



UiT Norges arktiske universitet

Fakultet for humaniora, samfunnsvitenskap og lærerutdanning

## **Variasjon i kommunalt rusarbeid: Analyse av organisering i to norske kommuner**

*Hvordan kommer variasjon i kommunalt rusarbeid til syne gjennom analyse av to ulike kommuners organisering av rusfeltet?*

Andrea Juvelid

Masteroppgave i statsvitenskap STV-3900 Mai 2023



## Sammendrag

Det er først og fremst kommunene som har ansvar for at det eksisterer tjenester som ivaretar rusavhengiges helse og velferd, et ansvar som er nedfelt i folkehelseloven og kommunal helse- og omsorgstjenesteloven. I utgangspunktet skal alle kommuner i Norge levere de samme tjenestene. Det kommunale rusarbeidet varierer fra kommune til kommune, da kommunene har mulighet til å iverksette lokale tiltak og selv bestemme hvordan tjenestene skal organiseres med forutsetninger om at overordnede kravene fylles.

Denne oppgaven bruker tre perspektiver innen organisasjonsteori til å belyse hvordan Drammen og Tromsø kommune organiserer sitt rusarbeid, gjennom det instrumentelle perspektivet, det kulturelle perspektivet og myteperspektivet. Problemstillingen det søkes svar på er: *Hvordan kommer variasjon i kommunalt rusarbeid til syne gjennom analyse av to ulike kommuners organisering av rusfeltet?*

Det empiriske materialet er generert gjennom kvalitativ dokumentanalyse. Funnene i oppgaven, som er analysert og diskutert gjennom det teoretiske rammeverket, peker mot at det er noe variasjon i rusarbeidet til Drammen og Tromsø kommune. Kommunene har ulike forutsetninger når det kommer til befolknings sammensetning, årsverk, skatteinngang og definerte utfordringer. Likevel har kommunene stort sett etablert de samme tjenestene, både lovpålagte og ikke-lovpålagte, eksempelvis ulike oppfølgingstiltak, lavterskeltjenester og behandlingstilbud. Kommunene er også klar over, og har lagt strategi, for de framtidige utfordringene helsevesenet vil møte.



## Forord

Takk til veileder Synnøve Jenssen for tilbakemeldinger. Takk til medstudenter, venner og familie for støtte og oppmuntring.

Sitatet under er fra Thorvald Stoltenberg sitt forord i *Rapport om narkotika* fra 2010. Jeg benytter muligheten til å inkludere det i mitt eget.

«Alle kan vi bidra til å redusere – helst fjerne – den trussel narkotika er for enkeltmennesker og for samfunnet, i det minste ved å vise respekt for menneskets verdighet. Det er viktigere enn du tror.»

Blant politikk og paragrafer må vi ikke glemme menneskene bak de er ment å tjene. Det skal jeg huske på.

Andrea Juvelid

*Tromsø, mai 2023*

## Figurer og tabeller

### Figurer

|  |       |
|--|-------|
| <b>Figur 2.1</b> Utvikling i nasjonal ruspolitikk 2000-2014 (kilde: kopiert fra Dyrstad & Ose, 2014, s. 11) .....                                      | s. 10 |
| <b>Figur 2.2</b> Utvikling i nasjonal ruspolitikk 2015-2022 (kilde: Skretting, Amundsen & Bilgrei, 2023) .....   | s. 11 |
| <b>Figur 3.1</b> Sammenhengen mellom kommuneorganisasjonen og kommunesamfunnet (kilde: Kommunetorget) .....  | s. 24 |
| <b>Figur 5.1</b> Aldersfordeling for Drammen kommune (kilde: kopiert fra SSB kommunefakta) .....   | s. 45 |
| <b>Figur 5.2</b> Aldersfordeling for Tromsø kommune (kilde: kopiert fra SSB kommunefakta) .....  | s. 45 |
| <b>Figur 5.3</b> Narkotikautløste dødsfall, 15-64 år (kilde: kopiert fra Kommunehelse statistikkbank av FHI) .....                                     | s. 46 |
| <b>Figur 5.4</b> Beslaglagt mengde narkotika fordelt på politidistrikter (kilde: kopiert fra Politiet, Seksjon for narkotikaanalyse, 24.01.2023) ..... | s. 47 |
| <b>Figur 5.5</b> Drammen kommune organisasjonskart, <i>arbeid og mestring</i> (kilde: kopiert fra Drammen kommune) .....                               | s. 48 |
| <b>Figur 5.6</b> Tromsø kommune organisasjonskart, <i>avd. helse og omsorg</i> (kilde: kopiert fra Tromsø kommune) .....                               | s. 52 |

### Tabeller

|  |          |
|--|----------|
| <b>Tabell 1.1</b> Hva påvirker variasjon i kommunalt rusarbeid? .....  | s. 4     |
| <b>Tabell 3.1</b> Oppsummering av teorikapittel: Fordeling av kategorier under perspektiver i organisasjonsteori ..... | s. 30    |
| <b>Tabell 5.1</b> Inkluderte offentlige dokumenter .....   | s. 39-40 |

|   |          |
|---|----------|
| <b>Tabell 5.2</b> Årsverk for psykisk helse- og rusarbeid 2022 per 10 000 innbyggere (kilde: IS-24/8, 2022) .....   | s. 44    |
| <b>Tabell 5.3</b> Drammen kommune handlings- og økonomiplan 2023-2026, driftsbudsjett helse, sosial og omsorg. Beløp angitt i 1000 (kilde: Drammen kommune handlings- og økonomiplan 2023-2026) ..... | s. 51    |
| <b>Tabell 5.4</b> Tromsø kommune driftsbudsjett, nye tiltak. Beløp angitt i 1000 (kilde: Handlingsprogram 2022-2025: Velferd, arbeid og integrering) .....  | s. 55-56 |
| <b>Tabell 5.5</b> Tjenestetilbud for personer med rusproblemer i Drammen (kilde: Drammen kommune nettside) .....  | s. 57    |
| <b>Tabell 5.6</b> Tjenestetilbud for personer med rusproblemer i Tromsø (kilde: Tromsø kommune nettside) .....  | s. 58    |

# Innholdsfortegnelse

|  |     |
|--|-----|
| Sammendrag.....  | I   |
| Forord.....  | III |
| Figurer og tabeller.....   | IV  |
| 1.0 Innledning.....  | 1   |
| 1.1 Valg av tema.....  | 2   |
| 1.2 Problemstilling.....   | 3   |
| 1.3 Avgrensning, avklaringer og begreper.....                      | 4   |
| 1.3.1 Tidsperiode.....   | 5   |
| 1.3.2 Psykisk helse og rus.....                                    | 5   |
| 1.3.3 Rusmidler.....   | 5   |
| 1.3.4 Tjenestetilbud.....  | 6   |
| 1.3.5 Brukere.....   | 6   |
| 1.3.6 Variasjon.....   | 7   |
| 1.4 Oppgavens disposisjon.....                                     | 7   |
| 2.0 Bakgrunnskapittel om tema.....                                 | 9   |
| 2.1 Overblikk.....   | 9   |
| 2.1.1 Rusomsorgen: Historisk sett.....                             | 9   |
| 2.1.2 Ruspolitikken: I korte trekk.....                            | 9   |
| 2.1.3 Rusomsorg og ruspolitikk i en internasjonal kontekst.....    | 11  |
| 2.1.4 Narkotikareformbevegelsen.....                               | 12  |
| 2.2 Folkehelseperspektivet.....                                    | 12  |
| 2.2.1 Narkotikautløste dødsfall.....                               | 13  |
| 2.3 Reform- og endringsprosesser.....                              | 14  |
| 2.3.1 Rusreformen 2004.....  | 15  |
| 2.3.2 Samhandlingsreformen.....                                    | 15  |
| 2.3.3 Opptappingsplanen for rusfeltet (2016-2020).....             | 16  |
| 2.3.4 Rusreform – fra straff til hjelp.....                        | 16  |
| 2.4 Tidligere forskning.....                                       | 17  |
| 3.0 Teoretisk rammeverk.....                                       | 21  |
| 3.1 En introduksjon.....   | 21  |
| 3.1.1 Utdypende om valg av teori.....                              | 22  |
| 3.2 Organisasjonsteori for offentlig sektor.....                   | 23  |
| 3.2.1 Den statsvitenskapelige orienterte organisasjonsteorien..... | 23  |



|       |   |    |
|-------|---|----|
| 3.2.2 | Kommuneorganisasjonen vs. kommunesamfunnet.....                             | 23 |
| 3.2.3 | Perspektiver innen organisasjonsteori for offentlig sektor.....             | 24 |
| 3.3   | Oppsummering av teorikapittel.....  | 29 |
| 4.0   | Metodisk framgangsmåte.....   | 33 |
| 4.1   | Kvalitativ forskningsmetode.....  | 33 |
| 4.2   | Kvalitativ dokumentanalyse.....   | 34 |
| 4.3   | Innsamling av data.....   | 35 |
| 4.3.1 | Litteratursøk og søk av offentlige dokumenter.....                          | 35 |
| 4.3.2 | Krav til inkludering av dokumenter.....                                     | 35 |
| 4.3.3 | Systematisk søk av offentlige dokumenter.....                               | 36 |
| 4.4   | Reliabilitet, validitet og vurdering av dokumentmaterialet.....             | 37 |
| 5.0   | Presentasjon av empiri.....   | 39 |
| 5.1   | Resultat fra dokumentinnsamling.....  | 39 |
| 5.2   | Lovpålagte oppgaver og nasjonal rapportering.....                           | 40 |
| 5.2.1 | Rådgivende enhet for russaker.....  | 40 |
| 5.2.2 | Forebyggings- og behandlingsreform på rusfeltet.....                        | 41 |
| 5.2.3 | Kommunalt psykisk helse- og rusarbeid 2022 (IS-24/8).....                   | 42 |
| 5.2.4 | Befolkningssammensetning.....   | 44 |
| 5.2.5 | Narkotikautløste dødsfall.....  | 46 |
| 5.2.6 | Politiets narkotikabeslag.....  | 46 |
| 5.2.7 | Skatteinngang og økonomirapport.....  | 47 |
| 5.3   | Drammen kommune.....  | 48 |
| 5.3.1 | Organisasjonskart.....  | 48 |
| 5.3.2 | Samhandlingsreformen innen somatikk og psykisk helse og rus.....            | 49 |
| 5.3.3 | Handling- og økonomiplan 2023-2026 for Drammen kommune.....                 | 49 |
| 5.4   | Tromsø kommune.....   | 52 |
| 5.4.1 | Organisasjonskart.....  | 52 |
| 5.4.2 | Svar på høringsuttalelse: Nasjonal helse og samhandlingsplan 2024-2027..... | 52 |
| 5.4.3 | Handlingsprogram 2022-2025 for Tromsø kommune.....                          | 53 |
| 5.5   | Oppsummering av tjenestetilbud for personer med rusproblemer.....           | 56 |
| 6.0   | Analyse og diskusjon av funn.....   | 59 |
| 6.1   | Det instrumentelle perspektivet.....  | 61 |
| 6.1.1 | Økonomi.....  | 61 |
| 6.1.2 | Geografi.....   | 63 |

|       |                                   |    |
|-------|-----------------------------------|----|
| 6.1.3 | Organisering .....                | 64 |
| 6.1.4 | Samarbeid.....                    | 66 |
| 6.2   | Det kulturelle perspektivet ..... | 67 |
| 6.2.1 | Organisering .....                | 68 |
| 6.2.2 | Samarbeid.....                    | 70 |
| 6.2.3 | Omdømme .....                     | 71 |
| 6.3   | Myteperspektivet.....             | 72 |
| 6.3.1 | Samarbeid.....                    | 72 |
| 6.3.2 | Omdømme .....                     | 74 |
| 7.0   | Konklusjon .....                  | 77 |
| 7.1   | Veien videre .....                | 78 |
|       | Referanser.....                   | 79 |

## 1.0 Innledning

I flere år har Norge – som «verdens beste velferdssamfunn» – ligget på toppen når det kommer til overdosedødsfall i Europa, viser tall fra EUs narkotikaovervåkingsbyrå (Waal, 2015). Norge er nemlig blant landene med høyest insidens, målt etter overdosedødsfall per million innbyggere i alderen 15-64 år. Har norsk rusmiddelpolitikk mislyktes? Mange dør av overdose med opioider, hvor Waal ser for seg at abstinensorientert behandling ofte står i veien for livreddende behandling – målet om «rusfrihet» står sterkt og setter annen behandling i skyggen. Nasjonal overdosestrategi, utviklet av Helsedirektoratet, viser til hvordan overdoseforebyggende arbeid er spisset mot å redde liv og begrense helseskader, og hvor arbeidet må ses i sammenheng med andre innsatsområder rettet mot mennesker med rusmiddelproblemer (Helsedirektoratet, 2019). Internasjonal forskning om overdoser og overdosedødsfall understreker at «de aller fleste dødsfall er ulykker» (Helsedirektoratet, 2019, s. 5) – hvordan kan vi da unngå at slike ulykker skjer?

Rusmiddelbruk er et folkehelseproblem (Bramness, 2014), og det er i første rekke kommunene som har ansvaret for at det eksisterer tjenester som ivaretar rusavhengiges helse og velferd (Hanssen & Henriksen, 2020, s. 134). Kommunenes ansvar for tjenester til personer med rusmiddelproblemer er nedfelt i folkehelseloven, samt kommunal helse- og omsorgstjenesteloven (Dyrstad & Ose, 2014, s. 14). Organiseringen av det kommunale rusarbeidet varierer, imidlertid, fra kommune til kommune (Dyrstad & Ose, 2014, s. 14), da kommunene har mulighet til å iverksette lokale tiltak som er tilpasset deres situasjon når det gjelder problematisk bruk av rusmidler i befolkningen (Oldeide et al., 2020, s. 377). Men selv om det er opp til hver kommune å bestemme hvordan den kommunale helsetjenesten skal organiseres, jf. prinsippet om lokalt selvstyre i kommuneloven, må kommunen tilby alle lovpålagte tjenester som følger av den ovennevnte helse- og omsorgstjenesteloven (Deloitte AS & Høgskolen i Sørøst-Norge, 2016, s. 12). Hvordan er forholdet mellom prinsippet om likhet i norske tjenester og hensyn til lokaldemokratiet? Ser vi til tidligere forskning, viser den til at variasjon kan være en indikasjon på spenningsforholdet mellom nasjonale retningslinjer og standardisering på den ene siden, og lokal arbeidskultur, innovasjon og kommunal autonomi på den andre (Isaksen et al., 2018, s. 144).

Rus er en komplisert samfunnsutfordring, da den har sosiale, medisinske og økonomiske konsekvenser for den enkelte bruker (Politidirektoratet, 2020, s. 11). Samtidig som narkotika har konsekvenser for den enkelte, har det også samfunnsmessige innvirkninger og utgjør grunnlaget for mye av den organiserte kriminaliteten. Narkotika betegnes derfor som et *wicked*

*problem*. Såkalte wicked problems kjennetegnes ved at de er vanskelig å definere, endrer karakter da de befinner seg i miljøer i konstant endring – som gjør det vanskelig for endringer å ha en langvarig effekt –, har ingen klare løsninger, og betegnes i tillegg som symptomer på andre problemer (Hean et al., 2020, s. 213-216). Er landets kommuner rustet til å møte og håndtere disse utfordringene? Både ja og nei, vil de fleste si.

For et skadelig bruk av rusmidler kan føre til problemer for helse, utdanning, økonomi, sosiale forhold, familie og relasjoner med andre mennesker, samt en økt risiko for ulykker og andre rusmiddelrelaterte lovbrudd (Bachs, 2021). Problematisk bruk av rusmidler er ofte sammenvevd i et komplekst system av andre sosiale problemer, både på et individuelt og samfunnsmessig plan (Drugs and Public Policy Group, 2010, s. 1138). Det er derfor viktig at kommunene har solide helse- og omsorgstjenester på plass. Forebyggingsstrategier som fungerer, skadereduserende tiltak og tilpassede behandlingstilbud bør utgjøre kjernen i rusomsorgen.

Psykisk helse- og rusarbeid utgjør en stor del av tjenestetilbudet i kommunen og spesialisthelsetjenesten (Nordaunet, 2022, s. 15). Styrking av psykisk helse- og rusfeltet er en politisk målsetting, men mange mener politikken har vært feilslått; det er fremdeles store utfordringer knyttet til ventetid, kompetent bemanning, kvalitet og pasientsikkerhet (Nordaunet, 2022, s. 16). Folkehelse rapportens temautgave fra 2022 ser blant annet på eksisterende trender og endringer i befolkningen og presenterer sannsynlig utvikling av dødelighet og sykdomsbyrde fram mot 2050, hvor «[r]usmiddellidelser er framskrevet å komme inn på listen over de ti viktigste sykdomsgruppene, med en økning i rater på 8,5 prosent» (Folkehelseinstituttet, 2022, s. 18). Per nå har Regjeringen Støre hevdet at de «vil endre dagens ruspolitikk og skal gjennomføre en forebyggings- og behandlingsreform», og skal etter planen publisere en stortingsmelding i løpet av 2023 (Helse- og omsorgsdepartementet & Justis- og beredskapsdepartementet, 2022). Ruspolitikken er satt på den politiske dagsorden, men er det nok?

## 1.1 Valg av tema

Tema i denne oppgaven er variasjon i kommunale tjenester for personer med rusproblemer, og analysen vil se på hvordan dette kommer til syne gjennom å se på ulike faktorer i organiseringen av rusarbeidet i Drammen og Tromsø kommune. Kommunene er valgt på bakgrunn av fire faktorer: 1) de er relativt store, men ikke *for* store, 2) en antakelse om at det er relativt enkelt å finne informasjon om kommunenes rusarbeid, 3) kommunene ligger geografisk langt borte fra hverandre, og dermed ikke har så mye med hverandre å gjøre, og 4) personlig kjennskap til

kommunene fra før av. Siste faktor kan argumenteres for og imot, men til syvende og sist tror jeg kjennskap til kommunene er positivt, men det er viktig å passe på at man ikke blir partisk. Partiskhet har ikke vært en utfordring i denne oppgaven, da det kun er fakta som presenteres og deretter analyseres gjennom teori. Det er et mål at oppgaven gjennomgående skal ha et helsefokus, som kommer til uttrykk gjennom bakgrunnskapittelet som tar opp menneskerettigheter, retten til liv og helse, og folkehelseperspektivet og folkehelsearbeid. Rusomsorgen i norske kommuner er i stor grad basert på det overordnede målet om å følge folkehelsebaserte prinsipper om å fremme god helse og redusere helseforskjeller. Helse, helse, helse.

Alle er opptatt av helse – jeg også, naturligvis. Helse er jo viktig; både for enkeltfolk og for samfunnet. Helse anses av samfunnet som en positiv verdi av høy rang, både som et mål i seg selv og som et middel til å tilegne seg andre goder (Strøm, 1980, s. 33). Helse er motsatsen til sykdom – som igjen er motsatsen til det å være frisk. Helse handler om det å holde seg frisk for å unngå å bli syk. Og død er den mest alvorligste konsekvensen av sykdom. Men død, igjen, er motparten til liv. Og retten til liv er en sentral menneskerett, hvor artikkel 3 i *Verdenserklæringen for menneskerettigheter* lyder: «Enhver har rett til liv, frihet og personlig sikkerhet» (FN-sambandet, 2022). Det er likevel retten til helse som er den menneskeretten som oftest trekkes fram i forbindelse med skadelig narkotikapolitisk praksis (Stambøl, 2014, s. 70). Artikkel 25 punkt 1 om levestandard lyder: «Enhver har rett til en levestandard som er tilstrekkelig for hans og hans families helse og velvære [...]» (FN-sambandet, 2022).

FN-sambandets tredje bærekraftsmål omhandler helse og livskvalitet, og innebærer å sikre god helse og fremme livskvalitet for alle, fordi «[g]od helse er en grunnleggende forutsetning for menneskers mulighet til å nå sitt fulle potensial og for å bidra til utvikling i samfunnet» (FN-sambandet, 2023). Helsen vår påvirkes av miljø, økonomi og sosiale forhold. Delmål 3.5 fokuserer på å «[s]tyrke forebygging og behandling av rusmiddelmisbruk, blant annet misbruk av narkotiske stoffer og skadelig bruk av alkohol» (FN-sambandet, 2023). Problemer knyttet til rus påvirker miljø, økonomi og sosiale forhold. Rusavhengighet bør erkjennes som en helseutfordring – av alle og på alle plan. Og det har jo egentlig blitt det, det har bare ikke blitt gjenspeilet i myndighetenes reaksjoner overfor pasientgruppen – historisk sett. Før nå. Kanskje.

## 1.2 Problemstilling

Med utgangspunkt om at det finnes lite systematisk kunnskap om (utviklingen av) kommunale tjenester for personer med rusproblemer (Dyrstad & Ose, 2014, s. 11), og særlig variasjon i kommunalt rusarbeid, blir den empiriske hensikten med oppgaven dermed å bidra til en større

forståelse for hvordan organisering fører til variasjon i det kommunale rusarbeidet. Faglig sett, brukes elementer innen organisasjonsteori for offentlig sektor til å analysere kommunen som organisasjon, og hvordan instrumentelle, kulturelle og institusjonelle egenskaper kan forklare varians, gjennom bruk av kvalitativ dokumentanalyse.

Oppgavens problemstilling er formulert på følgende måte: **Hvordan kommer variasjon i kommunalt rusarbeid til syne gjennom analyse av to ulike kommuners organisering av rusfeltet?**

Jeg har videre organisert en rekke faktorer som jeg på forhånd vil anta har påvirkning på variasjon i det kommunale rusarbeidet i fem ulike kategorier: Økonomi, geografi, organisering, samarbeid og omdømme. Under følger en oversikt i form av en tabell (tabell 1.1). Det er disse fem kategoriene, med tilhørende faktorer, som skal analyseres og drøftes ved hjelp av det teoretiske rammeverket. Hvordan kan perspektivene innen organisasjonsteori, det instrumentelle, kultur- og myteperspektivet, forklare variasjonen som kommer frem av det empiriske materialet? Eventuelt, kan det forklare fravær av variasjon?

**Tabell 1.1** Hva påvirker variasjon i kommunalt rusarbeid?

| Økonomi       | Geografi                                      | Organisering      | Samarbeid                 | Omdømme                          |
|---------------|---|-------------------|---------------------------|----------------------------------|
| Skatteinntang | Region  | Organisasjonskart | Fylkeskommunen            | Omdømmehåndtering                |
| Tilskudd      | Befolknings-sammensetning                     | Hvem har ansvar?  | Spesialisthelsetjenesten  | Engasjement fra politiske ledere |
| Årsverk       | Typer stoff, tilgang til stoff og stoffpriser |                   | Private aktører           | Åpenhet til endring              |
| Ressurser     | Overdosedødsfall                              |                   | Frivillige organisasjoner |                                  |

### 1.3 Avgrensning, avklaringer og begreper

Det er ulike begreper som er i sving, og det er dermed aktuelt å prøve å avgrense, avklare og definere de mest sentrale begrepene som utgjør oppgaven: Avgrense tidsperiode, avklare i forhold til psykisk helse og rus som samlet felt, fokus på type rusmidler, tjenestetilbud, hvem brukerne er og hvordan de defineres, og til slutt hva som menes med variasjon som begrep i sammenheng med denne oppgaven. Det vil si, hva som utgjør min forståelse av begrepet.

### 1.3.1 Tidsperiode

Så godt det lar seg gjøre er målet å få mest mulig innblikk i hvordan situasjonen er i dag og i nærmeste framtid. Det kan gjøres ved å se på handlingsplanene til kommunene, og hvordan de har valgt å fordele sine økonomiske midler i en fireårs-periode. Dokumenter publisert fra omkring 2016 og fram til 2023 er å foretrekke. Dokumenter og artikler før dette fungerer kun som supplement og tilbakeblikk, med mindre lovgivning, handlingsplaner og lignende før den tid er aktuelt i dag og fremdeles har påvirkning på feltet.

### 1.3.2 Psykisk helse og rus

Den kommunale rustjenesten sammenfaller ofte med den psykiske helsetjenesten, da helsemyndighetene i hovedsak omtaler disse fagfeltene samlet, i tillegg til at over halvparten av kommunene velger å organisere rusarbeid og psykisk helsearbeid i samme enhet (NOU 2019: 26, 2019, s. 91). Selv om det på min side hadde vært ønskelig å separere fagfeltene, slik at jeg kun fokuserte på rus, vil det bli svært vanskelig – dagens rusomsorg, slik den er organisert, kobler rus og psykisk helse (Hanssen & Henriksen, 2020, s. 134). Drammen kommune organiserer de sammen under «Psykisk helse, rus og avhengighet». Tromsø kommune gjør begge deler, hvor de har en egen enhet for «Psykisk helse» og en for «Rustjenester», men også samler noen felt, under eksempelvis «Behandlingstilbud – psykisk helse og rus for voksne» og «Boliger for voksne med rus- eller psykiske utfordringer». Men det skal sies at rusmiddellidelser ofte opptrer sammen med psykiske lidelser, og opptil 90 prosent av pasienter i behandling for rusmiddellidelser, har én eller flere psykiske lidelser – rusmiddellidelser er gjenedende i stor grad utbredt blant pasienter med psykiske lidelser (Bramness, 2014). Rus og psykiatri-lidelse (ROP-lidelse) er betegnelsen på samtidige rus- og psykisk helse lidelser, men vil ikke få fokus i oppgaven videre.

### 1.3.3 Rusmidler

Rusmidler omfatter alkohol, vanedannende legemidler og illegale rusmidler (narkotika) (Bramness, 2014). Tobakk klassifiseres ikke som et rusmiddel. Så langt det lar seg gjøre ønsker denne oppgaven å fokusere på narkotika (illegale rusmidler), og jeg vil prioritere søk og funn som oppfyller dette ønsket. Oppgaven vil med andre ord ikke omfatte eller diskutere tiltak og tjenester som *spesifikt* retter seg mot alkohol eller vanedannende legemidler. «Organisatorisk sett», om vi kan si det på den måten, anerkjennes det imidlertid som lettere og mer effektivt å samle rusmidler under betegnelsen rus, framfor å separere de.

#### 1.3.4 Tjenestetilbud

Tjenestetilbud og tiltak til personer med rusproblemer kan være lovpålagte og ikke-lovpålagte. *Lovpålagte tjenestetilbud* er tjenestetilbud som følger regelverket for helse- og velferdstjenesten. Kommunene, etter helse- og omsorgstjenesten, er pliktige til å yte nødvendig helsehjelp til de som oppholder seg i kommunen jf. § 3-1 første ledd (NOU 2019: 26, 2019, s. 91). Dette ansvaret dekker alle pasient- og brukergrupper, dermed også personer med rusmiddelproblemer. Den kommunale helse- og omsorgstjenesten, altså primærhelsetjenesten, omfatter kommunalt rusarbeid, fastlege, psykolog, prehospitaltjenester, helsestasjon og skolehelsetjenesten, fengselshelsetjenesten, øyeblikkelig hjelp døgntilbud (ØHD), pleie og omsorg (hjemmetjenester, sykehjem), kommunale institusjoner og -boligtiltak, og boligsosialt arbeid (NOU 2019: 26, 2019, s. 91-96). *Ikke-lovpålagte tjenestetilbud* kommer i tillegg til de tjenester kommunen er pålagt å yte gjennom regelverket – og opprettes av kommunene på frivillig basis (NOU 2019: 26, 2019, s. 97). Prosjektene kan være initiert av helsemyndighetene, og delvis finansiert gjennom statlige tilskudd, men de kan også være permanente tilbud som supplerer de lovpålagte tjenestene. Skadereduserende tiltak, slik som lavterskel helsetilbud, er et eksempel på ikke-lovpålagte tjenestetilbud. Ved lavterskel helsetjenester for personer med rusproblemer trenger ikke brukerne å bestille time eller betale for tjenesten (NOU 2019: 26, 2019, s. 98).

#### 1.3.5 Brukere

Hvordan man definerer og snakker om personer med rusmiddellidelser har mye å si. Personer med problematisk bruk av rusmidler er ofte usatt for stigmatisering, noe som var et hovedfokus i forslaget til den nyeste rusreformen – nemlig å skifte forståelsen og holdningen til hva et rusproblem er og hvordan samfunnet skal reagere i møte med problemet (NOU 2019: 26, 2019, s. 19). Tidligere brukte man ofte «misbruk» som begrep om bruk av rusmidler, men da dette kan føre til ytterligere stigmatisering bruker man i dag heller «skadelig bruk» (Bramness, 2014). Skadelig bruk og avhengighet av rusmidler kalles dermed for «rusmiddelbrukslidelser», eller enklere sagt «rusmiddellidelser». Bruker man rusmidler på en slik måte at det gir helseskader, får man diagnosen «skadelig bruk» (Bramness, 2014). Videre, om man mister kontrollen over bruken, utvikler toleranse og fortsetter bruken på tross av negative konsekvenser, får man diagnosen «rusmiddelavhengighet». Det er alkoholbrukslidelser som er den hyppigste rusmiddellidelsen i Norge, og også den som fører til størst helseskade og tidlig død, men rusmiddellidelser knyttet til vanedannende legemidler og narkotika bidrar også til sykdom og tapte leveår i befolkningen. Når det er sagt, vil det gjennomgående i denne oppgaven brukes



«bruker» eller «tjenestebruker» om personer som er brukere av kommunenes tjenestetilbud. «Personer med rusproblemer» eller lignende varianter benyttes også.

### 1.3.6 Variasjon

Variasjon betyr å variere. Variere betyr å forandre, skifte, veksle eller være forskjellig (Store norske leksikon, 2018). En variant av noe er et avvik – en form som avviker fra hovedformen (Store norske leksikon, 2020). Oppgaven søker å se om vi finner variasjon, hva som er *ulikt* eller *forskjellig*, mellom to enheter (her: Drammen og Tromsø kommune) som yter tjenestetilbud til personer med rusproblemer. Det er en kjent sak at det finnes variasjon i omsorgstjenestetilbud og variasjon i kvalitet på omsorgstjenester blant norske kommuner. Men det er ikke slik at *all* variasjon er problematisk (Førland & Rostad, 2019, s. 1). Noen ganger kommer variasjon til uttrykk på grunn av tilfeldigheter og noe man ikke har kontroll over, eller som et resultat av lokal innovasjon hvor nye løsninger enda ikke har spredd seg. Variasjon er nødvendig, da det reflekterer ulike behov, preferanser og responser blant tjenestemottakere og i befolkningen. Dette betegnes som *ønsket variasjon*. *Uønsket variasjon*, derimot, dreier seg om variasjon som oppstår på grunn av brudd i lovgivning og som er ugunstig for tjenestemottakere (Førland & Rostad, 2019, s. 2). Vi kan altså snakke om variasjon i tjenestekvalitet og variasjon i tjenestetilbud. *Tjenestekvalitet* kan ses i forhold til kostnad, kontroll, system for kvalitetssikring, krav til kvalitet og viktigheten av tjenesten. Forventningene man har til kvaliteten til tjenesten handler i det store og det hele om at tjenesten fungerer. *Tjenestetilbud* ses i forhold til antall, omfang og sammenheng med behov. Forventninger til tjenestetilbud, i denne sammenheng, handler rett og slett om at de finnes.

## 1.4 Oppgavens disposisjon

Kapittel 1.0 *Innledning* har hatt som hovedformål å gi en oversikt over temaet i oppgaven, redegjøre for sentrale begreper og vedtatte begrensninger. Problemstillingen ble presentert i underkapittel 1.2, samt en antagelse om hvilke faktorer som påvirker det kommunale rusarbeidet.

Kapittel 2.0 *Bakgrunnskapittel om tema* har som hensikt å gjøre nettopp det tittelen tilsier, nemlig å gi en innføring i norsk ruspolitikk og rusomsorg. Folkehelseperspektivet, relevante reform- og endringsprosesser, og tidligere forskning tas opp i dette kapitlet.

Kapittel 3.0 *Teoretisk rammeverk* redegjør for organisasjonsteori for offentlig sektor og tre tilhørende perspektiver som lager utgangspunktet (eller rammeverket, om du vil) for analysen.

Det instrumentelle perspektivet, det kulturelle perspektivet og myteperspektivet bidrar til å se på kommuneorganisasjonen som helhet, i all sin prakt.

Kapittel 4.0 *Metodisk fremgangsmåte* starter med en innføring i kvalitativ forskningsmetode og kvalitativ dokumentanalyse, og hvordan denne metoden er brukt for å skaffe empirisk materiale til å svare på den gitte problemstillingen. En vurdering av reliabilitet og validitet blir gitt avslutningsvis i kapitlet, samt en metodisk overveielse av de anvendte dokumentene.

Kapittel 5.0 *Presentasjon av empiri* har heller ingen skjult agenda – her presenteres først resultatet fra dokumentinnsamlingen, og deretter en gjennomgang av følgende tre områder: Lovpålagte oppgaver og nasjonal rapportering, Drammen kommune og Tromsø kommune. Publiserte handlings- og dokumentplaner for gjeldende periode i kommunene er i hovedsak brukt for å finne informasjon om organisering av det kommunale rusarbeidet, samt kommunens nettsider.

Kapittel 6.0 *Analyse av diskusjon og funn* struktureres gjennom de tre perspektivene innen organisasjonsteori, som nevnt, og her analyseres funnene fra empirien opp mot det teoretiske rammeverket. Det er fokus på hvordan kommunene organiserer seg formelt, hvordan organisasjonskulturen kan ha noe å si for organisering av rusfeltet og til slutt omgivelsenes påvirkning på organisasjoners virkemåte.

Kapittel 7.0 *Konklusjon* har til hensikt å gi et svar på den presenterte problemstillingen. Konklusjonen ser også på veien videre.

## 2.0 Bakgrunnskapittel om tema

Bakgrunnskapittelet har som formål å skaffe oversikt over rusfeltet i Norge, samt internasjonalt der hvor det viser seg relevant. Det vil fokuseres på endringer over tid, og gjøres ved å først skape et overblikk over rus som tema, ruspolitikken og rustjenestefeltet i Norge. Ruspolitikk gjøres kort rede for i eget avsnitt 2.1.2. Folkehelseperspektivet tildeles et eget underkapittel (6.2). Det vil også være aktuelt å vise til reformer og endringsprosesser som har hatt innvirkning på feltet, i underkapittel 2.3, og her vil jeg ta for meg: Rusreformen 2004, Samhandlingsreformen 2012, Opptappingsplanen på rusfeltet (2016-2020) og Rusreformen 2021. Avslutningsvis i kapittelet gjennomgås tidligere, relevant forskning om tema, i underkapittel 2.4, før oppgavens teoretiske rammeverk står for tur.

### 2.1 Overblikk

#### 2.1.1 Rusomsorgen: Historisk sett

I et historisk perspektiv er «narkomani» og misbruk av «andre rusmidler» et relativt nytt fenomen, da man ikke før på 1960-tallet begynte å snakke om og definere misbruk av narkotika som et truende samfunnsproblem (Schiøtz, 2017, s. 5). Før 1960-tallet skaffet de narkomane seg stoffer via legale kanaler og for medisinsk bruk, og det var dermed et spørsmål for legene, den som misbrakte og dens pårørende – ikke samfunnet (Schiøtz, 2017, s. 16). Men fra 1965 og fremover meldte mediene i Oslo om stadig flere ungdommer som misbrakte narkotiske stoffer og som fikk alvorlige helseproblemer. Disse ungdommene skaffet seg stoffer på ulovlig vis, uten medisinske formål, anvendelse eller kontroll – bruken av narkotiske stoffer som nytelsesmiddel var nå blitt utbredt utover de små miljøene den tidligere var begrenset til.

Det vokste da frem et behov for behandlingstiltak for unge som hadde fått problemer med misbruk av narkotika, og det ble vektlagt at behandlingen måtte integreres i det ordinære hjelpeapparatet innen psykisk helsevern – senere ble det utviklet spesielle tilbud for behandling av stoffmisbrukere (Skretting & Storvoll, 2011, s. 13). Men Norge hadde allerede i 1961, som den første spesialklinikken i Europa, åpnet Statens klinikk for narkomane, hvor hovedtyngden av pasientene var de såkalt «klassiske» narkomane, eller voksne pasienter som misbrakte morfin eller andre opiatere (Skretting & Storvoll, 2011, s. 13).

#### 2.1.2 Ruspolitikken: I korte trekk

Norsk narkotikapolitikk kan sies å ha vært preget av et paradoks: På den ene siden har myndighetene forkynt det rusfrie samfunn gjennom vedtak av stadig strengere strafferettslige bestemmelser om import, produksjon, omsetning, besittelse og bruk av illegale stoffer

(Slagstad, 2016 & Schiøtz, 2017, s. 22). På den andre siden har man erkjent at dette er en utopi gjennom økende medikalisering på feltet, og utbygging av forebyggings- og hjelpeapparatet.

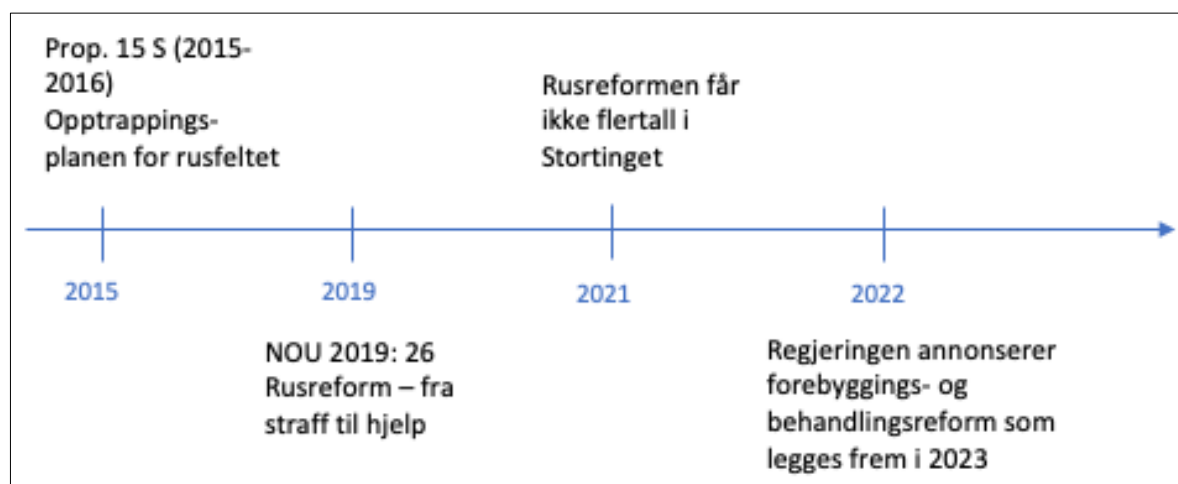
Synet på hva som ligger bak rusmiddelavhengighet og hva som igjen er den mest hensiktsmessige organiseringen av behandling har variert oppigjennom (Skretting & Storvoll, 2011, s. 12). Rusmiddelproblemer ses i økende grad som et medisinsk problem som krever medisinske hjelpe- og behandlingstiltak, i tillegg til at begrepsbruken har endret seg fra å snakke om «misbruk» til å snakke om «avhengighet» (Skretting & Storvoll, 2011, s. 9). Utviklingen i den norske ruspolitikken gjenspeiler dette, hvor vi på 2000-tallet og frem til i dag har sett at ulike regjeringer setter rusomsorg på den nasjonale dagsorden gjennom offentlige utredninger, handlingsplaner og reformer.

Dyrstad og Ose (2014) gir en god oversikt over rusfeltet fra tidlig 2000-tall og frem til 2014. I figur 2.1 ser vi en tidslinje med de mest sentrale hendelsene i norsk ruspolitikk. I figur 2.2 har jeg laget en tidslinje med de mest sentrale hendelsene i norsk ruspolitikk fra 2015 til 2022.

**Figur 2.1** Utvikling i nasjonal ruspolitikk 2000-2014 (kilde: kopiert fra Dyrstad & Ose, 2014, s. 11)



**Figur 2.2** Utvikling i nasjonal ruspolitikk 2015-2022 (kilde: Skretting, Amundsen & Bilgrei, 2023)



### 2.1.3 Rusomsorg og ruspolitikk i en internasjonal kontekst

Misbruk av ulovlige, psykoaktive stoffer er et globalt fenomen (Drugs and Public Policy Group, 2010, s. 1138). Illegale rusmidler er varer som i hovedsak er kjøpt og solgt i (ulovlige) markeder. En helhetlig forståelse av narkotikamarkedet er nødvendig for å utvikle en effektiv ruspolitikk, fordi markedets egenskaper og karakter har direkte påvirkning på hvorvidt tiltak som har til hensikt å kontrollere rusmidler fungerer – i tillegg til at det «svarte markedet» kan skade både de som er en del av narkotikahandelen og det øvrige samfunnet (Drugs and Public Policy Group, 2010, s. 1139).

Historisk sett har Norge vektlagt en restriktiv narkotikapolitikk, som først og fremst har blitt uttrykt gjennom høye strafferammer (Bretteville-Jensen et al., 2011, s. 148). I mange år har Norge hatt høye strafferammer for narkotikaforbrytelser sammenlignet med andre land. Den norske narkotikapolitikken har blitt til i samspill med nasjonale og internasjonale interesser, føringer og problemforståelser (Bretteville-Jensen et al., 2011, s. 150). Erfaringer deles over landegrensene, og vi ser at den norske politikken sakte med sikkert nærmer seg den europeiske ved å blant annet satse på forebygging og behandlingstiltak.

I et internasjonalt perspektiv er Norge part i og folkerettslig forpliktet av tre FN konvensjoner som regulerer narkotika (Prop. 92 L (2020-2021), s. 17). FN-konvensjonen av 1961 (*The Single Convention on Narcotic Drugs*) forplikter stater til å ta nødvendige grep for å begrense bruk og besittelse av narkotika til medisinske og vitenskapelige formål. FN-konvensjonen av 1971 (*The Convention on Psychotropic Substances*) forplikter statene til å forby bruk av opplistede stoffer, unntatt for vitenskapelige eller begrensede medisinske formål. FN-konvensjonen av 1988 (*The Convention against Illicit Traffic in Narcotic Drugs and Psychotropic Substances*) regulerer ulovlig transport og handel med narkotika. Rusreformutvalget understreker at de ulike statene

som er tilsluttet konvensjonene, Norge inkludert, har ulik praksis med hensyn til straffelegging av overtredelser (Prop. 92 L (2020-2021), s. 17). Portugals modell trekkes frem som en løsning som samsvarer med konvensjonene, hvor modellen balanserer sanksjonene optimalt. Bruk, erverv og besittelse av narkotika til egen bruk er ulovlig, men ikke straffbart, i Portugal, og brukere av narkotika er forpliktet gjennom loven til å møte for en nemd ved overtredelse.

#### **2.1.4 Narkotikareformbevegelsen**

Retten til helse er oftest den menneskeretten som trekkes fram i forbindelse med skadelig narkotikapolitisk praksis (Stambøl, 2014, s. 70). I mange land er ikke behandling av overdose en del av kunnskapen og rutinene til helsepersonellet, og på brukernes side er det ved overdose sterk uvillighet til å ringe ambulanse på grunn av høye kostnader for helsebehandling, frykt for involvering av politiet og arrest, og offentlig registrering som narkotikabruker (Stambøl, 2014, s. 71; WHO/UNODC, 2013). Narkotikareformbevegelsen understreker at retten til helse ikke bare forplikter stater til å sørge for at det eksisterer gode helsetjenester og behandlingstilbud for personer som bruker narkotika, men at de også er pålagt å gjøre dem tilgjengelige (Stambøl, 2014, s. 72). Staters plikt til å aktivt forhindre spredning av epidemier som HIV og hepatitt foregår allerede, og det er nettopp disse sykdommene særlig injiserende narkotikabrukere rammes av.

Narkotikareformbevegelsen bruker menneskerettighetene som strategi for å endre skadelig internasjonalt narkotikaforbudsregime, noe som har vist seg å være effektivt (Stambøl, 2014, s. 83). Verdenserklæringen for menneskerettigheter er nå 75 år gammel, men fikk ikke universell oppslutning før etter den kalde krigen (Stambøl, 2014, s. 89). Det er først i senere tid at menneskerettighetene har bidratt til ny diskusjon av en rekke diskurser på internasjonalt nivå, og nå også med potensiale om å omstrukturere den internasjonale narkotikadiskursen.

## **2.2 Folkehelseperspektivet**

Hva er «folkehelse»? Folkehelse defineres av folkehelseloven som «befolkningens helsetilstand og hvordan helse fordeler seg i en befolkning» (Helsedirektoratet, 2018, s. 12). Videre defineres folkehelsearbeid som den innsatsen samfunnet legger i å påvirke de faktorer som fremmer befolkningens helse og trivsel, forebygge sykdom, skade eller lidelse, beskytte mot helsetrusler og arbeid for en jevnere fordeling av påvirkningsfaktorer. Folkehelsearbeidet er samfunnsorientert – det vil si befolkningen som helhet eller ulike grupper i befolkningen – framfor individorientert. Om dette er hensiktsmessig i forhold til rusomsorgen, hvor den enkelte bruker har unike og individuelle opplevelser og utfordringer, kan det strides om. Men ikke her.

I den nye Folkehelsemeldinga av 2023 vil regjeringen «prioritere folkehelsearbeidet og innsatsen mot sosiale helseforskjellar» (Meld. St. 15 (2022-2023), s. 8). Rusmiddellidelser trekkes fram blant ikke-smittsomme sykdommer som årsak til tapte leveår i den norske befolkningen. En aktiv rusmiddelpolitikk vil også bidra til å redusere omfanget av vold og overgrep i samfunnet. Den rusmiddelforebyggende innsatsen anses som særlig viktig, og dens arbeid er å legge til rette for et helsefremmende samfunn med trygge oppvekstvilkår, god psykisk helse, inkluderende arbeidsliv og lokalsamfunn, og utjevning av sosiale helseforskjeller (Meld. St. 15 (2022-2023), s. 59).

En av de viktigste funksjonene til folkehelsemyndighetene er å drive politikktutvikling som omfavner og støtter opp om folkehelsearbeidet både lokalt og regionalt (Helsedirektoratet, 2018, s. 12). Folkehelseloven gir legitimitet og prioritet til folkehelsearbeidet slik at lokale og regionale aktører kan kreve sin plass i den lokale politikktutviklingen. Det er en menneskerettslig forpliktelse å arbeide for at alle kan ha en god helse og livskvalitet – en plikt nedfelt i Grunnloven (Helsedirektoratet, 2018, s. 14).

Rusmiddelbruk er et folkehelseproblem (Bramness, 2014), men «[e]t effektivt rusforebyggende arbeid gir en stor samfunnsmessig gevinst, både med hensyn til folkehelsen og bruk av samfunnets ressurser» (Rossow, 2018). For rusmiddellidelser har store konsekvenser for samfunnet, da kostnader knyttet til somatisk behandling, psykisk helsehjelp og rusbehandling i kommunehelsetjenesten og spesialisthelsetjenesten er betydelige (Bramness, 2014). Helsedirektoratet viser til at «[p]sykiske lidelser og skadelig bruk eller avhengighet av rusmidler er den viktigste årsaken til tap av helse blant barn, unge og voksne i arbeidsfør alder» (Helsedirektoratet, 2018, s. 22). I tillegg er personer med rusmiddellidelser ofte ikke i arbeid, noe som medfører utgifter til ulike trygdeordninger og sosialhjelpstønad. Ikke minst er den mest alvorlige konsekvensen av narkotikamisbruk for tidlig død (Amundsen, 2015, s. 13). I gjennomsnitt lever personer med alvorlige psykiske lidelser og rusmiddelproblemer 15-20 år kortere enn resten av befolkningen (Meld. St. 15 (2022-2023), s. 42).

### **2.2.1 Narkotikautløste dødsfall**

«Overdosedødsfall er et globalt og nasjonalt folkehelseproblem» (Prop. 1 S (2022-2023), s. 247). Personer med rusmiddellidelser har en betydelig forhøyet dødelighet (Bramness, 2014). Blant personer som bruker narkotika kan det, i tillegg til direkte narkotikautløste dødsfall, forekomme unaturlig død (ulykker og drap), og andre dødsfall som er indirekte knyttet til bruken av narkotika (Amundsen, 2015, s. 11). Inntak av narkotika kan ha betydning også ved andre dødsfall (trafikkulykker og annen voldsom død) samt ved sykdommer som hepatitt og

HIV, og er dødsfall som ikke er medregnet i de tallene FHI presenterer. Narkotikautløste dødsfall deles inn i tre hovedgrupper: Overdoser (forgiftninger), selvmord (forgiftning med intensjon) og dødsfall knyttet til mentale og atferdsmessige forstyrrelser eller avhengighet (det vil si dødsfall hvor narkotikabruken er kjent og sannsynlig dødsårsak, og hvor overdose eller annen sykdom ikke er påvist som dødsårsak) (Amundsen, 2015, s. 10).

Det første overdosedødsfallet i Norge ble registrert i 1976 (Skretting et al., 2018) som en konsekvens av tilgjengeligheten av heroin (Amundsen, 2015, s. 9). Utover 1970- og 80-tallet økte dødsfallene jevnlig, med fortsettende økning på begynnelsen av 90-tallet og fram til 2001. Sammenlignet med andre land, skårer Norge høyt når det kommer til mer intensiv og alvorlig bruk av narkotika, selv om det er lav eksperimentell- og rekreasjonsbruk (Bretteville-Jensen & Hordvin, 2011, s. 144). Det er vanskelig å tallfeste akkurat denne problembruken, så det blir vanskelig å sammenligne internasjonalt.

Intensiv bruk av stoffer som heroin, amfetamin og kokain medfører økt risiko for dårlig helse og for tidlig død, men Norges høye overdosedødsfall kan ikke forklares av problembruk alene (Bretteville-Jensen & Hordvin, 2011, s. 145). Alternative forklaringer inkluderer at «norske problembrukere har en betydelig lavere risiko for å dø av andre årsaker enn overdose», da andelen sprøytemisbrukere med HIV-smitte er generelt lavere i Norge. Vi kan også se at «norske problembrukere har et mer risikofylt bruksmønster enn det man finner i mange andre europeiske land», som forklares ved at det er injisering av heroin som er mest utbredt blant norske problembrukere. I tillegg er det «internasjonale forskjeller i prosedyrer, registreringspraksis og obduksjonsfrekvens» (Bretteville-Jensen & Hordvin, 2011, s. 146). Til slutt kan vi si at «Norge befinner seg på et tidligere stadium i narkotikaepidemien», og at antall overdosedødsfall dermed forventes å redusere seg over tid ettersom «epidemien» har vart lengre og tiltakene som er satt i gang for å motkjempe overdosedødsfallene «har fått mer tid til å virke», forklarer Bretteville-Jensen og Hordvin.

### **2.3 Reform- og endringsprosesser**

Internasjonalt sett er Norge en noe nølende reformator, og reformene som har blitt gjennomført er gjerne på den inkrementelle siden og spenner seg over lange tidsperioder (Amdam, 2002, s. 101). Sammenliknet med andre land har ikke Norge gjennomgått spesielt store eller omfattende endringer i den administrative politikken, blant annet på grunn av den brede aksepten rundt en stor offentlig sektor. De største reformene i nyere tid er nok kommunereformen som trådte i kraft i 2020, samt den store regionreformen hvor 19 fylker ble redusert til 11. Likevel deles mange av de nye fylkene opp igjen, som for eksempel Viken og Troms og Finnmark, og antallet



fylker vil øke til 15 i januar 2024. Når det kommer til norsk ruspolitikk og rusomsorg, har det fra tid til annen, særlig etter 2000-årsskiftet, blitt gjort forsøk på å skape en mer helhetlig ruspolitikk og bedre vilkår for denne gruppen. Påfølgende avsnitt viser til nettopp dette – med mer eller mindre suksessfulle resultater.

### 2.3.1 Rusreformen 2004

Helsepolitikk i både Norge og Europa bekymrer seg stadig mer for de økte kostnadene, da befolkningen består av flere eldre, flere med kronisk sykdom og økt tilgjengelighet av nye behandlinger og teknologier som setter press på helsevesenet (Nesvaag & Lie, 2010, s. 656). Reformbølgene som har skylt over Europa de siste tiårene har i stor grad blitt inspirert av New Public Management (NPM), karakterisert av organisatoriske prinsipper fra den private sektoren (Nesvaag & Lie, 2010, s. 656). Sykehusreformen av 2002 og den påfølgende rusreformen av 2004 kan sies å være et resultat av denne reformbølgen.

Rusreformen av 2004 innebar at behandling av rusmiddelmisbruk ble en del av den statlige spesialisthelsetjenesten gjennom å overflytte ansvaret fra fylkeskommunen til de regionale helseforetakene (Nesvaag & Lie, 2010, s. 655). De regionale helseforetakene hadde to år tidligere gått gjennom sykehusreformen, hvor alle spesialisthelsetjenester ble overflyttet fra fylkesnivå til de nye statlige helseforetakene. Det ble etablert fem regionale helseforetak som autonome enheter med ansvar for helsetjenestene i hver region, og rusfeltet ble dermed lagt under tre forvaltningsnivå: poliklinikker og døgninstitusjoner i staten, med flertall av døgninstitusjonene i fylkeskommunen, og sosialtjenesten i kommunen (Dyrstad & Ose, 2014, s. 12). Selv om kommunenes ansvar ikke endret seg, bidro reformen til en klarere ansvarsdeling mellom spesialisthelsetjenesten (ansvar for behandlingstilbud) og kommunene (ansvar for lokale tjenester). Målet, fra Stortingets side, var at rusmiddelavhengige skulle få et bedre og mer helhetlig tjenestetilbud – noe reformen i ettertid vurderes til ikke ha klart å oppnå. Blant annet har det blitt pekt på større behov for å utvikle samhandlingsmodeller som oppfyller kravene til mer sammenhengende og tilpasset behandling (Lie & Nesvåg, 2007; Dyrstad & Ose, 2014, s. 12-13).

### 2.3.2 Samhandlingsreformen

St.meld. nr. 47 (2008-2009) *Samhandlingsreformen: Rett behandling – på rett sted – til rett tid* var en helsereform som ble iverksatt januar 2012 (Dyrstad & Ose, 2014, s. 13). Først og fremst, hva er «samhandling»? Samhandling er et uttrykk som handler om evnen til koordinert og rasjonell oppgavefordeling i helse- og omsorgstjenester, hvor det imellom aktørene jobbes mot et felles og avtalt mål (St.meld. nr. 47 (2008-2009), s. 13). Gjennom samhandlingsreformen

ønsket regjeringen å sikre framtidige helse- og omsorgstjenester som svarer på både pasientenes behov for koordinerte tjenester og de samfunnsøkonomiske utfordringene (St.meld. nr. 47 (2008-2009), s. 14). Reformen la vekt på viktigheten av forebygging og tidlig behandling, hvor et sentralt virkemiddel er økonomiske insentiver og forpliktende samarbeidsavtaler mellom kommunene og helseforetakene. Endringene ble blant annet innført gjennom den nye folkehelseoven (Dyrstad & Ose, 2014, s. 13). Når det kommer til personer med rusproblemer, viser stortingsmeldingen om samhandlingsreformen til at disse menneskene er blant dem som blir tapere i dagens helse-Norge på grunn av manglende samhandling (St.meld. nr. 47 (2008-2009), s. 3). «Mennesker med rusproblemer og psykiske lidelser er grupper som ofte kan ha behov for flere tjenester fra ulike tjenesteytere, på tvers av nivåer og sektorer og gjerne samtidig» (St.meld. nr. 47 (2008-2009), s. 67).

### 2.3.3 Opptappingsplanen for rusfeltet (2016-2020)

Opptappingsplanen for rusfeltet (Prop. 15 S (2015-2016)) definerer rus- og psykisk helsefeltet som et «satsingsområde for regjeringen», og planen ble i hovedsak innrettet mot personer som er i ferd med å utvikle, eller allerede har etablert, et rusproblem (s. 5). Gode tjenester i brukernes nærmiljø trekkes frem som nødvendig for å lykkes med å gi personer med rusproblemer et bedre tilbud. Regjeringen Solberg ønsket en helhetlig opptappingsplan som tar for seg de tre innsatsområdene: Tidlig innsats, behandling og ettervern (s. 6). Det er særlig kommunene som har ansvar for at personer som er i ferd, eller har etablert, et rusproblem fanges opp, da fastlege, helsestasjon, hjemmetjenester og barnevern er sentrale aktører i dette arbeidet (s. 17). Gjennom vekst i frie inntekter vil regjeringen styrke kommunale tjenester til personer med rusproblemer, samt styrke behandlingsforberedende tiltak i kommunen og i spesialisthelsetjenesten (s. 56).

### 2.3.4 Rusreform – fra straff til hjelp

NOU 2019: 26 *Rusreform – fra straff til hjelp* er utredningen Rusreformutvalget avga i desember 2019. Det var et ønske fra regjeringen å gjennomføre en reform «for å sikre et bedre tilbud til personer med rusproblemer og avhengighet, der ansvaret for samfunnets reaksjon på bruk og besittelse av illegale rusmidler til eget bruk overføres fra justissektoren til helsetjenesten» (NOU 2019: 26, 2019, s. 17). Rusreformen ville med dette betydd et betydelig skifte i norsk ruspolitikk, «[e]t skifte i tenkningen og holdningen til hva et rusproblem er – og ikke minst – hvordan vi som samfunn skal møte dette problemet» (NOU 2019: 26, 2019, s. 19). Rusreformutvalget lot seg inspirere av Portugal sin modell for narkotikapolitikken i utformingen av forslaget til den nye norske modellen, med tanke på avkriminalisering og flytting av samfunnets reaksjon på bruk og besittelse fra justis- til helsesektoren. Portugal

avkriminaliserte bruk og besittelse av narkotika til egen bruk i 2001, og løftes frem både nasjonalt og internasjonalt i ordskiftet om avkriminalisering (NOU 2019: 26, 2019, s. 328).

Regjeringen Solbergs proposisjon til Stortinget om *Endringer i helse- og omsorgstjenesteloven og straffeloven m.m. (rusreform – opphevelse av straffeansvar m.m.)* ble lagt fram i februar 2021. Regjeringens forslag, basert på Rusreformutvalgets utredning om å oppheve straffansvaret for bruk av narkotika og besittelse av mindre mengder narkotika til egen bruk, fikk ikke flertall. Vedtak og forslag til lovendringer som fikk flertall, derimot, inkluderer følgende fem punkter (hentet fra Foreningen tryggere ruspolitikk, 2021):

1. Politiet skal ikke straffeforfølge overtredelser av legemiddeloven § 24 første ledd dersom overtreder tilkaller nødteater i akutte nødsituasjoner, eller hvor overtredelse avdekkes ved anmeldelse av andre straffbare forhold. Regelen gjelder for bruk og besittelse av inntil to brukerdoser.
2. Opprettelse av rådgivende enheter for russaker og utvidet bruk av påtaleunntatelse med vilkår om oppmøte ved de rådgivende enhetene. Dette er stort sett det samme som ble foreslått i rusreformen, men endret til å gjelde russaker, ikke bare narkotikasaker.
3. Opplysninger i reaksjonsregisteret om personer som er ilagt strafferettslige reaksjoner for bruk og besittelse av narkotika til eget bruk, skal sperres etter tre år – med forutsetning om at ikke registreres flere straffbare forhold i den aktuelle perioden.
4. Stortinget gikk inn for å fjerne fengsel fra strafferammen for bruk og besittelse.
5. Samfunnets reaksjoner i forbindelse med problematisk bruk av rusmidler skal være forholdsmessige, og kan knyttes til rusbruken.

Foreningen Tryggere Ruspolitikk mener vedtakene er steg i riktig retning, men at situasjonen for de fleste brukere likevel ikke vil endre seg merkbart (Foreningen tryggere ruspolitikk, 2021).

## 2.4 Tidligere forskning

Når det gjelder tidligere forskning av temaet «variasjon i kommunalt rusarbeid», er det lite som har blitt gjort. Jeg vil likevel kort presentere de studiene og rapportene jeg mener har mest relevans i forhold til oppgaven. Om noe, har det vært nyttig for å se på hva som faktisk *har* blitt gjort i tilknytning til tema, og eventuelt hva som *ikke* har blitt gjort, samt skaffe seg oversikt over feltet. Det som er sikkert er at det ikke har blitt gjort en studie som sammenligner spesifikt Drammen og Tromsø kommune sitt rusarbeid, hvilket gjør denne oppgaven unik.

Først nevnes SINTEF-rapporten *Kommunalt rusarbeid og innlemming av statlig rustilskudd i den kommunale rammen* av Karin Dyrstad og Solveig Osborg Ose fra 2014. Prosjektets formål var å skaffe mer kunnskap om det kommunale rusarbeidet, «samt analysere virkningene av at rustilskuddet fra 2013 ble lagt inn i den kommunale rammen», hvor sentrale tema var organisering, samarbeid, utfordringer, prioriteringer og innhold i tjenetene (Dyrstad & Ose, 2014, s. 10). Videre var et delmål å gi en vurdering av det kommunale tilbudet innen rusarbeid. Her trekkes det fram at det finnes lite systematisk kunnskap om det kommunale rusarbeidet. Rapporten gir en god oversikt over det kommunale (og nasjonale, for såvidt), rusfeltet fram til 2013. Når det gjelder «variasjon», spesifikt, kommer det fram i rapporten at ved spørsmål om hvordan gjeldende organisering fungerer, er det kun seks prosent av kommunene som mener at organiseringen fungerer dårlig, som kan tyde på at det er hensiktsmessig med variasjon i organisasjonsmodeller – «kommunene har organisert tjenestene på en måte som passer i den enkelte kommune» (Dyrstad & Ose, 2014, s. 30).

Ved søk på «variasjon i kommuner» i aktuelle litteratur- og forskningsdatabaser, finnes det forskningsartikler som tar for seg variasjon i kommunale omsorgs- og helsetjenester i for eksempel sykehjem. I artikkelen *Spenningsfeltet mellom standardisering, variasjon og prioritering i norske sykehjem* fra 2018 vises det til at det allerede er etablert en tjenestestandard i sykehjem som skal sikre jevnere og bedre kvalitet i tjenestene, som igjen har til hensikt å bidra til likere tjenester (Isaksen et al., 2018, s. 144). Studien viser imidlertid at det er stor variasjon i arbeidsmåter, rutiner og systemer i norske sykehjem til tross for innsatsen som er lagt ned for å standardisere tjenestene, og at denne variasjonen er en indikasjon på spenningsforholdet mellom nasjonale retningslinjer og standardisering på den ene siden, og lokal arbeidskultur, innovasjon og kommunenes autonomi på den andre.

Rapporten *Kommunal variasjon i omsorgstjenester* av Berit Otnes og Fatima Valdes Haugstveit fra 2015 beskriver dekningsgrad og omfang av ulike typer pleie- og omsorgstjenester, og hvordan dette varierer mellom ulike kommunegrupper (Otnes & Haugstveit, s. 4). Det er Statistisk sentralbyrå som har utarbeidet en oversikt over kommunale forskjeller i tildeling av omsorgstjenester, hvor det for det første har blitt utarbeidet tabeller over tjenestemottakere i forhold til innbyggertallet og hvor omfattende tjenestene er, og for det andre har det blitt utarbeidet en rapport som skal kommentere, tolke og kvalitetssikre tjenestene (Otnes & Haugstveit, s. 9). Videre understreker rapporten at det i analyse av resultatene er «viktig å være klar over at det er mange ulike mekanismer som kan føre til at kommuner i forskjellige grupper har forskjellige tjenestetilbud». Ulike rammebetingelser, forskjeller i økonomi, preferanser og

effektivitet i tjenesteproduksjonen trekkes fram som faktorer som kan påvirke forskjellene i tjenestetilbudene.

Andre relevante rapporter og kunnskapsmeldinger inkluderer rapport av Kompetansesenter rus, Region Midt-Norge, *Lokalt rusmiddelforebyggende arbeid i et folkehelseperspektiv*, (IS-2784) fra Helsedirektoratet. Formålet er å øke kunnskapen om hvordan rusforebygging kan ses som en del av folkehelsearbeidet, og beskriver hvordan kommunene kan utvikle sitt rusmiddelforebyggende arbeid innen folkehelseovens betingelser og eget handlingsrom (Kompetansesenter rus (Region Midt-Norge), 2018, s. 4). Sluttrapporten fra Deloitte av Høgskolen i Sørøst-Norge, *Insentiver for god samhandling i lokalbasert rus og psykisk helsearbeid*, utreder «hvilke virkemidler og rammebetingelser som hemmer eller fremmer god samhandling mellom tjenester og nivåer i lokalbasert rus- og psykisk helsearbeid» (Deloitte AS & Høgskolen i Sørøst-Norge, 2016, s. 8). Et interessant funn var at samhandling ofte forekom *på tross av*, og ikke *på grunn av*, de rammebetingelsene og virkemidlene som lå til grunn for organisering og utøving av tjenester (Deloitte AS & Høgskolen i Sørøst-Norge, 2016, s. 63). Dette kan vise til kommunenes autonomi og evne til å «tenke selv» og utøve kreativitet i begrensede handlingsrom. Til syvende og sist viser det at rammebetingelsene og virkemidlene som ligger til grunn for organisering og utøving av tjenester med tiden bør endres og tilpasses. Derfor er det viktig å innhente kunnskap, særlig bruker- og lokalbasert kunnskap, som legger grunnlaget for utformingen av betingelsene, samt gi kommunene stort nok handlingsrom til å utøve tjenestene det er behov for.



### 3.0 Teoretisk rammeverk

I dette kapitlet gis det en innføring i organisasjonsteori for offentlig sektor, og en gjennomgang av tre sentrale perspektiver innen organisasjonsteori: Det instrumentelle perspektivet, det kulturelle perspektivet og myteperspektivet. Det vil også gjøres antakelser om hva organisasjonsteorien og perspektivene har styrke til å forklare når det kommer til organisering av det kommunale rusarbeidet, samt hvordan de ulike kategoriene og faktorene, presentert innledningsvis i tabell 1.1, «ser ut» i de ulike perspektivene. Hva kan jeg forvente å finne ut fra perspektivenes forutsetninger? Hvordan kan perspektivene forklare de ulike kategoriene? Dette besvares avslutningsvis i en oppsummering av det teoretiske rammeverket. Den presenterte teorien blir videre operasjonalisert gjennom analyse og diskusjon av det empiriske materialet, som er å finne i kapittel 6.0 *Analyse og diskusjon av funn*.

#### 3.1 En introduksjon

I sammenheng med oppgavens tema og problemstilling gjør organisasjonsteori for offentlig sektor seg gjeldende som teoretisk rammeverk. Oppgavens problemstilling, til oppfriskning, er som følgende: *Hvordan kommer variasjon i kommunalt rusarbeid til syne gjennom analyse av to ulike kommuners organisering av rusfeltet?* Ved å studere kommunalt rusarbeid gjennom de tre perspektivene organisasjonsteori for offentlig sektor gir oss, kan vi se på, henholdsvis,

1. kommunenes formelle organisering, og om de er rasjonelle i sin beslutningstaking,
2. kommunenes interne struktur og hvorvidt beslutninger kan sies å tukte på institusjonell rasjonalitet, og
3. kommunene i forhold til sine omgivelser og hvordan de søker å oppnå legitimitet gjennom bruk av «moteriktige» tilnærminger til dagens utfordringer

Offentlig politikk utformes og iverksettes innenfor rammen av formelle organisasjoner (Christensen et al., 2015, s. 12), og den organisasjonsteoretiske tilnærmingen til offentlig politikk forutsetter at man må analysere styringsverkets organisasjon for å kunne forstå den offentlige politikkenes innhold og myndighetenes beslutninger (Christensen et al., 2015, s. 11). Organisasjonsteori er en teori om politikk, og videre understreker den organisatoriske tilnærmingen den offentlige administrasjonens kompleksitet (Trondal, 2019, s. 402; Waldo, 1952 og Frederickson et al., 2012). Organisasjoner spiller en ledende rolle i vår moderne verden (Scott, 2003, s. 1): Vi er et organisasjonssamfunn. Selv om organisasjoners eksistens strekker seg helt tilbake til oldtiden, er det kun i vårt moderne og industrialiserte samfunn at vi ser et

høyt antall organisasjoner som utfører en rekke ulike oppgaver (Scott, 2003, s. 3). Organisasjoner er blitt «allestedsnærværende», som Scott sier. «Vi lever i et gjennomorganisert samfunn», hvilket gjør det viktigere enn noen gang å forstå hvordan organisasjoner fungerer – og det er nettopp organisasjonsteorien som hjelper oss å forstå og forklare hvorfor organisasjoner «gjør som de gjør» (Jacobsen & Thorsvik, 2019, s. 14).

Det kan også være aktuelt å se om hvorvidt implementering av tiltak kan sies å være rasjonell, inkrementell eller tilfeldig. Alternativt kan det hende at det ikke har blitt gjort noe. Jeg vil ikke gjøre rede for implementeringsprosesser, med andre ord gjennomføre en policy-analyse av iverksetting og gjennomføring av offentlig politikk. Heller presenteres det tre typer logikk – konsekvenslogikk, logikken om det passende og imitasjon, som hver plasserer seg under de tre perspektivene for organisasjonsteori: Det instrumentelle-, kultur- og myteperspektivet. Perspektivene vil bidra til en helhetlig redegjørelse av kommunene og deres organisering av rusfeltet. Forklaringskraften i perspektivene hjelper oss å forstå hvordan organisasjoner i offentlig sektor fungerer i praksis, ved å se på, her, kommunenes instrumentelle og (ny)institusjonelle rasjonalitet.

### 3.1.1 Utdypende om valg av teori

*Hvorfor er organisasjonsteori og analyse av organisasjoner viktig? Økt kunnskap om organisering er et viktig virkemiddel og grunnlag for videre utvikling og utforming av tjenester. Men, hva er nytten ved bruk av organisasjonsteori som analytisk begrepsapparat? Det er hentet inspirasjon fra artikkelen *Organisasjonsteoretiske blikk på samarbeid i velferdstjenester* av Breit og Andreassen fra 2021, hvor forfatterne argumenterer for behovet for mer bevisst bruk av organisasjonsteoretiske «blikk» ved analysering av samarbeid i velferdstjenester (Breit & Andreassen, 2021, s. 8). Forfatterne ønsker å vise hva organisasjonsteorien har å tilby i forståelsen av fenomenene som studeres i forskningen av samarbeid. Deres avsluttende argument viser til hvordan «samarbeid må forstås som organisatoriske former og prosesser, og at samarbeid er et organisatorisk virkemiddel for å nå velferdspolitiske målsettinger» (Breit & Andreassen, 2021, s. 16). Til slutt spør jeg meg selv, *hvordan relaterer jeg dette til min oppgave?* Et av formålene, eller hensikten, ved å bruke organisasjonsteori for å studere variasjon i kommunalt rusarbeid, er at det belyser hvordan ulike kommuner organiserer rusfeltet etter de statlige lovgivningene, samt kan belyse kommunenes muligheter, eller begrensninger, til å iverksette tiltak som er tilpasset lokale behov.*



## 3.2 Organisasjonsteori for offentlig sektor

Som nevnt innledningsvis, er vårt samfunn et organisasjonssamfunn – vi er født og utdannet i organisasjoner, vi jobber i og leker på fritiden i organisasjoner, og mange av oss vil også dø i organisasjoner og begraves etter bestemmelser fra staten (den største organisasjonen av dem alle) (Etzioni, 1978, s. 9). I vår moderne tid, forklarer Etzioni på slutten av 70-tallet, er sivilisasjonen i aller høyeste grad avhengig av organisasjoner som den mest rasjonelle og effektive formen for sosial sammenslutning. Organisasjoner skaper et mektig sosialt verktøy ved å samordne et stort antall menneskelige handlinger, som kombinerer personale og ressurser; ledere, eksperter, arbeidere, maskiner og råmaterialer. Samtidig er velfungerende organisasjoner gode på å gjennomgående vurdere seg selv, og tilpasse seg deretter for å oppnå sine mål. Organisasjoner, i motsetning til mindre sammensetninger av mennesker (som familier, vennekretser og småsamfunn), er i stand til å tjene storsamfunnets forskjellige behov og dets innbyggere på en effektiv måte.

### 3.2.1 Den statsvitenskapelige orienterte organisasjonsteorien

Organisasjonsteori innebærer teori om organisatoriske prosesser og måter å organisere på (Breit & Andreassen, 2021, s. 8). Den statsvitenskapelige orienterte organisasjonsteorien vektlegger at også omgivelsene har betydning for offentlige organisasjoners utvikling og virkemåte, ikke bare interne strukturer – man må se på offentlige organisasjoner som politiske aktører med dynamiske relasjoner til politisk ledelse og til aktørene i samfunnet rundt dem (Christensen et al., 2015, s. 29). Ved å anvende et organisasjonsteoretisk perspektiv gir det muligheten til å se på kommuneorganisasjonen som en av mange slags organisasjoner i samfunnet (Bukve, 2014, s. 111). Men vi kan også se på kommunen som organisatorisk kompleks, med sammenknytte enheter som har ulike oppgaver og står i forhold til hverandre – og på den måten oppfatte kommunen som en del av et samlet offentlig styringssystem som må spille på lag med og ta hensyn til andre aktører i samfunnet – slik den statsvitenskapelige orienterte organisasjonsteorien forutsetter.

### 3.2.2 Kommuneorganisasjonen vs. kommunesamfunnet

Vi kan se på kommunen som todelt, ved å skille mellom «kommuneorganisasjonen» og «kommunesamfunnet» (Kommunetorget, u.å.). Kommuneorganisasjonen består av politikere, administratorer og fagfolk, mens kommunesamfunnet består av næringsliv, frivillige organisasjoner, grupper av tjenestemottakere og brukere av offentlige velferdstilbud, fylkes- og statsansatte, og den kommunale organisasjonen. Figur 3.1 illustrerer sammenhengen mellom kommuneorganisasjonen og kommunesamfunnet (etterlikning av modell fra Kommunetorget). Den kommunale organisasjonen anses dermed som en sentral del av det kommunale samfunnet,

og kan brukes som et verktøy for å nå målsettinger kommunesamfunnet har satt seg. Kommunen fungerer som en tjenesteproduserende organisasjon, og videre er mesteparten av offentlig velferdsproduksjon utført av kommuner og fylker (Innst. S. nr. 255 (2003-2004), s. 55). Den demografiske utviklingen fører til økt etterspørsel av kommunale tjenester, da blant annet antall eldre over 80 år øker.

**Figur 3.1** Sammenhengen mellom kommuneorganisasjonen og -samfunnet (kilde: Kommunetorget)



Utforming og iverksetting av offentlig politikk foregår innen visse rammer som er satt av formelle organisasjoner, som igjen enten kan styrke eller legge begrensninger for det individuelle handlingsrommet (Christensen et al., 2015, s. 12). Videre påvirker også interne trekk ved den enkelte organisasjon valg av hvilke problemer som skal løses og virkemidlene som skal bistå, i tillegg til hvilke konsekvenser som skal utheves og hvilke vurderingskriterier som legges til grunn. Samtidig påvirkes også virkemåten til offentlige organisasjoner av andre formelle organisasjoner i offentlig sektor, privat næringsliv, det sivile samfunnet og internasjonalt. Norge styres jo på tre nivåer: Statlig, fylkeskommunalt og kommunalt, hvor de tre nivåene har ansvaret for ulike oppgaver (Stortinget, 2022). Sammenliknet med mange andre land har norske kommuner en sentral stilling i samfunnet, da en stor del av befolkningen jobber innen kommunesektoren, i tillegg til at kommunen disponerer en stor andel av det samlede offentlige statsbudsjettet (Baldersheim & Rose, 2014, s. 9). Norden har en tradisjon for å være et verksted for desentralisering, demokrati og reformer, noe kommunesektorens sterke stilling i forvaltningen er en del av.

### 3.2.3 Perspektiver innen organisasjonsteori for offentlig sektor

Perspektivene innen organisasjonsteori har til hensikt å avgrense organisasjonsteori innen offentlig sektor fra organisasjonsteori generelt, og gjøres ved å fokusere på det som skal

beskrives og forklares (Christensen et al., 2015, s. 23). Det handler blant annet om å kartlegge ulike organisasjonsformer og se på hvilke effekter de ulike organisasjonsformene har. *Det instrumentelle perspektivet* tar utgangspunkt i at offentlige organisasjoner handler på vegne av samfunnet, og oppfattes dermed som redskaper rettet mot bestemte mål samfunnet anser som viktige (Christensen et al., 2015, s. 34). Politisk kontroll, mål-middel-rasjonalitet og formelle strukturer står sentralt her. *Det kulturelle perspektivet* framhever muligheter og begrensninger i etablerte kulturer og tradisjoner, og hvordan dette har utviklet seg internt over tid (Christensen et al., 2015, s. 25). *Myteperspektivet* framhever verdier i omgivelsene og hvordan dette påvirker handlingsrommet til organisasjoner (enten organisasjoner som aktører eller aktørene innad i organisasjonene). I de tre neste avsnittene følger en mer omfattende redegjørelse av perspektivene, og de respektive handlingslogikkene.

### ***Det instrumentelle perspektivet***

Vi kan starte med en enkel definisjon av organisasjoners virkemåte: «Organisasjoner er sosiale enheter (eller grupper av mennesker) som blir konstruert og rekonstruert i den hensikt å søke bestemte mål» (Etzioni, 1978, s. 11). Organisasjoner er funksjonelle.

Et hovedpoeng innen det instrumentelle perspektivet er at offentlige organisasjoner, i dette tilfellet kommuner, utfører oppgaver på vegne av samfunnet, og oppfattes dermed som redskaper eller instrumenter rettet mot å oppnå mål samfunnet anser som viktige (Christensen et al., 2015, s. 34). Dette er et uttrykk for *formålsrasjonalitet*, som vi vil at organisasjoner og medlemmene deres handler på en slik måte at resultatet av handlingene blir som de har ønsket seg. Man antar at aktørene – enten organisasjonen i seg selv eller dens tilhørende medlemmer – evner rasjonell kalkulasjon og politisk kontroll, selv om det i virkeligheten viser seg at organisasjoner ofte har uklare, motstridende og flytende målsettinger som er vanskelig å håndtere (Tvetbråten & Knutsen, 2019, s. 401).

I det instrumentelle perspektivet ser vi på hvordan organisasjoner er strukturert, og det er den formelle organisasjonsstrukturen som analyseres. Formell organisasjonsstruktur viser til arbeidsdeling og systemer for koordinering, styring og kontroll vedtatt i formelle beslutningsforum, og er som oftest skriftlig nedfelt i regelverk eller i organisasjonskart (Jacobsen & Thorsvik, 2019, s. 68). Drammen og Tromsø kommunes organisasjonskart, hvor rusfeltet er inkludert, kan bidra til å gi oss en forståelse for hvordan rusfeltet plasserer seg innad i kommuneorganisasjonene. Jacobsen og Thorsvik viser til at ved å studere den formelle strukturen, lar det oss forstå en rekke elementer ved organisasjoner: Effektivitet og

produktivitet, arbeidsmiljø og motivasjon, kommunikasjon, beslutninger, makt og konflikt, og innovasjon.

### *Konsekvenslogikk*

I det instrumentelle perspektivet er man opptatt av å kartlegge mål og mål-middel-forståelser, som viser til konsekvenslogikken – det vil si det å ta valg gjennom vurdering av alternativer og deres konsekvenser (Christensen et al., 2015, s. 35). Det er jo gjennom beslutninger at organisasjoner utretter og gjennomfører oppgaver (Brunsson & Brunsson, 2015, s. 53). Konsekvenslogikk benyttes når man prøver å se framover, ved å tenke gjennom alternativer til handlinger og tilhørende konsekvenser (Brunsson & Brunsson, 2015, s. 16). Ut fra det instrumentelle perspektivet er det forhold som øker sjansen for måloppnåing som påvirker styringen, og fra organisasjonsledelsens side kan dette skje dels gjennom utforming av strukturelle trekk, og dels gjennom formålsrasjonelle handlinger innenfor visse rammer (Christensen et al., 2015, s. 48). De strukturelle trekkenes utforming kan omfatte trekk ved byråkratiske organisasjonsformer (grader og former av hierarki), arbeidsdeling og rutiner, eller andre organisasjonsformer som styrer, kontaktutvalg og utredningsutvalg. Selv om den formelle organisasjonsstrukturen kan sies å begrense den enkelte organisasjonsmedlems handlingsvalg, skaper organisasjonen samtidig kapasitet til å realisere bestemte mål – rasjonaliteten på organisasjonsnivå kan med andre ord styrkes gjennom strukturelle trekk (Christensen et al., 2015, s. 45).

### *Den rasjonelle modellen*

Å være rasjonell i sin beslutningstaking innebærer at man er målrettet (Enderud, 2008, s. 30). Den rasjonelle idealmodellen, slik Harald Enderud beskriver den, baserer seg på følgende forutsetninger om beslutningstakeren: De har en klar og stabil målsetning, de har full informasjon om alternativer og deres konsekvenser, og beslutningstakeren antas å ville maksimere eller optimere sin nytte (Enderud, 2008, s. 30-31). Særlig i økonomisk teori gjør den rasjonelle idealmodellen seg gjeldende, hvor man ønsker å velge det alternativet hvor differansen mellom virksomhetens totalomsetning og totalomkostning er størst (Enderud, 2008, s. 33).

### *Regelmodellen*

Men den mest vanlige måten å treffe beslutninger på både i og utenfor organisasjoner, derimot, er ved den modellen vi kan kalle regelmodellen (Enderud, 2008, s. 61-62). I organisasjoner finnes det både sett av formelle regler (og uformelle regler, såkalte normer, som vi kommer tilbake til i kulturperspektivet og myteperspektivet) som forteller noe om hva man kan og ikke

kan, hva man skal og ikke skal gjøre. Regelmodellen, i sin enkleste form, består av tre elementer (Enderud, 2008, s. 63): Situasjonsforhold, beskrivelse av handlingsalternativer, og beslutningsregler, som knytter situasjonsforhold og handlingsalternativer sammen.

### ***Det kulturelle perspektivet***

La oss starte med Edgar Scheins (i Jacobsen & Thorsvik) definisjon av organisasjonskultur: «Organisasjonskultur er et mønster av grunnleggende antakelser utviklet av en gitt gruppe etter hvert som den lærer å mestre sine problemer med eksternt tilpasning og intern integrasjon – som har fungert tilstrekkelig bra til at det blir betraktet som sant, og som derfor læres bort til nye medlemmer som den riktige måten å oppfatte på, tenke på og føle på i forhold til disse problemene» (2019, s. 124). Kulturperspektivet i organisasjonsteori vektlegger hvordan de institusjonelle trekkene ved organisasjoner vokser seg mer komplekse gjennom utvikling av uformelle normer og praksiser, og hvordan organisasjonene på den måten etterhvert kan sies å etablere en egen identitet og oppfatning av hva som er gode løsninger på relevante problemer (Christensen et al., 2015, s. 23). Ofte hører man at organisasjonskulturen «sitter i veggene», og at de ansatte går gjennom en slags sosialiseringssprosess i organisasjonen.

«Institusjonelle trekk gjør en offentlig organisasjon til noe verdsatt og et vesentlig element i samfunnet» (Christensen et al., 2015, s. 70). Det finnes så klart både fordeler og ulemper ved en sterkt utviklet organisasjonskultur, men når en offentlig organisasjon har kulturelle normer og verdier som er allment akseptert og vurderes som ønskelig, er det utelukkende positivt. Troen på fornuften og rasjonaliteten i det offentlige systemet styrkes når offentlige organisasjoner går frem som gode eksempler i samfunnet. Internt gir det også effekt, ved at klare misjoner og handlingsretninger gir mening til arbeidet som gjøres, som igjen gir eksterne effekter ved at kvaliteten på arbeidet er god. Ofte har også organisasjoner med klare institusjonelle trekk lettere for å nå mål, i tillegg til at klare institusjonelle trekk sikrer individet mot maktmisbruk (Christensen et al., 2015, s. 71). Vi har alle en oppfatning av den institusjonelle strukturen til kommunen, men likevel kan lokale arbeidsmåter eller tilpasninger bidra til variasjon i landskapet. Kritikere, derimot, peker på at for sterke institusjonelle trekk kan skape offentlige organisasjoner som er rigide, innadvendte, selvopptatte, lite opptatt av tilpasning til omgivelsene og som vanskelig lar seg styre demokratisk.

### ***Logikken om det kulturelt passende***

Den grunnleggende handlingslogikken knyttet til organisasjonskultur innebærer å gjøre det som anses som «kulturelt passende» (Christensen et al., 2015, s. 54). Hva er passende atferd? Hva oppfattes som rimelig? I slike tilfeller bedriver man det som kalles *matching*. Passendelogikken

tar utgangspunkt i handlingsregler (det vil si kulturelle normer), og tar beslutninger som stemmer overens med en eller flere av disse (Brunsson & Brunsson, 2015, s. 16). Det er særlig viktig å ha fokus på tre aspekter, eller spørsmål, når man bruker logikken om det passende (Brunsson & Brunsson, 2015, s. 16-17 & Christensen et al., 2015, s. 54):

1. For det første gjelder forskjellige regler for forskjellige personer, og aktører bør spørre seg om hvilken type situasjon de står overfor. Her handler det om *gjenkjennelse*.
2. For det andre gjelder forskjellige regler i forskjellige situasjoner, og det handler om å spørre seg hvilken *identitet* som er viktigst for aktøren og institusjonen.
3. Til sist gjelder det å finne det som vil være passende handling for den personen som tar beslutningen i en gitt situasjon. Hva forventes det at aktøren og institusjonen skal gjøre? Hvilke handlingsregler forbinder situasjon og identitet?

Kulturelle og uformelle regler er primært fortidsrettet, mens instrumentelle og formelle regler er mer framtidsrettet (Christensen et al., 2015, s. 55). I et kulturperspektiv handler man i samsvar med erfaringsbaserte regler som har fungert godt i lignende situasjoner tidligere.

### ***Myteperspektivet***

I organisasjonsteoriens myteperspektiv vektlegges det at organisasjoner kan «institusjonaliseres» gjennom at de adopterer modeller for hva som blir ansett som passende for andre liknende organisasjoner i omgivelsene (Christensen et al., 2015, s. 23). Der hvor kulturperspektivet fokuserer på verdier og normer som har vokst fram innad, er myteperspektivet mer opptatt av mer skiftende verdier i omgivelsene. Og disse sosialt skapte normene kalles *myter*. Myter kan betraktes som moter, det vil si en rekke ideer og oppskrifter på hvordan moderne og tidsriktige organisasjoner skal se ut, og disse motene blir dermed også et bilde av hvordan organisasjoner skal se ut i en gitt tidsperiode (Christensen et al., 2015, s. 76). Christensen et al. forklarer at det oppstår en slags «motetvang» som legger føringer for hvordan organisasjonene skal fungere i praksis.

Ofte, i organisasjonsteorien, refereres det til den nyinstitusjonelle skolen ved snakk om myteperspektivet, hvor et nøkkelresonnement er at «organisasjoner befinner seg i institusjonelle omgivelser, hvor de konfronteres med sosialt skapte normer for hvordan de bør være utformet» (Christensen et al., 2015, s. 75). Organisasjonene må altså forholde seg til disse sosialt skapte normene for organisasjonsutforming og prøve å inkorporere og reflektere de utad, selv om de kanskje ikke gjør virksomheten mer effektiv. På overflaten blir organisasjonene mer

like gjennom denne prosessen. Det forventes at kommunene skal levere like tjenester, etter generalistkommuneprinsippet, og det er også en forventning om at rusarbeidet i Drammen og Tromsø kommune er overordnet likt. Likevel er det små variasjoner som skaper nye smakskombinasjoner i en ellers standardisert rett. Hvorvidt det tilfredsstiller alles smaksløker er et annet spørsmål – men som vi var inne på innledningsvis i oppgaven, finnes det både god og dårlig variasjon.

Den viktigste årsaken til den økende bruken av myteperspektivet er at offentlig sektor fra 1980-årene er blitt mer utsatt for ideer og oppskrifter utenfra (Christensen et al., 2015, s. 78). Røvik (2009) viser til Parsons (1956) som var den første som poengterte at organisasjoner ikke kan overleve på å være effektivitetsorienterte alene, men at man også må søke legitimitet i omgivelsene. Videreutviklet av Meyer og Rowan (1977), vektlegges det at organisasjoner må demonstrere at de lever opp til «fundamentale vestlige modernitetsnormer om kontinuerlig fremskritt, fornyelse og rasjonalitet» for å bli akseptert (Røvik, 2009, s. 26). Omgivelser er alle de forhold utenfor som potensielt kan ha effekt på organisasjonen (Jacobsen & Thorsvik, 2019, s. 192). Organisasjoner befinner seg i visse omgivelser, og omgivelsene organisasjonen befinner seg i bør derfor studeres for å kunne bedre forstå avhengighet og usikkerhet, press, legitimitet og interne maktforhold (Jacobsen & Thorsvik, 2019, s. 190).

### *Imitasjon*

Myter spres raskt gjennom imitasjon, og kan tas inn i offentlige organisasjoner uten at de nedfelles i organisatorisk praksis eller gir instrumentelle effekter. Imitasjon innebærer å ta utgangspunkt i noe som allerede har hendt, og man imiterer gjerne organisasjoner som er lik en, eller eventuelt seg selv ved en tidligere anledning dersom det viste seg å være en god løsning (Brunsson & Brunsson, 2015, s. 18). Organisasjoner imiterer hverandre ved å eksempelvis produsere produkter som ligger tett opptil konkurrentens, markedsføre seg som andre eller organisere bedriften på samme måten som andre. Imitasjon kan dermed sies å være både identitetsbevarende og identitetsskapende, ved at det stilles spørsmål om ‘hvem er jeg?’, slik som i passendelogikken, som bidrar til å gi svar på hvilke regler man bør følge, samtidig som imiterende beslutningstakere også svarer på spørsmål om ‘hvem vil jeg være?’

### **3.3 Oppsummering av teorikapittel**

Organisasjoner er ikke til å unngå. Den moderne verden er gjennomorganisert, og vi er avhengige av organisasjoner til å produsere tjenester og ta beslutninger for oss. Organisasjonsteori for offentlig sektor hjelper oss til å forstå organisasjonenes virkemåte og funksjon, og de medfølgende perspektivene innen teorien er ypperlige analyseverktøy for å

forklare organisasjonenes rasjonalitet i forhold til deres oppgaver, beslutninger og utforming. Når det kommer til det kommunale rusarbeidet, har oppgaven følgende antakelser om hvordan kategoriene, presentert innledningsvis, kan forklares ved hjelp av perspektivene.

**Tabell 3.1** Oppsummering av teorigapittel: Fordeling av kategorier under perspektiver i organisasjonsteori

| Det instrumentelle perspektivet | Det kulturelle perspektivet | Myteperspektivet |
|---------------------------------|-----------------------------|------------------|
| Økonomi                         | Organisering                | Samarbeid        |
| Geografi                        | Samarbeid                   | Omdømme          |
| Organisering                    | Omdømme                     |                  |
| Samarbeid                       |                             |                  |

*Det instrumentelle perspektivet*, som vil se på kommunen som en tjenesteproduserende organisasjon med mål om å tjene samfunnet på en slik måte at vi oppnår forhåndsdefinerte mål, vil forklare rusarbeid når det gjelder økonomi, geografi, organisering og samarbeid. Det forventes at budsjett i kommunenes handlingsplaner vil si noe kommunenes prioritet av rusfeltet. Når det kommer til geografi, for eksempel, er de regionale helseforetakene under statlig regi, og vil jobbe mot en helhetlig og samstemt målsetting. Det er ikke like stort rom for tilpasning etter lokale behov, da det i staten er en målsetning om en overordnet likhet i de tjenestene som produseres. Organisasjonskart sier oss noe om den formelle organisasjonsstrukturen, og selv om det ikke forventes at det er de største variasjonene mellom kommunene her, kan det ha betydning for effektivitet og virkemåte.

*Det kulturelle perspektivet* kan brettes ut til å treffe mange punkter, men det forventes at det er egnet til å forklare faktorer innen organisering, samarbeid og omdømme. Innen kommunen er det frihet, etter loven, til å organisere rusarbeidet slik den enkelte kommunen ser mest hensiktsmessig. Det vil være interessant å se på samarbeid i sammenheng med det kulturelle perspektivet. Selv om samarbeid også kan analyseres instrumentelt, da det ofte er satt formelle rammer for kommunalt samarbeid, kan det kulturelle perspektivet kaste lys over de ulike organisasjonskulturene og interne strukturene som har oppstått over tid. Faktorer som engasjement fra ledere og strategi i forhold til overdosedødsfall vil forventes å kunne bli sett i lys av det kulturelle perspektivet.



*Myteperspektivet* er særlig relevant i forhold til samarbeid og omdømme. Samarbeid og samskaping er ikke egentlig noe nytt, men har likevel blitt moteord innen offentlig administrasjon de siste årene. Myteperspektivet søker å forklare hvordan organisasjoner fremstår og at organisasjoner aktivt søker legitimitet i omgivelsene. Det forventes at myteperspektivet kan bidra til å identifisere hvordan kommunene bruker begreper og løsninger som er «i vinden» når det kommer til for eksempel folkehelsearbeid og spesifikt rusarbeid. Rusreformen fikk nasjonal oppmerksomhet i 2021, og har siden fått flere oppslag i media. Det forventes at kommunene selv også har satt rusfeltet på dagorden i sammenheng med dette.



## 4.0 Metodisk framgangsmåte

Metode er den måten vi går fram for å samle inn empiri (Jacobsen, 2005, s. 24). Denne oppgaven har basert seg på kvalitativ metode, og da nærmere bestemt kvalitativ dokumentanalyse. Tekster gir kunnskap om faktiske og konkrete forhold, og ved å tolke og filtrere informasjon fra tekster kan vi få tak i det som er bortenfor de nærmeste omgivelsene og vårt eget sanseapparat (Bratberg, 2014, s. 9). I denne oppgaven har det primært blitt brukt handlings- og økonomiplaner som Drammen og Tromsø kommune har utviklet for den nåværende perioden. Offentlig statistikk, offentlige dokumenter eller meldinger, nasjonale reformer, kommunenettsider og nyhetsartikler har blitt brukt for å supplere disse. Kvalitativ dokumentanalyse kan gi oss bred kunnskap om de ulike kommunene, og gjør det enkelt å finne informasjon om kommunenes ulike tjenestetilbud for personer med rusproblemer. Metodekapittelet har som formål å redegjøre for kvalitativ forskningsmetode og kvalitativ dokumentanalyse, vurdere reliabilitet og validitet, samt en metodisk overveielse av datamaterialet som er benyttet.

### 4.1 Kvalitativ forskningsmetode

For kvalitative studier er en viktig målsetning å oppnå en forståelse av sosiale fenomener, noe som derfor gjør at fortolkning har en stor betydning i kvalitativ forskning (Thagaard, 2003, s. 11). Videre er det viktig å presisere og tydeliggjøre de prosessene som fører til resultater i kvalitativ forskning, da forskningsresultatene troverdighet og overførbarhet avhenger av at kunnskapsgrunnlaget gjøres eksplisitt – som innebærer å gjøre rede for framgangsmåter under datainnsamling, opplegg for analyse og hvordan resultatene tolkes. I oppgavens metodekapittel vil jeg derfor gjennomgå opphavet til og egenskaper ved kvalitativ forskningsmetode. Jeg vil å redegjøre for kvalitativ dokumentanalyse, og om hvordan innsamling av data har foregått. Til slutt i metodekapitlet vil jeg gjøre en vurdering av reliabilitet og validitet i oppgaven, samt en metodisk overveielse av de anvendte dokumentene.

Fleksibilitet, som i stor grad preger den kvalitative forskningsmetoden, beskrives av Wadel (1991; Thagaard, 2003, s. 28) som en runddans mellom teori, metode og data. Forskeren kan altså endre innsamlingsstrategi mens analysen av dataene foregår, hvor teoretiske antakelser kan føre til endring i både datainnsamling og analyse. Den kvalitative forskningen kan dermed knyttes til en slags syklisk modell, i motsetning til den lineære. Frihet i utformingen av oppgaven har vært hjelpsomt. En av grunnene til at kvalitativ dokumentanalyse ble valgt som metode, var nettopp denne friheten til å kunne endre og tilpasse innsamlingsstrategi, teori og data underveis i arbeidet, slik at det på best mulig måte kunne svare på det problemstillingen

ønsker svar på. Den kvalitative forskningsprosessen har også flere faser som overlapper hverandre: En tidlig fase som består av å formulere forskningsspørsmål som utgjør utgangspunktet for undersøkelsen, deretter innsamling av datamaterialet, for så å analysere og tolke materialets innhold, før vi avslutningsvis presenterer resultatene (Thagaard, 2003, s. 29). Det er i det store og det hele slik utformingen av denne oppgaven har foregått. En slags strukturert runddans kan det sies å ha vært.

## 4.2 Kvalitativ dokumentanalyse

Typen av studier som i hovedsak baserer seg på bruk av foreliggende materiale, kan generelt kalles for «kildestudier» (Engelstad et al., 2005, s. 163), eller «dokumentanalyse» som er betegnelsen jeg har valgt å bruke i denne oppgaven. Den danske historikeren Kristian Erslev kalte slik type metode for «finnekunst» (Kjeldstadli, 1992, s. 143). Det innebærer kunnskapssøking, kilde-, arkiv- og håndbokkunnskap. I Knut Kjeldstadlis bok, *Fortida er ikke hva den en gang var* fra 1992, står det følgende om metode: «Om historien begynner med et spørsmål, er det neste å finne materiale som kan gi svar. Hva slags spor av fortida har vi? Hva slags levninger har vi som potensielt kan brukes som kilder?» (1992, s. 143). Ganske grunnleggende greier. Vi starter med en problemstilling, spørsmålet, for så å finne tidligere litteratur og empiri som kan gi svar til den valgte problemstillingen. Hva finner vi i litteraturen? Hva finner vi i empirien og datamaterialet? Hva slags levninger, eller spor, kan vi så trekke ut fra materialet?

Dokumentanalyse er en verdifull forskningsmetode, og innebærer å analysere en mengde ulike dokumenter som bøker, avisartikler, vitenskapelige tidsskriftartikler og rapporter (Morgan, 2022, s. 64). Ethvert dokument som inneholder tekst er en potensiell kilde for kvalitative analyser. En god grunn til å benytte seg av dokumentanalyse, som forutsetter å analysere data som allerede finnes, er at det gjør arbeidet rimelig og lett tilgjengelig. Slik metode gir oss bred adgang til en rekke ulike databaser, statistikkbanker, forskningsartikler og alt annet et enkelt internettsøk har å by på. Fordeler inkluderer i tillegg stabilitet i dataen – jeg som forsker har ikke mulighet til å påvirke datamaterialet. Derimot har jeg som forsker mulighet til å velge den dataen som tilfredsstillende de kravene til informasjon som problemstillingen forutsetter, og jeg har dermed mulighet til å håndplukke materialet som skal analyseres, samt utelukke data som anses irrelevant. Når det kommer til ulemper til bruk av kvalitativ dokumentanalyse, kan man vise til at det kan forekomme begrensninger i datamaterialet – det kan være viktig informasjon *andre* metoder har mulighet til å avdekke (Morgan, 2022, s. 66), i tillegg til at det rett og slett ikke finnes data om det temaet du forsøker å generere data om (s. 67). I sammenheng med mitt arbeid, kan det være en fare for at kommunene kun deler de data den har lyst at offentligheten

skal se, eller at offentlige dokumenter er partiske og kun viser en side av en sak som kun støtter forfatterens virkelighetsoppfatning.

Kvalitativ dokumentanalyse ble likevel vurdert som den mest hensiktsmessige metoden for å samle inn data, da det finnes tilstrekkelig med informasjon fra både Drammen og Tromsø kommune til å gjøre en analyse av det kommunale rusarbeidet. Morgan (2022) viser til fire kriterier for utvelging av dokumenter: Autentisitet, troverdighet, representativitet og mening (s. 70; Flick, 2018). I utvelgingsprosessen oppsto det ingen mistanker om at de offentlige dokumentene eller statistikken var tuklet med, selv om en bør ha i bakhodet at kommuner ofte vil fremstå best mulig i presentasjon av seg selv. Likevel har ikke dette blitt ansett som å være et problem, i tilfellet med denne tematikken.

Analysen av datamaterialet er basert på en teoretisk dreven analyse, hvor organisasjonsteori for offentlig sektor og de tre perspektivene (det instrumentelle perspektivet, det kulturelle perspektivet og myteperspektivet) i stor grad har drevet analysen fremover. Kapittel 6.0 *Analyse og diskusjon av funn* er strukturert etter de tre perspektivene, da dette ble vurdert som mest hensiktsmessig i forhold til temaet, og skaper en god oversikt og struktur.

### **4.3 Innsamling av data**

#### **4.3.1 Litteratursøk og søk av offentlige dokumenter**

Søk etter litteratur ble i hovedsak utført på norsk i Oria (søketjenesten til Universitetsbiblioteket) og Google Scholar. Ofte ble det gjort enkle Google-søk for å raskt finne fram til åpent tilgjengelige offentlige dokumenter fra regjeringen og Stortinget. Drammen kommune og Tromsø kommunes egne nettsider ble hyppig brukt for å finne fram til aktuell informasjon om kommunene, av kommunene. EndNote (versjon X9) er gjennomgående brukt som referanseverktøy, og anses som et godt hjelpemiddel til å få oversikt over referanser og formatere referanselisten. Snøballmetoden, som har vært til hjelp i denne oppgaven, er en metode for generering av dokumenter, og går ut på å forfølge referansene mellom dokumentene, hvor det ender med at en referanse i et dokument leder til andre dokumenter (Lynggaard, 2012, s. 158). Snøballmetoden er nyttig for å finne nye forfattere og avsendere, og kan gi et varierende utvalg dokumenter om temaet (Lynggaard, 2012, s. 159).

#### **4.3.2 Krav til inkludering av dokumenter**

Det har ikke vært tid til å lese gjennom alle de offentlige dokumentene som er tilgjengelig om temaet og jeg har dermed stilt meg selv fire enkle spørsmål for å avgjøre om dokumentene er

relevante eller ikke. Ofte fant jeg ut ved å lese innledningen om artikkelen eller dokumentet var aktuell for inkludering. Under følger spørsmålene, i mer eller mindre spesiell rekkefølge:

1. Er overskriften taltalende og relevant?
2. Er den publisert i nyere tid?
3. Hvem har publisert den, eller hvem er forfatter bak?
4. Er innholdet og temaet relevant for problemstillingen?

#### 4.3.3 Systematisk søk av offentlige dokumenter

Offentlighetsloven gir alle rett til innsyn i dokumenter i offentlig forvaltning, som vil si saksdokumenter, journaler og andre lignende registre (Offentleglova, 2006). Loven gjelder ikke for Stortinget, Riksrevisjonen, Sivilombudsmannen eller domstolene. Siden jeg kun har brukt offentlige dokumenter, har det ikke vært nødvendig å ta etiske eller moralske hensyn til personvern eller sensitiv informasjon. Det viktigste jeg som forsker kan gjøre er å presentere informasjonen riktig, referere riktig og ikke presentere informasjon uten kontekst. Kommunenes digitale innsynsportaler, eInnsyn og Kudos gjør det mulig å få innsyn i offentlige dokumenter, postjournaler, politiske møter og saker fra kommunale valg. De digitale innsynsportalene og søkemotorene gjorde det enkelt å finne relevante dokumenter, og jeg opplevde at de ga god oversikt. Likevel endte jeg opp med å avskrive eInnsyn som dokumentinnsamlingsøkemotor, da bestilling av dokumenter ville bli for omfattende, samt at det ville risikere at dokumentene ikke hadde noe relevans. Jeg valgte dermed å gjennomgå et systematisk søk av offentlige dokumenter i følgende portaler: Drammen kommunes innsynsportal, Tromsø kommunes innsynsportal og Kudos. Resultater fra søk i eInnsyn presenteres likevel. Under følger en oversikt med søkeportal, søkeord og resultater (i form av antall treff på søkeord). Aktuelle dokumenter presenteres i en egen tabell i starten av kapittel 5.0 *Presentasjon av empiri*.

##### *Drammen kommunes innsynsportal*

Det ble foretatt et enkelt søk under fanen «Politikk». Søkeordene «rus» og «rusreform» ga henholdsvis 1 og 2 treff i innsynsportalen. Det anses som overraskende lite treff, men det kan være på grunn av valg av søkeord eller tilgjengelighet av dokumenter.

##### *Tromsø kommunes innsynsportal*

Det ble foretatt et enkelt søk under fanen «Møter». Søkeordene «rus» og «rusreform» ga henholdsvis 6 og 0 treff i innsynsportalen. Det samme gjelder her: Det anses som overraskende lite treff, men det kan være på grunn av valg av søkeord eller tilgjengelighet av dokumenter.

### *eInnsyn*

eInnsyn er en søketjeneste for informasjon knyttet til offentlig sektor, og publiserer postjournaler fra statlige, kommunale og fylkeskommunale organ, i tillegg til informasjon om møter og utvalg i disse (eInnsyn, u.å.). eInnsyn bidrar til åpenhet og innsyn i forvaltningen, og gjør det lettere for brukere å finne informasjon om offentlig saksbehandling. Jeg gjorde enkle søk (i motsetning til avanserte søk). Søkeordene «Drammen kommune rus», «Drammen kommune rusreform» og «Drammen kommune narkotika» ga henholdsvis 60, 1 og 16 treff i eInnsyn. Søkeordene «Tromsø kommune rus», «Tromsø kommune rusreform» og «Tromsø kommune narkotika» ga henholdsvis 134, 1 og 22 treff. Dokumentene kunne enkelt bestilles og bli tilsendt per e-post etter behandling (som kunne ta noen dager), så jeg endte opp med å avskrive dette da det ville ta for lang tid. Det bør nevnes at eInnsyn viste dokumenter som ikke hadde noe med den kommunen som ble søkt på å gjøre, som gjorde at mange av dokumentene ikke var relevante – som til ettertanke ikke gjorde søkemotoren særlig pålitelig eller oversiktlig. Det kan tyde på at den enten er svakheter i eInnsyn som søkemotor eller mine valg av søkeord. Jeg er åpen for kritikk, men det viste seg altså at eInnsyn ikke var så hjelpsom for mitt formål allikevel.

### *Kudos*

Kudos (*Kunnskapsdokumenter i offentlig sektor*) er en dokumentsamling og søkemotor for offentlige kunnskaps- og styringsdokumenter, hvor man kan finne evalueringer, utredninger, årsrapporter, tildelingsbrev, NOU-er, planer og strategier, og proposisjoner og meldinger til Stortinget. Her har jeg filtrert etter år: 2019-2023. Søkeordene «kommunalt rusarbeid», «ruspolitikk» og «rustjenester» ga henholdsvis 45, 30 og 21 treff.

## **4.4 Reliabilitet, validitet og vurdering av dokumentmaterialet**

For å sikre god kvalitet i kvalitativ forskning er det viktig å særlig ha fokus på tre kriterier: Pålitelighet, gyldighet og generaliserbarhet (Tjora, 2017, s. 231). For å sikre *pålitelighet*, også kjent som reliabilitet, har jeg sørget for sammenheng, en rød tråd, gjennom hele forskningsprosjektet, samt et mål om å opptre nøytralt og objektivt ved å redegjøre for hvordan perspektivene eller teoriene har inspirert forskningsdesignet og formidling av resultater i analysen. *Gyldighet*, eller validitet, handler jo i hovedsak om at man finner svar på det man ønsker å finne svar på. En forskbar problemstilling trekkes frem som en forutsetning her. *Generaliserbarhet* er ikke et eksplisitt mål i denne oppgaven, men heller implisitt i den forstand at det fokuseres på transparens, åpenhet og forskningsmessig integritet for å formidle til leseren de valg som er tatt underveis i forskningsprosessen. Tjora (2017, s. 248) understreker i alle fall viktigheten av nettopp dette.

Det er i forbindelse med presentasjon av analysens dokumentmateriale, som presenteres i tabell 5.1, på sin plass å presentere noen metodiske overveielser av de anvendte dokumentene (Lynggaard, 2012, s. 166). Lynggaard viser til at det som oftest vurderes i forhold til: Autentisitet, troverdighet, representativitet og mening. *Autentisitet* handler om at opprinnelsen til og avsenderen av et dokument kan identifiseres entydig, noe som ikke kan sies å ha vært et problem i denne oppgaven da det i hovedsak er brukt dokumenter fra sentrale (staten) og lokale (kommunene) myndigheter. Noen videre vurderinger av autentisitet anses ikke som nødvendig. *Troverdighet* viser til eventuelle usikkerheter eller skjevheter (bias) forbundet med et dokument eller sett av dokumenter (Lynggaard, 2012, s. 167). Dokumentene som er brukt vurderes som troverdige i den forstand at det ikke er blitt brukt avisoppslag eller taler fra nøkkelpersoner som kan dra konklusjonene i en viss retning. *Representativitet* handler om vurderinger av i hvilket omfang et dokument representerer et typisk fenomen eller uregelmessigheter eller brudd med en diskurs, forklarer Lynggaard. Dokumentmaterialet vurderes som representativt i forhold til problemstillingen det ønskes svar på, da det har vært nok data til å analysere og diskutere i forhold til oppgavens hensikt. *Mening* viser til vurdering av om meningen i et dokument fremstår klart (Lynggaard, 2012, s. 168). Dokumentene vurderes som meningsfulle, og det har ikke oppstått situasjoner hvor meningsinnholdet har vært uklart.



## 5.0 Presentasjon av empiri

Empiri er innhentet kunnskap gjennom systematisk observasjon og undersøkelse – det er med andre ord studiens *data* (Malt & Tranøy, 2021). Det er vanskelig å forestille seg empiriske undersøkelser uten dokumenter (Lynggaard, 2012, s. 155). I dette kapittelet presenteres resultatene fra datainnsamlingen, som både en oversiktlig tabell med de aktuelle dokumentene, og gjennom presentasjon og analyse av utdrag fra dokumenter om nasjonal lovgivning, opptrappingsplaner, kommunale handlingsplaner, og statistikk fra økonomirapporter og ulike statistikkbanker.

### 5.1 Resultat fra dokumentinnsamling

Det er hensiktsmessig å presentere det samlede dokumentmaterialet i en oversikt (Lynggaard, 2012, s. 165). Resultatet fra dokumentinnsamlingen, som den er beskrevet i metodekapittelet, presenteres i tabell-form. Tabell 5.1, inkluderer tilgjengelige offentlige dokumenter. Den er organisert ved å først presentere aktuelle vedtak og rapporter som gjelder hele landet, for så å presentere dokumenter fra Drammen og Tromsø kommune. Kun dokumenter jeg har ansett som relevante for oppgavens formål og problemstilling er tatt med i oversikten.

**Tabell 5.1** Inkluderte offentlige dokumenter

| Forfatter                                 | År   | Tittel (og saksnummer/referanse)  |
|---|------|---|
| <b>Vedtak og rapporter</b>                |      |   |
| Bakstad, Brittelise                       | 2022 | Etablering av rådgivende enheter for russaker i alle landets kommuner (22/12481-1)                |
| Ose, Solveig Osborg & Kaspersen, Silje L. | 2022 | Kommunalt psykisk helse- og rusarbeid 2022: Årsverk, kompetanse og innhold i tjenestene (IS-24/8) |
| <b>Drammen kommune</b>                    |      |   |
| Jelstad, Glenly                           | 2020 | Saksfremlegg. Ny behandling – Høring – Rusreform – fra straff til helse (20/20)                   |
| Viken kommunerevisjon                     | 2021 | Samhandlingsreformen innen somatikk og psykisk helse og rus (Forvaltningsrevisjon april 2021)     |
| Drammen kommune                           | 2022 | Handlings- og økonomiplan 2023-2026   |
| Drammen kommune                           | 2022 | Økonomirapport per oktober 2022   |
| <b>Tromsø kommune</b>                     |      |   |
| Tromsø kommune                            | 2021 | Boligplan for rus- og psykisk helsefeltet 2021-2023   |

|   |      |  |
|---|------|--|
| Nicolaisen, Magne & Solhaug,<br>Hanne Katinka | 2022 | Svar på høringsuttalelse: Nasjonal helse og samhandlingsplan 2024-2027 (av 31.3.2022) (21/14891-4) |
| Tromsø kommune                                | 2022 | Handlingsprogram 2023-2026 (sak 163/22)  |

## 5.2 Lovpålagte oppgaver og nasjonal rapportering

### 5.2.1 Rådgivende enhet for russaker

I april 2022 ble det sendt ut et brev om ny lovpålagt oppgave til alle landets kommuner: Etablering av rådgivende enheter for russaker innen 01.07.2022 (Bakstad, 2022, s. 1). Det ble allerede varslet om etablering og kompensasjon av «rådgivende enheter for narkotikasaker» (som ble endret til «rådgivende enhet for russaker» etter forslag fra Arbeiderpartiet under Helse- og omsorgskomiteens behandling av forslaget til rusreform) i mai 2021, da regjeringen Solberg la fram Kommuneproposisjonen 2022. Den nye lovpålagte oppgaven har bakgrunn i vedtak av ny lov om kommunale helse- og omsorgstjenester (§ 3-9 b) om etablering av rådgivende enheter i kommunene, og vedtak av lov om endringer i straffeloven.

Kommunene står fritt til å organisere rådgivende enhet for russaker slik de selv finner det hensiktsmessig, og må ikke være en *fysisk* enhet, men heller en *funksjon* der personell fra ulike deler av den kommunale helse- og omsorgstjenesten og andre sektorer kan inngå (Bakstad, 2022, s. 2). Enhetens primære oppgave er å gi oppfølging, råd og veiledning til personer som ilegges møteplikt. På lang sikt forventes det at enheten skal kunne ha ytterligere oppgaver eller funksjoner som understøtter viktige formål i helse- og omsorgstjenesten. Helsedirektoratet, i samarbeid med relevante aktører, utviklet veiledende materiell til bruk i de nye enhetene i kommunene, som innebærer rutiner og prosedyrer for blant annet oppfølging, nødvendige samtaler og rusmiddeltesting (Bakstad, 2022, s. 3).

#### *Om opprettelse av rådgivende enhet for russaker i Drammen kommune*

Drammen kommunes rådgivende enhet for russaker, jf. lov om kommunale helse- og omsorgstjenester § 3-9, gir informasjon, råd og veiledning til personer som ilegges møteplikt (Drammen kommune, 2022c). Personer som blir tatt for narkotikabruk eller med mindre mengder narkotika til eget bruk, skal ikke lenger straffes, men pålegges heller obligatorisk rådgivning og tilbys behandling. Rådgivende enhet skal innebære veiledning, råd og generell informasjon om helsefare og risiko ved rusmiddelbruk til innbyggerne. Det vil være obligatorisk å møte opp hos rådgivende enhet for å unngå vanlig straffereaksjon (bot eller fengselsstraff fra påtalemyndighetene). Videre har også rådgivende enhet ansvar for

rusmiddeltesting av personer etter vilkår fra påtalemyndighet. På kommunens nettside er det lagt fram informasjon om hvordan man kan kontakte rådgivende enhet, via e-post eller telefon. Rådgivende enhet er organisert under helse og omsorg, og videre under psykisk helse, rus og avhengighet, noe som er en naturlig plassering – vil nå i alle fall jeg si.

#### *Om opprettelse av rådgivende enhet for russaker i Tromsø kommune*

Tromsø kommune har opprettet rådgivende enhet for russaker, jf. lov om kommunale helse- og omsorgstjenester § 3-9 b, som gir informasjon, råd og veiledning til personer som ilegges møteplikt (Tromsø kommune, u.å.). Særlig har rådgivende enhet kompetanse på forebygging og rusproblematikk, og kan i tillegg henvise til individuell oppfølging ved ønske, står det via kommunens nettside. På nettsiden viser de til at rådgivende enhet kan kontaktes via telefon, mandag til fredag fra klokken 09.00-15.00. Rådgivende enhet for russaker er organisert under helse og omsorg, og videre under rustjenester.

Drammen kommune ser ut til å gi mer informasjon enn Tromsø kommune på sin kommunenettside om hva rådgivende enhet for russaker er. Dette øker tilgjengeligheten av informasjon, da brukere og andre med en gang får kunnskap om hva rådgivende enhet for russaker er.

#### **5.2.2 Forebyggings- og behandlingsreform på rusfeltet**

I Proposisjon til Stortinget (forslag til stortingsvedtak) For budsjettåret 2023, ønsker regjeringen å «gjennomføre en forebyggings- og behandlingsreform for rusfeltet som styrker kommunenes rusmiddelforebyggende innsats og oppfølging etter tverrfaglig spesialisert rusbehandling mv.» (Prop. 1 S (2022-2023), s. 245). Da det er kommunene som i størst grad har ansvar for ivaretagelse av personer med rusproblemer, er det naturlig at det er kommunenes innsats som skal styrkes. Behovet for samhandling og tverrfaglig samarbeid har vært fokus lenge, og anses som en nødvendighet for å møte de utfordringene (alvorlig) rusavhengighet fører med seg. Sammensatte problemer har behov for sammensatte løsninger. I løpet av høsten 2023 tas det sikte på å legge fram en reform i form av en stortingsmelding, som omfatter hele bredden av bruk og avhengighet (alkohol, legemidler, dopingpreparater og narkotika). Et sentralt formål er at forebyggings- og behandlingsreformen skal bidra til å (naturligvis) forebygge og redusere de negative konsekvensene rusmiddelbruk har for enkeltpersoner og for samfunnet. Rusproblematikk er et fokus i regjeringen Støres Hurdalsplattform (regjeringsplattformen til Jonas Gahr Støres regjering med Arbeiderpartiet og Senterpartiet), hvor den planlagte forebyggings- og behandlingsreformen for rusfeltet, som skal styrke kommunenes forebyggende tilbud og et integrert ettervern, blant annet står i fokus

(Arbeiderpartiet & Senterpartiet, 2021, s. 62-63). Ruspolitikken er nok en gang satt på dagsorden. Det vil være spennende å se om det vil bære frukter.

### 5.2.3 Kommunalt psykisk helse- og rusarbeid 2022 (IS-24/8)

Rapporteringen for kommunalt rusarbeid (IS-8) ble i 2015 slått sammen med rapporteringen for kommunalt psykisk helsearbeid (IS-24). Rapporten er et forskningsprosjekt som utføres av Sintef på oppdrag fra Helsedirektoratet. IS-24/8-prosjektet bidrar til å formidle helsemyndighetene om føringer, planer og forventninger til de kommunale tjenestene innen psykisk helse- og rusarbeid, samt at kommunene selv får formidlet sine erfaringer, forventninger og behov tilbake til myndighetene (Ose & Kaspersen, 2022, s. 2). Kommunalt psykisk helse- og rusarbeid omfatter forebygging, kartlegging og utredning, behandling, rehabilitering, oppfølging og skadereduksjon (Sintef, 2022). Hovedsakelig utføres psykisk helse- og rusarbeid av helse- og omsorgstjenesten, men andre sektorer og tjenester i kommunen er også involvert. Videre presenteres rapportens utredninger når det gjelder kompetanse og årsverk i landets kommuner.

#### *Om kompetanse*

IS-24/8-rapporten har kartlagt videreføring av kapasitet og kompetanse etter opptrappingsplanen for rusfeltet (2016-2020), samt rådgivende enhet for russaker og oppfølging av somatiske helseplager (Ose & Kaspersen, 2022, s. 103). Opptrappingsplanen hadde tre innsatsområder: Tidlig innsats, behandling og oppfølgingstjenester, hvor bevilgning til rusfeltet økte med 2,4 milliarder kroner i den respektive perioden. I kartleggingen for 2016 meldte mange kommuner om behov for øremerking av midlene som en del av opptrappingsplanen, fordi det ble definert et behov for at midlene ble sikret de rette brukerne da rustjenestene ofte er en liten tjeneste i kommunen som helhet. Mange forventet også en betydelig kapasitetsøkning gjennom ressurser til flere faste ansatte, og særlig midler til forebygging blant barn og unge. I 2021 svarte halvparten av kommunene (49 prosent) at de i stor eller svært stor grad hadde videreført kapasiteten og kompetansen opptrappingsplanen medførte, mens 15 prosent svarte at opptrappingsplanen ikke hadde hatt noen direkte konsekvenser.

Rapporteringen inneholdt i tillegg spørsmål om hvorvidt kommunene kjenner til det nye lovverket om etablering av rådgivende enhet for russaker (Ose & Kaspersen, 2022, s. 113). Det vises ikke til hver og en av kommunene, men det kategoriseres ved antall innbyggere, samt fylkeskommuner. Tallene viser at andelen som svarte «ja» var høyere i større kommuner enn i mindre: 95 prosent av kommuner med 50 000 innbyggere eller mer svarte «ja», mot 60 prosent

av kommuner med færre enn 2000 innbyggere. Drammen og Tromsø kommune har begge over 50 000 innbyggere. Når det kommer til fylker, svarte 89 prosent av kommunene i Viken fylke at de kjenner til lovvedtaket, og 58 prosent av kommunene i Troms og Finnmark svarer at de også er kjent med lovvedtaket om etablering av rådgivende enhet for russaker (Ose & Kaspersen, 2022, s. 114). Rapporten kan rapportere at de finner systematiske forskjeller når de ser på kommunestørrelse og mellom fylker, hvor kommuner i blant annet Viken og Troms og Finnmark systematisk ligger *lavere* når man kontrollerer for kommunestørrelse. Rapporten vurderer at kommuner med mange årsverk har større sannsynlighet for å ha startet arbeidet. Blant kommunene i Viken fylke svarte 94 prosent at de både var kjent med lovvedtaket og hadde startet arbeidet, mot 40 prosent av kommunene i Troms og Finnmark (Ose & Kaspersen, 2022, s. 115). Dette er en betydelig forskjell.

### *Om årsverk*

Et årsverk er det arbeidet en fulltidsansatt arbeidstaker utfører i løpet av et år. På landsbasis ble det i 2022 rapportert totalt 17 074 årsverk i psykisk helse- og rusarbeid i landets kommuner (Ose & Kaspersen, 2022, s. 43). Drammen er en av de ti største kommunene i landet, hvor de største kommunene/bydelene utgjør sju prosent av antall kommuner/bydeler og hele 36 prosent av innbyggerne i landet (Ose & Kaspersen, 2022, s. 66). Drammen har 28 årsverk for psykisk helse- og rusarbeid per 10 000 innbyggere (resten av tallene presentert, er også målt i per 10 000 innbyggere, til leserens informasjon). Videre, for tjenester til voksne, har kommunen 28 årsverk per 10 000 innbyggere, og for tjenester til barn har kommunen også 28 årsverk (Ose & Kaspersen, 2022, s. 325). Tromsø kommune, på den andre siden, har 23 årsverk for psykisk helse- og rusarbeid, 24 årsverk i tjenester for voksne, og 17 årsverk i tjenester for barn (Ose & Kaspersen, 2022, s. 330). Tallene presenteres i tabellen nedenfor. I det neste avsnittet diskuteres befolkningssammensetning, og blant annet hvordan årsverkene kan sies å gjenspeile kommunenes befolkning. Til sammenligning er det tatt med fordeling av årsverk i Helseregion Sør-Øst (som Drammen kommune tilhører) og Helseregion Nord (som Tromsø kommune tilhører), målt i per 10 000 innbyggere.

**Tabell 5.2** Årsverk for psykisk helse- og rusarbeid 2022 per 10 000 innbyggere (kilde: IS-24/8, 2022)

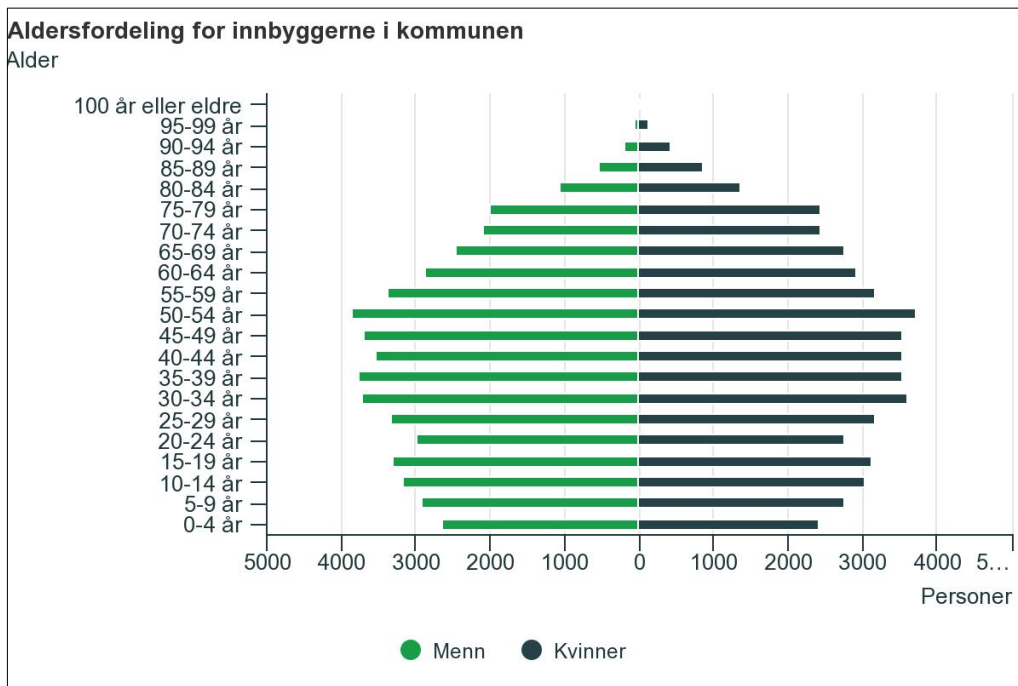
|                            | Totalt | Tjenester til voksne | Tjenester til barn |
|----------------------------|--------|----------------------|--------------------|
| <b>Drammen kommune</b>     | 28     | 28                   | 28                 |
| <b>Tromsø kommune</b>      | 23     | 24                   | 17                 |
| <b>Helseregion Sør-Øst</b> | 29     | 33                   | 28                 |
| <b>Helseregion Nord</b>    | 32     | 33                   | 32                 |

#### 5.2.4 Befolknings sammensetning

Det er forskjeller i norske kommuner når det kommer til befolknings sammensetning, geografisk struktur og størrelse, noe som medfører variasjon mellom kommunene i hvilke behov innbyggerne har for de ulike kommunale tjenestene (Melberg & Alver, 2003, s. 12). Drammen kommune befinner seg i Viken fylke, med et innbyggertall på omtrent 103 000. Nye Drammen kommune, etter kommunesammenslåingen den 1. januar 2020, består av de tidligere kommunene Drammen, Nedre Eiker og Svelvik (Drammen kommune, 2022a). Kommunen grenser til Lier, Holmestrand, Modum og Øvre Eiker. Tromsø kommune, på den andre siden av vårt langstrakte land, ligger i Troms og Finnmark fylke (tidligere Troms), og har et innbyggertall rett i underkant av 78 000 (etter tall fra 2022). Kommunen omfatter blant annet Tromsøya, Kvaløya, og grenser til kommunene Karlsøy, Lyngen og Balsfjord.

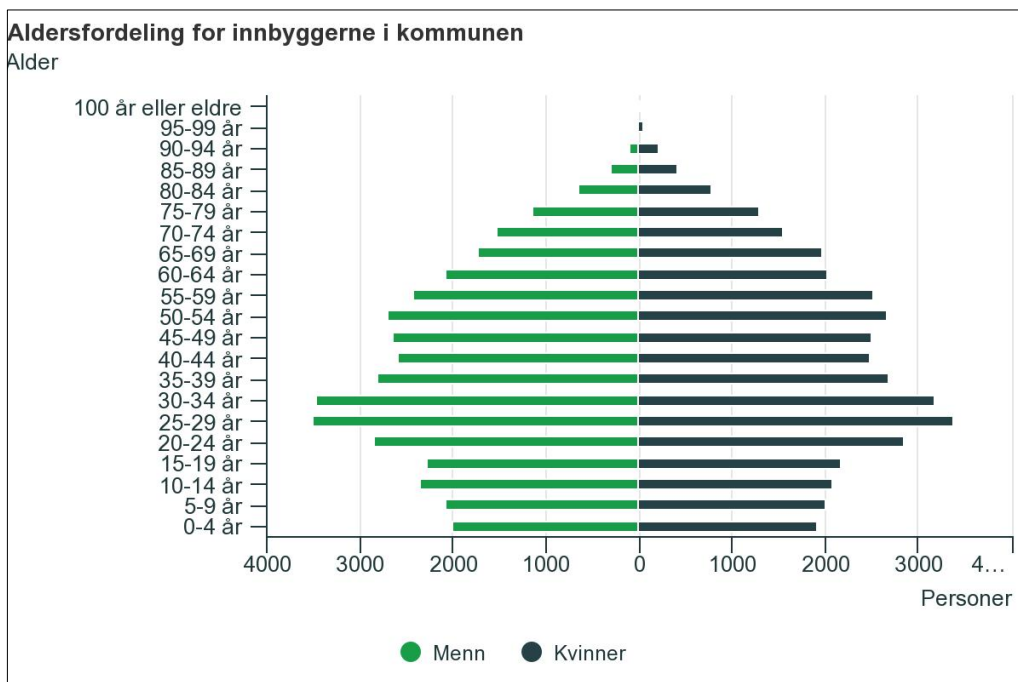
Når det kommer til befolknings sammensetning, fordelt på alder, er den største andelen av Drammen kommunes innbyggere mellom 50-54 år, viser oversikten fra Statistisk Sentralbyrå (SSB). I Tromsø kommune, på den andre siden, er den største andelen av innbyggerne mellom 25-29 år, etter tall fra SSB. Tromsø kommunes befolkning er dermed betydelig yngre enn befolkningen i Drammen kommune. Under presenteres to figurer, figur 5.1 og figur 5.2, lånt fra SSB, som viser aldersfordelingen for både Drammen og Tromsø kommune.

**Figur 5.1** Aldersfordeling for Drammen kommune (kilde: kopiert fra SSB kommunefakta)



Som nevnt er Drammen kommunes befolkning på den eldre siden av skalaen. Det er også interessant hvordan aldersfordelingen gjør et lite innsving blant innbyggere i alderen 20-24 år. En måte å tolke tallene på, er at man kan tolke dithen at innbyggere i alderen 20-24 har flyttet ut av kommunen for å eksempelvis studere et annet sted i Norge eller verden. Det kan også tenkes at det rett og slett ble født færre barn akkurat den tiden.

**Figur 5.2** Aldersfordeling for Tromsø kommune (kilde: kopiert fra SSB kommunefakta)



I Tromsø kommunes aldersfordeling er det interessant at de mest fremtredende innbyggergruppene er 25-29 og 30-34 år. Dette gjør, som sagt, befolkningen relativt ung i forhold til Drammen kommune. En mulig tolkning er at flere unge flytter til Tromsø for studier, og at de etter endt studie blir værende i kommunen en periode.

### 5.2.5 Narkotikautløste dødsfall

Dødelighet er et vanlig mål på helsetilstanden i en befolkning, og gjør det enkelt å sammenligne mellom land og over tid (Folkehelseinstituttet, 2022, s. 12). I 2021 var det totalt 241 narkotikautløste dødsfall i Norge (Folkehelseinstituttet, 2021). Figur 5.3, presentert under, viser en oversikt over det årlige antallet av narkotikautløste dødsfall (overdoser) i hele landet, Oslo, Drammen og Tromsø i perioden 2012-2018. Oslo er tatt med da det skjer flest overdosedødsfall i hovedstaten, og jeg kan dermed lettere sammenligne med de andre «storbyene» Drammen og Tromsø. Kommunehelsa statistikkbank hadde dessverre ikke tall fra årene etter 2018, ellers ville disse selvfølgelig vært inkludert.

**Figur 5.3** Narkotikautløste dødsfall, 15-64 år (kilde: kopiert fra Kommunehelsa statistikkbank av FHI)

| År                          |              | 2012-2014 | 2013-2015 | 2014-2016 | 2015-2017 | 2016-2018 |
|-----------------------------|--------------|-----------|-----------|-----------|-----------|-----------|
| Geografi                    | Måltall      |           |           |           |           |           |
| <a href="#">Hele landet</a> | Årlig antall | 240,7     | 253,7     | 262,3     | 253,3     | 250,7     |
| <a href="#">Oslo</a>        | Årlig antall | 47,3      | 49,0      | 48,7      | 46,3      | 42,7      |
| Drammen                     | Årlig antall | 5,3       | 6,7       | 6,3       | 5,0       | 5,7       |
| Tromsø                      | Årlig antall | 2,3       | 3,3       | 4,7       | 4,0       | 4,0       |

Så hva kan tallene si oss? Først og fremst at det *finnes* registrerte narkotikautløste dødsfall i de respektive kommunene – Drammen og Tromsø er intet unntak. Gjennomsnitt for narkotikautløste dødsfall i perioden 2016-2018 var 5,7 i Drammen og 4,0 i Tromsø. Drammen har et noe høyere antall enn Tromsø, men dette er forutsigbart med tanke på at Drammen har et høyere innbyggertall. Det er likevel fullt mulig at det ligger andre årsaker bak, men det har i denne studien ikke vært mulig å utforske dette videre. I Oslo kommune, med en befolkning på omtrent 709 000 innbyggere, ble det i samme periode registrert i gjennomsnitt 42,7 narkotikautløste dødsfall. I hele landet ble det i samme periode registrert i gjennomsnitt 250,7 – noe som ligger tett til gjennomsnittet de aller fleste år.

### 5.2.6 Politiets narkotikabeslag

Kripos' narkotika- og dopingstatistikk fra 2022 er en total nasjonal statistikk som inneholder både toll- og politibeslag (Kripos et al., 2023, s. 3). En av hovedtrendene viser nedgang i antall



narkotikasaker siden 2014. Figur 5.4 viser beslaglagt mengde narkotika fordelt på ulike politidistrikter. Det er Sør-Øst og Troms politidistrikt som er interessant i denne sammenheng. Sør-Øst politidistrikt er betydelig større enn Troms, og det er dermed innlysende at det også er høyere andel beslag. Geografisk er det også nærmere Oslo, hvor import, distribusjon, salg og bruk er mest utbredt. Rus er jo nemlig et storbyproblem (von Münchow, 2013, s. 5).

**Figur 5.4** Beslaglagt mengde narkotika fordelt på politidistrikter (kilde: kopiert fra Politiet, Seksjon for narkotikaanalyse, 24.01.2023)

| Politidistrikt*        | Hasj (kg) | Marihuana (kg) | Amfetamin/ Metamfetamin (kg) | Kokain (kg) | Heroin (kg) | MDMA                        | Benzo-diazepiner (tabletter) | GHB/GBL (Liter) |
|------------------------|-----------|----------------|------------------------------|-------------|-------------|-----------------------------|------------------------------|-----------------|
| <b>Agder</b>           | 313,1     | 8,8            | 22,2                         | 5,162       | 18,022      | 211 tabletter<br>119,0 g    | 18 259                       | 3,7             |
| <b>Finmark</b>         | 12,0      | 3,0            | 1,3                          | 0,031       | <0,001      | 21 tabletter<br>2,5 g       | 502                          | 0,1             |
| <b>Innlandet</b>       | 366,5     | 80,8           | 12,9                         | 4,396       | 0,058       | 428 tabletter<br>223,4 g    | 25 042                       | 19,5            |
| <b>Møre og Romsdal</b> | 15,0      | 8,9            | 6,2                          | 0,262       | 0,499       | 2156 tabletter<br>123,2 g   | 14 774                       | 6,7             |
| <b>Nordland</b>        | 53,6      | 0,7            | 7,6                          | 2,704       | 0,186       | 1686 tabletter<br>1265,1 g  | 8 481                        | 0               |
| <b>Oslo</b>            | 1 540,4   | 249,8          | 30,9                         | 37,344      | 48,102      | 16076 tabletter<br>701,1 g  | 1 679 501                    | 136,9           |
| <b>Sør-Vest</b>        | 29,1      | 56,6           | 20,8                         | 7,293       | 0,064       | 4314 tabletter<br>227,0 g   | 51 102                       | 11,9            |
| <b>Sør-Øst</b>         | 270,0     | 115,3          | 28,2                         | 3,300       | 2,161       | 1166 tabletter<br>319,0 g   | 30 256                       | 19,1            |
| <b>Troms</b>           | 94,3      | 26,4           | 4,2                          | 6,731       | 0,558       | 159 tabletter<br>727,7 g    | 6 742                        | 2,0             |
| <b>Trøndelag</b>       | 43,2      | 38,7           | 22,6                         | 4,558       | 0,497       | 2531 tabletter<br>365,0 g   | 43 047                       | 2,5             |
| <b>Vest</b>            | 179,5     | 26,4           | 26,5                         | 8,722       | 0,874       | 917 tabletter<br>324,3 g    | 129 142                      | 6,7             |
| <b>Øst</b>             | 1 054,2   | 557,2          | 75,4                         | 36,050      | 16,197      | 14001 tabletter<br>9304,8 g | 467 599                      | 72,3            |
| <b>Andre**</b>         | 0,1       | <0,1           | 0                            | <0,001      | 0           | 0                           | 0                            | 0               |

\*Beslag er ført i det distriktet der saken etterforskes

\*\*Kripas og andre særorgan i politiet

### 5.2.7 Skatteinngang og økonomirapport

Det er åpenbart at «[...] kommuner med god skatteinngang gir mer og flere tjenester enn de med dårlig skatteinngang» (Førland et al., 2020, s. 3). Siden skatteinntekter varierer mellom kommuner, betyr det at de har et ulikt utgangspunkt for å tilby likeverdige tjenestetilbud til

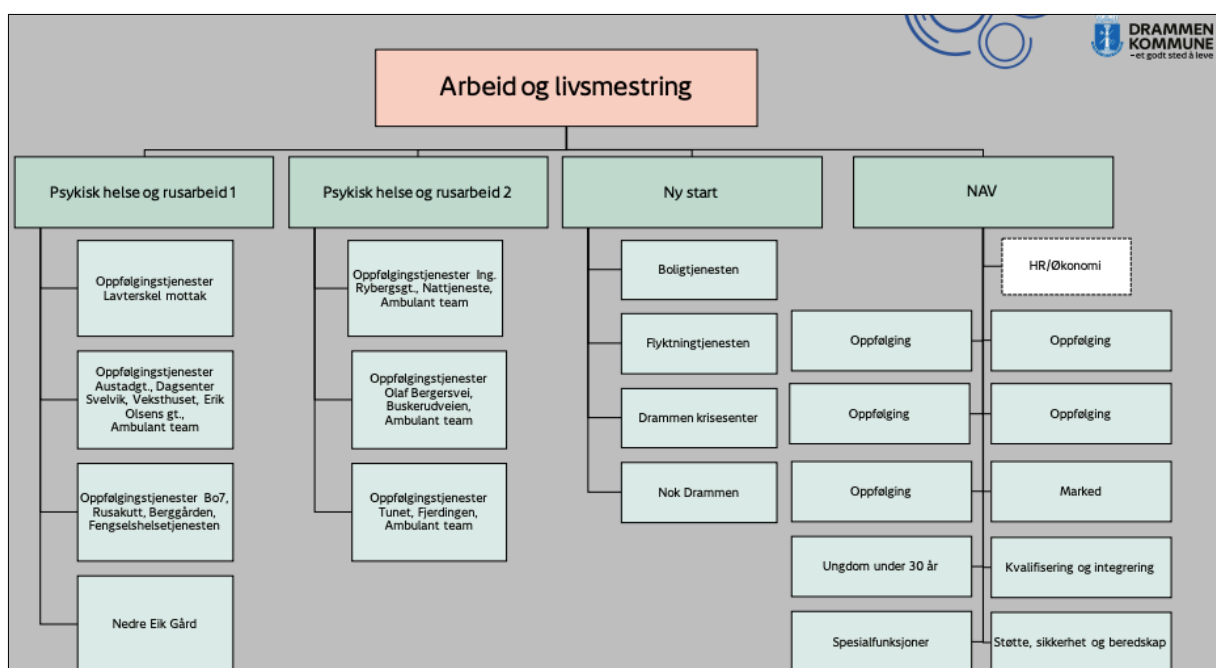
innbyggerne (Kommunal- og distriktsdepartementet, u.å.). Inntektssystemet har som mål å utjevne kommunenes forutsetninger, og gjennom inntektsutjevningen utjevnes delvis skatteinntektene mellom kommunene. Generelt i Norge var det høy skattevekst blant kommunene i 2022 (Regjeringen, 2023b), og Drammen kunne rapportere en betydelig resultatforbedring i skatteinntekter, hvor ble anslått at kommunen fikk inn 112 millioner kroner i skatt *over* revidert budsjett (Drammen kommune, 2022d, s. 3). Den samlede skatteinngangen til Drammen var 17 032 millioner kroner, viser tall fra KommuneProfilen (2022). Hos Tromsø kommune viser regnskapet en netto driftsinntekt på 87,5 millioner kroner. KommuneProfilen viser en skatteinngang på samlet 13 053 millioner kroner, hvilket er noe mindre enn Drammen kommunes inntekter.

### 5.3 Drammen kommune

#### 5.3.1 Organisasjonskart

Figur 5.5 viser Drammen kommunes organisasjonskart over Avdelingen for arbeid og livsmestring. Avdelingen for arbeid og livsmestring organiseres under enhet for Oppvekst og utdanning/Helse, sosial og omsorg, som igjen, ligger under Rådmannen. Psykisk helse og rusarbeid er underlagt Avdelingen for arbeid og livsmestring, hvor tjenester som ulike oppfølgingstjenester, Rusakuttet, Fengselshelsetjenesten og rehabiliteringstilbud finner sted. Boligtjenesten, under seksjonen Ny start, og NAV er også relevante enheter som har ansvar for tjenester til personer med rusproblemer.

**Figur 5.5** Drammen kommune organisasjonskart, *Arbeid og livsmestring* (kilde: kopiert fra Drammen kommune)



### 5.3.2 Samhandlingsreformen innen somatikk og psykisk helse og rus

Kontrollutvalget bestilte i 2020 en forvaltningsrevisjon av tema samhandlingsreformen innen somatikk og psykisk helse og rus (Viken kommunerevisjon, 2021, s. 9). Formålet med prosjektet var å vurdere Drammen kommunes tjenestetilbud innenfor tjenesteområdene, sett i lys av samhandlingsreformen. Drammen ble som kjent en ny kommune, etter sammenslåing med Nedre Eiker og Svelvik kommune, i januar 2020, og revisjonen ser blant annet på organisasjonskultur i de tidligere tre kommunene, samt de nye strukturelle endringene i den nye kommunen (Viken kommunerevisjon, 2021, s. 15). I revisjonens oppsummering og konklusjon, kommer det fram at nye Drammen kommune tilfredsstiller kravene til innholdet i samarbeidsavtaler med spesialisthelsetjenesten innen somatikk og psykisk helse og rus, og at det i intervjuer kommer fram at samarbeidene fungerer (Viken kommunerevisjon, 2021, s. 104). Det kommer likevel frem at Drammen har forbedringspotensial, men rådmannen har kommentert på dette ved at det har vært nødvendig å jobbe med fundamentet i den nyopprettede kommunen (Viken kommunerevisjon, 2021, s. 110). Revisjonen innhentet dokumentasjon og foretok intervjuer høsten 2020, forklarer rådmannen, og kommunen har i etterkant av dette tatt steg i utviklingen av de strukturene som ble etterlyst av revisjonen. Pandemien har også hatt stor innvirkning på tjenestene, informeres det om.

### 5.3.3 Handling- og økonomiplan 2023-2026 for Drammen kommune

#### ***Innledning, programområde og utfordringer***

Drammen kommunes handlings- og økonomiplan for 2023-2026 blir vedtatt i kommunestyret 12.12.2022. Rus- og psykiske helsetjenester, samt Sosiale tjenester, bolig og etablering, ligger under Hovedutvalg for helse, sosial og omsorg (Drammen kommune, 2022b, s. 57). I planperioden prioriteres det å sørge for rett bruk av helsepersonell, samt samhandling med universitetet for å møte kommunens fremtidige kompetansebehov. Fremtidens helse- og omsorgsutfordringer vil kreve sammensatt kompetanse i skjæringspunktet mellom teknologi og helse, kommer det fram i handlingsplanen, og hensikten bak økt fokus på bærekraftige teknologiske løsninger er å øke den enkeltes egenomsorgsevne og redusere framtidens belastning på helsetjenestene.

Programområdet P07 Rus og psykisk helse har ansvar for tjenester til innbyggere med rusproblemer og/eller psykiske lidelser, og innebærer at innbyggere med slike helseutfordringer får råd og veiledning, helsetjenester, oppfølging i bolig og øvrige tjenestetilbud de har behov for (Drammen kommune, 2022b, s. 124). Tjenestemottakere blant mennesker med utfordringer

innen rus øker, men Drammen kommune ser også en betydelig økning i antall ansatte innenfor helse- og omsorgstjenestene. Dette høres lovende ut for framtiden.

Det er en vesentlig utfordring for mennesker med rus- og/eller psykisk helseproblematikk å ha positive sosiale nettverk, å kunne delta i meningsfull aktivitet og å komme i arbeid eller i et kvalifiseringsløp (Drammen kommune, 2022b, s. 136). Forslag fra rådmannen inkluderer å styrke samarbeidet med frivilligheten og samarbeid med sosiale entreprenører. Relevante tiltak i temaplanen, ved navn *Inkludere alle i arbeid og aktivitet*, innebærer blant annet å «[t]a i bruk handlingsrommet for innovative offentlige anskaffelser og lyse ut konkurranse om drift av dagsentre for rus- og psykisk syke, aktivitets- og seniorsentre» (Drammen kommune, 2022b, s. 59).

### **Mål og strategier**

Det har siden etablering av ny kommune i 2020, som følge av kommunereformen, vært fokus på at det i rus- og psykisk helsetjeneste skal være lett å få hjelp for de som trenger det (Drammen kommune, 2022b, s. 137). Erfaringer fra etableringen av lavterskel mottak hvor innbyggere kan få råd og veiledning, uten å søke tjenester først, viser at det for mange er tilstrekkelig med den hjelpen de får på mottaket og at de ikke har behov for tjenester utover dette. Det er bra for den enkelte å få tidlig hjelp, noe som reduserer tjenestebehovet. Det er også igangsatt arbeid for å styrke tilbudet om digitale selvhjelpsverktøy og annen digital hjelp, kommer det fram i handlingsplanen.

Det er en utfordring for mange personer med rus- og psykiske helseplager å få arbeid, da de ofte mangler arbeidserfaring og kvalifisering (Drammen kommune, 2022b, s. 137). Rådmannen foreslår å legge til rette for flere arbeidsplasser, for eksempel i samarbeid med sosiale entreprenører – noe som vil forutsette tverrfaglig samarbeid mellom rus- og psykisk helsetjenester og NAV Drammen. Det er kommunen som har det overordnede ansvaret for folkehelsearbeidet, og skal utnytte potensialet i alle tjenester for å sikre innbyggere best mulig helsevalg og livskvalitet (Drammen kommune, 2022b, s. 44). Gjennomgående temaer blant tiltak og prioriteringer som kommer fram i handlingsplanen er eksempelvis inkludering i skole og arbeidsliv, trygghet, selvstendighet, samarbeid, brukermedvirkning, kompetanse og frivillighet.

### **Økonomi**

Totalt disponerer kommunen inntekter på 8 584 846 tusen kroner. Handlingsdelen i planen starter med en innrømmelse om at Drammen kommune har et begrenset økonomisk

handlingsrom til å finansiere ønskede satsninger med nye midler, og at det kreves tydelige prioriteringer, nytenkning og kreativitet i arbeidet med å følge opp kommunestyrets vedtatte mål og satsinger (Drammen kommune, 2022b, s. 28). Ærlighet varer lengst, som det sies. Utgifter til styrking av mulighet for deltakelse i arbeid eller meningsfull aktivitet for personer med store rus og/eller psykiske helseplager finansieres innenfor hovedutvalgets rammer, primært via midler som brukes til finansiering av aktivitetssentre (Drammen kommune, 2022b, s. 125). Under følger fordeling av midler til rus og psykisk helse (tabell 5.3), samt sosialtjeneste, etablering og bolig, i årene 2023-2026, slik de framstilles i driftsbudsjettet for Hovedutvalg for helse, sosial og omsorg. Sum for driftsutgifter og driftsinntekter er også tatt med, og vises til øverst i tabellen.

**Tabell 5.3** Drammen kommune handlings- og økonomiplan 2023-2026, driftsbudsjett helse, sosial og omsorg. Beløp angitt i 1000 (kilde: Drammen kommune handlings- og økonomiplan 2023-2026)

|  | 2023      | 2024      | 2025      | 2026      |
|--|-----------|-----------|-----------|-----------|
| <b>Driftsutgifter</b>                          | 2 954 157 | 2 977 680 | 3 025 723 | 3 051 798 |
| <b>Driftsinntekter</b>                         | -544 450  | -544 450  | -544 450  | -544 450  |
| <b>P07 Rus og psykisk helse</b>                | 158 788   | 153 138   | 152 638   | 151 888   |
| <b>P08 Sosialtjeneste, etablering og bolig</b> | 407 519   | 404 754   | 407 163   | 408 763   |

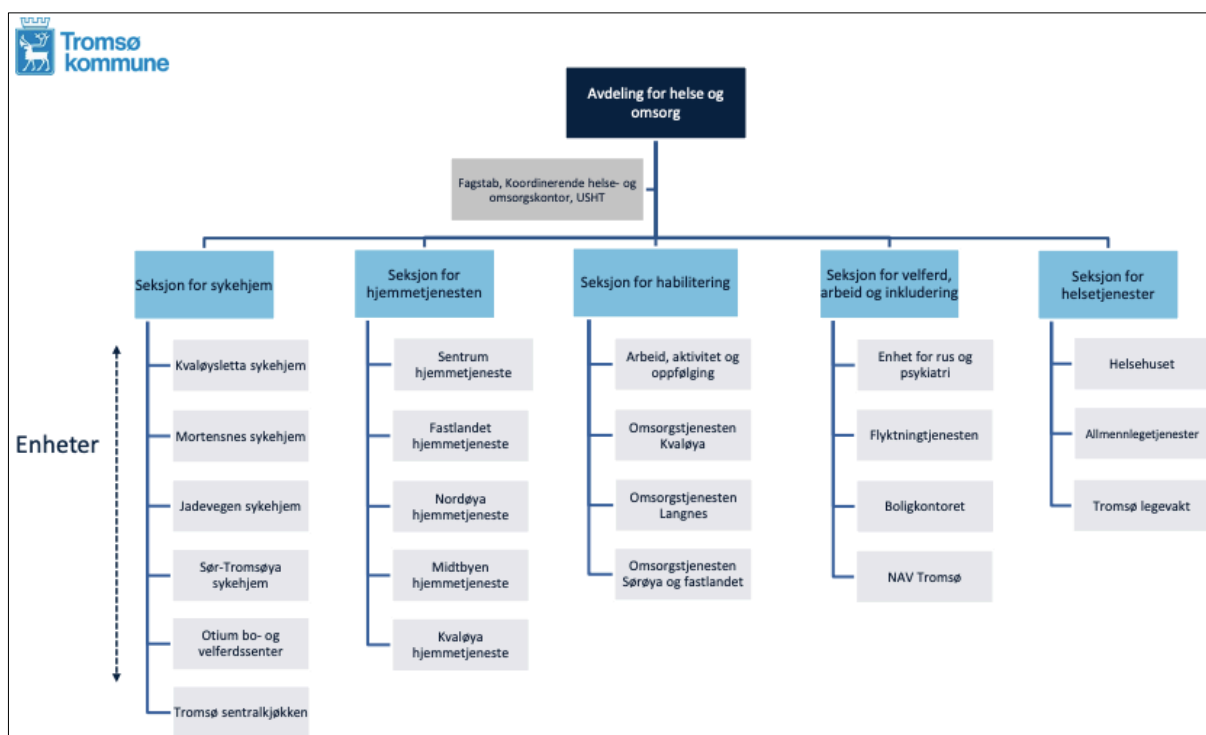
Når det kommer til innsparingstiltak, viser kommunen til at det totalt for P07 Rus og psykisk helse skal spares fem millioner kroner i perioden 2023-2026 (Drammen kommune, 2022b, s. 137). Følgende tiltak påvirker det gjeldende tjenestefeltet: Tiltak «Gevinster av digitalisering av tjenestetilbudet» med 0,75 millioner kroner, tiltak «Ambulerende tjenester til hjemmeboende» med 2,50 millioner kroner, og tiltak «Stordriftsfordeler ved omstrukturering til større enheter per leder» med 1,75 millioner kroner». Tiltakene vil bety endringer for organisasjonen, og tilpasning deretter. Iverksetting av slike innsparingstiltak vil kreve sterk styring og kontroll fra kommuneorganisasjonen, og klare retningslinjer for hvordan endringene vil foregå og ytes i praksis.

## 5.4 Tromsø kommune

### 5.4.1 Organisasjonskart

I Tromsø kommune er Enhet for rus og psykiatri underlagt Seksjon for velferd, arbeid og inkludering, som igjen tilhører Avdeling for helse og omsorg. Avdelingen for helse og omsorg er underlagt kommunedirektøren. Igjen, som generelt er vanlig i norske kommuner, ligger rus og psykisk helse under samme felt. Figur 5.5 viser organisasjonskartet for Avdeling for helse og omsorg. I 2020 ble Enhet for rus og psykiatri flyttet fra ansvarsramme 5000 Helse og omsorg over til ansvarsramme 6000 Velferd, arbeid og inkludering, noe som har ført til endringer i budsjettammen. Dette kommer vi nærmere inn på i avsnitt 5.4.3 *Tromsø kommune handlingsprogram for 2022-2025*, under presentasjon av *Økonomi*.

**Figur 5.6** Tromsø kommune organisasjonskart, avd. helse og omsorg (kilde: kopiert fra Tromsø kommune)



### 5.4.2 Svar på høringsuttalelse: Nasjonal helse og samhandlingsplan 2024-2027

Helse- og omsorgsdepartementet inviterte kommuner og helsefelleskapene til å komme med innspill til Nasjonal helse- og samhandlingsplan 2014-2027, og Tromsø er en av kommunene som har kommet med tilbakemeldinger (Nicolaisen & Solhaug, 2022, s. 1). Helsefelleskapene består av helseforetak og kommunene i opptaksområdene, hvor representanter fra helseforetak, tilhørende kommuner, fastleger og brukere møtes for å planlegge og utvikle tjenestene sammen (Helsedirektoratet, u.å.). Tromsø kommune rapporterer blant annet at rammevilkårene for

samarbeid ikke har endret seg nevneverdig etter etablering av helsefellesskapet. Det kommer fram at kommunene har «mindre muskler til å gjøre forsknings- og utviklingsarbeid enn hva tilfellet er for spesialisthelsetjenesten» og at kommunene videre «blir avhengige av hva sykehusene legger opp til og hva kommunene kan få av tilskuddsmidler» (Nicolaisen & Solhaug, 2022, s. 2). Det nevnes i høringsuttalelsen at det i samhandlingsreformen (2012) ble meldt styrking av fastlegeordningen, men at denne ikke har kommet, noe som preger pasientforløpene og fastlegenes mulighet til å delta i nødvendig utviklingsarbeid. For eksempel erfarer Tromsø kommune at innleggelse til psykisk helsetjeneste ofte er vanskelig, på grunn av stadig nedbygging av sengekapasiteten.

### **5.4.3 Handlingsprogram 2022-2025 for Tromsø kommune**

#### ***Innledning og om pasientgruppen***

Målet bak helse- og omsorgstjenestene er et sosialt, miljømessig og økonomisk bærekraftig samfunn, og arbeidet har tett kobling mot FNs tredje bærekraftsmål om god helse (Tromsø kommune, 2021b). Dette gjenspeiler lov om kommunale helse- og omsorgstjenester m.m., hvor lovens formål innebærer å fremme sosial trygghet og best mulig utnyttelse av ressursene (Helse- og omsorgstjenesteloven, 2011, § 1-1). Innledningsvis i programmet understrekes det at antall personer med rus og/eller psykiske lidelser øker, samtidig som behovet for hjemmetjenester blant personer under 67 år med komplekse diagnoser også øker. Dette bidrar til å sette press på helsetjenesten – noe som er en nasjonalt definert framtidig utfordring.

Personer med psykisk helse og rusproblemer anses som en av de viktigste pasientgruppene kommunen og sykehuset skal samarbeide om, samt blant de fire prioriterte pasientgruppene kommunen må utvikle og planlegge helse- og omsorgstjenester for. Personer med psykisk helse og rusproblemer er «personer med sammensatte behov som ofte trenger hjelp fra både kommunen og sykehuset, og som ofte opplever en fragmentert og usammenhengende helse- og omsorgstjeneste», kommer det fram i handlingsprogrammet. Det kommer også fram at de omtalte pasientgruppene bruker store deler av kommunens og sykehusets ressurser, og at dersom det er mulig å løse problemer for disse gruppene, betyr det at de vil kunne løse problemer for de fleste andre brukergrupper.

Innenfor ansvarsrammen Velferd, arbeid og inkludering finner vi tjenester som omfatter oppfølging av innbyggere med psykiske lidelser og avhengighet (Tromsø kommune, 2021c). Også under denne ansvarsrammen skal det jobbes for et bærekraftig Tromsø i tråd med kommuneplanens samfunnsdel, hvor målet er et sosialt, miljømessig og økonomisk bærekraftig samfunn. Tjenestene har som formål å bidra til at vanskeligstilte får økt sin konkurransekraft i

Tromsø-samfunnet, samt at den enkelte skal kunne komme inn i arbeidslivet, på boligmarkedet, i utdanningsinstitusjonene og ved behov oppsøke helsevesenet.

«Arbeid, bolig, utdanning og helse er fire viktige velferdspilarer i det norske samfunn. Disse pilarene har gjensidig påvirkning på hverandre», forklarer handlingsprogrammet, og det kommer fram at boligmangelen er den største utfordringen i kommunen (Tromsø kommune, 2021c). Likevel har tjenestene ellers innen psykisk helse og rus utviklet seg i tråd med signalene fra sentrale myndigheter. Det vises til at det siden 2009 ikke er etablert boliger til personer med utfordringer innen psykisk helse og rus, og at boliger til denne gruppen tvert i mot er redusert siden 2008. Mangel på differensierte botilbud og mulighet for oppfølging i boligen er en av de største utfordringene innen rus- og psykisk helsefeltet. Kommunen har i dag flere mennesker med utfordringer knyttet til rus og psykiatri i midlertidige botilbud etter lov om sosiale tjenester i NAV (§ 17), og Universitetssykehuset Nord-Norge (UNN) melder bekymring til kommunen vedrørende mangelen på boliger til målgruppen og svak kommunal oppfølging.

FACT-teamet (*Flexible Assertive Community Treatment*) ble etablert i Tromsø mars 2021, og er et fleksibelt, aktivt oppsøkende team (Tromsø kommune, 2021c). Teamet er et samarbeid mellom Tromsø kommune og UNN Åsgård, og ivaretar hjemmeboende med omfattende bistandsbehov. FACT-teamet er et viktig lavterskeltilbud for den gjeldende målgruppen.

### **Mål og strategier**

Sosial bærekraft er på mange måter både et mål i seg selv og en strategi. Det er stort fokus i kommunen på at eldre, syke og innbyggere med funksjonsnedsettelse skal mestre egen hverdag, bo lengst mulig i eget hjem, være integrert i øvrig bomiljø og delta aktivt i samfunnet (Tromsø kommune, 2021b). Rask, rett og lett tilgjengelig hjelp med tyngde på tidlig innsats for å styrke individets livsmestring er også et mål, og er planlagt gjennomført gjennom målrettet miljøarbeid og bruk av velferdsteknologi. Stimulering til økt samskaping mellom innbyggere, frivillig sektor, næringsliv og kommunen er et tredje mål, hvor behovet for rekruttering av flere frivillige til helse- og omsorgsfeltet er nødvendig for å utnytte ressursene på best mulig måte. Helhetlig styring som sikrer at drifts- og utviklingsoppgaver ses i sammenheng og at langsiktige mål følges opp i underliggende planer, trekkes fram som strategi. «Organisatorisk styring og ledelse er på mange måter «limet» i utøvelsen av tjenesten», kommer det fram i handlingsprogrammet (Tromsø kommune, 2021b).



## Økonomi

Hovedtall fra handlingsprogrammet 2022-2025 viser totale driftsinntekter på 6 513 253 tusen kroner (Tromsø kommune, 2021d). Antall innbyggere er 77 399. Det kommer fram i handlingsprogrammet at det i Tromsø kommune gjennom flere år har vært et stort økonomisk merforbruk i forhold til tildelt budsjetttramme innenfor helse- og omsorgstjenester – behov for innsparingstiltak er betydelig, men har ved flere forsøk hatt liten effekt eller i enkelte tilfeller virket mot sin hensikt (Tromsø kommune, 2021b). En av årsakene som kommer fram er organisering, og at det i dag er lite samarbeid og samdrift på tvers av tjenestene innen helse og omsorg. I framtiden må det i større grad fokuseres på samdrifts- og stordriftsfordeler, primært på grunn av knapphet av personell. Handlingsprogrammet viser til at det er foreslått, og i noen tilfeller også vedtatt tiltak, uten at noen har blitt gjennomført.

Rus- og psykiatritjenesten ble fra 2020 organisert under Velferd, arbeid og inkludering, og kommunedirektøren foreslo derfor å flytte budsjett for drift av 12 omsorgsboliger i regi av Blå Kors til den nye ansvarsrammen, som utgjorde 9,6 millioner kroner. Innenfor den gjeldende ansvarsrammen ligger 10,2 millioner kroner i tilskudd til sosiale formål, hvor det etter søknad også tildeles midler til ulike organisasjoner. Under følger en tabell (tabell 5.4) med relevante nye tiltak i driftsbudsjettet fra 2022-2025, etterfulgt av forklaring av hvert nye tiltak. Opptrappingsplanen for psykisk helse og rus trekkes fram i handlingsprogrammets økonomidel, hvor satsingsfeltene har gitt kommunene opptrappingsmidler, der det forventes at kommunene skal overta finansieringen etter en viss periode (Tromsø kommune, 2021c).

**Tabell 5.4** Tromsø kommune driftsbudsjett, nye tiltak. Beløp angitt i 1000 (kilde: Handlingsprogram 2022-2025: Velferd, arbeid og integrering)

| Nye tiltak   | 2022  | 2023   | 2024   | 2025   |
|--|-------|--------|--------|--------|
| <b>Bygg og bolig</b>   | 8 765 | 32 900 | 40 800 | 43 800 |
| <b>Opptrappingsmidler innen psykisk helse og rus</b>               | 3 000 | 6 020  | 9 430  | 13 720 |
| <b>Rusreformen</b>   | 1 000 | 1 250  | 1 250  | 1 250  |
| <b>Økning i budsjettbehov Prosjekt FACT</b>                        | 0     | 500    | 1 000  | 3 000  |
| <b>Økte sosialhjelpsutgifter som følge av redusert dagsats for</b> | 860   | 860    | 860    | 860    |

|                                     |  |  |  |  |
|-------------------------------------|--|--|--|--|
| <b>tiltakspenger - kompensasjon</b> |  |  |  |  |
|-------------------------------------|--|--|--|--|

Som nevnt er det mangel på egnede bygg og boliger, i tillegg til å være en stor kostnadsdriver innen tjenesteområdet, og derfor en viktig grunn til at kommunedirektøren foreslår en rekke satsninger i investeringsbudsjettet for planperioden. Investeringene vil bidra til å redusere utgifter som i dag fører til høye enhetskostnader, samt føre til økt kapasitet i tjenesten. I 2021 ble Boligplan for rus- og psykisk helsefeltet 2021-2030 vedtatt, da det var behov for revidering av boligprogrammet for 2017-2027 (Tromsø kommune, 2021a, s. 3). Boligplanen ønsker å blant annet etablere fleksible og varierte botilbud i gode bomiljøer tilpasset den enkeltes behov. Det vises til at i den store boligmengden i Tromsø kommune er det ikke mulig med «mobilitet i boligtrappa», hvilket betyr at dersom en person tilbys et for høyt eller lavt omsorgsnivå fører det til økte kostnader og lite «treffsikkerhet» i tildeling av bolig. Personer med behov for bolig får kanskje ikke det beste boligtilbudet tilpasset sin situasjon – «rett bolig til rett person til rett tid bidrar til en bedre ressursforvaltning og ikke minst det viktigste – bedre livskvalitet for den det gjelder», kommer det fram i boligplanen for rus- og psykisk helsefeltet. Nasjonal strategi for den sosiale boligpolitikken Alle trenger et trygt hjem (2021-2024) ble lansert av regjeringen, hvor det er mål om å rette innsatsen mot de vanskeligstilte på boligmarkedet (Tromsø kommune, 2021a, s. 5).

Kommunen har blitt tildelt opptrappingsmidler innen psykisk helse og rus, som skal bidra til varig kapasitetsvekst. Når det gjelder rusreformen, ble det gjennom Prop. 92 L (2020-2021) *Endringer i helse- og omsorgstjenesteloven og straffeloven m.m.* (rusreform – opphevelse av straffeansvar m.m.) vedtatt å opprette rådgivende enheter i den kommunale helse- og omsorgstjenesten, som det er redegjort for tidligere i kapittelet. Ved etablering av enhetene kompenseres kommunene med økning i rammetilskuddet på 100 millioner kroner, som deretter fordeles etter delkostnadsnøkkelen for sosialhjelp. FACT-teamet blir prosjektfinansiert de første tre årene, og kommunen har omdisponert de ansatte inn i teamet som fører til driftskostnader til blant annet husleie.

## 5.5 Oppsummering av tjenestetilbud for personer med rusproblemer

Tabell 5.5 og tabell 5.6 viser en enkel oversikt over tilbud og tjenester for personer med rusproblemer i kommunene. Tabellene er utviklet ved å se på kommunenes egne nettsider, og deretter se over og telle manuelt hvor mange av de ulike tjenestene som finnes. Gjør

oppmerksom på at det dermed kan være avvik, men at tabellen gir en generell framstilling av situasjonen i hver av kommunene.

**Tabell 5.5** Tjenestetilbud for personer med rusproblemer i Drammen (kilde: Drammen kommune nettside)

| Type tjenester og tilbud                      | Navn   | Antall |
|---|--|--------|
| <b>Oppfølgingstjeneste</b>                    | Oppfølgingstilbud til personer med rusproblem, psykiske helseplager eller kombinasjon av dette | I      |
| <b>Lavterskel mottak</b>                      | Lavterskel mottak for psykisk helse og rus<br>Energihuset                                      | II     |
| <b>Lavterskel helsetilbud</b>                 | Rusakutt<br>Berggården kafé  | II     |
| <b>Dagtilbud/aktivitetssentre</b>             | Energihuset<br>Erik Olsens gate<br>Strømmenstua dagsenter<br>Veksthuset                        | III    |
| <b>Rehabiliteringstilbud</b>                  | Nedre Eik Gård   | I      |
| <b>Boligtilbud</b>                            | BO7<br>Berggården bolig<br>Akutt plass   | III    |
| <b>Tilbud til pårørende</b>                   | Råd og veiledning hos Mottaket for psykisk helse og rusarbeid                                  | I      |
| <b>Pakkeforløp</b>                            | Samarbeid mellom kommunen og spesialisthelsetjenesten  | I      |
| <b>Samarbeid med spesialisthelsetjenesten</b> | FACT-teamet i Drammen  | I      |
| <b>Rådgivende enhet for russaker</b>          | Rådgivende enhet for russaker er etablert  | I      |
| <b>Annet</b>                                  | Drammen distriktpsykiatriske senter (DPS)  | I      |

**Tabell 5.6** Tjenestetilbud for personer med rusproblemer i Tromsø (kilde: Tromsø kommune nettside)

| Type tjenester og tilbud             | Navn   | Antall |
|--------------------------------------|--|--------|
| <b>Behandlingstilbud</b>             | Lavterskeltilbud<br>Tverrfaglig spesialisert rusbehandling<br>Gravide og rusmidler | III    |
| <b>Oppfølgingstjeneste</b>           | Ettervern for rus ved Losen lavterskelsenter<br>Crux-huset oppfølgingscenter       | II     |
| <b>Lavterskel mottak</b>             | Lavterskel mottak for psykisk helse og rus<br>Energihuset                          | II     |
| <b>Dagtilbud/aktivitetssentre</b>    | Aktivitetstilbud ved Losen Aktiv<br>Kafé 103<br>Dagsjobben<br>Kafé X               | III    |
| <b>Boligtilbud</b>                   | Boliger for voksne med rus- eller psykiske utfordringer                            | I      |
| <b>Tilbud til pårørende</b>          | Samtaletilbud hos Losen lavterskelsenter   | I      |
| <b>Pakkeforløp</b>                   | Samarbeid mellom kommunen og spesialisthelsetjenesten                              | I      |
| <b>Rådgivende enhet for russaker</b> | Rådgivende enhet for russaker er etablert  | I      |
| <b>Annet</b>                         | Ruspoliklinikken, UNN Åsgård   | I      |

Ut av oversikten ser det ut til at kommunene har et relativt likt antall tilbud og tjenester for personer med rusproblemer. Begge kommunene har tilbud innen hver kategori, men om det skal pekes på noe, kan vi se at Drammen kommune har flere tilbud enn Tromsø kommune når det kommer til boligtilbud. Tromsø kommune, på den andre siden, har to ulike oppfølgingstjenester, mens Drammen på sin side har én. Begge kommunene har et utvalg av ulike dagtilbud og aktivitetssentre, hvor kaféer blant annet er en viktig og uformell møteplass. Begge kommunene har også tilbud til pårørende, som innebærer samtaletilbud, råd og veiledning.

## 6.0 Analyse og diskusjon av funn

Analysen fungerer som en operasjonalisering av det teoretiske rammeverket, og bruker verktøyene organisasjonsteori og de tre ulike perspektivene (det instrumentelle perspektivet, det kulturelle perspektivet og myteperspektivet) gir oss til å forklare to kommuners organisering av rusfeltet og hvordan dette kan føre til variasjon i det kommunale rusarbeidet. Problemstillingen, som ble presentert innledningsvis, er formulert slik: *Hvordan kommer variasjon i kommunalt rusarbeid til syne gjennom analyse av to ulike kommuners organisering av rusfeltet?*

Analysen struktureres ved hjelp av perspektivene, og er delt inn i tre deler: Underkapittel 6.2 *Det instrumentelle perspektivet* tar for seg organisasjonsstrukturen og de formelle rammene, satt av statlig nivå, for det kommunale rusarbeidet. Lovpålagte oppgaver, økonomi og befolknings sammensetning er blant faktorene som analyseres og diskuteres her. Videre ser underkapittel 6.3 *Det kulturelle perspektivet* på kommuneorganisasjonens interne trekk, så langt det lar gjøre med kvalitativ dokumentanalyse som metode, hvor faktorer som samarbeid og prioriteringer i den politiske dagsorden gjennomgås. Underkapittel 6.4 *Myteperspektivet* tar for seg hvordan nye trender innen offentlig forvaltning påvirker det kommunale rusarbeidet, og tar opp hvilke forventninger omgivelsene har til kommunen som tjenesteproduserende organisasjon.

### **Dilemma: Nasjonal politikk vs. lokaldemokratiet**

«Staten er avhengig av kommunene for å få iverksatt sine nasjonale mål for velferdspolitikken, mens kommunene på sin side er avhengig av blant annet finansiering fra statlig hold for å kunne spille en viktig rolle i velferdsutbyggingen» (Jenssen & Robertsen, 2015, s. 335). Norske kommuner er generalistkommuner, hvilket betyr at alle kommuner skal imøtekomme de samme kravene når det gjelder tjenester til innbyggerne uavhengig av innbyggertall, bosettingsstruktur eller andre kjennetegn (Prop. 95 S (2013-2014), s. 23). Samtidig står det lokale selvstyret sterkt i Norge. Så lenge kommunene møter nasjonale krav til tjenesteutvikling, står kommunene i stor grad fri til å organisere og utøve tjenestene på en slik måte som er hensiktsmessig for de lokale omstendighetene. Norske kommuner varierer betydelig i både befolkning og størrelse, og selv om Norge etter en europeisk målestokk ikke har spesielt små kommuner, har de nordiske kommunene likevel ansvar for en betydelig større oppgaveportefølje sammenlignet med andre europeiske naboer (Prop. 95 S (2013-2014), s. 23-24).

Personer med rusproblemer, og da særlig personer med alvorlige rusmiddellidelser, har kanskje særskilte behov for likhet i tjenestetilbudet, uavhengig av hvor de befinner seg i landet. Det

skal, i prinsippet, ikke ha noe å si om du befinner deg i Oslo eller Utsira kommune. Selv om problemer og utfordringer knyttet til rus er sammensatte og personer med rusproblemer ofte har behov for individbaserte behandlingstilbud, krever det likevel en helhet i helse- og omsorgstjenesten som tar seg av denne pasientgruppen. Det har vi sett forsøk på gjennom samhandlingsreformen og opptrappingsplanen for rusfeltet. Nasjonale føringer i rusarbeidet kan sies å begrense det kommunale handlingsrommet, samtidig som ulikheter i tjenester kan føre til usammenhengende tilbud hvor pasientene blir kasteball mellom kommunen og spesialisthelsetjenesten. Det er ikke å anse som hensiktsmessig.

### **Hva kan påvirke variasjon i kommunalt rusarbeid? Kort diskusjon**

La meg hente tilbake oversikten (tabell 1.1) over kategorier som først ble presentert i underkapittel 1.2 *Problemstilling*. Det kan en gang for alle informeres om at det ikke er gjort funn av typer stoff, tilgang til stoff og stoffpriser i kommunene det er snakk om. Det er flere årsaker til dette: For det første er det begrenset informasjon som ligger ute vedgående hver enkelt kommune. På landsbasis finnes det oversikter publisert av politiet, som viser antall narkotikasaker og beslag (se avsnitt 5.2.6 *Politiets narkotikabeslag*). For det andre har det i ettertid blitt vurdert at det ikke vil være like relevant, da narkotika- og ruspolitikken stort sett behandler rusmidler likt (selv om dette i mange tilfeller er lite hensiktsmessig da ulike stoffer har ulik virkning). Årsaken til at denne faktoren ble vurdert i forkant, var at dersom det er en betydelig andel sprøytenarkomane i en kommune, vil det være hensiktsmessig av kommunen å opprette et sprøyterom hvor brukere får utdelt rene sprøyter og hygieneartikler for å unngå smitte av sykdom og infeksjonsrisiko. Tilgang til stoff og -priser kan si oss noe om utbredelsen av problemer tilknyttet rusmidlene, og et estimat på hvor mange rusavhengige det eventuelt kan være snakk om. Særlig er data om type stoff, tilgang og priser relevant i sammenheng med organisert kriminalitet og utbredelsen av ulike rusmidler i ulike deler av landet.

**Tabell 1.1** Hva kan påvirke variasjon i kommunalt rusarbeid?

| Økonomi       | Geografi                                      | Organisering      | Samarbeid                 | Omdømme                          |
|---------------|---|-------------------|---------------------------|----------------------------------|
| Skatteinntang | Region  | Organisasjonskart | Fylkeskommunen            | Omdømmehåndtering                |
| Tilskudd      | Befolknings-sammensetning                     | Hvem har ansvar?  | Spesialisthelsetjenesten  | Engasjement fra politiske ledere |
| Årsverk       | Typer stoff, tilgang til stoff og stoffpriser |                   | Private aktører           | Åpenhet til endring              |
| Ressurser     | Overdosedødsfall                              |                   | Frivillige organisasjoner |                                  |

## 6.1 Det instrumentelle perspektivet

Det overordnede målet med norsk rusmiddelpolitikk er å redusere de negative konsekvensene rusmiddelbruk har for den enkelte, pårørende og tredjepersoner, og samfunnet som helhet (Tromsø kommune, 2021a, s. 6). I det instrumentelle perspektivet er man opptatt av at organisasjoner handler på vegne av samfunnet, og dermed fungerer som redskaper til å virkeliggjøre de målene samfunnet har satt seg. Dette er et uttrykk for formålsrasjonalitet. Kommunene fungerer dermed som verktøy for å oppnå nasjonale mål i den statlige velferdspolitikken, og gjennom det kommunale rusarbeidet kan vi se hvordan nye lovpålagte oppgaver, forsøk på reform og samhandling mellom ulike sektorer forsøker å etterleve rusmiddelpolitikken formål. I de neste avsnittene viser jeg til hvordan det instrumentelle perspektivet kan sies å forklare økonomiske, geografiske, organisatoriske og samarbeidsmessige faktorer, og videre hvordan ulikheter i de formelle rammene for den kommunale organiseringen av rusfeltet kan føre til variasjoner i Drammen og Tromsø kommunes rusarbeid.

### 6.1.1 Økonomi

#### ***Økonomiplan og årsbudsjett i Drammen og Tromsø kommune***

Det er en synlig sammenheng mellom den kommunale tjenesteproduksjonen og kommunenes økonomiske rammebetingelser – kommuner med lave inntekter bruker gjennomgående mindre ressurser på ulike sektorer enn kommuner med høyere inntekter (Innst. S. nr. 255 (2003-2004), s. 55). Det er åpenbart at «[...] kommuner med god skatteinntang gir mer og flere tjenester enn de med dårlig skatteinntang» (Førland et al., 2020, s. 3). Siden skatteinntekter varierer mellom kommuner, betyr det at de har et ulikt utgangspunkt for å tilby likeverdige tjenestetilbud til innbyggerne (Kommunal- og distriktsdepartementet, u.å.). Verken Drammen eller Tromsø er nevneverdige små kommuner med lavere skatteinntang enn gjennomsnittet. Kommunestørrelse har likevel betydning, som vi har sett og vil se i det neste.

I Drammens handlings- og økonomiplan for 2023-2026 vises det til at kommunen har et «begrenset økonomisk handlingsrom til å finansiere ønskede satsninger med nye midler», og videre at det vil kreve tydelige prioriteringer og nytenkning i arbeidet mot å følge opp kommunestyrets vedtatte mål (Drammen kommune, 2022b, s. 28). Økonomiplaner og budsjett er innenfor kommunenes formelle rammer, da kommuner og fylkeskommuner har som oppgave å utarbeide fireårige økonomiplaner og årlige budsjetter som vedtas med økonomisk balanse, og at de samtidig er bygget på realistiske forventninger om utvikling i inntekter og utgifter (Regjeringen, 2019). Drammen kommune skal i perioden 2023-2026 spare fem millioner

kroner på rus- og psykisk helsefeltet gjennom ulike tiltak, deriblant digitalisering. Digitalisering vil frigjøre mange ressurser, og dermed redusere kostnader. Digitalisering er et nødvendig kommunalt tiltak, så vel som et nasjonalt, for å nå ulike målsetninger helsetjenesten har satt seg. Rask tilgang på tjenester er et typisk mål. Men tiltak med mål om innsparing vil også føre til endringer i organisasjonen, og det er dermed viktig med klar og tydelig styring fra kommuneledelsen, samt utvikling av retningslinjer for de ansatte å følge. Det er viktig at tiltakene forsvares og ikke fører til tap i tjenestekvalitet.

I Tromsø kommune vises det til at det gjennom flere år har vært økonomisk merforbruk i forhold til tildelt budsjetttramme innenfor helse- og omsorgstjenester, og at det som følge av dette er behov for innsparingstiltak. I likhet med Drammen kommune er det økonomiske utfordringer som må løses gjennom fokus på innsparingstiltak. Det har tidligere vært forsøkt med ulike tiltak for innsparing, men disse har ikke hatt effekt, kommer det fram i handlingsprogrammet, da det har vært lite samarbeid på tvers av tjenestene innen helse og omsorg. Mye kan tyde på at det har sviktet i organiseringen av tiltakene, og at den formelle organisasjonsstrukturen ikke har vært tilstrekkelig utviklet for å nå de målene kommunen har satt seg. Det er særlig utfordringer når det gjelder boliger til trengende personer, noe Boligplan for rus- og psykisk helsefeltet 2021-2030 vil bidra til å løse. Dette viser til det vi i det instrumentelle perspektivet og konsekvenslogikken kaller mål-middel-forståelser, hvor man identifiserer hvilke midler som er nødvendige for å nå visse mål. Det vises til at rus- og psykiatritjenesten fra 2020 ble organisert under Velferd, arbeid og inkludering, som førte til endringer i budsjettet. Handlingsprogrammet viser også til at de ble tildelt midler i sammenheng med opptrappingsplanen for psykisk helse og rus.

Det er ikke uvanlig at man finner forskjeller blant kommuner når det kommer til økonomi og de økonomiske rammene for rusfeltet, da det er ulikheter i eksempelvis innbyggerantall, skatteinntang og prioriteringer. Begge kommunene, imidlertid, planla betydelig innsparingstiltak på feltet, på grunn av behov for frigjøring av økonomiske midler. I Tromsø kommune ble det varslet «boligkrise», noe som viser til mangler på dette området, og opptrer dermed som uønsket variasjon, i forhold til nasjonal målsetning om at alle i Norge skal ha et trygt sted å bo. Det er ikke varslet en slik boligkrise i Drammen kommune, og det antas dermed at boligtilbudet fungerer tilstrekkelig.

### **Årsverk**

Per 10 000 innbyggere har Drammen kommune totalt 28 årsverk for psykisk helse- og rusarbeid. Tromsø kommune, på den andre siden, har 23 årsverk for psykisk helse- og rusarbeid



per 10 000 innbyggere. Et årsverk defineres som en person i hundre prosent stilling et helt år, og i presentasjonen av kommunene ser vi at Drammen har i underkant av 108 tusen innbyggere og Tromsø kommune har omkring 78 tusen innbyggere, og det er derfor ikke overraskende at Drammen har flere årsverk, da befolkningen er større. I tabell 5.2 viste jeg også til antall årsverk i psykisk helse- og rusarbeid i Helseregion Sør-Øst og Helseregion Nord, per 10 000 innbyggere, til sammenligning. I Helse Sør-Øst var det totalt 29 årsverk, og i Helse Nord var det 32 årsverk. Helse Sør-Øst har ansvar for ca. 3,1 millioner nordmenn, og Helse Nord har ansvar for ca. en halv million nordmenn, og det er derfor noe overraskende at Helse Nord har flere årsverk enn Helse Sør-Øst, med tanke på omfanget av potensielle pasienter. Når vi sammenligner Drammen kommunes årsverk med årsverk i Helse Sør-Øst, er forskjellen liten. Sammenligner vi Tromsø kommunes Helse Nord, er forskjellen høyere. Hva som er årsaken til dette har ikke oppgaven mulighet til å gå nærmere inn på, men det er likevel interessante tall. En mulig forklaring er Tromsø kommunes økonomiske situasjon, som ble tatt opp i det forrige. Tilgang til ansatte eller andel brukere av helsetjenestene kan også ha innvirkning.

### 6.1.2 Geografi

#### ***Befolkningssammensetning***

Drammen kommunes aldersfordeling blant innbyggere er forholdsvis jevn, som også gjenspeiler antall årsverk ved at både tjenester for voksne og tjenester for barn og unge har 28 årsverk i psykisk helse- og rusarbeid. Tromsø kommune, på den andre siden, har en relativt ung befolkning, hvor den største andelen vises å være personer mellom 25-30 år. Disse regnes jo så klart som voksne, hvor også antall årsverk for tjenester innen psykisk helse- og rus er høyest, med 24. Forebyggingsstrategier innen rusfeltet har ofte forebygging blant barn og unge som fokus, hvilket kan gi en pekepinn på at det er her kommunene bør sette inn flere ansatte. Som det har blitt nevnt ved tidligere anledninger, har kommunen selv mulighet til å utforme og strukturere det kommunale rusarbeidet etter lokale behov. Rasjonell beslutningstaking innebærer å være målrettet, hvor beslutningstakeren tar valg etter målsetninger, informasjon om alternativer og konsekvenser, samt maksimerer nytte. I økonomisk teori ønsker man å velge det alternativet som gir størst økonomisk gevinst for virksomheten, og årsverk i kommunene er en måte å se fordeling av kommunens økonomiske midler. Variasjon i årsverk blant Drammen og Tromsø kommune ble diskutert nærmere i forrige avsnitt.

#### ***Narkotikautløste dødsfall***

I Norge var det totalt 241 narkotikautløste dødsfall i 2021 (Folkehelseinstituttet, 2021). I perioden 2016-2018 var det i gjennomsnitt 5,7 narkotikautløste dødsfall i Drammen kommune

og 4,0 dødsfall i Tromsø kommune. Tallene, som er vist i figur 5.3, ser ut til å variere smått fra år til år. Drammen har et noe høyere antall enn Tromsø, men dette er forutsigbart med tanke på at Drammen har en større befolkning. Det er likevel fullt mulig at det ligger andre årsaker bak, men det har i denne studien ikke vært mulig å utforske videre. Oslo ble også tatt med i oversikten, da det er Norges største kommune, etter innbyggertall, og kommunen det skjer flest narkotikautløste dødsfall. I en gammel artikkel fra Drammens tidende, kommer det fram at Drammen har et storbyproblem når det gjelder narkotika, da det er lett tilgjengelig (Haugo & Drægni, 2008). Blant annet er det nærheten til Oslo som gjør at en rekke personer driver organisert narkotikakriminalitet som salg og innførsel, og dermed øker tilgangen til illegale rusmidler. Tromsø kommune, på den andre siden av landet, er den største byen i Nord-Norge, men er ikke en storby på skala med Drammen og Oslo, noe som gjør at tilgjengeligheten til illegale rusmidler kan forventes å være mindre.

I et folkehelseperspektiv er man opptatt av hva som fører til tapte leveår i befolkningen, da en frisk befolkning som lever lenge er et tegn på god helse. Rus er en årsak til tapte leveår i befolkningen, da for tidlig død særlig forekommer med alvorlig bruk av rusmidler. Nasjonal overdosestrategi 2019-2022 forlenges inn i 2023 fram til forebyggings- og behandlingsreformen er lagt fram, melder regjeringen og Helse- og omsorgsdepartementet. I statsbudsjettet for 2023 ble arbeidet med overdoser styrket med seks millioner kroner (Regjeringen, 2023a). Det trekkes fram at i den nye overdosestrategien er Helsedirektoratet blant annet bedt om å utvikle en kommunal overdoseforebyggende pakke. Det er i kommunene folk bor, og det er kommunene som har best mulighet til å bistå, særlig når det gjelder det forebyggende arbeidet. Den nasjonale overdosestrategien slår fast at vi i «verdens beste helse- og velferdssystem» ikke kan akseptere at et så stort antall mennesker dør av overdose (Helsedirektoratet, 2019, s. 2). Videre er overdosestrategien basert på en nullvisjon: «Vi har en visjon om at samfunnet skal bistå brukere av illegale rusmidler på en slik måte at ingen mister livet av sitt rusmiddelbruk.» Målet er klart å tydelig, spør du meg. Det instrumentelle perspektivet forutsetter målrettethet, og det er et mål at færrest mulig skal dø av overdose (da dette anses som for tidlige dødsfall, og kan unngås). Det er ikke blitt vist til hvordan Drammen og Tromsø kommune jobber med overdosestrategien.

### 6.1.3 Organisering

#### ***Rådgivende enhet for russaker***

Opprettelsen av rådgivende enhet for russaker, både i Drammen og Tromsø kommune, er først og fremst et eksempel på bruk av kommunene som verktøy, eller instrumenter, for utførelse og

iverksettelse av nye oppgaver. Etablering av rådgivende enhet i kommunen gir mening da det gir myndighetene mulighet til å hjelpe folk der de er – et formål som gjelder kommunesektoren generelt. Som kjent er etablering av rådgivende enhet for russaker lovpålagt, med bakgrunn i vedtak av ny lov om kommunale helse- og omsorgstjenester (§ 3-9 b) om etablering av rådgivende enheter i kommunene, og vedtak av lov om endringer i straffeloven. Både Drammen og Tromsø kommune har etablert enheten i sin organisasjon, hvilket anses som rasjonelt da det motsatte i all sannsynlighet ville medført en eller annen form for negativ sanksjon. Etableringen er et uttrykk for praktisk handling.

### ***Kommunalt psykisk helse- og rusarbeid 2022 (IS-24/8)***

IS-24/8 gir en rapport av hvordan kommunens virksomhet har fungert i det forrige år, og kan gi føringer for hva som kan videreføres og hva som bør tilpasses eller endres i den kommende tiden. Slik informasjon gir innblikk i hva som er gjort tidligere, og en målestokk på hvor man er nå. Har vi sett forbedring? Hvilke kommuner kan vi se til for inspirasjon? Hvilke områder krever mer oppmerksomhet? Rapporteringen bidrar til å sette føringer og forventninger til det kommunale rusarbeidet, slik rapporten forutsetter, og kommuneorganisasjonen anses her som redskap til å oppnå de målene som er ønsket. Den rasjonelle beslutningsmodellen innen det instrumentelle perspektivet forutsetter at man er målrettet, har tilstrekkelig med informasjon og at beslutningstakeren ønsker å optimere sin snytte. Rapporteringen gir kommunene data om deres arbeid, slik at både kommunene og nasjonale myndigheter har informasjon til å fatte nye beslutninger i framtiden. Dette anses som rasjonell beslutningstaking, da beslutninger baseres på håndfaste data. Det er utfordrende å kartlegge rus og personer med rusproblemer, noe som bør tas i betraktning.

### ***Organisasjonskart***

Det instrumentelle perspektivet innen organisasjonsteori er opptatt av den formelle organisasjonsstrukturen, og da særlig arbeidsdelingen og hvordan den er nedfelt i regelverk eller organisasjonskart. Den formelle strukturen viser til arbeidsdeling, koordinering, styring og kontroll. I presentasjon av empiri ble det vist både til Drammen kommune og Tromsø kommunes organisasjonskart. Likt for begge kommuner er at rus og psykisk helse er organisert sammen, som er tilfelle for de fleste andre norske kommuner. I Drammen kommune er Psykisk helse og rusarbeid underlagt Avdelingen for arbeid og livsmestring, hvor man også finner andre tjenester som oppfølgingstjenester, Rusakutten og rehabiliteringstilbud. Når det kommer til Tromsø kommune, er Enhet for rus og psykiatri underlagt Seksjon for velferd, arbeid og inkludering. Organisasjonsstrukturen lar oss forstå ulike elementer som effektivitet og produktivitet, men også arbeidsmiljø, motivasjon og kommunikasjon. Det er lite variasjon å

spore her, da det ser ut som rusfeltet er organisert tilsynelatende likt i begge kommunene. Det tyder på at det er den mest hensiktsmessige organiseringen, i forhold til arbeidets innhold – noe som viser til formålsrasjonalitet og institusjonell rasjonalitet.

#### 6.1.4 Samarbeid

Brukere av tjenestesystemet har ofte sammensatte problemer som gjør de over lang tid har behov for tjenester fra både kommunen og spesialisthelsetjenesten samtidig, noe som krever et tilgjengelig og fleksibelt tjenesteapparat (Hanssen & Henriksen, 2020, s. 135). Både Drammen og Tromsø kommune viser til samhandlingsreformen, hvor reformen la vekt på viktigheten av forebygging og tidlig behandling, hvor sentrale virkemidler er økonomiske insentiver og forpliktende samarbeidsavtaler mellom kommunene og helseforetakene. Det later til at begge kommunene er oppdatert på feltet. Samhandlingsreformen var landsdekkende, og derfor relevant for begge kommunene i dette tilfellet. Ser man på Drammen kommunes forvaltningsrevisjon av kommunenes tjenestetilbud i lys av samhandlingsreformen, anser man, i et instrument perspektiv, det som rasjonelt å gå gjennom vurderinger av egen organisasjon, for så å ta beslutninger basert på den kunnskapen som er innhentet. Nye mål for styring kan opprettes, hvilket setter nye betingelser og rammer for veien videre.

I handlings- og økonomiplanen til Drammen kommune kommer det fram at framtidens helse- og omsorgsutfordringer vil kreve sammensatt kompetanse i skjæringspunktet mellom teknologi og helse. Forslag fra rådmannen inkluderer å styrke samarbeidet med frivilligheten og samarbeid med sosiale entreprenører. Sett fra et instrumentelt perspektiv innebærer dette målrettede tiltak for å løse definerte utfordringer som knytter seg til personer med rusproblematikk. Relevante tiltak i temaplanen, ved navn *Inkludere alle i arbeid og aktivitet*, innebærer blant annet å «[t]a i bruk handlingsrommet for innovative offentlige anskaffelser og lyse ut konkurranse om drift av dagsentre for rus- og psykisk syke, aktivitets- og seniorsentre» (Drammen kommune, 2022b, s. 59). Vi kan, etter det instrumentelle perspektivet, anse dette som mål-middel-forståelser, hvor kommunen definerer målsetninger og vurderer hvilke midler som trengs for å oppnå dem.

I Tromsø kommunes svar på høringsuttalelse om Nasjonal helse og samhandlingsplan 2024-2027, kommer det fram at det i samhandlingsreformen (2012) ble meldt om styrking av fastlegeordningen, men at denne ikke har kommet, noe som har preget pasientforløpene og fastlegenes mulighet til å delta i nødvendig utviklingsarbeid. Fastlegene er en viktig del av det kommunale rusarbeidet. Kommunen erfarer blant annet at innleggelse til psykisk helsetjenestene ofte er vanskelig, på grunn av stadig nedbygging av sengekapasiteten. Tromsø

kommune er avhengige av tilskuddsmidler til drift av sine tilbud, og har ikke like stor kapasitet til å utføre arbeid slik som spesialisthelsetjenesten, kommer det fram i svar til høringsuttaalelsen. En unormal stor skjevhet i kommunen og spesialhelsetjenesten er ikke å foretrekke. På den andre siden finner vi Universitetssykehuset Nord-Norge (UNN) i Tromsø, hvor det for øyeblikket er planlegging av nytt hovedbygg for psykisk helse og rus (UNN, u.å.). De nye byggene har blant annet som målsetning å sikre «gode og tidsriktige rammer for behandlingen, bidra til bedre kvalitet på helsetjenestene og bidra til økt pasientkapasitet», kan UNN fortelle.

## 6.2 Det kulturelle perspektivet

«Institusjonelle trekk gjør en offentlig organisasjon til noe verdsatt og et vesentlig element i samfunnet», forklarer Christensen et al. (2015, s. 70). Verdier og normer innad i organisasjoner kan si mye om hvordan de bidrar i samfunnet. Hvilke saker som settes på den politiske dagsorden har også mye å si for hva kommunen anser som viktig. Hvorvidt kommunene har nådd de mål satt av øvrige myndigheter eller kommunen selv kan si noe om den indre organisasjonskulturen. En klar misjon gir arbeiderne innad organisasjonen handlingsretning og motivasjon, som igjen kan gi eksterne effekter i form av god kvalitet på de tjenestene som leveres. FNs bærekraftsmål er et godt eksempel, da det legger føringer for arbeidet som gjøres og skaper noe å handle etter. Men vi vet også at organisasjonskulturen «sitter i veggene», og at organisasjoner med sterke institusjonelle trekk kritiseres for å være rigide og mindre tilpasningsdyktige.

Hvordan er det mulig å se kommunenes arbeid på rusfeltet i lys av organisasjonskulturen? I denne sammenhengen har det vært mest aktuelt å se på organisering, samarbeid og omdømme, og da særlig hvordan politiske ledere engasjerer seg i det kommunale helse- og omsorgsarbeidet med fokus på rusfeltet. Der hvor rasjonell beslutningstaking handler om å følge nye lovpålagte oppgaver og statlige føringer, kan man si at institusjonell rasjonalitet handler om å ta beslutninger på vegne av sin egen organisasjons nytte, eller basert på normer og verdier vokst frem i organisasjonen over tid. Da det ikke har blitt foretatt noen fysiske observasjoner eller intervjuer av nøkkelpersoner innad i organisasjonene, som har verdifull informasjon om og erfaringsbasert innsikt i organisasjonskulturen, baseres analyse og diskusjon ut av det kulturelle perspektivet på hva vi kan finne i det kommunene presenterer på sin egen kommunenettside eller hva som kommer fram i ulike dokumenter.

### 6.2.1 Organisering

#### ***Rådgivende enhet for rusaker***

Stortingets vedtak av den nye lovpålagte oppgaven, jf. den nye loven om kommunale helse- og omsorgstjenester, ga kommunene lite valg, men samtidig frihet til å opprette enheten slik den enkelte kommunen fant mest hensiktsmessig. Kulturperspektivet gjør seg da gjeldende, da organisasjonskulturen kan sette føringer for organiseringen. Har det blitt gjort lignende ting før? Hvordan etableres andre enheter innen den kommunale helse- og omsorgssektoren? Kommunen må også vurdere behovet for enheten, samt hvor mye innsats, kapasitet og kompetanse det er nødvendig å legge inn.

Enheten er fremdeles relativt ny, så det finnes lite rapportering om hvordan den har fungert i praksis, men i rapporten om kommunalt psykisk helse- og rusarbeid for 2022 (IS-24/8-prosjektet) ble det stilt spørsmål til kommunene om hvorvidt de i det hele tatt *kjente til* det nye lovverket, og videre om de hadde etablert enheten slik det nye lovverket forventet. Blant kommunene i Viken fylke svarte 64 prosent at de både var kjent med lovvedtaket og hadde startet arbeidet, mot 40 prosent av kommunene i Troms og Finnmark (Ose & Kaspersen, 2022, s. 115). Her ser vi en viss forskjell. Selv om implementering av nye lovpålagte oppgaver i hovedsak dreier seg om formaliteter og kommunen som verktøy for virkeliggjøring av nasjonale målsetninger, er det interessant at det er forskjell mellom hvorvidt kommunene har *fått med seg* de nye oppgavene. Hva kan dette skyldes? Det kan være at flere av kommunene hadde fått det med seg, men at de ikke hadde startet arbeidet enda, eller det kan skyldes knapphet på kapasitet. Som jeg har vært inne på tidligere, viser god intern kultur seg utad i den eksterne strukturen. Er kommunene samfunnsengasjerte? Er kommunene aktive i lokalsamfunnet? Alt kan måles og dømmes.

#### ***Nasjonal overdosestrategi***

Mange av tiltakene i den nasjonale overdosestrategien (2019-2022) ble videreført fra den tidligere nasjonale overdosestrategien (2014-2017), hvor nye tiltak inkluderer et økt fokus på råd, veiledning og oppfølging av somatisk helse- og ernæringstilstand i tjenestetilbudet til brukerne, samt å sørge for ny og oppdatert kunnskap på overdoseområdet for å sikre målrettede tiltak (Helsedirektoratet, 2019, s. 3). Det kulturelle perspektivet i organisasjonsteori vektlegger at organisasjoner ofte handler i samsvar med erfaringsbaserte regler for handling som har fungert godt i tidligere situasjoner. De understreker at det er behov for innsats som rettes mot nye utfordringer, som tiltak overfor nye rusmidler (Helsedirektoratet, 2019, s. 4). Politiet avdekket i 2022 eksempelvis det nye rusmidlet protonitazen, som er et svært toksisk, syntetisk

opioid (Helsebiblioteket, 2022). Helsebiblioteket forteller at en svært liten dose kan gi alvorlige, livstruende forgiftninger med CNS depresjon, respirasjonsdepresjon og hjertestans.

Hvilke rusmidler som er i omløp i en kommune, sett at det er variasjon i hvilke typer stoffer som er mest fremtredende, kan gi ulikheter i kommunalt rusarbeid. Innledningsvis i analyse- og diskusjonskapittelet vises det til hvordan data om typer stoff, tilgang til stoff og stoffpriser er relevant i sammenheng med organisert kriminalitet og utbredelsen av ulike rusmidler i ulike deler av landet. Typer stoff som brukes sier noe om personene som bruker dem, og videre hvordan kommunen bør utvikle sine tjenester i samsvar med brukernes behov. I sammenheng med Drammen og Tromsø kommune er det ikke avdekket nye rusmidler (som denne oppgaven har presentert, vel og merke), men det ligger en antagelse ved at kommunene holder seg oppdatert og er på alerten. Samarbeid og kunnskapsformidling med politiet er en forutsetning. Vi får i alle fall håpe det.

### ***Definerte utfordringer innen helse- og omsorgsarbeidet***

Ofte handler organisering om å tildele noen ansvar til å hanske med ulike oppgaver. Det er behov for å finne løsninger som reduserer det forventede presset på helsevesenet i framtiden, et ansvar som i stor grad vil falle på kommuneorganisasjonen. Det forventes at kommunene mobiliserer seg for å kunne håndtere eldrebølgen som kommer. Ser vi til kulturperspektivet og logikken om det kulturelt passende, handler det om å gjøre det som anses som, nettopp, kulturelt passende i en gitt situasjon. Drammen skilte seg som «et godt sted å leve» (kommuneslagord), og det vil dermed være kulturelt passende å ta beslutninger som etterlever dette utsagnet. Slike felles visjoner gir forventninger til den lokale administrasjonen om at de vil skape en kommune innbyggerne vil trives, og dette gjelder ikke minst for framtidige drammensere. Økt digitalisering er en definert løsning på de framtidige utfordringene, men digitalisering krever tilpasning, hvor kommuneorganisasjonen og de respektive ansatte må inn i en læringsprosess slik at teknologien virker på en effektiv og tiltenkt hensiktsmessig måte. Slike læringsprosesser krever god organisasjonsstruktur og en intern kultur som tar i mot de nye teknologiske løsningene med åpne armer. En engasjert og inspirerende ledelse er gode forutsetninger for dette.

Tromsø kommune definerer mangel på differensierte boligtilbud og mulighet for oppfølging i boligen som en av de største utfordringene innen rus- og psykisk helsefeltet. Definerte problemområder gir grobunn for målrettede tiltak og søken etter løsninger. Dersom vi søker forklaringer fra kulturperspektivet, vil kommunen gå i seg selv og vurdere hvordan den interne strukturen påvirker arbeidsmetoden, i tillegg til at de bør se på hvilke områder som kan sies å

være suksessfulle, og deretter imitere seg selv ved å videreføre anerkjent godt arbeid. Klare og definerte mål setter rammer for strukturen i arbeidet, og det legger videre handlingsregler for senere beslutninger. Den institusjonelle rasjonaliteten vil komme til syne her, da den søker å finne best mulig løsning tilpasset problemet. I og med at boligproblemet har vært vedvarende, vil det være mest hensiktsmessig å se etter løsninger i omgivelsene, med tanke på at tidligere strategier ikke har fungert.

Begge kommuner viser til en selvbevissthet når det kommer til avklaring av utfordringer og problemområder i kommunen. Særlig Tromsø kommune fremviser en åpenhet i at det særlig er dårlige boligtilbud til sine innbyggere med rusproblemer, og at dette er noe som aktivt jobbes med. Her kan vi skimte en institusjonell rasjonalitet, hvor egenskaper som åpenhet og ærlighet kommer fram i det kommunen presenterer. Kommunene har behov for en stødig ledelse som tar problemene på alvor, og genuint bryr seg om menneskene de har ansvar for. Lokaldemokratiet forutsetter at de folkevalgte har kjennskap til den plassen de tar beslutninger på vegne av, og befolkningen må derfor å tiltro til at myndighetene snakker deres sak.

### 6.2.2 Samarbeid

Drammen kommune bestilte i 2021 forvaltningsrevisjon med formål om å se på kommunenes tjenestetilbud innen tjenestekområdene sett i lys av samhandlingsreformen. I kulturperspektivet kan vi anse dette som engasjement, handlekraft og ønske om forbedring fra ledelsens side. Nye Drammen kommune ble til i januar 2020, og det var nå tre gamle kommuner som måtte samarbeide som en – hvilket betyr tre etablerte organisasjonskulturer som skulle forenes. Alle hadde de med seg egne normer og verdier. Hvordan dette har fungert i praksis er en interessant studie i seg selv, men det har det av åpenbare grunner ikke vært kapasitet til å gå videre inn på her. Det kan tenkes at det i starten var noen «fødselssmerter» ved samkjøring av tjenestene og forening av ulike kulturer, men det er også verdt å merke seg at kommunene som ble slått sammen i utgangspunktet hadde en del til felles. Selv om det var snakk om et nytt «stor-Tromsø» i forbindelse med kommunereformen, ble ikke dette realisert, og organisasjonskulturen kunne derfor leve som før. Samhandlingsreformen har også vært tema i Tromsø kommune, som vi kan se blant annet gjennom høringsuttalelse av Nasjonal helse og samhandlingsplan 2024-2027. En kommune som er engasjert i hva som også skjer utenfor kommunen er positivt i den forstand at de har evne til å se utover, samtidig som de klarer å holde på det som er verdifullt for kommunens identitet.



### 6.2.3 Omdømme

#### ***Folkehelsearbeidet***

FNs bærekraftsmål gir ansatte innad i kommunen en klar visjon for arbeidet som skal utføres og føringer for samfunnsutviklingen. Klare handlingsretninger gir mening til arbeidet, som igjen kan påvirke tjenestekvaliteten. En forutsetning for lettere å nå mål er sterke institusjonelle trekk, da etablerte praksiser, rutiner og rammer hjelper ansatte med å ta gode beslutninger. Både Drammen og Tromsø kommune later til å ha god oversikt over folkehelsearbeidets premisser og forutsetninger, dersom man ser til utformingen av handlingsplanene for perioden framover. Kommunene er ansvarsbevisste, hvor Drammen forteller at «[k]ommunen har det overordnede ansvaret for folkehelsearbeidet, og skal utnytte potensialet i alle tjenester for å sikre at innbyggerne tar best mulige helsevalg og opplever mestring og livskvalitet gjennom hele livsløpet» (Drammen kommune, 2022b, s. 44). I Tromsø kommune er det det mål om «[e]t bærekraftig Tromsø» som skal «fremme folkehelse gjennom tiltak som kommer levekårsutsatte grupper særlig til gode», samt «legge til rette for omgivelser og aktiviteter som fremmer folkehelse [...]» (Tromsø kommune, 2021b).

#### ***Åpenhet til endring***

Drammen kommune ble en gang i tiden kåret til «Norges styggeste by» og har blitt stemplet som «harrybyen Drammen», men har siden klart å endre image ved en bytransformasjonsprosess gjennom omdømmeprojektet «Fra industriby til Elvebyen Drammen». Omdømmeprojektet gikk ut på å styrke Drammens omdømme og skape en lyst til å flytte til byen, samt skape arbeidsplasser (Vestby et al., 2019, s. 67). Kommunen var også en del av kommunereformen, og nye Drammen kommune besto fra januar 2020 av de tidligere kommunene Drammen, Nedre Eiker og Svelvik. Både transformasjonsprosessen og kommunereformen har naturlig nok medført endringer internt i organisasjonen, ikke bare eksternt, hvor formelle så vel som institusjonelle trekk ved institusjonen kan sies å ha gjennomgått en endringsprosess. Det kan tolkes dithen at Drammen kommune har evnen til å omstrukturere seg og egenskapen til å tilpasse seg omgivelsenes forventninger. Drammen kommune er en av de ti største kommunene i Norge, syvende største etter folketall for å være presis. Med «great power comes great responsibility», som vi alle vet. Som en stor og folkerik kommune bør Drammen stå fram som et godt eksempel i det norske (kommune)samfunnet.

Tromsø kommune havner, etter folketall, som den tolvte største kommunen i Norge. Når det kommer til endringsprosesser, ble Troms fylke, som Tromsø befinner seg i, og Finnmark fylke offer for den mye omtalte regionreformen – og ble slått sammen til Troms og Finnmark fylke.

Fylkessammenslåingene som trådte i kraft januar 2020 reduserte antall fylker i Norge fra 19 til 11, i tillegg til en del nye fylkesnavn. Buskerud, Akershus og Østfold ble til Viken, men Troms og Finnmark forble, enkelt nok, Troms og Finnmark. De nye fylkene varer derimot ikke så lenge, og blir igjen planlagt oppløst i 2024 – til glede for mange som ikke har følt at de «hører hjemme» i de nye fylkene. Både Drammen og Tromsø by er administrasjonssentre i sine fylker. I det kulturelle perspektivet er man opptatt av organisasjoners identitet, og en stor del av både Drammen og Tromsø kommunes identitet bærer preg av at de er relativt store i forhold til sine omgivelser – både når det kommer til befolkning og ressurser. Dette tar oss videre til analysering gjennom myteperspektivet, som er opptatt av hvordan organisasjoner søker legitimitet fra omgivelsene de befinner seg i.

### **6.3 Myteperspektivet**

Vi finner myter i alle kulturer, og mytene, som ofte er fortellinger om guder eller overnaturlige skikkelser, har gjennom tiden blitt overlevert muntlig fra generasjon til generasjon (Groth & Kværne, 2022). Myter kan også ha ikke-religiøse betydninger, men da ofte i negativ forstand, hvor utsagn som «det er bare en myte» kan dreie seg om konspirasjonsteorier, utenomjordiske vesener eller fantasier om kjendisers personlige liv. Men vi vet jo alle at myter har makt, og «[f]å ting er så effektivt som en god myte, om man skal samle et folk, eller bygge en nasjon» (Madsen, 2012). Det er kanskje feil å tenke på myter som sanne i en vitenskapelig betydning, sier Roald E. Kristiansen, men likevel bidrar de til å virkeliggjøre idealer, og mytene har den egenskapen at de kan utvikle seg etter behov i omgivelsene. Mytene kan skape nye sannheter. Myter er ikke alltid bare oppspinn, de er basert på noe, og vi kan gå «tilbake i tiden på jakt etter de viktigste idealene man kan bygge videre på, og dermed skape en verden preget av de verdier en setter høyest» (Madsen, 2012). Sett i lys av organisasjonsteorien, er myter – forestillinger og tanker om virkeligheten – viktige for utviklingen av samfunnet vi lever i. Myter skaper forventninger organisasjonene kan strekke seg etter, og deler nye idéer og innovative løsninger til nyoppståtte problemer.

#### **6.3.1 Samarbeid**

##### ***Samhandling på dagsorden***

I Drammen kommune viser bestilling av forvaltningsrevisjonen, som hadde som formål å se på kommunens tjenestetilbud innen tjenesteområdene sett i lys av samhandlingsreformen, først og fremst engasjement, handlekraft og ønske om forbedring. I myteperspektivet applauderes det, da det antas å gi legitimitet i omgivelsene. Organisasjoner har en egen evne til å gjennomgående vurdere seg selv (som kommuneorganisasjonen Drammen er et eksempel på her) for å stadig

forbedre og tilpasse tjenestene etter hvilke behov som dukker opp. Som kjent er problemer knyttet til rus et felt i stadig endring, hvor det dukker opp nye utfordringer og hensyn som må tas. «Samhandling» er på mange måter også den nye «moten», slik myteperspektivet ville sagt det, da det innen offentlig sektor er særlig fokus på samhandling og tverrfaglighet i helsesektoren.

Selv om samhandling kan sies å ha vært et sentralt tema i det norske helsevesenet i over 40 år, er det da i tilknytning til *manglende* samhandling mellom spesialisthelsetjenesten og kommunal primærhelsetjenestene, samt mellom og innad i organisasjoner (Christie et al., 2018, s. 32). Det antas at løsninger som bidrar til samhandling vil sikre bedre kvalitet på tjenestene og fører til at helsevesenet er i bedre stand til å oppfylle sin kjerneoppgave om å bidra til at befolkningen kan leve bedre og lengre liv (Christie et al., 2018, s. 33). I kommunene møter man særlig utfordringene på tre områder: «1) utprøving og rask utbredelse av velferdsteknologi, 2) innsats for å få digitale samhandlingsverktøy og organisasjonstilpasninger til å støtte samhandling mellom de kommunale tjenestene og mellom kommune og spesialistforetakene, og 3) større krav til ledelse» (Christie et al., 2018, s. 34).

I underkapittel 2.4 *Tidligere forskning*, viser jeg til funn i sluttrapporten fra Høgskolen i Sørøst-Norge, *Intensiver for god samhandling i lokalbasert rus og psykisk helsearbeid*, hvor man så at samhandling ofte forekom på tross av, og ikke på grunn av, de rammebetingelsene og virkemidlene som lå til grunn for organisering og utøving av tjenester (Deloitte AS & Høgskolen i Sørøst-Norge, 2016, s. 63). Dette kan vise til kommunenes evne til å tenke selv og utøve kreativitet i begrensede handlingsrom. Om dette har vært tilfelle i Drammen og Tromsø kommune kommer ikke fram i handlings- og økonomiplanene. Likevel kan vi se at Drammen uttrykker hvordan framtidens helse- og omsorgsutfordringer vil kreve sammensatt kompetanse, samt samarbeid med sosiale entreprenører og tverrfaglig samarbeid mellom rus- og psykisk helsetjenester og NAV. Tromsø kommune, på sin side, ønsker også å stimulere til økt samskaping mellom innbyggere, frivillig sektor, næringsliv og kommunen. Særlig frivillig innsats i helsesektoren er interessant, da det er økt interesse fra myndighetenes side om tilrettelegging av mer frivillig innsats på omsorgsfeltet (Lorentzen & Skinner, 2019, s. 5).

### ***Press på helsevesenet***

Framtidens helse- og omsorgsutfordringer vil kreve sammensatt kompetanse i skjæringspunktet mellom teknologi og helse, kommer det fram i handlingsplanen til Drammen kommune, og hensikten bak økt fokus på bærekraftige teknologiske løsninger er å øke den enkeltes egenomsorgsevne og redusere framtidens belastning på helsetjenesten. Eldrebølgen er et

nasjonalt fenomen, og det vil være naturlig for kommunene å se til hverandre for idéer til nye, bærekraftige teknologiske løsninger, sett fra myteperspektivet. Det er i alle fall en forventning fra omgivelsene om at alle kommuner, Drammen og Tromsø kommune inkludert, skal forberede seg og mobilisere ressurser.

«Organisatorisk styring og ledelse er på mange måter «limet» i utøvelsen av tjenesten», sies det i handlingsprogrammet til Tromsø kommune. Her bemerker kommunen eksplisitt hvordan organiseringen er grunnmuren i velfungerende helsetjenester. Moteord som «helhetlig» og «frivillighet» gir inntrykk av at Tromsø kommune følger med i samtidens svar på gode løsninger til helsesektorens framtidige utfordringer. Universitetssykehuset Nord-Norge, som for øyeblikket planlegger nytt hovedbygg for psykisk helse og rus, har i planleggingen fokus på brukervedvirkning, hvor brukernes, pårørendes, ansattes og fagmiljøenes stemmer blir hørt, og de mener at dette er nøkkelen til å skape det beste behandlingsmiljøet (UNN, u.å.). Brukervedvirkning er noe vi ser mer og mer til i offentlig sektor, da det ofte er brukerne som vet best. Helsedirektoratet sier at målet med brukervedvirkning er å bidra til bedre helse- og omsorgstjenester (Helsedirektoratet, 2017). I tillegg til at brukervedvirkning er lovfestet, er det også en forventning fra omgivelsene – først og fremst brukerne – om at de skal kunne ha innflytelse over utformingen av tjenestene de selv har krav på og er brukere av.

### 6.3.2 Omdømme

#### *Portugal-modellen*

I Rusreformutvalgets utredning fant de stor inspirasjon i Portugals modell, hvor brukere av narkotika er forpliktet til å møte for en nemnd ved overtredelse av lovverket. Selv om ikke Norge har imitert og implementert modellen i sin helhet, har de valgt ut enkelte deler og tilpasset det til det norske systemet. Portugals modell har også fungert særlig bra (i Portugal), hvor avkriminaliseringen av narkotika har vist seg å være en suksess. Flere andre land ser også til Portugal og studerer deres modell (Jensvoll, 2016, s. 45). Portugal har nemlig erstattet strafferettslige sanksjoner mot brukerne med et helhetlig system som er bygget opp rundt helse og sosial velferd. Myteperspektivet vektlegger hvordan organisasjoner ser til og henter inspirasjon fra omgivelsene i utvikling av sin egen organisasjon. Suksessen til Portugal er kjent på verdensbasis, og det er dermed naturlig å finne ut av hvordan det er mulig å overføre dette til eget land. Lokale tilpasninger er en av nøklene til at dette kan fungere hensiktsmessig. Etablering av rådgivende enhet for russaker er et eksempel på slik overføring av nye idéer i praksis.

### **Generalistkommuner**

Norske kommuner er generalistkommuner, som sikrer at alle innbyggere har de samme demokratiske rettighetene og tilgang til de samme tjenestene (Regjeringen, u.å., s. 2). Selv om generalistkommuneprinsippet i seg selv kanskje er mer relevant å diskutere i forhold til det instrumentelle perspektivet, kan man i myteperspektivet likevel snakke om omgivelsenes forventninger til kommunens tjenester. Det kulturelle perspektivet, på sin side, er opptatt av verdier innad i kommunikasjonen, men myteperspektivet er opptatt av skiftende verdier i omgivelsene. Det er forventninger om at kommunene skal være effektive, moderne, nytenkende og innovative – og gjerne med én gang – men i realiteten vil nok de fleste kommuner nå disse målene på ulike tidspunkt på grunn av tilgangen til ressurser, kapasitet eller interne prioriteringer.

### **FACT-team**

Det finnes FACT-team i både Drammen og Tromsø kommune. I handlings- og økonomiplanen i Drammen var det ikke nevnt FACT, slik som i Tromsø kommunes handlingsprogram. Det kan vise til kommunenes egne prioriteringer eller oppfatninger av FACT i det kommunale rusarbeidet. Likevel kan det nevnes at FACT er et typisk eksempel på nye idéer og innovasjon på helsefeltet, da FACT-modellen er utviklet i Nederland (Helsedirektoratet, 2015). Modellen har gitt gode resultater internasjonalt, og nå også i Norge, kan Helsedirektoratet melde. FACT-teamene er under etablering i hele landet, og de jobber tett med kommunene og spesialisthelsetjenesten. Når det kommer til for eksempel kriminalitet og rus blant unge, viser undersøkelser at hele sju av ti unge som er inne til rusbehandling har en kriminell tankegang (Goplen, 2023). Dette bør dermed følges opp gjennom en helhetlig og integrert behandling, hvor rusbruk, psykisk uhelse og kriminalitet må følges opp samtidig. I sammenheng med FACT, har det også blitt tatt opp hvordan spesialiserte team, slik som FACT psykoseteam og FACT rus, kan virke mot sin hensikt og ende med å ikke fange opp de som faller i midten (Frimand, 2023). Videre understreker dette sammenhengen mellom psykisk lidelse og rusproblematikk, at rusavhengighet ofte sammenfaller med psykisk sykdom.

### **Utfordringer**

Det er fra flere plan varslet en boligkrise i Tromsø kommune, når det gjelder egnede boliger til personer med psykisk helse og/eller rusproblematikk, og blir av kommunen selv ansett som en av de største utfordringene innen rus og psykisk helsefeltet. Under de nye tiltakene i driftsbudsjettet kan vi se et betydelig hopp i midler til Bygg og bolig fra 2022 til 2023, samt videre mot 2025, noe som viser til kommunens økte innsats på området. For kommuner er det viktig med godt omdømme, da «[e]t godt omdømme er en konsekvens av at virksomheten

leverer i tråd med forventningene – og klarer å skape de gode relasjonene til gruppene med størst betydning for virksomhetenes suksess» (Aanestad, 2016). Omdømme handler også, ganske enkelt, om omgivelsenes oppfatning av organisasjonen over tid (Brønn, 2020). Men er omdømme alt? Som vi alle vet, har ikke lovord særlig betydning uten handling, og det er viktig at kommunearbeidet nettopp er *arbeid*, og ikke ender i verdiløs symbolpolitikk. Begge kommuner, ut av handlingsplanene å bedømme, har aktivt fokus på nasjonal målsetning om arbeid, bolig, utdanning og helse som fire viktige pilarer i velferdssamfunnet. «Idéen» om det norske velferdssamfunnet er også viktig i sammenheng med utformingen av kommunale tjenester, og er noe norske kommuner skal etterleve.

### ***Nasjonal overdosestrategi***

Myteperspektivet er med å forsterke norske myndigheters ønske om legitimitet fra omgivelsene ved å redusere antall overdosedødsfall slik at tallene ikke representerer en unormal høy verdi i forhold til befolkningen. Verken Drammen eller Tromsø kommune har i sine handlingsplaner for perioden framover nevnt strategi for overdosedødsfall eksplisitt, men det antas at de er kjent med den nasjonale overdosestrategien. Det bør også nevnes at ingen av kommunene kan sies å ha et unormalt høyt antall overdosedødsfall – selv om statistikken har den egenskapen at den kan endre seg fra år til år basert på tilfeldigheter. Tallene som framvises i figur 5.3 er relativt stabile, og det er ingen «høye topper». Det antas at kommunene ville hatt et betydelig høyere fokus på ruspolitikk og forebygging av overdoser dersom det viste seg at kommunen var særlig utsatt for narkotikarelaterte dødsfall.

### ***Ruspolitikken får mer oppmerksomhet***

Rusfeltet ble et «hett» tema under diskusjonen av den nye rusreformen som ble presentert våren 2021, men som ikke fikk flertall i Stortinget og dermed ikke gjennomført i sin helhet. I ettertid har det derimot blitt gjort flere tiltak som står i samsvar med det Rusreformutvalget foreslo, deriblant etablering av rådgivende enhet for russaker (endret fra rådgivende enhet for narkotikasaker) og nye retningslinjer for arbeid med narkotikasaker (som innebærer at rusavhengige ikke skal stanses, arresteres, eller ransakes på bakgrunn av mistanke om eget bruk), i tillegg til at rusavhengige heller ikke skal straffeforfølges for å ha narkotika til eget bruk (Kaupang et al., 2022). Dette har eksempelvis konsekvenser for politiet og deres arbeid. Et av rusreformens hovedpunkter var reduisering av stigmatisering av rusavhengige personer, og tiltak om at personer med brukerdoser ikke skal straffes med fengsel kan bidra til å endre synet på de menneskene som er blitt hardest rammet av rusen. De bør, etter reformens hensikt og det som kanskje bør være samfunnets generelle reaksjon, behandles med hjelp og respekt. I 2023 bør vi ha kommet såpass langt.

## 7.0 Konklusjon

Konklusjonen har til hensikt å gi et avsluttende svar på problemstillingen basert på analysen og diskusjonen. La meg derfor for tredje, og siste, gang gjenta oppgavens problemstilling: *Hvordan kommer variasjon i kommunalt rusarbeid til syne gjennom analyse av to ulike kommuners organisering av rusfeltet?*

For å finne svar på problemstillingen, har oppgaven først gått i bredden. Dette kommer spesielt til syne gjennom bakgrunnskapittelet. Her ble det snakket om folkehelseperspektivet, menneskerettighetene og narkotikareformbevegelsen, som alle har som mål å skape tiltak og utforme politikk med hensyn til å ivareta personer med rusmiddellidelser og annen alvorlig problembruk av (illegale) rusmidler. Kunnskapsmeldinger, reformer og opptrappingsplaner har dannet grunnlaget for ruspolitikken. Folkehelsearbeidet innebærer den innsatsen samfunnet legger i å påvirke de faktorer som fremmer helse og trivsel i befolkningen som helhet. Rusmiddelbruk anses som et folkehelseproblem, da bruken har konsekvenser for samfunnet, tilknyttet kostnader til somatisk behandling, psykisk helsehjelp og rusbehandling i kommunehelsetjenesten og spesialisthelsetjenesten. Menneskerettighetene slår fast at alle mennesker har rett til helse, slik narkotikareformbevegelsen understreker, og alle har rett til liv. De negative konsekvensene alvorlige rusmidler har for enkeltmennesket og samfunnet krever tap av helse og i verste fall tap av liv i form av narkotikarelaterte dødsfall og overdosedødsfall. Ruspolitikken har en særegen rolle i arbeidet med å minske de negative konsekvensene narkotika medfører. Har de lykket?

Oppgaven har gått i dybden, ved å presentere empiri fra Drammen og Tromsø kommunes organisering og målsetninger innen det kommunale rusarbeidet. Feltet i begge kommuner bærer preg av struktur etter nasjonale målsetninger og lovpålagte oppgaver. Det instrumentelle perspektivet forteller oss at kommunenes formelle organisasjonsstruktur (ikke overraskende) er relativ lik. Organisasjonskartet og sammenfall med psykisk helsefeltet viser oss det. Men når det kommer til økonomiske og geografiske faktorer, er det ulikheter i kommunenes forutsetninger. Drammen kommune er større enn Tromsø kommune i innbyggertall, har en eldre befolkning, ligger geografisk nærmere Oslo, har større skatteinntang og har gjennomgått en kommunereform hvor tre gamle kommuner ble til nye Drammen kommune. Dette kan sies å ha noe innvirkning på det kommunale rusarbeidet, ved at Drammen kan tenkes å ha flere illegale rusmidler i omløp, har behov for flere ansatte innen kommunalt psykisk helse- og rusarbeid, men samtidig også har mulighet til å bruke flere ressurser på feltet grunnet bedre

økonomi og «flere folk å ta av». Kommunene kan sies å ha ulike forutsetninger for rusarbeidet, som skaper en viss variasjon.

Ser vi til det kulturelle perspektivet bør det først og fremst understrekes at oppgaven ikke har hatt tilgang til «innsideinformasjon», men har basert seg på det kommunene uttrykker gjennom framstilling av seg selv som organisasjon og hvilke saker kommunene anser som viktige. Det er likevel de indre verdiene og normene i organisasjonen som er i hovedfokus, og det kommer sterkest til uttrykk gjennom definerte utfordringer innen rusfeltet, samt helse- og omsorgsfeltet. Begge kommuner er klar over det økte presset på helsevesenet, og virker trygge på hvilke løsninger som må settes i gang for å håndtere de kommende utfordringene. Drammen kommune har vist at de tidligere kan håndtere både reform og endring, gjennom kommunereformen og en bytransformasjonsprosess. Tromsø kommune på sin side er åpne om utfordringer knyttet til boligfeltet, og at det ikke finnes nok boliger til å innfri behovet det er for egnede boliger til personer med rusproblemer.

Myteperspektivet vektlegger forventninger omgivelsene har til organisasjoner. Det *forventes* at kommunene skal ha på plass tjenestetilbud for personer med rusproblemer slik de framkommer i lovverket. Det *forventes* at kommunene skal innrette seg mot trusselen helsevesenet står overfor i framtiden. Det *forventes* at kommunene skal være oppdatert på rusfeltet og levere tjenester som er tilpasset innbyggernes særskilte behov. Både Drammen og Tromsø kommune er tilsynelatende klar over dette. I myteperspektivet ser man også på hvordan organisasjoner søker legitimitet fra de samme omgivelsene. Begge kommuner har strategier for hvordan de skal møte eldrebølgen og andre pasienter med behov, begge er opptatt av folkehelsearbeid og å sikre best mulig helse i befolkningen, og begge er klar over at problematisk bruk av rusmidler bærer med seg kompliserte utfordringer for både samfunn og, ikke minst, individ.

## 7.1 Veien videre

Innledningsvis ble det spurt om dagens kommuner er rustet til å møte de sammensatte utfordringene rusmidler (narkotika, spesielt) fører med seg. «Både ja og nei», ble det svart. Det er positivt at rus er satt på den politiske dagsorden, og at det i skrivende stund arbeides med en ny forebyggings- og behandlingsreform. Kommunene *vet* at rus er en utfordring og kommunene *vet* at det er folk som sliter – det er jo nettopp kommunene som har det største ansvaret med å ta seg av personer med rusproblemer. Det er derfor til å klø seg i hodet av hvorfor dette feltet ikke har blitt ordentlig prioritert tidligere. Det er et felt som krever mer kunnskap, mer kapasitet og et større budsjett.



## Referanser

- Amdam, R. (2002). Sectoral Versus Territorial Regional Planning and Development in Norway. *European planning studies*, 10(1), 99-111.  
<https://doi.org/10.1080/09654310120099281>
- Amundsen, E. J. (2015). *Narkotikautløste dødsfall* (SIRUS RAPPORT 2/2015). Statens institutt for rusmiddelforskning.  
<https://www.fhi.no/globalassets/dokumenterfiler/rapporter/2015/sirusrap.2.15.pdf>
- Arbeiderpartiet & Senterpartiet. (2021). *Hurdalsplattformen: For en regjering utgått fra Arbeiderpartiet og Senterpartiet (2021-2025)*.  
<https://www.regjeringen.no/contentassets/cb0adb6c6fee428caa81bd5b339501b0/no/pdfs/hurdalsplattformen.pdf>
- Bachs, L. (2021). *Skadelig bruk av rusmidler*. Hentet 20.05.2021 fra  
[https://sml.snl.no/skadelig\\_bruk\\_av\\_rusmidler](https://sml.snl.no/skadelig_bruk_av_rusmidler)
- Bakstad, B. (2022). *Etablering av rådgivende enheter for russaker i alle landets kommuner*.  
[https://www.helsedirektoratet.no/tema/rus-og-avhengighet/Etablering%20av%20r%C3%A5dgivende%20enhet.%20Brev%20til%20landets%20kommuner%2022.04.2022.pdf/\\_/attachment/inline/f80d523e-b296-41d8-8eb7-b87d0b1face5:d59896fc4abc95ee785d3efc1179622d873c51db/Etablering%20av%20r%C3%A5dgivende%20enhet.%20Brev%20til%20landets%20kommuner%2022.04.2022.pdf](https://www.helsedirektoratet.no/tema/rus-og-avhengighet/Etablering%20av%20r%C3%A5dgivende%20enhet.%20Brev%20til%20landets%20kommuner%2022.04.2022.pdf/_/attachment/inline/f80d523e-b296-41d8-8eb7-b87d0b1face5:d59896fc4abc95ee785d3efc1179622d873c51db/Etablering%20av%20r%C3%A5dgivende%20enhet.%20Brev%20til%20landets%20kommuner%2022.04.2022.pdf)
- Baldersheim, H. & Rose, L. E. (2014). *Det kommunale laboratorium - teoretiske perspektiver på lokal politikk og organsering* (3. utg.). Fagbokforlaget.
- Bramness, J. G. (2014, 15.06.2022). *Rusmiddellidelser i Norge*. Hentet 27.09.2022 fra  
<https://www.fhi.no/nettpub/hin/psykisk-helse/rusmiddellidelser/>
- Bratberg, Ø. (2014). *Tekstanalyse for samfunnsvitere* (1. utg.). Cappelen Damm Akademisk.
- Breit, E. & Andreassen, T. A. (2021). Organisatoriske blikk på samarbeid i velferdstjenester. *Tidsskrift for velferdsforskning*, 24(1), 7-20. <https://doi.org/10.18261/issn.2464-3076-2021-01-02>
- Bretteville-Jensen, A. L. & Hordvin, O. (2011). Narkotikasituasjonen i Norge sett i et europeisk perspektiv. I A. Skretting & S. O. Ose (Red.), *Utviklingstrekk på rusmiddelfeltet: Grunnlagsmateriale til regjeringens stortingsmelding om rusmiddelpolitikken (SIRUS-rapport nr. 3/2011)*. <https://fhi.brage.unit.no/fhi-xmlui/bitstream/handle/11250/276010/sirusrap.3.11.pdf?sequence=3>
- Bretteville-Jensen, A. L., Snertingdal, M. & Hordvin, O. (2011). Mot en mindre restriktiv narkotikapolitikk. I A. Skretting & S. O. Ose (Red.), *Utviklingstrekk på rusmiddelfeltet: Grunnlagsmateriale til regjeringens stortingsmelding om rusmiddelpolitikken (SIRUS-rapport nr. 3/2011)*. <https://fhi.brage.unit.no/fhi-xmlui/bitstream/handle/11250/276010/sirusrap.3.11.pdf?sequence=3>
- Brunsson, K. & Brunsson, N. (2015). *Beslutninger*. Cappelen Damm.
- Brønn, P. S. (2020). *Åpen eller innadventt: omdømebygging for organisasjoner*. Gyldendal.
- Bukve, O. (2014). Organisasjonsteori - analyse av kommunal organisering. I H. Baldersheim & L. E. Rose (Red.), *Det kommunale laboratorium - teoretiske perspektiver på lokal politikk og organsering* (3. utg., s. 111-130). Fagbokforlaget.
- Christensen, T., Egeberg, M., Læg Reid, P., Roness, P. G. & Røvik, A. K. (2015). *Organisasjonsteori for offentlig sektor* (3. utg.). Universitetsforlaget.
- Christie, W., Hoholm, T. & Mørk, B. E. (2018). Innovasjon og samhandling i helsevesenet: En praksisbasert tilnærming. *Praktisk økonomi og finans*, 34(1), 32-46.  
<https://doi.org/10.18261/issn.1504-2871-2018-01-04>
- Deloitte AS & Høgskolen i Sørøst-Norge. (2016). *Intensiver for god samhandling i lokalbasert rus og psykisk helsearbeid* (Sluttrapport i KS FoU-prosjekt nr. 154013).

- [https://omsorgsforskning.brage.unit.no/omsorgsforskning-xmlui/bitstream/handle/11250/2500106/Deloitte\\_HSN.pdf?sequence=1&isAllowed=y](https://omsorgsforskning.brage.unit.no/omsorgsforskning-xmlui/bitstream/handle/11250/2500106/Deloitte_HSN.pdf?sequence=1&isAllowed=y)
- Drammen kommune. (2022a, 12.05.2022). *Fakta om Drammen kommune*. Hentet 17.01.2023 fra <https://www.drammen.kommune.no/om-kommunen/organisasjon-administrasjon/fakta-om-drammen/>
- Drammen kommune. (2022b). *Handlings- og økonomiplan 2023-2026*. [https://www.drammen.kommune.no/globalassets/om-kommunen/okonomi/okonomiplan/2023-2026/handlings--og-okonomiplan-2023-2026\\_vedtatt\\_web.pdf](https://www.drammen.kommune.no/globalassets/om-kommunen/okonomi/okonomiplan/2023-2026/handlings--og-okonomiplan-2023-2026_vedtatt_web.pdf)
- Drammen kommune. (2022c, 30.08.2022). *Rådgivende enhet for russaker*. Hentet 13.04.2023 fra <https://www.drammen.kommune.no/tjenester/helse-omsorg/psykisk-helse-rus-og-avhengighet/radgivende-enhet-for-russaker/>
- Drammen kommune. (2022d). *Økonomirapport per oktober 2022*. <https://www.drammen.kommune.no/globalassets/om-kommunen/okonomi/dokumenter/okonomirapport-per-oktober-2022.pdf>
- Drugs and Public Policy Group. (2010). Drug Policy and the Public Good: a summary of the book. *Addiction*, 105(7), 1137-1145. <https://doi.org/https://doi.org/10.1111/j.1360-0443.2010.03049.x>
- Dyrstad, K. & Ose, S. O. (2014). *Kommunalt rusarbeid og innlemming av statlig rustilskudd i den kommunale rammen* (SINTEF A26099). [https://www.sintef.no/globalassets/upload/teknologi\\_og\\_samfunn/helse/a26099-kommunalt-rusarbeid\\_rapport.pdf](https://www.sintef.no/globalassets/upload/teknologi_og_samfunn/helse/a26099-kommunalt-rusarbeid_rapport.pdf)
- eInnsyn. (u.å.). *Om oss*. Hentet 04.04.2023 fra <https://einnsyn.no/informasjon/om-oss>
- Enderud, H. (2008). *Beslutninger i organisasjoner - i adfærdsteoretisk perspektiv* (2. utg.). Forlaget Samfundslitteratur.
- Engelstad, F., Grennes, C. E., Kalleberg, R. & Malnes, R. (2005). *Introduksjon til samfunnsfag: Vitenskapsteori, argumentasjon og faghistorie* (3. utg.). Gyldendal Akademisk.
- Etzioni, A. (1978). *Moderne organisasjoner*. Forlaget Tanum-Norli.
- FN-sambandet. (2022, 08.12.2022). *FNs verdenserklæring om menneskerettigheter*. Hentet 12.03.2023 fra <https://www.fn.no/om-fn/avtaler/menneskerettigheter/fns-verdenserklæring-om-menneskerettigheter>
- FN-sambandet. (2023, 03.02.2023). *God helse og livskvalitet*. Hentet 12.03.2023 fra <https://www.fn.no/om-fn/fns-baerekraftsmaal/god-helse-og-livskvalitet>
- Folkehelseinstituttet. (2021, 09.06.2022). *Narkotikautløste dødsfall 2021*. Hentet 16.03.2023 fra <https://www.fhi.no/nettpub/narkotikainorge/konsekvenser-av-narkotikabruk/narkotikautloste-dodsfall/>
- Folkehelseinstituttet. (2022). *Folkehelse rapportens temautgave 2022. Framtidens utfordringer for folkehelsen. Sykdomsbyrde, bruk av helse- og omsorgstjenester, og smittsomme sykdommer*. Oslo: Folkehelseinstituttet. <https://www.fhi.no/contentassets/1da364574c4d46649008cd300acb4602/folkehelseraporten---temautgave-2022.pdf>
- Foreningen tryggere ruspolitikk. (2021, 08.06.2021). *Hva ble vedtatt da Stortinget behandlet rusreformen?* Hentet 03.04.2023 fra <https://www.rusreform.no/nyheter/rusreformens-utfall>
- Frimand, M. (2023). *Spesialiserte FACT-team - fordeler og ulemper*. Hentet 25.04.2023 fra <https://rop.no/aktuelt/spesialiserte-fact-team---fordeler-og-ulemper/>
- Førland, O., Ambugo, E. A., Døhl, Ø., Folkestad, B., Rostad, H. M. & Sundsbø, A. O. (2020). *Variasjon i kvalitet i omsorgstjenestene - Et forskningsprosjekt som måler, kartlegger og analyserer variasjon i kvalitet i omsorgstjenester mellom kommuner og mellom offentlige og private tjenesteytere* (Senter for omsorgsforskning, rapportserie nr. 01/2020). <https://omsorgsforskning.brage.unit.no/omsorgsforskning->

- [xmlui/bitstream/handle/11250/2658156/Forskningsdel%3b%20rapport\\_01\\_2020%20facing-web.pdf?sequence=1&isAllowed=y](https://xmlui/bitstream/handle/11250/2658156/Forskningsdel%3b%20rapport_01_2020%20facing-web.pdf?sequence=1&isAllowed=y)
- Førland, O. & Rostad, H. M. (2019). *Variasjon og uønsket variasjon i kvalitet i omsorgstjenestene: En kunnskapsoppsummering* (Rapportserie nr. 4/2019). Senter for omsorgsforskning. <https://omsorgsforskning.brage.unit.no/omsorgsforskning-xmlui/bitstream/handle/11250/2686963/Variasjon%20og%20u%20c3%b8nsket%20variasjon.pdf?sequence=1&isAllowed=y>
- Goplen, M. (2023). *Kriminalitet og rus blant unge*. Hentet 25.04.2023 fra <https://rop.no/aktuelt/kriminalitet-og-rus-blant-unge/>
- Groth, B. & Kværne, P. (2022, 12.01.2022). *Myte (religionsvitenskap)*. Hentet 05.05.2023 fra [https://snl.no/myte\\_-\\_religionsvitenskap](https://snl.no/myte_-_religionsvitenskap)
- Hanssen, J. K. & Henriksen, Ø. (2020). Kapittel 7 Politikk og tjenester innen rusomsorg. I *Velferdstjenestenes vilkår - nasjonal politikk og lokale erfaringer* (s. 130-150). Universitetsforlaget. <https://doi.org/https://doi.org/10.18261/9788215034713-2020>
- Haugo, M. & Drægni, I. (2008). *Store rusproblemer*. Hentet 03.05.2023 fra <https://www.dt.no/nyheter/store-rusproblemer/s/2-2.1748-1.3394142>
- Hean, S., Lahtinen, P., Dugdale, W., Larsen, B. K. & Kajamaa, A. (2020). The Change Laboratory as a tool for collaboration and social innovation. I E. Willumsen & A. Ødegård (Red.), *Samskapning: Sosial innovasjon for helse og velferd* (s. 207-221). Universitetsforlaget.
- Helse- og omsorgsdepartementet & Justis- og beredskapsdepartementet. (2022). *Stortingsmelding om forebyggings- og behandlingsreform på rusfeltet*. <https://www.regjeringen.no/no/aktuelt/stortingsmelding-om-forebyggings-og-behandlingsreform-pa-rusfeltet/id2905279/>
- Helse- og omsorgstjenesteloven. (2011). *Lov om kommunale helse- og omsorgstjenester m.m. (helse- og omsorgstjenesteloven)* (LOV-2011-06-24-30). Lovdata. <https://lovdata.no/dokument/NL/lov/2011-06-24-30>
- Helsebiblioteket. (2022, 29.11.2022). *Protonitazen, et svært toksisk syntetisk opioid, er påvist i Norge*. <https://www.helsebiblioteket.no/forgiftninger/aktuelt/protonitazen-et-svaert-toksisk-syntetisk-opioid-er-pavist-i-norge>
- Helsedirektoratet. (2015, 27.01.2022). *ACT-, FACT- og FACT ung-team*. Hentet 25.04.2023 fra <https://www.helsedirektoratet.no/tema/lokalt-psykisk-helse-og-rusarbeid/act-og-fact-team>
- Helsedirektoratet. (2017, 15.12.2022). *Brukermedvirkning*. Hentet 07.05.2023 fra <https://www.helsedirektoratet.no/tema/brukermedvirkning>
- Helsedirektoratet. (2018). *Folkehelse og bærekraftig samfunnsutvikling. Helsedirektoratets innspill til videreutvikling av folkehelsepolitikken* (Rapport IS-2748). Helsedirektoratet. [https://www.helsedirektoratet.no/rapporter/folkehelse-og-baerekraftig-samfunnsutvikling/Folkehelse%20og%20b%C3%A6rekraftig%20samfunnsutvikling.pdf/\\_attachment/inline/3bee41d0-0b38-4957-913e-bedad965e37a:a89f2b8d35a30992c90f2f4c4f872d2ffdd0abaa/Folkehelse%20og%20b%C3%A6rekraftig%20samfunnsutvikling.pdf](https://www.helsedirektoratet.no/rapporter/folkehelse-og-baerekraftig-samfunnsutvikling/Folkehelse%20og%20b%C3%A6rekraftig%20samfunnsutvikling.pdf/_attachment/inline/3bee41d0-0b38-4957-913e-bedad965e37a:a89f2b8d35a30992c90f2f4c4f872d2ffdd0abaa/Folkehelse%20og%20b%C3%A6rekraftig%20samfunnsutvikling.pdf)
- Helsedirektoratet. (2019). *Nasjonal overdosestrategi 2019-2022*. [https://www.regjeringen.no/contentassets/405ff92c06e34a9e93e92149ad616806/20190320\\_nasjonal\\_overdosestrategi\\_2019-2022.pdf](https://www.regjeringen.no/contentassets/405ff92c06e34a9e93e92149ad616806/20190320_nasjonal_overdosestrategi_2019-2022.pdf)
- Helsedirektoratet. (u.å.). *Helsefellesskap*. Hentet 15.04.2023 fra <https://www.helsedirektoratet.no/tema/helsefellesskap>
- Innst. S. nr. 255 (2003-2004). *Innstilling fra kommunalkomiteen om lokaldemokrati, velferd og økonomi i kommunesektoren 2005 (kommuneproposisjonen)* (St.prp. nr. 64 (2003-2004)). <https://www.stortinget.no/globalassets/pdf/innstillinger/stortinget/2003-2004/inns-200304-255.pdf>

- Isaksen, J., Ågotnes, G. & Fagertun, A. (2018). Spenningsfeltet mellom standardisering, variasjon og prioritering i norske sykehjem. *Tidsskrift for Omsorgsforskning*, 4(2), 143-152. <https://doi.org/10.18261/issn.2387-5984-2018-02-10>
- Jacobsen, D. I. (2005). *Hvordan gjennomføre undersøkelser: Innføring i samfunnsvitenskapelig metode* (2. utg.). Høyskoleforlaget.
- Jacobsen, D. I. & Thorsvik, J. (2019). *Hvordan organisasjoner fungerer* (5. utg.). Fagbokforlaget.
- Jenssen, S. & Robertsen, Ø. K. (2015). Det kommunale handlingsrommet – bare for små kommuner? *Norsk statsvitenskapelig tidsskrift*, 31(4), 333-356. <https://doi.org/10.18261/ISSN1504-2936-2015-04-05>
- Jensvoll, H. (2016). Portugals narkotikapolitikk: Ny internasjonal modell? *Rus & samfunn*, (2), 45-50. <https://doi.org/https://doi.org/10.18261/ISSN1501-5580-2016-02-18>
- Kaupang, M. M., Lydersen, T. & Jarstad, L. (2022). *Politikerne stemte ned rusreformen - nå letter Høyesterett på narkoreglene*. Hentet 02.05.2023 fra <https://www.nrk.no/norge/nye-narkoregler--vil-fore-til-endringer-for-politiet-1.15972053>
- Kjeldstadli, K. (1992). *Fortida er ikke hva den en gang var : en innføring i historiefaget*. Universitetsforl.
- Kommunal- og distriktsdepartementet. (u.å.). *Om inntektssystemet*. Hentet 14.03.2023 fra <https://www.regjeringen.no/no/tema/kommuner-og-regioner/kommuneokonomi/inntektssystemet-for-kommuner-og-fylkeskommuner/id2353961/>
- KommuneProfilen. (2022). *Økonomi: Skatteinngang - etter type skatt*. Hentet 24.04.2023 fra [https://www.kommuneprofilen.no/profil/okonomi/Bench/okonomi\\_skatt\\_alt\\_bench.aspx](https://www.kommuneprofilen.no/profil/okonomi/Bench/okonomi_skatt_alt_bench.aspx)
- Kommunetorget. (u.å.). *Hvor skal det planlegges?* Hentet 02.04.2023 fra <https://www.kommunetorget.no/Temaomrader/Kommunal-planlegging/HVA-ER-planlegging/Hvor-skal-det-planlegges/>
- Kompetansesenter rus (Region Midt-Norge). (2018). *Lokalt rusmiddelforebyggende arbeid i et folkehelseperspektiv* (IS-2784). [https://www.helsedirektoratet.no/rapporter/lokalt-rusmiddelforebyggende-arbeid-i-et-folkehelseperspektiv/Lokalt%20rusmiddelforebyggende%20arbeid%20i%20et%20folkehelseperspektiv.pdf/\\_attachment/inline/3511e97b-06df-4af6-91df-13ca9e9af3c5:fd22cefb2a070a8e7a411f6ce81f4538875c371e/Lokalt%20rusmiddelforebyggende%20arbeid%20i%20et%20folkehelseperspektiv.pdf](https://www.helsedirektoratet.no/rapporter/lokalt-rusmiddelforebyggende-arbeid-i-et-folkehelseperspektiv/Lokalt%20rusmiddelforebyggende%20arbeid%20i%20et%20folkehelseperspektiv.pdf/_attachment/inline/3511e97b-06df-4af6-91df-13ca9e9af3c5:fd22cefb2a070a8e7a411f6ce81f4538875c371e/Lokalt%20rusmiddelforebyggende%20arbeid%20i%20et%20folkehelseperspektiv.pdf)
- Kripos, Avdeling for kriminalteknikk og ID & Seksjon for narkotikaanalyse. (2023). *Narkotika- og dopingstatistikk 2022* (Versjon 1.0/Utgitt 24.01.2023). <https://www.politiet.no/globalassets/04-aktuelt-tall-og-fakta/narkotika/narkotikastatistikk-2022.pdf>
- Lorentzen, H. & Skinner, M. S. (2019). Frivillige i omsorgssektoren – muligheter og barrierer. *Tidsskrift for velferdsforskning*, 22(1), 4-24. <https://doi.org/10.18261/issn.2464-3076-2019-01-01>
- Lynggaard, K. (2012). Dokumentanalyse. I S. Brinkmann & L. Tanggaard (Red.), *Kvalitative metoder: Empiri og teoriutvikling*. Gyldendal Akademisk.
- Madsen, L. S. (2012, 28.07.2012). *Bakgrunn: Mytens makt*. Hentet 05.05.2023 fra <https://forskning.no/partner-bakgrunn-uit-norges-arktiske-universitet/bakgrunn-mytens-makt/696468>
- Malt, U. & Tranøy, K. E. (2021, 07.11.2021). *Empiri*. Hentet 04.04.2023 fra <https://snl.no/empiri>
- Melberg, H. O. & Alver, Ø. O. (2003). *Rus og psykiatri i inntektssystemet for kommunene* (SIRUS rapport nr. 3/2003).

- <https://www.fhi.no/globalassets/dokumenterfiler/rapporter/2009-og-eldre/sirusrap.3.03.pdf>
- Meld. St. 15 (2022-2023). *Folkehelsemeldinga: Nasjonal strategi for utjamning av sosiale helseforskjellar*. Helse- og omsorgsdepartementet.  
<https://www.regjeringen.no/contentassets/918eb71926fc44c8802fe3c2e0b9a75a/nn-no/pdfs/stm202220230015000dddpdfs.pdf>
- Morgan, H. (2022). Conducting a Qualitative Document Analysis. *Qualitative report*, 27(1), 64-77. <https://doi.org/10.46743/2160-3715/2022.5044>
- Nesvaag, S. & Lie, T. (2010). The Norwegian Substance Treatment Reform: Between New Public Management and Conditions for Good Practice. *Nordic Studies on Alcohol and Drugs*, 27. <https://journals.sagepub.com/doi/pdf/10.1177/145507251002700610>
- Nicolaisen, M. & Solhaug, H. K. (2022). *Svar på høringsuttalelse: Nasjonal helse og samhandlingsplan 2024-2027 (av 31.3.2022)* (21/14891-4). Helse- og omsorgsdepartementet.  
<https://www.regjeringen.no/contentassets/9c60dfb4e85149d0aed714b0ffbe05eb/troms-o-kommune.pdf>
- Nordaunet, O. M. (2022). Menneskerettigheter, systemsvikt og pasientsikkerhet i psykisk helse- og rusarbeid – en litteraturgjennomgang. *Tidsskrift for psykisk helsearbeid*, 19(1), 15-28. <https://doi.org/10.18261/tph.19.1.2>
- NOU 2019: 26. (2019). *Rusreform - fra straff til hjelp*. Departementenes sikkerhets- og serviceorganisasjon, og Teknisk redaksjon.  
<https://www.regjeringen.no/contentassets/dfae684e627f4df29c800352bfc4d768/nou-2019-26-rusreform---fra-straff-til-hjelp.pdf>
- Offentleglova. (2006). *Lov om rett til innsyn i dokument i offentlig verksemd (offentleglova)* (LOV-2006-05-19-16). Lovdata. <https://lovdata.no/dokument/NL/lov/2006-05-19-16>
- Oldeide, O., Fosse, E. & Holsen, I. (2020). Local drug prevention strategies through the eyes of policy makers and outreach social workers in Norway. *Health and Social Care in the Community*, 29(2). <https://doi.org/https://doi-org.mime.uit.no/10.1111/hsc.13096>
- Ose, S. O. & Kaspersen, S. L. (2022). *Kommunalt psykisk helse- og rusarbeid 2022: Årsverk, kompetanse og innhold i tjenestene* (IS-24/8).  
[https://www.sintef.no/contentassets/b9b01949aa5a4656ad0658151c151ec8/sintef\\_rapport2022\\_01271.pdf](https://www.sintef.no/contentassets/b9b01949aa5a4656ad0658151c151ec8/sintef_rapport2022_01271.pdf)
- Otnes, B. & Haugstveit, F. V. *Kommunal variasjon i omsorgstjenester* (Rapporter 2015/44).  
[https://ssb.brage.unit.no/ssb-xmlui/bitstream/handle/11250/3001337/RAPP2015-44\\_web.pdf?sequence=1&isAllowed=y](https://ssb.brage.unit.no/ssb-xmlui/bitstream/handle/11250/3001337/RAPP2015-44_web.pdf?sequence=1&isAllowed=y)
- Politidirektoratet. (2020). *Hørings svar fra Politidirektoratet: NOU 2019: 26 Rusreform - fra straff til hjelp*. [https://www.politiet.no/globalassets/04-aktuelt-tall-og-fakta/02-horinger-og-svar/rusreformen/politidirektoratet---horingsvar---nou-2019\\_26.pdf](https://www.politiet.no/globalassets/04-aktuelt-tall-og-fakta/02-horinger-og-svar/rusreformen/politidirektoratet---horingsvar---nou-2019_26.pdf)
- Prop. 1 S (2022-2023). *Proposisjon til Stortinget (forslag til stortingsvedtak). For budsjettåret 2023*. Helse- og omsorgsdepartementet.  
<https://www.regjeringen.no/contentassets/51e808bed72d4c64bd38016efcf5c609/no/pdfs/prp202220230001hoddddpdfs.pdf>
- Prop. 15 S (2015-2016). *Opptrappingsplanen for rusfeltet*. Helse- og omsorgsdepartementet.  
<https://www.regjeringen.no/contentassets/1ab211f350b34eac926861b68b6498a1/no/pdfs/prp201520160015000dddpdfs.pdf>
- Prop. 92 L (2020-2021). *Endringer i helse- og omsorgstjenesteloven og straffeloven m.m. (rusreform - opphevelse av straffansvar m.m.)*.  
<https://www.regjeringen.no/contentassets/5e3c52ef8e4b40ba9f471880c5c5c7a2/no/pdfs/prp202020210092000dddpdfs.pdf>
- Prop. 95 S (2013-2014). *Kommuneproposisjonen 2015*.  
<https://www.regjeringen.no/contentassets/3734f7f4f242428990d58993156f51e3/no/pdfs/prp201320140095000dddpdfs.pdf>

- Regjeringen. (2019). *Økonomiplan og årsbudsjett*. Hentet 03.05.2023 fra <https://www.regjeringen.no/no/tema/kommuner-og-regioner/kommuneokonomi/okonomiforvaltning/okonomiplan-og-arsbudsjett/id2006204/>
- Regjeringen. (2023a, 03.03.2023). *Overdosestrategien forlenges*. Hentet 24.04.2023 fra <https://www.regjeringen.no/no/aktuelt/overdosestrategien-forlenges/id2965146/>
- Regjeringen. (2023b, 19.01.2023). *Sterk inntektsvekst for kommunane i 2022*. Hentet 22.04.2023 fra <https://www.regjeringen.no/no/aktuelt/sterk-inntektsvekst-for-kommunane-i-2022/id2959791/>
- Regjeringen. (u.å.). *Mandat til utvalg som skal vurdere dagens generalistkommunesystem*. <https://www.regjeringen.no/contentassets/ec0e0d67c9df4ea694161b8ae406d468/mandat-og-medlemmer.pdf>
- Rossow, I. M. (2018). Alkohol, narkotika og folkehelse. <https://www.fhi.no/hn/folkehelse/artikler/alkohol-og-narkotika/>
- Røvik, K. A. (2009). *Trender og translasjoner: Ideer som former det 21. århundrets organisasjon*. Universitetsforlaget.
- Schiøtz, A. (2017). Rus i Norge. *Tidsskrift for velferdsforskning*, 20(1), 4-26. <https://doi.org/10.18261/issn.2464-3076-2017-01-01>
- Scott, W. R. (2003). *Organizations - Rational, Natural, and Open Systems* (5. utg.). Pearson Education International.
- Sintef. (2022, 02.12.2022). *Kommunalt psykisk helse- og rusarbeid: Årsverk, kompetanse og innhold i tjenestene - IS-24/8*. Hentet 13.03.2023 fra <https://www.sintef.no/prosjekter/2015/kommunalt-psykisk-helse-og-rusarbeid/>
- Skretting, A., Amundsen, E. J. & Bilgrei, O. R. (2018, 09.02.2023). *Historisk oversikt over narkotika i Norge 1912-2021*. Hentet 24.01.2023 fra <https://www.fhi.no/nettpub/narkotikainorge/narkotika-i-historien/historisk-oversikt-over-narkotika-i-norge-1912-2018/>
- Skretting, A. & Storvoll, E. E. (2011). *Utviklingstrekk på rusmiddelfeltet: Grunnlagsmateriale til regjeringens stortingsmelding om rusmiddelpolitikken (SIRUS-Rapport nr. 3/2011)*. <https://fhi.brage.unit.no/fhi-xmllui/bitstream/handle/11250/276010/sirusrap.3.11.pdf?sequence=3>
- Slagstad, K. (2016). Stoff, straff og sosial smitte. *Tidsskriftet for den norske legeforening*, 136(22). <https://tidsskriftet.no/2016/12/fra-redaktoren/stoff-strauff-og-sosial-smitte>
- St.meld. nr. 47 (2008-2009). *Samhandlingsreformen: Rett behandling - på rett sted - til rett tid*. Helse- og omsorgsdepartementet. <https://www.regjeringen.no/contentassets/d4f0e16ad32e4bbd8d8ab5c21445a5dc/no/pdfs/stm200820090047000dddpdfs.pdf>
- Stambøl, E. M. (2014). Menneskerettigheter som brekkstang i internasjonal narkotikapolitikk. *Materialisten. Tidsskrift for forskning, fagkritikk og teoretisk debatt*, 1-2(14), 65-95. [https://www.academia.edu/8732644/Menneskerettigheter\\_som\\_brekkstang\\_i\\_internasjonalt\\_narkotikapolitikk\\_i\\_Materialisten\\_1-2\\_2014](https://www.academia.edu/8732644/Menneskerettigheter_som_brekkstang_i_internasjonalt_narkotikapolitikk_i_Materialisten_1-2_2014)
- Stoltenbergutvalget. (2010). *Rapport om narkotika*. [https://www.regjeringen.no/globalassets/upload/hod/rappomnarkotika\\_nettersjon.pdf](https://www.regjeringen.no/globalassets/upload/hod/rappomnarkotika_nettersjon.pdf)
- Store norske leksikon. (2018). *Variere*. <https://snl.no/variare>
- Store norske leksikon. (2020). *Variant*. <https://snl.no/variant>
- Stortinget. (2022, 23.09.2022). *Sentralmakt og lokalstyre*. Hentet 21.04.2023 fra <https://www.stortinget.no/no/Stortinget-og-demokratiet/Storting-og-regjering/Folkestyret/Sentralmakt-og-lokalstyre/>
- Strøm, A. (1980). *Velferdssamfunn og helse: Et 60-årig tilbakeblikk*. Gyldendal.
- Thagaard, T. (2003). *Systematikk og innlevelse: En innføring i kvalitativ metode*. Fagbokforlaget.
- Tjora, A. (2017). *Kvalitative forskningsmetoder: i praksis* (3. utg.). Gyldendal Akademisk.

- Tromsø kommune. (2021a). *Boligplan for rus- og psykisk helsefeltet 2021-2030*.  
file:///Users/andreajuvelid/Downloads/Boligplan%20for%20rus-  
%20og%20psykisk%20helsefeltet%202021%20-%202030%20\_%20(1).pdf
- Tromsø kommune. (2021b). *Handlingsprogram 2022-2025: Helse- og omsorgstjenester*.  
[https://pub.framsikt.net/2022/tromso/bm-2022-handlingsprogram\\_2022-2025/#/budsa/orgstructuremain/5000](https://pub.framsikt.net/2022/tromso/bm-2022-handlingsprogram_2022-2025/#/budsa/orgstructuremain/5000)
- Tromsø kommune. (2021c). *Handlingsprogram 2022-2025: Velferd, arbeid og inkludering*.  
[https://pub.framsikt.net/2022/tromso/bm-2022-handlingsprogram\\_2022-2025/#/budsa/orgstructuremain/6000](https://pub.framsikt.net/2022/tromso/bm-2022-handlingsprogram_2022-2025/#/budsa/orgstructuremain/6000)
- Tromsø kommune. (2021d). *Hovedtall*. [https://pub.framsikt.net/2022/tromso/bm-2022-handlingsprogram\\_2022-2025/#/keyfigures/?scrollTo=Utvalgte%20n%C3%B8kkeltall](https://pub.framsikt.net/2022/tromso/bm-2022-handlingsprogram_2022-2025/#/keyfigures/?scrollTo=Utvalgte%20n%C3%B8kkeltall)
- Tromsø kommune. (u.å.). *Rådgivende enhet for russaker*. Hentet 13.04.2023 fra  
<https://tromso.kommune.no/helse-og-omsorg/rustjenester/radgivende-enhet-russaker>
- Trondal, J. (2019). Public administration sustainability and its organizational basis.  
<https://doi.org/10.1177/0020852319869430>
- Tvetbråten, K. & Knutsen, B. O. (2019). Hva nå, norsk forsvarsindustri? Instrumentelle og institusjonelle svar på EUs nye politikk på det sikkerhets- og forsvarspolitiske området. *Internasjonal politikk*, 77(4), 398-419.  
<https://doi.org/10.23865/intpol.v77.1611>
- UNN. (u.å.). *Nytt hovedbygg psykisk helse og rus*. Hentet 24.04.2023 fra <https://unn.no/om-oss/nytt-hovedbygg-psykisk-helse-og-rus>
- Vestby, G. M., Ruud, M. E. & Skogheim, R. (2019). *Sammen om sentrum: En eksempelsamling om ulike offentlig - private samarbeidsmodeller for styrking av norske bysentrum*.  
[https://www.regjeringen.no/contentassets/85a9c75cb66f4fcb9f55136cbe437a5e/no/pdfs/07\\_eksempelbyergmavnibr\\_alttekster\\_des\\_19\\_original.pdf](https://www.regjeringen.no/contentassets/85a9c75cb66f4fcb9f55136cbe437a5e/no/pdfs/07_eksempelbyergmavnibr_alttekster_des_19_original.pdf)
- Viken kommunerevisjon. (2021). *Samhandlingsreformen innen somatikk og psykisk helse og rus* (Forvaltningsrevisjon 2021). <https://vikus.no/wp-content/uploads/2020/10/FR-DRMK-Samhandlingsreformen-2021-Endelig.pdf>
- von Münchow, O. (2013). RUSOMSORG i kommunenes hender. *Rus & samfunn*, 6(6), 4-6.  
<https://doi.org/10.18261/ISSN1501-5580-2012-06-02>
- Waal, H. (2015, 06.10.2015). *Norge på overdosetoppen?* Hentet 28.04.2023 fra  
<https://tidsskriftet.no/2015/10/leder/norge-pa-overdosetoppen>
- Aanestad, O. (2016, 06.04.2023). *Det slitsomme omdømme*. Hentet 25.04.2023 fra  
<https://www.kommunikasjon.no/pr-prat/det-slitsomme-omdommet>

