk av øremerkede tilskudd som altså tenderer til å være negative, synes også å ha vesentlig sammenheng med hvordan disse konkret har vært innrettet, med negative konsekvenser for styringsevnen, snarere enn øremerking som sådan. Det siktes her f.eks. til krav om egenfinansiering (som kan gå ut over andre tjenesteområder) og krav om at øremerkede tilskudd bare kan anvendes til «nye stillinger», dvs ikke støtte til videreføring av eksisterende. Flere har også påpekt at overgangen fra øremerking til rammetilskudd medfører at man «ikke finner pengene igjen». Flere av disse forholdene handler om uforutsigbarhet, som er en styrings- og ledelsesutfordring, og som også svekker måloppnåelse på sikt. Dette er i samsvar med Borge og Rattsø sin rapport fra 2005 (Borge & Rattsø, 2005), som konkluderer med at rammefinansiering gir stor stabilitet, men stor lekkasjeeffekt, mens investeringstilskudd gir liten lekkasje, men stor ustabilitet, og mens driftstilskudd kom i en mellomstilling.

6.3.3 Holdninger og meninger til statlig finansiell virkemiddelbruk på virksomhetsnivå (bakkebyråkratene)

På virksomhetsnivå og blant bakkebyråkratene er holdningen til rammetilskudd vs øremerkede tilskudd krystallklar: ikke bare foretrekker man øremerkede tilskudd, det oppleves og vurderes sågar som en betingelse: «*hvis staten virkelig vil noe med satsingen på*

rus-og psykiatri, må midlene være øremerket» uttaler en av respondentene på dette nivået. Dette lar seg forklare ut fra de rammebetingelser som bakkebyråkratene opererer under, særlig det som er knyttet til stor arbeidsmengde i forhold til begrenset tid og ressurser, og den rollekonflikten de lever med. På den ene siden skal de være lojale i forhold til overordnet ledelse, herunder holde seg innenfor budsjettene, men samtidig skal de respondere på brukernes omfattende hjelpe-og omsorgsbehov. Dette er typiske trekk ved bakkebyråkratenes stilling, slik Lipsky (1980, 2010) beskriver det.

Øremerking innebærer for så vidt at de økonomiske midlene tilflyter den eller de aktuelle virksomhetene direkte, og de «fritas» dermed for å måtte delta i den alminnelige budsjettkonkurransen med andre kommunale tjenesteområder og andre gode formål. Bakkebyråkratene får et «pusterom» til å gjøre jobben sin!

Bakkebyråkratenes syn på øremerking som «helt nødvendig», og som kommer dem selv og deres tjenesteområde til gode, kan forstås å være motivert ut fra egeninteresse, men det kan også forstås ut fra genuin og altruistisk omsorg for brukerne, som igjen har sitt grunnlag i et dypere verdigrunnlag, godt forankret i både den regulative, normative og kulturell-kognitive pilaren (Scott, 2014), utviklet gjennom profesjonsutdanning og andre former for sosialisering. Bakkebyråkratene handler ut fra det vi kan kalle en *omsorgsdiskurs* (Rønning, 2004). I en omsorgsdiskurs vil personalets erfaring og personlige kjennskap til brukeren vektlegges, sammen med faglig og praksisnær kunnskap, og fleksibilitet. Lovgivningens rettighetsbestemmelser og bestemmelser som vektlegger kvalitet og forsvarlighet er dels et resultat av meninger og holdninger som har sitt grunnlag i normer og kognitive/kulturelle forestillinger i profesjonsfeltet, og som er drevet frem av profesjonene selv, men reguleringen bidrar også til befeste og styrke disse holdningene. Dette er et eksempel på at bakkebyråkratene og de profesjonsorganisasjonene de tilhører, er viktige institusjonelle aktører og endringsagenter. Når lovgivningen og ulike bestillinger fra staten skal implementeres i kommunen, vil disse ikke møte motstand, men snarere bli omfavnet og lojalt fulgt opp.

Flere av respondentene – også blant politikerne og i den administrative ledelsen, har pekt på at denne brukergruppen (rus og psykiatri) er en svak gruppe som ikke selv står på barrikadene og som ikke «skriker høyest». Det er således stort sammenfall i meningene på dette punkt, blant aktørene på alle nivåer.

Også på virksomhetsnivå gir respondentene uttrykk for at innretningen på de øremerkede tilskuddene er problematisk. Tilskuddsordninger man må søke på, og som er tidsbegrensede, gjør at kommunene og virksomhetene kommer inn i et uheldig avhengighetsforhold: «...for du er avhengig av å leve på dop», som en virksomhetsleder formulerte det, hvor man stadig må «løpe etter» tilskuddsmidler. Det er holdepunkter for at denne belastningen er det i stor grad virksomhetene selv som må ta, for å berge både tiltak og stillinger. Og igjen er det

bakkebyråkratene som må «ta støyten» og ta arbeidet med dette, samtidig som den løpende driften må opprettholdes.

Bakkebyråkratenes holdning til øremerkede tilskudd som nødvendig, kan trolig også søkes tilbake til særlige trekk ved sosialt klinisk arbeid overfor denne spesifikke brukergruppen. Det tenkes her på karaktertrekk som går ut på at tjenesten innebærer utstrakt 1:1-kontakt mellom terapeut og bruker, at kontakten er langvarig, at brukeren ofte er ambivalent osv. Det er tale om «langsomme prosesser» med «ett skritt frem og to tilbake», blant annet også fordi bakkebyråkratene også er så avhengige av andre aktørers bidrag for å oppnå målene, f.eks fra fastlegen, spesialisthelsetjenesten og andre. Denne type arbeid er svært sårbart for press fra en økonomisk handlingslogikk med krav om raske og målbare resultater, og hvis dette ikke kan leveres, får man et forklaringsproblem overfor ledelsen, når «*det som teller, er det som kan telles*». Vi har intervjudata som nettopp peker på at styringsinstrumenter som KOSTRA og Iplos i liten grad er tilpasset til sosialarbeiderens virkelighet hvor mye arbeid ikke lar seg innpasse i slike systemer. Med rammetilskudd, og hvor rådmannen (og økonomisjefen) utarbeider budsjettinnstillinger basert på tall fra slike styringssystemer, kan rus- og psykiatrifeltet komme dårlig ut. Øremerking gir trolig en større fleksibilitet, og dette kan være med på å forklare bakkebyråkratenes uforbeholdne støtte til, og synet på øremerking i motsetning til rammetilskudd. Øremerking kan sies å bidra til å dempe det arbeidspresset og det moralske stresset som Lipsky (1980, 2010) beskriver som trekk ved bakkebyråkratenes hverdag. Dermed bidrar virkemiddelet også til å bringe arbeidet mer i samsvar med målsettingen om at det skal utøves et individuelt og profesjonelt skjønn, og begrense standardisering. Med standardisering siktes det til ulike former for «mestringsstrategier» som Lipsky (ibid) omtaler, eksempelvis inndeling av klienter i grove kategorier, for å sortere og lette arbeidet.

Respondentene i virksomhetene mener at øremerking er nødvendig å videreføre for å kunne oppnå statlige målsettinger, men respondentene er i liten grad utfordret på hvor lenge de anser at dette skal være nødvendig, eventuelt om de ønsker et slags «varig vern» av «sitt» fagområde. En virksomhetsleder, som i denne sammenheng identifiseres sammen med bakkebyråkratene, peker imidlertid på at et alternativ til øremerking kan være mer detaljert lovstyring i form av bemanningskrav, f.eks om psykolog i tjenesten. Dette viser sammenhengen med andre styringsinstrumenter. En slik utvikling vil gavne bakkebyråkratene i de virksomheter som drar fordel av slike goder, men kan lett dra med seg krav og forventninger også fra andre tjenestoområder om tilsvarende «beskyttelsestiltak». Dras en slik utvikling tilstrekkelig langt, hvor bedring av rammebetingelser for én gruppe bakkebyråkrater betyr tilsvarende krav fra andre grupper, enten om øremerking eller ekstra lovbeskyttelse, vil man ha en situasjon nær opp til ordspråket «*når alt skal prioriteres, blir ingenting prioritert*», og man kommer i samme stilling som om det var rammetilskudd fullt og helt.

7. STUDIENS BETYDNING FOR PRAKSISFELTET

I dette siste kapitlet vil vi oppsummere de viktigste funnene våre, og setter søkelys på hvilken relevans vår studie kan ha for praksisfeltet. Innledningsvis har vi vist til at utfordringer knyttet til rusproblematikk og psykiske lidelser medfører store samfunnsøkonomiske og personlige kostnader for de som rammes. I over 25 år har rus- og psykiatrifeltet utgjort et viktig satsingsområde i den nasjonale helsepolitikken. Den nasjonale måloppnåelsen fordrer imidlertid i stor grad at tjenestetilbudene bygges ut i kommunene, hvor brukerne bor og oppholder seg. Selv om mye har blitt gjort, preges fagfeltet fortsatt av en rekke utfordringer. Vi har valgt tittelen «På rett vei?» for oppgaven vår. Regjeringen har nylig lansert en ny opptrappingsplan for rusfeltet. Gjennom virkemiddelbruk som økte rammetilskudd, tilskuddsordninger for å bedre samhandling, økt bruk av tilsyn og kontroll, skal en fra statlig hold sikre en videre satsing på rus- og psykiatrifeltet i kommunene.

Vi tenker det er viktig å foreta studier som ser på effekten av de ulike virkemidlene, både når det gjelder grad av måloppnåelse, og hvilke konsekvenser ulik virkemiddelbruk kan få for implementeringsprosessene på kommunalt nivå. Vårt ønske er at de som rammes av rus- og psykiske lidelser skal få varige tjenestetilbud av god kvalitet, og at både brukere og pårørende sikres den hjelp og tjenestetilbud de har rett til og behov for. Vi håper derfor at studien vår kan bidra til at søkelyset rettes både mot kvaliteten på og omfanget av tjenestetilbud, og ikke minst hvordan tjenestetilbudene organiseres, slik at det kan utarbeides gode og tverrsektorielle løsninger som sikrer at brukere med sammensatte behov får koordinerte og helhetlige behandlings- og oppfølgingstilbud, og unngår å bli «kasteballer» og «faller mellom flere stoler».

I vår hovedproblemstilling har vi stilt spørsmål om hvordan det kommunale handlingsrommet påvirkes av ulike statlige finansieringsordninger på rus- og psykiatrifeltet, og hvordan to nasjonale reformer, psykiatrireformen og rusreformen, har blitt implementert på kommunalt nivå i perioder med bruk av øremerkede midler, tilskuddsordninger og rammetilskudd. Vi har videre sett om endret statlig økonomisk virkemiddelbruk har fått konsekvenser for det kommunale tjenestetilbudet og organiseringen av tjenestetilbud i to kommuner. Vi har også sett på hvorvidt det er enighet mellom aktører på ulike administrative nivå og politisk nivå, om hva som er optimale finansieringsordninger for tjenestelevering og kvalitet på rus- og psykiatrifeltet.

I det følgende vil vi først presentere hovedfunnene i vår studie, før vi diskuterer funn som vi mener har en spesiell relevans for praksisfeltet. Et av våre hovedfunn er organiseringens betydning for kvalitet og omfang av tjenestetilbud, men også for selve tjenesteutøvelsen og de utfordringer bakkebyråkratene må håndtere. Vi vil også komme med noen egne refleksjoner rundt funnene våre, og hva som kan gjøres for å finne gode tverrsektorielle løsninger på de

utfordringer som preger rus- og psykiatrifeltet. Avslutningsvis kommer vi med noen forslag til områder vi mener det bør forskes mer på.

7.1 Presentasjon av hovedfunn og relevans for praksisfeltet

I det følgende presenterer vi våre viktigste funn, før vi deretter diskuterer mer inngående de funn som vi mener har stor relevans for praksisfeltet

- ***Aktørene på kommunalt nivå støtter opp om de nasjonale målsettingene på rus- og psykiatrifeltet, herunder både politikere, administrativt nivå og virksomhetsnivå.***

Vi finner at det er stor grad av tilslutning til de statlige målsettingene på kommunalt nivå, ikke bare på tjenesteutførende nivå, men også på politisk og administrativt nivå. Vi finner en viss grad av spenning mellom målstrukturer på kommunalt og nasjonalt nivå, men denne spenningen handler mer om en økende kommunal plikt og ansvar for nasjonale politikkområder, og at spenningen forsterkes ved at staten gir så mange og sektorvise bestillinger til kommunen. Dette fordrer en god koordinering og prioritering på overordnet kommunalt nivå, men også at kommunene tilføres nødvendige økonomiske ressurser.

- ***Større grad av uenighet mellom politikere, administrativ ledelse og tjenesteutøvende nivå når det gjelder bruk av finansielle virkemidler på rus- og psykiatrifeltet***

Våre funn viser at opptrappingsplaner og øremerkede midler/tilskuddsordninger, har vært viktige og nødvendige virkemidler for at tjenestetilbud ble utbygd på kommunalt nivå. Statens bruk av øremerkede tilskudd på rus- og psykiatrifeltet har bidratt til å utvide det kommunale handlingsrommet for de aktørene som står nærmest utfordringene (bakkebyråkratene), ved at det frigjøres kapasitet til å utvikle nye tjenestetilbud gjennom tilførsel av mer kompetanse og flere stillinger. Imidlertid viser funnene våre at kommunens innsats har flatet ut når tilskuddene har blitt innlemmet i rammetilskuddet. Antall stillinger er opprettholdt, men rus- og psykiatrifeltet har ikke fått tilført økte ressurser til tross for at tjenestebehovene har økt. Vi finner også at de økonomiske rammene for rus- og psykiatrifeltet har blitt endret når kommuneøkonomien har endret seg. Dette har fått konsekvenser for både omfang og kvalitet i de kommunale tjenestetilbudene på rus- og psykiatrifeltet. Konsekvensene kommer til uttrykk ved at stillingsressursene blir omfordelt mellom enheter, blir stående vaktante, eller at stillingene tillegges andre arbeidsoppgaver.

Når det gjelder hvordan de ulike ulike aktørene stiller seg til den finansielle virkemiddelbruken finner vi at politikerne generelt sett har en klar preferanse for rammetilskudd da det gir størst rom for lokale prioriteringer og dermed gir størst kommunalt handlingsrom. Rus- og psykiatrifeltet utgjør imidlertid en marginal del av totalbudsjettet, og

våre funn tyder på at politikerne inntar en mer pragmatisk holdning i forhold til øremerkede tilskudd på rus- og psykiatrifeltet, fremfor andre og større sektorområder som f. eks. eldreomsorgen. Det understrekes også av alle de partipolitiske representantene at det er viktig å ha gode kommunale tjenester på rus- og psykiatrifeltet, og øremerking av midler kan sikre at kommunen faktisk gir gode tjenestetilbud.

Også respondentene i administrasjonen (rådmannsnivået) påpeker at øremerking kan ha sine fordeler og kan forsvares når nye kommunale tjenestetilbud og ansvarsområder skal igangsettes, som situasjonen var ved innføringen av psykiatrireformen. Imidlertid foretrekker rådmannsnivået klart rammetilskudd. Rammetilskudd foretrekkes ut fra en mer effektiv ressursbruk som ivaretar helhetshensynet, men som også gir større forutsigbarhet og best tilpassing til lokale behov og prioriteringer. Øremerkede midler er ofte tidsavgrensede, noe som vanskeliggjør en langsiktig planlegging, og kan medføre at tjenestetilbudenes varighet avhenger sterkt av kommunens totale økonomiske situasjon. I tillegg går det med mye ressurser til både søknads- og rapporteringsprosesser. Krav om egenfinansiering gjør at kommunens økonomiske situasjon ofte blir avgjørende for om man kan søke om tilskuddsmidler eller ei. Bruk av øremerkede tilskudd medfører som regel også reduksjoner i rammeoverføringene.

Blant ledere på virksomhetsnivå og blant bakkebyråkratene foretrekker man øremerkede tilskudd, og ser dette som en forutsetning dersom staten virkelig mener noe med en videre satsing på det kommunale rus- og psykiatrifeltet. Øremerkede tilskudd etter objektive kriterier, samt av lang varighet foretrekkes fremfor korte, tidsbegrensede tilskuddsordninger (prosjektmidler) som det må søkes og rapporteres på årlig. Slike tilskuddsordninger gir liten forutsigbarhet, krever mye tid og ressurser, og fører ofte til at kommunene lar være å søke tilgjengelige midler siden det også er vanskelig å få tilsatt personer i stillinger av kort varighet.

- ***Liten grad av enighet mellom aktørene på ulike nivå om effektene av annen statlig virkemiddelbruk på rus- og psykiatrifeltet***

Lovgivning og særlig vekst i rettighetslovgivning kan skape et spenningsforhold mellom stat og kommune ved at kommunene stadig får større ansvar og plikter, uten at det i tilstrekkelig grad tar hensyn til lokale forutsetninger og behov. Eksempler på dette kan f.eks være rett til brukerstyrt personlig assistent, eller krav om kommunepsykolog. De økonomiske overføringene står heller ikke i forhold til de krav og forventninger som stilles både fra statens og innbyggernes side ved lovfestede rettigheter til særskilte tjenester. Respondentene våre hadde ulike meninger om at mer bruk av lovfestede rettigheter ville sikre en fortsatt satsing og måloppnåelse på rus- og psykiatrifeltet. Noen respondenter på virksomhetsnivå mente at en sterkere lovgivning med klare krav til minstenormer og minstestandarder i tjenesteleveringen

på rus- og psykiatrifeltet kunne være et godt alternativ fremfor bruk av øremerkede tilskuddsordninger, da dette ville sikre både varige tjenestetilbud, og kvalitet og omfang på tjenestetilbudene. Andre respondenter på tjenesteutøvende nivå mente imidlertid at lovgivning med minstenormer og minstestandarder ville føre til at kommunene justererte ned tjenestetilbudene og ville legge seg på et lavere nivå enn hva som var tilfelle i dag, noe som ville medføre et enda dårligere tjenestetilbud for brukerne.

Respondentene på politisk nivå påpekte at det kommunale handlingsrommet allerede er svært begrenset når man har utført eksisterende lovpålagte oppgaver, og det vises også til at staten på flere andre kommunale tjenestoområder pålegger kommunene mer og mer ansvar. Dette svekker kommunens totale handlingsrom da kommuneøkonomien er under sterkt press i de fleste kommuner.

Våre funn tyder også på at økt statlig tilsyn og kontroll kan påvirke kommunens vilje til å satse og følge opp statlige pålegg, men samtidig er mange av dagens kontroll- og rapporteringssystem lite egnet til å fange opp variabler på rus- og psykiatrifeltet som blir avgjørende for budsjettildelingen fra rådmannsnivået. Dette problemet vurderes som særlig gjeldende for kommuner med en flat organisasjonsstruktur og hvor man ikke har et aktivt, samordnende og ansvarlig ledelsesnivå med nærhet og kjennskap til rus- og psykiatrifeltet. Mye av det arbeidet som utføres av bakkebyråkratene er «usynlig», tidkrevende og vanskelig å måle. Dersom man bare teller det som kan telles, vil det kunne føre til et ytterligere press på bakkebyråkratene. Et eksempel kan være at man teller antall brukere med vedtak, hvor vedtaket ikke synliggjør tidsbruken til det store motivasjonsarbeidet som er utført og har ført fram til et vedtak. Helsedirektoratet er i gang med å utvikle indikatorer som er bedre tilpasset rus- og psykiatrifeltet, og det kan derfor tenkes at denne virkemiddelbruken kan gi en bedre styringseffekt på prioriteringsevnen fra administrativt nivå på rus- og psykiatrifeltet i tiden framover.

- ***Statlige finansieringsordninger har liten betydning for kommunal organisering, men kommunal organisering har stor betydning for statlig måloppnåelse med hensyn til samhandling og koordinering av tjenestetilbudet på rus- og psykiatrifeltet***

Endringer både i styringsformer og behandlingssideologier har medført endrede kulturelle forventninger for produksjonen og leveringen av velferdstjenester på rus- og psykiatrifeltet i kommunal sektor. Organisatorisk fragmentering og NPM-reformer inspirert av privat sektor, har ført til større vektlegging av effektivitetshensyn og brukerorientering. Våre funn viser at tonivå-modellen med sterk grad av fragmentering av tjenestetilbudet er en alvorlig begrensning i bestrebelsene på å oppnå helhetlige og samordnede tjenester. Fragmentering gjør tjenestetilbudet vanskelig tilgjengelig for brukeren, og det skaper samarbeidsutfordringer

i forholdet mellom de ulike tjenestene. Det påvirker særlig det kommunale handlingsrommet på rus- og psykiatrifeltet hvor behovet for helhet og koordinering gjør seg sterkest gjeldende, både på et individnivå og et systemnivå. Fragmenteringen gjør det utfordrende å skape helhetlige tjenestetilbud til den enkelte bruker, men det skaper også utfordringer med hensyn til ledelse og styring av det samlede tjenestetilbud. Effekten av denne fragmenteringen på tjenesteutførende nivå forsterkes når det også gjør seg gjeldende svak vertikal samordning, i form av liten grad av overordnet administrativt og faglig ledelse. Dette er tilfellet ved radikale varianter av tonivå-modellen, med et lite overordnet ledelselement og med mange autonome tjenesteproduserende enheter og støtteenheter. De uheldige sidene forsterkes når tonivå-modellen er kombinert med en «flat» politisk organisering, og der det i liten grad eksisterer kontaktpunkt mellom de folkevalgte og med «grasrota» på rus-og psykiatrifeltet.

Gjennom en sterkere vektlegging av kvantitative resultatmål, innebærer tonivå-modellen også at de normer og føringer som ligger til grunn i den sosialfaglige profesjon om omsorg «for hele mennesket» fortrenses. Kvalitativt gode tjenestetilbud til brukere med rus- og psykiske lidelser kan ikke leveres som isolerte tjenester langs en «produksjonslinje», der mange atskilte enheter har ansvar for bare en liten del av de samlede behov brukeren har. En dreining i retning av vekt på kvantitative resultatmål, kan innebære en styringsutfordring når kommunen, som følge av lovgivningen, også er forpliktet til å ivareta krav om forsvarlighet i tjenesteleveringen. Mens kvantitative resultatmål både er lettere å oppnå og å måle, er kravene til forsvarlighet mye mer sammensatte og mer åpen for diskusjon. Om tjenestetilbudet er «forsvarlig» kan ikke avgjøres bare etter kvantitative kriterier, men bringer også holdninger, verdier og oppfatninger inn i bildet. Forsvarlighet i tjenestetilbudet og tjenesteutførelse er bare delvis et spørsmål om faktisk innhold i tjenesten, men vel så mye et spørsmål om brukeren og omverdenen har tillit til tjenesteutøverne og kommunen (legitimitet). Styring må derfor omfatte både tjenesteproduksjon i snever forstand, og styring med sikte på å bevare og styrke legitimiteten.

Sterk organisatorisk fragmentering, som tonivå-modellen er et utslag av, innebærer at «bonding-mekanismer» styrkes internt i virksomheten; man blir opptatt av «sitt og sine», og sitt avgrensede mandat. Bonding innebærer at det etableres og styrkes bånd og tilknytning internt i den enkelte virksomhet (sosialt og faglig). De organisatoriske grensene og «båndene» begrenser oppmerksomheten, og avgrensner hva som anses som relevant og viktig. Intern bonding og ekstern avgrensning forsterkes hvis virksomheten har en homogen profesjonsgruppe med sitt eget verdiunivers, sitt eget lovgrunnlag, sine egne privilegier, og sin egen distinkte handlingslogikk, og forsterkes ytterligere hvis incitamentsstrukturen er slik innrettet at avgrensede målsettinger «i linjen» er det som belønnes, snarere enn horisontalt samarbeid med andre, f.eks. gjennom lederavtaler og resultatmåling knyttet til kvantitative mål. «Bonding-mekanismer», som styrker internt samhold, men som samtidig i liten grad

stimulerer til samarbeid med andre utenfor egen enhet er problematisk når samfunnsoppdraget er å hjelpe mennesker med samtidige rus- og psykiske lidelser, og som trenger mange og ulike tjenester – tjenester som er lagt til ulike organisatoriske enheter – og hvor interorganisatorisk samarbeid således er helt nødvendig. Styrken i slike «bonding»-mekanismer vurderes å være langt sterkere enn kraften i nasjonale styringsdokumenter og generelle lovbestemmelser som postulerer og pålegger plikter om samhandling. Dette kan kanskje være noe av forklaringen på at samhandling fortsatt beskrives som en av de største utfordringene for kvalitative tjenesteleveranser på rus- og psykiatrifeltet.

Hvordan tjenestetilbudene er organisert kan også svekke kraften i statens virkemiddelbruk: kommunen påvirkes til å bygge ut selve tjenestetilbudet (output) som følge av de finansielle stimuleringsiltakene, lovstyringen, tilsyn og kontroll, m.v., men outcome kan begrenses av de organisatoriske rammebetingelsene, både internt og eksternt. De finansielle stimuleringsiltakene som er rettet inn mot rus- og psykiatrifeltet kan være til gunst for denne brukergruppen, likevel kan de organisatoriske rammebetingelsene føre til at tjenestetilbudene og tjenesteutøvelsen ikke blir kvalitativt bedre. For kommunene vil en organisering og (mangelfull) samhandling/samordning som hindrer oppfyllelse av brukerens rett til helhetlige tjenester, også være lovstridig, og er dermed noe som rokker ved den legale legitimiteten (pragmatisk og normativ legitimitet). Det følger nemlig av lovgivningen at brukeren har rett til helhetlige tjenester, og kommunen har plikt til å sørge for dette. Dette kommer til uttrykk blant annet i helse- og omsorgstjenesteloven § 3-4.

Når ulike instanser ikke samarbeider slik de skal og forventes å gjøre, påvirker det sluttproduktet som er ment å komme ut av tjenesteleveransen (outcome), ved at brukeren får et dårligere tilbud enn det han/hun kunne fått om de ulike instansene hadde samarbeidet. Brukeren påføres dermed ekstrabelastninger. Han/hun kan få en dårligere fungering, og det er også en nærliggende fare for at brukeren kan miste motivasjon for behandling. Det er tjenesteutøverne nærmest brukerne som vil føle disse utfordringene sterkest på kroppen, nemlig bakkebyråkratene. Men disse utfordringene er også en trussel mot kommunens legitimitet. Våre funn viser at bakkebyråkratene anstrenger seg for å bevare kommunens legitimitet som ansvarlig tjenesteleverandør på området, til tross for de barrierene relatert til organisasjonsstrukturen. Dette gjør de ved å utvise fleksibilitet og handlekraft (de «snur seg rundt, og bretter om ermene»), og bøter dermed også på andre aktørers eventuelle mangelfulle bidrag inn i prosessen. Dette er bra i den forstand at brukeren blir skånet for de negative følgene. Men dette handler i bunn og grunn om systemsvikt, og ved at bakkebyråkratene påtar seg eller blir tillagt ansvaret med å løse utfordringene, blir disse utfordringene værende på dette nivået, uten at de gripes fatt i av de som egentlig er ansvarlig – den administrative og politiske ledelsen, både i kommunene og ikke minst av staten selv.

7.2 Egne refleksjoner og forslag til videre studier:

Ulike statlige virkemidler kan både muliggjøre og begrense det kommunale handlingsrommet. Vi tenker dette avhenger både av innretningen på, og samspillet mellom styringsverktøyene, og samspillet med omverdenen. De finansielle virkemidlene virker for det vesentligste til å utvide handlingsrommet, ved at det leder mer direkte til utbygging av tjenesteapparatet i kommunene. Juridiske virkemidler og tilsyn/kontroll fører på den ene side til at innsatsen får en forankring og blir synlig, men på den annen side skaper det nye og forhøyede forventninger (fra brukere, interesse-organisasjoner, profesjoner, publikum/media m.fl.) som kan være vanskelig å innfri. Utfordringer kan oppstå f.eks når sammensetningen av virkemidlene endres, ved at man går fra øremerkede tilskudd til rammetilskudd, hvilket innebærer at tjenesteområdet må konkurrere om bevilgningene med andre tjenesteområder. Videre utbygging av lovgivningen med finmaskede rettighetsbestemmelser eller prosedyrekrav, kan innebære ytterligere press ved at det blir *flere* oppgaver skal utføres med potensielt *mindre* ressurser å utføre det med. Da øker presset på kommunen (særlig på bakkebyråkratene) og handlingsrommet reduseres.

Basert på våre funn er det vår vurdering at øremerking av midler har trekk av å være et inkonsekvent «fremmedelement», og derfor ideelt sett burde vært unødvendig. Gitt forutsetningen om et desentralisert, autonomt og folkevalgt kommunalt styringsnivå, må den logiske og naturlige konsekvensen være rammelovgivning og rammefinansiering som styringsprinsipp, og da slik at kommunene faktisk får tilstrekkelige økonomiske rammer som står i forhold til oppgaveporteføljen. En utbredt oppfatning i kommune-Norge i dag er at de økonomiske rammene ikke er tilpasset en stadig økende oppgaveportefølje.

Vi mener at vi har et visst forskningsmessig belegg for å peke på at øremerking av bestemte områder også er uheldig fordi det «drar opp» forventningene – styrking av ett område leder til tilsvarende krav fra andre områder som i mellomtiden har vært «forsømt», relativt sett. Rammeoverføringer fra staten til kommunene går gjennom en intern budsjettprosess i kommunen før bevilgningene når frem til det enkelte tjenesteområde/virksomhet i kommunen. Det betyr en langt større «sårbarhet» enn ved øremerking, hvor midlene flyter direkte til tjenesteområdet som er tilgodesett i de statlige føringene, eller de aktuelle virksomheter. Øremerking på ett område gjør at andre tjenesteområder risikerer å komme dårligere ut. Dette kan lede til press fra andre tjenesteområder om tilsvarende programmer for opptrapping og bruk av øremerking på *sitt* område.

I det lange løp vurderer vi rammefinansiering som en bedre løsning, fordi det bedre ivaretar hensynet til kommunens samlede oppgaveportefølje, og gir bedre rom for politikkutforming lokalt i kommunene, og demper den sektoriserende/egeninteressebaserte konkurransen om begrensede økonomiske ressurser. Den statlige sektoriserende styringen fungerer som en «trojansk hest» som truer den helhetlige samfunnsstyringen, og uthuler det lokaldemokratiske

handlingsrommet. Med metaforen «trojansk hest» siktes det til at opptrappingsplaner og øremerkede tilskudd har en fin «innpakning» som lett glir inn i kommunene, og som tas imot med stort engasjement, men som kan ha negative konsekvenser i form av sub-optimalisering, dvs at det styrker enkelte tjenesteområder/virksomheter, men at det kan gå utover helheten i kommunens samfunnsoppdrag.

Gitt at den sterke statlige sektorstyringen ikke lar seg stanse eller anses som ønskelig fra lovgiverne, vil vi imidlertid hevde at rus- og psykiatrifeltet da vil være et område hvor behovet for særlige privilegier i form av øremerkede tilskudd og «beskyttelse» i lovgivningen, sterkest gjør seg gjeldende. Dette er fordi denne brukergruppen vurderes som en av de aller svakeste av de kommunene har et ansvar for å hjelpe. Deres vansker er omgitt av store stigma, de har ofte lite nettverk, og dermed også få som taler deres sak.

Våre funn viser at organiseringen har stor betydning for tjenestekvaliteten, og funnene våre tilsier også at en kommunal organisering med flat struktur og med et lite, overordnet ledelsesapparat, kan være en utfordring. Slik vi ser det trenger rus- og psykiatrifeltet i kommunene en overordnet ledelse med gjennomslagskraft, både for å skape strategisk retning og for å løse utfordringer som krever innsats fra flere tjenesteområder eller virksomheter. Det er også viktig med politisk forankring og interesse.

Virksomhetsnivået må også organiseres en tilfredsstillende måte. Deltjenester med stor indre sammenheng/stort grensesnitt må jobbe sammen til fordel for brukerne. Våre funn tenderer i retning av *at større organisatorisk integrasjon bør tilstrebes*. Det betyr større samordning av virksomheter og enheter som i dag er selvstendige enheter, enten ved samorganisering eller samlokalisering. Rus og psykiatri hører naturlig og åpenbart sammen, men sterkere tilknytning kan med fordel også utvikles med eksempelvis med barnevern, boligkontor, og andre, for dermed å få til helhet i tjenestetilbudet. Etter vårt syn vil et stadig sterkere *folkehelseperspektiv* gi et klart holdepunkt for sterkere samordning, både vertikalt og horisontalt. Det vises her til folkehelselovens bestemmelser, særlig formålsbestemmelsen i § 1 og §§4-5, som nettopp understreker kommunens ansvar for å se ulike risiki og tiltak i sammenheng på tvers av organisatoriske grenser, og vektlegging av forebygging og samordning.

Det er således mange gode grunner til at det må arbeides systematisk med samordning og samhandling. Dette er særlig viktig med tanke på aktører og organisatoriske enheter som kommuneledelsen selv ikke har mulighet for å styre og instruere direkte – fastlegene, spesialisthelsetjenesten og aktører i det sivile samfunn (bl.a. frivillige organisasjoner). Alle disse aktørene er viktige bidragsytere for å løse oppdraget, nemlig å hjelpe brukerne til et bedre liv.

Den faktoren vi tenker at virksomhetsnivået/bakkebyråkratene sterkest kan påvirke for å utvide sitt handlingsrom, er *samhandling* med andre «co-producere» og samfunnet/pårørende og media. Vi vil ta til orde for at virksomhetsnivået må tenke mer strategisk. Dette bryter antakelig noe med forestillingen om et «lojalt» utfører-ledd som «gjør som man blir fortalt» av overordnede beslutningstakere/bestillere. Vårt poeng er imidlertid at virksomhetsnivået ikke kan sitte stille og «la seg fare med» av omgivelsene, men snarere bør ta et aktivt grep, ved å gjøre seg kjent, vise seg relevant, og være pro-aktive, osv. En slik tilnærming er i tråd med det Lipsky (2010) sier om nødvendigheten av at bakkebyråkratene må være mer opptatt av sine omgivelser og etterkomme krav og forventninger fra eksterne aktører. Det er også i samsvar med hans påstand om at bakkebyråkratene i dag har større krav å innfri, men samtidig mer innflytelse til å påvirke enn i 1980, da han ga sin første fremstilling av bakkebyråkratteorien. Kravene er utvidet ved at de overordnede bestillingene i form av bl.a. lovgivning, har blitt flere, det er flere interessenter som skal betjenes (brukerene, samarbeidspartnere, media, osv.), men samtidig gir bakkebyråkratenes «frie» stilling også mulighet til å definere og påvirke sitt oppdrag, og påvirke sine omgivelser.

Vi tenker at bakkebyråkratene bør tenke mer strategisk – dvs. tenke gjennom og lage en plan for hvordan man ønsker å fremstå, hva man ønsker å oppnå og hva man kan bidra med, i samspillet med omgivelsene. Fordelene med en strategisk tilnærming kan ses i forhold til den statlige virkemiddelbruken. Behovet kan for det første knyttes til de *finansielle* virkemidlene, og da særlig overgangen fra øremerkede tilskudd til rammetilskudd. En slik endring i den finansielle virkemiddelbruken gjør at ressursknappheten i de aktuelle virksomhetene som arbeider med rus-og psykiatribrukerne øker, fordi man må konkurrere med andre tjenesteområder og andre brukeres behov for tjenester som krever ressurser.

Konkurransen om knappe ressurser er et klart uttrykk for behovet for å tenke strategisk med sikte på å bedre stillingen for sin brukergruppe. Strategiske virkemidler vil her være å gjøre sin sektor og sin brukergruppes utfordringer og behov synlig for beslutningstakerne, når beslutningstakerne (politikerne og rådmannen) skal fordele begrensede ressurser og ta valg som påvirker tjenesteområdet for rus-og psykiatri. I første rekke ved å holde rådmannsnivået løpende orientert og interessert. Men det kan også være aktuelt og nødvendig å etablere «forbindelse» (møteplass) direkte mellom virksomhetsnivået og de politiske beslutningstakerne, avhengig av i hvilken grad det er et aktivt og interessert rådmannsnivå, som tar utfordringene på rus-og psykiatrifeltet på alvor. Vi så eksempler på slik direkte forbindelse mellom virksomhetsnivået og det politiske nivået i Kommune Øst, ved at man hadde «dialogmøter» hvor politikerne fikk innsikt i tjenesteområdet og de utfordringene man der opplevde.

En strategisk tilnærming, i betydningen gjennomtenkning og utarbeidelse av en plan som definerer ulike interessenter og deres behov, er også nødvendig for å imøtekomme og

balansere motstridende statlige målsettinger, slik disse er kommet til uttrykk i *lov*. Et eksempel er konflikten mellom å gi et forsvarlig tjenestetilbud til tunge og utagerende rus-og psykiatripasienter, samtidig som man skal ivareta plikten til et forsvarlig arbeidsmiljø for de ansatte. Dette krever at partene snakker sammen og prøver å finne løsninger som ivaretar alle.

En strategisk tilnærming kan også være hensiktsmessig for å møte *statlige kontroll-og tilsynsregimer*. Poenget må være å skape betingelser for at denne tilsyns-og kontrollvirksomheten ikke oppfattes som «straff», men forstås å være utslag av en rekke iboende målkonflikter på området, og hvor tilsyn og kontroll kan og bør tas imot som en mulighet for læring og utvikling. Det må da arbeides med å etablere tillit i relasjonen til kontrollinstansen, og dels med styrke medarbeidernes egen faglige selvtillit.

Den horisontale samhandlingen bør også kunne angripes strategisk. Man bør arbeide med å identifisere områder hvor den gjensidige avhengigheten kan økes i forhold til samarbeidspartnerne. Bakkebyråkratene i rus-og psykiatritjenesten i kommunen bør stille seg spørsmålet: *hva er det vi er gode på, og hva er det vi har som andre aktører trenger for å løse sitt oppdrag?* Et første skritt er å utvikle personlig kontakt, fordi instrumentelle effekter av samhandling synes å ha nær sammenheng med *følelse* av kontakt, det «å ha kjemi». Vi har for eksempel intervjudata fra kommune Vest som beskriver hvordan ruskonsulenten i NAV og psykiatrikonsulenten i enhet for psykisk helse nærmest har «blitt ett», underforstått at de opplever å jobbe tett i lag, med et klart felles «målbylde». I forhold til eksterne aktører kommer man heller ikke utenom å etablere personlig kontakt for å bygge varige relasjoner og fleksibilitet inn i disse relasjonene.

Funnene våre har avdekket flere interessante samarbeidsrelasjoner som er av interesse å utforske nærmere. Det tenkes her på forholdet mellom kommunen på den ene side, og spesialisthelsetjenesten, fastlegene og det sivile samfunn (frivillige organisasjoner) på den andre siden. Selv om det er gjort mye forskning på samhandling mellom kommune og spesialisthelsetjenesten, mener vi at det er behov for ytterligere forskning med sikte på å bedre samhandlingen rundt de mest krevende og utfordrende rus- og psykiatripasientene, blant annet for å unngå at disse pasientene «faller mellom alle stoler». Det samme gjelder for den interne samhandlingen i kommunen rundt denne brukergruppen, ikke minst samarbeidet med fastlegene, burde være av interesse for senere studier. Den siste opptrappingsplanen for rusfeltet legger vekt på en bedre samhandling mellom ulike aktører internt i kommunen, og med spesialisthelsetjenesten for denne brukergruppen. Hvordan bruk av ulike styringsverktøy kan bidra til nasjonal måloppnåelse gir grunnlag for flere andre interessante forskningsområder, hvor vi håper at andre kan ta opp tråden etter oss.

REFERANSELISTE

- Aasetre, B. B. (2013). *Implementering av Kvalifiseringsprogrammet på NAV-kontoret*. . Master, NTNU, Trondheim.
- Arbeids- og sosialdepartement. (2005). *Ny arbeids- og velferdsforvaltning*. (St.prp. nr. 46, 2004–2005). Oslo: Departementet
- Beck Jørgensen, T. (2003). *På sporet af en offentlig identitet : værdier i stat, amter og kommuner*. Århus: Aarhus Universitetsforlag.
- Borge, L. E., & Rattsø, J. (2005). *Tidsavgrensede handlingplaners konsekvenser for kommuneøkonomien*. (03:05). SØF-rapport
- Brunsson, N., & Sahlin-Andersson, K. (2000). Constructing organizations: The example of public sector reform. *Organization Studies*, 21(4), 721-746.
- Busch, T., Erik Johnsen, Kurt Klaudi Klausen, Jan Ole Vanebo. (2011). *Modernisering av offentlig sektor. Trender, ideer og praksiser*. Oslo: Universitetsforlaget.
- Christensen et al, C. T., Egeberg Morten, Larsen Helge O, Lægreid Per, Roness Paul G. (2012). *Forvaltning og politikk*. Oslo: Universitetsforlaget.
- Christensen, T. (2010). *Forvaltning og politikk* (3. utg. utg.). Oslo: Universitetsforl.
- Christensen, T., & Lægreid, P. (2007). The Whole-of-Government Approach to Public Sector Reform. *Public Administration Review*, 67(6), 1059-1066. doi: 10.1111/j.1540-6210.2007.00797.x
- DiMaggio, P. J., & Powell, W. W. (1983). The iron cage revisited : institutional isomorphism and collective rationality in organizational fields.
- DiMaggio, P. J., & Powell, W. W. (1991). The New Institutional in Organizational analyzes.
- Dyrstad, K., & Ose, S. O. (2013). *Kommunalt rusarbeid og innlemming av statlig rustilskudd i den kommunale rammen*. (SINTEF A26099). Trondheim: SINTEF Teknologi og samfunn
- Econ. (2007). *Statlige bindinger på kommunene*. (2007:78).
- Evjen, R., Øiern, T., & Kielland, K. B. (2003). *Dobbelt opp : om psykiske lidelser og rusmisbruk*. Oslo: Universitetsforl.
- Fimreite, A. L., Tranvik, T., Selle, P., & Flo, Y. (2007). Når sektorbandene slites. *Tidsskrift for samfunnsforskning*, 48(02), 165-193.
- Folkehelseinstituttet. (2014). *Folkehelse rapporten*. Oslo: Folkehelseinstituttet. Hentet fra http://www.fhi.no/eway/default.aspx?pid=239&trg=Main_6157&Ma_in_6157=7239:0:25,8904

- Forskningsrådet (2009). *Evaluering av opptrappingsplanen for psykisk helse (2001-2009) Sluttrapport - Syntese og analyse av evalueringens delprosjekter*. Oslo.
- Hasenfeld, Y. (1992). *Human services as complex organizations*. Newbury Park, Calif: Sage Publications.
- Helse- og omsorgsdepartementet. (1994). *Samarbeid og styring - mål og virkemidler for en bedre helsetjeneste*. (St. meld. nr. 50 (1993-1994)). Oslo: Departementet
- Helse- og omsorgsdepartementet. (1998). *Om opptrappingsplan for psykisk helse 1999 - 2006. Endringer i statsbudsjettet for 1998*. (St.prp. nr. 63 (1997-98)). Hentet fra <https://www.regjeringen.no/no/dokumenter/stprp-nr-63-1997-98-/id201915/?ch=1&q=>
- Helse- og omsorgsdepartementet. (2012). *Se meg! — alkohol – narkotika – doping*. (Meld. St. 30 (2011–2012)). Hentet fra <https://www.regjeringen.no/no/dokumenter/meld-st-30-20112012/id686014/?ch=1&q=>
- Helse- og omsorgsdepartementet. (2015a). *Fremtidens primærhelsetjeneste – nærhet og helhet*. (Meld. St. 26 (2014-2015)). Hentet fra <https://www.regjeringen.no/no/dokumenter/meld.-st.-26-2014-2015/id2409890/?ch=1&q=>
- Helse- og omsorgsdepartementet. (2015b). *Opptrappingsplanen for rusfeltet 2016–2020*. (Prop. 15 S (2015–2016)). Oslo. Hentet fra <https://www.regjeringen.no/contentassets/1ab211f350b34eac926861b68b6498a1/no/pdfs/prp201520160015000dddpdfs.pdf>
- Heywood, A. (2013). *Politics* (4th ed. utg.). Basingstoke: Palgrave.
- Hvinden, B. (1994). Legen - en bakkebyråkrat? ; en innfallsvinkel til legens rolle som sakkyndig for trygdesystemet. *Tidsskrift for Den norske legeförening*.
- Håkonsen, L., & Løyland, K. (2011). *Er øremerking treffsikkert? Om hvordan kommunene påvirkes av øremerkede tilskudd og andre former for statlig styring*. Telemarksforsking. Bø i Telemark. Hentet fra <https://teora.hit.no/bitstream/handle/2282/1976/1984.pdf?sequence=1>
- Håkonsen L., L., T.E., og Løyland K. (2005). *Evaluering av forsøket med øremerkede tilskudd. Rapport nr. 220/2005* (Telemarksforsking.
- Jacobsen, & Thorsvik. (2002). *Hvordan organisasjoner fungerer*.
- Jacobsen, D. I. (2005). *Hvordan gjennomføre undersøkelser? : innføring i samfunnsvitenskapelig metode* (2. utg. utg.). Kristiansand: Høyskoleforl.
- Jacobsen, D. I. (2009). *Perspektiver på kommune-Norge : en innføring i kommunalkunnskap*. Bergen: Fagbokforl.

- Jensen, & Sørensen. (2004). *Netverk: fra vilkår til verktøy for styring og demokrati* (Vol. 36.årg): Politica.
- Kalseth, J., & Eikemo, T. A. (2008). *Holdninger til virkemiddelbruken i Opptrappingsplanen for psykisk helse – Resultater fra en spørreundersøkelse blant rådmenn/administrasjonssjefer i kommunene i 2008*. (SINTEF A8276). Trondheim: SINTEF Helse
- Kommunal- og moderniseringsdepartementet. (2016). *Ny kommunelov*. (NOU 2016: 4). Hentet fra <https://www.regjeringen.no/no/dokumenter/nou-2016-4/id2478743/?ch=1&q=>
- Kommunal- og regional departementet. (2012). *Stat og kommune - styring og samspel*. (Meld. St. 12, 2011-2012). Hentet fra <https://www.regjeringen.no/no/dokumenter/meld-st-12-20112012/id671829/?ch=1&q=>
- Lov om kommuner og fylkeskommuner (kommuneloven) (1992).
- Kuhnle, S. (2010). *Velferdsstatens idégrunnlag i perspektiv*. I (Oslo: Gyldendal akademisk, 2001.
- Kvale, S., Brinkmann, S., Anderssen, T. M., & Rygge, J. (2009). *Det kvalitative forskningsintervju* (2. utg. utg.). Oslo: Gyldendal akademisk.
- Laffont, & Martimort. (2001). *The theory of incentives I: The principal-agent model*.
- Lipsky, M. (1980). *Street-level bureaucracy : dilemmas of the individual in public services*. New York: Russell Sage Foundation.
- Lipsky, M. (2010). *Street-level bureaucracy : dilemmas of the individual in public services* (30th anniversary expanded ed. utg.). New York: Russell Sage Foundation.
- March, J. G., & Olsen, J. P. (1989). *Rediscovering institutions : the organizational basis of politics*. New York: Free Press.
- Miles, M. B., & Huberman, M. A. (1994). *Qualitative Data Analyses. A method sourcebook*. London: Sage Publications.
- Mintzberg, H. (1979). *The structuring of organizations : a synthesis of the research*. Englewood Cliffs, N.J: Prentice-Hall.
- Mjåland, K. (2008). *Logikker, aktører og myndighetsstrukturer. En institusjonell analyse av rusfeltet etter rusreformen*.
- Moland, L. E., & Bogen, H. (2001). *Konkurransetsetting og nye organisasjonsformer i norske kommuner : muligheter og begrensninger* (Vol. 351). Oslo: Forskningsstiftelsen Fafo.
- Nyeng, F. o. G. W. r. (2006). *Tall, tolkning og tvil bak metodevalg i økonomi, ledelse og markedsføring*. Oslo: Cappelen Akademisk Forlag.
- Opstad, L. (2013). *Økonomistyring i offentlig sektor* (2. utg. utg.). Oslo: Gyldendal akademisk.

- Osborne, S. P. (2010). *The new public governance: Emerging perspectives on the theory and practice of public governance*: Routledge.
- Ouchi, W. G. (1980). Markets, bureaucracies, and clans. *Administrative science quarterly*, 129-141.
- Pressman, J. L., & Wildavsky, A. B. (1984). *Implementation: how great expectations in Washington are dashed in Oakland: or, why it's amazing that federal programs work at all, this being a saga of the Economic Development Administration as told by two sympathetic observers who seek to build morals on a foundation of ruined hopes*: Univ of California Press.
- Provan, K. G., & Milward, H. B. (2001). Do networks really work? A framework for evaluating public-sector organizational networks. *Public administration review*, 61(4), 414-423.
- Putnam, R. D. (2002). *Democracies in Flux : The Evolution of Social Capital in Contemporary Society*. Cary: Oxford University Press, Incorporated.
- Rambøll (2011). *Evaluering av tilskudd til kommunalt rusarbeid. Sluttrapport.* (
- Rambøll (2012). *Rapportering på kommunalt rusarbeid 2011.* (
- Riksrevisjonen. (1999). *Riksrevisjonens undersøkelse av øremerkede tilskudd som virkemiddel for staten i styringen av kommunene.* (dokument nr.3:5). Oslo: Riksrevisjonen
- Riksrevisjonen. (2016). *Riksrevisjonens undersøkelse av ressursutnyttelse og kvalitet i helsetjenesten etter innføringen av samhandlingsreformen.* (Dokument 3:5 (2015–2016)). Hentet fra <https://www.riksrevisjonen.no/rapporter/Documents/2015-2016/Samhandlingsreformen.pdf>
- Rowe Mike. (2002). Discretion and inconsistency: Implementing the social fund. *Public money and management*, 22(4), 19-24.
- Røiseland, A., & Vabo, S. I. (2012). *Styring og samstyring : governance på norsk*. Bergen: Fagbokforl.
- Rønning, R. (2004). *Omsorg som vare? : kampen om omsorgens sjel i norske kommuner*. Oslo: Gyldendal akademisk.
- Schönfelder, W. (2008). Mellom linjene i psykisk helsevern og psykisk helsearbeid: om samarbeid mellom organisasjoner og profesjoner.
- Scott, W. R. (2000). *Institutional change and healthcare organizations : from professional dominance to managed care*. Chicago: University of Chicago Press.
- Scott, W. R. (2014). *Institutions and organizations : ideas, interests, and identities* (4th ed. utg.). Thousand Oaks, Calif: Sage.
- Selznick, P. (1957). *Leadership in administration : a sociological interpretation*. New York: Harper & Row.

- Sem, M. G. (2014). *Oppfatninger blant lokalpolitikere til øremerkede tilskudd, masteroppgave i statsvitenskap*. Tromsø: Universitetet i Tromsø.
- Sosial- og helsedepartementet. (1997). *Åpenhet og helhet. Om psykiske lidelser og tjenestetilbudene*. (St meld nr 25 (1996-97)). Hentet fra <https://www.regjeringen.no/no/dokumenter/stprp-nr-63-1997-98-/id201915/?ch=1&q=>
- Suchman, M. (1995). Managing legitimacy: Strategic and institutional approaches. *Academy of Management. The Academy of Management Review*, 20(3), 571.
- Suchman, M. C. (1995). Managing legitimacy: Strategic and institutional approaches. *Academy of management review*, 20(3), 571-610.
- Sørensen, R. J., & Hagen, T. P. (2000). *Hvor stort er effektivitetstapet ved statlig regulering av kommuner og fylkeskommuner?* (Forskningsrapport 14/2000). Handelshøyskolen BI. Institutt for offentlige styringsformer
- Vabo, S. I., Sletnes, I., & Johnsen, Å. (2004). *Konkurransesetting i kommunene*. Oslo: Abstrakt forlag.
- Vanebo, J. O., Klaudi Klausen, K., & Busch, T. (2011). *Modernisering av offentlig sektor : trender, ideer og praksiser* (3. utg. utg.). Oslo: Universitetsforl.
- Vike, H., Brinchmann, A., Haukelien, H., Kroken, R., Bakken, R., & Makt- og, d. (2013). *Maktens samvittighet : om politikk, styring og dilemmaer i velferdsstaten*. Oslo: Pensum.
- Wennes, G., & Nyeng, F. (2006). *Tall, tolkning og tvil bak metodevalg i økonomi, ledelse og markedsføring*. Oslo: Cappelen akademisk.

**VEDLEGG 1: INTERVJUGUIDE: VIRKSOMHETSLEDERE/
RÅDMENN/ØKONOMISJEFER**

INTERVJUGUIDE

FORSKNINGSOPPLEGG SOLGUNN GJERDE OG ALF BJARNE HØYVIK

Sted:

Tidspunkt (start/slutt):

Hvem intervjues:

Intervjuer:

Annet

Generelle/Innledende spørsmål:

1. Hva er din fagbakgrunn?
2. Hvilken stilling har du i kommunen?
3. Hvor lenge har du hatt denne stillingen?
4. Hvilken annen yrkeserfaring har du?

Forskningsspørsmål 1:

« Hvordan påvirkes kommunenes tjenestetilbud og organisering av rus- og psykiatritjenester av statlige finansieringsordninger »

Tema 1. Tjenestetilbud:

1. Hvilke tjenestetilbud har kommunen idag når det gjelder psykiatritjenesten?
2. Hvilke tjenestetilbud har kommunen i dag når det gjelder rusarbeidet?
3. Hvor fornøyd er du med de tjenestetilbudene dere har i dag? For rusfeltet? For psykiatrifeltet?
4. Hvilke tjenestetilbud vil du trekke frem som svært bra i din kommune, og hvorfor?
5. Hvilke tjenestetilbud for rus- og psykiatrifeltet ser du at kommunen gjerne skulle hatt?
6. I hvilken grad opplever du kommunens tjenestetilbud på rus- og psykiatrifeltet som:
 - Helhetlig og samordnet?
 - Tilgjengelig og individuelt tilpasset?
7. Hvilke tjenestetilbud hadde kommunen for psykisk helse og rus, før perioden med opptrappingsplaner?
8. Hvem/hva har gjort at kommunen har nåværende tjenestetilbud?
9. Hvilke av disse tjenestene ble utviklet i perioden med opptrappingsplaner og øremerkede midler?

10. Har noen av tjenestetilbudene blitt avvirket under perioden med opptrappingsplaner? Hvilke og hvorfor?
11. Opplevde din kommune utfordringer i videreføring av tjenestetilbud for psykiatrifeltet når de øremerkede midlene ble innlemmet i rammetilskuddet i 2009? I så fall, på hvilken måte?
12. Opplevde din kommune utfordringer i videreføring av tjenestetilbud for rusfeltet når de øremerkede midlene ble innlemmet i rammetilskuddet i 2013? I så fall, på hvilken måte?
13. Har noen av tjenestetilbudene blitt avvirket etter 2009 og 2013? Hvilke og hvorfor?
14. Har det vært endringer i tjenestetilbud etter 2009 og 2013? Hvilke og hvorfor?
15. Hvilken betydning har det fått for tjenestetilbudene i kommunen at staten igjen øremerket deler av rammetilskuddet for rus- og psykiatrifeltet fra 2014?
16. Hvordan ser du for deg at tjenestetilbudene vil bli i årene fremover? (Vil de bli opprettholdt? styrket/svekket? Hvorfor?)
17. Hvilke faktorer vektlegger du som viktigst for at tjenestetilbudene skal videreutvikles/opprettholdes?
18. Er det noe du har lyst å tilføye til temaet som vi ikke har spurt om?

Tema 2. Organisering:

1. Hvordan er rus- og psykiatritjenestene organisert i dag?
2. Hvilke fordeler ser du med dagens organisering?
3. Hvilke utfordringer ser du med dagens organisering?
4. Hvordan var organiseringen av tjenestetilbudene for rus- og psykiatrifeltet før periodene med opptrappingsplaner?
5. Hvilke organisatoriske endringer fant sted i perioden med opptrappingsplaner? Og hvorfor?
6. Hvilken betydning har overganger fra øremerkede midler til rammetilskudd (2009 og 2013) hatt for organiseringen av tjenestetilbudene på rus- og psykiatrifeltet?
7. Har det blitt gjort organisatoriske endringer etter 2013? I så fall hvilke? Og hva skyldes dette?
8. Hvilken betydning tenker du at følgende faktorer har for valg av organisering av tjenestetilbudene i din kommune?
 - Økonomi
 - Faglige vurderinger
 - Organisasjonsutvikling
 - Brukergruppens behov
 - Er det andre faktorer som har hatt betydning som ikke er nevnt her?
9. Er det noe mer du har lyst å tilføye til dette temaet?

Tema 3. Målstruktur

1. Hvordan opplever du at nasjonale mål og satsingsområder samsvarer med de kommunale målene for rus- og psykiatrifeltet?
2. Hvilke planer har kommunen for rus- og psykiatrifeltet, og hvilken funksjon tenker du disse har?
3. Hvor fornøyd er du med planene?
4. Hvilken rolle hadde du i prosessen med planarbeidet?
5. På hvilken måte er følgende aktører involvert i fastsettelse av lokale mål/planer for rus- og psykiatrifeltet?
 - Politisk ledelse
 - Administrativ ledelse
 - Faglig ledelse
6. I hvilken grad har endring i lokal politisk ledelse påvirket/endret lokale mål/satsingsområder for rus- og psykiatrifeltet?
7. I hvilken grad har det eksistert kommunale handlingsplaner for rus- og psykiatrifeltet før perioden med opptrappingsplaner?
8. Hvordan opplever du forholdet mellom følgende målstrukturer:
 - Faglige mål
 - Økonomiske mål
 - Nasjonale mål
 - Lokale mål
9. I forhold til hvilke målstrukturer opplever du å ha innflytelse? Og hvorfor?
10. Hvilken målstruktur føler du sterkest lojalitet til? Og hvorfor?
11. Er det noe mer du har lyst å tilføye til temaet som vi ikke har spurt om?

FORSKNINGSSPØRSMÅL 2:

« I hvilken grad er det enighet mellom de ulike aktørene om hvilke finansieringsordninger som er optimale for kommunenes rus- og psykiatritjenester? »

Tema 4. Finansiering og måloppnåelse:

1. Hvilken statlig finansieringsordning mener du er best egnet for å nå:
 - Nasjonale faglige mål?
 - Lokale faglige mål?
 - Økonomiske mål?
2. Hvilken finansieringsordning tenker du gir deg best handlingsfrihet for å nå ulike mål for din

virksomhet?

3. Hvordan vurderer du følgende finansieringsordninger med tanke på måloppnåelse for rus- og psykiatrifeltet?
 - Rammetilskudd
 - Øremerkede midler fordelt etter objektive kriterier
 - Øremerkede midler fordelt etter søknad
 - Aktivisertbaserte tilskudd
4. Hvilke finansieringsordninger (øremerkede tilskudd/rammetilskudd) er best for å oppnå sentrale mål tenker du, sett fra ulike aktørers ståsted:
 - Politisk ledelses ståsted?
 - Økonomisjefers ståsted?
 - Rådmenns ståsted?
 - Virksomhetslederens ståsted?
 - Faglederens ståsted?
5. Er det noe du har lyst å tilføye til temaet som vi ikke har spurt om?

Tema 5. Finansieringsordninger og operasjonelle utfordringer

1. Hvordan vurderer du ressursituasjonen for rus- og psykiatrifeltet i din kommune?
2. I hvilken grad har endringer i statlige finansieringsordninger ført til endrede lokale økonomiske rammer for rus- og psykiatrifeltet?
3. Hvilke spesielle utfordringer opplever du knyttet til øremerkede midler? (Stikkord: Tjenestetilbud, omfang, kvalitet, varighet, organisering, forventninger, samhandling, tilpasning til lokale forhold, annet)
4. Hvilke utfordringer opplever du knyttet til rammetilskudd? (Stikkord: Tjenestetilbud, omfang, kvalitet, varighet, organisering, forventninger, samhandling, tilpasning til lokale forhold, annet)
5. Hvilken statlig finansieringsordning vurderer du som best egnet for rus- og psykiatrifeltet for din kommune? Og hvorfor?
6. Hvilke andre utfordringer enn finansieringsordninger opplever du innvirker på rus- og psykiatrifeltet i din kommune?
7. Er det noe mer du har lyst å tilføye til temaet som vi ikke har spurt om?

VEDLEGG 2: INTERVJUGUIDE: POLITISK LEDELSE

FOKUSINTERVJU

TEMA: KVALITET, EFFEKTIVITET, KOMMUNALT SELVSTYRE (DEMOKRATI)

Kommunens tjenestetilbud

1. Hvor godt fornøyd er dere med kommunens tjenestetilbud innen rus- og psykiatrifeltet?
2. Hvor godt fornøyd er dere med dagens organisering av samme felt?
3. I hvilken grad mener dere at den burde vært organisert annerledes?

Handlingsplaner og resultatmål:

4. I hvilken grad opplever dere å ha innflytelse på kommunens handlingsplaner for rus- og psykiatrifeltet?
5. Hvordan opplever dere sammenhengen mellom nasjonale mål/prioriteringer og lokale behov?

Finansieringsordninger og operasjonelle utfordringer:

6. Hvordan ønsker dere at statlige finansieringsordninger gis for rus- og psykiatrifeltet?
7. I hvilken grad tror dere at andre aktører som virksomhetsledere/rådmenn/økonomisjefer og mellomledere er enig i dette?
8. Hvilke fordeler opplever dere med rammetilskudd for rus-/psykiatrifeltet?
9. Hvilke utfordringer opplever dere med rammetilskudd for feltet?
10. Er det andre fagområder enn rus/psykiatri dere mener at rammetilskudd er bedre egnet enn øremerkede midler?
11. Hvilke fordeler opplever dere med øremerkede midler på rus-/psykiatrifeltet?
12. Hvilke utfordringer opplever dere med øremerkede midler?

FORESPØRSEL OM Å DELTA I UNDERSØKELSE

Vi er to studenter ved MPA-studiet (Master of Public Administration) ved HIST/HINT/CBS, som skal levere vår masteroppgave mai 2016. Til daglig jobber vi som ruskonsulent i Haram kommune, og som kommuneadvokat i Sola kommune. Vi har derfor en stor interesse for rus- og psykiatrifeltet, og har på nært hold gjennom flere år, fulgt de ulike reformene som har funnet sted de siste 15-20 årene.

Som kjent har de fleste kommuner fått styrket det kommunale tjenestetilbudet på rus- og psykiatrifeltet i periodene med Opptrappingsplaner, øremerkede midler og statlige tilskudd. Fra 2013 ble det statlige tilskuddet på rusfeltet i hovedsak gitt som en del av det generelle rammetilskuddet til kommunene. Mange kommuner opplevde det utfordrende å opprettholde samme tjenestetilbud som i tiden med øremerking av midler og statlige tilskudd, mens andre kommuner har opprettholdt tjenestetilbudene.

Dette er bakgrunnen for tema i vår masteravhandling, og vi ønsker å se nærmere på **hvordan statlige finansieringsordninger påvirker det kommunale handlingsrommet på rus- og psykiatrifeltet**. Vi ønsker altså å fokusere på hvilke utfordringer bruk av rammetilskudd, øremerking av midler og tilskuddsordninger får for det kommunale tjenestetilbudet innenfor rus- og psykiatrifeltet, og hvordan kommunene løser disse. Til grunn for avhandlingen vår vil vi bruke forskning som er gjort på feltet, og rapporter fra både Rambøll og SINTEF, samt kommunenes rapporteringer til Helsedirektoratet vil legges til grunn.

I tillegg ønsker vi å gjøre en kvalitativ case-studie og se nærmere på to kommuner av noenlunde lik størrelse som i perioden med opptrappingsplaner har bygd opp sine tjenestetilbud. Fra Fylkesmannen har vi fått bekreftet at kommune er blant disse. Vi ønsker å foreta intervju av både administrativ og politisk ledelse, og har gjort avtaler om personlige intervju av administrative ledere på ulike nivå **den 11. og 12. november.**

Når det gjelder politisk ledelse ønsker vi å gjennomføre et gruppeintervju med 5-8 representanter for ulike politiske parti, som har politisk erfaring og interesse for helsesektoren. Vi har utarbeidet en intervjuguide for gruppeintervjuet ut fra tre tema: kommunenes tjenestetilbud, handlingsplaner og resultatmål, og finansieringsordninger og

operasjonelle utfordringer. Her ønsker vi svar fra politisk ledelse om hvor fornøyd de er med dagens tilbud og organisering, og i hvor stor grad de opplever å ha innflytelse på administrasjonens arbeid. Likedan hvordan de opplever sammenhengen mellom nasjonale mål/prioriteringer og kommunale mål/lokale behov. finansieringsordninger, om det er I intervjusituasjonen vil vi som forskere først komme med en innledning til tema og deretter la gruppen diskutere. I denne settingen vil vår rolle være mer som ordstyrere eller debattledere.

Som forskere har vi et ønske om å kunne benytte båndopptaker under intervjuet, men dersom dette ikke er ønskelig hos informanten vil vi etterkomme dette. Prosjektet avsluttes mai 2016, og all informasjon vil bli anonymisert. Alt datamateriale vil være oppbevart på PC med sikret passord, og kun være tilgjengelig for oss og veileder. Etter transkribering av intervju vil eventuelle lydfiler bli slettet. Opplysningene vil bli behandlet anonymt, og ingen enkeltpersoner vil kunne gjenkjennes i den ferdige oppgaven. Det er frivillig å delta, og informanten kan trekke seg så lenge studien pågår uten å måtte oppgi noen nærmere begrunnelse. Det er også viktig å nevne at vår undersøkelse vil være anonym, og at den vil bli meldt og godkjent av NSD før vi starter datainnsamlingen.

Ta gjerne kontakt med oss dersom det skulle være noe du eller dere lurer på. Dere kan også kontakte vår veileder Berit Vannebo, ved Høgskolen i Nord- Trøndelag, på e-post: berit.vannebo@hint.no

Dersom du har lyst å være med på intervjuet, er det fint om du skriver under på den vedlagte samtykkeerklæringen.

Med vennlig hilsen

Solgunn Gjerde og Alf Bjarne Høyvik

Solgunn Gjerde
Tlf: 90 78 29 44/41 42 11 49
Mail:solgunn.hoj.gjerde@haram.kommune.no.

Alf Bjarne Høyvik
Tlf: 94 30 93 43
Mail: alf.hoyvik@sola.kommune.no

VEDLEGG 4: SAMTYKKEERKLÆRING

Samtykkeerklæring:

Jeg har mottatt skriftlig informasjon og er villig til å delta i studien “ *Hvordan påvirker statlige finansieringsordninger det kommunale handlingsrommet på rus- og psykiatrifeltet?*”

Navn:.....

Signatur:.....

Telefonnummer:.....