

Logikker, aktører og myndighetsstrukturer

En institusjonell analyse av rusfeltet etter
rusreformen

Kristian Mjåland



Masteroppgave

Våren 2008

Sosiologisk institutt, Universitetet i Bergen

Forord

Det er blitt natt, og jeg er blitt ferdig. Mange fortjener en stor takk for akkurat det. Først og fremst vil jeg få takke informantene som stilte sin verdifulle tid til rådighet. Dernest fortjener min veileder Johs. Hjellbrekke en stor takk for god og tålmodig veiledning.

Denne masteroppgaven er skrevet i tilknytning til forskningsprosjektet *Autonomy, Transparency and Management – Reform dynamics in health care*. Hjertelig takk til prosjektet, ved leder Haldor Byrkjeflot, for stipend og kontorplass. Takk også til deltakere ved POLIS- seminaret for gode tilbakemeldinger på tidligere utkast. Svanaug Fjær fortjener en stor takk for motiverende innspill og kommentarer underveis i prosessen. En varm takk rettes til Kristin Bergstad Lazaridis, som skaffet meg jobb ved en avrusningsavdeling og deltakelse på Leangkollseminaret 2006. Samtalene og diskusjonene vi har hatt om rusproblematikk (sammen med Helene!) har vært avgjørende for dette prosjektet. Takk til Hogne og Kristoffer for grundig korrekturlesing, Odd Katla og Josef Pilates for å ha fikset ryggen, og mor og far for all mulig støtte. Sist og mest vil jeg få takke Elin. Dette har tidvis vært en stri tårn, og du har hjulpet meg mer enn du selv tror.

Bergen, 26.06.08

Kristian Mjåland

Innhold

FORORD	2
INNHold	3
TABELLER	5
<u>1. INNLEDNING</u>	6
1.1. TEMA	6
1.2. STUDIENS STRUKTUR	9
1.3. AVGRENSNING	11
<u>2. TEORETISK RAMMEVERK</u>	12
2.1. INSTITUSJONELL TEORI	12
2.1.1. KLASSISK INSTITUSJONELL TEORI OG MOTSTAND	12
2.1.2. NYINSTITUSJONELL TEORI OG ENSRETNING	14
2.1.3. EN KONVERGERENDE LESNING AV DET INSTITUSJONELLE PERSPEKTIVET	15
2.2. INSTITUSJONELL ENDRING	16
2.2.1. ”FROM PROFESSIONAL DOMINANCE TO MANAGED CARE”	16
2.2.2. INSTITUSJONELL ENDRING OG RUSFELTET	18
2.3. EN TEORI OM RETTFERDIGGJØRING	22
2.3.1. VERDIORDENER	23
2.3.2. KRITIKK OG KOMPROMISS	26
2.3.3. FORSTÅElsen AV INSTITUSJONER HOS BOLTANSKI OG THÉVENOT	27
<u>3. HISTORISK BAKGRUNN OG RUSREFORMEN</u>	29
3.1. PERSPEKTIV OG ORGANISASJONER	29
3.1.1. FRA MORAL TIL MEDISIN	33
3.2. RUSREFORMEN	34
3.2.1. HVA ER EN REFORM?	34
3.2.2. HVORFOR RUSREFORM I 2004?	35
3.2.3. HVA ER RUSREFORMEN?	36
<u>4. METODE</u>	40
4.1. FORSKNINGSDESIGN	40
4.2. UTVALG	40
4.3. FELTNOTATER	43
4.4. ANONYMITET	44
4.5. INTERVJUSITUASJONEN	44
4.6. TRANSKRIBERING	45
4.7. TOLKNING OG ANALYSE	46
<u>5. INSTITUSJONELLE LOGIKKER PÅ RUSFELTET</u>	49
5.1. FAGLIGE VURDERINGER BLANT AKTØRENE I SPESIALISTHELSETJENESTEN	49

5.1.1.	DEN MEDISINSKE LOGIKK	52
5.1.2.	FRA "SÆROMSORG" TIL SPESIALISERT TJENESTE	53
5.1.3.	AKTØRENE PÅ SPESIALISTNIVÅETS RETTFERDIGGJØRINGER	55
5.2.	FAGLIGE VURDERINGER BLANT AKTØRENE PÅ KOMMUNALT NIVÅ	57
5.2.1.	DEN SOSIALE LOGIKK	60
5.2.2.	SOSIALSJEFENES RETTFERDIGGJØRENDE KRITIKK	61
5.3.	ENDRING OG DOMINANSDIMENSJONEN	62
5.4.	OPPSUMMERING	64
6.	<u>INSTITUSJONELLE AKTØRER PÅ RUSFELTET</u>	65
6.1.	FAGGRUPPER PÅ RUSFELTET	65
6.2.	HVORFOR TRENGS DET FLERE LEGER?	66
6.2.1.	ØVRIG SPESIALISTHELSETJENESTE SOM IDEAL?	69
6.2.2.	KLINIKKSJEFENES RETTFERDIGGJØRENDE ARGUMENTASJON	71
6.3.	"DET ER IKKE SLIK AT OM LEGENE KOMMER PÅ BANEN SÅ BLIR TING BEDRE"	72
6.3.1.	RETTFERDIGGJØRENDE KRITIKK AV LEGENE	75
6.4.	ENDRING OG DOMINANSDIMENSJONEN	75
6.5.	OPPSUMMERING	77
7.	<u>MYNDIGHETSSTRUKTURER PÅ RUSFELTET</u>	79
7.1.	NYE GRENSER MELLOM STAT OG KOMMUNE?	79
7.1.1.	VURDERINGER BLANT AKTØRENE PÅ SPESIALISTNIVÅET	79
7.1.2.	DET LINEÆRE OG ANSVARSOPPDDELTE SYSTEMET	82
7.1.3.	VURDERINGER BLANT AKTØRENE PÅ KOMMUNALT NIVÅ	83
7.1.4.	GRENSESETTENDE AKTIVITETER OG RETTFERDIGGJØRENDE KRITIKK	85
7.2.	SAMARBEID OG SAMHANDLING	87
7.2.1.	GODE BETINGELSER FOR GRENSEOVERSKRIDENDE AKTIVITETER?	89
7.3.	ENDRING OG DOMINANSDIMENSJONEN	90
7.4.	OPPSUMMERING	94
8.	<u>AVSLUTNING: ET REFORMERT RUSFELT</u>	96
8.1.	INSTITUSJONELL ENDRING AV RUSFELTET	96
8.1.1.	FRA MANGFOLD TIL ENSRETNING?	98
8.2.	MOTSTAND	100
8.2.1.	GRENSER FOR ENDRING: DET INDUSTRIELLE OG SIVILE VERDSETTINGSREPERTOARET	102
8.3.	VIDERE FORSKNING	103
	LITTERATUR	105
	VEDLEGG 1: FØLGE BREV	112
	VEDLEGG 2: INTERVJUGUIDE	113

Tabeller

Tabell 2.1: Verdiordener.....	25
Tabell 3.1: Idealtypiske trekk ved rusfeltets utvikling.....	34
Tabell 3.2: Rusreformens målsetninger og tiltak.....	38
Tabell 4.1: Informantoversikt.....	41
Tabell 5.1: Verdiordener mobilisert av aktørene på spesialistnivået.....	57
Tabell 5.2: Verdiorden mobilisert av aktørene på kommunalt nivå.....	62
Tabell 5.3: Sentrale trekk ved den medisinske og sosiale logikk.....	64
Tabell 6.1: Rettferdiggjørende vurderinger og kritikk av legenes rolle.....	77
Tabell 7.1: Vurderinger av forholdet mellom statlig og kommunalt nivå etter reformen....	95
Tabell 8.1: Institusjonell endring av rusfeltet etter rusreformen: Logikker, aktører, myndighetsstrukturer og verdiordener.....	98

1. Innledning

1.1. Tema

Sommeren 2003 var jeg ferievikar ved en avrusningsavdeling på Sørlandet. I journalene ble de innlagte rusmiddelmissbrukerne omtalt som ”klienter”. Et år senere var jeg tilbake ved avdelingen, men denne gangen het rusmiddelmissbrukere ”pasienter”. De to påfølgende somrene fikk jeg oppleve hvordan denne symbolske endringen i terminologi falt sammen med stadig nye endringer i og rundt avdelingen. Denne oppgaven er inspirert av personlige erfaringer og sosiologiske refleksjoner etter fire somre ved en avrusningsavdeling.

Med rusreformen ble ansvaret for behandlingsinstitusjonene overført fra fylkeskommune til stat i januar 2004. Rusmiddelmissbrukere fikk pasientrettigheter, og rustiltakene ble omfattet av helselovgivningen. Daværende sosialminister Ingjerd Schoug lanserte mottoet for reformen: ”Fra ’Plata’ til Rikshospitalet”. En gruppe mennesker som lenge hadde vært diskriminert i helsevesenet skulle få lettere tilgang på helsetjenester, og kvaliteten i de *tverrfaglige spesialiserte tjenestene for rusmiddelmissbrukere* skulle bli bedre. Målsetningene med reformen er rettet både mot organiseringen av, og innholdet i, behandlingen.

Bakgrunnen for rusreformen må ses i sammenheng med sykehusreformen av 2002. Staten overtok da ansvaret for sykehusene av fylkeskommunen. Fem regionale helseforetak (RHF) ble opprettet som autonome enheter med overordnet ansvar for helsetjenestene i hver region.¹ Da rusreformen ble vedtatt to år senere ble i stor grad behandlingsinstitusjonene som var eid eller hadde driftsavtaler med fylkeskommunen inkludert i den allerede eksisterende helseforetaksstrukturen. Sykehusreformen har avstedkommet et uttall samfunnsvitenskaplige studier og forskningsprosjekt (se Byrkjeflot 2005; Opedal og Stigen (red.) 2005). Rusreformen har ført til langt mindre forskning.²

Historisk sett har staten spilt en mer beskjeden rolle på rusfeltet enn i andre deler av helsevesenet. Organisatorisk har rusfeltet vært preget av mange private, ideelle og religiøse rustiltak, og av et tilsvarende mangfold av faglige behandlingstilnæringer og perspektiv på

¹ I 2007 ble Helse Sør og Helse Øst slått sammen til ett foretak, Helse Sør-Øst, slik at det nå er fire regionale helseforetak. De tre resterende er Helse Nord, Helse Midt-Norge, og Helse Vest.

² Med unntak av evalueringen (Lie og Nesvåg 2006) foreligger det meg bekjent ingen empiriske studier av konsekvensene av rusreformen. Skretting (2005,2007) har imidlertid skrevet om prosessen som ledet frem til, og potensielle implikasjoner av, rusreformen.

rusmiddelmissbruk. Fra 1993 var behandlingen av rusmiddelmissbrukere underlagt sosialtjenesteloven, og sosialfaglige perspektiv hadde en fremtredende posisjon. Når rusbehandling etter reformen har fått status som spesialisthelsetjeneste, innebærer dette et tydelig organisatorisk og faglig brudd. Staten er nå ansvarlig for rusbehandlingen via de regionale helseforetakene, og helsefaglige og medisinske perspektiv er forventet å prege tjenestene i større grad. Rusreformen dreier seg derfor om en formalisering av rusbehandlingen. Medfører det at rusbehandlingen blir mer lik øvrig spesialisthelsetjeneste, eller vil tverrfagligheten og mangfoldet i organisatoriske og faglige tilnærminger fremdeles være et særtrekk ved rusbehandlingen? Det er dette spenningsfeltet som danner bakkeppet for denne studien.

Det overordnede temaet for denne studien er betydningen av rusreformen for rusfeltet. Reformen kan imidlertid forstås på ulike måter. Et kjennetegn ved mange av de siste tiårenes reformer i offentlig sektor har vært innføringen av New Public Management (NPM). NPM er ikke et enhetlig reformprosjekt, men en fellesbetegnelse for ulike prinsipper for organisering av offentlige tjenester (Lægreid, Opedal, og Stigen 2005). Sykehusreformen er blitt sett på som en NPM inspirert reform (Byrkjeflot og Neby 2004; Lægreid et al. 2005). Den innebar opprettelsen av autonome helseforetak etter inspirasjon fra næringslivet, innsatsstyrt finansiering (ISF), fritt sykehusvalg, og innføring av enhetlig ledelse på samtlige nivå i sykehusene. Med rusreformen ble rustiltakene inkludert i helseforetaksstrukturen, og rusbehandlingen kan dermed ses på som en del av et reformert helsevesen med tydelige NPM kjennetegn. Det er likevel først og fremst to andre forståelser av rusreformen som ligger til grunn for denne studien. For det første ses reformen som et ”politisk endringsforsøk”, med ”faglig forbedring som målsetning” (Erichsen 2004: 105). For det andre ses reformen som et forsøk på å *skape organisasjon* (Brunsson og Sahlin-Andersson 2000). De to forståelsene av rusreformen indikerer at det fra politisk hold er ønskelig å endre rusbehandlingen fra å være faglig og organisatorisk fragmentert, til å bli en fullverdig og formelt anerkjent del av spesialisthelsetjenesten. Et viktig tema i denne studien er konsekvensene av disse faglige og organisatoriske endringsambisjonene, og hvordan de blir vurdert og forstått av sentrale aktører på rusfeltet.

For å undersøke reformens betydning for rusfeltet i en utvalgt region, har jeg foretatt kvalitative intervju med ledere og rådgivere innenfor behandling, administrasjon og omsorg. Fordelingen av de totalt 11 intervjuene er slik: 6 klinikksjefer fra to ulike private rustiltak i de

tværfaglige spesialiserte tjenestene (gruppe 1); 1 rådgiver i regionalt helseforetak og 1 rådgiver i lokalt helseforetak (gruppe 2); 2 sosialsjefer fra to ulike sosialkontor og 1 rådgiver i kommunen (gruppe 3). Rusfeltet avgrenses dermed til å gjelde først og fremst de spesialiserte tjenestene (gruppe 1 og 2) og sosialtjenesten (gruppe 3) i en middels stor norsk by. Et kvalitativt og eksplorerende forskningsdesign er valgt fordi studiens problemstillinger og tema i liten grad har vært gjenstand for tidligere forskning.

Mangel på tidligere forskning om organiseringen av og innholdet i tjenestene til rusmiddelmissbrukere, har også vært veiledende for valg av teoretisk innfallsvinkel. Basert på en studie av institusjonell endring i helsevesenet i San Francisco- området (Scott, Ruef, Mendel og Caronna 2000) har jeg utviklet en analysemodell som tar for seg endring i logikkene (faglige perspektiv), aktørene (profesjonene) og myndighetsstrukturene (forvaltningsnivåene) på rusfeltet etter reformen. Et slikt omfattende inntak gjør at jeg tidvis ”maler med bred pensel”. Fordelen er imidlertid at en slik tilnærming kan gi et helhetlig bilde av endringsprosesser etter rusreformen. Boltanski og Thévenots (1999, 2006) teori om rettferdiggjøring ble integrert i analyseprosessen for å bedre forstå hvilke prinsipper som ligger bak aktørenes vurderinger og kritikk av endringene etter rusreformen. I analysen av informantenes rettferdiggjørende argumentasjon undersøkes forskjeller mellom informanter/grupper av informanter. Perspektivet tilbyr også en noe annen måte å forstå endring på enn den institusjonelle teorien. Boltanski og Thévenot åpner opp for å undersøke hvordan noen former for legitimering og rettferdiggjøring blir utbredt og tar form av sosiale konvensjoner. I avslutningskapitlet trekkes denne dimensjonen inn. Er noen former for verdsetting blitt mer, og noen mindre, legitime som følge av rusreformen? Og hva forteller en slik analyse om mulighetene for videre endring av rusfeltet?

Den overordnede problemstillingen for denne studien er: *Hvordan har rusreformen endret rusfeltet?* Hovedproblemstillingen er konkretisert i tre ulike underproblemstillinger som drøftes i de tre analysekapitlene (kap. 5, 6, og 7):

- På hvilken måte har reformen ført til endring i faglige perspektiver og verdsatt kompetanse?
- Hvordan har legenes rolle endret seg etter reformen?
- Hvordan har reformen endret forholdet mellom stat og kommune/ de spesialiserte tjenestene og sosialtjenesten?

Temaet i denne studien er endring som følge av en reform. Forskningsdesignet er basert på kvalitative intervju foretatt på kun ett tidspunkt, hvilket medfører noen metodologiske utfordringer. Et mer omfattende materiale hadde vært ønskelig, men har ikke latt seg innhente av omfangsmessige hensyn. For å undersøke endring har imidlertid intervjumaterialet *en retrospektiv karakter*; informantene er spurt om hva som er nytt og forskjellig, og hvordan det eventuelt henger sammen med rusreformen. På tross av begrensningene (og potensielle feilkilder) som et slikt forskningsdesign medfører, har intervjuene gjort det mulig å undersøke informantenes vurderinger av endring som følge av rusreformen.³

Også en annen metodologisk utfordring er nødvendig å problematisere. Når ”slutter” en reform? Et slikt spørsmål er vanskelig å operasjonalisere konkret. Men to forhold er veiledende for denne studien. For det første innebærer intervjudataene at jeg baserer analysen på informantenes vurderinger. Når jeg har spurt om endring som følge av reformen, er det derfor langt på vei informantenes egne operasjonaliseringer om når reformen ”slutter” som gjelder. For det andre er jeg interessert i *endringsprosesser* som en følge av reformen. Et slikt prosessuelt perspektiv innebærer at jeg ikke kun er interessert i betydningen av de konkrete tiltakene i reformen, men også endringer som har oppstått som en konsekvens av at rusbehandlingen ble overført til helsevesenet. Det er en slik operasjonalisering som gjør at jeg i denne studien også drøfter ulike reaksjoner på nye retningslinjer for prioritering av henvisninger til de tverrfaglige spesialiserte tjenestene. Disse ble utarbeidet i 2006 av de regionale helseforetakene, og medførte stor debatt og uenighet.⁴ Uenighetene om retningslinjene tydeliggjør interessante dimensjoner i det empiriske materialet, og blir særlig drøftet i kapittel 7 og 8. Det må også presiseres at intervjuene ble foretatt våren og sommeren 2006, så for denne studiens del ”slutter” endringsprosessene som følge av rusreformen da.

1.2. Studiens struktur

Kapittel 2 beskriver det teoretiske rammeverket. Et institusjonelt perspektiv er anlagt i denne studien. På bakgrunn av studien til Scott et al. (2000) har jeg utviklet en analysemodell, hvor jeg undersøker endring i institusjonelle logikker (kap. 5), institusjonelle aktører (kap. 6) og myndighetsstrukturer (kap. 7). DiMaggio og Powells (1983) tre isomorfske mekanismer integreres i analysemodellen for å undersøke *retningen* på endringen (mimetisk, normativ og

³ Se kapittel 4 for en mer omfattende drøfting av slike og andre metodologiske problemstillinger.

⁴ Kontroversene rundt retningslinjene ble så store at helseminister Brustad grep inn og stanset implementeringen av dem våren 2006.

regulativ). Deretter presenteres Boltanski og Thévenot (2006, 1999) sin teori om rettferdiggjøring. Ettersom dette perspektivet er forholdsvis lite kjent, legges det vekt på en relativt grundig gjennomgang. Boltanski og Thévenots tilnærming integreres i analysen for å forstå prinsippene bak aktørenes legitimeringer i faglige, profesjons- og ansvarsspørsmål. Teorien om rettferdiggjøring er særlig verdifull i analysen fordi det belyser det store innslaget av kritikk i det empiriske materialet.

Kapittel 3 gir først en historisk fremstilling av faglige perspektiv på rusfeltet. Samspillet mellom ulike forståelser av rusmisbruk og organisasjonsutvikling står sentralt. Formålet med gjennomgangen er å tydeliggjøre de historiske og institusjonelle særtrekkene ved rusfeltet. Den andre delen av kapitlet er viet en presentasjon og drøfting av rusreformen. Jeg viser hvilke forhold som ledet frem til reformen, og gjengir de vesentlige målsetningene med reformen.

Kapittel 4 redegjør for studiens forskningsdesign. Et kvalitativt og eksplorerende opplegg er valgt. Jeg drøfter utvalgsriterier, og viser hvordan jeg gikk frem i arbeidet med intervjusituasjon, transkribering og analyse.

Kapittel 5 er det første ordinære analysekapitlet. Jeg undersøker endring i verdsatt faglighet på rusfeltet, ved å vise til vurderinger blant henholdsvis informantene på spesialistnivået og på sosialtjenestenivået. Jeg viser hvordan man kan gjenfinne to (motstridende) institusjonelle logikker på rusfeltet. Disse logikkene utledes som *faglige* logikker (Berg 1987), basert på informantenes vurderinger. Jeg drøfter hvilken logikk som etter reformen er mest betydningsfull.

Kapittel 6 tar for seg legenes rolle. Her legges det vekt på hvilke forventninger som stilles til legene spesielt, og de helsefaglige profesjonene generelt,⁵ etter reformen. Jeg viser først til hvordan informantene begrunner ønsket om flere leger, og hvilke verdsettinger begrunnelsene hviler på. Deretter drøfter jeg kritikken som rettes mot legenes rolle, og hvilke verdsettinger denne er basert på. Avslutningsvis ser jeg nærmere på forholdet mellom institusjonelle aktører og logikker, og drøfter om legene er blitt en dominerende institusjonell aktør på rusfeltet.

⁵ Når jeg skriver helsefaglige profesjoner menes først og fremst leger, psykologer og sykepleiere.

Kapittel 7 undersøker endring i forholdet mellom stat og kommune etter reformen. Et begrepspar som skiller mellom grenseskapende og grenseoverskridende aktiviteter (Wikström og Lindberg 2006) introduseres for å analysere dette forholdet. Først ser jeg nærmere på hvilke organisatoriske og faglige grenser informantene på de respektive nivåene ønsker mellom stat og kommune. Uenighet om hvor grensene skal trekkes kommer særlig til uttrykk i forbindelse med de nye retningslinjene for prioritering av henvisninger som ble utarbeidet i 2006. Jeg viser hva slags rettferdiggjørende argumentasjon vurderingene av grensene og retningslinjene hviler på. Deretter drøftes hvilke betingelser for samarbeid og grenseoverskridende aktiviteter som foreligger mellom de to nivåene etter reformen. Til slutt diskuteres hvordan økonomiske, politiske og faglige prioriteringer har endret forholdet mellom de to nivåene.

Kapittel 8 oppsummerer de tre analysekapitlene, ved å se nærmere på hvilke logikker, aktører og myndighetsstrukturer som har økt eller redusert sin innflytelse etter rusreformen. Jeg diskuterer hvorvidt analysen gir grunnlag for å hevde at reformen har ført til en institusjonell endring av rusfeltet, og hvilken retning denne endringen eventuelt har. I dette kapitlet vier jeg også oppmerksomhet til motstanden mot endring, ved å trekke inn uenighetene om retningslinjene som drøftes i kap. 7. Ved å studere motstanden i et institusjonelt og pragmatisk perspektiv, drøftes *grensene* for endring på rusfeltet. Til slutt diskuterer jeg rekkevidden for studiens funn, og peker på områder hvor ny forskning er ønskelig.

1.3. Avgrensning

Omfangsmessige hensyn gjør at en del relevante og interessante dimensjoner knyttet til rusreformen ikke vil bli drøftet. Dette inkluderer:

- Rusmiddelmissbrukeres egne erfaringer med reformen
- Brukerorganisasjonenes vurderinger av reformen
- Rusreformens konsekvenser for legemiddelassistert rehabilitering (LAR)
- Rusreformens betydning for samarbeidet med øvrig spesialisthelsetjeneste (somatikk og psykisk helsevern)
- De distriktpsikiatriske sentrenes (DPS) rolle for rusbehandlingen

2. Teoretisk rammeverk

Informantene i denne studien er alle tilknyttet ulike organisasjoner, og utgjør grovt sett tre ulike grupper: Behandlingsinstitusjoner, helseforetak og sosialkontor. Disse kan sies å utgjøre et organisasjonsfelt. For å undersøke rusreformens betydning og konsekvenser for dette feltet, har jeg valgt å benytte meg av innsikter fra organisasjonsteori, da først og fremst den retningen som kalles institusjonell teori. Mer spesifikt vil jeg bruke dette perspektivet for å undersøke om rusreformen har medført en *institusjonell endring* av rusfeltet. Først i dette kapitlet presenteres det institusjonelle perspektivet, med en særlig vekt på forholdet mellom den ”klassiske” og ”nye” institusjonelle teorien. Deretter utledes modellen som danner grunnlaget for den empiriske undersøkelsen av rusfeltet, basert på en studie de store endringene i helsevesenet i San Francisco- området (Scott et al. 2000). Til slutt presenteres Boltanski og Thévenots (1999, 2006) teori om rettferdiggjøring. Fordi dette perspektivet er forholdsvis lite kjent og anvendt i organisasjonsteoretiske studier, får presentasjonen en sentral plass i dette kapitlet. Perspektivet integreres i analysen av institusjonell endring for å tydeliggjøre den verdimeslige forankringen bak aktørenes vurderinger av faglige og organisatoriske forhold. Teorien om rettferdiggjøring bidrar til en alternativ måte å forstå institusjoner på, og kan derfor også leses som en organisasjonsteori.

2.1. Institusjonell teori

To ulike ”skoler” kan sies å tilhøre den institusjonelle teorien. Den ”klassiske” retningen oppsto på 50- tallet med særlig studiene til Selznick (1957, 1966). Den nyinstitusjonelle retningen ble innflytelsesrik utover 80- og 90- tallet med blant annet arbeidene til Meyer og Rowan (1977) og DiMaggio og Powell (1983, 1991). På tross av mange likhetstrekk, skiller disse perspektivene seg fra hverandre på en rekke områder. Nedenfor presenteres nøkkelinnsikter i begge, med tanke på å utlede relevante dimensjoner for studien av rusreformen.

2.1.1. Klassisk institusjonell teori og motstand

Moderne organisasjonsteori har sine sosiologiske røtter i Webers arbeider om byråkrati og rasjonalitet. Etter Weber begynte mye organisasjonsteori å bli utviklet i ulike økonomiske institutt og *Business schools*, og subjektet i denne teoretiseringen var stort sett bedriften. Formålet med teoriutviklingen var ofte å finne ut hvordan bedrifter kunne bli mest mulig rasjonelle og effektive. March og Simon (1958) introduserte sine teorier på 50-tallet, og åpnet

opp for at aktører i organisasjoner ikke nødvendigvis alltid er rasjonelle, og at usikkerhet rundt målsetninger er utbredt i de fleste organisasjoner (goal ambiguity). De lanserte en teori om bunden rasjonalitet (bounded rationality), og introduserte innsikter fra psykologien om at aktører har en begrenset kognitiv kapasitet til rådighet når de skal ta bestemmelser. March og Simon utfordret med sine teorier det strengt rasjonelle og instrumentelle fokuset på organisasjoner, som var fremtredende i de fleste organisasjonsteoretiske miljøene på den tiden. Den tidlige institusjonelle teorien bidrar ytterligere til denne kritikken.

Selznicks (1957) "Leadership in Administration" blir regnet som den klassiske studien innenfor denne retningen. Her utvikles distinksjonen mellom organisasjon og institusjon. Organisasjoner utvikler med tiden en bestemt karakter (Selznick 1996). De *institusjonaliseres*, hvilket betyr "to infuse with value beyond the technical requirements of the task at hand" (Selznick 1957: 17). Organisasjoner tilføres altså verdier, som ikke er nødvendige i forhold til den tekniske aktiviteten, men som bidrar til utviklingen av særegen kompetanse og stabilitet til organisasjoner. Verdier blir et nøkkelord for å forklare denne institusjonaliseringsprosessen.

Aktører forstås på en annen måte enn i den strengt rasjonelle organisasjonsteorien. Organisasjonsmedlemmer har motivasjoner, basert på ulike verdier og normer, og oppstår gjennom en kulturell sosialisering i institusjonene (utvikling av "commitment" (Selznick 1957)). Men resultatet av strategisk motiverte handlinger kan like gjerne føre til "organisert anarki": konfliktfulle og paradoksale organisasjoner (Selznick 1996: 275). Innsiktene fra den tidlige institusjonelle teorien åpner dermed opp for konflikt, variasjon og kontekst. Slike problemstillinger ble i liten grad fanget opp av de rasjonelle og instrumentelle organisasjonsteoriene: "Social research on organizations reacted to over-ordered visions of the firm and disclosed a more complex and conflicting universe" (Thévenot 2001: 406). Selznick åpner også for at det finnes ulike rasjonaler innad i organisasjoner, og at den institusjonelle teoriens oppgave er å analysere hvilke aktører som er bærere av hvilke rasjonaler. Man kan derfor hevde at perspektivet åpner opp for forståelsen av konflikt og motstand i organisasjoner.⁶

⁶ På samme måte kan man også hevde at Simon (1961) etablerte en forståelse av konflikter i organisasjoner: "Goal ambiguity" henspiller på at det finnes ulike aktører, gjerne grupper av aktører, med ulike mål i organisasjonen. Det er dermed sannsynlig at ulike aktører arbeider for at organisasjonen skal realisere de målene de selv mener er de viktigste. Dersom aktørene er sterke, kan resultatet bli konfliktfylte og motsetningsfylte organisasjoner.

2.1.2. Nyinstitusjonell teori og ensretting

Det nyinstitusjonelle perspektivet går enda lengre i å kritisere bildet av den rasjonelle organisasjonen, stadig på jakt etter å optimere beslutninger. Andre mekanismer for å regulere organisasjoners og aktørers atferd blir vektlagt. Både Meyer og Rowan (1977) og DiMaggio og Powell (1983, 1991) tar utgangspunkt i at organisasjoner blir stadig likere hverandre. Slike isomorfske prosesser kan ikke forklares uten at man trekker inn organisasjoners *omgivelser* i analysene. Meyer and Rowans (1977) hovedargument er at organisasjoner blir likere og likere hverandre fordi de tilpasser seg krav i omgivelsene om formell organisering. Historien om organisasjoners *formalisering* kan dermed leses som en historie om det vestlige moderniseringsprosjektet. DiMaggio og Powell nyanserer bildet ved å peke på regulative, mimetiske og normative prosesser: Regulativ isomorfi innebærer at myndigheter setter krav til organisering; mimetisk isomorfi innebærer at organisasjoner tenderer til å etterlikne andre (mer eller mindre suksessfulle) organisasjoner; og normativ isomorfi peker på profesjonenes konvergerende innflytelse på organisasjoner (1983: 150-154).⁷ Prosessene har det samme utfallet: Organisasjoner innenfor ulike felt blir likere hverandre, uavhengig av om det er rasjonelt eller effektivt. Her ligger også kjernen til å forstå deres betydning av institusjoner: De er skapt av menneskelig handling, men ”they are not necessarily the products of conscious design” (DiMaggio og Powell 1991:8). I det nyinstitusjonelle perspektivet får legitimitet en sentral plass i analysene, og fremstår nærmest som ”et organisatorisk imperativ” (Selznick 1996). Organisasjoner er avhengig av legitimitet, og det oppnås ved å tilpasse seg omgivelsenes krav. Endring er derfor ”driven more by considerations of legitimacy than by concern for rational adaptation or efficiency” (Fligstein 2001a: 31).

Det nyinstitusjonelle perspektivet ser i stor grad bort fra aktørers intensjoner, og vektlegger i stedet en tilnærming til individuell handling hvor det ureflekterte, rutiniserte og det tatt-for-gitte står sentralt. Innsikter fra kognitiv psykologi er en viktig inspirasjonskilde, og verdier, normer og sosialisering erstattes med begreper som skript, skjema og klassifikasjoner. DiMaggio og Powell hevder vi ser et skille, ”parallel to the transition from the old to the new institutionalism, from a normative to a cognitive approach to action: from commitment to routine, from values to premises, from motivation to the logic of rule following” (1991: 19).

⁷ DiMaggio og Powell (1983) vektlegger *institusjonell* isomorfi, til forskjell fra *kompetitiv* isomorfi. Sistnevnte fokuserer først og fremst på *seleksjon*; organisasjoner blir likere hverandre på bakgrunn av strategiske valg (ibid.: 149). DiMaggio og Powell er mer opptatt av *adapsjon* (1983: 149 f).

2.1.3. En konvergerende lesning av det institusjonelle perspektivet

Den nyinstitusjonelle teorien har blitt kritisert på en rekke områder: Aktører i organisasjoner blir behandlet som vel passive (Fligstein 2001b), og presset fra de institusjonelle omgivelsene behandles i overkant stabilt og ”uniformert” (Scott et al. 2000). Perspektivet kritiseres også for å overse og legge for lite vekt på ”both the play of power and moral conviction in the building and dismantling of institutional arrangements” (ibid.: 169). På tross av en slik kritikk, kan perspektivet bidra til å drøfte utviklingstrekk på rusfeltet. Et sentralt tema i denne studien er hvorvidt organiseringen inn under helseforetakene fører til at behandlingsinstitusjonene blir formelt likere den øvrige spesialisthelsetjenesten. DiMaggio og Powells (1983) tre former for isomorfi belyser disse spørsmålene i de tre ulike analysekapitlene. Den klassiske institusjonelle teorien er relevant ved at den utfordrer ”ensrettingsdynamikken” i det nyinstitusjonelle perspektivet. Scott et al. påpeker at de klassiske institusjonelle teoretikerne var mer ”attuned to the ways in which power was employed not only to design structures that advantaged some groups over others but also to construct rules and norms that justified and legitimated these advantages” (2000: 170). Denne studien vektlegger derfor også opposisjon og motstand mot utviklingen etter rusreformen, og det undersøkes om en særegen form for ”commitment” kan ha utviklet seg blant aktørene på rusfeltet.

Scotts (2001) definisjon av institusjoner kan ses som et forsøk på å integrere de ulike skolene innen institusjonell teori. Han skiller ut tre *pilarer* som utgjør, eller støtter opp rundt, institusjoner (ibid.: 51-58). Den regulative pilaren innebærer en vektlegging av hvordan institusjoner legger føringer på og begrenser atferd, særlig gjennom lover, regler, kontroll og sanksjoner. Den normative pilaren inkluderer verdier og normer; normative regler som introduserer en forordnende, evaluerende og obligatorisk dimensjon i det sosiale livet (ibid.: 54). Den kulturelt-kognitive pilaren tar utgangspunkt i ”the shared conceptions that constitute the nature of social reality and the frames through which meaning is made” (ibid.: 57). Meningskonstruksjon og utvikling av det ”tatt-for-gitte” er sentrale element. Scott sitt integrasjonsforsøk bygger videre på modellen DiMaggio og Powell (1983) utledet, ved at de isomorfiske mekanismene forbindes med hver sin institusjonelle orden: Tvingende med de regulative strukturene, normativ med det normative systemet, og mimetisk med den kulturell-kognitive pilaren (Scott et al. 2000: 169). Ulike retninger innen institusjonell teori legger ulik vekt på disse tre komponentene og mekanismene. I modellen som utvikles for å studere

institusjonell endring på rusfeltet, inngår alle de tre dimensjonene. Særlig undersøkes hvorvidt de tre isomorfske mekanismene kan bidra til en drøfting av *retningen* på utviklingen etter rusreformen.

2.2. Institusjonell endring

Både den klassiske og den nyinstitusjonelle teorien var lenge opptatt av å vise til stabiliteten og tregheten ved organisasjoner. Mens den klassiske institusjonelle retningen fokuserte på utviklingen av særegne karaktertrekk i institusjonaliseringsprosesser, fokuserte den nyinstitusjonelle retningen på ensretting, konvergens og isomorfi. Studier av *institusjonell endring* blir derimot nå sett på som en særlig interessant og viktig del i videreutviklingen av det institusjonelle perspektivet (Scott 2001; Dacin, Goodstein og Scott 2002). I slike studier kan det se ut som om skillet mellom den klassiske og den nyinstitusjonelle retningen er mindre framtrædende. Arbeidet til Scott et al. (2000) skriver seg inn i denne tradisjonen.

2.2.1. "From professional dominance to managed care"

I en studie om utviklingen i helsevesenet i San Francisco Bay Area, utviklet Scott et al. (2000) en modell for å undersøke institusjonell endring. De tok for seg helseorganisasjonene som har virket på feltet i perioden fra 1945 til 1990-tallet. Jeg vil først kort presentere modellen som Scott et al. utviklet. Denne danner utgangspunkt for forsøket på å identifisere og forklare institusjonell endring av rusfeltet.

Scott et al. undersøker et felt som har gjennomgått store endringer, både når det gjelder de overordnede reglene som styrer helsevesenet, og ideene ("belief systems") om medisinsk behandling og helsetjenester (2000: 20). For å undersøke denne utviklingen vektlegges særlig tre sentrale komponenter: Institusjonelle logikker, institusjonelle aktører, og myndighetsstrukturer. Institusjonelle logikker forstås som "cognitive maps, the belief systems carried by participants in the field to guide and give meaning to their activities" (ibid.). Institusjonelle aktører er både bærere og skapere av disse logikkene, og kan være individer og organisasjoner. Myndighetsstrukturer utøver regulativ og normativ kontroll over et felt eller en sektor. En myndighetsstruktur har til en hver tid noen sentrale aktører som har mer innflytelse enn andre. I det amerikanske helsevesenet dominerte i etterkrigstiden først profesjonsgruppene, med legene i spissen. Deretter fikk føderale myndigheter en viktigere posisjon, og de siste tiårene har "corporate managers" kommet sterkere på banen. Med

utgangspunkt i de skiftende myndighetsstrukturene identifiserer Scott et al. tre distinkte epoker, hvor ulike logikker og aktører har vært dominerende (2000: 178-235).

Den første, epoken av profesjonell dominans, strekker seg fra 1945-65. I denne perioden dominerte profesjonsorganisasjoner, støttet av staten. De uavhengige legene var den dominerende institusjonelle aktøren. Profesjonell autoritet og kvalitet i helsetjenestene blir satt opp som de dominerende institusjonelle logikkene i denne perioden. Epoken av føderalt engasjement strekker seg fra 1966-82. De føderale myndighetene var i denne perioden den dominerende institusjonelle aktøren, mens statlige myndigheter og den medisinske profesjonen kan ses på som sekundære aktører. Lik tilgang til helsetjenester regnes som den dominerende institusjonelle logikken, symbolisert ved Medicare og Medicaid lovgivningen. Den siste epoken, "the era of managerial control and market mechanisms", har vært under utvikling siden 1983. På 80-tallet identifiserer de et politisk kursskifte, og deregulering og økt bruk av markedsmekanismer blir mer og mer fremtredende. Private helseorganisasjoner øker i antall, og blir de sentrale institusjonelle aktørene. De dominerende logikkene i denne epoken er ledelse, markedsorientering, og effektivitet.

Utviklingen i de nordiske landene er sammenliknet med den historiske analysen til Scott et al. (2000). Kerstin Sahlin-Andersson hevder at "studies of Scandinavian health care in transition reveal similiar patterns of institutional change" (2003: 118), selv om timingen og karakteristikkene vil variere noe. Byrkjeflot og Neby (2004) prøver epokeinndelingen på det norske, svenske og danske helsevesenet, og spør om vi også her har sett en overgang til "managers and markets". På tross av at nyliberale ideer, markedsmekanismer og NPM-inspirerte modeller i økende grad er blitt innført i alle de tre landene, finner de at den institusjonelle konteksten og "the social embeddedness" i helsevesenet i disse tre landene på viktige områder skiller seg fra det amerikanske (ibid.: 8). Særlig påpeker de at velferdsstaten i hele etterkrigstiden har hatt en særskilt rolle i de skandinaviske landene. Byrkjeflot og Neby understreker derfor at man ikke ukritisk og kontekstfritt kan overføre Scott et al. sin historiske gjennomgang på de skandinaviske forhold. Allikevel er det særlig trekk ved den norske sykehusreformen av 2002, og utviklingen i Sverige på 90-tallet, som støtter antakelsen om at vi ser et regimeskifte i disse landene, hvor særlig "managers", og til en viss grad markedet,

har fått en dominerende posisjon (ibid.: 24).⁸ Ole Bergs (2006) beskrivelse av norsk helsepolitikkens utvikling fra ”politikk” til ”økonomikk” kan derimot tas til inntekt for trender i retning av den Scott et al. (2000) viser.

Byrkjeflot og Neby (2004) sine reservasjoner med å eksportere innsiktene fra en studie av amerikanske forhold til skandinaviske, er veiledende også for denne studien. Både på bakgrunn av ulikheter i helsepolitikken i henholdsvis USA og Norge, men også på bakgrunn av at de institusjonelle særtrekkene ved det norske *rusfeltet* skiller seg betraktelig fra særtrekkene ved det amerikanske *helsevesenet*. Imidlertid er ikke denne studiens siktemål å foreta en epokeinndeling basert på studien til Scott et al.⁹ Det er *modellen* som ligger til grunn for epokeinndelingen jeg tar utgangspunkt i.

2.2.2. Institusjonell endring og rusfeltet

Basert på det empiriske materialet forsøker jeg å danne et bilde av hvordan endring i de tre institusjonelle elementene kan analysere utviklingen på rusfeltet etter reformen: innflytelsesrike logikker (kapittel 5), aktører (kapittel 6) og myndighetsstrukturer (kapittel 7). Nedenfor følger en kort beskrivelse av hvordan disse tre elementene operasjonaliseres for den senere analysen.

Institusjonelle logikker

Begrepet institusjonelle logikker sikter i følge Scott et al. til ”the belief systems and associated practices that predominate in an organizational field” (2000: 170). De fungerer som organiserende prinsipp, som gir praktiske anbefalinger for aktørene, og definerer hvilke mål og verdier som bør gjelde for aktiviteten i et felt. Som vi har nevnt tidligere, er institusjonelle aktører både skapere og bærere av de institusjonelle logikkene. Deltakere utenfor feltet kan også være slike bærere, og på den måten påvirke feltet. Ofte vil man finne *dominerende* logikker som reflekteres i mektige institusjonelle aktører, men ”subordinate interests may over time become more influential or even superordinate” (ibid.: 171). Scott et al. er særlig på jakt etter slike *sekundære* institusjonelle logikker som kan fungere som ”precursors to institutional change” (ibid.: 171). I likhet med Friedland og Alford er de derfor åpne for at

⁸ Byrkjeflot og Neby (2004) forholder seg til historiske kilder, og har dermed ikke mulighet til å gjennomføre en liknende populasjonsorganisert studie som Scott og kollegaene, og ikke den samme muligheten til å spore samspillet mellom aktører, logikker, og myndighetssystemer.

⁹ På tross av dette, har jeg likevel valgt å skrive et ”historisk narrativ” (Byrkjeflot og Neby 2004: 10) over rusfeltets historie i bakgrunnskapitlet.

man i et gitt felt kan identifisere ”multiple institutional logics” (1991: 243), som står i potensielle motsetningsforhold til hverandre.

Hvordan analyserer man endring i institusjonelle logikker på rusfeltet? Scott et al. (2000) bruker et sett av indikatorer, for å identifisere slike underliggende ”belief systems”. I denne studien velges en alternativ operasjonalisering. En overordnet målsetning med rusreformen var å bedre kvaliteten og kompetansen i rusbehandlingen. Reformen kan ses som et ”politisk endringsforsøk som har faglig forming – i betydning faglig forbedring – som målsetning” (Erichsen 2004: 105). Endringer i faglige perspektiver og prinsipper er dermed en sentral dimensjon, og blir undersøkt ved å studere informantenes *vurderinger* av faglige spørsmål. Særlig står forholdet mellom medisinske og sosialfaglige behandlingsperspektiv sentralt i vurderingene. De institusjonelle logikkene utvikles dermed i stor grad som *faglige* logikker (Berg 1987). På bakgrunn av vurderinger av faglighet undersøkes dominerende og sekundære logikker på rusfeltet i regionen. Hvilke faglige perspektiv har blitt mer, og hvilke har blitt mindre, betydningsfulle? Hvilke aktører er bærere og skapere av hvilke logikker? Står logikkene i opposisjon til hverandre, og hva kan dette fortelle om mulighetene for endring?

Dersom man anvender Scotts (2001) integrerende definisjon av institusjoner, relaterer institusjonelle logikker seg først og fremst til den kulturelt-kognitive, og til en viss den normative pilaren. Endring i faglighet ses derfor også i sammenheng med *mimetisk* prosesser (DiMaggio og Powell 1983). Hvilken rolle spiller sammenlikninger med øvrig spesialisthelsetjeneste for de faglige vurderingene?

Institusjonelle aktører

Institusjonelle aktører kan være både individer og kollektiver. De forholder seg til institusjonelle logikker på følgende måte: ”[They] both create (produce) and embody and enact (reproduce) the logics of the field” (Scott et al. 2000: 172). Sett på som agenter har de kapasitet til å påvirke og endre systemene og reglene, og sett på som bærere reflekterer de de institusjonelt definerte strukturene, kapasitetene og rettighetene i et gitt felt. ”Their interests are shaped by *their location in the field*; and, in turn, they endeavor to have these interests reflected in the governance structures” (ibid., min utheving). Aktørene defineres som institusjonelle, fordi de virker på institusjonelt definerte felt.

Scott et al. (2000) teller først og fremst ulike typer av institusjonelle aktører for å finne ut endring i helsevesenet i San Francisco- området. Analysen er dermed i stor grad populasjonsinspirert (se særlig kap. 2, 3 og 4). Min operasjonalisering er naturlig nok annerledes. I denne sammenhengen er hovedspørsmålet: Hvilke institusjonelle aktører er mest betydningsfulle etter rusreformen? Ettersom denne studien tar utgangspunkt i vurderinger av faglighet, er profesjonenes rolle et analytisk fokus. Hvordan har legenes rolle endret seg etter reformen? Hvilke profesjoner har fått mer og hvilke har fått mindre innflytelse? Hvilke profesjoner reflekterer de dominerende logikkene, og hvilke representerer sekundære logikker?

De sentrale aktørene er i denne studien profesjonene, og dermed tilhørende først og fremst den normative (og til en viss grad den kulturelt-kognitive) pilaren (Scott 2001). *Normative* prosesser (DiMaggio og Powell 1983) trekkes inn i drøftingen av endringer i faglighet. Hvordan har endring i profesjonssammensetning påvirket rusbehandlingen, og hvilken rolle spiller sammenlikninger med øvrig spesialisthelsetjeneste for ønsket profesjonssammensetning i de tverrfaglig spesialiserte tjenestene?

Myndighetsstrukturer

For Scott et al. (2000) utgjør myndighetsstrukturer den siste faktoren i analysen av institusjonell endring. I tillegg til ulike sosiale aktører og logikker, er institusjoner også bygd opp av normative og regulative strukturer. Myndighetsstrukturer refererer til "all those arrangements by which field-level power and authority are exercised involving, variously, formal and informal systems, public and private auspices, regulative and normative mechanisms" (Scott et al. 2000: 172-173). En slik definisjon er relativt vid, men fanger opp hvordan ulike myndighetsorgan styrer og utøver makt gjennom både regulative og normative mekanismer.

I analysen opererer de med tre ulike former for myndighetssystemer, som har variert over tid: En foreningsmodell, en statlig (føderal) modell, og en markedsmodell. Datagrunnlaget gjør det ikke mulig å foreta en slik epokeinndeling av utviklingen på rusfeltet. Derfor er andre myndighetsstrukturer relevante for denne studien. Etter rusreformen er stat og kommune to sentrale forvaltningsnivå på rusfeltet. Disse nivåene defineres som *myndighetsstrukturer*. Forholdet mellom stat og kommune er en viktig dimensjon, fordi rusmiddelmissbrukere ofte er avhengig av tjenester fra begge nivå. Hvor settes grensene mellom de to nivåenes

ansvarsområder? Hvordan har samarbeidet mellom stat og kommune endret seg etter reformen? Hvilket forvaltningsnivå har økt sin innflytelse på rusfeltet etter reformen, og hvilket nivå prioriteres faglig, politisk og økonomisk?

Myndighetsstrukturer henviser først og fremst til den regulative pilaren i Scott (2001) sin definisjon, men også til en viss grad den normative. *Tvingende* prosesser (DiMaggio og Powell 1983) kan dermed bidra til å forklare organisatorisk (og faglig) endring på rusfeltet. Hvilken rolle har rusreformen hatt for organiseringen av forholdet mellom stat og kommune, og på hvilken måte har dette sammenheng med organiseringen av dette forholdet i de øvrige helsetjenestene?

Logikker, aktører og myndighetsstrukturer: Hvordan er de forbundet med hverandre?

Det er komplekse sammenhenger og forbindelser mellom de ulike komponentene som utgjør de institusjonelle omgivelsene. Ofte vil komponentene være dypt sammenvevd, som for eksempel i tilfeller hvor aktører både kan ses på som skapere og bærere av ulike meningssystemer, og i tilfeller hvor institusjonelle logikker både muliggjør og vanskeliggjør aktørenes handlinger. Scott et al. (2000) hevder likevel at man som oftest ser relativt stabile kausalforhold ved analyser av institusjonell endring. De hevder at logikkene, fordi de består av ideer, som regel kommer først. En mulighet er også at aktører utenfra feltet bringer nye logikker inn i feltet, og på den måten endrer feltdeltakernes oppfatninger og perspektiver. For at nye logikker skal føre til endring, er man derimot alltid avhengig av at de får aksept på feltet, og at aktørene forholder seg aktivt til dem. Men for at endringen skal vedvare, for at man skal kunne definere det som en institusjonell endring, så er man avhengig av at de erstatter tidligere sannheter, og at de over tid blir tatt for gitt som ”hvordan ting er” og ”hvordan ting henger sammen” (ibid.: 174). Ideene må *institusjonaliseres* i rutiner, roller og sosiale organisasjoner dersom de skal vare. Scott et al. peker på at den vanligste formen for endring skjer ved at ”logics and social actors interact to create governance structures”, og disse strukturene vil igjen legge føringer på og muliggjøre handling (ibid.: 175).

En modell som tar utgangspunkt i Scott et al. sine tre institusjonelle elementer legger grunnlaget for en omfattende analyse. Når jeg ikke har valgt ut ett av elementene, men tar for meg alle tre, går bredde til en viss grad på bekostning av dybde. Bakgrunnen for å fokusere på logikker, aktører, og myndighetsstrukturer er imidlertid at bredde er en viktig målsetning med denne studien. En analyse hvor de tre elementene ses i sammenheng gir et helhetsinntrykk av

endringsprosesser på rusfeltet etter rusreformen. Fordi det foreligger lite forskning på dette området, og fordi rusreformen ennå har virket i kort tid, kan et slikt bredt inntak være nyttig. I det avsluttende analysekapitlet (kap. 8) diskuteres derfor hvordan de tre ulike komponentene er forbundet med hverandre, og hvilke sentrale utviklingstrekk analysen foreslår.

2.3. En teori om rettferdiggjøring

Denne studien tar utgangspunkt i informantenes vurderinger av situasjonen på rusfeltet etter rusreformen. For å forstå hvilke overordnede prinsipp som ligger bak disse vurderingene, tilbyr Boltanski og Thévenot et verdifullt analytisk verktøy. Boltanski og Thévenot (1999, 2006) sine arbeider kan karakteriseres som en teori om rettferdiggjøring.¹⁰ Det er også blitt beskrevet som en teori om handling (Bènatouil 1999), som en politisk moralsosiologi (Wagner 1999), og som et kunnskapssosiologisk forskningsprogram (Skarpenes og Hestholm 2007). Utgangspunktet for teorien er en studie av aktørers rettferdiggjøringsarbeid i ulike sosiale situasjoner, gjennom mobilisering av ulike verdiordener.¹¹ Teorien kan sees på som beslektet med interaksjonistiske perspektiv som etnometodologi og symbolsk interaksjonisme, men skiller seg fra disse ved å innføre et ”makroperspektiv”; verdiordenene er analytiske (og historiske) konstruksjoner og finnes kun som reservoarer av rettferdiggjøringsmuligheter (Wagner 1999). Dermed kan perspektivet brukes i empiriske undersøkelser for å undersøke hvilke former for verdsettinger som har legitimitet i ulike situasjoner på ulike tidspunkt. Det er særlig den kunnskapssosiologiske dimensjonen som gjør perspektivet egnet for denne studien; hvilke verdsettinger er kollektivt legitime på rusfeltet etter reformen, og er noen former for verdsettinger blitt mer, og andre mindre, legitime som følge av reformen?¹² Nedenfor presenteres dette perspektivet. Først forklares kjennetegn ved *regimet for rettferdiggjøring*, deretter følger en gjennomgang av verdiordenene. Til slutt drøftes hvordan teorien om rettferdiggjøring tilbyr en alternativ måte å forstå utviklingen av institusjoner.

¹⁰ Jeg tar først og fremst utgangspunkt i tekstene som presenterer teorien om rettferdiggjøring, nemlig boka ”On justification” som ble oversatt til engelsk i 2006, samt en artikkel fra 1999, ”The sociology of critical capacity”, som er en syntetisert fremstilling av boka som da kun forelå på fransk. Teorien om rettferdiggjøring er basert på en rekke empiriske arbeider av både Luc Boltanski og Laurent Thévenot, samt andre forskere, i det Wagner (2001) har kalt ’the new French social sciences’.

¹¹ Skarpenes og Hestholm (2007) bruker begrepene ”(kollektivt legitime) verdsettingsformer” og ”rettferdiggjøringsrepertoar” synonymt med verdiordener (”orders of worth”). Jeg velger også et slikt vokabular i denne studien.

¹² Her gjelder også de metodiske problemstillinger knyttet til endring basert på intervjudata som ble drøftet i innledningen. Se kapittel 4.7 for mer omfattende drøfting.

Boltanski og Thévenot studerer en viss type sosiale situasjoner, såkalte kritiske øyeblikk, hvor rettferdiggjøring og legitimering er de sentrale prosessene. De kaller dette for *regimet for rettferdiggjøring*. For å presisere at ikke alle sosiale situasjoner dreier seg om slike rettferdiggjøringsprosesser, har de inkludert også andre handlingsregimer i forskningsprogrammet. I det familiære regimet, regimet for målretta handling, og regimet for vold, finner vi handlinger som er basert på andre sosiale prosesser enn rettferdiggjøring.¹³ Rettferdiggjøringsregimet er kun nødvendig i situasjoner hvor handlinger i de ”lokale” regimene ikke er tilstrekkelig for å løse en situasjon (Boltanski og Thévenot 1999: 362). Kritiske øyeblikk er kjennetegnet ved at en dispuTT oppstår mellom personer som ønsker å finne en felles akseptabel løsning på et problem. I slike øyeblikk står personene ovenfor et imperativ om å rettferdiggjøre sine handlinger. Boltanski og Thévenot vektlegger at vanlige mennesker har en kritisk kapasitet som gjør at de som regel klarer å komme fram til en eller annen form for enighet. For at en dispuTT skal løses, søker personene som er involvert en *ekvivalens* (likeverdsprinsipp), ved å renske situasjonen for gjenstander og forhold som ikke er relevant i situasjonen. For å komme dit forutsettes det at personene deler ”a common capacity to see what fits the situation and under which relation” (ibid.: 361). Ut fra denne idealsituasjonen utvikler Boltanski og Thévenot en teori om hvilke former for rettferdiggjøring og legitimering som benyttes i slike disputer.

2.3.1. Verdiordener

Et sentralt premiss i perspektivet til Boltanski og Thévenot er at mennesker som står ovenfor et imperativ om å rettferdiggjøre sine vurderinger eller handlinger har en sans for det felles gode, og at de ønsker å komme fram til en eller annen form for enighet. Basert på etnografiske feltarbeid erfarte de at mennesker som står i ulike kritiske situasjoner refererte til prinsipper, gjerne knyttet til ulike objekt eller personer, som representerte ulike idealer om hva som er et kollektivt gode. Det ble henvist til størrelser og idealer eksternt for problemet i den aktuelle situasjonen. De leste derfor klassiske tekster i politisk filosofi, som på ulike måter presiserer hva som er gode måter å organisere samfunnet på. Ved å sammenlikne et sett av slike filosofiske tekster identifiserte de ulike *ekvivalensprinsipper*, som utgjør grunnlaget for seks ulike verdiordener (Boltanski og Thévenot 1999: 366). Gjennom de etnografiske dataene fikk de bekreftet at mennesker faktisk henviser til slike prinsipper for å komme frem til enighet. Den

¹³ *Presiseringen* av at regimet for rettferdiggjøring kun er et av flere regimer, kom på bakgrunn av kritikken mot *De la justification*. Enkelte leste boken som om mennesker til enhver tid, og i alle slags situasjoner, er utsatt for imperativet om å rettferdiggjøre egne handlinger og vurderinger (Wagner 1999: 348-350).

trede formen for data hentet de fra populære håndbøker/ guider om korrekt atferd i organisasjoner (først og fremst bedrifter). De foretok en nærlesning av håndbøkene, for å identifisere verdige personer og objekter som kan knyttes til hver av de ulike verdiordenene. Disse tre formene for data dannet utgangspunktet for utformingen av de seks ulike verdiordene.

Mye av kritikken mot Boltanski og Thévenot har rettet seg mot måten de har utarbeidet verdiordenene på (Wagner 1999). Særlig ble det påpekt en mangel på historisk perspektiv, ved at tekster produsert i ulike historiske epoker, av forfattere fra ulike europeiske land, ble overført til å gjelde nåtidige (og ofte hverdagslige) disputer. Boltanski og Thévenot presiserer derfor at verdiordenene er *historiske konstruksjoner*, og ikke på noen måte en endelig eller universell typologi (1999: 369). Verdiordene vil kunne endre seg over tid; nye verdiordener vil være nødvendige å inkludere; andre kan risikere å falle fra. En verdiorden eksisterer kun så lenge folk benytter seg av den i sine rettferdiggjøringer, "they are thus not real as separate social phenomena but as repertoires of justification" (Wagner 1999: 351). Det metodologiske grepet til Boltanski og Thévenot er slik originalt, ved at det lar empirien ha det siste ordet i 'rettferdiggjøringen' av klassifikasjoner av verdiordener. I forlengelsen av kritikken mot mangel på historisk perspektiv i *De la justification* har Boltanski og Chiapello (2007) gjort en studie av den "nye" kapitalismen, hvor de foreslår at en ny prosjektorientert verdiorden gradvis har gjort seg gjeldende. Lamont og Thévenot m.fl. (2000) har også vist at verdiordene har ulik betydning i ulike land; man finner ulike kollektivt legitime verdsettingsformer i ulike samfunn. Slike analyser tar sikte på å utvide forskningsprogrammet i rom, ved å vise at verdiordenene har relevans også utenfor det franske samfunnet (Wagner 1999). Flere empiriske studier som anvender perspektivet til Boltanski og Thévenot på norske samfunnsforhold konkluderer med at verdiordene, selv om de har tidvis ulik betydning i Norge, utgjør et fruktbart inntak for å studere endring i legitime verdsettinger i både tid og rom (Skarpenes og Hestholm 2007: 99).

I den kommende analysen benyttes verdiordenene som et analytisk redskap for å undersøke hvordan aktørene på rusfeltet legitimerer egne, og rettferdiggjør kritikken av andres, vurderinger og handlinger. For enkelhetsskyld har jeg laget en tabell som oppsummerer det overordnede ekvivalensprinsippet (verdsettingsprinsippet) og kvalifiseringsgrunnlaget i hver

verdiorden, med tilhørende verdsette personer og objekter.¹⁴ Tabellen er en forkortet versjon av fremstillingen til Boltanski og Thévenot (2006: 159-211, 1999: 370-373).

Tabell 2.1: Verdiordener

Verdiorden	Overordnet verdsetningsprinsipp	Kvalifiseringsgrunnlag	Objekter	Subjekter
Inspirasjon	Inspirasjon, lykke	Entusiasme, lidenskap	Drømmer, ånder	Kunstnere, gale personer, barn, genier
Domestisk	Videreføring av tradisjon, hierarki, generasjon	Hierarkiske strukturer	Gode manerer, titler, signaturer	Slektinger, ledere, sjefer,
Opinion	Anerkjennelse	Å ha et publikum, oppnå anerkjennelse	Oppslag i media, merkevarer, pressemeldinger	Stjerner, opinionsledere, talsmenn, journalister, markedsførere
Sivil	Kollektiv velferd	Likhet og solidaritet	Regler, rettigheter, prosedyrer, program	Kollektive personer, medlemmer, representanter, delegater
Marked	Konkurransen	Konkurransedyktighet	Rikdom, penger, varer, tjenester, luksusartikler	Konkurrenter, forretningsmenn, kjøpere og selgere
Industri	Effektivitet, planlegging	Kompetanse, det profesjonelle	Midler, verktøy, metoder, figurer, grafer, planer	Profesjonelle, eksperter, spesialister

De ulike verdiordenene viser til ulike måter å rettferdiggjøre og legitimere vurderinger på. I situasjoner hvor aktører kritiserer andre, eller må forsvare seg mot potensiell kritikk, *mobiliseres* en (eller flere, ved kompromiss) av disse verdiordenene. Dette gjøres ved å trekke inn verdifulle personer, objekter, kvalifikasjoner, relasjoner, eller verdsetningsprinsipp i situasjonen. Egenskapene som utgjør en verdiorden, står i modellen i et harmonisk forhold til hverandre. Aktører kan dermed nøye seg med å vise til verdige personer eller objekter for å rettferdiggjøre en vurdering, kun i noen tilfeller vil det være nødvendig å gjøre det overordnede verdsetningsprinsippet eksplisitt i situasjonen (Boltanski og Thévenot 2006: 141).

¹⁴ Tabellen ovenfor er en forenkling av modellen til Boltanski og Thévenot. En verdiorden består også av storhetstilstand, verdighet, investering, eksempel på storhet, naturlig relasjon mellom individer, eksempel på idealfigur, vurdering, bevis, forfall (oversettelse av begrepene: Skarpenes og Hestholm 2007: 89-90). Av hensyn til oppgavens omfang refererer jeg først og fremst til overordnet verdsetningsprinsipp, kvalifiseringsgrunnlag (test), subjekter og objekter når jeg omtaler verdiordenene. For en grundigere tabell, som også inkluderer den prosjektorienterte og grønne verdiordenen som er lagt til i nyere studier, se Andersen (2007: 41).

2.3.2. **Kritikk og kompromiss**

Boltanski og Thévenot er ikke opptatt av den formen for enighet som oppstår gjennom en eller annen umiddelbar felles forståelse av en situasjon. De er derimot interessert i hvordan enighet oppstår i konfrontasjon med reell eller potensiell kritikk. En handling eller et argument må derfor kunne rettferdiggjøres i en eller flere av verdiordenene, for å kunne gjøre motstand mot et mulig ”angrep” (ibid.: 364). Boltanski og Thévenot mener at mennesker har en evne til å skille mellom legitime og illegitime måter for kritikk og rettferdiggjøring. Det er denne kritiske kapasiteten mennesker bruker i sine disputer. I praksis består dette ofte i forsøk på å rengjøre situasjoner, og ved å bruke ulike virkelighetstester.

En første form for kritikk foregår innad i en verdiorden. Testen består her i å bestemme hvilke objekter og personer som skal vektlegges i situasjonen. Dersom objekt, subjekt og verdsettingsprinsipp står i et harmonisk forhold, er testing ofte unødvendig. I situasjoner der det er enighet om prinsipp, men hvor det foreligger usikkerhet om hvordan man skal rangere objekt og/ eller subjekt, dreier kritikken seg om å skape samsvar ved å endre/ bytte ut/ rangere om på objektene/ subjektene. Det er i slike situasjoner ikke uenighet om hvilken verdiorden som er legitim. Kritikk kan også anta en noe mer radikal form, ved at enten egenskaper fra en annen verdiorden bringes inn i en situasjon, eller ved at selve verdsettingsprinsippet i en verdiorden kritiseres. I det første tilfellet, hvor objekt eller subjekt fra andre verdiordener trekkes inn i situasjonen, benyttes en test. Man må da prøve å skape samsvar mellom objekt, subjekt og prinsipp som gjelder innenfor den bestemte verdiordenen. Prinsippet som testen er basert på er ikke utfordret (Boltanski og Thévenot 1999: 373).

Den mest radikale kritikken forekommer derimot i det andre tilfellet, hvor selve prinsippet i situasjonen kritiseres med utgangspunkt i prinsippet fra en annen verdiorden. I dette tilfellet er målet med kritikken å bytte ut den aktuelle testen med en som er relevant i en annen orden (op.cit: 373). Slike ”ambiguous situations” er kjennetegnet ved at de inneholder objekter fra en rekke ulike verdiordener, og er dermed særlig utsatt for kritikk. Boltanski og Thévenot har utviklet en omfattende oversikt over de mest legitime kritikkene i samfunnet (2006: 237-273). Som eksempel nevner de at ofte forekommende kritikk i Frankrike skjer ved at man fra den sivile verdiorden kritiserer de personlige båndene i den domestiske verdiorden. Denne kritikken er ofte fremtredende i politiske skandaler, når politikere kritiseres for misbruk av personlige lojalitetsbånd. Radikal kritikk innebærer at situasjonen blir en konkurranse mellom

to virkelighetstester. For å løse situasjonen, må menneskene involvert bli enige om virkelighetstest og verdiorden; de må bestemme seg for hvilket verdsettingsprinsipp som skal gjelde, og dermed hvilke kvalifikasjoner, egenskaper, subjekter og objekter som er gyldige i den aktuelle situasjonen.

Men det foreligger også en annen måte å oppnå enighet, løse disputer på, og det er ved kompromisser mellom to verdiordener. I slike tilfeller aksepterer man tilstedeværelsen av objekter og subjekter fra ulike verdiordener, uten å bli enige om verdsettingsprinsippet. Slike kompromiss er ofte relativt ustabile, ettersom de er lette å kritisere. Boltanski og Thévenot trekker som eksempel frem henvisninger til arbeideres rettigheter som et kompromiss mellom den sivile og industrielle verdiorden (1999: 375). Tvetydige situasjoner, som kompromiss ofte innebærer, kan derimot stabiliseres, dersom de institusjonaliseres over tid, i organisasjoner eller andre arrangement.¹⁵

2.3.3. Forståelsen av institusjoner hos Boltanski og Thévenot

Wagner (2001) understreker at et av de mest interessante bidragene til Boltanski og Thévenot, er at det gir en ny forståelse av institusjoner. Skarpenes og Hestholm påpeker også hvordan perspektivet tilbyr nye koplinger mellom kunnskaps- og institusjonssosiologien (2007: 72). Jeg vil kort gjengi noen av disse innsiktene, og vise hvordan Boltanski og Thévenot sin tilnærming til institusjoner påvirker studien av rusfeltet.

Institusjoner har en forholdsvis lik betydning hos Boltanski og Thévenot som i den klassiske sosiologien: "those social practices that show a certain regularity and stability through time and space" (Wagner 2001: 110). Det er derimot i konstruksjonen av institusjoner, prosessen som fører frem til sosiale praksiser av en viss stabilitet, Boltanski og Thévenot tilbyr et alternativ til – og en kritikk av – mye klassisk sosiologi. Med utgangspunkt i en artikkel av Thévenot (2001) kan denne kritikken oppsummeres i to punkt: For det først har organisasjonsteorien brydd seg for mye om faktorer som bidrar til å opprettholde en

¹⁵ Rusreformen kan for eksempel leses som et kompromiss mellom den industrielle og sivile verdiorden. Behandling av rusmiddelmissbrukere skal etter reformen være både *spesialisert* og *tverrfaglig*. En spesialisert tjeneste indikerer industrielle egenskaper og objekt som ekspertise, diagnoser, journaler, resultater. En tverrfaglig tjeneste innebærer derimot et sivilt likhetsprinsipp; man sidestiller de ulike formene for kunnskap uten å foreta en rangering. Spenningen som er innebygget i dette kompromisset danner et viktig bakteppe for denne studien. De tre analysekapitlene vil vise hvordan forholdet mellom industrielle og sivile verdsettelser står sentralt når aktørene rettferdiggjør egne vurderinger, og kritiserer andres vurderinger, i både faglige og organisatoriske spørsmål.

orden/institusjon. For det andre har den knyttet for mye forklaringskraft til hvordan ulike "categorical characterizations of human beings" bidrar til å både opprettholde og utfordre institusjoner, for eksempel interessegrupper, identitet og habitus (ibid.: 406). Boltanski og Thévenot hevder at en empirisk sosiologi som ønsker å forklare hvordan stabile praksiser oppstår, heller må være orientert mot arbeidet aktører gjør i ulike *situasjoner*. En situasjon er nettopp kjennetegnet ved "the work of 'making equal'", hvor aktørene forsøker å oppnå "a stable relation between persons and/or things, thus reducing the uncertainty about how to identify a situation" (Wagner 2001: 110). Institusjonalisering kan dermed undersøkes ved å se på hvordan slike "enigheter vokser seg store" (Skarpenes og Hestholm 2007: 79), og blir sosiale konvensjoner. Verdiordenene til Boltanski og Thévenot kan ses på som et analytisk redskap for å fange inn denne prosessen. Det er i analysene av aktørenes rettferdiggjøringer vi kan se hvilke figurasjoner av verdier som til en hver tid blir benyttet i ulike situasjoner, med mulighet for å studere hvordan figurasjoner av verdiordener har utviklet seg historisk (tid), og geografisk (rom) (Wagner 1999). Slike sosiale konvensjoner må derimot ikke tas for gitt som endelige, de krever et kontinuerlig "vedlikeholdsarbeid".

Boltanski og Thévenots perspektiv står sentralt i denne studien av flere årsaker. For det første tar analysen utgangspunkt i aktørenes vurderinger av faglige og organisatoriske spørsmål. Jeg vil se nærmere på hvordan vurderingene relateres til større og mer allmenne prinsipper (verdiordener). På denne måten trer også forskjellene mellom ulike vurderinger tydeligere frem. Ettersom denne studien dreier seg om endring, er det for det andre interessant å undersøke om noen former for verdsettinger er blitt mer legitime og mer utbredt, mens andre er blitt mindre, etter rusreformen. Boltanski og Thévenot sitt perspektiv tilbyr her et noe annet inntak til endringsspørsmålet, som vil utfylle det institusjonelle perspektivet. Det er da særlig vektleggingen av hvordan institusjoner er avhengig av et kontinuerlig sosialt arbeid som er relevant. Institusjonell endring forstås dermed prosessuelt. En slik presisering er nødvendig, fordi rusfeltet nå er inne i *en periode* preget av endring. Vektleggingen av rettferdiggjøringsarbeidet som utføres av aktørene på rusfeltet gjør det også mulig å empirisk undersøke motstand mot endring.

3. Historisk bakgrunn og rusreformen

For å forstå det faglige og organisatoriske bruddet som rusreformen innebærer, er det oppklarende å se bakover i tid. Den første delen av kapitlet er derfor viet en historisk fremstilling av rusfeltet. Fremstillingen plasserer rusreformen i en faglig og historisk kontekst. Gjennomgangen er organisert kronologisk, ved en presentasjon av fem ulike perspektiv på rusproblemet. Samspillet mellom fremtredene perspektiv om rusmisbruk og utviklingen av nye organisasjonsformer i behandlingssystemet, står sentralt i fremstillingen. På tross av at rusfeltets utvikling har vært preget av kontinuitet, i betydningen av at ulike behandlingsfaglige tilnærminger og organisasjonsformer har virket parallelt i ulike epoker, er det like fullt mulig å identifisere noen paradigmatisk perspektiv og organisasjoner på ulike historiske tidspunkt. Den andre delen av kapitlet tar derfor for seg selve rusreformen. Jeg redegjør for bakgrunnen for og innholdet i reformen. Det vil særlig bli lagt vekt på en presentasjon av reformens målsetninger, og tiltakene som skal realisere disse.

3.1. Perspektiv og organisasjoner

Et karakteristisk trekk ved rusfeltets historie har vært at organisasjonene som har vokst fram, har vært sterkt preget av hvilket syn på rusmisbruk som har vært dominerende. Stinchcombe (1965) hevder at dette er et generelt fenomen i utviklingsutvikling; spesifikke sosiale forhold påvirker dannelsen av nye organisasjoner. Wagner (2001) sitt begrep om *kognitiv affinitet* er beslektet med Stinchcombes syn på forholdet mellom organisasjon og samfunn. Wagner studerte samfunnsteoriens utvikling siden slutten av 1800-tallet og fram til i dag, og hevder det er nyttig å se denne i lys av de store samfunnsendringene som har preget utviklingen de siste hundre årene. Overført til rusfeltet, vil man derfor kunne anta at det vil være en kognitiv affinitet mellom perspektiver på rusmisbruk og utviklingen av hjelpeapparatet. Videre kan man anta at dette preger innholdet i behandlingen, ved at ”tidens rådende trender og ideologier påvirker synet på hva som er god behandling” (Furuholmen og Andresen 1998: 24). Ruspolitikk og lovendringer integreres i fremstillingen for å vise samspillet mellom perspektiv og organisasjoner.

Moralske perspektiv og avholdsbevegelse

Rusproblemet har vært utsatt for ulike forklaringer, myter og overbevisninger. I Norge stiftet man for alvor først på 1960-tallet bekjentskap med de narkotiske stoffene (Fekjær 2004). Før den tid var alkohol det rusmidlet folk kjente til, og dem som utviklet et problematisk forhold til alkohol ble i stor grad sett på som viljesvake mennesker med tvilsom moral.

Avholdsbevegelsen sto lenge sterkt i Norge, og hadde tette bånd til kirken. Alkohol ble sett på som noe syndig og ukristelig. Veien bort fra alkoholen besto dermed i ulike varianter av frelse og omvendning. Denne forståelsen av rusproblemet kom til å prege den organisatoriske utviklingen av hjelpeapparatet for alkoholikere, med en fremvekst av ulike religiøse (men også flere statlige) kursteder.¹⁶ Fjær (2004) påpeker at frivillige organisasjoner hadde tilnærmet hegemoni over behandlingen av alkoholikere i denne perioden. Man kan beskrive aktiviteten i flere av disse organisasjonene som forsøk på religiøs oppvåkning, men ofte fungerte de mest som rene omsorgstiltak for de sosialt utstøtte. Synet på alkoholmisbruk som et sosialt problem som først og fremst gikk ut over svake grupper i samfunnet, gjorde at store deler av arbeiderbevegelsen støttet avholdsbevegelsen. Denne støtten bidro til at avholdsbevegelsen på starten av 1900-tallet var en av de største og mest effektive folkebevegelsene (Furre 1992). Fremveksten av religiøse institusjoner var markant, og mange av disse er fremdeles i drift. Enkelte har nedbetont den religiøse profilen og utviklet deler av virksomheten til mer profesjonelle rustiltak, som for eksempel Blå Kors. De fleste av landets evangeliesentre, som vokste fram på 80- og 90-tallet, har derimot en tydelig religiøs forankring, og utgjør i dag en stor andel av det som blir kalt private omsorgstilbud.¹⁷

Sykdomsmodell og Anonyme Alkoholikere

Anonyme Alkoholikere er en stiftelse som har hatt stor betydning for både alkoholikere og utviklingen av hjelpeapparatet. Bill Wilson regnes som grunnleggeren av AA på 1930-tallet i USA (Fekjær 2004: 31; White 1998: 128-139). Han bidro til utviklingen av *alkoholismeteorien*, som utover på 40-tallet fikk stor oppmerksomhet. Alkoholismeteorien tar utgangspunkt i at alkoholikere er predestinert til å ha et problematisk forhold til alkohol. Alkoholisme blir derfor definert som et individuelt avvikerproblem, og løsningen på alkoholproblemene er totalavhold for resten av livet. Alkoholisme teorien kan sees på som den første innflytelsesrike definisjonen av rusproblemet som en sykdom.

AA har hatt stor betydning for behandlingsapparatet i Norge. En konsekvens av alkoholismeteorien var at man begynte å fokusere på stordrikkere, i motsetning til avholdsbevegelsens fokus på fyllekulturens konsekvenser for kvinner og barn. Når man isolerte alkoholisme begrepet til en begrenset gruppe mennesker, dannet det seg et behov for målrettet behandling:

¹⁶ Etableringen av Blå Kors kursted på Eina på Toten i 1909 regnes som starten på rusbehandlingsapparatet i Norge (Fekjær 2004: 50).

¹⁷ Et godt bevis for at politikk, kristendom og rus fremdeles utgjør en effektiv symbiose, blir tydelig når man studerer finansieringsordningen for Pinsevennes Evangeliesentre: Som den eneste private organisasjonen innen rusomsorgen har de mottatt offentlig støtte gjennom en egen bevilgning over statsbudsjettet (Dagbladet 12.05.2003, Fekjær 2004)

”I kjølevannet av behandlingsoptimismen som AAs sykdomsteori fører til, begynner flere utdannede fagfolk å arbeide med rusbehandling” (Fekjær 2004: 38). I perioden fram til 1970-tallet stod denne sykdomsmodellen sterkt, og nye institusjonsformer vokste frem. På 50 og 60-tallet fikk man de første Alkoholklubber (A-klubber), som i stor grad baserte seg på 12-trinns- modellen til AA. Dersom man har utviklet et alkoholmisbruk kan man aldri bli kurert; man vil kun være ”i bedring” (ibid.: 241). Mye senere forskning har motbevist forutsetningene for AA- modellen og alkoholisme teorien.¹⁸

Solidaritetsperspektiv og kollektiv

I takt med at narkotikaproblemet for alvor ble synlig på 60- og 70-tallet, ble det på denne tiden opprettet en rekke alternative behandlingstiltak. Kollektiver og terapeutiske samfunn ble etablert i store deler av landet, ofte av ”idealister med en rød, grønn, eller religiøs ideologi” (Fekjær 2004: 52). Sammensetningen i kollektivene og i de terapeutiske samfunnene var ofte de mest utslåtte stoffavhengige ungdommene (Ravndal 2007). Behandlingsforløpene var langvarige, og tanken var å bygge opp selvrespekt og sosiale ferdigheter hos rusmisbrukerne. Det ble vektlagt å bygge gode og varige relasjoner mellom personalet og klientene, gjerne ved at personalet også bodde på institusjonen. Den behandlingsfaglige tankegangen var først og fremst knyttet til sosialfaglige perspektiver, samt den menneskelige påvirkningen som oppstår i møte mellom personal og klient. En del ble etter hvert nedlagt, men fremdeles utgjør de en vesentlig andel av særlig langtidsinstitusjonene. De gjenværende institusjonene har imidlertid fått en større helsefaglig tyngde, noe som ble et krav da rusreformen ble innført.

Med narkotikaens utbredelse på 60- tallet og utover, ble det reist krav om nye politiske løsninger. Media bidro sterkt til å synliggjøre narkotikaproblemene, og det er grunn til å hevde at det ble skapt et uproporsjonalt bilde av den faktiske utbredelsen av narkotika og stoffmisbruket (Christie og Bruun 2003; Fjær 2004). I Norge har man ført en restriktiv narkotikapolitikk, med utstrakt bruk av straff for også mindre narkotikaforbrytelser som bruk og besittelse. I senere år er det blitt mer utbredt at stoffmisbrukere dømmes til behandling enn fengselsstraff, noe som kan tyde på at et medisinsk perspektiv ”utfordrer” kriminalitetsperspektivet.¹⁹

¹⁸ For en god gjennomgang av kritikken mot A.A., se White (1998: kap. 7).

¹⁹ Prøveordningen Narkotikaprogram med domstolskontroll trådte i kraft 1.januar 2006 som straffereaksjon for rusmisbrukere i Oslo og Bergen (Justis- og politidepartementet G-1/ 2006). Straffedømte rusmiddelbrukere dømmes til å følge et rehabiliteringsprogram, og prøveordningen gjelder foreløpig i tre år.

Sosialfaglig tilnærming og poliklinikker

I starten foregikk mye av behandlingen og omsorgen i kurstedene og A-klinikkene på en erfaringsbasert kunnskap. De ansatte støttet seg på medmenneskelighet og i en del institusjoner også på religiøs påvirkning. Denne altruistiske tilnærmingen fikk solid fotfeste og finnes også i dag i store deler av det som nå betegnes som rusomsorgen. På 70- og 80-tallet ble det derimot ansatt flere fagutdannede personer i behandlingstilbudene. I denne profesjonaliseringsprosessen ble psykologer og sosionomer prioritert, og kanskje særlig sosialpedagoger (Fjær 1994).

Dette fikk konsekvenser for organiseringen av behandlingstilbudene: ”Ved et ideologisk skifte på 1980-tallet blir korttidsopphold og poliklinisk behandling mer og mer vanlig” (Fekjær 2004: 51). På samme tiden forsvant flere av de statlige og religiøse kurstedene, mye på grunn av endring i lovverket i 1984, hvor fylkeskommunen overtok ansvaret for alkoholisttilbudene. Inntil denne loven kom var de fleste tiltakene regulert av edruskapsloven, og mange institusjoner var privateide. På tross av ideologiske konflikter med den sykdomsinspirerte modellen, utvikles og sementeres på denne tiden den sterke sosialfaglige tilnærmingen til rusproblemet. Utover 90-tallet ser man tendenser til at medisinske perspektiver blir mer fremtredende. Men først ved rusreformen ble det sosialfaglige perspektivet formelt utfordret av en medisinsk tilnærming.

Medisinske perspektiv og klinikkstruktur

Substitusjonsbehandling med Metadon ble innført relativt sent i Norge, sammenliknet med andre europeiske land og USA. I 1998 vedtok Stortinget at metadonbehandling skulle innføres som et landsomfattende tiltak for særlig langtkomne, injiserende heroinmisbrukere (Fekjær 2004: 53). Senere ble legemidlet buprenorfin (Subutex) også inkludert i substitusjonsbehandlingen, og behandlingen blir kalt Legemiddelassistert rehabilitering (LAR). LAR tiltakene har hatt en dramatisk vekst de senere årene, og i overkant av 4500 pasienter var i behandling ved utgangen av 2007 (Waal, Clausen, Håseth og Lillevold 2008). Substitusjonsbehandling kan sees på som både den mest fremtredende bio- medisinske behandlingsmodellen på rusfeltet, og som et kriminalitetsforebyggende og skadereduserende sosialpolitisk tiltak (Bourgois 2000). Det blir anslått at utvidelsen av LAR tiltakene vil fortsette å øke i årene som kommer, i tråd med den politiske populariteten denne behandlingsformen har fått.

Både substitusjonsbehandling og den økte vektleggingen av Evidensbasert medisin/ praksis (EBM/ EBP) i rusbehandling, kan ses som uttrykk for at en helsefaglig dreining utover 90-tallet ble mer fremtredende (Willersrud og Olsen 2006; Skretting 2007; Ravndal 2005). Forståelsen av rusmiddelmisbruk og avhengighet ble i økende grad preget av nevrobiologiske og medisinske perspektiv (Fekjær 2004; Furuholmen og Schanche Andresen 2007; Watten og Waal 2001). En parallell utvikling finner vi innen psykisk helsevern i den samme perioden, hvor biologiske forklaringsmodeller ble mer fremtredende (Kringlen 2005; Wifstad 1998). En del rustiltak organiseres etter rusreformen som avdelinger for rus- og avhengighetsbehandling ved sykehusene. Opprettelsen av *Klinikk rus og avhengighet* ved Aker Universitetssykehus HF, kan ses som en paradigmatisk organisasjon i denne perioden.

3.1.1. Fra moral til medisin

Synet på rusmiddelmisbruk har endret seg betydelig i løpet av de siste hundre årene. Som en konsekvens av dette har man sett fremveksten av ulike organisasjoner og institusjoner for å hjelpe og behandle rusmiddelmisbrukere. Noen av disse er fremdeles en del av det offentlige behandlingsapparatet, mens andre er blitt nedlagt som følge av nye perspektiver, lover og politiske tiltak. Mange av institusjonene, og fagfolkene som befolker dem, har eksistert lenge, og har således operert i perioder preget av ulike perspektiv på rusproblemet. En del rustiltak vil med stor sannsynlighet kjempe for retten til å fremdeles kunne bestemme over egen behandlingstilnærming. Men rusreformen gir de regionale helseforetakene rett til å endre behandlingstilbudet innenfor egen region. Det er dermed et åpent spørsmål om det tradisjonsrike mangfoldet av behandlingstilnærminger også i fremtiden vil prege rusfeltet. Det er i et slikt skjæringspunkt, mellom egenart og ensretting, motstand og konvergens, denne studien er forankret.

Utviklingen fra en moralsk til en medisinsk tilnærming til rusproblemet, dreier seg om en økende grad av formalisering. En slik formalisering finner man også i historien om andre deler av helse- og sosialvesenet (Berg 1987; Erichsen 1996, se særlig kap. 3). Det som derimot gjør utviklingen av rusfeltet særlig interessant, er at det foreløpige endepunktet i ”formaliseringprosessen” først kom med rusreformen i 2004. Nedenfor presenteres en idealtypisk fremstilling av rusfeltets historie, med vekt på å synliggjøre samspillet mellom perspektiv og organisasjon, fag og politikk.

Tabell 3.1: Idealtypiske trekk ved rusfeltets utvikling²⁰

Periode	Perspektiv	Paradigmatisk organisasjon	Lovverk	Forvaltningsnivå	Ruspolitisk fokus
-1950	Moralsk	Avholdsbevegelsen	Lov om edruskapsvern (1932)	Religiøst ideelt	Fyllekultur
1950-70	Sykdom	AA, A-klinikker		Statlig	Folkehelse
1970-90	Solidaritet	Kollektiv/Terapeutiske samfunn	Lov om Fylkeskommunalt ansvar for alkohol-institusjonene mv. (1985)	Fylkeskommune (1985)	Narkotika hysteri
1990-2004	Sosialfaglig	Ruspoliklinikker	Lov om Sosiale Tjenester (1993)	Kommune, Fylkeskommune	Metadon (LAR)
2004-	Medisinsk	Klinikk rus og avhengighet	Lov om pasientrettigheter (2004)	Statlig (Helseforetak) (2004)	Dobbel-diagnoser

Den siste raden i tabellen, perioden fra 2004 og utover, er utgangspunktet for denne studien. Ved å foreta en empirisk undersøkelse av institusjonell endring i en region, vil jeg undersøke hvordan og hvorfor utviklingen etter rusreformen nettopp har vært en endring mot økt medisinsk og statlig innflytelse.

3.2. Rusreformen

Fremstillingen ovenfor har vist hvordan endring i tilnærmingen til rusproblemet kan bidra til å forklare hvorfor rusreformen ble vedtatt i 2004. En helsefaglig dreining utover 90-tallet la grunnlaget for en reform som førte rusbehandlingen over til helsevesenet. Men dette er kun ett av flere inntak til å forstå hvorfor rusreformen ble vedtatt, og hvordan den ble utformet. I det følgende blir også et institusjonelt perspektiv anlagt.

3.2.1. Hva er en reform?

Reformer er i Norge og flere andre land en utbredt måte å forsøke å endre organisasjoner, felt eller sektorer på. Helsevesenet har den siste tiden opplevd stadig flere reformer, både

²⁰ Tabellen har jeg utarbeidet på bakgrunn av ulike kilder, særlig: Fekjær (2004); Fjær (1994, 2004); Furuholmen og Andresen (1998); Lovdata (www.lovdata.no). I tillegg er egne kvalitative data benyttet (feltarbeid Leangkollseminaret 2006, intervjudata). Årstall for lovene er satt etter når lovene (eller endringer i eksisterende lover) trådte i kraft.

nasjonalt og internasjonalt (Byrkjeflot og Neby 2004). Reformene blir forstått på ulike måter av ulike forskere.²¹ Brunsson og Sahlin-Andersson (2000) tilbyr en særlig interessant og relevant tilnærming. De hevder det store innslaget av reformer i offentlig sektor de siste tiårene kan ses på som forsøk på å *skape organisasjoner*. Formelle organisasjoner forstås her som distinkte sosiale enheter, som inneholder komponenter som identitet, hierarki og rasjonalitet. De påpeker at mange områder innenfor det offentlige, har kjennetegn som gjør at de kan betegnes som *agenter* eller *arenaer*, snarere enn organisasjoner. Eksempler på arenaer er parlament, universitet og sykehus, enheter som gjerne er kjennetegnet ved mange profesjonelle aktører (ibid.: 735). De siste tiårene har slike enheter stadig oftere blitt sett på som ufullstendige, og, "their incompleteness in terms of organization, can provide reason for reform" (ibid.). Rusfeltet har historisk hatt mer karakter av å være en arena, "legitimately guided by external interests, values, norms and standards", enn å være sammensatt av formelle organisasjoner, styrt av "an internally generated organizational policy" (ibid.: 734). Rusreformen forstås her som et forsøk på å formalisere rusfeltet, ved å innføre og skape organisasjon.

3.2.2. Hvorfor rusreform i 2004?

Sykehusreformen av 1.januar 2002 overførte ansvaret for sykehusene fra fylkeskommune til stat. Det ble opprettet fem regionale helseforetak (RHF) som fikk et "sørge for"- ansvar for helsetjenestene i de respektive regionene. Sykehusreformen omfattet somatikk og psykiatri, men ikke rus. Det oppsto frustrasjon over at ikke også behandlingsinstitusjonene på rusfeltet ble inkludert av sykehusreformen. Fagmiljøene i rusfeltet hadde lenge ønsket seg en plassering under helsevesenet, og bort fra sosialtjenesten, av blant annet status og profesjons hensyn (Fekjær 2004). Rusfeltet ble inkludert i helsevesenet bare to år senere, og man kan derfor si at sykehusreformen "provided an opening", for å låne et institusjonelt uttrykk fra Scott et al. (2000: 338), som aktører i fagfeltet og på Stortinget utnyttet for å få vedtatt rusreformen.

Skretting (2005) peker på to andre sentrale forklaringer. For det første ble noen institusjoner i rusfeltet allikevel omfattet av sykehusreformen. Dette gjaldt særlig poliklinikker som fra tidligere var organisert under psykisk helsevern (blant annet psykiatriske ungdomsteam), men

²¹ Brunsson og Sahlin-Andersson nevner særlig følgende forståelser: som resultat av nyliberal politikk; markedsstyring; rasjonalisering; nummerering; og mote (2000: 723). Deres egen tilnærming presenteres som et tillegg eller alternativ til slike forståelser. Reformene i norsk helsevesen har særlig blitt sett i sammenheng med New Public Management (se f.eks. Lægneid et al. 2005; Opedal og Stigen 2005; Torjesen 2008).

også enkelte døgninstitusjoner. Etter 2002 var dermed rusbehandlingen underlagt tre ulike forvaltningsnivå: Stat (de nevnte poliklinikkene og døgninstitusjonene), fylkeskommune (majoriteten av institusjonene), og kommune (det generelle ansvaret for tjenestene til rusmiddelmissbrukere). Det ble sett på som lite hensiktsmessig at tre ulike nivå skulle ha ansvaret for rusmiddelmissbrukere (Skretting 2005: 127).

For det andre hadde det fra både faglig og politisk hold lenge vært fokusert på den dårlige helsetilstanden til rusmiddelmissbrukere. På slutten av -90 tallet og begynnelsen av 2000-tallet var det en dramatisk økning i antall overdoser (www.sirus.no). Studier viste at helsetjenestene til rusmiddelmissbrukere var lite tilfredsstillende (Ruud og Reas 2003). Det var nærliggende å mene at dette hadde sammenheng med organiseringen av behandlingsapparatet for rusmiddelmissbrukere (Skretting 2005). Den lovmessige forankringen i lov om sosiale tjenester vektla den sosialfaglige dimensjonen ved rusproblematikken til fordel for den helsefaglige. Både organiseringen av hjelpetilbudet, lovreguleringen, og den faglige tilnærmingen ble sett på som barrierer for å yte gode helsetjenester også til mennesker med ruslidelser.

3.2.3. Hva er rusreformen?

På bakgrunn av Stortingets vedtak av rusreformen, utarbeidet Helsedepartementet (nå Helse- og omsorgsdepartementet) et rundskriv og et strategidokument. Rundskrivet inneholder nye fortolkninger av pasientrettighetsloven og spesialisthelsetjenesteloven (Helsedepartementet 2004a). Strategidokumentet presiserer og oppsummerer det endrede ansvarsområdet som de regionale helseforetakene nå har fått (Helsedepartementet 2004b). Regjeringens to proposisjoner (Ot.prp. nr. 3 (2002-2003) og Ot.prp. nr. 54 (2002-2003)), sosialkomiteens innstilling (Inst.O.nr.4 (2003-2004)), samt rundskrivet og strategidokumentet, vil i det følgende bli omtalt som *reformdokumentene*. På bakgrunn av dokumentene identifiseres fem målsetninger med reformen (se tabell 3.2).²²

*Rusreformen som ansvarsreform*²³

Organiseringen av behandling sinstitusjonene i helseforetaksstrukturen, var ønsket for å skape en større nærhet mellom de spesialiserte tjenestene for rusmiddelmissbrukere, og de

²² Av omfangsmessige hensyn er det ikke anledning for å gi en fullstendig dokumentasjon av den politiske prosessen rundt reformen, ei heller innholdet i reformen. I presentasjonen som følger har jeg valgt ut de elementene som er mest relevante for denne studien. Dette inkluderer likevel de vesentligste trekkene ved reformen.

²³ I strategidokumentet foretas et skille mellom rusreformen som en ansvars- og innholdsreform, for å presisere at ambisjonene med reformen både gjelder organiseringen av, og innholdet i, behandlingen.

spesialiserte tjenestene innenfor somatikk og psykiatri. Målsetningen var todelt: Rusmiddelmissbrukere skulle lettere få behandling for sine somatiske plager, og samhandlingen rundt pasienter med samtidige psykiske lidelser og rusproblemer skulle bli bedre (dobbeldiagnosepasienter). En tredje uttalt målsetning var å bidra til mer standardiserte tjenester. Det er et uttalt helsepolitisk mål at geografiske forskjeller i tilgang og kvalitet på helsetjenester skal reduseres (Helsedepartementet 2004b). En sentralisering av ansvaret for rusbehandling til staten ble sett på som en hensiktsmessig måte å nå dette målet på (Inst.O.nr.4 (2003-2004)). I reformdokumentene ble det vektlagt at rusmiddelmissbrukere ofte trenger tjenester på ulike nivå for sine sammensatte problemer. En fjerde og viktig målsetningen med reformen er derfor å styrke samhandlingen og samarbeidet mellom sosialtjenesten og spesialisthelsetjenesten. Rett til individuell plan for pasienter med behov for langvarige og koordinerte helsetjenester var et virkemiddel i så måte, og er lovfestet i pasientrettighetsloven (Helsedepartementet 2004a: 26). Et annet virkemiddel er behandlingstilbudets plikt til å varsle sosialtjenesten i god tid før utskrivelse.

Kommunens ansvar for rusmiddelmissbrukere forble uendret etter rusreformen. Kommunen er som før reformen forpliktet til å yte sosiale tjenester etter sosialtjenesteloven og kommunehelsetjenesteloven; omsorgstiltak, koordinering, veiledning, bo- og rehabiliteringstiltak, og oppfølging. Sosialtjenesten fikk beholde sin status som henvisende instans, på samme tid som fastlegene for første gang fikk henvisningsmyndighet. Vurderingsenheter innenfor de tverrfaglige spesialiserte tjenestene for rusmiddelmissbruk behandler henvisningene. Tidligere ble sosialtjenesten avkrevd en delbetaling for klienter i behandling i de fylkeskommunale behandlingstilbudene. Etter rusreformen dekkes kostnadene ved behandlingen av de regionale helseforetakene.²⁴ Forholdet mellom det statlige og kommunale nivået er nå organisert likt som i helsevesenet for øvrig, og kan beskrives som lineært og ansvarsoppdelt (Lie og Nesvåg 2006).²⁵ Men samarbeidet mellom de to nivåene er preget av kontinuerlige utfordringer i både somatikken og psykiatrien (NOU 2004 nr.18: 95; Ramsdal 2004; Sosial- og helsedirektoratet 2006). Rusreformens betydning for forholdet mellom sosialtjenesten og de tverrfaglig spesialiserte tjenestene er utgangspunktet for kapittel 7, hvor samarbeidsproblematikk er en sentral del av analysen.

²⁴ Rusbudsjettene til både fylkeskommune og kommune ble overført til de regionale helseforetakene som en følge av rusreformen.

²⁵ Unntak er at man operer med fire ulike behandlingsnivå i de tverrfaglige spesialiserte tjenestene for rusmiddelmissbrukere, samt at sosialtjenesten har henvisningsrett.

Rusreformen som innholdsreform

I innledningen til strategidokumentet heter det: ”Stortingets overordnede mål med rusreformen er at rusmiddelmissbrukere med sammensatte problemer skal få bedre tjenester og at behandlingsresultatene skal bli bedre” (Helsedepartementet 2004b: 3). To tiltak identifiseres for oppnå denne målsetningen. For det første må kompetansen i de spesialiserte tjenestene for rusmiddelmissbrukere styrkes. Selv om disse tjenestene ble definert som tverrfaglige ved innføringen av rusreformen, vektlegges først og fremst den helsefaglige og medisinske kompetansen. Det ønskes flere leger, psykiatere og psykologer, og de regionale helseforetakene må legge til rette for at ”det skal bli mer attraktivt for helsepersonell å arbeide med rusmiddelmissbrukere” (Helsedepartementet 2004b: 23). For det andre skal behandlingen bli mer kunnskapsbasert. ”At en behandlingsintervensjon er kunnskapsbasert, vil si at det foreligger kvalifisert viten om effekt eller i hvilken grad den ’virker’ i forhold til de mål en har for behandlingen” (Helsedepartementet 2004b: 21). I strategidokumentet slås det fast at ”dagens behandlingstilbud er i begrenset grad basert på slik kunnskap” (ibid.).²⁶ De regionale helseforetakene har en plikt til å holde seg oppdatert på forskning og kunnskapsutvikling på rusfeltet, slik at de kan oppfylle kravene om å drive kunnskapsbasert behandling. Rusreformens betydning for det faglige grunnlaget i behandlingen drøftes i kapittel 5 og 6. Tabell 3.2 oppsummerer målsetningene i rusreformen. Den viser også hvilke tiltak som rusreformen skisserer for å nå de ulike målene.

Tabell 3.2: Rusreformens målsetninger og tiltak

Rusreformen	Målsetninger	Tiltak
som ansvarsreform	Bedre helsetjenester til rusmiddelmissbrukere	Pasientrettigheter, rusbehandling ble en spesialisthelsetjeneste
	Bedre samhandling innen spesialisthelsetjenesten (rus, som./psyk.)	Rusbehandling ble en likeverdig del av helseforetaksstrukturen
	Mer standardiserte tjenester	De regionale helseforetakene skal ”sørge for” likeverdige og helhetlige behandlingstilbud
	Bedre samhandling mellom spesialisthelsetjeneste (rus) og kommune	Lov om Individuell plan, varsel om utskrivelse
som innholdsreform	Bedre kvalitet i behandlingen (bedre behandlingsresultater)	Økt helsefaglig kompetanse, påpekning av behov for kunnskapsbasert praksis

²⁶ Kunnskapsbasert praksis er en annen betegnelse på Evidence Based Practice (EBP), hvor målet er å sikre at behandlingsintervensjoner til enhver tid bygger på den gjeldende og beste forskningen på det aktuelle området.

Tabellen ovenfor illustrerer hvorfor perspektivet til Brunsson og Sahlin-Andersson (2000) er relevant i denne sammenheng. Sammenhengen mellom målsetninger og tiltak er vag på de fleste områdene. Ofte ligger det en antakelse i reformdokumentene om at endrede ansvarsforhold *i seg selv* vil være tilstrekkelig for å oppnå målsetningene. De mest konkrete tiltakene er de som blir foreslått ved lovendringer: Pasientrettigheter for å sikre bedre tilgang til helsetjenester, og lov om individuell plan for å styrke samarbeidet mellom de tverrfaglig spesialiserte tjenestene og sosialtjenesten. I følge Brunsson og Sahlin-Andersson er dette nettopp et kjennetegn ved de siste tiårenes reformer i offentlig sektor: "In many cases, the reforms were not aimed at the products of the public sector, at health care or education for example. Rather, they have represented attempts at changing the modes of managing, controlling and accounting for the actual production of such services" (2000: 722). På tross av at rusreformen innebærer målsetninger om å endre på "produksjonen" av rusbehandling, vitner den vage sammenhengen mellom mål og tiltak om at det først og fremst er *organiseringen* av "produksjonen" som reformen dreier seg om. En adekvat lesning av reformen er derfor at den dreier seg om å skape mer formelle organisasjoner på rusfeltet, som minner mer om organisasjonene i andre deler av helsevesenet.

Før vi ser nærmere på analysen av rusreformens betydning for rusfeltet, er det imidlertid nødvendig med en gjennomgang og drøfting av det metodiske opplegget som denne studien baserer seg på.

4. Metode

Denne studien er i hovedsak basert på kvalitative intervju med representanter fra ulike organisasjoner på rusfeltet. I dette kapitlet vil jeg beskrive hvorfor et slikt forskningsdesign er anvendt for å belyse problemstillingen om endring på rusfeltet etter rusreformen. Først begrunnes valg av forskningsdesign, og jeg drøfter utvalgs-kriterier for intervjuene. Deretter beskrives fremgangsmåten knyttet til de ulike trinnene i forskningsprosessen: anonymitet, intervjusituasjon, og transkribering. Tilslutt redegjør jeg for arbeidet med analyse og tolkning.

4.1. Forskningsdesign

Som nevnt innledningsvis foreligger det så vidt meg bekjent ingen andre studier av rusreformen. Mens helsetjenesteforskning er utbredt både innenfor somatikk og psykiatri, er det store mangler innenfor denne tradisjonen på rusfeltet. Mangelfull forskning på faglige og organisatoriske forhold på rusfeltet var en av grunnene til at jeg valgte en kvalitativ og eksplorerende tilnærming i denne studien. Blaikie påpeker at dette er en nyttig strategi ”when very little is known about the topic being investigated, or about the context in which the research is to be conducted” (2000: 73). I utformingen av intervjuguiden prøvde jeg å fange *bredt* i tema, for å finne ut hvilke dimensjoner ved rusreformen informantene selv la mest vekt på. Åpenhet i selve intervjusituasjonen ble vektlagt, for å kunne følge opp (nye) interessante forskningsspørsmål underveis i intervjuene. En eksplorerende tilnærming var særlig nyttig ettersom informantene representerer tre ulike nivåer/ organisasjoner (behandling, administrasjon, omsorg). Et slikt design gjorde det mulig å få en forståelse av hva som var særlig positivt, men også hvor ”skoen trykker”, blant informantene på de ulike nivåene.

4.2. Utvalg

Rusfeltet er en hyppig brukt benevnelse for å beskrive mangfoldet av virksomheter og aktiviteter som på en eller annen måte knytter seg til arbeid med rusmiddelmissbrukere. Temaet for denne studien er rusreformens konsekvenser for rusfeltet i en utvalgt region. Jeg avgrensar definisjonen av rusfeltet i regionen til å bestå av organisasjoner som driver med behandling, administrasjon og omsorg.²⁷ Informantene er dermed hentet fra tre ulike grupper av organisasjoner: Behandlingsinstitusjoner innenfor tverrfaglig spesialisert rusbehandling

²⁷ En slik avgrensende definisjon utelater blant annet lavterskeltak, brukerorganisasjoner, og de delene av psykiatrien som behandler rusmiddelmissbrukere.

(gruppe 1), lokalt og regionalt helseforetak (gruppe 2), og sosialkontor (gruppe 3). En systematisk oversikt over informanter, med stilling, profesjonstilknytning, og ansvarsområder presenteres i tabell 4.1:

Tabell 4.1: Informantoversikt

Nivå	Antall:	Stilling:	Utdanning:	Ansvarsområde:
De tverrfaglige spesialiserte tjenestene (gruppe 1)	6	1 overlege, 3 kliniksjefer, 2 klinikkledere	1 jurist, 1 lege, 1 legespesialist, 1 psykiater, 1. cand.mag., 1 psykologspesialist	Vurdering, administrativt, overordnet klinisk virksomhet, avrusning
RHF/HF (gruppe 2)	2	2 rådgivere	2 cand.polit.	Ansvar for de tverrfaglig spesialiserte tjenestene
Kommune (gruppe 3)	3	1 rådgiver, 2 sosialsjefer	2 sosionomer, 1 cand.polit.	Ledere for sosialkontor, rådgivning/konsulent

Jeg gjorde et *strategisk utvalg* av informanter (Thagaard 2001: 51-52). Intervjuene er foretatt med informanter på *ledelsesnivå* i organisasjonene. I behandlingsinstitusjonene intervjuet jeg kliniksjefer/ klinikkledere. Begrunnelsen var et ønske om å fange opp samspillet mellom organisering og behandling. Jeg antok at både kliniksjefer og ledere ville ha god kjennskap til reformen, noe de også viste seg å ha. En annen antakelse var at de ville ha erfaringer med å implementere reformen i den kliniske hverdagen. Ved å intervjuer kliniksjefer kunne jeg fange opp problemstillinger knyttet til forventninger til og konsekvenser av reformen. Å foreta intervjuer av sosialsjefer ved sosialkontorene, og en rådgiver i kommunen, var motivert av de samme forhold. Jeg antok de hadde kjennskap både til reformen slik den fremsto i form av dokumenter, og slik den fremsto i sine konsekvenser. I helseforetakene (det regionale og det lokale) intervjuet jeg rådgivere med rus som ansvarsområde.

Den utvalgte byen med omegn inneholder behandlingsinstitusjoner på alle behandlingsnivå: Avrusning, utredning og kartlegging, vurdering, poliklinikk, døgn korttid og langtid, samt LAR. De fleste institusjonene er private; eid av enten frivillige eller religiøse organisasjoner. De to institusjonene hvor jeg foretok til sammen 6 intervju, er begge private. Begge institusjonene har driftsavtale med det regionale helseforetaket, og hører dermed inn under de tverrfaglige spesialiserte tjenestene. Å foreta flest intervjuer av kliniksjefer var et nærliggende valg, fordi rusreformen la stor vekt på å endre og bedre behandlingstilbudet til rusmiddelmissbrukere.

Det regionale helseforetaket har administrasjonen i en annen by. Jeg intervjuet en rådgiver i det regionale helseforetaket, med rus som ansvarsområde. Det regionale helseforetaket har delegert alle kliniske oppgaver samt en del administrasjon nedover til ulike lokale foretak. Jeg intervjuet representanten med ansvaret for rus i det lokale helseforetaket i den utvalgte byen. Kriteriet for å velge informanter fra helseforetakene skyldes det overordnede ”sørge for” ansvaret for rusbehandlingen som RHFet har i regionen.

Den aktuelle kommunens oppgaver i forhold til rusmiddelmissbrukere blir ivaretatt i byens respektive bydeler. Sosialtjenesten, sammen med primærhelsetjenesten, har det generelle ansvaret for rusmiddelmissbrukere med tilknytning til de ulike bydelene. Sosialtjenestens oppgaver består av oppfølging før og etter behandling, tiltak i forhold til bolig, arbeid og utdanning, veiledning og økonomi. Jeg intervjuet to sosialsjefer fra to ulike bydeler. Jeg intervjuet også en sentralt plassert kommuneansatt med rus som spesialområde. På tross av at reformen ikke endret sosialtjenestens ansvar, var jeg interessert i å finne ut hvordan sosialsjefene opplevde arbeidet med rusmiddelmissbrukerne etter reformen. Ved å intervju sosialsjefer ville jeg også fange opp forholdet mellom kommunalt og statlig nivå etter reformen.

Å intervju ledere innebærer imidlertid noen metodologiske problemstillinger det er nødvendig å ta stilling til. En sentral begrunnelse for å intervju ledere er at man vil undersøke forhold ved den organisasjonen lederne representerer. Men man kan ikke utelukke at den daglige aktiviteten i organisasjonene ser annerledes ut enn det lederne gir uttrykk for i intervjuene. En viktig nyinstitusjonell innsikt er nettopp at mange organisasjoner opererer med en formell struktur som skiller seg fra den daglige virksomheten. Meyer og Rowans (1977) begrep om ”dekopling” beskriver slike organisasjoner. Jeg kan derfor ikke ta for gitt at reformen har hatt de konsekvenser for den kliniske hverdagen i spesialisthelsetjenesten og i sosialkontorene som lederne gir uttrykk for. Et annet forskningsdesign hadde vært nødvendig for å studere dette nøyere. Men det må påpekes at både sosialsjefene og flertallet av klinikkjefene (4 av 6) er nært knyttet til det kliniske arbeidet i organisasjonene, og har på den måten god innsikt i hvordan de ulike avdelingene/ kontorene/ klinikkene har opplevd reformen.

Utvalgsriterier har imidlertid også konsekvenser for overførbarhet (Thagaard 1998: 184). Er det trekk ved utvalget av informanter som gjør analysen mindre overførbar til andre deler av rusfeltet?

Det finnes nesten utelukkende private institusjoner i regionen, og slik sett skiller den seg fra andre regioner i landet. Det kan innebære problemer knyttet til overførbarhet. På en annen side kan man hevde at dette også ville vært problematisk dersom man hadde valgt en region med en mer ”normal” fordeling mellom private og offentlig eide rustiltak. Årsaken er de store regionale forskjellene som eksisterer på rusfeltet. Ulike deler av landet har ulike sammensetning av rustiltak, både når det gjelder eierskap, behandlingstilnæringer og organisasjonsmodeller. Det må også påpekes at de to institusjonene hvor informantene er valgt, ikke skiller seg nevneverdig fra offentlig eide institusjoner. De er de største i regionen, tilbyr til sammen behandling på alle nivå, og har store fagmiljø både innen helse- og sosialfagene.

Profesjons sammensetningen blant klinikksjefene i utvalget kan også være et problem i forhold til overførbarhet. Tre av klinikerne (tar ikke med de to direktørene) er leger/psykiatere mens kun en er psykolog. Fremdeles er det flere psykologer enn leger på rusfeltet (Lilleeng 2007), og utvalget er dermed ikke representativt i streng forstand. Det er også en mulighet for at psykologene vil ha andre vurderinger knyttet til faglighet og kompetanse enn legene, og denne dimensjonen blir dermed i mindre grad fanget opp i analysen. Imidlertid foretok jeg flest intervjuer med legene av strategiske hensyn; jeg var særlig interessert i legenes rolle etter rusreformen. At jeg fokuserer på legene skyldes at mye oppmerksomhet ble rettet mot behovet for økt helsefaglig kompetanse i reformdokumentene, og legene blir dermed tilskrevet en viktig rolle.

Thagaard skiller imidlertid mellom empirisk overførbarhet og *fortolkningens* overførbarhet (1998: 184). I denne studien er sistnevnte viktigere enn førstnevnte. Ved å forsyne et rikt materiale med redegjørelse for tolkningene legger man til rette for analysens overførbarhet.

4.3. Feltnotater

Våren 2006 fikk jeg anledning til å delta på Leangkollseminaret (9.-10.mars), et forum for leger og psykologer som arbeider i rusfeltet. Temaet for konferansen var diagnosenes

betydning i rusbehandlingen.²⁸ Det årlige Leangkollseminaret har en viktig posisjon som en felles møteplass for leger og psykologer som arbeider i rusfeltet. Fyldige feltnotater ble skrevet under seminaret, både fra foredragene og de mer uformelle samtalene i gruppediskusjoner eller under kaffepausene. Disse ble skrevet ut umiddelbart etter at seminaret var over, og til sammen utgjør dette 50 sider med tekst. Temaet på seminaret var diagnosens rolle i arbeidet med rusmiddelmissbrukere. Dette temaet var av særlig interesse for mine problemstillinger knyttet til den økte vektleggingen av helsefaglig kompetanse etter reformen. I feltnotatene fikk jeg fanget opp spenningene og uenighetene i fagfeltet i spørsmålet om bruk av diagnoser i rusbehandling, ettersom de særlig aktualiserer problemstillinger knyttet til en mer omfattende integrasjon med psykisk helsevern. Dette materialet har vært nyttig i analysearbeidet. Det har også gjort meg tryggere på at dimensjonene som tas opp i analysen, er relevante utenfor den utvalgte regionen.

4.4. Anonymitet

Jeg fulgte de gjeldende forskningsetiske retningslinjer i alle fasene av denne studien. Prosjektet ble meldt til NSD, Personvernombudet for forskning, før jeg tok til med intervjuene. Jeg innhentet skriftlig samtykkeerklæring fra informantene om deltakelse i intervju. I følgebrevet garanterte jeg full anonymitet og konfidensialitet (se vedlegg 1). Jeg erfarte fort at dette ikke bare var hensiktsmessig, men også en nødvendighet. Flere av informantene avbrøt seg selv i løpet av intervjuene, og ville på ny ha en garanti på at jeg ville anonymisere navn og utsagn. Intervjuene inneholdt generelt mye kritikk av andre aktører og institusjoner, som alle på en eller annen måte står i gjensidig samarbeids- og avhengighetsforhold til hverandre. Tidvis hadde jeg en opplevelse av at informantene brukte intervjuene som arena for å få luftet ut frustrasjon over forholdene på rusfeltet, og tidvis opplevde jeg at informantene hadde motiver om å styre mitt inntrykk av hva som var galt og hva som var bra innenfor feltet. Jeg bestemte meg derfor for å både anonymisere den geografiske tilhørigheten, og gjøre informantene kjønnsnøytrale.²⁹

4.5. Intervjusituasjonen

Et semistrukturert intervjudesign danner utgangspunktet for studien, etter Kvaless definisjon: “It is neither an open conversation nor a highly structured questionnaire” (1996: 27).

²⁸ Tittelen på seminaret var: ”F-ordet: Diagnoser i rusfeltet. Perspektiver og dilemmaer”.

²⁹ I analysen er de ulike informantene gitt en kode (klinikksjef 1.1, 1.2 etc.). Disse kodene er ikke inkludert i informantoversikten i tabell 4.1 av anonymitetshensyn.

Intervjuguiden varierte mellom åpne spørsmål, men tok også sikte på å fange opp spesifikke forhold (se vedlegg 2). Guiden var todelt. Den første delen var lik for alle informantene. Spørsmålene her kretset rundt generelle formeninger om reformen, beskrivelse av informantenes arbeidsoppgaver, og biografiske data som utdanning og ansiennitet. Den andre delen av guiden var designet spesifikt mot de tre ulike gruppene av informantene. Til sammen hadde jeg tre ulike intervjuguides: en for kliniksjefer (gruppe 1), en for rådgivere i helseforetak (gruppe 2), og en for sosialsjefer (gruppe 3). Spørsmålene i den andre delen var rettet mer spesifikt inn mot det jeg antok å være mest relevant for de ulike gruppene av informanter. Skillet mellom en felles del for alle informantene og en mer spesifikk del for hver informantgruppe opplevdes som fruktbar. Det muliggjorde sammenlikning både mellom grupper, og innad i de ulike gruppene.

Intervjuene ble foretatt våren og sommeren 2006 på informantenes arbeidsplass. Jeg begynte alltid med å kort beskrive prosjektet. Inntrykket mitt var at å starte med enkle og beskrivende spørsmål var en god måte å innlede intervjuet på. I de tilfellene hvor informantene snakket mye og fritt, forsøkte jeg å nærme meg samtalsjangeren mer enn intervjusjangeren, men også da uten å gi uttrykk for egne synspunkt. Mot slutten gikk jeg gjennom guiden, og stilte spørsmål om temaer som ikke var blitt berørt i løpet av samtalen. I de tilfellene hvor informantene snakket mindre fritt, og bestrebet seg på å svare så presist og konkret som mulig på spørsmålene, fulgte jeg i større grad guiden. Jeg vekslet på denne måten mellom en mer åpen samtaleform og en mer strukturert intervjuform. Intervjuene hadde en varighet på en til to timer. Jeg valgte å benytte båndopptaker under intervjuene.³⁰

4.6. Transkribering

Transkribering innebærer oversettelse fra et muntlig språk til et skriftlig språk. Denne prosessen innebærer mange teoretiske og metodiske problemstillinger.³¹ Jeg la derfor vekt på å gjøre komplette transkripsjoner. Til sammen utgjør de ca. 200 sider tekst. Parallelt med transkriberingen skrev jeg analytiske kommentarer til intervjuene. Jeg la også vekt på å notere nonverbale lyder som stønn, latter, gjesp, sukk etc. Dette gjorde jeg også når jeg transkriberte

³⁰ Under et av intervjuene gikk båndopptakeren i stykker; kun det første kvarteret av et intervju på halvannen time var blitt tatt opp. Takket være en velvillig informant fikk jeg anledning til å gjøre intervjuet på nytt.

³¹ Kvale (1996) påpeker at det gikk lang tid før samfunnsvitere for alvor begynte å problematisere transkriberingsprosessen. Charles Briggs (1986) kritiserer fra et sosiolingvistisk ståsted den ukritiske bruken av intervjudata innenfor samfunnsvitenskapen. Særlig er han kritisk til det å betrakte intervjudataene som solide data i seg selv, løsrevet fra den interaksjonistiske prosessen de ble til under. En måte å forsøke å overkomme slike problemer på, er ved å være metodisk nøye og konsekvent i transkriberingen.

mine egne utsagn i intervjusituasjonen, ettersom det kunne tenkes å ha innflytelse på hvordan informantene svarte på mine spørsmål. Briggs (1986) råd om å skrive ned opplevelsen av intervjuene ble også fulgt. Kort tid etter hvert intervju satt jeg av tid til å skrive et referat. Disse referatene inneholdt to hovedelementer: For det første skrev jeg ned mine spontane reaksjoner av selve intervjusituasjonen. Deretter skrev jeg ned min subjektive vurdering av informantenes hovedargumenter. Her oppsummerte jeg de elementer og dimensjoner som informantene hadde lagt størst vekt på. Disse referatene hadde særlig to konstruktive effekter: For det første gjorde referatene at den senere gjennomlesningen av transkripsjonene ble rikere og mer nyansert; den stimulerte erindringen og jeg husket lettere igjen informantenes tonefall og holdning under intervjusituasjonen. For det andre satt jeg igjen med en klarere forståelse av helheten i informantenes synspunkter om rusreformen. Et grundig transkriberingsarbeid kan sies å styrke *troverdigheten* til datamaterialet (Thagaard 1998).

4.7. Tolkning og analyse

Problemstillinger knyttet til reliabilitet, validitet og generaliserbarhet er særlig relevant i tolknings- og analysearbeidet. Imidlertid stilles andre vitenskapelige krav til kvalitative forskningsopplegg enn til kvantitative opplegg (Silverman 2001: 225-248). Reliabilitet dreier seg i intervjubaserte undersøkelser blant annet om troverdighet (Thagaard 1998). Ved å redegjøre for de ulike trinnene i forskningsprosessene har leseren mulighet til å vurdere troverdigheten til de dataene som skal analyseres. Validitet i kvalitative undersøkelser kan defineres som bekreftbarhet (ibid.). For å oppnå bekreftbarhet må forskeren være kritiske til egne tolkninger, og klargjøre grunnlaget som tolkningen hviler på. I intervjubaserte undersøkelser er det fortolkningens overførbarhet som er sentralt. Ved å presentere det empiriske materiale nøyaktig og gjøre bakgrunnen for fortolkningene eksplisitt, kan leseren selv bedømme overførbarhetsverdien (Kvale 1996). I analysene skiller jeg derfor tydelig mellom tekstutdrag fra intervjuene og mine fortolkninger av dem.

Et institusjonelt perspektiv utgjorde det teoretiske utgangspunktet, men var i liten grad fastlagt før datainnsamlingen begynte. Analyseprosessen tok dermed form av en veksling mellom teori og empiri. I første omgang ble intervjudataene fra de tre ulike gruppene (klinikksjefer, rådgivere i helseforetak, sosialsjefer) organisert i ulike brede temaer, som forventninger til reformen, implementering, samarbeid, kompetanse, organisering. På bakgrunn av dette arbeidet fikk jeg ett inntrykk av hvilke dimensjoner ved rusreformen som var mest

betydningsfulle for informantene i de tre ulike gruppene, og hvilke vurderinger som var mest fremtredende innad i de ulike gruppene. For å fange opp endringer både i faglighet/innhold og organisering/ansvar etter reformen, valgte jeg en analysemodell med vekt på tre institusjonelle element (logikker, aktører, myndighetsstrukturer). Jeg foretok derfor en ytterligere sortering av intervjudataene, spesifikt rettet mot hvert av de tre elementene (også her fordelt på de tre gruppene). En slik organisering av materialet var tidkrevende, men nyttig. Det gjorde det mulig å ha oversikt over hvilke vurderinger som var mest (og minst) fremtredende i hver av gruppene. I tillegg gjorde en slik fremgangsmåte det mulig å få en bedre oversikt over det store innslaget av kritikk i materialet. Kritikken fra informanter i en gruppe var som regel rettet mot informanter (organisasjonen/nivået som informantene tilhører) i en annen gruppe. Perspektivet til Boltanski og Thévenot ble inkludert i analyseprosessen blant annet for å forstå legitimeringene og rettferdiggjøringene som kritikken hvilte på.³² Som en hovedregel har jeg kun inkludert vurderinger, rettferdiggjøringer og kritikk som har en stor utbredelse i hver av gruppene.³³ Stor utbredelse er definert som minst flertallet av informanter i hver gruppe.

Hovedproblemstillingen i denne studien dreier seg om endring. Å analysere endring basert på intervjuer foretatt kun på ett tidspunkt, kan innebære et reliabilitets- og validitetsproblem. Hvordan kan jeg måle endring med kun et måletidspunkt? Intervjuer foretatt på ulike tidspunkt ville ha vært ønskelig, men har ikke latt seg gjøre innenfor rammene av en mastergradsoppgave. Når jeg likevel har valgt å undersøke endring på rusfeltet, støtter jeg meg på *informantenes vurderinger av endring*. I intervjuene prøvde jeg å fange opp endringsdimensjonen på en rekke ulike områder, og typiske oppfølgingsspørsmål var for eksempel ”er dette noe nytt som har skjedd?”, eller ”på hvilken måte forholdt dette seg annerledes før reformen?” Intervjumaterialet har dermed en retrospektiv karakter. Men erindringsdata åpner for mulige feilkilder. Informantene kan huske feil, og de kan også bevisst eller ubevisst over- eller underdrive endring som følge av reformen. Generelt kan man si at de

³² Relevansen av Boltanski og Thévenots (1999, 2006) perspektiv for denne studien ble jeg først klar over i analyseprosessen. At perspektivet ble inkludert først i analyseprosessen innebærer at jeg ikke har vært ute etter å ”teste” de ulike verdiordenenes relevans for studien av rusreformen. Hadde perspektivet vært inkludert på et tidligere stadium kunne jeg muligens ha fanget opp flere dimensjoner ved rettferdiggjøringsarbeidet. Intervjuene var imidlertid preget av mye rettferdiggjørende og legitimerende kritikk, og jeg mener derfor at Boltanski og Thévenots perspektiv er anvendbart for det empiriske materiale.

³³ Ett unntak fra denne fremgangsmåten er å finne i kapittel 6. Kun en av klinikkjefene (psykolog) ytret seg kritisk til legenes økte innflytelse på rusfeltet. I stedet for å utelate denne dimensjonen, har jeg lagt stor vekt på den i analysen. At jeg vektlegger et slikt ”negativt tilfelle” (Thagaard 1998: 181) skyldes at informanten er representativ for en kritisk posisjon på rusfeltet. Denne vurderingen bygger på feltarbeidet jeg gjorde, samt annen litteratur. Ved å utelate det ”negative tilfelle” kunne jeg dermed ha gjort analysen mindre representativ. Se for øvrig diskusjon i kap. 6.3.

problemstillinger som hefter ved erindringsdata i intervju også vil være relevant for mitt prosjekt. Det må imidlertid påpekes at selv om studiens tema er konsekvensene av – og endringer i forbindelse med – reformen, har jeg først og fremst vært interessert i å undersøke informantenes fortolkninger og vurderinger av situasjonen etter rusreformen. For det formålet har forskningsdesignet vært fruktbart.

Det teoretiske rammeverket består av en del begreper som det også er nødvendig å presisere bruken av. Begreper som institusjonelle logikker, verdiordener, og verdsettingsprinsipp behandles *analytisk*. En verdiorden ”finnes” ikke, men er et analytisk verktøy for å forstå aktørenes vurderinger og argumentasjon. En institusjonell logikk er på liknende måte et teoretisk begrep, som omformes og redefineres i møte med det empiriske materialet. Det neste kapitlet dreier seg nettopp om institusjonelle logikker. Jeg vil vise hvordan to ulike logikker kan utledes med utgangspunkt i informantenes faglige vurderinger og verdsettinger.

5. Institusjonelle logikker på rusfeltet

Fremveksten av faglige perspektiv og behandlingsformer har nær sammenheng med hvordan rusmisbruk og avhengighet er blitt forstått. Når myndigheter vedtar nye lover og reformer som påvirker behandlingen, tas det samtidig stilling til hvordan man forstår fenomenet. I slike situasjoner trer forskjellene mellom ulike perspektiv frem, og man får en diskusjon om hvilken kunnskap og kompetanse som bør prioriteres. I den nære historien har sosialfaglige perspektiv lenge hatt stor innflytelse på behandling og omsorg av rusmiddelmissbrukere. De sosialfaglige perspektivene har særlig dominert i den kommunale sosialtjenesten, men har også vært toneangivende i mange behandlingsinstitusjoner. Med rusreformen fikk helsefaglige perspektiver formelt en større innflytelse. På tross av at innholdet i behandlingen defineres som *tverrfaglig* spesialisert, er rustiltakene regulert av en helselovgivning som stiller krav om tilstrekkelig helsefaglig og medisinsk kompetanse.

Denne spenningen mellom helse- og sosialfaglig kompetanse er utgangspunktet for dette kapitlet. Jeg viser først hvordan informantene på spesialistnivået vurderer rusreformen i et faglig perspektiv. Vurderingene ser ut til å være knyttet til *en medisinsk logikk*. Jeg undersøker utviklingen av denne, og hvilke rettferdiggjøringer den baserer seg på. Deretter viser jeg de faglige vurderingene til sosialsjefene. Her identifiseres *en sosial logikk*. Jeg peker på sentrale kjennetegn ved de to logikkene, og ser nærmere på hvilke verdiordener de kan knyttes til. Til slutt drøftes endrings- og dominansdimensjonen: På hvilken måte har rusreformen endret forholdet mellom den medisinske og sosiale logikken?

5.1. Faglige vurderinger blant aktørene i spesialisthelsetjenesten³⁴

Den generelle formeningen til klinikkjefene er at inkluderingen i helsevesenet er positivt. En av informantene svarer slik på spørsmålet om hvilke formeninger han har om reformen:

Jeg tror det kan være en god ting at vi blir samordnet med det øvrige helsevesenet. Jeg tror det er en, en god utvikling. Og at vi, at det fører til at vi blir opptatt av å holde de standarder og, strekker oss etter det som helsevesenet ellers gjør, når det gjelder god kvalitet og behandling, og system i tingene (Klinikkjef 1.6: 3).

³⁴ Her menes de tverrfaglige spesialiserte tjenestene for rusmiddelmissbrukere. Denne omstendelige benevnelsen erstattes med både spesialisthelsetjenesten, rushelsetjenesten, og spesialiserte tjenester, i denne analysen. Jeg benytter også uttrykkene ”aktørene på spesialistnivået” og ”aktørene på det statlige nivået” synonymt. Vurderingene inkluderer både klinikkjefene og rådgiverne fra helseforetakene.

Samordningen trekkes frem som noe positivt. Helsevesenet representerer ”god kvalitet” og ”system i tingene”. Praksisen i helsevesenet ses på som et ideal rusfeltet kan ”strekke” seg etter. Men øvrig helsetjeneste er i større grad preget av et medisinsk kunnskapsgrunnlag. Er det en slik faglighet klinikksjefene ønsker også på rusfeltet?

Klinikksjefene er i utgangspunktet tilhengere av tverrfaglighet. De er positive til at man i rusfeltet har ulike profesjoner og yrkesgrupper representert, og flere løfter dette frem som et viktig trekk ved feltets *egenart*. Men når de får spørsmålet om hvordan forholdet mellom de to fagområdene bør se ut, mener flertallet av klinikksjefene at det er først og fremst den helsefaglige kompetansen som må styrkes i rushelsetjenesten. Dette er et syn som også rådgiverne i helseforetakene deler. Økt helsefaglig og medisinsk kompetanse trer slik sett frem som det Friedland og Alford kaller et ”organiserende prinsipp” (1991) for utviklingen på feltet. Særlig tre elementer trekkes frem for å øke den helsefaglige kompetansen: Rekruttering, forskning, og ”medisinske verktøy”.

Det er først og fremst rekruttering av *helsefaglig* personell klinikksjefene ønsker:

Altså det som er den største mangelen i rushelsetjenesten er jo mangelen på psykologer og leger, altså i antall. Sånn at man bør ha en klar formening om, altså utvikle strategier for å rekruttere fagpersonell i de to gruppene, det vil være nødvendig (Klinikksjef 1.4: 3).

Vektleggingen av å rekruttere flere leger og psykologer understrekes av nær sagt samtlige klinikksjefer. Det er en utbredt oppfatning at man ikke kan øke den helsefaglige kompetansen opp til et forsvarlig og anstendig spesialisthelsetjenestenivå uten en betydelig økning i antallet helsearbeidere.

Fra helseforetakenes ståsted er det også et tydelig ønske om flere leger i rushelsetjenesten. Men det er ikke nok bare med flere leger, man må også endre den faglige tankegangen på feltet.

Du må få inn disse medisinske tankene, altså den måten å tenke på litte grann tror jeg. At, at dette har med medisin å gjøre og. Ikke bare psykologi, sykepleie (Rådgiver 2.1: 15).

Det blir ikke utdypet hva en slik tenkning innebærer, men det er en eksplisitt medisinsk tankegang, med markerte grenser opp mot psykologien og sykepleien.

Det andre midlet for å oppnå mer helsefaglig kompetanse, dreier seg om forskning. Fra både kliniksjefer og rådgivere i helseforetak ønskes det en betydelig satsing på forskning og utvikling. Rådgiveren fra det lokale helseforetaket er tydelig på hvilken type som bør prioriteres:

Det vi tenker er for så vidt at vi har behov for sånn behandlingsretta forskning. Sant, 'nytter dette?', 'skal vi fortsette sånn, eller skal vi gjøre noe annet?' Den type ting, og ikke sånn grunnforskning og sånn forskning for forskningens egen del. Men, 'har dette noe effekt i det hele tatt?' (Rådgiver 2.1: 12-13).

Forskningen bør rettes mot selve behandlingen, for å undersøke effekten og nytten av behandlingen som gis. Også blant kliniksjefer etterspørres mer klinisk forskning. Men i tillegg til den behandlingsevaluerende forskningen, ønsker de også mer epidemiologisk og nevrobiologisk forskning.

Behandlingsrettet og klinisk forskning ses på som middel for å øke det faglige grunnlaget for rusbehandlingen. Fokuset er på selve behandlingen, det som foregår i klinikken. Verken kliniksjefer eller rådgivere fra helseforetak trekker frem forskning som analyserer forholdene rusmiddelmissbrukere møter *utenfor* klinikken. Forskningen skal generere kunnskap som gjør behandlingen i spesialisthelsetjenesten bedre, på samme tid som den skal legitimere at behandlingen som allerede gjøres virker. Ønsket om mer nevrobiologisk og epidemiologisk forskning indikerer at kliniksjeferne ønsker et bedre *medisinsk* kunnskapsgrunnlag for behandlingen.

Det siste elementet dreier seg om "medisinske verktøy". Etter rusreformen er det blitt lagt stor vekt på å bedre dokumentasjons- og rapporteringssystemene. Kliniksjeferne gir uttrykk for at de har tatt dette arbeidet alvorlig, og at de ser nytten av det. Dokumentasjonsarbeid ses som et ledd i en ønsket fagliggjøring og kvalitetsutvikling av rushelsetjenesten. Det kommer tydelig frem hos en kliniksjef med ansvar for avrusning, da jeg spurte om reformen har ført til konkrete endringer i vedkommendes arbeidshverdag:

Ja, sånn at nå fører vi skikkelige journaler, og alle pasienter skal ha epikriser, det var utskrivningsnotat før i tiden. Ja. Og så nå da folk spurte etter noen epikriser, så måtte vi jo sette oss ned og virkelig bruke hodet flere måneder seinere, så det var jo et sørgelig kapittel. Så, så det har virkelig vært en storoppyrning når det gjelder epikriser og journalarbeid. *Det* har vært en endring, og dette med prosedyrer, å lage prosedyrer og intern-kontroll for ting, det er noe som er kommt skikkelig etter denne reformen. Så, internkontroll, prosedyrer, og dokumentasjon, har vært løftet fra, et lavmål til en standard som gjør at vi godt kan si at vi tilhører annenlinje (Kliniksjef 1.2: 7).

Beskrivelsene klinikkjefen gir av situasjonen før og etter reformen bærer preg av en narrativ struktur som kan sammenfattes som følger: Rusbehandlingen har gått fra å være et ufaglig regime, beskrevet som ”et sørgelig kapittel”, til en situasjon hvor den faglige standarden er forenelig med en annenlinje- status (spesialisthelsetjeneste nivået). Dokumentasjon, internkontroll, journalskriving, og prosedyrer ses på som tegn på at man har nådd et faglig høyere nivå. Klinikksjefene rapporterer også om et økt trykk på utrednings og kartleggingsvirksomhet, hvilket innebærer mer diagnostisering og mer bruk av ulike tester.³⁵ På tross av at klinikkjefene mener dokumentasjonsarbeidet er forbedret, understreker rådgiveren fra det regionale helseforetaket at det enda ikke er tilfredsstillende:

De er jo så forskjellige, og de bruker så forskjellige metoder, og kunnskapsgrunnlaget vet du, at det er jo svakt, så bare det minste jeg kan få til i forhold til, å få de til å dokumentere egen virksomhet, og egne resultater, er mye mer enn det som har vært (Rådgiver 2.2: 21-22).

Dokumentasjons- og rapporteringsarbeid trekkes også her frem som viktige mål og indikatorer på faglig standard og grad av vitenskaplighet. Lite beskaffenhet og erfaring med rapportering og dokumentasjon, ses som uttrykk for et behandlingsregime som ennå ikke oppfyller alle faglige krav til å være en spesialisthelsetjeneste. Rådgiveren ønsker derfor økt bruk av slike medisinske verktøy i fremtiden.

5.1.1. Den medisinske logikk

En sentral funksjon med en institusjonell logikk, er i følge Scott et al. (2000) at den klargjør hvilke mål og verdier som bør etterstrebnes i et felt, i tillegg til at den skisserer mulige og ønskelige midler for å nå slike mål. Gjennomgangen ovenfor indikerer at økt helsefaglig kompetanse er et helt sentralt mål for klinikkjefene og rådgiverne i helseforetakene. De ønsker at rushelsetjenesten skal yte bedre medisinsk og kunnskapsbasert behandling til rusmiddelmissbrukere. For å nå dette målet, foreslås særlig tre midler:

- For det første er det et stort ønske om å rekruttere flere leger, altså, å øke den medisinske kompetansen ved å ansette flere kompetente medisinere. Forhåpningen er at dette også vil føre til en mer utpreget medisinsk tankegang.

³⁵ Diagnoser settes med utgangspunkt i WHO's diagnoseklassifiseringsmanual ICD-10, kode F10 til F19.

Følgende tester/kartleggingsverktøy oppgir informantene at de benytter hyppigst i den kliniske hverdagen: GAF, SCL-90, AVI-R, MMPI, SCID, (dette er ikke en utfyllende liste, kun tester som ble nevnt i intervjuene).

- For det andre dreier deg seg om å styrke den kliniske og behandlingsrettede forskningen. Begrunnelsen er at dette vil gi bedre behandling i spesialisthelsetjenesten, samt styrke legitimiteten til den behandlingen som allerede gis.
- Det siste middelet klinikksjefene foreslår gjelder betydningen av det vi kan kalle medisinske *verktøy*. Slike verktøy kan være diagnoser, ulike testbatteri for kartlegging og utredning, epikriser, og journaler.

Målsetningen om økt helsefaglig kompetanse, og midlene som skal innfri dette, kan her tolkes som viktige komponenter i den medisinske logikken. Denne logikken presiserer hvilke (faglige) prinsipp klinikksjefene og rådgiverne mener bør styre utviklingen på rusfeltet. Vurderingene gjør det mulig å identifisere både normative og kulturelt-kognitive komponenter i den medisinske logikken (Scott 2001): Aktørene på spesialistnivået ønsker både å endre på de faglige prinsippene som ligger til grunn for rusbehandlingen i en mer medisinsk retning (den normative dimensjonen), og de ønsker å endre måten man tenker om rusproblemet på i en mer medisinsk retning (den kulturelt-kognitive dimensjon).

5.1.2. Fra "særomsorg" til spesialisert tjeneste

For å bedre forstå bakgrunnen for klinikksjefenes faglige vurderinger, er det interessant å se nærmere på hvordan de beskriver situasjonen før rusreformen.

En sentral oppfatning hos klinikksjefene er at behandlingen av rusmiddelmissbrukere lenge har vært preget av lite faglighet. De tegner et tydelig bilde av før og etter reformen. I perioden frem til reformen var fagligheten lav. Særlig to trekk ved denne perioden løftes frem: rustiltakenes behandlingssideologi, samt den organisatoriske tilhørigheten til det kommunale nivået. En av informantene påpeker hvordan reformen har redusert betydning av ideologi og livssyn i behandlingen:

Og så er det klart at flere av helseregionene utfordrer jo litt det som har vært rusfeltets spesialitet (ler lett), i betydningen av at det har vært mye sammenblandinger av ulike ideologier, som har fått lov til å overleve i dette feltet hvor, når det kommer til sånn konflikt eller til sånne dilemma, så velger man da institusjonens ideologi, framfor det som er pasientens rettighet da. Sant? Altså, pasienten er ikke motivert, pasienten passer ikke inn, er ikke livssyns god nok kanskje, sant, så en del sånne ting er nok i ferd med å bli utfordret, med det helsesystemet i ryggen, som jo også handler om at de er litt mer nøytrale og litt mer evidensorienterte enn det dette feltet har vært tidligere (Klinikksjef 1.5: 8-9, min kommentar i parentes).

Pasientrettighetene som kom med rusreformen, ”utfordrer” i følge klinikksjefen de rustiltakene som tidligere behandlet pasienter ut i fra ideologi eller livssyn. I en senere passasje spissformulerer informanten virksomheten til slike rustiltak, når han sier at de behandler rusmiddelmissbrukere ”som om livssynet er viktigere enn det faglige”. Tilhørigheten til spesialisthelsetjenesten ses som en buffer mot en slik praksis, ettersom helsevesenet har en tradisjon for å være mer ”nøytrale” og ”evidensorienterte”. Organiseringen inn under helsevesenet ses som et positivt element som vil endre rusfeltet i en mer faglig retning.

Kontrasteringen til perioden før reformen, hvor rustiltakene var underlagt sosialtjenesteloven, trekkes også frem for å forklare den lave fagligheten. En av klinikksjefene beskriver endringen som kom med rusreformen slik:

Så fokuset er jo nå snudd fra å være en sosial institusjon med beboerrettigheter til å bli en spesialisthelsetjeneste, eller tjeneste, med pasientrettigheter, som er noe helt annet enn, enn beboerrettigheter i sosialinstitusjoner. Det skal du få, skrive opp (han ler)! (Klinikksjef 1.5: 2, min kommentar i parentes).

Informanten tegner en tydelig symbolsk grense mellom ”beboerrettigheter” og ”pasientrettigheter”. Førstnevnte rettigheter ses på som noe utdatert og lite faglig, mens pasientrettigheter trekkes frem som noe helt klart positivt og faglig. Dette er enda tydeligere hos en annen klinikksjef:

Vi har levd litt som en særomsorg på en måte, rusfeltet, som nå skal integreres i, i det øvrige helsevesenet, og har begynt med det (Klinikksjef 1.6: 2).

Begrepet særomsorg benyttes av flere klinikksjefer for å beskrive situasjonen før reformen. Det er sannsynlig at de legger noe ulike betydninger i begrepet. Men det ser ut til å innebære en periode preget av lite faglighet, mye ideologi, og manglende formell styring fra offentlige myndigheter. Særomsorg henspiller også på at rusfeltet har vært lite formalisert og standardisert, det har kunnet operere på siden av det etablerte helsevesenet. Reformen har resultert i en for klinikksjefene ønsket fagutvikling: fra særomsorg til spesialisert tjeneste.

Et generelt inntrykk fra intervjuene med klinikksjefene er at det å fremstå som en fullverdig spesialisthelsetjeneste er viktig. Kan dette ses på som et uttrykk for mimetisk isomorfi? I følge DiMaggio og Powell (1983) dreier mimetisk isomorfi seg om *modellering*: ”Organizations tend to model themselves after similiar organizations in their field that they perceive to be more legitimate or successful” (ibid.: 152). Røvik påpeker at også *differensiering* er viktig for å

forstå hvorfor organisasjoner endrer seg: Både det å likne mer på forbilledlige andre, og det å skille seg fra uforbilledlige andre, er sentrale prosesser i en organisasjons identitetsforvaltning (Røvik 1998: 138-142).³⁶ Et slikt teoretisk inntak kan forklare særlig klinikksjefenes vurderinger av rusreformen. Ønsket om å bedre dokumentasjonsarbeidet, kompetansen og fagligheten kommer til uttrykk ved sammenlikninger med øvrig spesialisthelsetjeneste. Man ønsker ”mer kvalitet og system i tingene”, og det oppnår man ved å bli en ”fullverdig annenlinjetjeneste”. På samme tid ønsker de å markere avstand fra visse typer organisasjoner. Klinikksjefene vil særlig unngå at behandlingsinstitusjonene fremstå som en ”særomsorg”, hvor behandlingssideologi og livssyn er organiserende for virksomheten. Både modellering og differensiering kan illustrere hvorfor klinikksjefene ønsker å fremstå som en fullverdig spesialisthelsetjeneste. Vurderinger av faglighet står sentralt i disse prosessene. Det er særlig viktig å fremstå som en *faglig og vitenskaplig* behandlingstjeneste. Å likne mer på de øvrige spesialisttjenestene (rekruttering, forskning, dokumentasjon), og å markere avstand fra ufaglige og ideologiske rustiltak, ser ut til å være viktige drivkrefter bak den medisinske logikken.

5.1.3. Aktørene på spesialistnivåets rettferdiggjøringer

Hvordan rettferdiggjør aktørene i spesialisthelsetjenesten sine faglige vurderinger? Hvilke verdiordener er i spill når klinikksjefene og rådgiverne i helseforetakene legitimerer sine vurderinger?

Aktørene i spesialisthelsetjenesten henter først og fremst støtte i den industrielle verdiorden (Boltanski og Thévenot 2006: 203-211) når de rettferdiggjør faglige vurderinger. Det overordnede verdsettingsprinsippet er her (teknisk) effektivitet. Både klinikksjefene og representantene fra helseforetakene ønsker en spesialisthelsetjeneste som skal gi best mulig behandling til flest mulig rusmiddelmissbrukere. For å oppnå en slik effektiv spesialisthelsetjeneste, trenger man å styrke den helsefaglige kompetansen. Kompetanse er nettopp et sentralt kvalifiseringsgrunnlag i denne ordenen. Videre trekker informantene inn subjekter (leger, psykologer) og objekter (dokumentasjon, diagnoser, journaler, tester) som er verdifulle i den industrielle verdiorden. Denne ordenen fanger på en god måte opp de faglige vurderingene til aktørene i spesialisthelsetjenesten. En av grunnene til det kan være at den

³⁶ For en teoretisk og problematiserende drøfting av begrepet organisasjonsidentitet, se Røvik 1998 (133-134); Albert og Wetten (2004: 89-104).

industrielle verdiorden på mange måter også er en *vitenskaplig* verdiorden (Boltanski og Thévenot 2006: 203).

Men også en annen verdiorden mobiliseres av aktørene fra spesialistnivået. Vi har tidligere sett at særlig for klinikkjefene er det viktig å fremstå som en faglig fundert og fullverdig spesialisthelsetjeneste. De ønsker å fjerne seg fra det ”særomsorg-” stemplet som lenge har preget inntrykket av den norske rusbehandlingen. Vi kan dermed også si at de aktiviserer verdsettingsprinsippet som er overordnet i opinionsordenen, nemlig anerkjennelse (ibid.: 178-185). Nødvendigheten av mer helsefaglig og medisinsk kompetanse rettferdiggjøres i noen grad ved å vise til ønsket om anerkjennelse.

Klinikkjefenes rettferdiggjørende argumentasjon kan dermed knyttes til to ulike verdiordener, og dermed to ulike verdsettingsprinsipp (effektivitet og anerkjennelse). Men dette bryter med en av forutsetningene i det teoretiske rammeverket til Boltanski og Thévenot; en rettferdiggjørende argumentasjon trenger kun å basere seg på ett overordnet verdsettingsprinsipp. De påpeker også at kompromiss mellom to ulike verdiordener er ustabile, og at opprettholdelsen av kompromisset avhenger av en enighet om å ikke klargjøre hvilket verdsettingsprinsipp som gjelder (Boltanski og Thévenot 1999: 374). Andersen (2007) støtte på denne problemstillingen i sin studie av stortingsdebatter om matvaretrygghet. Han argumenterer for at i situasjoner hvor en verdiorden inngår i kompromiss med en eller flere andre verdiordener, kan man undersøke hvilken orden som er den viktigste, den nødvendige, i aktørenes rettferdiggjøringer. På denne måten vil en av verdiordenene utgjøre en *begrunnelseslogikk* (ibid.: 121). Denne verdiordenen er nødvendig, men ikke alltid tilstrekkelig, for aktørene. Det er derfor de også mobiliserer andre verdiordener. Mitt materiale kan tyde på at denne modifikasjonen av det teoretiske perspektivet også er fruktbart for forståelsen av klinikkjefenes faglige vurderinger. Den industrielle verdiorden fremstår som begrunnelseslogikken, den sentrale verdiordenen som aktørene mobiliserer i diskusjoner om fagutviklingen på rusfeltet. Økt helsefaglig kompetanse, flere leger, og mer medisinsk forskning er nødvendig for at behandlingen skal bli så god og effektiv som mulig. Men hensynet til omgivelsenes anerkjennelse er også en sentral rettferdiggjøring for klinikkjefene. I følge resonnementet ovenfor, vil det å argumentere for bedre og mer effektiv behandling være nødvendig, men ikke alltid tilstrekkelig; aktørene argumenterte også for den anerkjennelsen høyere medisinsk faglig kompetanse vil gi. På samme tid er det også tydelig at å mobilisere støtte i opinionsordenen, betinger en rettferdiggjøring fra den industrielle

verdiorden: Det anses ikke som legitimt å argumentere for større anerkjennelse, *uten at man samtidig argumenterer for bedre rusbehandling*. Opinionsordenen er særlig viktig fordi den fanger opp modellerings- og differensieringsprosesser: Anerkjennelse oppnås både ved å likne mer på øvrig spesialisthelsetjeneste (rekruttering, forskning, medisinske verktøy), og ved å markere avstand fra hvordan rusbehandlingen fungerte og ble sett på i perioden forut for rusreformen. Dette kan oppsummeres i følgende tabell:

Tabell 5.1: Verdiordener mobilisert av aktørene på spesialistnivået

Verdiorden		Den industrielle	Opinionsorden ³⁷
Overordnet verdsettingsprinsipp		God og effektiv rusbehandling	Anerkjennelse som fullverdig spesialisthelsetjeneste
Kvalifiseringsgrunnlag		Helsefaglig/medisinsk kompetanse	Bli anerkjent av omgivelsene (øvrig helsevesen, fagmiljø, myndigheter)
Hva som er verdifullt:	Subjekter	Leger og psykologer	-
	Objekter	Dokumentasjon, diagnoser, rapportering	-

5.2. Faglige vurderinger blant aktørene på kommunalt nivå

De faglige vurderingene til sosialsjefene (kommunalt nivå) skiller seg klart fra vurderingene til klinikkjefene (spesialistnivået). I utgangspunktet er sosialsjefene de mest kritiske til innholdet i selve reformen, og til konsekvensene av den. Denne kritiske holdningen ser ut til å være forbundet med flere aspekter, hvor særlig to er fremtredende: De er for det første kritiske til konsekvensene av den helsefaglige dreiningen, og de er for det andre kritiske til de organisatoriske forholdene på feltet etter reformen. Den førstnevnte kritikken tas opp i det følgende, mens den sistnevnte tas opp i kapittel 7. Et generelt trekk ved kritikken er at den er nært forbundet med en sosialfaglig forståelse av rusmiddelproblematikk.

³⁷ De åpne feltene i tabellen indikerer at jeg i materialet ikke har funnet verdifulle objekter og subjekter som aktørene henviser til når de mobiliserer opinionsordenen. Det kan skyldes at intervjuguiden ikke var utformet med tanke på å identifisere hvilke verdiordener som informantene knytter sine begrunnelser til (se kap. 4 for problematisering knyttet til at Boltanski og Thévenot sitt perspektiv først ble inkludert i analyseprosessen). Det kan imidlertid også skyldes at verdifulle egenskaper i denne ordenen er vanskelig å fange opp i intervjuer. Å rettferdiggjøre en vurdering med henvisning til andre menneskers formening kan ses på som uttrykk for forfengelig, selvopptatthet etc., egenskaper mange ikke vil vedkjenne seg. Ønsket om å *fremstå* som en faglig og profesjonell spesialisttjeneste var imidlertid så fremtredende i intervjuene at jeg er trygg på denne verdiordenens relevans for klinikkjefene.

Sosialsjefene er kritiske til den helsefaglige dreiningen som reformen innebærer, men dette er ikke en unyansert kritikk. De er positive til noen utslag av reformen. Særlig gjelder dette muligheten for å minske sykkeligheten blant rusmiddelmissbrukerne:

Sosialtjenesten har veldig mye kompetanse på disse her brukerne, men selv ikke i sosialtjenesten har man egentlig skjont hvor syke de har vært. Veldig mange er underdiagnostisert, og, altså, mange har tilskrevet selve rusavhengigheten, altså det har forklart veldig mye, av pasientens elendighet (Rådgiver 3.2: 11).

Rådgiveren peker på en interessant dynamikk, nemlig at sosialtjenesten har tilskrevet *all* elendighet til selve rusavhengigheten, og dermed sett bort i fra tilleggslidelser. Reformen ses på som positiv nettopp ved at den legger til rette for at de virkelig syke brukerne som sosialkontorene har befatning med, lettere får behandling for også sine somatiske og psykiatriske lidelser. Sosialsjefene opplever imidlertid at reformen i praksis har gjort situasjonen verre for de tyngste rusmiddelmissbrukerne. Prioriteringssituasjonen og behandlingstilnærming trekkes frem som de to sentrale årsakene.

Rusreformen endret organiseringen av inntak til behandlingsnivået. Henvisninger sendes til ulike enheter som vurderer om kriteriene for rett til nødvendig helsehjelp er oppfylt eller ikke. Vurderingsenhetene er som oftest lagt til poliklinikker innenfor spesialistnivået. Sosialsjefene reagerer på at vurderingsarbeidet som nå gjøres er knyttet opp mot den helsefaglige kompetansen på en uheldig måte:

Og det vi ser nå, det er at nå har helseforetakene begynt å lage terskler, etablere såkalte medisinskfaglige terskler, som skal inn i systemet, og da begynner dette med *nytteperspektiv* å komme veldig tydelig inn. Og, sånn at det skal på en måte være, det skal være åpenbart at her er det en behandlingseffekt, sant at det vi ser nå er at de begynner å støte ut våre mest utslåtte og trengende brukere, på grunn av at nei, ”de er så utslåtte at de er ikke mottakelig for den type terapeutisk behandling som foregår i rusinstitusjoner”. Så med andre ord, det er ikke det at man har feil medisin som er problemet, men en har feil pasienter. Og det, det begynner å bli ganske tydelig nå (Sosialsjef 3.3: 9).

Sosialsjefen opplever at de tyngste brukerne i større grad ”støtes ut” fra behandlingsnivået etter reformen, og er en formening som deles av alle informantene på det kommunale nivået. Det siktes til retningslinjer for prioritering som de regionale helseforetakene utarbeidet. RHFene ønsket å klargjøre kriteriene som må ligge til grunn for å få innvilget rett til

nødvendig helsehjelp, blant annet forventet nytte.³⁸ Informantene på det kommunale nivået er kritiske til retningslinjene, og mener motivasjonen var å legge til rette for at først og fremst pasienter med *behandlingspotensial* får innvilget rett til nødvendig helsehjelp. Dermed vil de ”mest utslåtte og trengende brukerne” vanskeligere få behandling, fordi det er lite sannsynlig at de vil oppfylle nyttekriteriet. En liknende kritikk har blitt artikulert av stadig flere innenfor rusfeltet. For eksempel hevder Furuholmen og Schanche Andresen at: ”I all stillhet har denne nye norske strategien for utvikling av rusfeltet foretatt en klassifisering av klientgrupper – de som skal tilbys hjelp av spesialisthelsetjenesten, og de som skal tilbys hjelp i kommunen.[...] De med antatt størst forbedringspotensial skal få legehjelp, de ’håpløse’ skal få kommunal bistand” (2007: 266).

Det andre sentrale ankepunktet mot reformen hos sosialsjefene, er at den først og fremst retter seg mot selve behandlingsdelen. De er kritiske til at det er institusjonsbehandlingen som først og fremst blir tillagt betydning:

Jeg skulle ønsket og at, ja, at spesialisthelsetjenesten hadde brydd seg om de problemene som vedkommende møter utenfor institusjonen. Fordi at, det er ikke dermed sagt at fordi om behandling i institusjon er avslutta, at behandlingsbehovet er avslutta. Sant? Og hvordan kan man utvikle behandling, eller tilpasse behandling, til en annen kontekst enn den institusjonelle? Det har litt med å få på en måte, både den sosialfaglige oppfølgingen og den mer behandlingsorienterte oppfølgingen, ut til kjøkkenbordet altså (Rådgiver 3.2: 10-11).

Ordningen med institusjonsbehandling problematiseres. Som en kontrast til denne organiseringen, ønsker sosialsjefene i større grad at man tilpasser behandlingen til en annen kontekst enn den institusjonelle, at man får behandlingen ”ut til kjøkkenbordet”. Dette er en annen posisjon enn man finner blant klinikksjefene, som først og fremst er opptatt av å bedre forholdene *innad* i de tverrfaglige spesialiserte tjenestene. Informantene på det kommunale nivået mener at spesialisthelsetjenesten bør bry seg mer om rusmiddelmissbrukeres problemer *utenfor* institusjonen. En annen sosialsjef poengterer det slik:

Så *jeg* mener jo at sånn generelt, så skulle fagfolkene i mye større grad vært der brukeren er. Og lært de å mestre det livet de lever, hele tiden, ikke bare de månedene de er på institusjonen (Sosialsjef 3.3: 4)

³⁸ På tross av at retningslinjene ble stoppet av helseministeren i 2006, mener flere av sosialsjefene at innholdet praktiseres i stor grad i de ulike vurderingsenhetene.

Sosialsjefene er slik sett uenige i selve utgangspunktet for mye av behandlingen av rusmiddelmissbrukere i Norge. I deres øyne har rusreformen ytterligere forsterket og sementert denne formen for behandling, i og med at reformen først og fremst retter seg mot institusjonsnivået. Sosialsjefene ønsker at ressursene i større grad rettes mot hverdagslivet til rusmiddelmissbrukere. Det er her fagfolkene bør arbeide for å bistå brukerne i å mestre sine rusproblem. Vi kan karakterisere denne posisjonen som et ønske om å ”demokratisere” behandlingen: De er kritiske til at ikke alle rusmiddelmissbrukere skal få nytte godt av den behandlingseksperisen som finnes i spesialisthelsetjenesten. Og ettersom institusjonsbehandling er et knapphetsgode (det er lange ventelister for behandling), ønsker de at ressursene i større grad gjøres tilgjengelige for brukerne i livet *utenfor* institusjonene.

Kritikken mot det institusjonsorienterte behandlingsregimet som reformen har forsterket, trer tydeligere frem dersom man også ser hvilke prinsipper som sosialsjefene arbeider etter ved sosialkontorene. I intervjuene beskrives sosialtjenestens arbeid med karakteristikk som: ”langsiktig”, ”helhetlig”, ”boligorientert”, ”miljøretta”, ”ikke endringskrevende”, ”brukerorientert”, ”relasjonelt” og ”levetidsorientert”. Dette er utpregete sosialfaglige prinsipper. Disse prinsippene, som er styrende for sosialsjefenes arbeid, utgjør på denne måten også grunnlaget for kritikken mot spesialistnivået: Institusjonene er for *lite* orientert mot nærmiljøet, for *lite* brukerorientert, for *lite* langsiktig etc. Kritikken er dermed knyttet til en ulik oppfatning av faglighet enn den klinikkjefene ønsker; sosialsjefenes frustrasjon er at den sosialfaglige kompetansen de baserer sin virksomhet på, i for liten grad preger behandlingsapparatet for rusmiddelmissbrukere.

5.2.1. Den sosiale logikk

Like muligheter for også de tyngste og mest utslåtte brukerne kan karakteriseres som det ”organiserende prinsippet” for sosialsjefene (Friedland og Alford 1991). De ønsker en rusbehandling som ikke støter ut, men som *tar utgangspunkt* i de som har størst problemer. For å nå denne målsetningen kan vi identifisere to midler:

- For det første ønsker de i større grad ”demokratiske behandlere”, som møtes på brukerens arena, og på brukerens premisser. Dette midlet trekkes frem i kontrast til utviklingen etter reformen, hvor ekspertene og fagfolkene i spesialisthelsetjenesten er opptatt av å styrke tilbudet *innad* i klinikkene, og hvor det etableres terskler som støter ut de brukerne som har lavest forventet behandlingspotensial.

- For det andre ønsker de at rettighetene som eksisterer på rusfeltet må ses som fundamentale, i betydningen av at de skal gjelde for *alle* rusmiddelmissbrukere. Og de skal *særlig* gjelde for de tyngste misbrukerne.

Målsetningen om en mer likeverdig rusbehandling, og midlene som skal innfri denne, går inn som sentrale komponenter i *en sosial logikk*. Denne logikken trer i stor grad frem i opposisjon til utviklingstrekk som sosialsjefene identifiserer på feltet. Bakgrunnen for kritikken er tydelig preget av sosialfaglige perspektiv. Den sosiale er derfor i likhet med den medisinske, en faglig logikk (Berg 1987). Både normative og kulturelt- kognitive komponenter inngår i denne: Sosialsjefene ønsker at sosialfaglige perspektiver får en større betydning for virksomheten på rusfeltet (den normative dimensjon), og de ønsker å endre måten man tenker om rusproblemet på, i en mer ”sosiologisk” retning (den kulturelt-kognitive dimensjonen). Mye av frustrasjonen til sosialsjefene dreier som at prinsippene og tenkningen som ligger i den sosiale logikken, i for liten grad får prege utviklingen av rusfeltet i regionen.

Vibeke Erichsens (2004) beskrivelser av endringene i det sosiale arbeidet kan kanskje bidra til å forstå sosialsjefenes frustrasjon. Hun hevder vi kan snakke om ”motbakker for de yrkene som arbeider med å inkludere de marginaliserte” (ibid.: 158). Helse- og sosialpolitikken er i senere tid blitt mer tilpasset ”det aktive borgerskapet”, som ”flokker seg på et voksende helsemarked, og de delene av det sosiale som åpner for valg og handling” (ibid.: 157-158). Konsekvensene blir dermed større for ”slavene, de som i vårt samfunn rammes av en ’utstøtingens dynamikk’ og utelukkes fra det fulle borgerskapet” (ibid.). I denne kategorien kan de tunge rusmiddelmissbrukerne plasseres. Jeg mener at sosialsjefenes beskrivelser av slike tendenser på rusfeltet, kan forklare den gjennomgående kritiske holdningen til rusreformen. De viser til at ord som ”behandlingspotensial”, ”behandlingseffekt” og ”nytteperspektiv” er blitt mer fremtredende etter reformen. Konsekvensene de både opplever og frykter er at rusbehandlingen i økende grad blir forunt de ”friskeste” syke, mens de ”sykeste” syke kun får kommunale tilbud.

5.2.2. Sosialsjefenes rettferdiggjørende kritikk

Sosialsjefene mobiliserer i stor grad den sivile verdiorden i kritikken av den helsefaglige dreiningen som reformen har ført til. Kollektiv velferd er her det overordnede verdsetningsprinsippet (Boltanski og Thévenot 2006: 185). Kritikken av at nye ”medisinskfaglige terskler” ekskluderer de tyngste rusmiddelmissbrukerne bryter med

prinsippet om kollektiv velferd. Ønsket om en mer brukernær behandling og oppfølging, med lave terskler, vitner også om et slikt verdsettingsprinsipp. Informantene opplever at det etableres skiller mellom rusmiddelmissbrukerne: de med ”behandlingspotensial” og de uten. Dette kan tolkes som en kritikk med henvisning til kvalifiseringsgrunnlaget i den sivile verdiorden, som er likhet og solidaritet (Boltanski og Thévenot 2006: 190). Sosialsjefene ønsker at alle rusmiddelmissbrukere skal ha like muligheter til å få behandling, og særlig er det illegitimt å nekte noen rett til nødvendig helsehjelp med henvisning til tekniske termer som lav forventet ”behandlingseffekt”. Subjekter (”demokratiske behandlere”) og objekter (rettigheter) fra den sivile verdiorden trekkes inn i kritikken av den helsefaglige dreiningen.

Henvisningen til sivile verdsettinger er et relativt konsekvent trekk hos informantene på det kommunale nivået. Ingen andre verdiordener mobiliseres i relevant grad når det gjelder vurderinger av reformens konsekvenser for fagligheten. Den sivile verdiorden mobiliseres i en kritikk av den helsefaglige og medisinske dreiningen på rusfeltet. Det er *konsekvensene* av denne dreiningen sosialsjefene kritiserer, de er ikke kritisk til økt vektlegging av helse i seg selv. Kritikken retter seg særlig mot innskrenkningen av adgangen til spesialisthelsetjenesten, basert på medisinskfaglige vurderinger. Det er altså den kollektive velferden, hensynet til at alle skal ha like muligheter og rettigheter, som aktiviseres. Vi kan oppsummere sosialsjefenes mobilisering av den sivile verdiorden i følgende tabell:

Tabell 5.2: Verdiorden mobilisert av aktørene på kommunalt nivå

Verdiorden		Den sivile
Overordnet verdsettingsprinsipp		Rusbehandling til <i>alle</i> rusmiddelmissbrukere
Kvalifiseringsgrunnlag		Like muligheter for de tyngste rusmiddelmissbrukere
Hva som er viktig:	Subjekter	”Demokratiske” behandlere
	Objekter	Fundamentale rettigheter

5.3. Endring og dominansdimensjonen

At man finner ulike verdsettinger av faglighet på de to nivåene, spesialistnivået og det kommunale nivået, er ikke i seg selv særlig overraskende. Mange vil tvert i mot si at dette er naturlig, endog også ønskelig. Denne problemstillingen vil bli drøftet nærmere i kapittel 7. Det som derimot er interessant for analysen av de institusjonelle logikkene, er endring og dominansdimensjonen.

Klinikksjefene operer med en tydelig kronologisk og narrativ struktur i flere av sine uttalelser. Beskrivelsene tegner et bilde av *før* og *etter*. Før rusreformen var feltet preget av lav eller liten grad av faglighet. Etter reformen er feltet preget av høyere grad av faglighet. Informantene mener dermed selv at reformen har ført til en endring. Vurderingene bærer imidlertid preg av at endringen ikke er tilstrekkelig. Den medisinske logikk forteller hvilke faglige prinsipp og perspektiver som bør styre videreutviklingen av rusfeltet. Verdien av tverrfaglighet understrekes, men det er først og fremst den helsefaglige og medisinske kompetansen som må prioriteres. Endringens retning er dermed mot større likhet med kompetansen og kunnskapsgrunnlaget i øvrig spesialisthelsetjeneste, og jeg har argumentert for at både modellering og differensiering kan forklare denne utviklingen (DiMaggio og Powell 1983; Røvik 1998).

Sosialsjefene er på den andre siden kritiske til fagutviklingen etter rusreformen. At de er kritiske kan også sees som en bekreftelse på at det har foregått, og foregår, en endring i verdsatt faglighet på rusfeltet. Den sosiale logikken jeg har identifisert blant aktørene på det kommunale nivået, kommer til uttrykk gjennom kritikk av en tydeligere helsefaglig og medisinsk spesialisttjeneste. De ønsker *ikke* at rusbehandlingen blir likere øvrig spesialisthelsetjeneste, og henviser særlig til konsekvensene for de tyngste rusmiddelmissbrukerne.

Dette tyder på at den medisinske logikk har fått sterkere innflytelse ettersom det er den medisinske fagligheten som verdsettes høyest. Den sosiale logikk har fått mindre innflytelse, ettersom den sosialfaglige kunnskapen verdsettes lavere, sett i forhold til den medisinske. Dette bildet kommer også til uttrykk dersom vi går tettere på aktørene på spesialistnivåets beskrivelser av rusfeltet før reformen: Feltet var både preget av lavt kunnskapsgrunnlag, og av en sosialfaglig dominans. Kunnskapsgrunnlaget var lavt fordi det var ”feil” form for kunnskap som dominerte. Reformen har lagt til rette for at den ”riktige” kunnskapen skal styre utviklingen fremover. Jeg foreslår derfor at den medisinske logikk har blitt dominerende på rusfeltet, mens den sosiale logikk har blitt mindre innflytelsesrik. Med Scott et al. (2000) sitt begrepsapparat kan den sosiale logikk kalles for *den sekundære logikken* på feltet.

Men dette er et spørsmål vi foreløpig kun kan antyde svaret på. Hvorvidt en logikk dominerer et gitt felt, avhenger blant annet av hvorvidt logikken representeres i innflytelsesrike aktører,

og hvorvidt den finner støtte i de myndighetsstrukturer som regulerer aktiviteten på feltet (Scott et al. 2000). Disse spørsmålene danner utgangspunktet for de to neste kapitlene.

5.4. Oppsummering

I dette kapitlet har jeg vist at det er mulig å skille ut to ulike logikker på rusfeltet. På spesialistnivået identifiseres det jeg har kalt den medisinske logikk. Denne logikken er basert på verdsetting av medisinsk og helsefaglig kompetanse. Blant aktørene på spesialistnivået er det et ønske om at disse formene for faglighet skal styre den videre utviklingen av rushelsetjenesten. Den industrielle verdiorden og opinionsordenen blir mobilisert av aktørene på dette nivået. På det kommunale nivå har jeg identifisert en sosial logikk. Sosialsjefene i utvalget er kritiske til de medisinske prinsippene som i større grad styrer feltet etter reformen. Grunnlaget for denne kritikken finner vi i verdsettingen av de sosialfaglige og brukernære perspektivene som dominerer på det kommunale nivået. Disse verdsettingene mobiliseres i stor grad i den sivile verdiorden. Vi kan oppsummere sentrale trekk ved de to logikkene på følgende måte:

Tabell 5.3: Sentrale trekk ved den medisinske og sosiale logikk

Logikk		Den medisinske logikk		Den sosiale logikk
Verdiordener		Den industrielle verdiorden	Opinionsordenen	Den sivile orden
Overordnet verdsetningsprinsipp		God og effektiv rusbehandling	Anerkjennelse som fullverdig spesialisthelsetjeneste	Rusbehandling til <i>alle</i> rusmiddelmissbrukere
Kvalifikasjonsgrunnlag		Helsefaglig/medisinsk kompetanse	Bli anerkjent av omgivelsene (øvrige helsevesen, fagmiljø, myndigheter)	Like muligheter for de tyngste rusmiddelmissbrukere
Hva som er viktig:	Subjekter	Leger og psykologer	-	”Demokratiske” behandlere
	Objekter	Dokumentasjon, diagnoser, rapportering	-	Fundamentale rettigheter

Tabellen tar utgangspunkt i aktørenes rettferdiggjørende argumentasjon. Det er ved å studere informantenes vurderinger og kritikk av fagutviklingen, at de to logikkene trer tydeligst frem. De to logikkene representerer ulike verdsettinger, og aktørene mobiliserer ulike verdiordener når de rettferdiggjør disse verdsettingene. Mobilisering av den industrielle verdiorden og opinionsordenen utgjør sentrale karakteristikk ved den medisinske logikk, mens mobilisering av den sivile verdiorden utgjør en sentral karakteristikk ved den sosiale logikk.

6. Institusjonelle aktører på rusfeltet

I motsetning til i andre deler av helsevesenet, har rusbehandlingen historisk sett vært mindre dominert av leger. Det forrige kapitelet viste imidlertid at aktørene på spesialistnivået nå ser et stort behov for å rekruttere flere leger. Dette kapitlet ser nærmere på legenes rolle på rusfeltet etter rusreformen.³⁹ Hvilke forventninger stilles til legene? Hvordan kommer kritiske betraktninger om legenes rolle til uttrykk? På hvilken måte er forventningene til – og kritikken av – legene, forbundet med de institusjonelle logikkene på rusfeltet?

Først i dette kapitlet gis et kort innblikk i hvilke faggrupper som finnes på rusfeltet, og hvordan sammensetningen av faggrupper har endret seg etter reformen. Deretter ser jeg nærmere på hvordan klinikkjefene begrunner behovet for flere leger. Her trekkes innsikter fra profesjonsteori inn i drøftingen.⁴⁰ Jeg studerer også hvilke rettferdiggjøringer klinikkjefenes argumentasjon hviler på. Videre viser jeg hvordan kritikken mot legene er begrunnet, og hvilke legitimeringer denne støtter seg på. Til slutt drøftes endrings- og dominansdimensjonen: Har legene blitt en dominerende institusjonell aktør på rusfeltet, og i tilfelle på hvilken måte?

6.1. Faggrupper på rusfeltet

I den statlige evalueringen av rusreformen var det fra oppdragsgivers side (Sosial- og helsedirektoratet) ønskelig å få en oversikt over endringen i antall årsverk i behandlingstiltakene etter reformen (Lie og Nesvåg 2006). Fordelingen av kompetanse i institusjonene ses som en indikator på om kvaliteten i tjenestene er blitt bedre som følge av reformen. I evalueringen dokumenteres en økning på 167 årsverk (9,5 %) i fagstillinger fra 2003 til 2006 (Lie og Nesvåg 2006: 42-43). Størst har denne økningen vært for medisinske faggrupper. Økningen i antall årsverk for leger, psykologer og sykepleiere har vært 133 i antall, mens antall årsverk for barnevernspedagoger, sosionomer og pedagoger, har økt med 34 i antall (ibid.: 43). Det har altså vært en økning i både helse- og sosialfaglige årsverk, men betydelig mest for de medisinske faggrupper. Dette er nasjonale tall.

³⁹ I dette kapitlet ser jeg først og fremst, men ikke kun, på legenes rolle (se kap. 4.2 for begrunnelse for avgrensningen).

⁴⁰ Dette er i utgangspunktet ikke en profesjonsteoretisk studie. Jeg benytter likevel litteratur fra profesjonsforskningen i dette kapitlet. Anvendelsen er imidlertid pragmatisk; jeg benytter innsikter fra profesjonsteori som et ledd i drøftingen av institusjonaliseringsprosesser.

Ettersom det ikke foreligger tall på institusjonsnivå for fordelingen av årsverk på ulike faggrupper, har det vært vanskelig å få en tilfredsstillende oversikt over utviklingen i den regionen jeg undersøker. For å danne meg et inntrykk, innhentet jeg opplysninger fra de to rustiltakene hvor jeg rekrutterte informanter. De er de to største i regionen. Den første klinikken oppgav oversikt fra både før og etter reformen (2003 og 2006). Klinikken er kjennetegnet ved at den allerede før reformen hadde en stor andel helsefaglig personell. I perioden fra 2003 til 2006 har det vært en ytterligere økning i helsefaglige årsverk: 29 % for leger, 12 % for psykologer, og 19 % for sykepleiere. Til forskjell fra utviklingen nasjonalt, har andelen sosialfaglige årsverket steget nesten tilsvarende i perioden. Den andre klinikken har ikke oppgitt like detaljerte tall. De oppgir likevel å ha ansatt mer personell med helsefaglig bakgrunn etter reformen. I telefonsamtale med økonomi og personalansvarlig uttaler vedkommende, på et generelt grunnlag, at ”vi har gått fra å ansette sosionomer til å ansette sykepleiere, nå etter at vi ble en spesialisttjeneste” (10.03.08).

Tallene fra den nasjonale evalueringen tyder altså på at økningen i årsverk har vært betydelig større for de medisinske faggruppene, enn for de sosialfaglige. Situasjonen i de to klinikkene i regionen jeg undersøker, er ikke like entydig. Den ene klinikken rapporterer om prosentvis relativt lik økning i helse- og sosialfaglige årsverk. Den andre klinikken oppgir bevisst å ansette personell med helsefaglig bakgrunn, til fordel fra personell med sosialfaglig bakgrunn.

6.2. Hvorfor trengs det flere leger?

Flertallet av klinikksjefene mener imidlertid at enda flere leger er ønskelig.⁴¹ To ulike argument er sentrale for informantene som ønsker flere leger. Begge begrunnelsene tar utgangspunkt i *det nødvendige*. Det første dreier seg om dobbeldiagnosepasienter, og det andre dreier seg om fagliggjøring.

En klinikksjef, som selv er lege, trekker frem at arbeidsoppgavene er endret etter rusreformen. Det har medført økt behov for leger:

⁴¹ Denne vurderingen hadde også rådgiverne i helseforetakene, men fordi disse først og fremst har administrative arbeidsoppgaver ble ikke legenes rolle diskutert like utførlig i intervjuene. Deres vurderinger blir derfor i liten grad drøftet. Det er likevel liten grunn til å tro at vurderingene fra rådgiverne skiller seg nevneverdig fra flertallet av klinikksjefene når det gjelder legenes rolle og betydning. I forrige kapittel så vi eksempelvis at rådgiveren fra det lokale helseforetaket ønsket både flere leger, og en mer medisinsk tankegang (kap. 5.1).

Det er først i de seineste årene at dobbeldiagnose- problematikken er kommet såpass opp i bevisstheten. Og det nødvendiggjør flere leger, fordi at, det er de som diagnostiserer og behandler pasienter med psykiatriske lidelser, og somatiske pasienter (Klinikksjef 1.1: 2-3).

En sentral målsetning med rusreformen var å legge til rette for at såkalte dobbeldiagnose-pasienter, pasienter med både alvorlige psykiatriske lidelser og avhengighetsproblematikk, skulle få bedre og mer tilrettelagte tjenester. Ifølge informanten nødvendiggjør det flere leger, ettersom det er kun leger som har kompetanse til å diagnostisere og behandle denne pasientgruppen.⁴²

Et slikt *nødvendighetsargument* kan tolkes som det Abbott (1988) har kalt et jurisdiksjonsargument. Klinikksjefen hevder det er nødvendig at legene skaffer seg jurisdiksjon over diagnostiserings og behandlingsansvaret for dobbeldiagnose- pasienter. En profesjon oppnår jurisdiksjon ved blant annet å få kontroll over den abstrakte kunnskapen som regulerer virksomheten på et gitt område, ”as medicine has recently seized alcoholism, mental illness, hyperactivity in children, obesity, and numerous other things” (ibid.: 8). Dersom en følger Abbott sitt argument, kan man føye til dobbeldiagnoser (rus-psykiatri) på denne listen. Pasienter med en slik lidelse *må* behandles av leger, for det er legene som sitter på den vitenskaplig baserte kunnskapen som er nødvendig. I følge Ole Berg (1987) er dette en sentral dynamikk i det han betegner ”medisinens logikk”. Legene har over tid utvidet sitt nedslagsfelt slik at det omfatter stadig nye lidelser og muligheter for intervensjon. Denne prosessen har vist seg svært kraftfull. Årsaken ligger i at det reduksjonistiske perspektivet i medisinen utgjør ”et ’uendelig’ program om ’av-sløring’” (ibid.: 12-13). Fagutvikling får dermed en egen dynamikk: En stadig avsløring av nye intervensjonsmuligheter basert på ny kunnskap.

Dersom en forener Abbott (1988) og Berg (1987) sitt perspektiv i analysen av klinikksjefens argument, fremstår dobbeldiagnoser som en komplisert problematikk, som nødvendiggjør abstrakt kunnskap, og denne er det først og fremst legene som besitter. Klinikksjefens henvisning til det *nødvendige* kan dermed ses som en ”jurisdictional claim” (Abbott 1988, se særlig kap. 3).⁴³ Studier av helseprofesjonenes utvikling i Norge viser at legene generelt har vært dyktige til å skaffe seg jurisdiksjon over ulike diagnoser og lidelser. Denne prosessen har

⁴² En annen klinikksjef argumenterer på liknende måte når han begrunner behovet for flere leger: ”selv om du kan klare å drive en institusjon, det daglige tilbudet, med relativt liten legetjeneste, så klarer man ikke samhandlingen med det øvrige helsevesenet uten leger” (1.6: 10). Bedre samarbeid *nødvendiggjør* flere leger.

⁴³ Dette gjelder ikke kun i forhold til dobbeldiagnose- problematikken. Flere av klinikksjefene påpeker på liknende måte at økt trykk på utrednings- og kartleggingsvirksomhet *nødvendiggjør* flere leger (og til en viss grad psykologer), ettersom det er kun slike profesjoner som er sertifisert til å diagnostisere.

foregått internt i medisinenes kjerneområde, ved spesialisering og subspecialisering (Berg 1987), men også eksternt, i det Erichsen kaller ”helsevesenets randsoner” (1996: 28-32). Når legene ønsker jurisdiksjon over blant annet dobbeldiagnosepasienter, kan dette ses på som en utvidelse av medisinenes nedslagsfelt i randsonene, ettersom rusbehandling ikke hører inn under det tradisjonelle biomedisinske kjerneområdet. Legenes ”jurisdiksjonskrav” over dobbeldiagnosepasienter kan ses som et ledd i en medikaliseringsprosess på rusfeltet.

Det andre elementet som trekkes frem av klinikksjefene, dreier seg om fagliggjøring. I denne prosessen har de helsefaglige profesjonene en viktig en oppgave:

Og så tror jeg at jo mer medisinsk faglig og jo mer sånn evidens faglige folk (ler lett) som kommer fra universitetet, altså fra psykologistudier og medisinstudier og selvfølgelig videreutdanning innenfor sykepleie, og de som blir litt mer bevisste, så vil de på en måte også snu disse organisasjonene, de vil på en måte ikke finne seg i å komme inn i organisasjoner hvor den gamle ballasten fortsatt er med (Klinikksjef 1.5: 9).

Flere ”evidens faglige folk” – leger, psykologer, og sykepleiere – vil i følge informantene endre organisasjonene, i kraft av å være profesjonsutøvere. Særlig vektlegges utdanningsfaktoren: De helsefaglige profesjonsutdanningene sikrer at utøverne av yrkene nærmer seg problemer på en vitenskaplig måte, de baserer seg på ”evidens”. Med dette (vitenskaplige) grunnlaget vil de endre organisasjonene fra innsiden, og etter hvert vil de rustiltakene som enda baserer seg på ideologi og livssyn, enten ”måtte endre seg på det ideologigodset sitt, eller så blir det over og ut”(1.5: 9). De helsefaglige profesjonene tilskrives en rolle som agenter for endring, mot en mer faglig og vitenskaplig rusbehandling. Et slikt syn kommer til uttrykk hos flere av klinikksjefene. En av legene forteller at det er en bevisst strategi fra klinikkledelsens side å styrke det medisinskfaglige fokuset. Dette har sammenheng med rusreformen, men også at ”det er noen nyere leger som har tenkt litt annerledes og som er pådrivere til det” (1.1: 5). Legene ses også her som det jeg vil kalle *endringsagenter*.

Synet på legeprofesjonen drøftes av Montgomery (2006). Hun argumenterer for at medisin ikke er en vitenskaplig disiplin, men at den heller kan karakteriseres som en erfaringsbasert og fortolkende praksis, hvor klinisk skjønn står sentralt (clinical judgment) (ibid.: 3-10). Legene legitimerer seg derimot som utøvere av en rasjonell (og positivistisk) vitenskap. Montgomery (2006) fremhever hvordan denne forståelsen er blitt svært utbredt, både for leger, pasienter og i samfunnet generelt. Klinikksjefene i mitt materiale ser ut til å vurdere legeprofesjonen på en slik måte. Dermed fremstår med nødvendighet også andre profesjoner som *mindre*

vitenskapelige. For å oppnå en mer faglig og vitenskaplig rusbehandling, er leger et viktig virkemiddel.

6.2.1. Øvrig spesialisthelsetjeneste som ideal?

Behovet for flere leger begrunnes altså på to ulike måter, men med likt utgangspunkt: For det første *nødvendig* gjør nye ruspolitiske prioriteringer (f.eks. dobbeldiagnosespasienter, kartlegging) flere leger. For det andre vil legene tilføre behandlingsinstitusjonene en *nødvendig* faglig tyngde. I tillegg er det mulig å identifisere en alternativ begrunnelse hos informantene: Et ønske om at rushelsetjenesten skal bli mer lik på øvrig spesialisthelsetjeneste. To sitater fra en klinikkssjef illustrer dette. Det første dreier seg om forventede effekter av økt legedekning:

Det må en bevisst satsing til hvis det skal skje, men det vil løfte rusfeltet, løfte det inn på ordentlig, for å si det sånn, inn i helsevesenet for øvrig (Klinikkssjef 1.6: 9).

Informanten bruker uttrykket ”løfte det inn på ordentlig”. Det indikerer at flere leger ses på som den aller viktigste forutsetningen for at rusbehandling skal bli en *reell helsetjeneste*. Den samme klinikkssjefen presiserer argumentet sitt slik:

Med mer leger inn i dette, så vil det normaliseres, eller kunne harmoniseres med det øvrige [helsevesenet] (Klinikkssjef 1.6: 10).

Normalisering og *harmonisering* er begrepene som brukes for å beskrive hva som vil skje dersom man får rekruttert flere leger. Begrepene er positivt ladet; informanten ønsker en ”normalisering” med øvrig helsetjeneste. For å oppnå dette er det avgjørende med flere leger. Men hva er det klinikkssjefene ønsker å oppnå ved å bli likere øvrig helsetjeneste? Hvordan kan dette forklares?

I følge DiMaggio og Powell (1983) er profesjonalisering en viktig årsak til at organisasjoner blir likere hverandre (normativ isomorfi). På tross av at profesjonene har en tett kopling med staten, mener DiMaggio og Powell at de ofte utøver en selvstendig innflytelse på isomorfiske prosesser i ulike felt.⁴⁴ Bakgrunnen er at utøvere av en profesjon har relativt lik utdanning og grunnkompetanse, og er medlemmer av profesjonelle nettverk på tvers av organisasjoner og felt. Selv om ikke leger blir omtalt spesifikt hos DiMaggio og Powell, er legeprofesjonen

⁴⁴ DiMaggio og Powell legger svært stor vekt på koplingen mellom staten og profesjonene. De hevder at årsakene til byråkratisering og rasjonalisering har endret seg siden Weber skrev sine teorier. DiMaggio og Powell regner staten og profesjonene som ”the great rationalizers of the second half of the twentieth century” (1983: 147).

nettopp slik at den formelle utdannelsen er relativt lik, og profesjonelle nettverkt er utbredt.⁴⁵ I et slikt perspektiv vil man anta at legene gjør organisasjoner likere hverandre, fordi de stort sett kan det samme (utdanning), holder seg oppdatert på samme måte (profesjonelle nettverk), og fordi de er mobile ("kosmopolitter"). Slike prosesser er derimot ikke *intenderte*, i perspektivet til DiMaggio og Powell er normativ isomorfi en *konsekvens* av profesjonalisering. Dette er prosesser som kan være vanskelige å måle i intervjubaserte undersøkelser. Men uttalelser fra flere av klinikkjefene indikerer at legene spesielt, og de helsefaglige profesjonene generelt, har gjort rusbehandlingen mer lik øvrig spesialisthelsetjeneste. En klinikkjef beskriver utviklingen slik: "Vi ser jo det at vi har en stadig økende interesse for at leger søker seg inn til oss, vi er mer somatisk dreid i tenkningen våres, vi er blitt flinkere til å diagnostisere, altså alle de tingene der, har skjedd" (1.3: 7). At klinikerne er blitt mer somatisk dreid settes i sammenheng med både økt legeinteresse og en bedring av diagnostiseringsarbeidet.

Det tydeligste trekket i materialet er imidlertid at isomorfien fremstår som ønsket blant klinikkjefene. Det er nærliggende å forklare dette med modellerings- og differensieringsprosessene som ble drøftet i forrige kapittel (Røvik 1998). Å fremstå som en faglig spesialisthelsetjeneste, og å markere grenser opp mot "særomsorg-" stemplet, er sentrale mål i seg selv. Flere leger er et virkemiddel som oppfyller begge målsetningene.⁴⁶ De ses på som endringsagenter som vil "snu disse organisasjonene [...] hvor den gamle ballasten fortsatt er med", og "løfte det [rusfeltet] inn på ordentlig".

To hovedposisjoner kan utledes fra drøftingen så langt: Leger er viktige "verktøy" for å behandle dobbeldiagnosepasienter; bedre samarbeidet; for å gjøre feltet mer faglig, og leger er viktig "symbol" for å fremstå som en faglig spesialisthelsetjeneste.⁴⁷ I det følgende vil jeg

⁴⁵ Ved å bruke Gouldner sitt begrep om latente organisatoriske identiteter, kan leger falle inn under karakteristikkene *kosmopolitter*; de har gjerne lav lojalitet til ansettelsesorganisasjonen, stor grad av dedikasjon til profesjonelle ferdigheter, og stor sannsynlighet for å konsultere eksterne referansegrupper (1957: 290)

⁴⁶ En formulering hentet fra innbydelsen til Leangkollseminaret i 2006 kan underbygge dette argumentet: "Etter rusreformen 2004 og rusbehandlingenes innlemmelse i de Regionale Helseforetak, er det nødvendig med en holdningsendring i forhold til å framtre som en spesialisthelsetjeneste" (min kursivering). Mens det på konferansen først og fremst ble diskutert hvordan bedre diagnostiseringsarbeid vil bidra til dette, mener klinikkjefene i utvalget mitt at en styrking av de helsefaglige profesjonene generelt, og legeprofesjonen spesielt, er et viktig middel for å framstå som en spesialisert tjeneste.

⁴⁷ Verktøy og symbol metaforene er utviklet av Røvik (1998) for å beskrive henholdsvis rasjonelle og institusjonelle organisasjonsteoretiske perspektiv. Han viser hvordan perspektivene står nærmest i konstant opposisjon til hverandre i organisasjonsteorien. I verktøy tilnærmingene "stoler man på" aktørene når de argumenterer for at nye måter å organisere på er nødvendig. I symbol tilnærmingene "stoler man ikke" på aktørene; argumentasjonen ses som rituell legitimitetssøkende, etterlignende etc. Jeg mener at Boltanski og

drøfte forholdet mellom disse posisjonene ved å se nærmere på klinikkjefenes rettferdiggjørende argumentasjon. Hvilke verdsettingsprinsipp kan aktørenes vurderinger knyttes til, og hvilket er viktigst?

6.2.2. Klinikksjefenes rettferdiggjørende argumentasjon

Når klinikkjefene argumenterer for at flere leger er *nødvendig*, mobiliseres i stor grad det Boltanski og Thévenot kaller den industrielle verdiorden (2006: 203-211). Dette er konsistent med rettferdiggjøringene av de faglige vurderingene i kapittel 5.1.3. Det overordnede verdsettingsprinsippet er at flere leger vil gi en effektiv og mer vitenskaplig rusbehandling. Klinikksjefene legger vekt på legenes medisinske *kompetanse*, og aktiviserer dermed det industrielle kvalifiseringsgrunnlaget. Boltanski og Thévenot fremhever at profesjonelle kvalifikasjoner er sentralt for mennesker i den industrielle verdiorden: "This scale of qualification underlies a hierarchy of states of worth, a hierarchy marked by competencies and responsibilities" (2006: 206). Legene topper hierarkiet i forhold til både kompetanse og ansvar. At en økt legedekning skal få rushelsetjenesten til å fremstå som en mer vitenskapelig spesialisthelsetjeneste ("løfte det inn på ordentlig"), er imidlertid en henvisning til verdsettingsprinsippet i en annen verdiorden, opinionsordenen. Flere leger ses på som særlig viktig for å øke *anerkjennelsen* til rushelsetjenesten. Slik sett mobiliseres både den industrielle verdiorden og opinionsordenen for å rettferdiggjøre behovet for flere leger. Men hvilket verdsettingsprinsipp er det mest sentrale: Hensynet til en god og effektiv rushelsetjeneste ("verktøy"), eller ønsket om å fremstå som en fullverdig spesialisthelsetjeneste ("symbol")? På samme måte som i forrige kapittel kan man undersøke *begrunnelseslogikken* (Andersen 2007) for å avklare dette forholdet.

Argumentasjonen til flere av klinikkjefene tyder på at øvrig spesialisthelsetjeneste ses på som et slags ideal. Ved å bli likere øvrig spesialisthelsetjeneste, vil også de positive trekkene ved somatikken og psykiatrien gjelde for rushelsetjenesten. Slik sett er ønsket om anerkjennelse et aktuelt verdsettingsprinsipp. Men dette ønsket må imidlertid først og fremst forstås i lys av verdsettingsprinsippet i den industrielle verdiorden: Rusbehandlingen vil bli bedre, mer effektiv, og mer vitenskaplig, ved at rushelsetjenesten blir likere helsetjenesten for øvrig (f.eks. i forhold til profesjonssammensetning). Mobilisering av den industrielle verdiorden utgjør derfor begrunnelseslogikken når klinikkjefene rettferdiggjør ønsket om

Thévenot sitt perspektiv kan fungere som en "brobygger" i institusjonelle analyser, fordi det tar utgangspunkt i aktørenes rettferdiggjøringsarbeid og viser hvilket verdsettingsprinsipp som *er mest legitimt* i en gitt situasjon.

flere leger. At de også mobiliserer opinionsordenen, kan tyde på at hensynet til god og effektiv rusbehandling er nødvendig, men ikke tilstrekkelig, for å rettferdiggjøre argumentene. Klinikksjefenes ønske om å fremstå som en fullverdig spesialisthelsetjeneste, og med det fjerne seg fra den lave statusen som en ”særomsorg”, er dermed underordnet, *men like fullt vesentlig*.

”Harmoniseringen” med øvrig helsevesen oppfyller slik sett to formål: Ved å bli likere øvrig spesialisthelsetjeneste oppnår man for det første bedre, mer effektiv og vitenskaplig rusbehandling (industriell verdiorden), og for det andre en høyere status og anerkjennelse (opinionsorden). Å rekruttere flere leger til rushelsetjenesten ses på som den aller viktigste faktoren for å nå disse målene. I en situasjon hvor den industrielle verdiorden inngår i et kompromiss med opinionsordenen, vektlegger Boltanski og Thévenot nettopp hvordan verdsette egenskaper og subjekter ved den industrielle verdiorden, som profesjonell kapasitet og eksperter, er effektivt for å sikre og opprettholde anerkjennelse (ibid.: 324).

En nyinstitusjonell tilnærming til problemstillinger av denne typen, evner i liten grad å forklare det som fremstår som det mest sentrale for klinikksjefene, nemlig at det å likne mer på øvrig spesialisthelsetjeneste innebærer en kvalitetsforbedring av rusbehandlingen. I et nyinstitusjonelt perspektiv ville en slik begrunnelseslogikk først og fremst blitt sett på som uttrykk for imitasjons- og differensieringsstrategier (DiMaggio og Powell 1983; Røvik 1998). Tilnærmingen til Boltanski og Thévenot (1999, 2006) fanger i større grad opp hvordan hensynet til *både* anerkjennelse (opinion) *og* bedre og mer effektiv rusbehandling (industri), ligger til grunn for klinikksjefenes vurderinger. Perspektivet kan dermed kompensere for den mangel på kritisk kompetanse som det nyinstitusjonelle perspektivet tilskriver aktørene.

6.3. ”Det er ikke slik at om legene kommer på banen så blir ting bedre”

Legenes rolle på rusfeltet er omstridt. Dette har en nær sammenheng med de sterke sosialfaglige tradisjonene i rusbehandlingen (se kap. 3 og 5). Når det i økende grad ansettes og etterspørres leger, oppstår reaksjoner fra de sosialfaglige miljøene på feltet. Slike spenninger er også til stede i denne regionen. En av legene beskriver det slik:

Og for all del, altså den sosialfaglige delen av rusfeltet er jo livredd for at medisinene skal komme i overtall. Og at alt skal bli legestyrt. Det er jo den, det er jo den angsten som ligger der (Klinikksjef 1.1: 4-5).

På tross av at legen er ansatt i en klinikk med store helsefaglige miljøer, erkjenner han at det ikke er uproblematisk for de sosialfaglige miljøene at det nå kommer flere leger inn i behandlingsinstitusjonene. Frykten går på at ”alt skal bli legestyrt”, og at de sosialfaglige behandlingsformene blir nedprioritert som en følge av dette. I intervjuene rettet kritikken av denne utviklingen seg mot særlig to forhold, som med to fellesbetegnelser kan kalles for ”medisinsk hegemoni” og ”medisinsk autoritet”. Jeg vil vise hvem denne kritikken kommer fra, hvordan den kommer til uttrykk, og hvilke rettferdiggjøringer den hviler på.

I utvalget mitt av klinikkssjefer, finnes kun en psykolog. Vedkommende er også den eneste av klinikkssjefene som er kritisk til legenes inntog på rusfeltet.⁴⁸ Kritikken han fremmer er dermed ikke representativ for utvalget mitt. Jeg velger likevel å legge vekt på psykologens kritikk, fordi den illustrerer en kritisk posisjon som er relativt tydelig på rusfeltet.⁴⁹

Ja altså, det er jo det som blir den store utfordringa tror jeg fremover, det er at en ikke kaster barnet ut med badevannet. Det er så tilforlatelig, sant at en, at en bruker prosedyrer og tenkning som ligger i psykisk helsevern eller i somatikk, sånn at en lett da kan miste det tverrfaglige perspektivet. Fordi at, rus er *mye, mye mer* enn en kjemisk avhengighet oppe i hodet, det er det og, men det er mye mer. Det handler om en måte å håndtere livet på, og det har veldig lite med medisin, og veldig mye med det sosiale, med den sosiale biten å gjøre. Og vi må passe oss nå, for det er alltid sånn at pendelen svinger den ene og andre veien, og nå må vi passe oss sånn at ikke hele den sosialkompetansen som sitter på ulike sosialkontor og blant behandlere i rusfeltet, forsvinner ut altså. Det er ikke slik at om legene kommer på banen så blir ting bedre, det er det ikke altså (Klinikkssjef 1.3: 7).

Informanten skiller mellom en medisinsk forståelse og en sosial forståelse av rusproblematikk. Den medisinske dreier seg om ”kjemisk avhengighet oppe i hodet”, mens den sosiale dreier seg om ”en måte å håndtere livet på”. Psykologen mener rusbehandling dreier seg mest om det siste, og mindre om det første. Kritikken rettes mot det teoretiske grunnlaget, kunnskapen som ligger til grunn for legeprofesjonen. Frykten baserer seg på at verdsettingen av den medisinske fagkunnskapen, og rekrutteringen av leger, skal føre til en

⁴⁸ Ettersom jeg kun har en psykolog i utvalget, har jeg ikke mulighet til å si om vedkommende er en *representativ* psykolog. Samtaler, diskusjoner og foredrag med psykologer under Leangkoll seminaret, indikerer imidlertid at kritikken sannsynligvis har en sammenheng med profesjonstilhørighet. Psykologene på rusfeltet virker å være mer sosialfaglig enn medisinsk orientert. Se for øvrig Hernes (1996) om psykologiens historiske jurisdiksjonskonflikter med pedagogene på den ene siden (sosialfagene) og psykiaterne på den andre (medisinen).

⁴⁹ Feltarbeidet under Leangkoll seminaret i 2006, uttalelser fra klinikkssjefer og rådgivere i helseforetak, diskusjoner i ulike fagtidsskrift og på nettsteder i forbindelse med vedtaket av rusreformen, støtter dette inntrykket. Tittelen på Leangkoll seminaret indikerer på en god måte spenningen mellom de medisinske og sosiale miljøene på rusfeltet: ”F-ordet: Diagnoser i rusfeltet”. Diagnoser blir her karakterisert som et ”Fy” ord, og spiller på spenningen mellom to kunnskapsformer. For et annet eksempel, se kronikken ”De hvite frakkers reform” (Aftenposten 10.07.06). Se ellers kap. 4 for metodologiske drøftinger rundt representativitet.

nedprioritering av den sosialfaglige kompetansen. I motsetning til hva de andre klinikksjefene mener, hevder psykologen at rusbehandlingen ikke blir bedre selv om legene kommer på banen.

Også på et annet punkt skiller psykologens vurderinger seg fra flertallet av klinikksjefene; øvrig spesialisthelsetjeneste ses ikke som et ideal for utviklingen av rusfeltet. Han er kritisk til at man i større grad benytter ”prosedyrer og tenkning” som ligger i psykisk helsevern og somatikk. Et annet sted uttaler han at ”angsten min er det at vi nå blir så strømlinjeforma at vi blir, at vi ligner psykisk helsevern” (1.3: 3). Den ”strømlinjeforming” det henvises til, dreier seg blant annet om profesjonssammensetning. Psykologen ønsker ikke en legedominert profesjonssammensetning på rusfeltet, og er dermed kritisk til at rushelsetjenesten blir likere øvrig spesialisthelsetjeneste. Denne typen kritikk dukket også opp i evalueringen av rusreformen: ”mange frykter det de omtaler som den ’psykiatriske kulturen’ preget av lidelsesdiagnoser og medikalisering” (Lie og Nesvåg 2006: 119).

Sosialsjefene er også kritiske til legene. Men de observerer på en måte situasjonen fra utsiden, ettersom de ikke har sitt daglige virke i klinikkene. Deres kontakt med de tverrfaglige spesialiserte tjenestene for rusmiddelmissbrukere går i stor grad via vurderingsenhetene. Det er her de henviser sine klienter. Kritikken mot at legene blir flere og får en viktigere posisjon, rettes derfor først og fremst mot måten legene påvirker prioriteringssituasjonen etter reformen:

Mens vurderingsenheten er veldig prega av, av at her kommer det nye medisinske grupper inn, som har på en måte sin medisinske tilnærming, og har den klassiske sånn lege-på-toppen tilnærmingen, at du, på en måte, vi bestemmer og andre får rette seg etter det. Når legen har talt så er på en måte diskusjonen over. Og, ”når vi har sagt at kommunen må betale, så må bare kommunen ta fram lommeboka for sånn er det”. ”Og når vi har sagt at pasienten er ferdig behandla så er han ferdig behandla”. ”Om han ruser seg når han kommer tilbake igjen så er det kommunens og pasientens sitt problem, og ikke vårt” (Sosialsjef 3.3:14).

Informanten opplever at legene tar med seg den autoriteten som er forbundet med legeprofesjonen ellers i helsetjenestene, inn i vurderingsarbeidet i rushelsetjenesten. Dette bryter med hvordan vurderingsarbeidet fungerte tidligere, hvor sosialsjefene i større grad hadde mulighet til å påvirke, og hvor samarbeidet bar preg av likeverdighet. Kritikken mot hvordan legene påvirker vurderingsenhetene må også ses i sammenheng med den kritikken som sosialsjefene i forrige kapittel rettet mot nye ”medisinskfaglige terskler” i vurderingsarbeidet (kap. 5.2).

6.3.1. Rettferdiggjørende kritikk av legene

Kritikken mot legene kan karakteriseres som en kritikk mot ”medisinsk hegemoni”, og ”medisinsk autoritet”. Psykologen frykter at flere leger vil føre til at de medisinske perspektivene fortrenger de sosiale perspektivene, og sosialsjefene frykter at flere leger vil bety at de klassiske profesjonshierarkiene, med ”lege-på-toppen tilnærmingen”, også får gjøre seg gjeldene på rusfeltet. Det er den sivile verdiorden som i stor grad mobiliseres med disse kritiske argumentene. Medisinsk hegemoni og autoritet bryter med kvalifiseringsgrunnlaget i den sivile verdiorden, som er likhet og solidaritet. Et fellestrekk ved både sosialsjefene og psykologens kritikk, er at den medisinske profesjon fremstår som en lite demokratisk profesjon. Demokratiske prosesser og egenskaper er nettopp verdsatte egenskaper i den sivile verdiorden (Boltanski og Thévenot 2006: 192-193). Psykologen kritiserer også den medisinske kunnskapens reduksjonisme (”rus er mye mer [...] enn en kjemisk avhengighet oppe i hodet”). Boltanski og Thévenot antyder at en industriell forståelse av kunnskap kan kritiseres fra den sivile verdiorden, ved at den henviser til ”’knowledge cut off from life’ and of ’experts bringing information’” (2006: 261). Uttalelsen om at ”det handler om en måte å håndtere livet på, og det har veldig lite med medisin, og veldig mye med den sosiale biten å gjøre”, kan ses på nettopp som en slik kritikk forankret i den sivile verdiorden, hvor kunnskapen om rusproblematikk må ha en forankring i det sosiale (livet), og ikke ses som et isolert medisinsk problem. Psykologen ser også tegn til at rusfeltet beveger seg nærmere psykisk helsevern og somatikk, og mobiliserer den sivile verdiorden i kritikken av denne utviklingen. Psykisk helsevern ”har vært veldig pasientfiendtlig, [...] de har greid å kvitte seg med pasienter på en annen måte enn det vi har gjort” (1.3: 2). Et system som ”kvitter seg med pasienter” bryter med verdsettingsprinsippet om kollektiv velferd. Rettferdiggjøringer i den sivile verdiorden er et konsekvent trekk ved kritikken av legenes rolle på rusfeltet.

6.4. Endring og dominansdimensjonen

Rusreformen har ført til en markant økning i helsefaglige årsverk, inkludert leger (Lie og Nesvåg 2006). Men hvordan har synet på legene endret seg etter reformen? Og hvordan har rusreformen påvirket innflytelsen til legene? For å drøfte disse spørsmålene er det nødvendig å se synet på legene i sammenheng med synet på fagutvikling; de institusjonelle aktørene må ses i sammenheng med de institusjonelle logikkene.

Svanaug Fjær drøfter forholdet mellom fagutvikling og profesjonsutvikling på 60- og 70-tallet. Hun viser at sosialfaglige perspektiv (særlig sosialpedagogikken) ble det viktigste grunnlaget i rusbehandlingen fra 1960-tallet og utover. Dette førte samtidig til at pedagogene ble en dominerende faggruppe, både i Norge, Sverige og Danmark (1994: 176). Rusreformen har på tilsvarende måte ført til at medisinske perspektiv er blitt mer fremtredende (se kap. 5), og resultatet er en økt etterspørsel etter leger. En sammenlikning med hvordan økonomene ble en ny og viktig institusjonell aktør i det amerikanske helsevesenet kan være oppklarende: "Their orientation, once regarded as foreign and inapplicable to healthcare issues, becomes more salient" (Scott et al. 2000: 351). Det er en slik *type* endring jeg mener å observere på rusfeltet: I perioden preget av sosialfaglige perspektiver, ble ikke legenes medisinske tilnærming sett på som like ønskelig. Rusmiddelmissbruk ble i mindre grad sett på som et medisinsk problem, og i større grad som et sosialt problem. I perioden etter rusreformen ses legenes medisinske tilnærming i større grad som nødvendig. Den store etterspørselen etter leger fra klinisk hold, vitner om at rusmiddelmissbruk nå i økende grad ses som et medisinsk problem. Dette kan være uttrykk for en medikaliseringsprosess på rusfeltet, hvor medisinen flytter "sine randsoner utover" (Erichsen 1996: 29). En slik utvikling vitner om det nære forholdet mellom institusjonelle logikker (faglige perspektiv) og aktører (profesjoner).

I Scott et al. (2000) sin definisjon kan institusjonelle aktører være både skapere og bærere av de institusjonelle logikkene i et gitt felt. Analysen i dette kapitlet tyder på at legene kan ses på som bærere av den medisinske logikk, gjennom sin (etterspurte) medisinske kompetanse, og de kan ses som skapere av den medisinske logikk, ved å bli tilskrevet en viktig rolle som *endringssagenter*. Den medisinske logikk legger til rette for flere leger, og det forventes at legene vil styrke den ved å endre rushelsetjenesten i en mer faglig og vitenskapelig retning. Legene er viktige bærere og skapere av den dominerende institusjonelle logikken, *og legene fremstår som den dominerende institusjonelle aktøren på rusfeltet*.⁵⁰

Når psykologen og sosialsjefene er kritiske til økt legerekuttering, er de på samme tid kritiske til at de medisinske perspektivene blir mer dominerende. Grunnlaget for denne kritikken kan vi spore i den sosiale logikken, som sosialsjefene, men også til en viss grad psykologen, kan

⁵⁰ At legene får en mer innflytelsesrik rolle i rusbehandlingen, indikerer en noe annen utviklingen enn den man gjenfinner i mye av litteraturen om endring i autoritetsforhold i helsevesenet. Her påpekes det hvordan legenes innflytelse er redusert som en følge av nye ledere ("managers") og økonomer (se f.eks. Berg 1987, 2006; Byrkjeflot og Neby 2004; Torjesen 2008). Selv om denne studien foreslår at legenes innflytelse øker på rusfeltet, kan det like fullt være mulig at "foretakslogikken" vil utfordre "den profesjonelle logikken" (Torjesen 2008) også her, ettersom rusbehandlingen etter rusreformen er inkludert i helseforetaksstrukturen.

ses på som bærere og skapere av. Denne logikken er karakterisert som en sekundær institusjonell logikk på rusfeltet; de sosialfaglige perspektivene er mindre verdsatt enn de medisinske. De sosialfaglige profesjonene fremstår dermed som *mindre innflytelsesrike aktører etter rusreformen*.

6.5. Oppsummering

Dette kapitlet har vist hvordan legenes rolle på rusfeltet er omstridt. Et tydelig flertall blant klinikkjefene ønsker flere leger i rushelsetjenesten. Begrunnelsene dreier seg i hovedsak om to forhold: 1: Nye ruspolitiske satsinger (dobbeltdiagnosepasienter, bedre samarbeid, kartlegging) *nødvendigjør* flere leger. 2: Flere leger er nødvendig for at rushelsetjenesten skal fremstå som mer vitenskaplig, og dermed likere øvrig spesialisthelsetjeneste. Jeg har vist hvordan et nyinstitusjonelt perspektiv i liten grad kan forklare hvilke begrunnelser som for klinikkjefene er mest sentrale. Ved å studere informantenes rettferdiggjørende argumentasjon, fant jeg at hensynet til vitenskapelig og effektiv rusbehandling (industriell verdiorden) utgjør begrunnelseslogikken, mens ønsket om å oppnå høyere anerkjennelse (opinion) fremstår som et vesentlig, men ikke dominerende verdsetningsprinsipp.

Psykologen og sosialsjefene er kritiske til legenes rolle på rusfeltet. Begrunnelsen er at flere leger vil føre til ”medisinsk hegemoni” og en styrking av den ”medisinske autoriten”. Det er den sivile verdiorden som mobiliseres i kritikken. Hensynet til et rusfelt basert på likeverd og solidaritet fremstår som den sentrale rettferdiggjøringen i kritikken av medisinsk hegemoni og autoritet. I tabell 6.1 oppsummeres informantenes rettferdiggjøringer og viser hvordan de er forbundet med de institusjonelle logikkene på rusfeltet.

Tabell 6.1: Rettferdiggjørende vurderinger og kritikk av legenes rolle

Logikk	Den medisinske logikk		Den sosiale logikk
Verdiordener	Den industrielle	Opinionsordenen	Den sivile
Legitimering av flere leger	- Effektiv behandling, samhandling, og kartlegging	- Anerkjennelse - Å fremstå vitenskaplig	–
Kritikk av flere leger	–	–	- Medisinsk autoritet - Medisinsk hegemoni

Tabellen viser hvordan den rettferdiggjørende argumentasjonen bak ønsket om flere leger er knyttet opp til de medisinskfaglige perspektivene som inngår i den medisinske logikk.⁵¹ Tilsvarende viser tabellen hvordan kritikken av ”medisinsk autoritet” og ”medisinsk hegemoni” er forbundet med de sosialfaglige verdsettingene som utgjør den sosiale logikk. Det har videre blitt drøftet hvordan og hvorfor legene kan beskrives som den dominerende institusjonelle aktøren etter rusreformen. Legene er ingen ny aktør på rusfeltet, men som bærere og skapere av den dominerende medisinske logikken har de fått en større innflytelse etter rusreformen. Klinikksjefene tildeler legene en sentral rolle som endringsagenter for en vitenskapeliggjøring av rusfeltet. Kritikken mot denne utviklingen har en nær sammenheng med den sosiale logikken på rusfeltet.

⁵¹ Jeg mener ikke her at informantene *aktiviserer* en institusjonell logikk som et verdsettingsprinsipp. En slik forståelse er ikke kompatibel med Boltanski og Thévenot; modellen de har utviklet skal i prinsippet fange opp alle mulige måter å rettferdiggjøre en handling eller argument på. De institusjonelle logikkene er inkludert i tabellen for å illustrere hvordan synet på legenes inntog på rusfeltet er forbundet med to ulike faglige logikker, og særlig for å få frem *ulikhetene* mellom de to logikkene.

7. Myndighetsstrukturer på rusfeltet

De to forrige analysekapitlene har først og fremst sett nærmere på faglige problemstillinger. Temaet for dette kapitlet er rusreformens konsekvenser for organiseringen av tjenestene til rusmiddelmissbrukere. I drøftingen står forholdet mellom to ulike forvaltningsnivå sentralt: Hvordan har rusreformen endret forholdet mellom stat og kommune/ de spesialiserte tjenestene og sosialtjenesten? Hvordan har endringer i dette forholdet påvirket samarbeidet mellom nivåene? I evalueringen av ”Modellkommunprosjektet” i svensk rusbehandling, utviklet Wikström og Lindberg (2006) et begrepspar for å undersøke samarbeidsforhold mellom ulike nivå og etater. De skiller mellom grenseskapende og grenseoverskridende aktiviteter. Målsetningen for Modellkommunprosjektet er å skape rom for grenseoverskridende aktiviteter (samarbeid på tvers av nivå). Men mulighetene for å oppnå slike aktiviteter bestemmes delvis av hvordan organisasjonene på feltet setter sine grenser.

I dette kapitlet tar jeg utgangspunkt i dette begrepsparet. Jeg viser først hvordan informantene på spesialistnivået ønsker at grensene mellom de to nivåene skal gå, og ser dette i sammenheng med det lineære og ansvarsoppdelte systemet (Lie og Nesvåg 2006) som etter rusreformen foreligger mellom stat og kommune. Deretter viser jeg hvilke grenser informantene på det kommunale nivået ønsker. Ved å analysere rettferdiggjøringene som ligger til grunn for aktørenes vurderinger, trer tydelige forskjeller og uenigheter frem. Særlig tydelig kommer uenighetene til uttrykk i vurderingene av retningslinjene for prioritering som RHFene utarbeidet. Videre ser jeg nærmere på hvordan informantene vurderer samarbeidet på rusfeltet, og diskuterer hvilke betingelser for grenseoverskridende aktiviteter som foreligger etter rusreformen. Analysen av endringer *i forholdet* mellom de to nivåene, leder frem til en analyse av endring *i innflytelse*. Hvilket forvaltningsnivå har økt sin innflytelse på rusfeltet etter reformen?

7.1. Nye grenser mellom stat og kommune?

7.1.1. Vurderinger blant aktørene på spesialistnivået

Både klinikkjefer og representanter fra helseforetak tar til orde for tydeligere grenser mellom kommunens og spesialisthelsetjenestens ansvarsområder. En generell holdning ser ut til å være at spesialistnivået først og fremst skal drive med behandling, mens det kommunale nivået skal drive med omsorg. Skillene mellom omsorg og behandling må med andre ord

gjøres tydeligere. En av klinikkjefene mener rusreformen har bidratt til å tydeliggjøre grensene, men at det enda er et stykke igjen før man er i mål:

Det har jo ikke vært en utprega fagutvikling, altså fra et kommunalt eller sosialtjenestenivå, til en spesialisthelsetjeneste. Du kan si, hele skalaen var i bruk før rusreformen kom. Men rusreformen burde ha ført til at det spissa seg mer, *altså at man fikk en mer spesialisert tjeneste*, og ikke bare en videreføring av kommunale tjenester som, som ble gitt spesialisthelsetjeneste status. Så det har jo vært en del opprydning i det, men, det er nok nødvendig med ytterligere opprydning (Klinikkjef 1.4: 2, min utheving).

I følge denne klinikkjefen er det ønskelig at rusbehandling utvikler seg til å bli en mer spesialisert tjeneste. Ved å ”spisse” tjenestene på spesialistnivået, vil man tydeliggjøre grensene mot det kommunale nivået. Det innebærer at *rushelsetjenesten* bør bli mer helsefaglig, mens den kommunale *rusomsorgen* beholder sin sosialfaglige profil. Et slikt forhold mellom de to nivåene ”tror jeg er en god arbeidsdeling” (1.4: 4). En annen klinikkjef uttyper denne posisjonen:

Det er *masse* å gjøre tror jeg på rusfeltet hvis en får en klarere avgrensning, om hva, hva er et omsorgstilbud, og hva er et behandlingstilbud, og at kommunen satt i gang sitt omsorgstilbud. Der har vi masse å gå på altså (Klinikkjef 1.3: 12).

Rusreformen har ennå ikke ført til klar nok avgrensning, men informanten ser dette som en ønskelig utvikling fremover. En bedre ansvarsfordeling er imidlertid avhengig av at kommunene i større grad utvider sine omsorgstjenester. I en situasjon hvor 1) spesialisthelsetjenesten blir mer spesialisert, og 2) kommunene tar et større ansvar for å utvikle sine omsorgstilbud, vil potensialet for å utvikle tjenestene til rusmiddelmissbrukerne være best. Dette ser ut til å være en allmenn oppfatning blant klinikkjefene.

Representantene fra både det lokale og regionale helseforetaket deler i stor grad disse synspunktene på forholdet mellom de to forvaltningsnivåene. Det største problemet er imidlertid at kommunene ikke tar sin del av ansvaret for utviklingen av rusfeltet i regionen. Retningslinjene som RHFene utarbeidet for å sikre en mer ensrettet prioriteringspraksis, var motivert av å få kommunene til å ta mer ansvar:

Og hvilke utslag de vil få, på sikt, det vet vi jo ikke før vi prøver den ut. Men det som er ganske sikkert, det er jo at den *vil* kunne gi et noe økt press på kommunene, om at de går inn i de sakene hvor det er i stor grad omsorgsbehov (Rådgiver 2.2: 11).

I følge rådgiveren i det regionale helseforetaket er det ønskelig at en del av de tunge rusmiddelmissbrukerne i større grad bør få omsorgstilbud i kommunene, enn behandling i spesialisthelsetjenesten. Rådgiveren i det lokale helseforetaket deler denne vurderingen, og påpeker at retningslinjene ”er en måte å klargjøre grensene mellom spesialist og kommunale tjenester. Sant for om du er alvorlig syk så trenger du ikke komme på institusjon, det kan godt være du skal i kommunal bolig” (2.1: 18). Det er ønskelig at vurderingsenhetene får større mulighet til å vurdere om en pasient har behov for behandling i de spesialiserte tjenestene, eller omsorg i de kommunale tjenestene. Fordi kommunene til nå har tatt lite ansvar for å utvikle sine omsorgstjenester, foreligger det nå få alternativ dersom en pasient ikke får rett til nødvendig helsehjelp i spesialisthelsetjenesten. I praksis får dermed flere pasienter enn ønskelig behandling på det statlige nivået, og dette fører til lange ventelister og et økt press på spesialisthelsetjenesten.⁵²

På dette punktet har imidlertid klinikksjefene en ganske annen formening. De ønsker tydeligere grenser mellom stat og kommune, men de ønsker *ikke* at dette skal dreie seg om pasientsammensetning. Retningslinjene for prioritering, som rådgiverne i helseforetakene er positive til, tolkes av flertallet av klinikksjefene som om de tyngste rusmiddelmissbrukerne mister muligheten til å få rusbehandling:

Det siste som nå har komt, er jo retningslinjer for hvem som skal på en måte ha rettighet til behandling og hvem som ikke skal ha. Og de setter jo i grunnen en god del av de som før var ansett til å ha rett til behandling utafør. Og jeg er bekymra for at en skal knipe dette feltet inn slik at det skal bare bli for, de beste, for å si det på den måten. Sant, innenfor de rammene som nå er lagt, så kan det godt være at sånne såkalte gjengangere de blir skutt helt ut i mørket (Klinikksjef 1.2: 17-18).

En annen klinikksjef trekker frem at en nedprioritering av de tyngste brukerne bryter med en historisk etablert praksis innenfor rusfeltet:

De vil bli kvitt de derre bråkete, antisosiale, personlighetsforstyrta mennene som sitter i fengsel. Og så har de glemt at det er jobben våres. Det er de vi skal jobbe med. Det er rett og slett derfor vi hever lønna vår. Så det er et felt som forsøker å bli noe annet enn å ta de vanskeligste, men det *må* være vår arbeidsoppgave, det er derfor vi er spesialister! Altså enkle ting kan jo allmennfolk gjøre altså (Klinikksjef 1.3: 14-15).

⁵² Rådgiveren fra det regionale helseforetaket er generelt svært kritisk til hvordan det kommunale nivået har håndtert reformen: ”Men det hjelper ikke samme hvor mye vi gjør, hvis ikke apparatet i kommunen er der, og fungerer. Og, kommunene trakk seg vekk, og apparatet der ble bygga ned, og det er derfor jeg sier det, at hele rusreformen nå, holder på å stupe” (2.2: 12).

Prioriteringspraksisen som retningslinjene la opp til rokker ved en grunnleggende egenskap ved rusfeltet, nemlig omsorgen og behandlingen av de vanskeligste pasientene. Denne positive tilnærmingen til arbeidet med de tyngste understrekes av den samme klinikksjefen i starten av intervjuet, når han kontrasterer rusfeltet med praksisen i psykisk helsevern:

Og jeg synes at det har vært noe som har vært bra med feltet, vi har tatt de vanskeligste, vi har tatt de tyngste, vi har tatt de derre som ingen andre vil ta i egentlig (Klinikksjef 1.3: 2).

Klinikksjefene ønsker en tydeliggjøring av grenser mellom det statlige og kommunale nivået. De ønsker derimot ikke at grensene skal trekkes mellom ”de beste” og ”de tyngste” rusmiddelmissbrukerne. Kritikken mot retningslinjene er på mange måter en kritikk av helseforetakenes måte å markere grenser på.

På tross av uenighet mellom klinikksjefer og rådgivere i helseforetakene når det gjelder retningslinjene, er de enige om at tydeligere grenser mellom de to nivåene er ønskelig. Særlig legges det vekt på innholdet i tjenestene: Det statlige nivået bør bli mer spesialisert og drive med behandling, mens det kommunale nivået bør utvikle sine omsorgstjenester. I så måte er rusreformen en ønskelig reform, fordi den oppfordrer til og legger til rette for, tydeligere *grensedragninger*⁵³ mellom de to nivåenes ansvarsområder (Wikström og Lindberg 2006).

7.1.2. Det lineære og ansvarsoppdelte systemet

Det forholdet som aktørene på spesialistnivået ønsker å tydeliggjøre, er det samme forholdet mellom stat og kommune som eksisterer ellers i helsevesenet. Dette systemet kan beskrives som lineært og ansvarsoppdelt, og består av at de spesialiserte tjenestene har et avgrenset ansvar i en avgrenset periode, mens primærhelsetjenesten har det generelle og helhetlige ansvaret. I forhold til DiMaggio og Powell (1983) sin typologi, ser tvingende isomorfi ut til å være beskrivende for denne utviklingen. At organisasjoner blir formelt likere hverandre kan skyldes *tvingende* press fra omgivelser, ofte ved lovendringer og andre krav fra myndigheter

⁵³ Grensedragninger må ikke her forstås som symbolske grenser (”symbolic boundaries”) i betydningen Lamont (1994) legger til grunn. Grensebegrepet benyttes i denne studien først og fremst *materielt*. Formålet med begrepet er å klargjøre hva informantene mener bør være det statlige og kommunale nivåets oppgaver, ansvar og karakteristikk. Imidlertid kan klinikksjefenes argumentasjon for å skille tydeligere mellom en mer medisinsk og ”spisset” spesialisttjeneste og en sosialfaglig kommunal sosialtjeneste tolkes som et forsøk på å ”materialisere” symbolske og faglige grenser (se Lamont og Molnár 2002 for en diskusjon om sammenhengen mellom symbolske og sosiale grenser). En slik anvendelse av grensedragningsbegrepet er imidlertid ikke tema for denne studien.

(ibid.: 150-151). I et slikt perspektiv er det lineære og ansvarsoppdelte systemet innført på grunn av myndighetenes krav (rusreformen og nytt lovverk), og resultatet er blitt at rusbehandlingen også på dette området organiseres likere øvrig helsevesen. En slik tilnærming ser ut til å ha stor forklaringskraft. Reformen førte til at rusfeltet ble innlemmet *i den allerede eksisterende helseforetaksstrukturen*. De regionale helseforetakene utviklet i liten grad nye organisasjonsformer eller strukturer, og de eksisterende lovene for helsetjenestene ble med små endringer gjort gjeldende også for rusbehandlingen (Helsedepartementet 2004a). At forholdet mellom stat og kommune også på rusfeltet blir mer lineært og ansvarsoppdelt, kan dermed forklares med (den lovpålagte) integrasjonen i helseforetaksstrukturen. Tilsvarende er det også forståelig at rusbehandlingen blir mer ”spisset” og helsefaglig, ettersom dette er kjennetegn ved øvrig spesialisthelsetjeneste. En slik forklaring kan også sies å gjelde for retningslinjene for prioriteringer som de regionale helseforetakene utarbeidet. Rådgiveren i det regionale helseforetaket understreker at slike retningslinjer for prioritering finnes både i somatikken og psykiatrien, og siden rusbehandling er blitt en spesialisert tjeneste er det naturlig at retningslinjer som presiserer hvilke pasienter som skal prioriteres også innføres her.

Rusreformen har ført til at forholdet mellom stat og kommune nå organiseres mer eller mindre likt som i helsevesenet for øvrig. Dette kan ses som utslag av tvingende isomorfi (DiMaggio og Powell 1983). Imidlertid må ikke tvingende her forstås for bokstavelig; analysen i dette kapitlet har vist at det er et slikt forhold som aktørene på det statlige nivået også ønsker.

7.1.3. Vurderinger blant aktørene på kommunalt nivå

Holdningen til tydeligere grenser mellom de to nivåene deles ikke av aktørene i sosialtjenesten. Flere av informantene reagerer nettopp på hvordan rusreformen har endret forholdet mellom stat og kommune:

Man kan jo i alle fall frykte at det er det som skjer. At den tverrfaglige spesialiserte tjenesten, blir veldig spesialisert, i den forstand at de ser at de bare skal ha en avgrensa, veldig avgrensa oppgave, og at de på en måte og krever av pasienten for eksempel et visst kognitivt nivå (ler lett), for å nyttiggjøre seg den behandlingen, sant, og så kaller man alle de andre kronikere, og så får de ikke spesialiserte tjenester, ikke sant? (Rådgiver 3.2: 14-15, min kommentar i parentes).

Rådgiveren er skeptisk til at spesialisttjenesten får en mer og mer avgrenset oppgave. Særlig frykter sosialsjefen at et slikt system innebærer at de spesialiserte tjenestene blir forbeholdt de

”friskeste” pasientene, mens de tyngste brukerne, ”kronikere”, kun sitter igjen med et kommunalt tilbud.

I kapittel 5 rapporterte sosialsjefene om ”medisinskfaglige terskler” som støter ut de tyngste brukerne. Dette fører til at saksbehandlere og ruskonsulenter på sosialkontorene må arbeide på en annen måte. De må jobbe mye hardere for å få sine brukere inn i behandlingsinstitusjonene i spesialisthelsetjenesten. I følge en av informantene har dette noen bestemte konsekvenser:

Altså tersklene der blir mer og mer rettighetsorientert, og vi ser at rettighetstersklene øker, særlig for være brukere da. *Sånn at, jeg tror nok at, konfliktnivået mellom første- og andrelinjetjenesten er, vil jeg nesten si, på vei oppover altså*, at vi ser at vi må, vi må drive sakene mye hardere for å få de inn i behandlingsapparatet, våre brukere (Sosialsjef 3.3: 4, min utheving).

Vurderingene som danner bakgrunnen for inntak til spesialisthelsetjenesten gjør det altså vanskeligere for sosialtjenestens brukere å få behandling. Han mener spesialisthelsetjenesten er blitt mer orientert mot pasienter som kan nyttiggjøre seg behandling. Dette rammer sosialtjenestens brukere, som i økende grad er ”tunge” rusmiddelmisbrukere med sammensatte problem. Denne situasjonen eksemplifiseres når sosialsjefen henviser til hvordan retningslinjene presiserte nyttekriteriet:

I: ’Høy grad av nytte’, tror du de derre gamle, førtiårige sprøytenarkomane folka mine med, med to personlighetsforstyrrelser og, og null arbeidserfaring, noen gang kommer til å tilby hjelpeapparatet høy grad av nytte?!

M: Nei.

I: Nei. Men trenger de hjelp? Altså de holder på å dø to ganger i uka, de folka der (Sosialsjef 3.3: 9).

Sitatet er illustrerende for sosialsjefenes frustrasjon. Deres brukere representerer en problematikk som i liten grad vil gi behandlingsinstitusjonene resultater. Sosialsjefene ser tendenser til at spesialistnivået øker tersklene for nettopp den type brukere som er overrepresentert på det kommunale nivået. Den generelle formeningen er at det blir vanskeligere å få de tyngste brukerne inn i behandlingsinstitusjonene på grunn av spesialistnivåets grensedragninger etter rusreformen. Sosialsjefen hevder konfliktnivået mellom nivåene er på vei oppover, fordi det er uenighet om hvilke pasienter som bør få behandling.

Den frykten for, og opplevelsen av et tydeligere skille mellom de to nivåene, er i stor grad det skillet som rusreformen la opp til, og som aktørene på spesialistnivået *ønsker*. Mens

klinikkjefene vil ha en mer spesialisert, medisinsk og ”spisset” behandlingstjeneste, er sosialsjefene mer opptatt av at behandlingseksperisen kommer brukerne til gode i hverdagslivet, ”på brukerens arena” (3.2: 19). De brukernære perspektivene som sosialsjefene ønsker skal prege tjenestene i større grad, vanskeliggjøres i en situasjon hvor rushelsetjenesten avgrensner sitt ansvar og blir mer spesialisert. Uenigheten om grensene mellom statlig og kommunalt nivå dreier seg derfor om både ansvar, faglig innhold, og pasientsammensetning.

7.1.4. Grensesettende aktiviteter og rettfærdiggjørende kritikk

Hoveduenigheten om ansvarsforholdene etter rusreformen, dreier seg om to kritiske ytringer. Aktørene på spesialistnivået kritiserer sosialtjenesten for å ikke ta nok ansvar, mens aktørene i sosialtjenesten kritiserer spesialisthelsetjenesten for måten de begrenser sitt ansvar på. Men det er også uenighet innad i spesialisttjenesten, mellom klinikkjefene og rådgiverne i helseforetakene, i spørsmål knyttet til pasientsammensetning. Hvilke verdiordener mobiliseres for å rettfærdiggjøre kritikken?

Kritikken fra rådgiverne i det regionale og lokale helseforetaket foregår ved å mobilisere den industrielle verdiorden (Boltanski og Thévenot 2006: 203-211). Mangel på kommunalt ansvar for å bygge ut omsorgstilbudet i regionen, fører til ineffektive tjenester. Presset på spesialistnivået blir unødvendig stort, og man ender opp med å behandle pasienter som kanskje heller burde fått omsorgstjenester på det kommunale nivået. I den industrielle verdiorden inngår effektivitet som et fremtredende verdsettingsprinsipp, og det er ved å henvise til effektive tjenester at kritikken mot det kommunale nivået rettfærdiggjøres: ”The ordering of the industrial world is based on the *efficiency* of beings, their *performance*, their *productivity*, and their *capacity* to ensure *normal operations* and to respond usefully to *needs*” (Boltanski og Thévenot 2006: 204). Det er på en slik bakgrunn at rådgiverne fra helseforetakene ønsker tydeligere grenser mellom de to nivåene: Det vil føre til mer effektive tjenester, økt kapasitet i spesialisthelsetjenesten, og det vil bli større mulighet til å svare på rusmiddelmissbrukeres behov for behandling (for eksempel antar man at ventelistene vil gå ned dersom kommunene tar større ansvar for rusmiddelmissbrukere som først og fremst trenger omsorgstjenester).

Et langt stykke på vei er dette en rettfærdiggjørende argumentasjon man også kan finne hos klinikkjefene. Et system hvor rusbehandlingen blir mer spesialisert og kommunen tar større

ansvar er den beste måten å skape mer effektive tjenester på (*industriell*). Men kritikken mot retningslinjene for prioritering er en tydelig *sivil* kritikk: Grensene mellom nivåene må ikke settes på en måte som går ut over de tyngste rusmiddelmissbrukerne. Dette er en henvisning til kvalifiseringsprinsippet i den sivile verdiorden, hvor likhet og solidaritet er sentralt (Boltanski og Thévenot 185-193). Dette innebærer et kompromiss mellom to ulike, og til dels motstridende, verdiordener: den industrielle og sivile. På den ene siden ønsker klinikksjefene at forholdet mellom stat og kommune organiseres på samme måte som i det øvrige helsevesenet, og det medfører tydeligere grenser (industri), men på den andre siden ønsker de ikke en prioriteringspraksis som bryter med rusfeltets tradisjon for å først og fremst ta seg av de mest marginaliserte rusmiddelmissbrukerne (sivil). Klinikksjefene ”arbeider” for å opprettholde kompromisset ved å insistere på at både industrielle og sivile verdsettinger skal gjelde i situasjonen. Det er likevel mye som tyder på at de sivile verdsettingene i dette tilfellet utgjør *begrunnelseslogikken* (Andersen 2007). En mer spesialisert og effektiv tjeneste er kun legitim så lenge den ikke går på bekostning av behandlingen av de tyngste rusmiddelmissbrukerne.

Det er ikke slik at aktørene på det kommunale nivået er motstandere av effektive tjenester. Allikevel er det ikke den industrielle verdiorden som mobiliseres når de rettfærdiggjør sin kritikk mot spesialisthelsetjenesten, det er også her den sivile verdiorden (Boltanski og Thévenot 2006: 185-193). Det er hensynet til de svakeste og tyngste rusmiddelmissbrukerne, den kollektive og solidariske velferden, som veier tyngst. Særlig tydelig er denne rettfærdiggjøringen når det gjelder de nye grensedragningene mellom de to nivåene: Når spesialisthelsetjenesten blir mer spesialisert, og grensene mellom stat og kommune blir likere praksisen i helsevesenet for øvrig, så blir konsekvensene større for de mest vanskeligstilte brukerne. Årsaken er at man i helsevesenet for øvrig finner effektivitetshensyn og forventninger til resultater av behandling, som i liten grad er forenlig med ”de gamle, førtiårige sprøytenarkomane folka mine med, med to personlighetsforstyrrelser og, og null arbeidserfaring”, som en av informantene uttalte det. Sosialsjefene etterlyser og ønsker en ansvarsfordeling som skaper et solidarisk system, og som tar vare på de rusmiddelmissbrukerne som ikke ”kan tilby hjelpeapparatet høy grad av nytte”. For sosialsjefene er det illegitimt med et system som støter ut noen grupper av rusmiddelmissbrukere, de ser heller på rusmiddelmissbrukere som et kollektiv, som bør ha like rettigheter: ”*Collective* beings themselves are included within other, larger *collectives*, embedded in sets of which the most inclusive is humanity itself” (Boltanski og Thévenot

2006: 185). Henvisningen til det menneskelige er tydelig i sosialsjefens uttalelse: ”Men trenger de hjelp? Altså de holder på å dø to ganger i uka, de folka der”.

Analysen så langt har vist at rusreformen *har* ført til tydeligere grenser, og at dette er en utvikling som aktørene på de to nivåene vurderer med vidt forskjellig fortegn. Hvordan preger denne situasjonen samarbeidet mellom det kommunale og statlige nivået? Hvilke betingelser finnes for å skape helhetlige og individuelt tilpassede tjenester i en situasjon hvor de ulike aktørene har vidt ulike oppfatninger av ansvarsforholdene på rusfeltet? Eller i Wikström og Lindberg (2006) sin språkdrakt: Hvordan kan en grenseskapende reform føre til grenseoverskridene aktiviteter?

7.2. Samarbeid og samhandling

En sentral målsetning med rusreformen var å ”få til en større grad av sammenheng og samordning mellom tiltakene fra den kommunale sosial-/helsetjenesten og spesialisthelsetjenesten” (Helsedepartementet 2004b: 24). Bedre samarbeid mellom kommunene og staten var også en viktig målsetning med sykehusreformen i 2002, men resultatevalueringen av reformen antyder at målsetningen i liten grad er oppnådd (Holmås, Kjerstad, Kristiansen og Lurås 2007: 49-60). På samme måte var bedre samhandling og samordning en viktig målsetning i Opptappingsplanen for psykisk helse, men ulike studier og rapporter har vist at det fremdeles gjenstår store utfordringer på dette området (se for eksempel Ramsdal 2004; Sosial- og helsedirektoratet 2006). For at målsetningen om bedre samarbeid skal oppnås med rusreformen, er lovfestingen av rett til individuell plan, og behandlingstiltakets plikt om å varsle sosialtjenesten i god tid før utskrivelse, viktige virkemidler (Helsedepartementet 2004b). Hvordan vurderer aktørene på de to ulike nivåene samarbeidet og samhandlingen etter reformen, og hvilken betydning har de nevnte virkemidlene hatt?

Både klinikkjefene og sosialsjefene understreker at samarbeidet ofte ”går greit” i enkeltsaker, men at det er store mangler på formalisert samarbeid på overordnet nivå. Aktørene på både statlig og kommunalt nivå skulle ønske at reformen hadde ført til mer formalisert og strukturert samarbeid.⁵⁴ I de tilfeller hvor det oppgis at samarbeidet i enkeltsaker fungerer,

⁵⁴ Et samarbeidsinitiativ fra det lokale helseforetaket to år etter reformens ikrafttredelse trekkes frem som et positivt unntak, men på intervjuetidspunktet var det for informantene for tidlig å si om dette ville ha noen varige konsekvenser for samarbeidsrelasjonene.

forklares det med gode relasjoner mellom saksbehandlere i sosialtjenesten, og fagfolkene i behandlingstiltakene. Rusreformen har med andre ord hatt liten eller ingen innflytelse på samarbeidet på pasient/brukernivået, her er det tidligere samarbeidsrelasjoner og personlig kjennskap som har størst betydning.

Når det gjelder individuell plan (IP) var dette noe informantene i liten grad tok opp på eget initiativ, det var først ved direkte spørsmål at det ble drøftet. Det ble heller ikke trukket frem når de ble spurt om hvordan reformen har påvirket samarbeidet på rusfeltet. Dette kan tyde på at individuelle planer ikke er det fremtredende virkemidlet for å bedre samarbeidet, som det opprinnelig var ment å skulle være. En uttalelse fra en av klinikkjefene illustrerer dette på en god måte:

Sånn at, implementeringen av disse tingene med individuell plan, det har jo begynt å gå sin gang, men, det har på en måte ikke vært noen sånn, samarbeidsprosedyrer rundt omkring dette. For å si det sånn: En har *lunket, lunket* videre, og prøvd så mye som mulig å legge seg opp til lovverket, men et samarbeid er jo avhengig av at instanser søker hverandre og virkelig legger opp en plan for dette samarbeidet. Det har ikke skjedd så mye (Klinikkjef 1.2: 6).

Sitatet viser at individuell plan for så vidt er verdsatt, men at det kun i begrenset grad er innført.⁵⁵ Det interessante er at klinikkjefen påpeker at det nødvendige samarbeidet for å få det til i liten grad har vært tilstede. Virkemidlet for å oppnå bedre samhandling (IP) har med andre ord i liten grad blitt implementert, på grunn av mangel på samarbeid i utgangspunktet.

Dette paradokset understrekes av flere informanter. Det har vært uenighet om det er sosialtjenesten eller spesialisthelsetjenesten som har det overordnede ansvaret for å iverksette planene. Rådgiveren i kommunen påpeker at ”vi må unngå disse her svarte-per-spillene om hvem som har det koordinerende ansvaret og sånne ting” (3.2: 20). Uttalelsene fra flere av informantene tyder på at slike svarte-per-spill har vært utbredt.

Rusreformen ser ikke ut til å ha medført en bedring av samarbeidet mellom det kommunale og statlige nivået i denne regionen. Et av de fremste virkemidlene for å bedre samhandlingen, individuell plan, har sakte men sikkert blitt implementert, uten rapporterte konsekvenser for samarbeid og samhandling. At behandlingstiltakene varsler sosialtjenesten ved utskriving,

⁵⁵ Evalueringen av rusreformen viser stort sett de samme forholdene på nasjonalt plan. Det virker å være bred oppslutningen rundt tanken bak IP, men allikevel hadde kun 35 % av brukerne IP i 2006. ”Dette er lavere enn man skulle forvente etter lovendringen og informasjon om IP” (Lie og Nesvåg 2006: 55).

trekkes heller ikke frem i diskusjonene om samarbeidet etter reformen. En nærliggende forklaring på det mangelfulle samarbeidet, er at virkemidlene har vært utilstrekkelige.⁵⁶ Men også to andre forhold kan forklare manglene. Det første gjelder det lineære og ansvarsoppdelte systemet, og det andre gjelder uenighet om grenser.

7.2.1. Gode betingelser for grenseoverskridende aktiviteter?

Grunnen til at det lineære og ansvarsoppdelte systemet er blitt innført på rusfeltet, er fordi det allerede er innført i det øvrige helsevesenet. I praksis innebærer et slikt system at de tverrfaglig spesialiserte tjenestene gjør en avgrenset jobb i en avgrenset periode hvor sosialtjenesten ikke arbeider aktivt med pasienten/brukeren. Problemet er imidlertid at rusmiddelmissbrukere på mange måter skiller seg fra andre pasientgrupper i helsevesenet. Velkjente utfordringer er at ruspasienter ikke møter til behandling, at de avbryter behandling før tiden, at de ruser seg mens de er i behandling, og at mange mangler den ”byråkratiske kompetansen” som skal til for å være en ”god” pasient. Et system som er lineært og ansvarsoppdelt har vanskeligheter med å tilby den smidigheten slike pasienter er avhengige av. I evalueringen av rusreformen antydes også en slik forklaring: ”Gitt karakteren av den problematikken og atferden som kjennetegner mange rusmiddelmissbrukere, er dette et system som i praksis fører til store problem” (2006: 116). De påpeker nettopp at et lineært og ansvarsoppdelt system mangler fleksibilitet i forhold til å skape helhetlige og sammenhengende tjenester for rusmiddelmissbrukere med særlig store behov. Min analyse indikerer at en slik forklaring er relevant også i denne regionen. Særlig sosialsjefene påpeker at et slikt system fører til problemer for de mest utslåtte rusmiddelmissbrukerne. Rådgiveren i kommunen ønsker derfor alternative tiltak som bøter på disse problemene, og foreslår integrert behandling og ”en ambulant halvannelinjetjeneste” (4.2: 19). Tanken er at fagfolk i spesialisttjenesten og sosialtjenesten kan møtes for å arbeide mer fleksibelt opp i mot brukerne i deres hverdagsliv.

⁵⁶ For å bedre samarbeidet mellom kommune og stat rundt alvorlig syke eldre, foreslås *integrert behandling* som et virkemiddel (Holmås et al. 2007, se Kodner og Spreeuwenberg 2002 for definisjon og diskusjon av begrepet). For å oppnå bedre samarbeid rundt alvorlig syke pasienter i psykiatrien, foreslås bl.a. *prosessbaserte virksomhetsmodeller* (Ramsdal 2004). Utenfor Norges grenser fremhever flere at særlig integrert behandling rundt rusmiddelmissbrukere kan være et godt virkemiddel for å bedre samhandling (se f.eks. Lart 2006; LaBrie et al. 2007). Jeg finner det underlig at slike eller liknende tiltak ikke ble diskutert i forbindelse med rusreformen. I den norske konteksten mangler det heller ikke på kunnskap om modeller og virkemidler for å bedre samarbeid på tvers av nivåer/etater (se. f.eks. Ramsdal 2004; Repstad (red.) 2004).

Uenighet om hvor grensene mellom stat og kommune skal gå kan imidlertid også forklare vanskeligheter med samarbeid og samhandling. Diskusjonen så langt i kapitlet har vist at de tre gruppene av informanter er uenige om hvordan grensene skal trekkes mellom den statlige spesialisttjenesten og den kommunale sosialtjenesten. Rådgiverne i helseforetakene mener at grensene bør tydeliggjøres i forhold til innhold, ansvar, og pasientsammensetning. Klinikksjefene ønsker tydeligere faglige grenser, og påpeker at kommunen i større grad må oppfylle sitt omsorgsansvar. Men de ønsker ikke at grensene skal gjelde pasientsammensetning. Sosialsjefene er generelt kritisk til at grensene tydeliggjøres, fordi de frykter at en mer spesialisert rushelsetjeneste med et mer avgrenset ansvar vil få uheldige konsekvenser for de tyngste rusmiddelmissbrukerne. I følge Wikström og Lindberg gir på den ene siden ”konstruerandet av gränser upphov till behov av gränsöverskridande aktiviteter. Å andra sidan förutsätter samverkan att det finns gränser att överskrida och att gränserna måste vara tydliga” (2006: 54). I denne regionen er grensene mellom stat og kommune blitt tydeliggjort, men det er likevel store uenigheter om hvor, og på hvilke områder, grensene skal trekkes. Særlig stor uenighet kan identifiseres i forhold til pasientsammensetning. Mens klinikksjefene og sosialsjefene er mest opptatt av at rusbehandlingen ikke kun må bli for ”de beste” (1.2: 17), hevder rådgiveren fra det lokale helseforetaket at ”rusreformen kan ikke bare være tiltak mot de tyngste” (2.1: 7). Det er sannsynlig at uenighetene om hvor grensene skal gå vanskeliggjør aktiviteter som overskrider grenser.

Samarbeidet er ikke blitt bedret på rusfeltet i regionen. På mange måter ser det ut til at det heller er blitt forverret etter rusreformen. Analysen tyder på at dette kan ha sammenheng både med mangelfulle virkemidler i selve reformen, problemene som oppstår med et lineært og ansvarsoppdelt system, og uenighet om hvor grensene mellom stat og kommune skal gå.

7.3. Endring og dominansdimensjonen

Så langt i dette kapitlet har endring i *forholdet* mellom de to nivåene stått sentralt. I det kommende ser jeg nærmere på hvordan rusreformen har medført endring i *innflytelse*.

Hvilket forvaltningsnivå har økt sin innflytelse på rusfeltet etter reformen, og på hvilken måte? For å kunne drøfte denne problemstillingen, trengs en avgrensning: Hvilket forvaltningsnivå er prioritert politisk og økonomisk, etter reformen? Og hvilket forvaltningsnivå favoriseres av faglige prioriteringer fra nasjonalt og politisk hold?

Rusreformen førte først og fremst til endringer på det statlige nivået, de tverrfaglig spesialiserte tjenestene for rusmiddelmissbrukere. På tross av at fagfeltet (inkludert samtlige klinikkssjefer i utvalget mitt) hevder at reformen ikke har tilført rushelsetjenesten nok ressurser, viser evalueringen at de regionale helseforetakene har økt budsjettene til rustjenester med ca. 40 % fra 2004 til 2006 (Lie og Nesvåg 2006:5). Bakgrunnen for denne økningen er at Helse- og omsorgsdepartementet i bestillingsdokumentene til RHFene etter rusreformen krevde en prosentvis høyere vekst til rusbehandling enn til somatiske tjenester. De spesialiserte tjenestene er blitt prioritert økonomisk. Denne situasjonen gjaldt for alle de fem helseregionene (ibid.: 33-34).

Rusreformen er i seg selv en indikasjon på at det er det statlige nivået som er politisk prioritert. Ved å foreta en ansvarsoverføring til de regionale helseforetakene, ville man bedre kvaliteten i rusbehandlingen. I reformdokumentene beskrives kommunens rolle etter rusreformen, og overskriften er: ”Kommunens ansvar er ikke endret” (Helsedepartementet 2004b: 24). Aktørene på det kommunale nivået opplever imidlertid situasjonen på en noe annen måte. De opplever at ansvaret og innflytelsen deres er blitt *reduisert*, på samme tid som de opplever økte krav og forventninger fra spesialistnivået. En av sosialsjefene trekker i denne forbindelse frem at rusmiddelmissbrukere forholder seg til sosialtjenesten på en annen måte enn tidligere:

Mens de tidligere opplevde at saksbehandler og konsulent var den de forholdt seg til, og, og ordnet ting, så er vi nå mer bare en, noen som formidler beskjed videre til noen andre som tar avgjørelsen (Sosialsjef 3.1: 20-21).

Ruskonsulentene og saksbehandlerne har ikke lenger enn like viktig rolle, etter at vurderingsarbeidet nå foregår på spesialistnivået, og på en mer uavhengig måte enn tidligere. Denne begrensningen i opplevd innflytelse kan beskrives som en ”funksjonstapping” av sosialtjenestens oppgaver overfor rusmiddelmissbrukere. Sosialsjefene er oppgitt over denne funksjonstappingen: De føler at de er en mindre betydningsfull aktør for brukerne sine: ”Sant, hvis de vil til rusbehandling, så får heller vurderingsenheten vurdere om de bør få tilbud eller plass, *det er ikke vårt ansvar lenger*. Vi henviser” (3.1: 18, min utheving).

Kombinasjonen av mindre innflytelse, og økte forventninger fra spesialistnivået, får uttrykk i en grunnleggende kritikk av rusreformen:

Hvor er satsningen på de kommunale tjenestene? *I og med* at behandlingsforløpene blir kortere, og det gis større forventninger til at kommunene må ta et større ansvar, eller gi et, gi mer adekvate tilbud da. Ikke bare denne her timen på sosialkontoret i ny og ne og litt intervensjon på gjeldssiden. Altså, hvor er den satsningen i denne her rusreformen? Den er jo ikke eksisterende (Rådgiver 3.2: 16).

Rådgiveren setter her fingeren på en dyp frustrasjon på det kommunale nivået. Reformen rettet seg først og fremst mot det statlige nivået, spesialisthelsetjenesten. Men reformen har store konsekvenser for de kommunale tjenestene, særlig i en situasjon hvor tersklene for å få behandling øker og det stilles større forventninger til kommunene. Når den politiske og økonomiske satsningen på de kommunale tjenestene er fraværende, oppleves kravene om økt aktivitet og økt ansvar som provoserende av alle aktørene på det kommunale nivået i utvalget.⁵⁷

I kapittel fem ble det antydnet at det kan observeres en dominerende medisinsk logikk blant aktørene på det statlige nivået, og en sekundær sosial logikk blant aktørene på det kommunale nivået. Men det ble samtidig påpekt at man ikke kan gi en entydig konklusjon før en har sett nærmere på hvordan myndighetene forholder seg til fagutviklingen på rusfeltet. Hva slags kompetanse og faglighet er det myndighetene ønsker skal styre utviklingen på rusfeltet?

En nærlesing av tre ulike dokumenter ble foretatt for å få et inntrykk av prioritering og verdsetting av kunnskap på rusfeltet. Et strateginotat fra Helsedepartementet (Helsedepartementet 2004b), Legeforeningens Statusrapport (Legeforeningen 2006), og Helsetilsynets rapporter fra det landsomfattende tilsynet i 2006 (Helsetilsynet 2007). Strategidokumentet oppsummerer innholdet i rusreformen, og er utstedt av det departementet som har det politisk overordnede ansvaret for rusfeltet. Legeforeningens statusrapport gir en god beskrivelse av Legeforeningens synspunkter i forhold til fagutviklingen på rusfeltet. Helsetilsynet sine rapporter vurderer hvorvidt de tverrfaglige spesialiserte tjenestene for rusmiddelmissbrukere utøver faglig forsvarlig behandling. Til sammen utgjør disse kildene ”autoritative” perspektiver på fagutviklingen innen rusfeltet.

Lesning av dokumentene gir et tydelig inntrykk av synet på og verdsetting av faglighet. Fellesstrekene er store. Det er enighet om diagnose: Kunnskapsgrunnlaget var svakt og lite

⁵⁷ Denne opplevelsen ble også artikulert i regionale erfaringskonferanser om reformen. Flere aktører fra kommunene tok i disse høringskonferansene til orde for en ny rusreform, en rusreform 3, som først og fremst skulle bidra til en styrking av de kommunale tjenestene til rusmiddelmissbrukere, nettopp fordi det kommunale nivået stort sett ble ignorert i rusreformen (Sosial- og helsedirektoratet 2005).

utviklet da reformen ble vedtatt. Dette skyldtes i stor grad sosialfaglig dominans, og medisinskfaglig *recessivitet*. For å bedre kunnskapsgrunnlaget for behandlingen av rusmiddelmissbrukere, er det også enighet om resept: Man må styrke den medisinskfaglige kompetansen. Blant mange ulike tiltak trekkes det særlig frem at rekrutteringen og undervisningen av leger er viktig, nær sagt prekært. Det er også interessant å se på hvilken måte budskapet presenteres: I strateginotatet fra Helsedepartementet er styrkingen av helsefaglig kompetanse en sentral målsetning, i Legeforeningens statusrapport er det en sterk anbefaling, og i tilsynsrapporten fra Helsetilsynet er det et pålegg/krav.⁵⁸

Til sammen gir dokumentene et inntrykk av at den medisinske logikk som preger det kliniske nivået, også tydelig kan identifiseres på det overordnede, nasjonale og politiske nivået. Den medisinske logikk på det kliniske nivået, *legitimeres* av viktige instanser fra nasjonalt hold. På tross av at rusfeltets tverrfaglige perspektiv anerkjennes og ønskes videreført, er det liten tvil om at det er den helsefaglige kunnskapen som prioriteres også fra det overordnede politiske nivået. Dermed ser vi at den spesialiseringen og grensedragningen som klinikksjefene ønsker seg mellom de to nivåene, også kan gjenfinnes på nasjonalt plan. Ser vi her en utvikling mot en ”dyp” todeling mellom den statlige spesialisttjenesten, og den kommunale sosialtjenesten, når det gjelder både organisering og kunnskapsgrunnlag? Vil rusfeltet nærme seg den utviklingen som Ramsdal (2007) observerer i psykisk helsevern, hvor spesialisttjenestene domineres av et legestyrt og ”bio-medisinsk paradigme” kompatibelt med de nye styringssystemene i staten, mens det kommunale nivået domineres av et multi-profesjonelt ”sosiologisk paradigme”?⁵⁹ Dette kapitlet har vist at slike tendenser begynner å bli synlige i det reformerte rusfeltet.

Rusreformen har ført til en politisk og økonomisk prioritering av det statlige nivået. Det tyder på at det statlige nivået utgjør den dominerende myndighetsstrukturen på rusfeltet, i tråd med Scott et al. sin definisjon (2000). Det statlige nivået har ansvaret for *rusbehandlingen*, som er prioritert i langt større grad enn *rusomsorgen* på det kommunale nivået. De faglige prioriteringer fra nasjonalt hold er først og fremst helsefaglige og medisinske. De gir dermed

⁵⁸ *Tvingende isomorfi* (DiMaggio og Powell 1983) kan derfor også ses i sammenheng med fagutvikling på rusfeltet. Helsetilsynets rolle er særlig interessant: De tiltak som ikke har tilstrekkelig medisinsk kompetanse er lovpålagt å skaffe seg den. Det er derfor sannsynlig at langtidsinstitusjonene, som tradisjonelt har vært utpregede sosialfaglige i tilnærming, i større grad vil likne på andre rustiltak i kompetansesammensetning. For en diskusjon av langtidsinstitusjonenes situasjon etter rusreformen, se Ravndal (2007) og Lanesskog og Wennesland (2004).

⁵⁹ Helge Ramsdal, presentasjon Polis-seminar 10.11.2007. ”Kunnskap og politikk i psykisk helsearbeid. Hvilke fagperspektiv får gjennomslag i praksis?” Presentasjon basert på pågående forskningsprosjekt.

legitimitet og støtte til den dominerende medisinske logikken på spesialistnivået. I følge Scott et al. er myndighetsutøvelse knyttet til det normative så vel som til det regulative (2000: 172-173). Den faglige prioriteringen fra nasjonalt hold utgjør på denne måten et normativt grunnlag som styrker det statlige spesialistnivået. Et slikt perspektiv setter også sosialsjefenes frustrasjon i et oppklarende lys. De representerer et forvaltningsnivå med mindre innflytelse enn tidligere (funksjonstapping), og de er bærere og skapere av en logikk som kun i liten grad får utøve innflytelse på faglige, politiske og økonomiske prioriteringer.

7.4. Oppsummering

I dette kapitlet har jeg vist at ansvarsforholdene mellom det statlige og kommunale nivået er blitt tydeliggjort, slik at forholdet nå minner mer om det lineære og ansvarsoppdelte systemet vi finner i andre deler av helsevesenet. Reformen la opp til et slikt system, og aktørene på det statlige nivået ønsker tydeligere grenser mellom de helsefaglige og spesialiserte tjenestene og de sosialfaglige sosiale tjenestene. Hensynet til *effektive tjenester* trer frem som den sentrale rettferdiggjøringen av denne utviklingen (den industrielle verdiorden). Klinikksjefene er derimot sterkt kritisk til en grensedragning som stenger de tyngste rusmiddelmissbrukerne ute fra behandlingsnivået. Den sivile verdiorden mobiliseres for å rettferdiggjøre denne kritikken, og kommer til uttrykk i forbindelse med retningslinjene for prioritering av henvisninger.

Blant aktørene på det kommunale nivået har jeg identifisert en motstand mot utviklingen etter rusreformen. De er kritiske til en tydeliggjøring av grenser mellom de to nivåene. Hensynet til *konsekvensene for de tyngste og svakeste brukerne* trer frem som den helt sentrale rettferdiggjøringen av denne kritikken (den sivile verdiorden). For sosialsjefene er grensedragninger også knyttet til faglighet. I motsetning til klinikksjefene, ønskes i større grad en integrasjon av faglige perspektiv rettet mot brukerens hverdagsliv.

En sentral diskusjon har vært om tydeliggjøring og presisering av grenser lar seg forene med rusreformens ambisjon om å skape aktiviteter som overskrider grenser (Wikström og Lindberg 2006). Aktørene på det statlige nivået mener at dette lar seg gjøre, gitt at ”kommunen satt i gang sitt omsorgstilbud” (1.3: 12). Aktørene på det kommunale nivået ser ut til å være uenig, og vektlegger behov for nye tiltak. Fremstillingen i dette kapitlet oppsummeres i tabell 7.3. Jeg har valgt å inkludere vurderinger fra Helsedepartementet, slik

de kommer frem i reformdokumentene, for å vise sammenhengen mellom målsetninger og konsekvenser av reformen.

Tabell 7.1: Vurdering av forholdet mellom statlig og kommunalt nivå etter reformen.

Forvaltningsnivå	Grensedragnings	Faglig akse	Verdiorden	Virkemidler for bedre samarbeid
Departement (reformdokument)	Lineært og ansvarsoppdelt system	Tverrfaglig (vekt på helsefaglig kompetanse)	Den industrielle og sivile ⁶⁰	Individuell plan og varsel om utskriving
Spesialistnivå	Tydeliggjøring av ansvar (mer spesialisert rushelsetjeneste)	Helsefaglig 2.linje og sosialfaglig 1.linje	Den industrielle og sivile (klinikksjefene)	Kommunen må ta ansvar
Kommunalt nivå	Kritiske til konsekvensene for de tyngste	Brukernære perspektiv	Den sivile	Spesialisttjenesten må ikke begrense sitt ansvar/ nye tiltak

Jeg har vist at konsekvensene av reformen har vært en tydeliggjøring av grenser, tendenser til økt konfliktnivå, og ingen bedring i samarbeid og samhandling. Mulighetene for grenseoverskridende aktiviteter ser ikke ut til å ha blitt bedre etter rusreformen, på grunn av stor uenighet om hvor og hvordan grensene skal trekkes. Behovet for tiltak som oppfordrer til slike aktiviteter er imidlertid like stort som før reformen. En viktig problemstilling er om økt statlig innflytelse (økonomisk, politisk og faglig) og redusert kommunal innflytelse, legger til rette for bedre samhandling rundt rusmiddelmissbrukere med særlig sammensatte behov.

⁶⁰ Bakgrunnen for å hevde at departementet ønsker et kompromiss mellom den industrielle og den sivile verdiorden, finner vi i reformdokumentenes argumentasjon om at det lineære og ansvarsoppdelte systemet vil føre til *effektive og sammenhengende tjenester* for rusmiddelmissbrukere med *sammensatte behov* (Helsedepartementet 2004b)

8. Avslutning: Et reformert rusfelt

Denne studien dreier seg om sentrale aktørers vurderinger av endringsprosesser på rusfeltet etter rusreformen. Hovedproblemstillingen – hvordan har rusreformen endret rusfeltet – har jeg forsøkt å besvare ved å drøfte konsekvensene av reformen i en utvalgt region. Tre ulike institusjonelle element har dannet utgangspunkt for analysen i de tre kapitlene. Jeg har vist at rusreformen har økt innflytelsen til en medisinsk logikk, legene, og det statlige forvaltningsnivået, mens den har redusert innflytelsen til en sosial logikk, de sosialfaglige profesjonene, og det kommunale forvaltningsnivået. I dette avsluttende kapitlet vil jeg drøfte om denne utviklingen representerer en *institusjonell* endring. Dette gjøres ved å først se nærmere på samspillet mellom de institusjonelle logikkene, aktørene og myndighetsstrukturene på feltet. Deretter drøftes endringens *retning* i et nyinstitusjonelt perspektiv. Denne studien har imidlertid også vist motstand mot utviklingen etter rusreformen. Det er særlig hensynet til de tyngste rusmiddelmissbrukerne som legitimerer en slik motstand. Jeg drøfter hvordan innsikter fra den klassiske institusjonelle teorien, og Boltanski og Thévenot sin teori om rettferdiggjøring, kan forklare en slik legitimering. Tilslutt drøfter jeg studiens begrensninger, og viser til områder hvor ny forskning er ønskelig.

8.1. Institusjonell endring av rusfeltet

Den endringen jeg har identifisert startet med *ideene* (Scott et al. 2000). En helsefaglig dreining ble utover 90-tallet mer fremtredende, og nevrobiologiske og medisinske forståelser av rusmiddelmissbruk fikk i økende grad fotfeste i det kliniske arbeidet (Fekjær 2004; Furuholmen og Schanche Andresen 2007; Watten og Waal 2001). Da rusfeltet ikke ble inkludert i helsevesenet med sykehusreformen i 2002, begynte interessegrupper og store deler av fagfeltet å arbeide hardt for å få rusfeltet over til staten, for å oppnå en organisering inn under helsevesenet. Da rusreformen ble vedtatt i 2004, fikk man – for å bruke Scott et al. (2000) sin terminologi – den medisinske logikken representert i myndighetsstrukturene.

Jeg har undersøkt konsekvensene av rusreformen ved å se nærmere på tre institusjonelle element: Institusjonelle logikker (det kulturelt-kognitive), institusjonelle aktører (det normative) og myndighetsstrukturer (det regulative). Innenfor hver av disse komponentene har jeg funnet tegn på endring. Nedenfor oppsummeres analysen ved å se på forholdet mellom de tre elementene.

En medisinsk logikk er blitt fremtredende etter reformen, og er ønsket av både informantene i spesialisthelsetjenesten og av myndigheter (den kulturelt-kognitive dimensjonen). Leger, psykiatere og annet helsepersonell er de fremste bærerne og skaperne av den medisinske logikken, og det er disse aktørene som gjennom sin profesjonelle kompetanse kan sies å være mest begünstiget av reformen (den normative dimensjonen). Slike aktører opererer først og fremst på det statlige nivået, i de tverrfaglige spesialiserte tjenestene for rusmiddelmissbrukere. Det er dette nivået som reformen først og fremst har styrket, og det er på dette nivået politiske, økonomiske og faglige ressurser først og fremst er satt inn (den regulative dimensjonen). En tydelig motstand mot denne utviklingen kan identifiseres blant sosialsjefene på det kommunale nivået, som representerer en sosial logikk som nå er underordnet på rusfeltet. De er kritiske til mangel på politisk, økonomisk og faglig prioritering av sosialtjenesten. På dette grunnlaget argumenterer jeg for at rusreformen har *lagt grunnlaget for en institusjonell endring av rusfeltet*.

Hvorvidt rusreformen har ført til det Scott et al. (2000) kaller ”dyp” institusjonell endring, kan imidlertid ikke slås entydig fast på bakgrunn av analysen. Institusjonalisering dreier seg om at nye ideer og praksiser over tid blir tatt for gitt som ”hvordan ting er” og ”hvordan ting henger sammen” (ibid.: 174). Intervjuene med klinikkjefene gir en tydelig indikasjon på at det har foregått en endring i måten man tenker om rusbehandling på, i en mer medisinsk retning, men hvorvidt denne også kan gjenfinnes i den kliniske hverdagen i behandlingsinstitusjonene har jeg ikke godt nok grunnlag for å si. Den forsiktige språkbruken, at rusreformen har lagt til rette for en institusjonell endring av rusfeltet, skyldes altså først og fremst begrensningene ved det metodiske opplegget. Det skyldes ikke et funn om at det *ikke* har foregått en endring.

I analysen har jeg vist hvordan industrielle (og til en viss grad opinions-) verdsettinger benyttes når aktørene på det statlige nivået rettferdiggjør behovet for endring. Aktørene på det kommunale nivået har relativt konsekvent benyttet sivile verdsettinger i kritikken av endringen på rusfeltet. Det ser ut til at *industrielle verdsettinger er blitt mer legitime* etter rusreformen. Dette har sammenheng med at den medisinske logikken på mange måter er kompatibel med et industrielt (og vitenskaplig) verdsettingsrepertoar. Tilsvarende kan det argumenteres for at industrielle verdsettinger var mindre legitime i perioden hvor den sosiale logikk hadde en mer fremtredende posisjon i det norske rusfeltet. I denne perioden sto som tidligere nevnt sosialfaglige perspektiver sterkt, og vi så fremveksten av terapeutiske

felleskap og andre kollektiv hvor solidaritet og likeverdighet sto sentralt. Denne studien foreslår at industrielle verdsettinger er blitt mer legitime *som en følge av rusreformen*.

En slik anvendelse av perspektivet til Boltanski og Thévenot (2006, 1999) innebærer noen metodologiske utfordringer i forhold til temporalitet. Intervjuene er foretatt på kun ett tidspunkt, og det er dermed problematisk å si noe om endring i legitime verdsettinger over tid. Slutninger om temporalitet gjøres imidlertid på bakgrunn av intervjuenes *retrospektive karakter*; endring er analysert på bakgrunn av informantenes vurderinger av endring. Ettersom verdsettingsprinsippene er knyttet til ulike faglige perspektiv som er gyldige i en bredere kontekst, har jeg også hatt mulighet til å trekke veksler på annen litteratur og dokumenter. Tabell 8.1 beskriver den formen for institusjonell endring av rusfeltet som denne studien foreslår.

Tabell 8.1: Institusjonell endring av rusfeltet etter rusreformen: Logikker, aktører, myndighetsstrukturer og verdiordener.

Endring i innflytelse:	Institusjonelle logikker	Institusjonelle aktører	Myndighetsstrukturer	Verdiordener
Økt	Medisinsk	Leger (andre helseprofesjoner)	Det statlige nivået, de tverrfaglige spesialiserte tjenestene	Industriell (opinion)
Redusert	Sosial	Sosialfaglige profesjoner	Det kommunale nivået, sosialtjenesten	Sivil

8.1.1. Fra mangfold til ensretting?

Et gjennomgående tema i denne studien har vært *retningen* på den endringen som er analysert. I de tre foregående analysekapitlene har jeg vist at rusfeltet beveger seg i retning av øvrig spesialisthelsetjeneste, både når det gjelder faglige og organisatoriske karakteristikk. Et generelt mønster har vært at aktørene på det statlige nivået ønsker en slik utvikling, mens aktørene på det kommunale nivået er kritiske. Jeg vil kort oppsummere de tre formene for isomorfske prosesser som har preget diskusjonen i de tre analysekapitlene, og drøfte relevansen av et slikt perspektiv.

DiMaggio og Powell (1983) sitt begrep om mimetisk isomorfi, dreier seg om hvordan organisasjoner imiterer andre organisasjoner for å minske usikkerhet. Røvik (1998) bygger videre på denne forståelsen når han hevder at hvordan en organisasjon ønsker å fremstå (modellering), og hvordan den ikke ønsker å fremstå (differensiering), kan forklare hvorfor organisasjoner endrer seg (ibid.: 141-142). I kapittel 5 viste jeg hvordan klinikkjefenes ønske

om å styrke den medisinske kompetansen er motivert både av å fremstå som en faglig og fullverdig spesialisttjeneste, og av å markere avstand fra ”særomsorgen”. I kapittel 6 drøftet jeg hvordan øvrig spesialisthelsetjeneste fremstår som et ideal når klinikksjefene begrunnet behovet for flere leger. Av de tre isomorfske mekanismene har mimetisk isomorfi størst forklaringskraft for å beskrive endringsprosesser på rusfeltet. Normative prosesser har kun til en viss grad latt seg påvise med denne studiens forskningsdesign. Imidlertid hadde informantene i spesialisttjenesten store forventninger til hvordan legeprofesjonen vil endre rusfeltet i mer medisinsk og faglig retning (som endringsagenter). Tvingende prosesser har gjort seg gjeldene på flere områder. Blant annet er det lineære og ansvarsoppdelte systemet for pasientflyt innført som en konsekvens av reformen og lovendringer.

Retningen på endringen kan forklares med institusjonelle isomorfske mekanismer. Både faglig og organisatorisk har behandlingsinstitusjonene nærmet seg de formelle kjennetegnene ved øvrig spesialisthelsetjeneste. Flertallet av aktørene på det statlige nivået gir uttrykk for å ønske denne utviklingen, og ulike myndighetsorgan er pådrivere for en slik utvikling (Helsetilsynet, Legeforeningen). I kapittel 3.2.3 viste jeg hvordan rusreformen var motivert av ”å skape organisasjon” (Brunsson og Sahlin-Andersson 2000). Analysen har vist at det i stor grad også har vært utfallet.

På tross av tegn på isomorfi, påpeker flere av klinikksjefene at rusfeltet er et eget felt med kjennetegn som skiller det fra andre deler av helsevesenet. For eksempel verdsettes den tverrfaglige tilnærmingen til rusproblematikk, og mangfoldet av behandlingstilnæringer ses på som en kvalitet. Dette understrekes også i reformdokumentene. Spørsmålet er om mangfoldigheten i tilnærminger til rusmiddelmisbruk og faglige perspektiv overlever de tendensene til ensretting og homogenisering vi har drøftet ovenfor. DiMaggio og Powell, ved å spille på Webers dystre skildring av jernburet, peker på nettopp denne utfordringen i sosialpolitikken: ”An understanding of the manner in which fields become more homogeneous would prevent policy makers and analysts from confusing the disappearance of an organizational form with its failure” (1983: 158). Denne ”advarselen” synes å ha sin berettigelse i det reformerte rusfeltet. Det at organisasjonene på rusfeltet mangler de formelle trekkene og karakteristikkene som finnes i øvrig spesialisthelsetjeneste, trenger ikke *med nødvendighet* være et problem som krever endring.

Et nyinstitusjonelt perspektiv kan gi oss innsikter i hvorfor endringen på rusfeltet går mot en formalisering og profesjonalisering etter modell fra øvrige spesialisttjenester, men det har åpenbare mangler. I teorikapitlet ble noen av de sentrale innvendingene påpekt. Den nyinstitusjonelle tilnærmingen har særlig store problemer med å forklare motstanden mot endringsprosessene på rusfeltet. Ved å anerkjenne aktørenes kritiske kompetanse, deres moralske rettferdighetssans, åpner vi opp for en mer nyansert fremstilling enn ensrettingsforklaringene til DiMaggio og Powell (1983, 1991). Jeg vil drøfte begrensningene i det nyinstitusjonelle perspektivet ved å se motstand i sammenheng med den klassiske institusjonelle teorien til Selznick (1957) og det pragmatiske perspektivet til Boltanski og Thévenot (1999, 2006).

8.2. Motstand

Det tydeligste tegnet på motstand mot endringsprosesser etter rusreformen, kan gjenfinnes i kritikken mot retningslinjene for prioriteringer som de regionale helseforetakene utarbeidet. I kap. 7 viste jeg at denne kritikken deles av både sosialsjefer og flertallet av klinikkjefene. Det viktigste ankepunktet mot retningslinjene er at de vil gjøre det vanskeligere for de tyngste rusmiddelmissbrukerne å få behandling i spesialisttjenesten. Hensynet til de tyngste rusmiddelmissbrukerne er et relativt konsekvent trekk ved kritikken mot rusreformen. Hvordan kan dette forklares?

Det kan se ut som om det blant klinikerne som arbeider i rusfeltet har utviklet seg en form for forpliktelse for de rusmiddelmissbrukerne som har det vanskeligst, nærmest en egen *lojalitetsform* i Gouldner (1957) sin betydning av ordet. I kapittel 7.1.1 kommenterte en av klinikkjefene retningslinjene slik: ”det er et felt som forsøker å bli noe annet enn å ta de vanskeligste” (1.3: 14). Det tyder på at rusfeltet blir tilskrevet en *identitet*, forbundet nettopp med å ta seg av de som ”ingen andre vil ta i” (1.3: 2). Dette leder oss over til den klassiske institusjonelle teorien. For Selznick er institusjonalisering forbundet med identitet: ”Organizations become institutions as they are *infused with value*, [...]. This infusion produces a distinct identity for the organization” (1957: 40). På tross av klinikkjefens henvisning til “feltet”, og ikke “organisasjonen”, kan vi tenke oss at en slik prosess har gjort seg gjeldene over tid blant klinikerne som arbeider med rusmiddelmissbrukere. Selznick er særlig opptatt av at institusjonalisering fører til at organisasjoner utvikler en særegen karakter. En slik organisasjonskarakter er blant annet kjennetegnet ved ”value commitments”, forpliktelse til noen bestemte verdier (ibid.: 55). Kritikken mot retningslinjene tyder på at et

kjennetegn ved karakteren til organisasjonene på rusfeltet, er at de er særlig forpliktet til å yte behandling til de tyngste rusmiddelmissbrukerne. Retningslinjene tolkes som et forsøk på å gjøre rusbehandling tilgjengelig for først og fremst ”de beste”, og de er dermed ikke verdimesig compatible med karakteren og identiteten til rusbehandlingsorganisasjonene. Det klassiske institusjonelle perspektivet kan på en slik måte gi oss innsikt i *hvorfor* klinikksjefene og sosialsjefene på en slik affektert måte kritiserer retningslinjene.

Klinikksjefenes motstand mot retningslinjene kan ved første øyekast fremstå som et paradoks. I tidligere kapitler har jeg vist hvordan rusreformen representerer en ønskelig endring. Målsetningene og ideene i reformen, som innebærer en mer spesialisert, helsefaglig og formalisert endring av rusfeltet, er nettopp i tråd med klinikksjefenes verdier. Rusreformen har bestått den ”kompatibilitetstesten” som Røvik mener er nødvendig dersom en organisasjonsoppskrift eller reform skal lykkes (1998: 148), og den ser ut til å oppfylle kravet om ”överensstämmelse mellan en reforms innehåll och en organisations institutionella identitet” (Brunsson og Olsen 1990: 17). For rådgiveren i det regionale helseforetaket fremstår kritikken mot retningslinjene som uforståelig. Liknende retningslinjer har blitt utformet i øvrig spesialisthelsetjeneste uten en slik motstand. At det utvikles retningslinjer som presiserer kriterier for å utløse rett til nødvendig helsehjelp, ses som en naturlig konsekvens av at rusbehandling er blitt en spesialisthelsetjeneste. Det tilsynelatende paradokset kan imidlertid løses opp ved å se nærmere på den struktureringen som oppstår ved institusjonell endring. Scott et al. påpeker nettopp hvordan myndighetsstrukturer er et resultat av interaksjon mellom sosiale aktører og logikker, ”and these structures, in turn, *constrain* and *empower* actors and actions (Giddens 1984; Sewell 1992)” (2000: 175, min utheving). Klinikksjefene er positive til at rusbehandling er organisert inn under helsevesenet, men problemet oppstår når de regionale helseforetakene, som har det overordnede ansvaret for rusbehandlingstjenesten, utvikler retningslinjer (f.eks.) som legger føringer og begrensninger på klinikksjefenes virksomhet. Denne dobbelheten, hvor nye strukturer både muliggjør og legger føringer på (be)handling, viser at klinikksjefenes motstand ikke er et paradoks, men først og fremst et resultat av den endringen de i utgangspunktet ønsket.⁶¹

⁶¹ En av sosialsjefene mener at flere i spesialisttjenesten nå begynner å oppleve de negative sidene av rusreformen: ”Jeg tror nok i alle fall noen av de som var pådrivere begynner kanskje å se potensielle bieffekter av den integreringen til helsesystemet, jeg tror nok de nå begynner å se kanskje andre sider av den prosessen enn det de fokuserte på, nemlig statushevingen, autonomien, og de tingene der da” (3.3: 5). Psykologen i utvalget var en av dem som var positive til reformen, men som er blitt mer skeptisk, blant annet på bakgrunn av retningslinjene: ”Så jeg har en veldig sånn blanda, hva skal jeg si, tanker om det at vi ble en spesialisthelsetjeneste” (1.3: 3).

8.2.1. Grenser for endring: Det industrielle og sivile verdsettingsrepertoaret

I tilfellet med retningslinjene mobiliserte store deler av fagfeltet motstand og det ble drevet lobbyvirksomhet opp mot stortingspolitikere. Resultatet var at Helse- og omsorgsminister Brustad grep inn, og stanset implementeringen. ”Spillet” rundt retningslinjene viser at det eksisterer en åpning for motstand mot den endringen jeg har observert i denne studien. Saken illustrerer på en god måte også hvor *grensene* for endringen går. En utvikling mot et regime som prioriterer ”de beste” på bekostning av ”de tyngste” vil med sannsynlighet møte en kritikk som er sterkt verdiladet.

Perspektivet til Boltanski og Thévenot kan bidra til å fange opp denne situasjonen. Motstanden indikerer at industrielle verdsettinger har sin tydelige begrensning etter rusreformen, også på det statlige nivået. Klinikksjefenes kritikk tyder nettopp på at industrielle verdsettinger i en del tilfeller vurderes som *illegitime*. Retningslinjene blir tolket som om hensynet til effektive tjenester (kortere ventelister, bedre ressursanvendelse etc.) går foran hensynet til de tyngste og svakeste brukerne. I forlengelsen av dette kan man hevde at mulighetene for at endringen blir ”dypt” institusjonalisert avhenger enten av endringer i de legitime verdsettingsrepertoarene på rusfeltet, altså at industrielle verdsettinger blir legitime på stadig flere områder. Eller, dersom det kollektivt legitime verdsettingsrepertoaret *ikke* endrer seg blant klinikerne, på grunn av en verdibasert forpliktelse for de mest marginaliserte, må politikken endre seg for å unngå den type motstand og opposisjon som retningslinjene medførte.

Tilsvarende tyder denne studien på at sivile verdsettinger er svært utbredt blant sosialsjefene, og også delvis blant klinikksjefene. Det sivile verdsettingsrepertoaret blir oftest artikulert i en kritikk av industrielle verdsettinger. En mulig forklaring på den sterke posisjonen til den sivile verdiorden kan være å finne i rusfeltets historie som en ”særomsorg”. Rustiltakene har i stor grad eksistert på siden av det etablerte sosial- og helsevesenet, med et stort innslag av private, ideelle og religiøse institusjoner. I store deler av feltet har medmenneskelighet, solidaritet og altruisme vært viktigere enn kompetanse, profesjonalitet, og effektivitet. ”Enigheten” om at rusfeltet først og fremst skal ta seg av de tyngste og mest utslåtte rusmiddelmissbrukere ser ut til å ”ha vokst seg stor” (Skarpenes og Hestholm 2007: 79). Utviklingen av en slik ”enighet” kan være en av forklaringene på hvorfor sivile verdsettinger er så fremtredende i materialet, og hvorfor det legger grunnlaget for en så sterk kritikk.

Rusreformen har lagt grunnlaget for en institusjonell endring av rusfeltet i regionen. Et fellestrekk ved både de faglige og organisatoriske endringene, er at rushelsetjenesten får flere og flere likhetstrekk med de formelle karakteristikkene til øvrig spesialisthelsetjeneste. Det nyinstitusjonelle perspektivet kan forklare denne utviklingen ved å vise til ulike isomorfiske mekanismer på rusfeltet. Men en slik tilnærming fokuserer på ensretting, homogenisering og konvergens i en slik grad at motstand, konflikt og kritikk blir vanskelig å fange opp i analysen. Innsiktene fra det klassiske institusjonelle perspektivet åpner i større grad opp for slike prosesser, og har vist at motstanden er tydelig verdiladet. Perspektivet til Boltanski og Thévenot gjør oss i stand til å forstå de normative forankringene bak aktørenes kritikk og rettferdiggjøring. Det gjør oss også i stand til å forstå de potensielle grensene for institusjonell endring, ved å se på hvilke kollektive verdsettingsrepertoar som er legitime og illegitime for de ulike aktørene i ulike situasjoner.

8.3. Videre forskning

Denne studien har tatt utgangspunkt i en analyse av reformens konsekvenser i en region. Er funnene fra analysen av denne regionen overførbare til andre deler av landet? Det store innslaget av private aktører gjør at regionen skiller seg ut, og det kan tenkes at et slikt *institusjonelt særtrekk* (Meyer 1994) kan være en bakenforliggende årsak til en del av problemene knyttet til implementeringen av reformen i denne regionen. Særlig rådgiverne fra helseforetakene oppgir at de private rustiltakene, som over tid har nytt en stor grad av autonomi, bidrar til å opprettholde et relativt høyt konfliktnivå som vanskeliggjør samarbeid og innovasjon. En komparativ analyse hvor regioner med færre private rustiltak inngår, hadde kunnet gi bedre indikasjoner på om det er spesifikke forhold ved denne regionen som forklarer de spesifikke konsekvensene av reformen som denne studien har vist. Men igjen må det påpekes at rusfeltet har vært preget av store geografiske ulikheter hva angår eierskapsstrukturer, organisering og fagmiljø, slik at en sammenlikning ville uansett medført metodiske utfordringer.

Det er imidlertid lite trolig at eierskapsforholdene i regionen har påvirket vurderinger av kompetanse, legenes rolle og forholdet mellom kommune og stat i nevneverdig grad. I forhold til slike vurderinger har muligens andre utvalgsriterier betydning. Det er for eksempel mulig at kliniksjefer fra langtidsinstitusjoner ville ha bidratt med andre vurderinger av faglige forhold etter rusreformen. Tilsvarende ville en annen profesjonssammensetning i utvalget,

med for eksempel flere psykologer, muligens ha ført til en annen vurdering av ønsket vekting mellom sosial- og helsefaglig kompetanse. En komparativ studie med flere informanter fra flere klinikker ville kunne gi svar på om de faglige vurderingene er representative.

For å undersøke hvorvidt rusreformen innebærer en *dyp* institusjonell endring, hadde det vært interessant med videre forskning som går tettere på det kliniske arbeidet i spesialisttjenesten. En eventuell oppfølgingsstudie på et nytt tidspunkt, med intervjuer fra ledere i spesialisttjenesten, helseforetak og sosialtjenesten, ville også kunne gi utfyllende indikasjoner på endringens institusjonelle ”dybde”. Et bedre statistisk datamateriale ville også ha kunne gi andre indikasjoner på omfanget av endring etter rusreformen.⁶² Vil økningen i antall leger på feltet fortsette? Hvordan vil kompetansesammensetningen i de sosialfaglige langtidsinstitusjonene endre seg? Hva slags typer behandlingseinstitusjoner blir det flere av og hvilke blir det færre av? Hva slags type pasienter blir det flere og færre av?

Forskningsspørsmål knyttet til likhet versus forskjellighet vil være særlig interessant på rusfeltet fremover. Vil rushelsetjenesten bli stadig likere øvrig spesialisthelsetjeneste, særlig psykisk helsevern, eller vil motstand (fra klinikerne) forhindre en slik utvikling? Vil standardisering gjennom nye faglige retningslinjer, kvalitetsindikatorer, og evidensbasert praksis gjøre rusbehandling mer og mer lik, eller vil mangfoldet av behandlingstilnæringer og faglige perspektiv også i fremtiden være et *institusjonelt særtrekk* ved rusfeltet? Et prosjekt som fokuserer på den temporale dimensjonen, vil også kunne gi verdifulle innsikter i endring i legitime verdsettingsrepertoar på rusfeltet. Vil industrielle verdsettinger ”institusjonaliseres” ytterligere i det norske rusfeltet, eller vil en kritikk utledet fra et sivilt verdsettingsrepertoar hindre en slik utvikling?

Organiseringen av tjenestene har imidlertid først og fremst betydning for de som skal bruke tjenestene. Hvorvidt rusmiddelmissbrukere opplever bedre tjenester eller ikke som følge av endringene etter rusreformen, bør være et prioritert forskningsspørsmål i tiden fremover. Blir veien ”fra ’Plata’ til Rikshospitalet” kortere eller lengre?

⁶² Et generelt problem med forskning på rusfeltet, er mangel på gode kvantitative data. Det er først de senere årene, fremskyndet av rusreformen, at f.eks. oversikt over rustiltakenes kompetansesammensetning, ventelister, liggetid, og fordeling av pasienter på behandlingsnivå begynner å holde tilfredsstillende kvalitet (Lilleeng 2007).

Litteratur

- Abbott, Andrew. 1988. *The System of Professions. An Essay on the Division of Expert Labor*. Chicago: The University of Chicago Press.
- Albert, Stuart og David A. Whetten. 2004. "Organizational Identity". I *Organizational Identity. A reader*. Mary Jo Hatch og Majken Schultz (red.), 89-118, Oxford: Oxford University Press.
- Andersen, Gisle. 2007. "Maten som er trygg nok. En studie av legitimeringsarbeid i stortingsdebatter". Hovedfagsoppgave. Sosiologisk institutt: Universitetet i Bergen.
- Berg, Ole. 1987. *Medisinens logikk. Studier i medisinens sosiologi og politikk*. Oslo: Universitetsforlaget AS.
- . 2006. *Fra politikk til økonomikk. Den norske helsepolitikks utvikling det siste sekel*. Tidsskriftets skriftserie. [Oslo]: Den norske lægeforening.
- Bénatouïl, Thomas. 1999. "A Tale of Two Sociologies. The Critical and the Pragmatic Stance in Contemporary French Sociology". *European Journal of Social Theory* 2(3): 379-396.
- Blaikie, Norman. 2000. *Designing Social Research. The Logic of Anticipation*. Cambridge: Polity Press.
- Botanski, Luc og Eve Chiapello. 2007. *The New Spirit of Capitalism*. Oversatt av Gregory Elliott. London: Verso.
- Boltanski, Luc og Laurent Thévenot. 1999. "The Sociology of Critical Capacity." *European Journal of Social Theory* 2(3): 359-377.
- . 2006. *On Justification. Economies of Worth*. Oversatt av Catherine Porter. Princeton og Oxford: Princeton University Press.
- Bourgois, Philippe 2000. "Disciplining Addictions: The Bio-politics of Methadone and Heroin in the United States." *Culture, Medicine and Psychiatry* 24(2): 165-195.
- Briggs, Charles L. 1986. *Learning how to ask. A sociolinguistic appraisal of the role of the interview in social science research*. Cambridge: Cambridge University Press.
- Brunsson, Nils og Johan P. Olsen. 1990. "Kan organisasjonsformer väljas?" I *Makten att reformera*. Nils Brunsson og Johan P. Olsen (red.), 11-26, Stockholm: Carlsson Bokförlag.
- Brunsson, Nils og Kerstin Sahlin-Andersson. 2000. "Constructing Organizations: The Example of Public Sector Reform". *Organization Studies* 21(4): 721-746.
- Byrkjeflot, Haldor og Simon Neby. 2004. *The Decentralized Path Challenged? Nordic Health Care Reforms in Comparison*. Working paper 2/2004. Bergen: Stein Rokkan Centre for Social Studies.

- Byrkjeflot, Haldor. 2005. *The Rise of a Healthcare State? Recent Healthcare Reforms in Norway*. Working paper 15/2005. Bergen: Stein Rokkan Centre for Social Studies.
- Christie, Nils og Kjetil Bruun. 2003. *Den gode fiende*. Oslo: Universitetsforlaget AS.
- Dacin, Tina M., Jerry Goodstein og W. Richard Scott. 2002. "Institutional Theory and Institutional Change: Introduction to the Special Research Forum". *The Academy of Management Journal* 45(1): 43-56.
- DiMaggio, Paul J. og Walter Powell. 1983. "The Iron Cage Revisited: Institutional Isomorphism and Collective Rationality in Organizational Fields". *American Sociological Review* 48: 147-160.
- . 1991. "Introduction". I *The New Institutionalism in Organizational Analysis*. Walter W. Powell og Paul J. DiMaggio (red.), 1-38: Chicago: University of Chicago Press.
- Erichsen, Vibeke. 2004. *Nye Fagligheter. Det sosiale i forandring*. Særtrykk nr. 6. Institutt for administrasjon og organisasjonsvitenskap.
- . 1996. "Helsetjenesten og profesjonene". I *Profesjonsmakt. På sporet av en norsk helsepolitisk tradisjon*. Vibeke Erichsen (red.), 13-38. [Oslo]: Tano Aschehoug.
- Fekjær, Hans Olav 2004. *Rus: Bruk, motiver, skader, behandling, forebygging, historie*. Oslo: Gyldendal Akademisk.
- Fjær, Svanaug. 1994. "Ideelle mål og skadereduserende tiltak. Skandinaviske løsninger i metadonspørsmålet". I *Mellom påbud og påvirkning. Tradisjoner, institusjoner og politikk i forebyggende helsearbeid*. Karit Tove Elvebakken, Svanaug Fjær, Thor Øivind Jensen (red.), 170-179. [Oslo]: Ad Notam Gyldendal.
- . 2004. "From Social Radicalism to Repression: The Construction of Norwegian Drug Policy in the 1970s". I *Public Health and Preventive Medicine 1800-2000: Knowledge, Co-operation, and Conflict. Conference Proceedings*". Astri Andresen, Kari Tove Elvebakken og William H. Hubbard (red.), 143-157. Rapport Rokkansenteret 1/ 2004. Bergen.
- Fligstein, Neil. 2001a. "Organizations: Theoretical Debates and the Scope of Organizational Theory".
(http://sociology.berkeley.edu/faculty/fligstein/fligstein_pdf/inter.handbook.paper.pdf)
- . 2001b. "Social Skill and the Theory of Fields". *Sociological Theory* 19(2): 105-125.
- Friedland, Roger og Robert R. Alford 1991. "Bringing society back in: Symbols, Practices, and Institutional Contradictions". I *The New Institutionalism in Organizational Analysis*. Walter W. Powell og Paul J. DiMaggio (red.), 232-263: Chicago: The University of Chicago Press.
- Furre, Berge. 1992. *Norsk historie 1905-1990*. Oslo: Det Norske Samlaget.
- Furuholmen, Dag og Arne Schanche Andresen 1998/2007. *Felleskapet som metode. Miljøterapi og evaluering i behandling av stoffmisbrukere*. Oslo: Cappelen Akademiske Forlag.

- Gouldner, Alvin W. 1957. "Cosmopolitans and Locals: Toward an Analysis of Latent Social Roles. I. *Administrative Science Quarterly*. 2(3), 281-306.
- Hernes, Synnøve. 1996. "Barnevern i 1950-årene: om psykologiens profesjonalisering". I *Profesjonsmakt. På sporet av en norsk helsepolitisk tradisjon*. Vibeke Erichsen (red.), 150-168. [Oslo]: Tano Aschehoug.
- Holmås, Tor Helge, Egil Kjerstad, Frode Kristiansen, og Hilde Lurås. 2007. "Eldre sykehuspasienter og det kommunale pleie- og omsorgstilbudet". I *Resultatevaluering av sykehusreformen. Tilgjengelighet, prioritering, effektivitet, brukervedvirkning og medbestemmelse*. Norges forskningsråd, 49-60. Oslo.
- Jansen, Ulf. 2006. "De hvite frakkers reform". Kronikk i *Aftenposten* 10.07.06.
- Kodner, Dennis L. og Cor Spreeuwenberg. 2002. "Integrated care: meaning, logic, applications, and implications – a discussion paper". *International Journal of Integrated Care*. 2 (3): 1-6.
- Kringlen, Einar. 2005. *Psykiatri*. Oslo: Gyldendal Akademiske.
- Kvale, Steinar. 1996. *Interviews. An Introduction to Qualitative Research Interviewing*. Thousand Oaks: Sage Publications, Inc.
- LaBrie, Richard A., Debi A. LaPlante, Allyson J. Peller, Donald E. Christensen, Kristina L. Greenwood, John H. Straus, Michael S. Garmon, Cheryl Browne og Howard J. Shaffer. 2007. "The interdependence of behavioural and somatic health: implications for conceptualizing health and measuring treatment outcomes". *International Journal of Integrated Care*. Vol. 7, 16 May 2007: 1-11.
- Lamont, Michèle. 1994. *Money, Morals and Manners. The Culture of the French and the American Upper-Middle Class*. Chicago og London: The University of Chicago Press.
- Lamont, Michèle og Laurent Thévenot (red.). 2000. *Rethinking comparative cultural sociology. Reportoires of evaluation in France and the United States*. Cambridge: Cambridge University Press.
- Lamont, Michèle og Virág Molnár. 2002. "The study of Boundaries in the Social Sciences". *Annual Review of Sociology*. Vol. 28: 167-195.
- Lanneskog, Jan og Jo Wennesland. 2004. "Diagnoser til besvær". Kronikk i *Rus & avhengighet*. Nr. 4, 30-32.
- Lart, Rachel. 2006. "Drugs and Health Policy". I *Drugs: policy and politics*. Rhidian Hughes, Rachel Lart og Paul Higate (red.), 92-112: Maidenhead: Open University Press.
- Lægreid, Per, Ståle Opedal, og Inger Marie Stigen. 2005. "The Norwegian Hospital Reform: Balancing Political Control and Enterprise Autonomy". *Journal of Health Politics, Policy and Law* 30(6): 1027-1064.
- March, James G., og Herbert A. Simon. 1958. *Organizations*. New York: John Wiley & Sons.

- Meyer, John W. og Brian Rowan. 1977. "Institutionalized Organizations: Formal Structure as Myth and Ceremony". *The American Journal of Sociology* 83(2): 340-363.
- Meyer, John W. 1994. "Institutional and Organizational Rationalization in the Mental Health System". I *Institutional Environments and Organizations. Structural complexity and Individualism*. W. Richard Scott, John W. Meyer (red.), 215-227: Thousand Oaks: Sage Publications, Inc.
- Montgomery, Kathryn. 2006. *How Doctors Think. Clinical Judgment and the Practice of Medicine*. New York: Oxford University Press, Inc.
- Opedal, Ståle og Inger Marie Stigen (red.). 2005. *Helse-Norge i støpeskjeen. Søkelys på sykehusreformen*. Bergen: Fagbokforlaget Vigmostad & Bjørke AS.
- Ramsdal, Helge. 2004. "Psykisk helsearbeid i lokalsamfunnet – noen organisasjonsteoretiske perspektiver". *Tidsskrift for psykisk helsearbeid*. 1(2): 5-17.
- . 2007. "Kunnskap og politikk i psykisk helsearbeid. 'Hvilke fagperspektiver får gjennomslag i praksis?'" Presentasjon ved Polis seminar 11.10.07: http://www.polis.no/seminarkalender_host07.htm
- Ravndal, Edle. 2005. "Drug Treatment in 2004 – Evidence Based Research or Qualified Beliefs?" I *Evidence Based Practice? Challenges in Substance Abuse Treatment*. Mads Uffe Pedersen, Vera Segraeus og Matilda Hellman (red.), NAD publication 47, 47-54: Helsinki: Nordic Council for Alcohol and Drug Research.
- . 2007. "Evaluering av behandlingsskolektiver i rusomsorgen. Har de fortsatt en plass i dagens rusbehandling?" *Tidsskrift for Norsk Psykologforening* 44(11): 17-21.
- Repstad, Pål (red.). 2004. *Dugnadsånd og forsvarsverker. Tverretatlig samarbeid i teori og praksis*. Oslo: Universitetsforlaget AS.
- Røvik, Kjell Arne. 1998. *Moderne organisasjoner. Trender i organisasjonstenkningen ved tusenårsskiftet*. Bergen: Fagbokforlaget.
- Sahlin-Andersson, Kerstin. 2003. "The impact of privatisation. Management, organisation, regulation and monitoring in transition". I *400 years and the way forward*. Report from International Conference on Public Health, Bergen 15th-17th of June 2003.
- Scott, W. Richard, Martin Ruef, Peter J. Mendel, og Carol A. Caronna. 2000. *Institutional change and Healthcare organizations. From Professional Dominance to Managed Care*. Chicago: The University of Chicago Press.
- Scott, W. Richard. 2001. *Institutions and Organizations*. Thousand Oaks: Sage Publications, Inc.
- Selznick, Philip. 1957. *Leadership in Administration. A Sociological Interpretation*. New York: Harper & Row.
- . 1966. *TVA and the Grass Roots. A study in the Sociology of Formal Organization*. Berkeley og Los Angeles: University of California Press.

- . 1996. "Institutionalism 'Old' and 'New'". *Administrative Science Quarterly* 41(2): 270-277.
- Silverman, David. 2001. *Interpreting Qualitative Data. Methods for Analysing Talk, Text and Interaction*. London: SAGE Publications Ltd.
- Simon, Herbert A. 1961. *Administrative Behavior*. New York: Free Press
- Skarpenes, Ove og Roger Hestholm. 2007. "Den 'nye' franske pragmatikken". *Sosiologisk Årbok* 12(1-2): 71-102.
- Skretting, Astrid. 2005. "Fra klient til pasient. Vil den norske rusreformen gi rusmiddelmissbrukere et bedre behandlingstilbud?" *Nordisk Alkohol- & Narkotikatidsskrift* Vol. 22 Nr. 2: 125-140.
- . 2007. "Medicalisation with a Focus on Injecting Drug Users. Changes in the Norwegian Treatment System from the 1990s". I *On the margins: Nordic alcohol and drug treatment 1885-2007*. Johan Edman og Kerstin Stenius. NAD Publication 50: 289-314. Helsinki: Nordic Council for Alcohol and Drug Research.
- Stinchcombe, Arthur L. 1965 "Social Structure and organizations", i *Handbook of Organizations*. J.G. March (red.), 142-193. Chicago: Rand McNally.
- Thagaard, Thove. 1998. *Systematikk og innlevelse. En innføring i kvalitativ metode*. Bergen: Fagbokforlaget Vigmostad & Bjørke AS.
- Thévenot, Laurent. 2001. "Organized Complexity. Conventions of Coordination and the Composition of Economic Arrangements". *European Journal of Social Theory* 4(4): 405-425.
- Torjesen, Dag Olaf. 2008. *Foretak, management og medikrati. En sektorstudie av helseforetaksreform og ledelse i den norske spesialisthelsetjenesten*. Avhandling for dr.polit- graden. Universitetet i Bergen.
- Waal, Helge, Thomas Clausen, Atle Håseth, og Pål H. Lillevold. 2008. *LAR i Norge: Statusrapport 2007*. Seraf rapport 1. SERAF.
- Wagner, Peter. 1999. "After *Justification*. Repertoires of Evaluation and the Sociology of Modernity." *European Journal of Social Theory* 2(3): 341-357.
- . 2001. *A History and Theory of the Social Sciences. Not All that Is Solid Melts into Air*. London: SAGE Publications Ltd.
- Watten, Reidulf G. og Helge Waal. 2001. "Avrusning: Fra vilje til medisin. Avrusningstradisjonene i Norge belyst gjennom en forundersøkelse av ultrarask opioidavrusning (UROD)". Oslo: SIRUS og UiO, instituttgruppe for psykiatri, Seksjon for kliniske rusmiddelproblemer.
- White, William L. 1998. *Slaying the Dragon. The History of Addiction Treatment and Recovery in America*. Bloomington: Chestnut Health Systems/ Lighthouse Institute.

Wifstad, Åge. 1998. "Eklektismen: problem og utfordring", i *Psykiatri i endring – forståelse og perspektiv på klinisk arbeid*. Anders Johan W. Andersen og Bengt Karlsson (red.), 65-82: Oslo: AdNotam Gyldendal.

Wikström, Ewa og Kajsa Lindberg. 2006. *Samverkan, vårdkedjor och standardiserade bedömningsinstrument i missbrukarvården. Utvärdering av Modellkommunprojektet*. GRI, Handelshögskolan vid Göteborgs universitet, rapport 20.

Willersrud, Astrid Brandsberg og Hilgunn Olsen. 2006. "Democracy or Closer Control? Emergence of Drug User Participation in Norway", i *Drug Users and Spaces for Legitimate Action*. Jørgen Anker, Vibeke Asmussen, Petra Kouvonon og Dolf Tops (red.), NAD publication 49, 85-104: Helsinki: Nordic Council for Alcohol and Drug Research.

Offentlige dokument:

Den Norske Legeforening. 2006. *På helsa løs. Når rusbruk blir misbruk og misbruk blir avhengighet*. Statusrapport.

Helsedepartementet 2004a. *Rusreformen- pasientrettigheter og endringer i spesialisthelsetjenesteloven*. Rundskriv (I-8/2004).

—. 2004b. *Bedre behandlingstilbud til rusmiddelmissbrukere. Perspektiver og strategier*. Strateginotat. I-1103B.

Helsetilsynet. 2007. *Oppsummering av landsomfattende tilsyn i 2006 med tverrfaglige spesialiserte tjenester til rusmiddelmissbrukere*. Rapport 3/2007.

Inst. O. nr. 4. 2003-2004. *Innstilling fra sosialkomiteen om lov om endringer i lov 13. desember 1991 nr. 81 om sosiale tjenester mv. og lov 2. juli 1999 nr. 61 om spesialisthelsetjenesten m.m. (Rusreform 2 og rett til individuell plan)*.

Justis- og politidepartementet. 2006. *Iverksettelse av prøveordning med narkotikaprogram med domstolskontroll*. Rundskriv G-1/2006.

Lie, Terje og Sverre Nesvåg 2006. *Evaluering av rusreformen*. Rapport IRIS.

Lilleeng, Solfrid E. (red.). 2007. *SAMDATA Sektorrapport for rusbehandling 2006*. Rapport 4/2007. Trondheim: SINTEF Helse.

NOU. 2004: 18. *Helhet og plan i sosial- og helsetjenestene. Samordning og samhandling i kommunale sosial- og helsetjenester*. Utredning fra et utvalg oppnevnt ved kongelig resolusjon 21.mars 2003. Avgitt til Helse- og omsorgsdepartementet og Arbeids- og sosialdepartementet 11. oktober 2004.

Ot.prp. nr. 3. 2002-2003. *Om lov om endringer i lov 13. desember 1991 nr. 81 om sosiale tjenester m.v. og i enkelte andre lover (statlig overtakelse av deler av fylkeskommunens ansvar for tiltak for rusmiddelmissbrukere)*.

Ot.prp. nr. 54. 2002-2003. *Om lov om endringer i lov 13. desember 1991 nr. 81 om sosiale tjenester m.v. (Rusreform 2 og rett til individuell plan)*.

Ruud, Torleif og Deborah Reas 2003. *Helsetjenester for tunge rusmiddelmissbrukere*. SINTEF- Unimed Rapport STF78.

Sosial- og helsedirektoratet. 2005. *Oppsummeringen av de regionale erfaringskonferansene om rusreformen*.
http://www.shdir.no/vp/multimedia/archive/00003/Erfaringer_med_rusref_3103a.pdf
— . 2006. *Distriktpsykiatriske sentre – med blikket vendt mot kommunene og spesialiserte sykehusfunksjoner i ryggen*. Veileder IS-1388.

Internett ressurser:

”Fikk 260 mill. uten spørsmål” *Dagbladet* 12.05.2003.
<http://www.dagbladet.no/nyheter/2003/05/12/368512.html>

Lovdata:
<http://www.lovdata.no>

SIRUS (narkotikadødsfall):
<http://statistikk.sirus.no/sirus/index.jsp>

Vedlegg 1: Følgerebrev

Forespørsel om å delta i intervju

Jeg er Mastergradsstudent i sosiologi ved UiB og holder nå på med den avsluttende Masteroppgaven. Rusreformen av 1.1.2004 er temaet for oppgaven, og jeg skal prøve å finne ut hva denne reformen har betydd for organiseringen av rusomsorgen. For å finne ut av dette, ønsker jeg å intervju 10-12 personer som på ulike vis er tilknyttet rusfeltet i en utvalgt region.

Som Mastergradsstudent er jeg tilknyttet et forskningsprogram ved Rokkansenteret, UiB (www.polis.no). Forskningsprogrammet (ATM- Health) er tverrfaglig og internasjonalt, og studerer de siste tiårs endringer i det norske helsevesenet i et sammenliknende perspektiv. Min studie vil inngå i dette prosjektet som det første som fokuserer på endringene i de tverrfaglige spesialiserte tjenestene for rusmiddelmissbrukere.

Intervjuet vil dreie seg om arbeidet som utføres ved ditt arbeidssted, og eventuelle endringer i arbeidsforhold som følge av rusreformen. Spørsmålene vil delvis prøve å fange opp de større endringene i rusomsorgen, og delvis vil de være rettet mot spesifikke elementer i rusreformen. En sentral målsetning er å få dannet meg et bilde av hva ulike aktører i rusfeltet mener om rusreformen. Jeg vil av praktiske og metodiske årsaker gjerne få benytte båndopptaker og ta notater under selve intervjuet, og varigheten vil være omtrent en time.

Det er selvsagt frivillig å være med og du kan trekke deg når som helst underveis, uten å måtte begrunne dette nærmere. Dersom du trekker deg vil alle innsamlede data om deg bli slettet. Opplysningene vil bli behandlet konfidensielt, og ingen enkeltpersoner vil kunne kjenne seg igjen i den ferdige oppgaven. Opplysningene anonymiseres og opptakene slettes når oppgaven er levert.

Hvis det er noe du lurer på kan du ringe meg eller sende en e-post. Du kan også kontakte min veileder Johs. Hjellbrekke ved Sosiologisk Institutt, UiB. Jeg vil ta kontakt per telefon en av de nærmeste dagene for å informere mer om prosjektet, og for å avtale eventuelt tidspunkt for intervju. Det er naturligvis mulig å reservere seg mot telefonhenvendelse ved å sende meg en e-post.

Studien er godkjent av Personvernombudet for forskning, Norsk samfunnsvitenskapelig datatjeneste A/S. Data vil bli behandlet i tråd med gjeldende forskrifter fra ovenfor nevnte organisasjon.

Med vennlig hilsen

Kristian Mjåland

Vedlegg 2: Intervjuguide

Felles del

Bakgrunnsspørsmål

- Alder
- Utdanning/profesjon
- Ansiennitet (hvor lenge i akkurat denne stillingen)?
- På hvilken måte kom du inn i denne jobben?
 - o Var det tilfeldig eller var du bevisst på at du ønsket å jobbe rusrelatert?
- Kan du kort fortelle litt om hvordan dere arbeider her ved klinikken/ avdelingen?

Vurderinger om/ implementeringen av reformen

- Hva er din formening om rusreformen?
 - o Hvilke elementer i reformen anser du som mest sentrale?
- Hva er inntrykket ditt av implementeringen av rusreformen?
 - o Ev.: Tilfredsstillende eller lite implementering/ årsaker?
- Har rusreformen ført til endring i din arbeidshverdag?
 - o I tilfelle/ i tilfelle ikke: På hvilken måte?
- Har rusreformen ført til endring i arbeidet ved din klinikk/avdeling/organisasjon?
 - o I tilfelle: På hvilken måte?
- Hvordan vil du karakterisere den økonomiske situasjonen deres etter reformen?
- I det siste har man ofte kunnet lese at det etterspørres og kreves mer faglighet, kompetanse og forskning i rusfeltet. Hva slags faglighet, kompetanse og forskning mener du det bør satses på i rusfeltet?
- Hvordan har rusreformen påvirket rusmiddelmissbrukeres situasjon?
 - o Ev.: Har de fått bedre/ dårligere tilbud?
 - o Ev.: Er det noen pasientgrupper som er kommet bedre eller verre ut av reformen enn andre? (tyngre, yngre, kvinner, menn, alkoholikere, narkomane etc.) Årsaker?

Før og nå

Jeg vil nå stille en del spørsmål som dreier seg om hva som kjennetegner rusfeltet

- Rusfeltet er et sentralt begrep som blir hyppig benyttet. Hva/hvem rommer uttrykket?
- Foretrekker du benevnelsen rusomsorgen eller rusbehandlingen?
- Behandling av rusmiddelmissbrukere er nå blitt en spesialisthelsetjeneste. På hvilken måte mener du at rusbehandlingen skiller seg fra andre deler av helsetjenesten, som for eksempel somatikk og psykiatri?
- Hvordan er samarbeidet mellom rusomsorgen og somatikken/ psykiatrien?
 - o Har dette samarbeidet endret seg etter reformen?
- Hvordan vil du karakterisere rusfeltet før reformen (sentrale kjennetegn)?
 - o Hvordan vil du karakterisere rusfeltet etter reformen?
- Hvordan vil du vurdere rusfeltets anseelse og status som en egen faggren/ spesialitet?
 - o Har dette, slik du ser det, endret seg etter rusreformen?
- Hva mener du utgjør god behandling av rusmiddelmissbrukere?
 - o Har rusreformen bidratt til å styrke eller svekke det du mener er god behandling?
- Rusreformen har ført til at rusmiddelmissbrukere nå er definert som pasienter og kan behandles i *tverrfaglig* spesialisthelsetjeneste for rusmiddelmissbruk. Hva er din formening om vektleggingen av henholdsvis det helse- og sosialfaglige i rusbehandlingen?

Til klinikkjefene (gruppe 1)

Faglighet og kompetanse

En sentral målsetning med reformen var å styrke behandlingstilbudet til rusmiddelmissbrukere.

- Er kvaliteten på behandlingen dere gir blitt bedre?
 - o I tilfelle: Hvordan da/ i tilfelle ikke: hvorfor?
- Har dere iverksatt spesielle tiltak for å heve kvaliteten i forbindelse med rusreformen?
- Hvordan arbeider dere med diagnostisering og kartlegging ved din avdeling/ klinikk?
 - o Hvem diagnostiserer: Leger, psykologer, sykepleiere og/ eller kliniske sosionomer?
 - o Hvilke kartleggingsverktøy benytter dere på din avdeling/ klinikk?
- På et generelt grunnlag, hva er din vurdering av kvalitet, kompetanse og profesjonalitet i spesialisthelsetjenesten for rusmiddelmissbruk?
 - o Slik du ser det, hvordan er kvaliteten, kompetansen og profesjonaliteten sammenliknet med spesialisthelsetjenesten i somatikk og psykiatri?
- På hvilken måte dokumenterer dere virksomheten ved din klinikk?
 - o Eksempler hvis nødvendig: Kvalitetsindikatorer, Brukertilfredshetsundersøkelser, antall epikriser, epikrisetid, antall henvisninger, beleggprosent, GAF tester, antall og type diagnoser?
 - o Har det blitt mer eller mindre av slikt dokumentasjonsarbeid?
- På hvilken måte har legene fått endret sitt ansvar og sine oppgaver etter rusreformen?
 - o Vurdering/ begrunnelse?
 - o Hvordan vurderer du legedekningen i de tverrfaglig spesialiserte tjenestene?

Pasientrettigheter og IP

Rusmiddelmissbrukere har nå fått pasientrettigheter.

- Hvordan vurderer du at pasientrettigheter nå også gjelder for rusmiddelmissbrukere?
- Slik situasjonen er nå to år etter at pasientrettighetene ble innført: Hvordan fungerer pasientrettighetene i praksis?
- Rett til IP er også et sentralt element i rusreformen. Hvordan organiserer dere arbeidet med IP?
 - o Hvem har ansvaret for iverksettingen av IP (hvem bør ha ansvaret)?
- Hva synes du om IP i arbeidet med pasienter med behov for koordinerte tjenester?
 - o Slik arbeidet med IP fungerer nå; anser du den som godt innarbeidet i behandling og oppfølging av rusmiddelmissbrukere?

Autonomi

- Etter reformen har RHFene et "sørge for" ansvar. Hvordan er samarbeidet mellom RHF/HF og din klinikk?
 - o Ev.: Hva slags påvirkning har RHF/HF på behandlingen dere gir?
- Nå vil jeg stille et ledende spørsmål: Opplever du at RHF/HF griper aktivt inn for å definere innholdet i behandlingen som dere skal tilby, og har du inntrykk av at din avdelings/klinikks behandlingsekspertise nå blir overprøvet av HF/RHF?
- Hvilke krav stiller RHF/HF med tanke på kvalitet og resultater av behandlingen?
- Hvordan er kompetansen på rusmiddelmissbruk i RHF/HF?

Forholdet mellom stat og kommune

Jeg vil stille noen spørsmål om samarbeidet mellom dere og sosialtjenesten.

- Hvordan vurderer du samarbeidet mellom din klinikk og sosialtjenesten?

- Hvordan følger sosialtjenesten opp pasientene når de er i behandling hos dere?
- Hva er din oppfatning av kommunenes bo-, omsorgs-, og rehabiliteringstilbud til rusmiddelmissbrukere?
 - o Er tilbudet tilstrekkelig?

Vurderingsarbeid (først og fremst stilt til leder for vurderingsenhet)

- Hvordan organiserer dere arbeidet ved vurderingsenheten?
 - o Kan du fortelle litt om personalsammensetningen (kompetanse) på avdelingen?
- Fra hvilken instans kommer flest henvisninger; fra fastlegene eller fra sosialtjenesten?
 - o Hvordan er kvaliteten på henvisningene?
- Når dere skal foreta vurdering av rett til nødvendig helsehjelp, tar dere utgangspunkt i tre kriterier: Alvorlighetskriteriet, Nytttekriteriet og Kostnadskriteriet. Hvordan veier dere disse tre kriteriene?
- Jeg har forstått at praksisen for inntak og vurdering er svært ulik i landets fem helseregioner. Hvordan er deres modell sammenliknet med andre regioners prosedyrer?
 - o Hvor stor prosentandel får innvilget rett til nødvendig helsehjelp?
- Hva er din formening om retningslinjene som nylig kom fra RHFene, som blant annet skal forsøke å gjøre praksis mer lik mellom helseregionene?
- Hva er din formening om antall behandlingssplasser i regionen?
- Hva er din formening om rusdiagnosens plass i vurderingsarbeidet?
- Hvor mange av pasientene benytter retten til fritt valg av behandlingssted, ved å søke seg til behandling utenfor regionen?
 - o Byr dette på spesielle utfordringer?
- Hva skjer dersom fristene om behandlingsstart for pasienter med rett til nødvendig helsehjelp ikke blir overholdt?
 - o Har det skjedd at en frist ikke er blitt overholdt?
- Har dere mottatt klagesaker fra pasienter som er uenig i vurderingen?

Til rådgiverne i RHF/HF (gruppe 2)

Ansvarsendring

- Etter Rusreformen har dere fått et "sørge for" ansvar for de tverrfaglige spesialiserte tjenestene. Hvordan forvalter dere dette ansvaret?
 - o Hva er utfordrende?
- Hvordan er samarbeidet mellom dere og de private rustiltakene organisert?
- På hvilken måte vil du si at dere er med på å påvirke behandlingstilbudet til rusmiddelmissbrukere i regionen?
 - o Er helseforetaket en aktiv aktør i rusbehandlingen (ift. kvalitet, resultat)?
 - o Hvordan vil du vurdere helseforetakets handlingsrom?
- På hvilken måte er samarbeidet organisert mellom RHF og HF?

Faglighet og kompetanse

- Hva er din vurdering av kvalitet, kompetanse og profesjonalitet i spesialisthelsetjenesten for rusmiddelmissbruk i regionen?
- Slik du ser det, hvordan er kvaliteten, kompetansen og profesjonaliteten sammenliknet med spesialisthelsetjenesten i somatikk og psykiatri?
- Hvordan vurderer du kompetansen på rusmiddelmissbruk i din organisasjon/ avdeling?

Dokumentasjon, rapportering, finansiering

- På hvilket grunnlag bestemmes omfanget av tjenester som dere kjøper/bestiller av behandlingstilbudene?
- Hvilke krav til dokumentasjon av virksomhet stiller dere til klinikkene?
- Dere har inngått treårige avtaler med de private institusjonene for tverrfaglig spesialisthelsetjeneste for rusmiddelmissbruk. Hvordan foregikk forhandlingene?
- Har noen av rustiltakene fått utvidet sine avtaler?

Forholdet mellom stat og kommune

- Rusreformen har jo ikke direkte endret sosialtjenestens ansvar i forhold til rusmiddelmissbrukere. Men på hvilken måte mener du rusreformen har påvirket sosialtjenestens arbeid med rusmiddelavhengige?
- Hvordan samarbeider dere med sosialtjenesten?

Vurdering av rett til nødvendig helsehjelp/ retningslinjer:

- RHFene har nylig offentliggjort retningslinjer for vurdering og kartlegging av rett til nødvendig helsehjelp. Hva ønsker dere å oppnå med retningslinjene?
 - o Hvordan synes du at prioriteringsarbeidet har fungert til nå?
 - o Etter din formening: Får for mange eller for få pasienter rett til nødvendig helsehjelp?
- Ventelistene for tverrfaglig spesialisert behandling for rusmiddelmissbruk er tildels relativt lange. Hva tenker dere om situasjonen?
 - o Hva mener du om antall behandlingstilbud i regionen?

Til sosialsjefer (gruppe 3)

- Hva er sosialtjenestens viktigste oppgaver i arbeidet med rusmiddelmissbrukere?
 - o Hvordan er fordelingen av yrkesgrupper ved sosialkontoret?
 - o Hva slags faglige tilnærminger jobber dere ut ifra?
- Hvordan vil du selv evaluere oppfølgingen og tilbudet dere gir til rusmiddelmissbrukere?

IP og pasientrettigheter

- Individuell plan er et sentralt element i rusreformen. Hvordan organiserer dere arbeidet med IP?
 - o Hvem har/ bør ha ansvaret for iverksettingen av IP?
- Hva synes du om IP som et verktøy i arbeidet med klienter med behov for koordinerte tjenester?
 - o Slik arbeidet med planen fungerer nå; anser du den som godt innarbeidet?
- Pasientrettigheter gjelder etter reformen også for rusmiddelavhengige. Hva er din formening om pasientrettighetene?
- Slik situasjonen er nå to år etter at pasientrettighetene ble innført: Hvordan fungerer pasientrettighetene i praksis?

Forholdet mellom stat og kommune:

Før reformen var fylkeskommunen deres samarbeidspartner, nå er det blitt helseforetakene.

- Hvordan samarbeider dere med HF/RHF?
- Har samarbeidet på rusfeltet endret seg, eller er mye det samme som før?
- Ventelistene er til dels relativt lange i X. Hvordan påvirker ventelistene deres arbeid?
 - o Hva mener du om tilbudet av behandlingstilbud i X?
- Behandlingsinstitusjonene er nå blitt definert som en spesialisthelsetjeneste. Hvordan er samarbeidet med spesialisthelsetjenesten?

- På hvilken måte var samarbeidet annerledes før rusreformen?
- Hvordan fungerer ordningen med at spesialisthelsetjenesten skal varsle sosialtjenesten i god tid før utskrivning?
 - Hvordan vil du vurdere kapasiteten til sosialtjenesten til å ta i mot rusmiddelmissbrukere når de kommer ut fra behandling?
- Hvordan vil du samlet sett vurdere samhandlingen og koordineringen mellom sosialtjenesten og de andre sentrale aktørene på rusfeltet i X etter reformen?

Prioritering og rett til nødvendig helsehjelp:

Jeg vil nå stille noen spørsmål omkring prioritering og henvisning til spesialisttjenesten.

- Hvordan er samarbeidet mellom dere og vurderingsenhetene?
- Hva er din formening om vurdering av rett til nødvendig helsehjelp slik den praktiseres nå?
 - Har du noen formening om de nasjonale retningslinjene som nylig kom fra RHFene om prioriteringer av henvisninger?
- Hvordan vurderer du den politiske stemningen i kommunen for å prioritere rus?

Felles del:

- Er det noe jeg har glemt å spørre om som du mener er relevant for meg å vite?
- Ville det være mulig å komme tilbake med noen få oppfølgingsspørsmål hvis jeg skulle ha behov for det?