

## KAPITTEL 14

# «Det nye paradigmet» i rus- og psykiske helsetjenester – utfordringer og muligheter

*Catharina Bjørkquist*

Fakultet for helse, velferd og organisasjon, Høgskolen i Østfold

*Helge Ramsdal*

Fakultet for helse, velferd og organisasjon, Høgskolen i Østfold

**Abstract:** The purpose of this book has been to show how the challenges associated with services for people with complex needs, exemplified here by addiction and mental health disorders, are handled at the local level. The starting point was three characteristics of trends in national policy and organization of services for people with complex needs: decentralization, user participation and coordination. We argue that these characteristics represent conditions within the services for such disorders and also provide a framework for development within them. The characteristics are understood as entangled processes that constitute elements in the emergence of a “new paradigm” in the services, what is described as a focus on “locally based services”. The processes for change at the local level which we have studied show that institutional characteristics, based on different histories and traditions in the work with addiction and mental health disorders, are important for understanding how these change processes are organized. The three municipalities we studied all recognize that addiction and mental health disorders and illness are important societal problems that must be addressed locally. We can also state, however, that local strategies for achieving the goal of better coordination and integrated services evolve in very different ways.

**Keywords:** Addiction and mental health services, change processes, integrated services, national policies

Sitering av denne artikkelen: Bjørkquist, C. & Ramsdal, H. (2021). «Det nye paradigmet» i rus- og psykiske helsetjenester – utfordringer og muligheter. I C. Bjørkquist & H. Ramsdal (Red.), *Statlig politikk og lokale utfordringer: Organisering av tjenester innen rus og psykisk helse* (Kap. 14, s. 281–299). Cappelen Damm Akademisk. <https://doi.org/10.23865/noasp.14o.ch14>  
Lisens: CC-BY 4.0

## Innledning

Formålet med denne boken har vært å vise hvordan utfordringene knyttet til tjenester for mennesker med komplekse og sammensatte behov håndteres på lokalt nivå. Her illustreres dette med eksempler fra politikk og tjenester rettet mot mennesker med samtidige ruslidelser og psykiske lidelser. Disse lidelsene betegnes vanligvis som «ROP-lidelser». Ambisjonsnivået for tjenestene til mennesker med slike lidelser har økt betraktelig de siste tiårene. Både psykiske lidelser og ruslidelser var – hver for seg – i lang tid et ikke-prioritert, og i mange sammenhenger skjult, politikk- og tjenestefelt. Fordommene mot mennesker med slike lidelser var store, og er ennå ikke borte. Men den politiske oppmerksomheten har etter hvert blitt større, og det er en erkjennelse av at kostnadene – for den enkelte, familien, og for samfunnet – er store og økende. Derfor er dette feltet nå i sentrum av mange politiske initiativ og debatter.

Innledningsvis stilte vi noen spørsmål som omhandlet hvordan nasjonal politikk er utformet med tanke på regulering, finansiering og organisering av lokale rus- og psykiske helsetjenester. Videre har vi studert hvordan tjenestene er organisert, spesielt med tanke på muligheten for å skape integrerte tjenester og samarbeid mellom tjenestene. I dette kapitlet vil vi trekke frem tre forhold som kan danne utgangspunkt for en diskusjon av de resultatene og analysene vi har presentert i de foregående kapitlene.

For det første har vi diskutert de statlige reformstrategier og faglige kunnskapsgrunnlag slik disse er manifestert i de siste års opptrappingsplaner og faglige veiledere, og i arbeidet med å styrke brukerperspektiv blant annet gjennom statlige krav om individuelle planer. Dette har vi diskutert i tre kapitler presentert i del 1. Boken er et resultat av et forskningsprosjekt finansiert av Norges forskningsråd, og i denne første delen inngår også et kapittel om brukerdeltakelse i forskning, slik Forskningsrådets politikk legger føringer for. Bedre samordning gjennom integrerte tjenester, særlig mellom rustjenestene og psykiske helsetjenester, og økt vektlegging av brukermedvirkning på alle nivå i tjenestesystemet er her viktige kjennetegn.

For det andre viser vi hvordan de kommunene der vi har studert endringsprosesser på tjenestefeltet har valgt ulike strategier for

(re-)organisering av tjenestene. Dette er knyttet til de fire kapitlene i del 2. Til sist har vi tatt for oss noen av de tjenestene som er sentrale for mennesker med rus- og psykiske lidelser: bolig og arbeid. For det tredje vet vi også at noen, særlig innenfor rusfeltet, kommer i kontakt med kriminalomsorgen, der samhandling (eller manglende samhandling) med lokale tiltak og tjenester er en utfordring. Dette er tema for del 3. Gjennom de empiriske analysene er det en felles tråd knyttet til å se hvorvidt de nasjonale mål blir ivaretatt, og særlig hvordan en organiserer for bedre samordning og samarbeid i tjenestesystemet.

De organisatoriske og faglige perspektivene på rus- og psykiske helsetjenester har endret seg. I innledningskapittelet i denne boken tok vi utgangspunkt i tre utviklingstrekk i organiseringen av tiltak og tjenester for mennesker med komplekse problemer som reflekterer denne utviklingen: *desentralisering*, *brukermedvirkning* og *samordning*. Disse utviklingstrekkene mener vi legger en ramme for, og representerer premisser for, den tjenesteutvikling vi ser for slike lidelser. Utviklingstrekkene må forstås som sammenfildrede prosesser, og vi har betegnet disse som elementer i fremveksten av et «nytt paradigme» i tjenestene: mot det som betegnes som et fokus på *lokalbaserte tjenester*.

Ved å se utviklingen av tjenestetilbudet gjennom disse tre perspektivene, fremkommer det et komplekst bilde som er i kontinuerlig endring. Et hovedspørsmål er om de utviklingsprosessene vi har studert, bidrar til å nå de overordnede målene om helhetlige og likeverdige tjenester uansett hvor en bor i landet. Disse prosessene omfatter spillet mellom statlige og lokale myndigheter, mellom faglige arbeidsformer og økonomisk-administrative kjennetegn, og samordning og samarbeid mellom ulike deler av tjenestesystemet.

Vi vil understreke at det er viktig å se de lange linjene i utviklingen av tjenestefeltet – både slik de manifesterer seg som statlig politikk og som organisatoriske og faglige løsninger lokalt. Ideen om «lokalbaserte tjenester» er forankret i nasjonale, statlige reforminitiativ. Derfor er det ikke mulig å forstå hvordan lokale endringsprosesser skjer uten å se dem i sammenheng med statens mål og ambisjoner, og, som vi har vært særlig opptatt av i denne boken; hvordan de statlige virkemidler for å bidra til den lokale utvikling i tjenestesystemet blir utformet. Det er i

det dynamiske samspillet mellom statlige og lokale endringsstrategier og -prosesser at omfang, kvalitet og struktur på disse tjenestene blir til.

Utviklingen av tjenestesystemet på rus- og psykisk helsefeltet er kjenetegnet av de nasjonale målene slik de er formulert i ulike politiske dokumenter. Her heter det at befolkningen skal ha god behandling og likeverdig tilgang til helse- og omsorgstjenester. Dette gjelder uavhengig av for eksempel diagnose, alder og bosted, og uansett om tjenestene blir levert på lokalt nivå eller i spesialisttjenestene. Det er i ulike sammenhenger understreket at dette også er prinsipper og mål som gjelder de som også har rus- og psykiske plager. Rus- og psykiske helsetjenester skal prioriteres både i lokale tjenester og i spesialisttjenestene, heter det. Disse rettighetene er dels beskrevet i lover og beslutninger vedtatt i hovedsak enstemmig av Stortinget gjennom flere tiår. I tillegg kommer en rekke forskrifter som pålegger bestemte krav til utøvelsen av tjenestene. En rekke reforminitiativ og opptrappinger på feltet har konkretisert en generelt utformet nasjonal politikk, og vært viktige for den lokale utviklingen av tjenestesystemet – både i spesialisttjenestene og i kommunene.

Det har derfor ikke manglet på gode mål og ambisjoner på feltet. Mange tiltak er blitt etablert, og de statlige bevilgningene til tjenesteutvikling lokalt har økt. Opptrappingsplanen for psykisk helse (1998–2009) og de to opptrappingsplanene for rusfeltet (2007–2010, 2016–2020) kan stå som viktige milepæler i denne utviklingen. Disse planene reflekterer også at ideen om å bygge ut «lokalbaserte tjenester» er blitt bekreftet og forsterket gjentatte ganger. Dette betyr ikke at spesialisttjenestene ikke er viktige, men at deres rolle blir endret. Dette er i tråd med prinsipper som ble presisert i Samhandlingsreformen (St.meld. nr. 47 (2008–2009)), der det heter at deres rolle skal være å bli mer spesialiserte, mer kompakte og mer behandlingsorienterte. Både de kommunale tjenestene og spesialisttjenestene er derfor i endring, i tråd med det nye paradigmet som nå er gjeldende politikk.

For politiske myndigheter er det kanskje naturlig å understreke alt det som har gått bra på feltet. I forbindelse med behandlingen av den såkalte rusreformen i 2021 viser regjeringen til flere forhold som bekrefter dette: bevilgningene over statsbudsjettet har økt, og målet om 2,4 milliarder kr knyttet til rusopptrappingsplanen 2016–2020 er «overoppfylt», heter det.

Dette skjer samtidig med en opptrapping av økte bevilgninger til boligtiltak, og en bedring i antallet rusavhengige som har fått arbeid og aktivitet (fra at 42 prosent ikke hadde arbeid/aktivitet da opptrappingsplanen ble startet i 2016 til en reduksjon til 28 prosent i 2020) (Helse- og omsorgsdepartementet, 2019). Antallet årsverk i kommunale rus- og psykiske helsetjenester har også økt med 2500 siden 2016. I tillegg må nevnes at i 2018 oppgir 65 prosent av kommunene at deres tjenester på rus- og psykisk helsefeltet rettet mot voksne nå er samlet i en felles enhet for psykisk helse- og rusarbeid, mens 27 prosent oppgir at tjenestene er organisert i separate enheter (adskilte tjenester). De øvrige 9 prosent oppgir at de har «integreerte tjenester», det vil si at rus- og psykiske helsetjenester er organisert sammen med andre helse- og/eller velferdsfaglige tjenester (Ose et al., 2018).

Samtidig har en rekke undersøkelser vist at endringsprosessene for å realisere høyere kvalitet og likeverdige tjenester for hele landet ikke er nådd. Det er langt igjen, og «det går for sakte» (Karlsson, 2016). En rekke evalueringer og tilsyn har vist at tjenestene sliter med alvorlige utfordringer. Riksrevisjonens undersøkelse av psykiske helsetjenester i 2020 konkluderer med at samtidig som en større andel av befolkningen får mer behandling, er fordelingen ujevn, og befolkningen i noen helseregioner får mer behandling enn andre. Tilgangen til psykiske helsetjenester i kommunene er ulik, og mange med psykiske plager og lidelser får ikke hjelp når de trenger det. Det heter også at «den gylne regel» om at vekst i psykisk helse og rusbehandling skal prioriteres foran somatiske helsetjenester ikke er innfridd. Arbeidet med å øke og ta i bruk kunnskap i behandling av psykiske plager og lidelser er ikke godt nok, det er ikke tilstrekkelig brukermedvirkning, og kvalitetsforbedring blir ikke ivarettatt av mange ledere i tjenestene (Riksrevisjonen, 2021, s. 5).

For oss er et viktig poeng i Riksrevisjonens rapport dessuten at «(D)e statlige virkemidlene som skal bidra til god kvalitet i tjenestene kan brukes på en bedre måte» (Riksrevisjonen, 2021, s. 13; 99–73). Om dette heter det blant annet at over halvparten av de faglige retningslinjene som omhandler psykisk helse ikke er oppdaterte de siste fire årene, selv om veilederne og retningslinjene i stor grad oppleves som nyttige. Pakkeforløp som er iverksatt på rus- og psykisk helsefeltet har ikke bidratt til

økt samarbeid og koordinering, og mange kommuner opplever ikke å få god nok bistand av statsforvalteren. Det påpekes også at det ikke eksisterer «nasjonale kvalitetsindikatorer som gir informasjon om hvorvidt tjenestene til personer med psykiske plager og lidelser er virkningsfulle» (Riksrevisjonen, 2021, s. 60). Riksrevisjonen peker også på at studier av brukernes erfaringer med tjenestene er fåtallige på nasjonalt nivå.

Dette er en klar indikasjon på at det er grunn til å stille spørsmål ved omfang og kvalitet av tjenestene og særlig at målet om likeverdige tjenester for hele landet ikke er oppnådd. Til det er variasjonene i tjenestetilbudet, særlig i kommunene, for store. En rekke evalueringer og uttalelser fra brukere og organisasjoner på feltet synes å være samstemte i at dette er en korrekt beskrivelse av dagens situasjon. Mens det foreligger mange og gode oversikter over utviklingen, særlig knyttet til evalueringene av opptrappingsplanene, er det imidlertid vanskeligere å gripe de lokale prosesser som kan *forklare* hvorfor dette skjer, og fanger nyanser i de endringsprosessene der målet om «lokalbaserte tjenester» skal ivretas.

Nettopp fordi det er så allmenn oppslutning om de overordnede målene, er det, slik vi ser det, behov for å studere den lokale iverksettingen av målene og organisering av tjenestetilbudet. Her kan empiriske analyser vise hvordan lokale endringsprosesser skjer. Her kan en også konkretisere utfordringer og dilemmaer om organisering av tjenestefeltet som ofte er underkommunisert i politiske (og mange ganger også faglige) sammenhenger. Det blir også tydeligere at mens det er tilslutning til de overordnede målene, er det – slik vi tolker det – stadig flere som stiller spørsmål ved om *virkemidlene* er tilstrekkelige for å nå dem.

## Statlig politikk – rammene for utvikling av tjenestene på rus- og psykisk helsefeltet

Det er ikke mulig å forstå utviklingen av «det nye paradigmet» om lokalbaserte tjenester i rus- og psykisk helsefeltet uten å avklare de rammene som statens politikk kjennetegnes av. Denne politikken fremtrer primært som resultatet av nye reguleringer; lovverk og retningslinjer for tjenestene, statlig organisering av utdannings- og kunnskapssystemet, og ikke minst de reformene og opptrappingene som har vært lansert de siste tiårene. To

trekk ved disse statlige initiativene er påfallende. For det første innebærer det at rus og psykisk helse er kommet på den politiske dagsorden, fra et utgangspunkt der mange politiske aktører frem til 1980-årene hadde et svært lavprofilert, nærmest angstfylt forhold til mennesker som led av psykiske lidelser og rusproblemer. Men sett i perspektiv har en gjennom mange år – i Norge som i andre vestlige land – opplevd at dette er satt på agendaen, ut fra erkjennelsen av hvor omfattende utfordringene er. For det andre har utviklingen dreiet seg om en styrking av de lokalbaserte tjenestene – også dette har vært en kontinuerlig og konsistent utvikling. De reformene og opptrappingene som har blitt initiert i Norge, følger den internasjonale utviklingen på feltet. Men i likhet med i andre land, er de forvaltningsmessige rammene særegne, og krever for eksempel en avklaring av hvilken rolle statlig styring og kommunalt «selvstyre» skal ha i endringsprosessene. Her fremtrer det dilemmaer som kan innebære at kraften i reformarbeidet, sett fra brukeres eller sektorens perspektiv, må modifiseres for å balansere ulike hensyn. Derved er det vanskelig å anvende styringsinstrumenter som potensielt ville ha sterkere påvirkning på lokal organisering og arbeidsformer enn tilfellet faktisk er.

Slik vi ser det, er det vanskelig å ikke oppfatte de reformdesign som har vært valgt i forbindelse med de tre opptrappingene på rus- og psykisk helsefeltet de siste tiårene, som uttrykk for de muligheter og dilemmaer en møter i arbeidet med disse lidelsene. Opptrappingsplanen for psykisk helse var kanskje der en tok grep som var mer koplet til en hierarkisk styringsmodell enn tilfellet var for de to rusopptrappingsplanene som ble lansert senere. De viktigste kjennetegn på dette var at en i denne planen både stilte krav om bemanning – men ikke hvilke profesjonsgrupper som skulle ansettes – og valgte å finansiere størstedelen av den kommunale veksten gjennom øremerkede tilskudd. Fordi dette brøt med den rådende forvaltningspolitikken, slik den er nedfelt i kommuneloven, kan dette anses som et relativt radikalt uttrykk for at en ga psykiske helsetjenester i kommunene prioritert. Dette ble begrunnet nettopp gjennom en «krise-definisjon» – at det var «svikt i alle ledd». Valg av styringsinstrumenter i opptrappingsplanen for psykisk helse ble ansett som sterke, og i ettertid fremstår resultatene som i all hovedsak vellykkede. Det er liten tvil om at denne planen også banet veien for en konkretisering og utdyping av

hva en skulle legge inn i begreper som «lokalbaserte tjenester». Dette ble i praksis først avklart som begrep i veilederen «Sammen om mestring» i 2014. De to rusopprappingsplanene fulgte i kjølvannet av opptrappingsplanen for psykisk helse, men innebar at en her tok bort det virkemiddelet som kanskje hadde størst konsekvenser: nemlig øremerkede tilskudd til kommunene.

Det er ikke mulig å forstå de utfordringene rus- og psykisk helsefeltet lokalt står overfor, uten å se det i sammenheng med utformingen av opptrappingene. Mange av de viktigste trekk bryter med det overordnede mål om likeverdige tjenester. Dette gjelder i forhold til faglig kvalitetsutvikling, god behandling og likeverdig tilgang til helse- og omsorgstjenester. De mål som er formulert, innebærer at en forventer at rus- og psykiske helsetjenester integreres også i kommunene, og at en legger vekt på å utvikle god samordning med spesialisttjenestene. Som vist, har det skjedd en økning i størrelsen på overføringene til kommunene med henblikk på å styrke tjenestene på feltet. Men dersom en ikke er oppmerksom på de forvaltningspolitiske rammene, vil anvendelsen av disse midlene lokalt fremstå som et paradoks. De lokale aktørene som forsvarer en økning i ressursene til disse tjenestene, må selv overbevise politiske og administrative instanser i kommunen om at dette er ment som en forutsetning for å utvide det lokale tilbudet. Debatten i forbindelse med rusreformen i 2021 dreier seg – uavhengig av hovedspørsmålet om avkriminalisering av avgrenset narkotikamisbruk – om behovet for økte ressurser til forebyggende arbeid blant barn og unge, og statlig støtte til ulike tiltak for voksne.

På den ene siden vil derfor den «dialogiske» styringsrelasjonen mellom stat og kommune for mange fremtre som for svak til å skape tilstrekkelig kraft i prioriteringene. På den annen side er tanken bak at kommunene selv skal velge hvordan de vil organisere sine tjenester også på dette feltet. Her er begrunnelsen at lokale aktører kjenner best til forholdene, og at en her har mulighet til å prioritere både omfang og struktur på de tjenestene som skal betjene lokalbefolkningen. Resultatet er uansett, slik evalueringer og tilsyn viser, at variasjonen i tjenestetilbudet for brukere med rus- og psykiske lidelser er stor mellom kommunene. Den umiddelbare kritikken av opptrappingene på rusfeltet er at de ikke tar i



bruk sterkere virkemidler; særlig øremerkede tilskudd, bemanningskrav og mer spesifikke kvalitetskriterier for tjenestene. Et annet aspekt er at det er vanskelig å få en samlet oversikt over de statlige overføringene i rusopptrappingene, ettersom bevilgningene til dette formålet skjer via budsjettene til ulike departementer – nettopp det som gir disse opptrappingene karakter av fragmentering (Hansen et al., 2018). Dette legger i sin tur grunnlag for at det er usikkerhet og uenighet om hvorvidt de statlige mål for den økonomiske satsingen faktisk ivaretas eller ikke.

Et annet punkt er at kommunene, og da særlig lederne for rus- og psykisk helsetjenestene, gjennom de relativt vide rammer den statlige politikken setter, gis et tilsvarende «handlingsrom» som de selv kan fylle. Dette oppfattes av mange ledere som positivt, og som et uttrykk for at også mange kommuner gir sektoren et mandat til selv å organisere sine tjenester. Men denne frihet innebærer også at kommunen, og da også særlig lederne for tjenestene, blir belastet med krav fra pasienter og pårørende i tillegg til forventninger i spesialisttjeneste som de ofte ikke kan tilfredsstillere. Derved blir handlingsrommet også et uttrykk for det som betegnes som «maktens samvittighet» – at desentralisering av ansvar medfører at en til sist blir alene med de utfordringene styringssystemet etterlater lokalt (Anvik et al., 2020; Bjørkquist & Ramsdal, 2021; Vike et al., 2002). Ved siden av utfordringene dette innebærer for ledere og ansatte i tjenestene, peker dette også på utfordringene som preger prosessene der tjenestene organiseres – nettopp det vi har fokusert på i våre studier presentert i del 2.

## **«Det nye paradigmet» om lokalbaserte tjenester møter ideen om «den nye kommunen»**

Vi har tatt utgangspunkt i at målet om å vektlegge lokalbaserte tjenester i rus- og psykisk helsefeltet, og i andre tilsvarende komplekse arbeidsfelt, må organiseres i den enkelte kommune og i lokale spesialisttjenester (som DPS og SMP) på relativt fritt grunnlag der statlige standarder ikke etableres. Dette har to viktige implikasjoner: for det første er feltet, sett i perspektiv, åpent for lokale fortolkninger av nasjonale mål og ambisjoner. For det andre er organisering av tjenestene en dynamisk prosess – der det

kontinuerlig skjer større eller mindre tilpasninger til ulike hensyn. Ideen om «den nye kommunen» – i en partnerskapsrelasjon til statlige myndigheter – innebærer at kommunene selv må finne en vei der lokale særpreg blir ivaretatt (NOU 2005: 6). Det er likevel viktig å påpeke at tendensen i utviklingsprosessene vi kan observere innebærer at retningsangivelsen ligger fast – mot ideen om lokalbaserte tjenester innenfor rammen som ideen om «den nye kommunen» representerer. Dette innebærer at det er grunnleggende konsistens i den forvaltningspolitiske retningsangivelsen vi her retter oppmerksomheten mot. Men det innebærer både utfordringer, dilemmaer og muligheter å skulle organisere tjenestesystemet lokalt på dette grunnlaget.

Helgesens studie (kapittel 7 i denne boken) av organiseringen av psykiske helsetjenester i kjølvannet av opptrappingsplanen for psykisk helse er i så måte illustrerende. Den viser at det skjer endringer i måten disse tjenestene organiseres ved å først bli koplet til hjemmetjenestene, som primært har eldre brukere, for etter noen år bli en egen tjenesteenhet i sammenheng med boligjenester og sosialtjenestene. Denne utviklingen er også preget av at nye organisasjons- og styringsprinsipper, forankret i New Public Management-prinsipper som resultatenheter og bestillerutfører-organisering, blir innført i kommunen (Ramsdal, 2004). Dette har to implikasjoner: at psykiske helsetjenester får en mer selvstendig identitet, og at tjenestene blir mer isolert fra det øvrige tjenestesystemet. Dette er et frampek mot den organisering av disse tjenestene som vi har vært særlig opptatt av: koplingen mellom psykiske helsetjenester og rustjenester. Sett i perspektiv, er denne beskrivelsen av utviklingen av tjenestene på dette feltet i en kommune å anse som eksempel på hvordan «lokalbaserte tjenester» utvikles som et eget ansvars- og arbeidsområde. Et uttrykk for dette er at de statlige anbefalingene om å integrere psykiske helsetjenester til hjemmetjenestene i den første fasen av opptrappingsplanen etter hvert ble erstattet av en anbefaling om å etablere en egen tjeneste på dette feltet senere i gjennomføringen av planen – noe kommunene i all hovedsak fulgte opp.

Den statlige styringen som skjer gjennom opptrappingsplanene og veiledere på feltet er å forstå som anbefalinger – og det er primært gjennom tilsyn basert på relativt få og til dels upresise kvalitetsstandarder at

kommunene kan få et inntrykk av hvorvidt deres valg av organisasjonsløsninger er hensiktsmessige. Veilederne spiller utvilsomt en viktig rolle, men de er ofte så generelt formulerte, eller har så mange gode råd, at kommunene også i relasjon til disse har stor grad av frihet.

Vi har argumentert for at den statlige påvirkningen, som en kombinasjon av dialogiske, «svake» reformdesign og veilederne, kan karakteriseres som *nudging*. Men erfaringene tyder på at øremerkede midler er viktig. I forbindelse med opptrappingsplanen for rusfeltet (Prop. 15 S (2015–2016) fikk kommunene nesten to milliarder kroner til rusarbeid, men det viser seg at hver fjerde kommune ikke trappet opp innsatsen sin på dette feltet (Borge et al., 2020). Det vil likevel være nok rom for at de lokalbaserte tjenestene kan og må formes i kommunene hver for seg.

## Kommunale endringsprosesser og tjenesteutvikling på noen arbeidsfelt

De fire kapitlene i del 2 som omhandler hvordan kommunene møter forventninger om å samordne tiltak og tjenester for mennesker med rus- og psykiske lidelser viser at problemstillingene som er skissert over, har stor betydning når lokale endringsprosesser finner sted. Studiene av endringer i organisasjons- og arbeidsformer i utvalgte kommuner fokuserer særlig på hvordan målene om samordning og samarbeid om ROP-brukere gjennom organisatorisk integrasjon mellom rustjenestene og psykiske helse-tjenester skjer. Et hovedinntrykk er at kommunene er på leting etter gode løsninger, men at deres søken etter disse er en relativt ensom, til dels isolert, prosess. Dette må forklares med at en både må tilpasse endringene til lokale forhold, ivareta noen overordnede prinsipper for organisasjon og styring den enkelte kommune har valgt, og samtidig at det gis få, om noen, retningsangivelser i de statlige føringene på feltet. Kapitlene som tar for seg dagens situasjon viser at mens de nasjonale rammebetingelsene for arbeidet med integrerte og helhetlige tjenester er de samme, er løsningene en velger, ulike.

Det er likevel noen viktige likhetstrekk mellom kommunene – uavhengig av kommunestørrelse og politisk-administrative forhold. Et viktig fellestrekk er at en erkjenner at rus- og psykiske lidelser og plager

er et viktig samfunnsproblem, som må håndteres lokalt. utfordringene er beskrevet i ulike kommunale planer og dokumenter, og det er generelt politisk enighet om at det er behov for å utvikle tjenestene. Det kan synes som at det ikke lenger er (sterk) motstand mot utviklingen av lokalbaserte tjenester, slik en ofte opplevde da deinstitutionaliseringen skjedde fra 1970-tallet. Sett i et lengre tidsperspektiv, må det kunne hevdes at enigheten om at lokale tjenester skal være ryggraden i tjenestene som en nå finner, innebærer at det politiske grunnlaget for iverksetting av «det nye paradigmet» prinsipielt er til stede. utfordringene dreier seg tilsynelatende om *hvordan* denne utviklingen skal finne sted: Vil en finne organisatoriske løsninger lokalt som innebærer at forutsetningene for god tjenesteyting faktisk skjer?

Alle kommunene vi har studert, har initiert endringsprosesser for å skape mer integrerte og helhetlige tjenester på feltet. Her har en ønsket å endre både strukturen på tjenestene og arbeidsformer. Disse endringsprosessene har også til felles at de i hovedsak skjer ved at kommunene hver på sin måte har måttet finne organisatoriske og faglige løsninger ut fra sine forutsetninger og fortolkninger av nasjonale mål og råd. Kommunene har kunnskaper om anbefalingene nasjonale helsemyndigheter, KS og andre relevante parter har gitt, og har forsøkt å tilpasse valgte løsninger i samsvar med disse. I dette arbeidet har en valgt ulike strategier, men i tråd med nasjonale mål har det særlig vært lagt vekt på å bedre samordning og samarbeid i tjenestene. Her viser det seg at samordning på tvers av nivåene – mellom kommunale tjenester og spesialisttjenestene, og mellom ulike lokale tiltak og tjenester – er utfordrende.

Vi ser at de fleste kommuner har etablert rus- og psykiske helsetjenester som egne administrative enheter, og at disse i løpet av de siste årene har fått en egen identitet i det kommunale systemet. Rus- og psykiske helsetjenester har blitt utskilt fra for eksempel hjemmesykepleie, og fremstår som et kompetansefelt som har en særegen form – i skjæringspunktet mellom helse- og sosialfag. Det har for eksempel etter hvert stort sett fått aksept for at særpreget ved brukernes problemer tilsier at standardiserte vedtak innenfor rammen av et bestiller-utfører-system ikke er adekvate for denne brukergruppen. Slik vi ser det må det oppfattes som en manifestasjon av at rus- og psykisk helsearbeid

har fått en selvstendig status som kunnskaps- og arbeidsfelt i de kommunene vi har studert.

Det er likevel vanskelig å finne fellestrekk i måten de kommunale tjenestene er strukturert. Ulikhetene har dels sammenheng med kommunestørrelse, og det er åpenbart at en liten kommune på 3000–4000 innbyggere preges av en «nærhetskultur» i det politisk-administrative systemet som skaper helt andre forutsetninger for lokale løsninger enn tilfellet er i storkommunen. De endringsprosessene vi har fulgt, viser at også institusjonelle særtrekk, forankret i ulik historie og tradisjon i arbeidet med ruslidelser og psykiske lidelser, er viktige for å forstå hvordan en velger å organisere endringsprosessene. Tidligere erfaringer med omorganiseringer på kommunenivå – blant annet med styrings- og ledelsesformer i tråd med New Public Management-ideer – har nedfelt seg i ulike tilnærminger til endringsprosessene både med hensyn på tidsperspektiver, løsninger som oppfattes som «realistiske» og grad av involvering av brukere og ansatte.

Ved å studere endringsprosessene i de tre kommunene som er beskrevet i boken, kan en konstatere at strategiene for å nå målet om bedre samordning og helhetlige tjenester skjer på svært ulike måter:

I den lille kommunen gjennom *inkrementelle prosesser*, der en fra år til år har justert og økt rammene for tjenestetilbudet. Rus- og psykiske helsestjenester er organisert i en enhet, med flere parallelle og overlappende tiltak. Samtidig bærer tjenestene preg av at det er en bemerkelsesverdig stabil stab, med godt samarbeid, fleksible arbeidsformer og personlige relasjoner både til brukerne og ansatte i de kommunale tjenestene.

I den mellomstore kommunen finner vi at de formelle strukturene for tjenestene er endret ved å skape en selvstendig enhet for rus- og psykisk helsearbeid, men at det internt i avdelingen fremdeles er formelle skiller mellom rustjenester og psykiske helsestjenester. For å overkomme disse ser en at uformelle ordninger vokser frem og kompenserer for skillene i den formelle oppdelingen i avdelingen. Totalt sett fremtrer derfor den kommunale organiseringen og faglig arbeid i denne kommunen som en noe paradoksal *hybridform*.

I den største kommunen er endringsprosessene mer utfordrende. Slik vi ser det, er tjenestene preget av at de er «dobbelte autonome»: Staten

avholder seg fra å styre den kommunale organisering, mens kommunenivået ikke legger seg bort i hvordan kommunedelene organiserer sine tjenester – ut fra samme målstyringslogikk som statlige myndigheter benytter. Også her er de ansvarlige for rus- og psykiske helsetjenester i kommunedelen vi har studert, under betegnelsen «storbykommunen», overlatt til seg selv i å gjennomføre prosjektet for å endre tjenestene. Så vidt vi kan se er det heller ikke kommunikasjon eller samarbeid mellom kommunedelene om hvordan mål, prosesser og forventede resultater skal struktureres. Her har endringsprosessen skjedd primært ved at deler av NAV blir integrert med de eksisterende rus- og psykiske helsetjenester, i tråd med målet om å konkretisere samordnings- og samarbeidsformer i disse tjenestene. Men endringsstrategien her blir betegnende nok studert som en «innovasjonsprosess» – strukturert gjennom et formalisert prosjekt som ytre sett tilfredsstillende mange av de krav som stilles til god prosjektorganisering. Det er også interessant at kommunen i sin første modell valgte å la strukturen følge prinsippene for inndeling av pasientene i tre grupper i tråd med prinsippene i veilederen «Sammen om mestring». Dette måtte en senere gå bort i fra, ettersom det viste seg at denne inndelingen ikke skapte effektive løsninger på organisasjonsnivå. (Å kople organisasjonsstruktur til pasientgruppene på denne måten har strengt tatt ikke vært tanken fra de som produserte denne veilederen.) Men innflytelse og påvirkning i prosessen er ulikt fordelt mellom deltakerne, og selve prosessen har vært relativt tung, med usikkerhet, leting etter løsninger og mange fram- og tilbakeskritt. Det som slår oss er at betingelsene for hvordan tjenestene fungerer uansett er at de økonomiske rammene er anstrengt, de ansatte og ledelse er hardt presset, i en vanskelig balansegang mellom brukernes behov og de rammene en opererer innenfor.

De tre kommunene vi har fulgt endringsprosessene i, har derved hatt ulike utfordringer for å skape integrerte og helhetlige tjenester, og svart på disse på svært ulikt vis. Disse prosessene er særlig interessante i relasjon til ROP-brukerne. Vi har vært opptatt av at en kan identifisere disse utfordringene på ulike nivåer i organiseringen av tjenestene: På et overordnet nivå dreier det seg om hvordan en forholder seg til de nasjonal politikk, og slutter seg til de overordnede mål for denne. I dette ligger også

spørsmålet om hvorvidt en utnytter, og derved retter seg etter, de incitamentene som statlige myndigheter anvender. Dette er særlig viktig når det gjelder finansieringssystemet, der øremerkede tilskudd til bestemte tiltak er prioritert nasjonalt, men ikke nødvendigvis lokalt: Den minste kommunen i vår studie valgte å trekke seg fra samarbeidet om ACT – med begrunnelsen at utgiftene overgikk fordelene på grunn av avstander og pasientgrunnlag i kommunen. På den annen side var storkommunen etter hvert «eksperter» i å finne slike prosjektbaserte tiltak som en – åpenbart på grunn av storskala-fordeler – kunne etablere. Interessant er at en her etter hvert også fikk mer spesialiserte (F)ACT-team (FACT eldre, FACT ung).

Mens disse prosjektfinansierte tiltakene var knyttet til standardiserte modeller, er det likevel interessant at den «ordinære» kommunale driftsorganisasjonen i praksis måtte endres gjennom lokalt genererte prosesser – uten særlig hjelp fra overordnede myndigheter. På mange måter er det et paradoks at parallelt med at rus- og psykisk helsearbeid er blitt mer selvstendig – både faglig og organisatorisk – har dette medført en mer isolert tilværelse i kommuneorganisasjonen. Og samtidig skjer organiseringen av tjenestene ved at en i stor grad selv har måttet finne løsninger på driftsorganisasjonen, her isolert fra støtten statlige myndigheter kunne gitt gjennom reformer, økonomisk støtte og faglige kvalitetskrav. Å studere endringsprosesser på feltet uten å ha disse rammene for tjenestene i mente, gjør det vanskelig å forklare ulikhetene i tjenestetilbudet mellom kommunene.

Ulikhetene som kan observeres mellom kommunene i sine endringsprosesser og organisasjons- og samarbeidsformer reflekteres også i analysene av de tre tjenesteområdene som er presentert i del 3. Her presenteres problemstillinger og politiske betingelser for noen utvalgte tjenestefelt som har særlig betydning for mennesker med kombinerte rus- og psykiske lidelser. Det som er felles for disse tjenestefeltene er at de viser utfordringene som slike brukere har, og som vi har diskutert som «uregjerlige» problemer. De tre kapitlene viser hver på sin måte at det er behov for fleksible løsninger som ivaretar den enkelte brukers behov og er tilpasset de særegne utfordringer den enkelte har. Kapitlene viser kompleksiteten i lidelsesformer og utfordringer i dagliglivet, og at disse ofte kan endre

seg fra dag til dag. Betydningen av at tjenestene bidrar til mening og trygghet i hverdagen er et viktig fellestrekk. Et annet fellestrekk er også at det er utfordringer med hensyn til samordning og samarbeid knyttet til delene av tjenestesystemet som er særlig rettet mot denne brukergruppen og de som i utgangspunktet har en større målgruppe hvor ROP-brukere også inngår. Dette gjelder boligpolitikken og NAVs tiltak når det gjelder arbeid og aktiviteter, men også kriminalomsorgens primæroppgave sett i relasjon til brukerens behov for gode overganger i tiden etter soning. Forfatterne beskriver hvordan en på hvert av disse tjenesteområdene har samordningsutfordringer, og at overordnede mål om meningsfull tilværelse for den enkelte og helhetlige tjenester møter en rekke utfordringer når en skal standardisere tiltakene. Det er likevel uklart hvor grensen går mellom utfordringene som tjenestene kan bidra til å redusere og særtrekene ved den enkelte brukers lidelser og problemer, og hvor realistisk det er å tilrettelegge for disse bidragene innenfor rammene av de eksisterende tjenestesystemene som er etablert. Analysene av de tre tjenesteområdene understreker betydningen av individuelt tilpassede løsninger, der planer og tiltak må ta utgangspunkt i kompleksiteten i den enkelte brukers behov.

## Avslutning

Vi har i denne boken vist noen av utfordringene som oppstår i møtet mellom mennesker med komplekse problemer – eksemplifisert ved kombinerte rus- og psykiske lidelser – og tjenestesystemet som er utformet basert på overordnede mål om helhetlige, integrerte og samordnede tjenester. Dette har vi betegnet som utviklingen av «et nytt paradigme» i rus- og psykisk helsefeltet. Vi har vektlagt at dette innebærer noen utviklingslinjer som viser at disse møtene endrer karakter. Den første tendensen er at en politisk har søkt å *desentralisere* tjenestetilbud, hovedsakelig til kommunene. Dette innebærer at reformstrategiene som er valgt de siste tiårene, både søker å fasttømre det lokale ansvaret for tjenester på feltet, og samtidig utformer vide rammer – et stort handlingsrom – for måten de lokalbaserte tjenestene kan utformes. Evalueringene som er gjennomført de siste årene viser at det har skjedd en positiv utvikling i



tråd med mål og ambisjoner på feltet. Det er for eksempel vist, også i våre analyser, at det skjer en integrasjon av rus- og psykiske tiltak og tjenester i kommunene.

Samtidig er det mange aspekter ved denne utviklingen som skaper utfordringer i den daglige tjenesteyting: fremdeles er samordning og samarbeid et problem – både horisontalt mellom tjenestene på samme forvaltningsnivå, og vertikalt mellom kommunale tjenester og spesialist-tjenestene. Det kan, med grunnlag i de utfordringene det siste punktet innebærer, stilles spørsmål ved hensiktsmessigheten av at skillet mellom spesialisttjenester og kommunale tjenester, særlig DPS og SMP, opprettholdes. På samme måte viser evalueringene at *brukerperspektiver* etter hvert får større plass i tjenestene, og at det nå er klarere begreper om hvilke krav som må tilfredsstilles for at brukernes innflytelse over egne tjenester skal bli innfridd. Samtidig er det mange utfordringer ved at en fremdeles ser at fordommer mot brukerne finnes – ikke bare i befolkningen, men også blant ansatte i helse- og velferdssektoren. Også her er det en lang vei å gå før de overordnede mål og ambisjoner blir ivaretatt i hverdagen.

Ambisjonene om å skape bedre *samordning* og integrering av tjenestene er på samme måte et prioritert område. Det er liten tvil om at det har skjedd mange viktige endringsprosesser i tjenestesystemet som har hatt dette formålet. Det gjelder både i reformene som er initiert, og i de lokale endringsprosessene vi har studert. Hvilke faktorer som hemmer og fremmer bedre samordning og samarbeid har utviklet seg til et eget kunnskapsfelt – både internasjonalt og i Norge. Erfaringene tilsier at kombinasjonen av endringer i utdanningssystemet, i samordningsprosesser i ulike tjenester og den politiske oppmerksomheten vil bidra til at samordningen vil bli lettere, og at samarbeidsrelasjoner som ikke er konstruktive vil bli uakseptable i det fremtidige helsesystemet.

En hovedkonklusjon av evalueringene som er gjennomført av de siste opptrappingsplanene viser at kommunenes tilbud varierer – og at dette innebærer at målet om likeverdige tjenester uansett hvor du bor i landet ikke blir nådd. Dette kan knyttes til reformenes preg av å være utformet med virkemidler som er «dialogiske». Reformenes mangel på presise forventninger til lokal tjenesteyting er knyttet til kombinasjonen av strukturen i de økonomiske overføringene, manglende standarder

for kvalitetskrav knyttet til rekruttering og kompetanse i tjenestene, og faglige veiledere som gir så mange åpninger for lokale tilpasninger at de primært fungerer som det vi har betegnet som *nudging* eller *dul-ting*. Kombinasjonen av «dialogiske» reformdesign og *nudging* for faglig veiledning representerer til sammen et hovedproblem i forhold til de ambisiøse mål en nå har formulert for rus- og psykiske helsetjenester. Et svar på dette, som kan henviser til de gode erfaringene med opptrappingsplanen for psykisk helse, vil være at nasjonale myndigheter velger øremerkede midler til kommunenes rus- og psykiske helsetjenester, at en krever planer for organisering og rekruttering av fagkompetanse, at en stiller kvalitetskrav som blir formulert som samlede, og konsentrerte, forventninger i tjenesteytingen. Med andre ord: fra «governance-styring» til mer «government-styring» på dette tjenesteområdet. Nye, friske midler er også nødvendig, hevder blant annet Actis – rusfeltets samarbeidsorganisasjon og lederne for kompetansesentrene for rusomsorg (Borge et al., 2020).

Det må likevel understrekes at heller ikke overordnede nasjonale politiske tiltak vil være tilstrekkelig for å forbedre kvalitet, likhet, samordning og samarbeid i seg selv. Til det er brukernes utfordringer for komplekse. Arbeidsinnsatsen som tjenesteyterne gjør i sitt daglige arbeid sammen med brukerne, må anerkjennes og være grunnlaget for måten en organiserer tjenestesystemet på.

## Referanser

- Anvik, C. H., Sandvin, J. T., Breimo, J. P. & Henriksen, Ø. (2020). *Velferdstjenestenes vilkår. Nasjonal politikk og lokale erfaringer*. Universitetsforlaget.
- Björkquist, C. & Ramsdal, H. (2021). Structural disavowal and personal inundation of responsibility – a local perspective on pressure on mental health front-line professionals. *European Journal of Social Work*, 1–12. <https://doi.org/10.1080/13691457.2021.1882399>
- Borge, L., Svendsen, E. & Mæhlum, I. A. (2020). *Opptrapping sier regjeringen. Nei sier hver fjerde kommune*. Rus & samfunn. <https://www.rus.no/aktuelt/opptrapping-sier-regjeringen-nei-sier-hver-fjerde-kommune-article596-934.html>
- Hansen, I. L. S., Tofteng, Holst, L. S., Flatval, V. S. & Bråthen, K. (2018). *Evaluering av opptrappingsplanen for rusfeltet* (Fafo-rapport 2018:44). <https://www.fafo.no/>

- zoo-publikasjoner/fafo-rapporter/item/evaluering-av-opptrappingsplanen-for-rusfeltet-4
- Helse- og omsorgsdepartementet. (2019, 7. oktober). *Målet om 2,4 milliarder kroner til rusfeltet er overoppfyllt* [Pressemelding]. <https://www.regjeringen.no/no/aktuelt/malet-om-24-milliarder-kroner-til-rusfeltet-er-overoppfyllt/id2672208/>
- Karlsson, B. (Red.). (2016). *Det går for sakte ... i arbeidet med psykisk helse og rus*. Gyldendal Akademisk.
- NOU 2005: 6. (2005). *Samspill og tillit – om staten og lokaldemokratiet*. Kommunal og moderniseringsdepartementet. <https://www.regjeringen.no/no/dokumenter/nou-2005-06/id390194/>
- Ose, S. O., Kaspersen, S. L. Ådnanes, M., Lassemo, E., & Kalseth, J. (2018). *Kommunalt psykisk helse- og rusarbeid 2018: Årsverk, kompetanse og innhold i tjenestene*. SINTEF. [https://www.sintef.no/globalassets/sintef-teknologi-og-samfunn/avdelinger/helse/endelig\\_kommunalt-psykisk-helse-rusarbeid-2018.pdf](https://www.sintef.no/globalassets/sintef-teknologi-og-samfunn/avdelinger/helse/endelig_kommunalt-psykisk-helse-rusarbeid-2018.pdf)
- Prop. 15 S (2015–2016). *Opptappingsplanen for rusfeltet (2016–2020)*. Helse- og omsorgsdepartementet. <https://www.regjeringen.no/no/dokumenter/prop.-15-s-20152016/id2460953/>
- Ramsdal, H. (2004). Psykisk helsearbeid i lokalsamfunnet – noen organisasjonsteoretiske perspektiver. *Tidsskrift for psykisk helsearbeid*, 1(2), 5–17.
- Riksrevisjonen. (2021). *Riksrevisjonens undersøkelse av psykiske helsetjenester. Dokument 3:13 (2020–2021)*. <https://www.riksrevisjonen.no/globalassets/rapporter/no-2020-2021/psykiske-helsetjenester.pdf>
- St.meld. nr. 47 (2008–009). *Samhandlingsreformen. Rett behandling – på rett sted – til rett tid*. Helse- og omsorgsdepartementet. <https://www.regjeringen.no/contentassets/d4foe16ad32e4bbd8d8ab5c21445a5dc/no/pdfs/stm200820090047000oddpdfs.pdf>
- Vike, H., Bakken, R., Brinchmann, A., Haukelien, H. & Kroken, R. (2002). *Maktens samvittighet*. Universitetsforlaget.