

KAPITTEL 4

Statlige reformer på rus- og psykisk helsefeltet – er virkemidlene tilstrekkelige?

Helge Ramsdal

Fakultet for helse, velferd og organisasjon, Høgskolen i Østfold

Abstract: This chapter discusses how reforms of services for people with mental health and addiction problems are designed, asking to what extent the steering instruments advanced can adequately ensure implementation in accordance with goals of integrated services at local levels of government. The theoretical approach relies on conceptualizations of “hard” and “soft” instruments and how the idea of a “new paradigm” to strengthen local service provision for these recipient groups is designed to make this happen. The conclusion is that while the instruments are compatible with the goals of the reforms, the funding system in particular is not precise enough to ensure forceful implementation processes at local levels of government.

Keywords: governance, government, reform design, national escalation plans

Innledning

I den internasjonale litteraturen om utviklingen av rus- og psykiske helsetjenester er det vanlig å beskrive et «paradigmeskifte» i kunnskapsgrunnlag og politiske tilnærminger til feltet (Freeman et al., 2012). Dette skiftet dreier seg om endringer fra et dominerende medisinsk-faglig perspektiv, der sykehus og institusjoner er det viktigste organisatoriske uttrykk, til vektlegging av et pasientsentrert og tverrfaglig perspektiv,

Sitering av denne artikkelen: Ramsdal, H. (2021). Statlige reformer på rus- og psykisk helsefeltet – er virkemidlene tilstrekkelige? I C. Bjørkquist & H. Ramsdal (Red.), *Statlig politikk og lokale utfordringer: Organisering av tjenester innen rus og psykisk helse* (Kap. 4, s. 63–87). Cappelen Damm Akademisk. <https://doi.org/10.23865/noasp.140.ch4>
Lisens: CC-BY 4.0

der lokalbaserte tjenester er den viktigste organisatoriske ramme (Levin et al., 2010). I Norge – som i mange andre land – er de lokalbaserte tjenestene forventet å være ryggraden i tilbudet (Almvik, 2006; Biong & Ytrehus, 2018).

Dette kapitlet dreier seg om møtet mellom de generelt formulerte mål og intensjoner om å realisere dette «paradigmeskiftet» og de virkemidlene nasjonale politiske myndigheter benytter i den forbindelse. En nasjonal statlig strategi for å realisere målet om lokalbaserte tjenester møter en rekke utfordringer. Viktigste er kanskje at statlige myndigheter skal påvirke lokale forvaltningsnivåer – i første rekke til å påta seg rollen som en «ryggrad» for de tjenestene som tilbys. Problemstillingen i dette kapitlet er knyttet til spørsmålet: *Hvordan bidrar de statlige styringsinstrumenter som blir anvendt til at mål om endringer i tjenestene blir iverksatt lokalt?*

I dette kapitlet rettes søkelyset på utformingen av de statlige reformene. Jeg skal her gjennomgå trekk ved noen initiativ som betegnes som «opptrappingsplaner», og som er sentrale i dagens utvikling av rus- og psykiske helsetjenester i tråd med det paradigmeskiftet som er presentert foran. Dette dreier seg om opptrappingsplanen for psykisk helse (1998–2009) og to opptrappingsplaner for rustjenestene som ble vedtatt i 2007 og 2016. Disse initiativene er derved lansert i ulike tidsperioder. Opptrappingsplanen for psykisk helse er imidlertid fremdeles premissgivende for utviklingen av psykiske helsetjenester i Norge i dag. Opptrappingsplanen for rusfeltet fra 2016 er på sin side nylig i slutfasen, og inngår en i en kontinuerlig reformprosess for å endre rusfeltet. For formålet med dette kapitlet er det primært valgene av opptrappingsplanenes *styringsinstrumenter* som er interessante. Analysen tar utgangspunkt i reformenes «design», det vil si summen av de statlige virkemidler som formelt sett er benyttet. Jeg drøfter med andre ord ikke hvordan disse virkemidlene fungerer i praksis, i møtet mellom statlige styringsintensjoner og lokale tilpasninger – dette vil vi komme nærmere tilbake til i de påfølgende kapitler. I stedet foretar jeg en sammenligning av styringsinstrumenter i de tre opptrappingene, og spør hvorvidt det har skjedd endringer i reformdesign i løpet av de nevnte reformprosessene.

Teoretiske perspektiver: reformdesign og styringsinstrumenter

Reformbegrepet er mangetydig, og til dels uklart. Det synes å være enighet om at reformarbeid tar sikte på å «forbedre» et politikkkfelt. Brunsson og Olsen (1993) legger vekt på at det dreier seg om «bevisste forandringer i organisasjoners former, strukturer og arbeidsmåter», mens Sandvin (1996) stiller krav om at for at organisasjonsendringer skal få betegnelsen «reform» må en også forutsette endringer i *den grunnleggende (faglige) ideologi* endringene er tuftet på. Sandvins påpekning om dette kan, slik jeg oppfatter det, anses som en kravspesifikasjon som har betydning for endringer innenfor arbeidsfelt som er særlig forankret i faglig-profesjonelle perspektiver – slik rus- og psykiske helsetjenester er (Ramsdal & Ludvigsen, 1998). I mange tilfeller vil reformer på slike felt ha som hensikt å regulere, styrke eller nedtone bestemte faglige forståelses- og arbeidsmåter, ofte uten at dette er eksplisitt formulert. Ideen om «det nye paradigmet» på rus- og psykiske helsetjenester, med satsingene på lokalbaserte tjenester, kan være eksempel på dette.

For å kunne studere hvordan ulike drivkrefter bak reformer manifesterer seg, kan en ta utgangspunkt i hvilke valg av virkemidler som benyttes av de politiske myndigheter (Eliadis et al., 2005). Jeg skal her konsentrere meg om *reformdesign*, det vil si hvordan reformers formelle struktur organiseres gjennom bruk av ulike styringsinstrument (Brunsson & Olsen, 1993). Reformdesign er derved å forstå som de virkemidler som *samlet sett* anvendes i reformstrategien – det som betegnes som *reform assemblage* i den internasjonale litteraturen (Lascoumes & LeGales, 2007; Simons & Voss, 2018).

Interessen for styringsinstrumenter i studier av offentlig politikk har lange tradisjoner. Simons og Voss (2018) peker på ulike forståelser av instrument-begrepet: viktigst for våre formål her er skillet mellom rasjonelle valg av virkemidler for problemløsning, og institusjonelt forankrede instrumenter som påvirker faktiske politiske prosesser – «der problemer søker løsninger og løsninger søker problemer» (March & Olsen, 1976). Det siste innebærer at en er mer opptatt av de underliggende prosesser der teknisk-vitenskapelige problemdefinisjoner gjennom sosiale prosesser legger premisser for det reformdesign som utformes (Simons & Voss, 2018, s. 16).

Klassiske studier av reformdesign var forankret i den rasjonelle tilnærmingen til valg av styringsinstrumenter. I tråd med Rothstein (1986) forstås en her den struktur reformen får som resultat av valg av virkemidler innenfor de kognitive rammer reformkonstruktørene arbeider. Det finnes selvsagt andre måter å fortolke design på, for eksempel som symbolsk aktivitet, der en primært oppfatter reformarbeidet som legitimitetsskapende virksomhet (Brunsson & Olsen, 1993).

Parallelt med antakelser om at rasjonelle valg preger reformdesign har en også ment at reformer rent empirisk organiseres på nye måter i den moderne velferdsstaten. Med utgangspunkt i litteraturen om valg av styringsinstrumenter er det mulig å skille mellom det som betegnes som «konvensjonelle» instrumenter som preget reformdesign i velferdsstatens oppbyggingsfase, og de som blir ansett som kjennetegn ved våre dagers statlige reformer (Freeman et al., 2012; Hood & Margetts 2007; Salomon 2002). I den profilerte, «klassiske» reformperioden etter andre verdenskrig, ble det etablert et omfattende reformregime, ikke minst i de nordiske land. Det grunnleggende spørsmålet som da ble stilt – og som også i dag er essensielt – var hvilken kraft som ble lagt inn i iverksettingen av reformer. Styrken i reformdesignet ble sterkest manifestert ved å utvikle en ovenfra-ned-strategi. Her søker en på ulike måter – gjennom tvang og/eller incentiver – å sikre at lokale iverksettere endrer tiltak og tjenester i tråd med konkrete mål med reformen. I norsk sammenheng har kommuneinstitusjonens rolle som lokalt iverksettingsorgan for en statlig styrt politikk vært fremhevet som eksempel (Baldersheim & Rose, 2014; Kjellberg, 1991). I den andre enden av skalaen vil en reform kunne ta lokale forhold som gitte, og søke primært å skape grunnlag for lokalt genererte læringsprosesser. Slik tenker en seg at mål og intensjoner langsamt, men sikkert manifesterer seg på feltet – i tråd med institusjonelle teorier om organisasjonsendring (Røvik, 2007; Vabø, 2014). Her er informasjon, kunnskapsutvikling og faglig-ideologisk påvirkning eksempler. Når jeg i dette kapitlet diskuterer anvendelsen av ulike styringsinstrumenter, vil jeg derfor ta utgangspunkt i et skille mellom to idealtyper – «konvensjonelle-hierarkiske» og «governance-dialogiske» styringsinstrumenter. Dette blir i noen sammenhenger knyttet til anvendelse av det som betegnes som henholdsvis «harde» og «myke» instrumenter (Salomon, 2002).

Klassiske reformdesign - «government»

Hvilke parametre er det som inngår i de klassiske reformdesign? Studier av reformer i de skandinaviske land (Jacobsen, 1976; Ramsdal, 2013, Rothstein, 1986) kan sammenstilles som følgende elementer: En klart avgrenset målgruppe for reformen, klare og operasjonelle mål, strukturen på de økonomiske overføringer gjennom øremerkede overføringer, et entydig og sikkert kunnskapsgrunnlag, (eventuelt nye) fagprofesjoner som kan representere dette kunnskapsgrunnlaget, og at det etableres egne iverksettingsorgan som ivaretar intensjonene i reformen lokalt. Jacobsen (1976) har i tillegg hevdet at effektiv anvendelse av klassiske reformdesign forutsetter en legitimering av reformen ved at det eksisterer en «krisedefinisjon» som gjør nasjonal politisk handling nødvendig.

Det som avgjør reformens gjennomslagskraft vil ut fra denne tilnærmingen dels være graden av integrasjon mellom de ulike styringsinstrumentene, dels operasjonaliseringen av de enkelte instrumenter. Et reformdesign preget av *tette koplinger* innebærer at reformen er eksplisitt formulert og konsistent i valg av virkemidler, og at det er politisk styrke bak virkemidlene. At hvert instrument er operasjonalisert, innebærer på sin side at mål om omfang og kvalitet på tiltak og tjenester er klart formulert, at reformen er forankret i lovverk, at finansieringen er målrettet og at det er bestemte fagprofesjoner som blir definert som faglige bærere av reformarbeidet, sammen med lokale politisk-administrative organisasjoner (Ramsdal, 2013; Slagstad, 1996).

Dialogiske reformdesign - «governance»

Den «klassiske» tilnærmingen blir satt i relieff til det en hevder er de moderne velferdsstaters anvendelse av nye styringsformer, der en forutsetter mindre hierarkiske reformdesign. I Norge er dette assosiert med endringene i kommuneloven i 1992, der stat-kommune-relasjoner skal utformes som partnerskap, og der kommunene skal evalueres gjennom en mål-resultat-modell forankret i ideen om «den nye kommunen» (Kjellberg, 1991). Her er det dialog mellom de nasjonalstatlige reforminstanser og lokale iverksettere som vektlegges – det som altså betegnes

som en overgang fra «government» til «governance» (Salomon, 2002; Vabø, 2014). Statlige myndigheters rolle skal være å legge til rette for lokale løsninger (Vabø, 2014). Denne endringen hevder en å kunne observere i dagens utforming av helsepolitikken på europeisk nivå, i strategier for å forbedre og effektivisere helse- og velferdssektoren gjennom økt samhandling og samarbeid mellom ulike aktører på feltet (Anvik et al., 2020; Helderman et al., 2012). Det legges vekt på at det er lokale iverksetteres egne valg av tiltak, knyttet til egenevalueringer gjennom rapporteringssystemene som er prioritert (Lascoumes & LeGales, 2007). I vår sammenheng innebærer det at informasjons- og kommunikasjonsformer som nasjonale veiledere, anvendelse av utviklingsprosjekter og statlig tilrettelegging for lokal nettverksorganisering for bedre samhandling er nevnt som instrumenter innenfor det som betegnes som *soft governance* (Salomon, 2002).

Metode

Ved siden av de data og metoder som er redegjort for i kapittel 2, er særlig offentlige dokumenter og evalueringer av opptrappingene benyttet i analysen. Disse er gjennomgått for å identifisere de virkemidler som er benyttet, og begrunnelser som er gitt for disse. Evalueringsrapportene fra de to første opptrappingsplanene er også gjennomgått. Gjennom flere forskningsprosjekter om endringer i politiske initiativ og tjenesteutvikling har opptrappingsplanen for psykisk helse i perioden fra 1998 til 2016 vært benyttet til nye analyser av de aktuelle opptrappingene. Å isolere diskusjonen til noen få – i prinsippet klart avgrensede – reforminitiativ, har noen fordeler med hensyn til å gjennomføre en relativt detaljert analyse. Men det er likevel nødvendig å sette de to reforminitiativene inn i en større ramme, knyttet til det som tradisjonelt har vært oppfattet som to ulike politikkkfelt: rustjenester og psykiske helsetjenester. Det er derfor også noen koplinger mellom data om de aktuelle reformene og parallelle reforminitiativ på helse- og velferdssektoren mer generelt – for eksempel sykehusreformen 2002 og samhandlingsreformen 2012, og det som ofte betegnes som våre dagers beste eksempel på *soft concepts*: «pasientens helsetjeneste» (se kapittel 5).

Psykiske helsetjenester: fra den «tause reformen» til politisk prioritert reformsatsing

Psykiatrien har vært i kontinuerlig endring siden den ble etablert som en egen medisinsk virksomhet på 1800-tallet. Etter en lang periode med utbygging av psykiatriske sykehus og institusjoner snudde pendelen, og i perioden etter ca. 1970 skjedde det en kontinuerlig nedbygging av disse tilbudene. Denne prosessen ble betegnet som «den tause reformen», etter som endringene skjedde uten en samlet nasjonal plan. Det var en generell, global kritikk av store institusjoner koplet sammen med lokale beslutninger som i disse årene gradvis reduserte tilbudet. Men i begynnelsen av 1990-årene førte den omfattende nedbyggingen av sengeinstitusjonene til en motreaksjon, med en økende kritikk av tilbudet psykiatriske pasienter fikk. Utgangspunktet var at institusjonsnedbyggingen ikke var blitt erstattet av et tilbud i lokalsamfunnet/kommunene. I midten av 1990-årene tok Jagland-regjeringen initiativ til en gjennomgang av det psykiatriske tjenestetilbudet i landet, både med hensyn til omfang og organisering, og la derved til rette for en storstilt opptrapping av tjenestetilbudet gjennom Meld. St. 25 *Åpenhet og helhet* (1996–97), som siden ble konkretisert av Bondevik-regjeringen i opptrappingsplan for psykiatrien 1999–2006. Det var tverrpolitisk enighet om diagnosen av norsk psykiatri, og om hovedlinjene i planen. Hoveddiagnosen var at nedbyggingen av institusjonspsykiatrien hadde skapt en knapphet på tjenestetilbudet som måtte avstedkomme en sterk opprustning av psykiske helsetjenester. Mange av problemene var av organisatorisk art; hjelpeapparatet var for oppsplittet. Samordning og samarbeid mellom ulike deler av hjelpeapparatet, særlig mellom spesialisttjenestene og kommunene, fungerte ofte dårlig. Pasientene ble den skadelidende part. Beskrivelsen ble i Meld. St. 25 (1996–97) formulert som «svikt i alle ledd» – en krisedefinisjon som legitimerte en sterk opprustning av tjenestene på feltet.

Opptrappingsplanen i et reformperspektiv

Målene for opptrappingen ble formulert som å «styrke alle ledd i tiltakskjeden. Målet er å skape et helhetlig og sammenhengende behandlingsnettverk, der brukerperspektivet hele tiden skal stå i fokus» (St.prp.

nr. 63 (1997–98), s. 6). Satsingen konkretiserte dette i tre punkter: (1) Å øke det totale tilbudet av tiltak og tjenester til mennesker med psykiske lidelser i spesialisttjenestene og kommunene. (2) Å sikre at brukernes synspunkter og interesser ble ivaretatt (brukerperspektivet). (3) Å utforme tiltak og tjenester slik at de fremsto som en helhetlig behandlingsskjede.

Det viktigste, på mange måter grunnleggende, spørsmålet her, er hvilken *målgruppe* psykiatrisatsingen i kommunene omfattet. Her var statlige helsemyndigheter noe uklare (Ramsdal, 2013). To ytterpunkter kan skisseres når det gjelder målgruppe: den første var en «snever» definisjon, der mennesker med alvorlige psykiske lidelser skulle omfattes av reformarbeidet. Dette dreide seg om ca. 1 prosent av befolkningen. Denne avgrensningen var knyttet til beregninger i St.meld. nr. 25, og hadde viktige implikasjoner for kommunene: Det innebar at det var personer som allerede har fått en diagnose som alvorlig sinnslidende (primært gjennom kontakt med de da fylkeskommunale spesialisttjenestene), og som kunne registreres og avgrenses på en relativt entydig måte, som skulle legges til grunn for satsingen. Lokalt ville denne målgruppen i de fleste tilfelle ha et naturlig forankringspunkt i den kommunale pleie- og omsorgstjenesten. Psykiatriske sykepleiere hadde i de fleste kommunene et faglig ansvar for denne gruppen (Robberstad, 2002). Men en vid definisjon av målgruppen syntes like rimelig. Analyser viste ifølge den samme meldingen at ca. 20 prosent av befolkningen ville ha behov for profesjonell hjelp til psykiske lidelser og livskriser i løpet av sitt liv. Her var det vektleggingen av arbeid for barn og unge, generelt forebyggende og helsefremmende arbeid og tiltak og tjenester til mennesker med «lettere» psykiske plager, som angstlidelser, som definerte målgruppen. Levekår fikk en fremtredende plass i satsingen, mens diagnoser og behandlingsmetoder ble nedtonet. Dette indikerte at reformen «ikke primært er en helsereform», som det het, men at den hadde et sterkere sosialpsykologisk og sosiologisk faglig grunnlag (Ramsdal, 2013). Den statlige styringen med lokal gjennomføring av psykiatrireformen tok utgangspunkt i dette, som et ledd i det vi betegner som «paradigmeskiftet».

I tråd med dette ble svært mye av gjennomføringen av opptrappingen knyttet til kommunenivået. Det ble i tillegg vektlagt at spesialisttjenestene skulle bli mer konsentrert og spesialisert. Det var derfor en omfattende

satsing på den delen av spesialisttjenestene som dreide seg om utbygging av distriktpsikiatriske sentra (DPS) som innebar en omfattende endring av tjenestetilbudet innenfor psykiske spesialisttjenester. Det var den kommunale satsingen, sammen med utbyggingen av de DPS-ene, som var det nye reformen brakte med seg.

Den statlige styringen med reformarbeidet i kommunene kom til uttrykk gjennom fire grep: den økonomiske overføringsordningen, kravene til lokale planer, rådgivningsordningen ved fylkeslegeembetene og kompetansekrav / krav til lokale tiltak og tjenesters utforming.

De økonomiske overføringene til kommunene skjedde i form av øremerkede tilskudd basert på objektive kriterier. Vilårene for utbetaling av tilskuddet for 1998 var at kommunen hadde utarbeidet en handlingsplan for tjenester til mennesker med psykiske lidelser. (St.prp. nr. 63 (1997–98), s. 8). Etter at opptrappingsplanen ble avsluttet i 2009 ble de øremerkede tilskuddene omgjort til støtte via rammetilskuddet til kommunene.

St.meld. nr. 25 og opptrappingsplanen la vekt på to forhold ved utbyggingen av de kommunale tiltak og tjenester: for det første at det ikke skulle utvikles en egen særomsorg for målgruppen, og heller at en skulle integrere tiltak og tjenester i den ordinære kommunale virksomheten. For det andre ble det lagt opp til at en skulle bygge et stort antall nye omsorgsboliger, hjemmetjenesten skulle styrkes, dagsentervirksomheten skulle økes betydelig, støttekontaktordningen skulle trappes betydelig opp, kultur- og fritidstilbud skulle bygges «gradvis ut», og tilrettelagt behandling i kommunene skulle også styrkes. Videre skulle kommunale tjenester for barn og ungdom økes betydelig, blant annet skulle bemanningen på helsestasjonene økes i løpet av planperioden.

Mens opplistingen indikerer hvilke prioriteringer av tiltak og tjenester det ble lagt opp til fra statlig hold, sa den som nevnt foran lite om hvilke konkrete tiltak og tjenester den enkelte kommune skulle utvikle. I Rundskriv 1-14/98 ble det imidlertid gitt et «indirekte» uttrykk for statens forventninger, i og med at rapporteringsskjemaet inneholdt en registrering av tiltak og tjenester på «prioriterte områder», blant annet opprettelse av nye stillinger, opprustning av kompetansen i tjenestene, og bedre samarbeid med andre tjenester, som NAV (Sosial- og helsedepartementet, 1998). Et

mål var også å bidra til å gi bo-, aktivitets-, pleie- og omsorgstilbud til pasienter med psykiske lidelser som er ferdigbehandlet i spesialisthelsetjenesten, og en styrking av samarbeidet med fylkeskommunen/spesialisttjenestene nevnt spesielt. Til sammen ble dette en lang liste over tiltak kommunene var forventet å gjennomføre.

Evalueringene som ble foretatt av opptrappingsplanen for psykisk helse konkluderte med at planen i all hovedsak ble iverksatt når det gjaldt de kvantitative målene – på enkelte områder ble den til og med overopplyt. Opptrappingen ble på mange hold ansett som en suksess. Samtidig ble det imidlertid pekt på at de mer generelt formulerte kvalitative mål om bedre samhandling og helhetlige tjenester ikke på tilsvarende vis var oppnådd (Norges forskningsråd, 2009).

Rusreformen i 2004 og opptrappingsplaner for rusfeltet

I motsetning til i reformarbeidet i psykisk helsearbeid, som gjerne kan knyttes til *en* bestemt satsing de siste tiårene (Opptrappingsplanen for psykisk helse 1998–2009), er utviklingen i rustjenestene mer preget av en gradvis utvikling, der statlige reforminitiativ har fulgt etter hverandre. Grunnlaget er dels forvaltningsmessige endringer i rammebetingelsene knyttet til den såkalte Rusreformen fra 2004, dels to opptrappingsplaner fra 2007 til 2010, og 2017–2020.

Utgangspunkt for det man (inntil 2020) betegner som «rusreformen», er statsovertakelsen av russpesialisttjenestene i 2004, i forlengelsen av sykehusreformen i 2002. «Rusreformen» i forbindelse med statsovertakelsen skjedde etter en plan for styrking av tjenestene både med hensyn til omfang og kvalitet. I tiden etter statsovertakelsen ble det også bevilget betydelige beløp for å styrke spesialisttjenestene (TSB), samtidig som en var klar over at disse hadde vært delvis neglisjert, at det var manglende kunnskaper om effekten av ulike behandlingsmetoder, og at det var store variasjoner mellom tjenestene i ulike deler av landet. Det er viktig å merke seg at dette ikke var en helhetlig reform, i den forstand at de kommunale/lokale tjenestene ikke var fokusert (Hansen et al., 2018a).

Opptrappingsplan for rusfeltet 2007-2010

Den opptrappingsplanen for rusfeltet som ble vedtatt i 2007 under den rød-grønne regjeringen, hadde derimot fokus på de kommunale tjenestene. Den var resultatet av en omfattende prosess der innspill fra en rekke samfunnsinstitusjoner, forskere, frivillige organisasjoner, helseforetak m.m. ble lagt inn i planen. Dette kan ha være av betydning for det brede, eklektiske perspektivet planen bar preg av. Det grunnleggende utgangspunktet er at rustjenestene hadde vært neglisjert, at det var behov for et kvantitativt og kvalitativt løft, og at det var kommunene som er nøkkelen for en vellykket reform. Som det het i helse- og omsorgsministerens forord til planen: «Et velfungerende lokaldemokrati er avgjørende for å sikre gode velferdstilbud» (Helse- og omsorgsdepartementet, 2007). Det ble lagt vekt på et forebyggende og helhetlig faglig perspektiv. Målet ble formulert i fem punkter: et tydelig folkehelseperspektiv, bedre kvalitet og kompetanse, mer tilgjengelige tjenester og sosial inkludering, forpliktende samhandling og økt brukerinnflytelse. Det pekes på at rusreformen (fra 2004) var en viktig «systemreform», men at det nå var behov for å gi tjenestene et innhold «som fungerer på en god måte for brukerne» (s. 8). Det ble vist til at helseforetakene hadde økt bevilgningene til TSB med nærmere en milliard kr i tiden mellom statsovertakelsen og beslutningen om opptrappingsplanen, og at «den gylne regel» om at rus- og psykiske helsetjenester i helseforetakene skulle ha større vekst enn somatikken var blitt lagt til grunn for denne økningen. Det het likevel at det var store mangler ved det totale tjenestetilbudet, blant annet at samhandlingen mellom kommunale, frivillige aktører og spesialisttjenester var for dårlig, og at kommunene manglet mange av de tiltak og tjenester som er en forutsetning for å bedre tilbudet (Helse- og omsorgsdepartementet, 2007).

Tre momenter skal nevnes om denne planen: den har et eksplisitt formulert «psyko-sosialt» faglig grunnlag – det dreier seg om normalisering, integrering, brukerperspektiv, samordning og samarbeid. «Forbedringsarbeidet skal ha et tverrfaglig og psykososialt perspektiv. Særlig viktig er at kommunene i større grad ser sammenhengen mellom rusmiddelproblemer og psykiske lidelser, og mellom rusproblematikk og sosial mestring og inkludering» (Helse- og omsorgsdepartementet, 2007, s. 29).

Dette ga planen et bredt nedslagsfelt, og i tråd med dette ble det ble identifisert en rekke departementer og direktorater som ansvarlige for iverksettingen av planen. Under hvert av de fem hovedmålene ble det formulert fem delmål (unntatt økt brukerinnflytelse, der det kun er nevnt tre), og til sammen var det 154 «tiltak» spredt ut i en vifte av ansvarlige for de ulike deler av planen. Planen omfattet både tiltak i TSB, kommunene, private/frivillige organisasjoner og fag- og forskningsmiljøer. I tillegg var det stor vekt på å forbedre samordning og samarbeid mellom ulike instanser på feltet, ikke minst i forhold til ROP-pasienter. Planen ble dessuten koplet til andre reformer og planer for helse- og velferdssektoren, blant annet opptrappingsplanen for psykisk helse (som jo da var i slutfasen), NAV-reformen og den kommende samhandlingsreformen. Totalt sett gir dette grunnlag for å hevde at reformarbeidet knyttet til denne første rusopptrappingsplanen var omfattende, og med store likhetspunktet i tilnærming til feltet som en finner i opptrappingsplanen for psykisk helse. Det dreier seg særlig om de faglige utgangspunktene, knyttet til integrering, mestring og et generelt brukerperspektiv, og med vektlegging av samordning av kommunale tiltak og tjenester som grunnmuren i tjenestesystemet. Dette må også ses på bakgrunn av at diagnosen innbefattet en oppfatning om at en siden statsovertakelsen hadde sett en relativt sterk økning i TSB, blant annet at antallet sengeplasser hadde økt med 25 prosent i løpet av treårsperioden etter statsovertakelsen (Helse- og omsorgsdepartementet, 2007, s. 11).

Blant de tiltakene som ble nevnt, hadde flere betydning for hvilket reformdesign en kan identifisere som av betydning for iverksettingen:

Den svært brede tilnærmingen innebar at planen omfattet en rekke grunnleggende spørsmål om alkohol- og narkotikapolitikken, gjennom primært informasjonsarbeid og kunnskapsutvikling. Men det er flere likhetspunkter med organiseringen av iverksettingen med opptrappingsplanen for psykisk helse, blant annet at en etablerte rusrådgivere i hvert fylkesmannsembete (nå: statsforvalterne), at en ønsket å gjøre forsøk med lokale koordinatore, samt styrke arbeidet med individuelle paner for målgruppen.

Men de økonomiske virkemidlene var på sett og vis avgjørende: det skulle i løpet av planperioden overføres ca. 800 mill. kr til styrking av de

kommunale rustjenestene. Dette skulle imidlertid (og i motsetning til i opptrappingsplanen for psykisk helse) gis i form av rammeoverføringer – det vil si inngå i den generelle rammen som overføres til kommunene. Dette ble begrunnet med at kommunene er svært ulike, har varierende behov og at midlene må ses i sammenheng med øvrige satsinger i kommunene. Denne forvaltningspolitiske begrunnelsen må også ses i lys av at det var forventet en generell økning i kommunenes innsats – basert på statlige overføringer gjennom rammetilskuddet – til omsorgstjenestene og andre velferdstjenester mer generelt. Det het om dette at «(H)ovedtyngden av tjenester til personer med rusmiddelproblemer inngår i ordinære kommunale tjenester og finansieres over rammen til kommunene» (Helse- og omsorgsdepartementet, 2007, s. 45).

Styrkingen av arbeidet med rustjenester måtte derfor ses i sammenheng med en generell styrking av kommuneøkonomien. I tillegg ville det skje overføringer gjennom rammetilskuddet ved at planen la opp til øremerkede overføringer (via fylkesmannen) til utviklingsprosjekter, for eksempel innen LAR og lavterskel helsetiltak. Det ble også gitt støtte til etablering av ACT/FACT-team. Her ville kommunene (i samarbeid med spesialisttjenestene) kunne søke om egne midler til noen – fra statlig hold – prioriterte organisasjonsløsninger, men det forutsatte at kommunene etter prosjektperioden ville videreføre finansieringen selv. Dette var begrunnet med at disse tiltakene var «evidensbaserte» (Ramsdal & Hansen, 2016). Ordningen med at kommunene måtte vedta en forpliktende ruspolitisk handlingsplan ble videreført. Et moment er at det ble vektlagt at en ville forbedre statistikk- og øvrig kunnskapsgrunnlag for å kunne evaluere fremdriften i det lokale rusarbeidet, inkludert bruken av midlene som kommunene vil bli tilført.

Opptrappingsplan for rusfeltet 2016–2020

Evalueringen av opptrappingsplanen 2007–2010 etter at den var avsluttet viste at det fremdeles var mange og store problemer med tiltak og tjenester for mennesker med rusproblemer i kommunene, både med hensyn til kvantitative og kvalitative trekk ved tjenestene (Hansen et al., 2018a, 2018b). Opptrappingsplanen 2016–2020 ble lagt frem for Stortinget

i november 2015 i Prop. 15 S (2015–2016), og ble behandlet i april 2016. Det var Helsedirektoratet som fikk i oppdrag å forberede og gjennomføre planen – inkludert å etablere et evaluerings- og overvåkings-/observasjonsopplegg (Hansen et al., 2018a, s. 11). Grunnlaget for den nye opptrappingsplanen var blant annet at både Helsetilsynet og Riksrevisjonen pekte på utfordringene med samhandling og samordning mellom kommunene og spesialisttjenestene på feltet. Samtidig viste studier at det var en rekke utfordringer knyttet til å realisere mål om tidlig innsats og forebyggende arbeid, alkoholkonsum, overdosetall, tilgjengelighet til tjenester og behandling, bosituasjonen til mennesker med rusproblem og tilgang til arbeid og tilrettelagte aktiviteter (Prop. 15 S (2015–2016), kap. 1). Et hovedproblem som blant andre Riksrevisjonen (2016) pekte på, var at tilbudet i kommunene ikke var styrket i takt med nedbyggingen av døgnplasser i spesialisttjenestene i TSB. Det ble pekt på at bevilgningene til de sistnevnte tjenestene hadde stagnert de siste årene etter rusreformen i 2004. Siden ble disse synspunktene ytterligere dokumentert av Helsetilsynet – der blant annet utfordringene med å forbedre samhandling mellom rus- og psykiske helsetjenester horisontalt og vertikalt ble vektlagt spesielt (Riksrevisjonen, 2016).

En av konklusjonene som lå til grunn for opptrappingsplanen i 2016 var et bilde av at det var behov for både kapasitets- og kompetanseoppbygging i kommunene. Opptrappingen tok derfor utgangspunkt i mange av de samme utfordringene, mål og tiltak som hadde vært lagt til grunn for rusopptrappingen 2007–2010.

Det ble formulert tre innsatsområder og fem hovedmål. Innsatsområdene var: tidlig innsats, styrking av behandlingstilbudet med hensyn til kapasitet og kvalitet, og styring av ettervernet/oppfølgingstjenester med prioritering av bolig, arbeid og aktivitet. De fem hovedmålene omhandlet økt brukerinnflytelse, tidlig hjelp, aktiviteter, en meningsfull tilværelse, alternative straffereaksjoner og straffegjennomføringsformer, samt et «tilgjengelig, variert og helhetlig tjenesteapparat» (Prop. 15 S (2015–2016)).

Tre forhold preger det reformdesignet opptrappingen kjennetegnes ved: For det første er det, som den forrige opptrappingsplanen på rusfeltet, en tverrsektoriell plan. Dette innebar at de ulike tiltakene som skulle iverksettes ble knyttet til seks departementers og sju direktoraters ansvar.

Det dreier seg nå om til sammen 77 punkter regjeringen har definert som tiltak innenfor planen – betegnet som «regjeringen vil»-punkter. Hvert av disse punktene er så fordelt på de ulike departementer/direktorater, med identifisering av ansvaret for implementering for hvert punkt. Helsedirektoratet har det overordnede iverksettingsansvaret, blant annet ved å koordinere innsatsen fra de øvrige statlige aktørene.

Som det påpekes i FAFOs første evalueringsrapport (Hansen et al., 2018a), er de 77 tiltakene svært ulike i form – i likhet med den første rusopptrappingsplanen. Noen er relativt generelt formulerte, mens andre er meget spesifikke og konkrete. Noen av de målene som er formulert er knyttet til konkrete (forventede) bevilgninger. Det het for eksempel at flere rusavhengige skulle få et egnet sted å bo, og at det skulle utvikles / bli en økning i bruk av alternative straffereaksjoner. Det ble videre nevnt flere spesifikke tiltak, for eksempel behandlingsteam (etter modell av ACT/FACT), lavterskel substitusjonsbehandling etter modell av LASSO, og lavterskeltilbud etter modell av Gatehospitalet. Det foreslås også å øke kompetansen om rus- og avhengighetsproblematikk i alle sektorer. Det sies også at regjeringen vil trappe opp bevilgningene til rusfeltet i tråd med langsiktige mål og tiltak som følger av planen.

Også her ser vi at målgruppen i planen er vid, og «ikke begrenset til spesifikke grupper eller bestemte typer rusmidler». Dette koples til det overordnede målet om å skape «pasientenes og brukernes helse- og omsorgstjeneste, der disse står i sentrum» (Prop. 15 S (2015–2016), s. 6).

Totalt heter det i proposisjonen at regjeringen vil øke bevilgningene til rusfeltet med til sammen 2,4 milliarder kr i planperioden 2016–2020. Det heter at planen er basert på at gjennomføring av mål og tiltak rettet mot kommunene som hovedregel skal finansieres gjennom kommunenes frie inntekter – det vil si som del av rammetilskuddet. Som tidligere, kunne kommunene søke om prosjektmidler til utprøving av nye tiltak og tjenester. Det ble videre forutsatt at det skulle skje en videreføring av prinsippet om «den gylne regel» (at veksten i psykisk helsevern og TSB skulle være sterkere enn i somatikken), men at dette skulle skje innenfor det økonomiske opplegget for helseforetakene – det vil si rammeoverføringen. Derved ble den videre utviklingen av spesialisttjenestene på feltet prisgitt helseforetakenes prioriteringer i de årlige budsjettforhandlinger.

Om begrunnelsen for å legge russatsingens bevilgninger til kommunens frie ramme heter det at dette bidrar til «forenkling og forutsigbarhet for kommunene, og stimulerer til effektiv ressursutnyttelse i tråd med lokale behov, slik at kommunen kan se sine velferdsoppgaver i sammenheng» (Prop. 15 S (2015–2016), s. 7). Det ble også sagt at staten ønsker et stort mangfold av tjenester. Det heter også, i tråd med det eklektiske grunnlag disse tjenestene skal utvikles på, at tilbudene baserer seg på ulike behandlingsfilosofier og metodikker. Dette, heter det, representerer en politisk ønsket utvikling med stort mangfold i behandlingstilbudet. Det sies likevel at dette mangfoldet gjør det også krevende å måle kvaliteten og effekten av tilbudene, og kan gjøre det vanskelig for brukerne å orientere seg og velge tilbud.

I vår sammenheng er begrunnelsene for valg av styringsinstrumenter i tråd med forutsetningene om stat–kommunerelasjoner knyttet til ideen om «den nye kommunen». Av denne følger at staten ikke vil legge seg bort i hvordan kommunene organiserer sine helse- og omsorgstjenester – eller andre velferdstjenester. De mest spesifikke retningsangivelsene til utvikling av kommunenes organisasjons- og arbeidsformer på rusfeltet er knyttet til kommunenes muligheter til å søke prosjektmidler til nasjonalt standardiserte organisasjonsmodeller (særlig ACT/FACT/LASSO) eller utprøving av lokale varianter. Dette innebærer en utfordring i kommunene ved at de øvrige ordinære tjenester og tiltak ikke er gitt en tilsvarende presis beskrivelse. Også den eksterne evalueringen viser til at dette er en utfordring (Hansen et al., 2018b). For å kunne måle utviklingen på feltet ville regjeringen derfor satse på etablerte rapporteringsordninger, blant annet brukerplan, for å følge kommunenes ressursinnsats. Det heter også at: «Dersom resultatrapporteringen viser manglende oppfølging i kommunene vil regjeringen vurdere å ta i bruk sterkere virkemidler» (Prop. 15 S (2015–2016), s. 8).

I sin andre rapport fra evalueringen av rusopptrappingsplanen 2016–2020 konkluderer FAFO-forskerne med at det skjer en opptrapping av innsatsen på rusfeltet, men at det er langt til målet om 2,4 milliarder økning i innsatsen (Hansen et al., 2018b). Rapporten viser til utviklingen i seks kommuner, og her ser økningen i ressurser til rusfeltet også ut til å føre til en styrking av bemanningen både når det gjelder antall ansatte og

kompetansesammensetning. Men det har vært en marginal økning i de samlede kostnadene til TSB i perioden 2016–2017, og «den gylne regel» er ikke fulgt opp i 2017. For vår analyse er det først og fremst påpekningen om at det til tross for økte ambisjoner er store variasjoner i det kommunale tjenestetilbudet, der noen utvikler tiltak og tjenester i tråd med de politiske og faglige mål, mens andre ikke på samme måte gjør dette (Hansen et al., 2018b).

Drøfting

De reforminitiativene på rus- og psykisk helsefeltet som er skissert foran, dreier seg alle om å styrke lokalbaserte tjenester i tråd med det paradigmeskiftet som er presentert. Målet er at lokale tiltak og tjenester skal styrkes, og at brukerperspektiver skal legges til grunn. Noen grunnleggende likhetspunkter er viktige her: for det første er det, både i forhold til psykisk helse- og rusopptrappingene, klare ambisjoner om å forankre tiltak og tjenester på det kommunale nivået, og at spesialisttjenestenes rolle skulle være mindre viktig for de fleste brukere av tjenester på feltet. Begrepet «lokalbaserte tjenester» ble etter hvert vanlig i de statlige styringsdokumentene. Dette innbefattet flere offentlige og private aktører, og særlig vekt på kommunale tiltak og tjenester. Det er verdt å merke seg at begrepet også inkluderte DPS-ene, som jo er spesialisttjenester (Helsedirektoratet, 2014).

Styringsinstrumenter i de tre opptrappingene

Flere trekk ved opptrappingsplanene vi har studert er likeartede: Definisjonen av *målgruppen* var *vid*. Grunnprinsippet for tjenestene er at de skal være universelle, det vil si være tilgjengelige for alle grupper, og at det ikke skal utvikles en særomsorg. Samtidig skal tilbudet være differensiert, ved at en ser for seg at ulike grader av alvorlighet i de problemer og lidelser målgruppen har skal møtes med økende spesialisering av kompetanse og tiltak (Ytrehus, 2018). Utformingen av lokale tiltak og tjenester innebærer derfor at kommunene må avklare hvilke målgrupper en skal prioritere innenfor de finansielle og kompetansemessige rammer en har til disposisjon.

Et annet likhetspunkt er at det understrekes et *usikkert kunnskapsgrunnlag*, men opptrappingsplanen for psykisk helse er mindre eksplisitt om dette enn de to rusopptrappingsplanene. I opptrappingsplanen for psykisk helse kan det gis inntrykk av at planen er mer opptatt av å legitimere det psykososiale og sosiologiske kunnskapsgrunnlaget mot en dominerende medisinsk forståelse enn tilfellet er i de to rusplanene. En antakelse kan være at de mål og faglige perspektiver som ble beskrevet i opptrappingsplanen for psykisk helse – om integrering, normalisering, mestring – ved lanseringen av de to senere rusopptrappingsplanene er mer anerkjente og etablerte begreper. For eksempel er «psykisk helsearbeid» nå anerkjent som et eget utdannings- og kunnskapsfelt (Ekeland, 2012; Nasjonalt kompetansesenter for psykisk helsearbeid, 2018). Hovedsaken er at det ikke legges skjul på at rus- og psykiske helseproblemer er komplekse og mangfoldige, og at det derfor er nødvendig å anvende ulike kunnskapsgrunnlag på feltet. Og i de lokalbaserte tjenestene er det en klar overvekt av psykososiale perspektiver, og det som er betegnet som et «sosiologisk paradigme» (Berg, 1982). Et aspekt ved dette er at det ikke stilles krav til bestemte *fagprofesjoner* som skal ha forrang i tjenestene i kommunene. Dette reflekterer både den relative autonomi i lokal organisering målstyringsmodellen i kommuneloven forutsetter, og den «avviklingen av profesjonsprotokollen» som ble vedtatt i forbindelse med endringer i helse- og omsorgsloven i 2012 – da samhandlingsreformen kom. (I 2018 har en gjort et unntak fra dette prinsippet, ved at det er vedtatt at kommunene skal tilsette psykologer i tjenestene).

Et tredje fellestrekk ved de tre opptrappingene er knyttet til grad av *klare og operasjonelle mål*. Alle planene opererer med både generelt formulerte, faglig-ideologiske mål og kvantitative mål om utvikling av bestemte tiltak og tjenester. Alle opptrappingsplanene formulerer veksten på et overordnet nasjonalt nivå. Ulikhetene er her knyttet til de forvaltningspolitiske rammebetingelser for iverksettingen – det vil primært si koplingen mellom en forståelse av kommunalt selvstyre på den ene side og finansieringsformen. Opptrappingsplanen for psykisk helse var basert på øremerkede tilskudd, mens de to rusopptrappingene har en paradoksal hybridform: På den ene siden er det angitt kvantitative mål og bevilgninger til bestemte tiltak på nasjonalt nivå, på den annen side er midler

overført til kommunene som del av rammetilskuddet. Det er da opp til den enkelte kommune å prioritere i tråd med de overordnede målene – og i praksis vil utviklingen av lokalbaserte rus- og psykiske helsetjenester derved måtte konkurrere med andre gode tiltak i kommunene. Dette må også ses i sammenheng med at det riktignok etableres omfattende og detaljerte rapporteringssystemer for tjenesteutviklingen, men at statlige myndigheter har svake sanksjonsmuligheter i forhold til manglende satsing på feltet i kommunene.

Paradigmeskifte og styringsinstrumenter – er det samsvar mellom mål og midler?

De dimensjonene ved styringsinstrumenter som er gjennomgått foran, må ses i sammenheng med den overordnede problemstillingen om grad av samsvar mellom målet om den paradigmatisk endringen mot lokalbaserte rus- og psykiske tjenester og de styringsinstrumenter som anvendes. I hvilken grad kan en gjenfinne overgang til mer «dialogiske» iverksettelsesformer? Det «nye paradigmet», som innebærer endringer i tjenestesystemet med vektlegging av lokalbaserte tjenester, er sterkt til stede i alle de tre opptrappingene som er studert. Det er likevel noen ulikheter i de styringsinstrumentene som er anvendt mellom opptrappingsplanen for psykisk helse og de to rusopptrappingsplanene: I psykisk helse-opptrappingen var det relativt «tette koplinger» mellom styringsinstrumenter både horisontalt og vertikalt. Horisontalt var det noen få statlige organ som var tett sammenvevd. På den vertikale akse dreide det seg om en linje fra Helse- og omsorgsdepartementet via Helsedirektoratet til fylkeslegens/fylkesmannens psykiatrirådgivere, og deretter ut til kommunene. Helsedirektoratet hadde ansvaret for iverksettingen på det overordnede nasjonale nivå. Andre departementer og direktorater spilte en marginal rolle.

Rusopptrappingene på sine side preges av en fragmentert og uoversiktlig autoritetsstruktur både horisontalt og vertikalt, selv om Helsedirektoratet har det overordnede ansvar for iverksettingen. På nasjonalt nivå er de mange ulike enkelttiltak fordelt mellom en rekke aktører. Fordeling av ansvaret for iverksettingen fremstår – særlig i den siste

rusopptrappingen – i en «vifteform» mellom departementer og direktorater. Det er i stor grad de lokale fortolkninger av hvordan overordnede faglige og politiske mål om for eksempel «integreerte tjenester» på feltet skal koples til prioriteringer av ulike anbefalte tiltak som er nøkkelen til utvikling av tjenestetilbudet opptrappingene utløste. I alle de tre opptrappingene er derfor de kommunale iverksettelsesprosesser, basert på finansieringsordningene som er valgt, avgjørende for om målene nås. Det som synes å være mest avgjørende for vellykket iverksetting, er koplingen mellom nasjonale mål for ulike tiltak og tjenester – som altså er relativt konkrete og kvantifiserte, og den måten *finansieringen* av disse tiltakene struktureres på. Her er ulikheten mellom opptrappingsplanen for psykisk helse og de to rusopptrappingsplanene påfallende.

De styringsinstrumenter som er valgt – og de som er valgt bort – kan ikke forstås uten at en ser de tre opptrappingene på rus- og psykisk helsefeltet i en bredere kontekst. Viktig i vår sammenheng er de overordnede forvaltningspolitiske prinsipper – som er skissert foran, knyttet til strategier om effektivisering av offentlige tjenester basert på NPM – og særlig den partnerskapsrelasjonen som en forventer skal etableres mellom statlige og lokale myndigheter (Kjellberg, 1991; Vabø, 2014). Denne omfatter også rus- og psykiske reformstrategier. Likevel var opptrappingsplanen for psykisk helse nærmest fri for koplinger til den overordnede forvaltningspolitikken – og for eksempel er det ingen referanser som peker frem mot den kommende helseforetaksreformen i 2002. Partnerskapsrelasjonen uttrykkes først og fremst gjennom at de to rusopptrappingene, og bekreftes også i samhandlingsreformen. Men i denne reformen heter det også at spesialisttjenestene skulle bli «mer spesialiserte», mer kompakte, ha raskere omløpsti på pasienter og legge vekt på utnyttelse av spesialistkompetanse. Samhandlingsreformen innebar derved at kommunene i denne tidsperioden fikk incitament – gjennom opptrappingene på rus- og psykisk helsefeltet – til å påta seg en utvidet rolle, men at de også ble *tvunget* til å påta seg en slik rolle (Anvik et al., 2020). Presset på de kommunale tjenestene har økt, og spørsmålet vi har stilt innledningsvis, må derfor forstås som at opptrappingene innebar både en dialogisk og, særlig gjennom krav knyttet til samhandlingsreformen, hierarkisk påvirkning.

Avslutning

De styringsinstrumenter som er kommet til anvendelse er etter hvert, og særlig i de to satsingene, kjennetegnet ved en frakopling mellom spesifikke krav til lokale tiltak og tjenester og de mål og ambisjoner om å styrke disse tjenestene i tråd med det paradigmeskiftet en kan observere. Til tross for de spesifikke mål og tilhørende bevilgninger statlige myndigheter vedtar, vil iverksettingen være prisgitt at det lokalt prioriteres rus- og psykiske helsetjenester i konkurranse med en rekke andre gode formål. En særegen utfordring er derfor at mens det kan synes å være høy grad av samsvar mellom ideen om lokalbaserte tjenester og de virkemidler staten anvender i satsingene, er det fare for at det ikke skjer en styrking av tjenestene for brukerne. Dette synes å være tilfellet der *soft instruments* ikke har vært koplet med mer tradisjonelle styringsinstrumenter, som de finansieringsordningene representerer (Nicaise et al., 2014).

Dette kan tyde på at de «dialogiske» styringsinstrumenter ikke kan erstatte de mer tradisjonelle. Som tilfellet er for andre viktige samfunnsområder, synes det som om en (kompleks) anvendelse av «harde» styringsinstrumenter i kombinasjon med «myke» dialogiske relasjoner som ivaretar lokalt skjønn vil gi de mest holdbare resultater. Et aspekt ved dette er at anvendelse av ideologiske virkemidler, som informasjons- og kunnskapsutvikling, vil kunne ivareta noen av de formål som hierarkiske «harde» styringsinstrumenter tidligere kunne. Måten en strukturerer kunnskaps- og informasjonstiltakene er blitt stadig viktigere – kanskje avgjørende – for at det paradigmeskiftet i rus- og psykisk helsefeltet som en nå legger opp til faktisk vil skje. Dette blir tatt opp i neste kapittel.

Spørsmålet som ble stilt innledningsvis i dette kapitlet dreier seg om hvorvidt de reformdesign, forstått som kombinasjonen av ulike styringsinstrumenter, som er valgt, kan sikre at de politiske mål om å endre tjenestene er tilstrekkelige. I analysen foran er det vektlagt at forvaltningspolitiske prinsipper innebærer at den påvirkning statlige myndigheter har over de lokale beslutningsprosessene er preget av det vi kan betegne som «dialogiske» virkemidler, og at dette er blitt tydeligere i de to siste opptrappingsplanene. Dette har noen viktige implikasjoner for de analysene av lokale endringsprosesser på feltet som blir tatt opp i senere kapitler i boken (del 2). For det første er målene om styrking av tjenestetilbudet og

vektleggingen av psykososiale og sosiologiske perspektiver, samt de økonomiske overføringer som kjennetegner opptrappingene, et uttrykk for at ansvaret for å nå de statlige mål i praksis blir overlatt til kommunene. Her vil lokale særtrekk få stor betydning for både kraften i satsingene og strukturen på de tjenestene på feltet som innbyggerne tilbys. Derved vil kommunale aktører selv måtte avklare hva som menes med «lokalbaserte tiltak og tjenester» i lokale sammenhenger – det som begrunner behovet for å studere endringsprosesser på feltet «nedenfra». Det er nettopp lokale beslutningsprosesser om omfang og struktur på tjenestene til mennesker med ROP-lidelser som er i søkelyset i denne boken.

Referanser

- Almvik, A. (2006). Kommunalt psykisk helsearbeid. I A. Almvik & L. Borge (Red.), *Psykisk helsearbeid i nye sko*. Fagbokforlaget.
- Anvik, C. H., Sandvin, J., Breimo, J. P. & Henriksen, Ø. (2020). *Velferdstjenestenes vilkår. Nasjonal politikk og lokale erfaringer*. Universitetsforlaget.
- Baldersheim, H. & Rose, L. E. (Red.). (2014). *Det kommunale laboratorium*. Fagbokforlaget.
- Berg, O. (1987). *Medisinens logikk. Studier i medisinens sosiologi og politikk*. Universitetsforlaget
- Biong, S. & Ytrehus, S. (Red.). (2018). *Helsehjelp til personer med rusproblemer* (2. utg.). Cappelen Damm Akademisk
- Brunsson, N. & Olsen, J. P. (1993). *The Reforming Organization*. Routedledge.
- Ekeland, T.-J. (2011). *Ny kunnskap – ny praksis. Et nytt psykisk helsevern*. Nasjonalt senter for erfaringskompetanse innen psykisk helse.
- Eliadis, P., Hill, M. M. & Howlett, M. (Red.). (2005). *Designing government. From instruments to governance*. McGill-Queen's University Press.
- Freeman, R., Smith-Merry, J. & Sturdy, S. (2012). Rhizomic regulation: Mobilising knowledge for mental health in Europe. I J. Barroso & L. M. Carvalho (Red.), *Knowledge and regulatory processes in health and education policies*. EDUCA Universidad de Lisboa.
- Hansen, I. L. S., Tofteng, M., Flatval, V. S., Andersson, S., Holst, L. S. & Bråthen, K. (2018a). *Evaluering av opptrappingsplanen for rusfeltet* (Fafo-rapport 2018:08). <https://www.fafo.no/images/pub/2018/20657.pdf>
- Hansen, I. L. S., Tofteng, M., Flatval, V. S. & Bråthen, K. (2018b). *Evaluering av opptrappingsplanen for rusfeltet* (Fafo-rapport 2018:44). <https://www.fafo.no/>

- zoo-publikasjoner/ fao-rapporter/item/evaluering-av-opptrappingsplanen-for-rusfeltet-4
- Helderman, J.-K., Bevan, G. & France, G. (2012). The rise of the regulatory state in health care: A comparative analysis of the Netherlands, England and Italy. *Health Economics Policy and Law*, 7(1), 103–124. <https://doi.org/10.1017/S1744133111000326>
- Helse- og omsorgsdepartementet. (2007). *Opptappingsplan for rusfeltet (2007–2010)*. <https://www.regjeringen.no/globalassets/upload/hod/dokumenter-fha/opptr.plan.pdf>
- Helse- og omsorgsdepartementet. (u.å.). *Rusmidler og psykisk helse* [Tema]. <https://www.regjeringen.no/no/tema/helse-og-omsorg/psykisk-helse/id11695/>
- Helsedirektoratet. (2009). *Opptappingsplanen for rusfeltet. Statusrapport for 2008*. https://www.regjeringen.no/globalassets/upload/hod/dokumenter-fha/san/is-1660-opptappingsplan_web-4.pdf
- Helsedirektoratet. (2012). *Samtidig ruslidelse og psykisk lidelse (ROP-lidelser)* [Nasjonal faglig retningslinje]. <https://www.helsedirektoratet.no/retningslinjer/samtidig-ruslidelse-og-psykisk-lidelse-rop-lidelser>
- Helsedirektoratet. (2014). *Sammen om mestring – lokalt psykisk helsearbeid og rusarbeid for voksne* [Nasjonal veileder]. <https://www.helsedirektoratet.no/veiledere/sammen-om-mestring-lokalt-psykisk-helsearbeid-og-rusarbeid-for-voksne>
- Helsetilsynet. (2019). *Sammenfatning av funn fra to landsomfattende tilsyn i 2017–2018 med tjenester til personer med psykiske lidelser og samtidig rusmiddelproblem – eller mulig samtidig ruslidelse* (Rapport 7/2019). <https://www.helsetilsynet.no/>
- Hood, C. C. & Margetts, H. Z. (2007). *The tools of government in the digital age*. Palgrave Macmillan.
- Innst. S. nr. 222 (1997–98). *Innstilling fra sosialkomiteen om opptappingsplan for psykisk helse 1999–2006*. <https://www.stortinget.no/>
- Jacobsen, K. D. (1976). *Institusjonelle betingelser for regional planlegging*. Universitetet i Bergen.
- Kjellberg, F. (1991). Kommunalt selvstyre og nasjonal styring. Mot nye roller for kommunene? *Norsk statsvitenskapelig tidsskrift*, 7(1), 45–63.
- Kommuneloven. (1992). *Lov om kommuner og fylkeskommuner (LOV-1992-09-25-107)*. Lovdata. <https://lovdata.no/lov/1992-09-25-107>
- Lascoumes, P. & Le Gales, P. (2007). Understanding public policy through its instruments: From the nature of instruments to the sociology of public policy instrumentation. *Governance*, 20(1), 1–21. <https://doi.org/10.1111/j.1468-0491.2007.00342.x>
- Levin, B. L., Hennessy, K. D. & Petrila, J. (Red.). (2010). *Mental health services. A public health perspective* (s. 511–512). Oxford University Press.
- March, J. & Olsen, J. P. (Red.). (1976). *Ambiguity and choice in organizations*. Universitetsforlaget.

- Meld. St. 25 (1996–97). *Åpenhet og helhet – om psykiske lidelser og tjenestetilbudene*. Sosial- og helsedepartementet. https://www.regjeringen.no/no/dokumenter/st-meld-nr-25_1996-97/id191086/
- Nasjonalt kompetansesenter for psykisk helsearbeid. (2018). *God hjelp når det trengs. Lavterskeltilbud i kommunene til voksne med lettere psykisk helse- og rusutfordringer* (Rapport nr. 2/2018). <https://www.napha.no/lavterskel>
- Nicaise, P., Dubois, V. & Lorant, V. (2014). Mental health care delivery system reform in Belgium: The challenge of achieving deinstitutionalisation whilst addressing fragmentation of care at the same time. *Health Policy*, 115(2–3), 120–127. <https://doi.org/10.1016/j.healthpol.2014.02.007>
- Norges forskningsråd. (2009). *Evaluering av Opptappingsplanen for psykisk helse*. <https://www.forskningsradet.no>
- 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. (2013). Styring og organisering av tjenestene. I R. Norvoll (Red.), *Samfunn og psykisk helse* (s. 214–242). Gyldendal Akademisk.
- Ramsdal, H. & Hansen, G. V. (2016). The organisation of local mental health services in Norway. Evidence, uncertainty and policy. *Evidence & Policy*, 13(4), 605–622. <https://doi.org/10.1332/174426416X14715382995623>
- Ramsdal, H. & Ludvigsen, K. (1998). Kompetanseutvikling og profesjonsorganisering i psykiatrien. I A. J. Andersen & B. Karlsson (Red.), *Psykiatri i endring – forståelse og perspektiv på klinisk arbeid*. AdNotam Gyldendal.
- Riksrevisjonen. (2016). *Riksrevisjonens undersøkelse av ressursutnyttelse og kvalitet i helsetjenesten etter innføringen av samhandlingsreformen* [Dokument 3:5 (2015–2016)]. <https://www.riksrevisjonen.no/globalassets/rapporter/no-2015-2016/samhandlingsreformen.pdf>
- Robberstad, H. (2002). *Kommunepsykiatri. Pionerar, vekst og utvikling*. Fagbokforlaget.
- Rothstein, B. (1986). *Den socialdemokratiska staten. Reformen och förvaltning inom svensk arbetsmarknads- og skolpolitik*. Arkiv.
- Røvik, K. A. (2007). *Trender og translasjoner. Ideer som former det 21. århundrets organisasjon*. Universitetsforlaget.
- Salomon, L. M. (Red.). (2002). *The tools of government. A guide to the new governance*. Oxford University Press.
- Sandvin, J. T. (1996). *Velferdsstatens vendepunkt. En analyse av reformen for mennesker med psykisk utviklingshemming som uttrykk for brytninger i velferdsstaten*. Nordlandsforskning.

- Simons, A. & Voss, J.-P. (2018). The concept of instrument constituencies: Accounting for dynamics and practices of knowing governance. *Policy and Society*, 37(1), 14–35. <https://doi.org/10.1080/14494035.2017.1375248>
- Slagstad, R. (1998). *De nasjonale strateger*. Universitetsforlaget.
- Sosial- og helsedepartementet. (1997). *Rundskriv 1-44/97: Forslag til statsbudsjett 1998: Øremerket tilskudd til styrking av tilbudet til mennesker med alvorlige psykiske lidelser – foreløpig orientering*.
- Sosial- og helsedepartementet. (1998). *Rundskriv 1-14-98: Statsbudsjettet 1998: Styrking av tilbudet i kommunene til mennesker med alvorlig psykiske lidelser og til forebyggende psykososiale problemer blant barn og unge*.
- Sosial- og helsedepartementet. (1999). *Rundskriv 1-4/99: Opptrappingsplan for psykisk helse – utbygging av kommunale tiltak. Øremerket tilskudd til kommunene 1999*.
- St.prp. nr. 63 (1997–98). *Om opptrappingsplan for psykisk helse 1999–2006*. Sosial- og helsedepartementet. <https://www.regjeringen.no/no/dokumenter/stprp-nr-63-1997-98-/id201915/>
- Vabø, M. (2014). Reformtrender og endringsparadokser. I M. Vabø & S. I. Vabø (Red.), *Velferdens organisering* (s. 62–78). Universitetsforlaget.
- Ytrehus, S. (2018). Kommunalt rusarbeid. I S. Biong & S. Ytrehus (Red.), *Helsehjelp til personer med rusproblemer* (2. utg., s. 243–265). Cappelen Damm Akademisk.