

Master i narkotika- og alkoholindsatser

Dato: 11.08.2014

Titel	Tillid, professionel identitet og discretion: En kvalitativ analyse af rusreformens implementering i en større norsk kommune.
Antal anslag	97473
Vejleder	Vibeke Asmussen Frank
Fag/modul	Masterprojekt
Navn	Sofie Overgaard
Studienummer	20070883
Hold/år	2012
Offentliggørelse (sæt kryds)	<input type="checkbox"/> Afhandlingen og samtlige bilag er fortrolige og må ikke offentliggøres <input type="checkbox"/> Afhandlingen må offentliggøres, men bilagene er fortrolige <input checked="" type="checkbox"/> Afhandlingen og bilagene må offentliggøres

Forord

I skrivende stund er jeg ved at være ved vejs ende med mit masterprojekt. Med dette forord vil jeg derfor takke dem, der har bidraget til, at jeg kom så langt.

Først vil jeg takke min vejleder Vibeke Asmussen Frank for at udfordre mine oprindelige planer for denne opgave og for at få mig til at se praksis i offentlige tjenester fra et andet perspektiv.

Tak til Magnus, min mor, Lena og Nina for konstruktive indspil, opmuntring og støtte undervejs i skriveprocessen.

Sidst men ikke mindst tak til informanterne som gjorde denne opgave mulig.

Indholdsfortegnelse

Abstract	1
1. Indledning.....	2
1.2 Problemformulering.....	4
1.3 Opgavens struktur	5
2. Gennemgang af litteratur.....	6
3. Analytisk ramme	8
3.1 . Discretion.....	10
4. Metode og data	11
4.1. Det kvalitative studie	11
4.2. Empirisk afgrænsning og udvælgelse af informanter.....	12
4.3. Semistrukturerede interviews	13
4.4. Dataindsamling	14
4.5. Analysestrategi.....	15
4.6. Præsentation af informanter.....	16
5. Analyse	18
5.1. Analyse – del 1: Brugernes perspektiver	18
5.1.1. Hvad er rusreformen?.....	19
5.1.2. Afhængighed og ontologisk usikkerhed.....	20
5.1.3. Discretion som forudsætning for ontologisk sikkerhed	22
5.2. Analyse – del 2: Socialtjenesten	25
5.2.1. Socialarbejderens rolle – fra ekspert til facilitator	26
5.2.2. Rusmiddelafhængige som referencepunkt	27
5.2.3. Godt socialt arbejde og behandling.....	28
5.2.4. Discretion og professionel identitet	31
5.3. Analyse – del 3: Afdeling for rusmedicin	32
5.3.1. Ekspertens dilemmaer	33
5.3.2. Strategier for at mestre ekspertrollen	35
5.3.3. Erfaringers betydning for vurderinger	36
6. Opgavens begrænsninger	39
7. Diskussion	40
8. Konklusion	43
Litteraturliste	44

Abstract

On January 1 2004, the Norwegian Substance Treatment Reform became effective in Norway. Along with this, a number of changes followed. From this point on, drug users obtained patients' rights, addiction was defined as a disease, street-level bureaucrats had to grow accustomed to new structures and drug users had to relate to these.

New policy does not always function as intended. In practice, policy is often interpreted, ascribed meaning and implemented differently than imagined. This assignment examines the impact of the Norwegian Substance Treatment Reform on employees and users of specific public services in a Norwegian municipality.

This assignment is based on a qualitative analysis of six semi-structured interviews with users and employees. The analysis has a policy in practice perspective and uses Michael Lipsky's (1980/2010) *Street-level Bureaucracy. Dilemmas of the Individual in Public Services* as an analytical framework. As this study views policy as actual practice in public services, it clarifies the reform as more than just the result of a bureaucratic decision-making process.

The study shows that conditions of work are decisive factors when it comes to the ability of street-level bureaucrats to use discretion – understood as the freedom to decide what should be done in a particular situation. Furthermore, it seems that granted discretion is of importance to the employee's feeling of professional identity. Earlier studies have shown that discretion is requisite if citizens shall perceive the welfare state as legitimate. This study supports this.

Furthermore, this study shows that there is a difference between formalized policy and practice in public services. For instance, users and street-level bureaucrats have different understandings of the word addiction. This creates conflicts and dilemmas in the implementation of the reform.

The implementation has been far from a logic, ordered and rationalized process, leading to predetermined results. As it turns out, the individual in public services plays a crucial role.

1. Indledning

”Er det det der med at vi gikk over fra å være klienter til å bli pasienter?”

Lise 38 år, rusmiddelafhængig.

I Norge forekom der i 2004 en række politiske ændringer på rusmiddelfeltet. Rusreformen blev implementeret, hvilket betød, at rusmiddelafhængige *klienter* blev til *patienter* og fik patientrettigheder på lige linje med andre patientgrupper. Afhængighed blev defineret som en sygdom, og professionelle indenfor rusmiddelfeltet fik nye organisatoriske rammer for deres arbejde og rusmiddelafhængige nye tjenester at forholde sig til (Skretting 2005, Helsedepartementet 2004a).

Nye policy virker ikke altid efter sine hensigter. Policy fortolkes, tillægges mening og implementeres på forskellige måder i praksis. I den forstand kan man aldrig vide, hvilken betydning en policy har, før den får liv i praksis (Lipsky 1980/2010). Rusreformen er efter sin implementering evalueret to gange. Alligevel har der ikke været fokus på, hvad reformen betyder for de individer, der implementerer den i offentlige tjenester og for de rusmiddelafhængige, som anvender disse tjenester. Som det vises i nærværende undersøgelse har reformen fået mange og flere betydninger for både ansatte i og brugere af offentlige tjenester – betydninger som nødvendigvis ikke var forudsete, planlagte eller relateret til de formaliserede ændringer reformen medførte.

Før reformens iværksættelse i 2004 var behandling af rusmiddelafhængighed i Norge defineret som sociale tjenester, reguleret af Socialtjenesteloven¹ (Skretting 2005). Ansvaret for behandling lå på det tidspunkt i fylkeskommunerne². Lov om specialisthelsetjenester³ blev ændret til også at omfatte behandlingstilbud til rusmiddelafhængige og ansvaret for tilbuddene blev flyttet til staten ved de regionale helseforetag⁴ (Helsedepartementet 2004a).

¹ Pr. 01.01.2012 samlet under Helse- og omsorgstjenesteloven.

² Regionalt folkestyrt forvaltningsniveau.

³ Specialisthelsetjenesten er den del af sundhedsvæsenet som har ansvar for somatiske og psykiatriske sygehuse.

⁴ Et statslig ejet foretag som har ansvar for sygehuse og Specialisthelsetjenester i regionens fylker.

Behandlingstilbudet blev i Helsedepartementets⁵ bekendtgørelse (ibid) om ændringerne samlet under betegnelsen ”Tverrfaglig specialiseret behandling for rusmiddelmisbrug” (TSB). Målet med behandlingstilbudet var, at det skulle omfatte både sundheds- og socialfaglig behandling, det skulle tilpasses den enkeltes behov, og tilbudet skulle blive lettere tilgængeligt. Rusreformen medførte derfor også en ændring i henvisningspraksissen. Før reformen var det Socialtjenesten⁶, som sendte henvisning til behandling. Dette blev nu udvidet til også at gælde praktiserende læger (Helsedepartementet 2004a, Skretting 2005).

Helsedepartementet opstillede flere punkter i tråd med gældende patientrettighedslov. Punkterne skitserede rusmiddelafhængiges rettigheder til TSB og under TSB. Endvidere dannede punkterne grundlag for en ny organisering, ny ansvarsfordeling og nyt samarbejde mellem kommunalt og statslig forvaltningsniveau (Helsedepartementet 2004a). Fylkeskommunen var tidligere forvaltningsniveauet mellem kommune og stat. Selv om staten overtog forvaltningsansvaret efter reformen var målet ikke at fratage kommunen ansvar men snarere at dele dette med Specialisthelsetjenesten (Skretting 2005). For at sikre og formalisere samarbejde mellem stat og kommune blev retten til *Individuel plan*⁷ lovfæstet i Socialtjenesteloven. Reformen medførte således begrænsede ændringer i lov om sociale tjenester og i den kommunale socialtjenestes pligt til at yde primær- og omsorgstjenester til rusmiddelafhængige (Helsedepartementet 2004b). Retten til Individuel plan bidrog også til at formalisere tjenesterne som tværfaglige, specialiserede, langvarige og koordinerede. Ændringen betyder således, at Socialtjenesten har ansvar for at tilbyde tjenester til rusmiddelafhængige før, under og efter behandling efter behov (ibid 2004a, 2004b).

Rusreformen bidrog også til en ændring i selve forståelsen af rusmiddelafhængighed (Skretting 2005). I Norge har brug, misbrug og afhængighed traditionelt været forstået som *sociale fænomener*, mens tendensen de senere år har været at forstå afhængighed som en *sygdom* (ibid). Denne forståelse har de senere år ligeledes været den mest fremtrædende på rusmiddelfeltet internationalt. Forståelse har dermed også bidraget til en ny teoretisk og faglig retning, hvor *klienter* er blevet til *patienter* (ibid, Skretting & Storvoll 2011).

⁵ Nu Helse- og omsorgsdepartementet.

⁶ Samlebetegnelse for tjenester som kommunerne har ansvar for at drive i henhold til lov om sociale tjenester/ Helse- og omsorgstjenesteloven.

⁷ Individuel handleplan som indeholder den enkeltes behov og plan for langvarige og koordinerede tjenester (Helsedepartementet 2004b).

Alligevel erkendes det i Stortingsmeldingen *Se meg! En helhetlig rusmiddelpolitikk* (Helse- og omsorgsdepartementet 2012), at sygdomsforståelsen er for snæver, og at afhængighed er en sammensat problematik, der kræver sundheds-, samfunds og socialfaglige perspektiver. Samtidig pointeres det i en evaluering af reformen, at afhængighed bedst forstås som en *kronisk sygdom*, og at specialhelsetjenesterne i højere grad bør hente inspiration fra behandling af mennesker med kroniske lidelser for at sikre kvaliteten af TSB (Nesvåg et al. 2012).

Evalueringerne af reformen viser et begrænset eller manglende samarbejde mellem kommune og Specialisthelsetjenesten. Fx er brugen af Individuel plan mangelfuld på trods en genuin interesse for at få samarbejdet til at fungere (Nesvåg & Lie 2006, Nesvåg et al. 2012). Endvidere fremhæves flere udfordringer ved at vurdere samarbejdet. Fx vides det ikke, om kommunernes syn på et godt tilbud er identisk med det tilbud, som gives i TSB, om der er et godt samarbejde, når patienten er i TSB og/eller i den videre rehabiliteringsproces (Nesvåg et al. 2012). Samarbejdsvanskelighederne, som beskrives i evalueringerne, synes at være i direkte strid med reformens målsætning om tværfaglige, specialiserede, langvarige og koordinerede tjenester.

1.2 Problemformulering

Med inspiration fra evalueringernes ubesvarede spørgsmål har jeg stillet følgende overordnede problemformulering:

Hvordan er rusreformen implementeret i en større norsk kommune?

Ud fra min problemformulering har jeg stillet følgende underspørgsmål:

- *Hvilken betydning har rusreformen for både professionelle i og brugere af offentlige tjenester?*
- *Hvilke udfordringer fremhæves af rusmiddelafhængige og professionelle i forbindelse med implementeringen af rusreformen?*
- *Hvilke forandringer og dilemmaer har rusreformen medført for de professionelle, der udøver den?*

Formålet med nærværende undersøgelse er først og fremmest at belyse rusreformen som noget mere og andet end et resultat af en bureaukratisk beslutningsproces. Formålet er også at skabe en bevidsthed blandt praktikere om rusreformens betydninger i forskellige kontekster, og hvordan betydningerne kan påvirke rusmiddelafhængiges møde med offentlige tjenester.

Problemformuleringen og underspørgsmålene besvares gennem semistrukturerede interviews med ansatte i den kommunale socialtjeneste, ansatte i det statslige helseforetag Afdeling for rusmedicin og brugere af offentlige tjenester i en større norsk kommune.

Som overordnet analytisk ramme anvendes Michael Lipskys (1980/2010) *Street-level Bureaucracy: Dilemmas of the Individual in Public Services* og begrebet *discretion*. Discretion, frihed til at vælge hvad der er bedst i en given situation, er et vilkår for og uundgåeligt faktum i implementeringen af policy i offentlige tjenester (ibid, Evans & Harris 2004). Offentligt ansatte arbejder ofte i situationer, der er for komplicerede til at passe ind i formaliserede rammer, regler og love, og som kræver fleksibilitet, tilpasning til enkeltindivider og skønsmæssige vurderinger (Lipsky 1980/2010). Det analytiske perspektiv i denne opgave defineres derfor som det socialkonstruktionistiske *policy in practice-perspektiv*. I dette perspektiv forstås og defineres policy som de tjenester, brugere af offentlige tjenester modtager i praksis – uafhængig af hvor meget disse måtte afvige fra formaliserede love og regler (ibid). Det vil sige, at implementering af policy i denne opgave forstås som den måde, hvorpå officielle retningslinjer fortolkes, håndhæves, fravælges og gøres i praksis (ibid).

1.3 Opgavens struktur

I kapitel 2 gennemgås relevant eksisterende forskning og litteratur. Undersøgelsens analytiske ramme redegøres for i kapitel 3, metode og datagrundlag i kapitel 4. Kapitel 5 indeholder tre analysedele. Først analyseres brugernes perspektiver, dernæst Socialtjenestens perspektiver og afslutningsvis Afdeling for rusmedicins perspektiver. Følgende belyses undersøgelsens begrænsninger i kapitel 6. I kapitel 7 diskuteres undersøgelsens analyser. Kapitel 8 er opgavens konklusion.

2. Gennemgang af litteratur

I søgning efter relevant litteratur er der valgt flere strategier. Jeg har først systematisk gennemgået alle abstracts til publikationer fra Statens institutt for rusmiddelforskning (SIRUS), Senter for rus- og avhengighetsforskning (SERAF) og de regionale kompetencecentre på rusmiddelfeltets online databaser. Søgningen i databaserne gav mig således mulighed for at afdække og få overblik over eksisterende forskning, faglige artikler og *grey literature*⁸ på policy-området i en national kontekst. Det har været vigtigt at kortlægge de metodiske tilnærmelser i den eksisterende forskning i Norge.

Derefter er der i Sage's online database foretaget en teoretisk litteratursøgning med fokus på policy in practice-perspektivet. Denne søgning er foretaget for at kortlægge, hvordan perspektivet er anvendt i en international kontekst, og fordi det kan være en udfordring at lave en systematisk søgning efter kvalitative undersøgelser (Robson 2011:55). Jeg har udvalgt enkelte søgeord som *street-level bureaucracy*, *policy implementation*, *policy in practice*, *policy analysis* og *discretion*. Endvidere er der søgt efter artikler, der har refereret til Michael Lipsky's (1980/2010) værk *Street-level Bureaucracy: Dilemmas of the Individual in Public Services*, og disse artiklers litteraturlister er dernæst anvendt til at identificere andre relevante artikler. Der skal naturligvis tages forbehold for, at valget af strategi har betydet, at jeg må have overset relevant litteratur på området.

Søgningen viste, at de regionale kompetencecentre har foretaget begrænset forskning og undersøgelser, der relaterer sig til implementeringen af rusreformen. Evalueringerne af rusreformen er foretaget af Helse Vests kompetencecenter på opdrag. Rapporterne er multistrategiske evalueringsstudier, der søger at afdække effekten af rusreformen (Nesvåg & Lie 2006, Nesvåg et al 2012, Robson 2011:176). Videre er data fra evalueringen i 2006 anvendt af Nesvåg & Lie (2010) i en undersøgelse af reformens organisatoriske forudsætninger for at levere god behandling i praksis.

Søgningen i SIRUS' database resulterede i et fåtal af faglige artikler og rapporter, der ud fra rusreformen diskuterer samarbejdet mellem kommune og Specialisthelsetjenesten og om implementeringen af narkotikapolitikken. De fleste policy-undersøgelser relaterer sig til implementering af alkoholpolitikken.

⁸ Publiceret skriftligt materiale som ikke findes via konventionelle kilder som fx publicerede tidsskrifter.

I artikler og rapporter om rusreformen fremhæves vigtige temaer til videre diskussion og forskning, blandt andet hvordan substitutionsbehandling underkender det socialfaglige perspektiv på rusmiddelafhængighed, hvordan brugernes hjælpebehov forstås, og hvad der opfattes som god behandling blandt professionelle (Skretting 2005, Skatvedt 2011, Skretting & Storvoll 2011).

Årligt udgiver SIRUS en kvantitativ evaluering af kommunens forvaltning af alkoholoven på sin hjemmeside (www.sirus.no). Endvidere er befolkningens holdninger til alkoholoven undersøgt i kvantitative undersøgelser (Østhus 2005, Storvoll & Halkjelsvik 2013). Policy in practice-perspektivet anvendes kun i to undersøgelser. Disse omhandler alkoholpolitikens implementering i kommunale kontekster, og hvordan forbuddet mod at servere for en allerede beruset gæst håndhæves ud fra bartenderes fortolkning af alkoholoven (Baklien & Skjælaaen 2012, Buvik & Baklien 2014). Gjersing et al. (2011) konkluderer i en kvantitativ undersøgelse, at variationen i behandlingspraksis i LAR⁹ kan skyldes forskellige tolkninger af de nationale retningslinjer både på et organisatorisk plan men også blandt forskellige faggrupper ansat i offentlige sundhedstjenester.

Søgningen i SERAFs database resulterede i fund af flere undersøgelser, der relaterer sig til implementeringen af LAR-retningslinjerne. En kvantitativ og en kvalitativ undersøgelse agerer som en del af en større evaluering af LAR. Undersøgelserne konkluderer, at der i national sammenhæng er stor variation i, hvordan praksis er rettet efter retningslinjerne, og at der endvidere er forskellige begrundelser for afvigelser fra samme (Waal 2004, Hansen & Waal 2004). To andre kvantitative studier undersøger praktiserende læger og ansatte ved LAR-centres holdninger til substitutionsbehandling. Undersøgelserne konkluderer, at holdningerne er associeret med fx retningslinjer, organisering, mængden af sager og håndteringen af disse (Waal 2012, Gjersing et al. 2010).

Søgning efter litteratur i en national kontekst viste således begrænset kvalitativ forskning i policy og i implementeringen af policy i praksis. Det til trods for at specielt policy in practice-undersøgelser blev fremhævet som nødvendige i forbindelse med implementeringen af rusreformen. I SIRUS' rapport *Rusreformen – noen grunnlagsdata om organisering og finansiering* (Alver et al. 2004) fremgår det fx, at der i praksis er

⁹ Legemiddellassisteret rehabilitering.

uklarhed og forskellighed i forhold til henvisningsrutiner og vurderings af disse. Videre fremhæver rapporten, at forskellige praksisser potentielt har den konsekvens, at ikke alle henviste brugere vurderes på samme måde. Desuden opfordrer undersøgelsen til at se nærmere på, om forholdene er lagt til rette for, at vurderingsinstanser kan udøve samme praksis (ibid).

Internationalt er policy in practice-perspektivet tidligere anvendt til at undersøge implementeringen af nye reformer i skolesystemet og i sundheds- og socialvæsenet, hvordan behovet for offentlige tjenester vurderes, samt forskellige professioners rolle i tværfagligt samarbejde i offentlig sektor (Taylor & Kelly 2006, Keiser 2010, Ellis et al. 1999, Halliday et al. 2009). På rusmiddelfeltet er perspektivet også anvendt til at studere konflikter og dilemmaer i implementeringen af nye reformer i offentlige sektorer blandt andet med fokus på empowerment i substitutionsbehandling, behandling i fængsler og skadereduceringsperspektivet (Bjerger et al. 2013).

Min søgning efter litteratur viser, at der i Norge har været mindre fokus på policy in practice-perspektivet indenfor rusmiddelforskningen på narkotikafeltet på trods af, at perspektivet ved flere anledninger er anvendt i kvalitative undersøgelser af alkoholloven. På baggrund af søgningen vil jeg derfor argumentere for, at der er behov for policy in practice-undersøgelser på rusmiddelfeltet og særlig i forhold til rusreformen.

3. Analytisk ramme

I nærværende afsnit præsenteres opgavens analytiske ramme. For at klargøre policy in practice-perspektivet gives først en præsentation af den traditionelle policy-analyse og dernæst policy in practice-perspektivet.

Policy som fx rusreformen kan defineres på flere forskellige måder blandt andet som en *bestemt aktivitet*, et udtryk for et *generelt formål*, et *specifikt forslag* og som et *program* (Walt 1994:41, Wedel et al. 2005:35). Policy er i alle sine definitioner et udtryk for en måde at organisere og klassificere mennesker og ideer på. Policy som organiserende princip danner grundlag for en måde at konceptualisere og symbolisere de sociale relationer, mennesker lever og strukturerer deres virkeligheder omkring (Shore & Wright 2011:2-3). Endvidere har policy som organiserende princip *agency* dvs. påvirkningskraft

til at ændre handlinger og udføre opgaver (ibid:3). Policy kan i den forstand også defineres som en proces (ibid, Walt 1994, Hudson & Lowe 2011).

Traditionelt er policy-processer analyseret ud fra et makroperspektiv, hvor processen ansues som en cyklus med lineære stadier; 1) identificering af et aktuelt problem, 2) formulering af policy, 3) implementering af policy og 4) en evaluering af den implementerede policy. I dette traditionelle syn er policy et resultat af en beslutningsproces på et bureaukratisk niveau, og policy ansues som en objektiv enhed, der har som formål at producere et ønsket mål. (Shore & Wright 2011:4-5, Walt 1994:45, Hudson & Lowe 2011:8). Denne traditionelle analysestrategi udfordres af det faktum, at policy ikke altid virker efter sin hensigt, fordi policy fortolkes og implementeres på forskellige måder i praksis. Denne erkendelse har affødt et grundlag for *policy in practice* som en anden analytisk tilnærmelse til policy-processen (Hudson & Lowe 2011:11).

I modsætning til den traditionelle analysemodel, har *policy in practice*-perspektivet det analytiske fokus på de individer, der implementerer policy i praksis (ibid:9). Politolog Michael Lipsky's (1980/2010) *Street-level Bureaucracy: Dilemmas of the Individual in Public Services* er et indflydelsesrigt og klassisk værk om dette perspektiv. Ifølge Lipsky er policy lig med praksis (ibid). Offentligt ansatte som lærere, politibetjente, socialarbejdere og sundhedspersonel fortolker i mødet med klienter, patienter, brugere og elever, hvordan rammerne i en policy skal forstås og føres ud i praksis. Det betyder, at offentligt ansatte i praksis er dem, der afgør, hvilken service en given tjeneste yder i mødet med brugere i givne kontekster. I den forstand er den service, offentligt ansatte yder, et udtryk for statens policy på et givet område. Derfor kan man aldrig vide, hvilken betydning en policy får, før den er implementeret i praksis (ibid 1980/2010:3, 13-25, Asmussen 2007:235). Dette perspektiv gør således op med den traditionelle antagelse, at policy-processen er et sæt af logiske, ordnede og rationelle procedurer, der bevæger sig systematisk fra identificering af et problem til implementering og evaluering af et forudbestemt udfald (Shore & Wright 2011, Wedel et al. 2005).

Policy in practice-perspektivet læner sig således op af den socialkonstruktionistisk tankegang og forståelsen af verden som et socialt produkt. Virkeligheden fortolkes og tillægges mening af det enkelte individ gennem interaktion med andre individer og objekter (Berger & Luckmann 1966, Bjerge et al. 2013:446). Det betyder, at *policy in practice*-perspektivet bidrager til at anskue policy som noget mere og andet end et resultat af en bureaukratisk beslutningsproces.

Fordelen ved policy in practice-perspektivet sammenlignet med den traditionelle analysemodel er, at det giver anledning til at studere, hvordan policy får liv og konstrueres i hverdagspraksis, hvilken mening policy tillægges af dem, der udfører den, samt hvilke dilemmaer og konflikter der opstår mellem et foruddefineret resultat af policy og organisatoriske rammer for hverdagspraksis (Bjerge et al. 2013:447). Det betyder, at dette perspektiv, som analysen i denne undersøgelse vil vise, er særlig relevant for at besvare min problemformulering.

3.1. Discretion

Et centralt begreb i Lipskys værk er *discretion* (Lipsky 1980/2010). Discretion defineres i *The Oxford English Dictionary* som ”the freedom to decide what should be done in a particular situation” (Soanes et al. 2006). For Lipsky er discretion et centralt begreb set i sammenhæng med implementeringen af policy. Offentligt ansatte¹⁰ arbejder ofte i situationer, der er for komplicerede til at passe ind i formaliserede rammer, regler eller love, og som kræver fleksibilitet og tilpasning til individet de interagerer med. Med disse forudsætninger er discretion et vilkår for og et uundgåeligt faktum i fortolkningen og implementeringen af policy i offentlige tjenester (Lipsky 1980/2010, Evans & Harris 2004).

Der kan skelnes mellem flere aspekter af discretion. Det første er, hvordan frihed anvendes (*discretion as used*), og det andet er frihed, som er tildelt (*discretion as granted*). Anvendt discretion kan anskues som ”det lille ekstra”, hvor tildelt discretion forekommer i situationer, hvor regler, rammer eller love kræver en skønsmæssig vurdering (Lipsky 1980/2010, Hupe & Buffat 2014:551, Brodtkin 1997). I analysen vises det, at det lille ekstra fx er at gøre mere end forventet for den enkelte bruger, mens tildelt discretion er en central komponent i vurderingen af henvisninger til behandling for rusmiddelafhængighed.

Desuden kan en tredje variant af discretion observeres. En fravælgelse af at anvende discretion kan i sig selv siges at være en form for discretion (Evans & Harris 2004). Denne type discretion kan også anskues som en defensiv praksis, som opstår i situationer, hvor offentligt ansatte fravælger at tage vanskelige beslutninger for at beskytte sig selv (ibid). Analysen viser eksempler på, at brugere oplever at både Socialtjenesten og praktiserende læger i enkelte situationer udøver denne type defensiv praksis.

¹⁰ Af Lipsky omtalt som ’street-level bureaucrats’.

Discretion kan også have forskellige betydninger og effekter i forskellige kontekster. I et ovenfra ned perspektiv kan discretion potentielt skade den enkelte bruger, fordi offentligt ansattes overvejelser og fortolkninger af policy forhindrer brugere i at blive behandlet ens. På den anden side kan discretion i et nedenfra og op perspektiv bidrage til, at offentlige tjenester opfattes som meningsfulde og velfærdstaten som legitim (Lipsky 1980/2010, Tummers & Bekkers 2014). I analysen illustreres disse forskellige effekter og betydninger både i brugeres og offentligt ansattes perspektiver på rusreformen.

Begrebet discretion placerer individet i offentlige tjenester. Med andre ord er Lipskys teori en måde at forstå hullet mellem formaliseret policy og faktisk praksis (Lipsky 1980/2010). Samtidig er discretion et kontekstuel begreb, der både giver anledning til at se de ydre rammers påvirkning på implementeringen af policy, og hvordan praksis kan variere og være personafhængig. Discretion er derfor et relevant begreb for denne undersøgelse, fordi det giver anledning til at anskue, hvordan rusreformen implementeres i praksis.

4. Metode og data

I nedenstående afsnit præsenteres først nærværende undersøgelses design. Dernæst undersøgelsens empiriske afgrænsning og udvælgelse af informanter. Herefter præsenteres det semistrukturerede interview og dataindsamlingsprocessen. Dernæst beskrives analysestrategien for denne undersøgelse og afslutningsvis gives en præsentation af informanter.

4.1. Det kvalitative studie

Valget af den kvalitative forskningsmetode er taget ud fra hvilke epistemologiske og ontologiske standpunkter, jeg mener egner sig bedst til at besvare problemformuleringen med opgavens analytiske ramme. Valget af metodisk tilnærmelse er også taget på baggrund af litteraturgennemgangen særlig med henblik på den norske forskning på området.

Policy in practice-perspektivet kræver en metodisk tilnærmelse, som kan fremkomme med data til at svare på, hvordan den sociale verden forstås gennem aktørers subjektive meninger og handlinger. Perspektivet læner sig således op af den kvalitative undersøgelses standpunkter. Policy in practice-perspektivet indebærer, som i den

kvalitative undersøgelses epistemologiske, interpretivistiske standpunkt, at den sociale verden og acceptabel viden herom skal forstås og studeres ud fra aktører og deres subjektive meninger (Bryman 2012:30). Endvidere læner perspektivet sig op af den kvalitative undersøgelses ontologiske, konstruktionistiske standpunkt, fordi policy ifølge Lipskys er et produkt af social interaktion (ibid:32-33, Lipsky 2010).

Kvalitative undersøgelser er som oftest induktive, hvilket indebærer, at data genererer teori i modsætning til deduktive undersøgelser, hvor data genereres med reference til en bestemt teori eller med det formål at teste en hypotese (Bryman 2012:24). Selv om der før dataindsamlingen er valgt en analytisk ramme og valgt discretion som centralt begreb, er denne undersøgelse ikke deduktiv. For det første er discretion uundgåeligt i implementeringen af policy, og for det andet er discretion et relevant begreb for netop at fange kontekst, interaktion og subjektive meninger og fortolkninger i dataene, som i analysen behandles på en induktiv måde (Evans & Harris 2004).

Det kvalitative undersøgelsesdesign er fleksibelt og giver også mulighed for tilpasning og ændring undervejs, som data analyseres og problemformuleringen tilspidises (Robson 2011:133).

4.2. Empirisk afgrænsning og udvælgelse af informanter

Den empiriske afgrænsning af undersøgelsesfeltet er valgt ud fra overvejelser omkring: 1) hvilke forskellige grupper af mennesker og organisationer, der i interaktion med den samme policy potentielt vil have forskellige forståelser, meninger og opfattelser heraf, 2) hvilket mindre udvalg af personer der åbner et vindue for at studere større processer af politisk ændring (Shore & Wright 2011:11-12). Organisering af behandlingstilbuddet til rusmiddelafhængige efter rusreformen indebærer, at flere offentlige tjenester samarbejder i processer, hvor reformen implementeres. Ved at vælge flere mindre studiefelter kan man derfor følge den samme policy i flere kontekster og processer. Den empiriske afgrænsning er således *nonlocal* (ibid:14). For at følge rusreformen i flere kontekster, er *purposive sampling*-princippet anvendt på to niveauer; udvælgelse af kontekst og udvælgelse af informanter (Bryman 2012:417-418). Således relaterer både undersøgelsens kontekster og informanter sig direkte til besvarelsen af problemformuleringen.

I denne undersøgelse er der udvalgt to institutionelle kontekster i en større norsk kommune. Den ene er Arbejds- og velferdsetaten ved en kommunal socialtjeneste og den anden er det regionale, statslige helseforetag ved Afdeling for rusmedicin (AFR).

Informanter fra Socialtjenesten og AFR er valgt på baggrund af, hvilken rolle og arbejdsopgaver de ifølge rusreformen har i forhold til rusmiddelafhængige. I den kommunale socialtjeneste er der udvalgt to ansatte fra kontorets Rusteam. Rusteamet arbejder med sagsbehandling og har i tråd med rusreformen forvaltningsret til at skrive henvisning til AFR for vurdering af brugeres behandlingsbehov. Ansatte i Rusteamet er derfor udvalgt på baggrund af den antagelse, at de i mødet med brugere enten på baggrund af deres egen vurdering eller brugerens ønske kan beslutte, hvem der skal henvises. I AFR er der udvalgt to ansatte fra en af afdelingens poliklinikker¹¹. Ansatte i poliklinikken har blandt andet som arbejdsopgave at vurdere, hvorvidt brugeren har behov for behandling, og i så fald hvilken type behandling på baggrund af henvisningen. I Socialtjenesten og AFR findes flere forskellige professioner. Denne professionelle forskellighed giver mulighed for at nuancere, hvordan policy implementeres i hverdagspraksis, samt hvordan individet er placeret i offentlige tjenester.

Til undersøgelsen er også udvalgt to brugere, som næsten daglig benytter min arbejdsplads, en gratis café for rusmiddelafhængige i en større norsk kommune. Brugerne er udvalgt, fordi de repræsenterer enden af policy-processen. Brugerne er dem, der får eller ikke får de rettigheder, som er formaliseret i rusreformen. I udvælgelsen af brugere har det været afgørende, at de har erfaring med offentlige tjenester før og efter rusreformen, fordi de på egen krop har mærket ændringerne, reformen medførte i offentlige tjenester og for deres behandlingsalternativer. Brugernes erfaring med behandlingssystemet, hvilke offentlige tjenester de modtager og hvordan de modtager dem er for mig vigtige perspektiver på, hvordan rusreformen er implementeret i praksis.

4.3. Semistrukturerede interviews

Det semistrukturerede interview er valgt af flere grunde. For det første er det fleksibelt og giver således rum for, at informanterne kan tolke og svare frit på de stillede spørgsmål. For det andet giver interviewformen mulighed for at sikre, at data fra interviewene er relevant for besvarelsen af problemformuleringen ved hjælp af en interviewguide (Bryman 2012:471). For det tredje giver interviewguiden mulighed for at se, hvordan både ansatte i Socialtjenesten og i AFR tolker og svarer på de samme spørgsmål. På den måde vil data fra interviewene give mulighed for at analysere, om svarene er relateret til person eller

¹¹ Tilsvarende ambulatorier.

organisation. Interviewformen giver samtidig mulighed for at sikre, at fokuset på problemformuleringen fastholdes uafhængig af kontekst (ibid:472).

Undersøgelsen tager udgangspunkt i to forskellige interviewguides – én til ansatte i Socialtjenesten og AFR og én til brugerne. Det har været et mål, at interviewguiden for brugere ikke skulle være for lang, således at deltagelsen i interviewet ikke skulle blive uoverskuelig. Begge interviewguides indeholder en række fælles temaer som *fakta om informanten, rusreformen, rusmiddelafhængighed og praksis i offentlige tjenester*.

4.4. Dataindsamling

Forud for interviewene sendte jeg en skriftlig henvendelse med information om undersøgelsens formål og tema til henholdsvis afdelingsleder og sektionsleder i Socialtjenesten og AFR. Endvidere oprettede jeg kontakt over telefon med afdelingsleder i Socialtjenesten, da jeg ikke fik svar på min skriftlige henvendelse. Dernæst afgjorde afdelingsleder og sektionsleder i samarbejde med sine ansatte, hvem der skulle stille op til interview. Jeg har således ikke haft indflydelse på udvælgelsen af informanter eller mulighed for at kontrollere, om de i tråd med etiske retningslinjer har samtykket til at deltage, eller om de via deres leder har fået tilstrækkelig information om undersøgelsen (Bryman 2012:138). For at veje op for dette, fik informanterne forud for interviewet en repetition af undersøgelsens formål, og dermed en mulighed for at vælge ikke at deltage. Tidspunkt for interviewene blev aftalt direkte med de udvalgte informanter over e-mail og i et enkelt tilfælde i forbindelse med et andet interview.

I rekrutteringen af informanter blandt brugere af min arbejdsplads har jeg også haft fokus på at understrege, at brugere, som er blevet spurgt, frit kan vælge, om de vil deltage. Dette har været vigtigt, fordi jeg i rekrutteringen har brugt min relation til brugere, hvilket kan have påvirket dem til at føle sig forpligtet til at deltage (Robson 2011:404).

Interviewene blev gennemført i perioden 28. maj til 25. juni 2014. Interviewene med brugerne er foregået på mit kontor, som er placeret i sammenhæng med lokalerne til caféen. Jeg har således valgt at interviewe brugere i kendte omgivelser for på bedst mulig måde sikre, at de ikke skulle opleve ubehag ved interviewsituationen. Jeg har af samme årsager også valgt at interviewe ansatte i Socialtjenesten og AFR på deres egne kontorer. I og med at jeg har valgt at interviewe informanter på deres arena, har jeg haft specielt fokus på at behandle dem med respekt, både med tanke på deres arbejdssituation, tiden de bruger

på interviewet og med hensyn til deres svar (ibid:200). Samtidig har jeg været tydelig omkring mine formål med interviewene for at realisere målet om at svare på problemformuleringen.

Alle interviewene er optaget med smartphone, hvorefter de er gennemlyttet og transskriberet to gange for at sikre en fuldendt fremstilling af data. Interviewene varede mellem 45 minutter og 2 timer og varede tilsammen 8 timer, 19 minutter og 57 sekunder. Interviewene genererede 100 siders skriftlig materiale til analyse, transskriberet med skriftstørrelse 12 uden linjeafstand. Af hensyn til etiske årsager holdes alle informanter anonyme, og sensitiv information holdes konfidentielt, dersom det ikke er direkte relevant for besvarelse af problemformuleringen (ibid:208). Af hensyn til undersøgelsens validitet, er alle interviewene transskriberet på norsk. Dette for at sikre, at mine anvendte data holdes korrekte og fuldendte i deres repræsentation. Endvidere har jeg heller ikke taget højde for, at informanterne snakker forskellige dialekter, og alle interviewene er derfor transskriberet til skriftligt bokmål. Denne beslutning har jeg også taget på baggrund af etiske retningslinjer om at varetage informanternes anonymitet. (Bryman 2012:389, Robson 2011:156). For at citaterne i analysen skal være let læselige, har jeg undladt pauser, eventuelle gentagelser og pauseord som fx ”æh”, ”øh” og ”åh”.

Én informant ønskede at læse egne citater, som de anvendes i undersøgelsen. Under interviewet blev der indgået en mundtlig aftale om oversendelse af de anvendte citater på e-mail fra mig til informanten. Formålet med gennemlæsningen var ikke *respondent validation*, men mere et citatcheck fra informantens side (Bryman 2012:715). Ønsket om gennemlæsning blev overholdt. Samtidig var jeg overfor informanten tydelig omkring min rolle som analytiker og måden, jeg ville anvende data på i min analyse (ibid 2012:135). Informanten samtykkede efter gennemlæsning til anvendelse af citaterne i sin oprindelige form.

4.5. Analysestrategi

Valget af analysestrategi er i stor grad sammenkædet med den analytiske ramme, den empiriske afgrænsning, udvælgelsen af informanter og ikke mindst problemformuleringen. Implementeringen af rusreformen er et kompliceret fænomen at analysere, idet den involverer mange forskellige individer i mange forskellige kontekster. Endvidere er udøvelsen af discretion knyttet til ydre rammer og kontekster, samtidig som det er individbundet. Jeg har derfor valgt at analysere implementeringen af rusreformen fra tre

forskellige perspektiver; 1) brugernes perspektiver, 2) Socialtjenestens perspektiver og 3) Afdeling for rusmedicins perspektiver. Valget af analysestrategi er også foretaget for at være tro mod den kvalitative undersøgelses ontologisk og epistemologiske grundlag, og hvert perspektiv er i sin fremstilling legitim. Målet er, at hvert perspektiv skal rumme subjektive og kontekstuelle forståelser af rusreformen. Således er analysen af de tre perspektiver ikke tænkt som komparativ men vil åbne et vindue for at se en policy-process i et større billede og vise forskellige fortolkninger af policy i praksis (Shore & Wright 2011:12).

Alle interviews er kodet i temaer og videre i kategorier indenfor hver kontekst (Bryman 2012:569). Dataindsamlingen generede en forholdsvis stor mængde data, og jeg har af hensyn til størrelsen på nærværende opgave været nødsaget til afgrænse min analyse. Derfor tager analysen udgangspunkt i brugernes perspektiver, som derefter knyttes til perspektiverne fra Socialtjenesten og Afdeling for rusmedicin omkring en række temaer, som ikke bare var centrale i interviewene, men også specielt vigtige for at forstå, hvilken betydning rusreformen har i de forskellige kontekster, den implementeres i. Denne fremstilling af data er også valgt for at vise, hvordan rusreformen får liv både i relationen mellem brugere og professionelle og i relationen mellem professionelle.

4.6. Præsentation af informanter

I nedenstående afsnit præsenteres informanterne. De er alle af etiske årsager tildelt et pseudonym, som også anvendes i analysen.

Peter er 59 år og har brugt rusmidler, siden han var 13 år. Han har tidligere erfaring med døgnbehandling i en kristen behandlingsinstitution. Peter har ikke været i døgnbehandling efter rusreformens iværksættelse, men har de seneste fem år fået substitutionsbehandling i form af metadon.

Lise er 38 år og har brugt rusmidler, siden hun var 18 år. Hendes første erfaring med behandlingssystemet gjorde hun i begyndelsen af tyverne, hvor hun rejste til en kristen behandlingsinstitution. Lise har efterfølgende haft et længere behandlingsophold i en anden privat, livssynsneutral institution (før rusreformen trådte i kraft), et længere fængselsophold og har de seneste ni år fået substitutionsbehandling i form af metadon.

Marianne er 44 år og uddannet sosionom¹². Hun har en videreuddannelse i rusmiddelforebyggende arbejde og socialt arbejde i førstelinjetjenester. Hun har arbejdet indenfor rusmiddelområdet siden 1998 og har erfaring fra børneværnsinstitution, lavtærskelarbejde i en opsøgende tjeneste, boopfølgning og har siden 2010 arbejdet som rusmiddelkonsulent i Socialtjenesten.

Hanne er 45 år og uddannet sosionom. Hun har en videreuddannelse i rusmiddelproblematik. Hun har arbejdet indenfor rusmiddelområdet siden 2000 og har erfaring fra kriminalomsorgen, behandlingsinstitution med opstart på substitutionsbehandling, lavtærskelarbejde med unge rusmiddelafhængige og har siden 2007 arbejdet som rusmiddelkonsulent i Socialtjenesten.

Christian er 36 år og uddannet sosionom. Han har en videreuddannelse i vejledning og familierapi og systemisk praksis. Christian har arbejdet indenfor rusmiddelfeltet siden 2000, og har erfaring fra botræning, behandlingsinstitution, lavtærskelarbejde i en opsøgende tjeneste, undervisning på mellemlange videregående uddannelser og har siden sommeren 2013 arbejdet som specialrådgiver i Afdeling for rusmedicin.

Mie er 52 år og uddannet psykiatrisk sygeplejerske. Hun har en videreuddannelse i vejledning og har kompetencegivende kurser i psykoseforståelse. Hun har tidligere mange års erfaring fra psykiatrien både i institution og som poliklinisk behandler samt fra akutmodtagelsen, hvor hun arbejdede med opfølgning af personer, som var blevet udsat for seksuelle overgreb. Mie har arbejdet i Afdeling for rusmedicin siden 2012.

¹² Tittel for person med bachelorgrad i socialt arbejde.

5. Analyse

I nærværende afsnit analyseres brugernes, Socialtjenesten og Afdeling for rusmedicins perspektiver på rusreformen. Dernæst opsamles analysen i et diskuterende og perspektiverende afsnit, hvor de forskellige perspektiver anskues i relation til hinanden.

5.1. Analyse – del 1: Brugernes perspektiver

I: *Men du husker jo når rusreformen den kom. Hvilke forventninger havde du til hjælpeapparatet?*

Peter: *Ingen.*

I: *Ingen? Hva var det som gjorde at du ikke havde noen forventninger?*

Peter: *Erfaringer.*

I: *Hvilken type erfaringer?*

Peter: *Alle typer. Rett og slett.*

I interviewene med brugerne blev det tidligt tydeligt, at det for dem var vanskeligt og delvist uinteressant at snakke om rusreformen, patientrettigheder og de ændringer, reformen medførte i offentlige tjenester. Langt inde i begge interviewer viste det sig imidlertid, at brugerne besidder begrænset information om deres formaliserede rettigheder både i forhold til Patientrettighedsloven og i forhold til lov om sociale tjenester. Et af hovedmålene med rusreformen var at gøre behandling lettere tilgængelig og bedre tilpasset det enkelte individ (Skretting 2005). Den realitet, at både Lise og Peter er i substitutionsbehandling og dermed besidder patientrettigheder – uden at vide at de har dem, og hvad de er – stiller skarpt på, at policy først får betydning, når den implementeres i praksis, og at policy ikke altid virker efter sin hensigt (Lipsky 1980/2010). I nedenstående analysedele vil jeg vise, at manglende information om formaliserede rettigheder ikke er ensbetydende med, at reformen ikke har nogen betydning for Lise og Peter. Manglende information betyder derimod, at både Lise og Peter har et andet referencepunkt til rusreformen end de formaliserede love og regler reformen medførte; nemlig mødet med offentlige tjenester, hvordan mødet opleves og tillægges mening og betydning.

5.1.1. Hvad er rusreformen?

Lise: *Er det det der med at vi gikk over fra å være klienter til å bli pasienter?*

Brugere af offentlige tjenester kan både opleve tilstrækkelig information og en tilbageholdelse af information om tjenesterne (Lipsky 1980/2010). Brugere kan ifølge Lipsky opleve dette på to måder. For det første kan brugere opleve, at offentligt ansatte giver information til nogle brugere og ikke andre, hvilket betyder, at enkelte i højere grad har mulighed for at manøvrere i, eller manipulere systemet bedre end andre. For det andet kan en tilbageholdelse af information virke mystificerende og som en hindring for at forstå, hvordan tjenesterne kan og skal anvendes (ibid:90). Tilgængelig information kan derfor siges at have stor betydning for, hvordan Lise og Peter tolker og oplever policy og tilbuddet i offentlige tjenester:

Peter: *Den (rusreformen) er lik null. Den er tragisk [...] Det er jo der vi ikke har fått opplysninger. Det mener jeg altså.*

I: *At du som skal benytte de tjenestene ikke har fått opplysninger?*

Peter: *Ja. Jeg har ikke fått det i det hele tatt, sant. Så vi vet ikke hva vi har av rettigheter engang. Jeg aner ikke. Og det er aldri snakk om det.*

Lise oplever endvidere, at tilbageholdelsen af information kan være strategisk planlagt af Socialtjenesten for at begrænse efterspørgsel af tjenester:

Lise: *Jeg aner ikke rettighetene, noen rettigheter og hva jeg har. Og det er sånn på NAV (Socialtjenesten), så vil jo de helst sikkert at vi vet minst mulig. For vet vi noe som vi har krav på, så søker vi jo på det, sant.*

Ovenstående citater viser, at Lise og Peter oplever, at information tilbageholdes for at forhindre dem i at forstå, hvordan tjenesterne kan og skal anvendes. Endvidere oplever de dette som specielt rettet mod rusmiddelafhængige som gruppe. Lise oplever, at der i Socialtjenesten er en antagelse om, at rusmiddelafhængige i større grad end andre har en tendens til at manipulere systemet ved enhver anledning. På trods af manglende information om formaliserede rettigheder besidder Lise og Peter information om rusmiddelpolitikken generelt, som indledende citat viste; at klienter med rusreformen blev

patienter. Den information er, som de følgende afsnit belyser, afgørende for Lise og Peters oplevelse af mødet med offentlige tjenester.

5.1.2. Afhængighed og ontologisk usikkerhed

Ifølge sociolog Anthony Giddens er den moderne verden karakteriseret af en øget refleksivitet, som er afgørende for forandringen og frembringelsen af moderne systemer og sociale organisationsformer (Giddens 1996). Refleksivitet eksisterer både på et institutionelt og personligt niveau og defineres som regelmæssig brug af viden, som individer og organisationer kontinuerligt indsamler og anvender til organisering og forandring af samfundet (Kapersen 2000:426). I det moderne samfund findes derfor også en radikal tvivl, fordi refleksivitet medfører en usikkerhed om den nye videns sandhed. Radikal tvivl er således et eksistentielt træk ved det moderne menneske, hvilket også har konsekvenser for vores identitet (ibid).

I et refleksivt samfund er tillidsrelationer afgørende for menneskets udvikling og handlemuligheder. I refleksive samfund er tillid derfor også afgørende for de valg, vi tager i situationer præget af usikkerhed og mange valgmuligheder (ibid). Tillid er således også afgørende for vores *ontologiske sikkerhed*. Ontologisk sikkerhed er tillid til, at den sociale og materielle verden er, som den fremstår foran os, samt et fundamentet for selvet og social identitet (Giddens 1984:375, Giddens 1996:56).

Følger man Giddens' betragtninger, kan skiftet i definitionen af afhængighed i narkotikapolitikken anskues som en refleksivitet, der medførte nye organisationsformer i offentlige tjenester. Samtidig kan ontologisk sikkerhed knyttes til denne refleksivitet ved, at brugeren af offentlige tjenester som et vilkår må have tillid til, at tjenesterne er som de fremstår, for at kunne benytte dem. I nærværende og følgende afsnit knyttes Giddens' perspektiv op mod brugernes selvforståelse, definition af afhængighed og deres tillid til offentlige tjenester efter rusreformen.

Det kan siges at rusreformen for brugerne skabte en forventning om og tillid til at blive mødt som en patient af praktiserende læger, Socialtjenesten og uddelingssteder for substitutionspræparater. Som citaterne under antyder, havde Lise og Peter en forventning om en højere grad af ligestilling med andre borgere og en løsrivelse fra den tidligere rolle som en "manipulerende" og "krævende" socialklient:

Peter: *I praksis så er det fortsatt sånn som det har vært. Jeg har ikke sett noen ting nytt. [...] Og jeg ble faktisk jævli glad (for patientstatus) og så ble jeg så forbannet skuffet over det.*

Lise: *Det er jo de samme menneskene som jobbet der (på Socialtjenesten) før og etter reformen. Og de har jo ikke forandret seg. Ikke i forhold til den reformen i hvert fall, som jeg har merket noe til, sant. Altså jeg føler det er sånn at vi som er rusmisbrukere, at de har den holdningen at det er selvforskyldt liksom, så da kan vi bare ha det så godt, liksom. For vi får jo ikke noe bolig og vi får jo ikke, altså vi står sist i køen på alt.*

Som citaterne viser, oplever både Lise og Peter en stor skuffelse, fordi de ikke har erfaret et skifte i holdningen til rusmiddelafhængige, men stadigvæk står ”sist i køen”, som Lise siger. Samtidig er disse holdninger bundet op mod de enkeltindivider, Lise og Peter møder fx i Socialtjenesten. Skuffelsen hænger desuden sammen med brugernes opfattelse af, hvad det vil sige at være både afhængig og patient. Brugernes opfattelse af afhængighedsbegrebet er nødvendigvis ikke den samme som de teoretiske definitioner, der søger at forklare, hvorfor mennesker indtager rusmidler (Faupel et al. 2010, Thombs 2006, West 2006):

Peter: *Avhengighet er en sykdom! Min definisjon av avhengighet, det er det at jeg, ja, vi kan godt ta noe metadon som jeg går på nå. Tar jeg bort det, eller hadde jeg våknet i dag og ikke hatt metadon, så hadde jeg vært helt sånn, skikkelig dårlig. Og jeg hadde begynt å kaste opp og alt det der, kaldsvett og hele skiten.*

Lise: *Du må liksom ha noe hver dag, for hvis ikke blir du syk, sant.*

Ovenstående citater viser et helt centralt punkt for denne analyse; at Lise og Peters definition af afhængighed som en somatisk sygdom stemmer overens med den formaliserede forståelse af afhængighed, og ikke med den forståelse de oplever at blive mødt med i praksis. Både Lise og Peter fortæller i interviewene, at *grunden* til, at de udviklede et problematisk brug af rusmidler, skal findes i deres opvækstvilkår og andre

sociale faktorer, der ikke er selvforskyldt, og som er adskilt fra selve afhængigheden. *Afhængighed* forstås af Lise og Peter ikke som en genetisk sygdom, men som et begreb, der forklarer deres somatiske symptomer (Thombs 2006:6).

Patientstatusen var for brugerne en vigtig formalisering af deres identitet, inkludering i samfundet og en ligestilling mellem dem og andre borgere. Tilliden til systemet brydes, og brugerne mister deres identitet, fordi den sociale og materielle verden ikke er, som den fremstår (Giddens 1984, Kaspersen 2000:427). For Lise og Peter brydes tilliden til systemet i interaktion med ansatte i offentlige tjenester, fordi de har en vigtig funktion i forhold til at mediere Lise og Peters relation til staten, og derfor også er de personer, der implicit holder nøglen til Lise og Peter borgerskab (Lipsky 1980/2010:4). Som konsekvens af uoverensstemmelsen mellem brugernes selvforståelse og måden de oplever at blive mødt på, opstår ontologisk usikkerhed, vedvarende mistillid til systemet og manglende identitetsfølelse i enkelte kontekster:

Lise: *Og da er ikke den der såkaldte rusreformen noe annet, den betyr ingenting for de (på Socialtjenesten). [...] Vi blir ikke behandlet som noen pasienter eller noe sånt så det der. [...] Jeg bare driter i det. [...] For jeg er så lei av å ha med de der å gjøre at jeg spy.*

At være patient og ikke blive mødt som en kan virke mystificerende, og oplevelsen af at praksis ikke har ændret sig efter rusreformen, kan have betydning for i hvilken grad og i hvilke offentlige tjenester, brugerne opsøger hjælp. Selv om Lise og Peter har en gennemgående mistillid til rusreformen og til deres patientstatus, oplever de alligevel ontologisk sikkerhed i enkelte situationer, som jeg i nedenstående afsnit vil illustrere.

5.1.3. Discretion som forudsætning for ontologisk sikkerhed

Ifølge Giddens (1996:50-56) udvikles tillid hos spædbørn i relationen til forældre og fungerer som en beskyttelse for selvet, hvis relationen er forudsigelig og præget af rutiner. Brudte relationer både personlige og med offentlige tjenester kan siges at være et fælles træk for mange rusmiddelafhængige (Edland-Gryt & Skatvedt 2012). Lise og Peters opvækstvilkår har også været uforudsigelige og præget af brudte relationer til deres forældre eller andre signifikante voksne. Hverdagen er for mange rusmiddelafhængige også præget af kritiske situationer, langt fra rutinepræget og mangler således

grundlæggende basis for ontologisk sikkerhed (ibid). Nogle brudte relationer kan alligevel genopbygges og nye relationer bygges, fx til signifikante andre i offentlige tjenester, forudsat at relationen opleves som et *rent forhold*, som Giddens beskriver dem (Kaspersen 2000:428).

Tillidsrelationer og selvidentitet udvikles i sociale sammenhænge i situationer, hvor parterne er i forholdet for deres egen skyld, hvor de får noget ud af forbindelsen, og hvor de anser det som tilfredsstillende at blive i forholdet. Nære tillidsrelationer er i den forstand afgørende for ontologiske sikkerhed (ibid:428). Det er her vigtigt at understrege, at Giddens med sit *rene forhold* taler om *familiære relationer*. Det er klart, at relationen mellem en bruger og en professionel aldrig bliver eller skal være familiær, men der kan alligevel drages paralleller (Edland-Gryt & Skatvedt 2012).

Lise og Peter har begge eksempler på situationer, hvor de oplevede, at et rent forhold ikke var til stede. Peter fortæller om et møde ved lægen:

Peter: *Altså han må tilkalle hele kavaleriet skal han gjøre noe for meg, og jeg må vente så lenge og så lenge. Jamen herregud, jeg har jo fått det (medicin) før, se nå på papirerne for faen. "Nei, nei, nei, jeg tør ikke skrive ut". De (læger) er livredde for å skrive ut preparater. [...] Det er ikke bra med en lege som ikke klarer å ta et standpunkt. Hva skal jeg med en lege da? Når han ikke kan ta en avgjørelse for meg. Det er jo helt bortkastet, sant, hele greien.*

Ligeledes fortæller Lise om en manglende lægeerklæring til en ansøgning om arbejdsafklaringspenge¹³:

Lise: *Og så bare gi meg to dagers frist. Og det er jo helt forbanna håpløst spør du meg, for de må jo ha visst hva det var. Jeg trodde jo det var noe han (lægen) kunne ordne. Det var det jeg trodde. Men de må jo ha visst. Altså NAV (Socialtjenesten). Og legen sa det at "dette her tar jo minimum en time for meg, så jeg kan ikke gjøre det nå, men okay jeg skal ringe til NAV og spørre om ikke vi kan få en utsettelse og så ja, se om ikke det går bra". Javel, så kunne jo ikke jeg gjøre noe annet. Fristen var den sjette. Og han*

¹³ Økonomisk ydelse til personer som er i beskæftigelsestiltag.

(lægen) hadde fått den inn den fjortende. Og da fikk jeg avslag på hele driten i stedet for at de kunne, altså ha litt smidighet, sant.

Andre eksempler som dem herunder illustrerer møder, hvor det rene forhold har været tilstede. Peter fortæller om en situation med sin læge og en professionel fra Afdeling for rusmedicin:

Peter: *Og så den episoden med at vi skulle opp til (stednavn). Det er det mest tåpelige. Og da måtte jeg ha 15 flasker metadon og 15 tabletter med. [...] Det var juleaften. [...] Men hele prinsippet er da at jeg fikk debmedisinene jeg skulle ha sånn at jeg klarte meg, sant. Ja, så hadde han (lægen) ringt Anne. "Ja, selvfølgelig skal han ha, hva er dette her for noe tull?". Anne, på rusavdelingen (AFR). "Ja, selvfølgelig skal han ha, hva er det du holder på med?", sant. "Når han skal på ferie med sin mor så må han få lov å gjøre det, men han trenger den medisinen han skal ha." [...] Og han (lægen) skrev en hel avhandling.*

Lise fortæller om en sagsbehandler, hun tidligere har haft i Socialtjenesten:

Lise: *Men hun drev jo å utdannet seg videre hele veien med rus-greier. Så hun var jo inni det, hun var interessert i akkurat rus og sånn så dette. [...] Hun var et unikum av et menneske. [...] Når du er aktiv rusmisbruker og når du går på heroin, sant. Du glemmer jo ofte å fylle de der (skemaer). Så er det sån tre måneders greie i gangen, du får penger og sånn. Så må du skrive en ny søknad. Men når du går på heroin, så glemmer du, altså du glemmer det mest elementære, så hvorfor glemmer du ikke det der? [...] Hun (sagsbehandler) bare skrev de ut selv hun, sånn at jeg fikk det jeg hadde krav på hele veien og sånn. [...] Hun er absolutt den mest oppegående sosialkurator jeg noen gang har vært borti, altså.*

Det interessante i forskjellen mellom de to typer af møder er, at de nære tillidsrelationer og ontologisk sikkerhed opstår i situationer, hvor den signifikante anden i offentlige tjenester benytter sig af en særlig type discretion.

De to første eksempler illustrerer, at både sagsbehandler i Socialtjenesten og praktiserende læge, i brugernes øjne, *fravælger* discretion og benytter en defensiv praksis for at beskytte sig selv fra at tage vanskelige beslutninger som at udskrive flere præparater i specielle situationer eller godtage en ansøgning efter, at afleveringsfristen er udløbet (Lipsky 1980/2010, Harris 1987, Evans & Harris 2004).

Modsat illustrerer de sidste to citater, at tillid og ontologisk sikkerhed opstår som en effekt, når de signifikante andre *anvender* discretion, som ikke nødvendigvis er tildelt. I disse situationer oplever brugerne at blive mødt i rene forhold. Det kan selvfølgelig ud fra citaterne diskuteres, om der er tale om et rent forhold, havde man spurgt de pågældende professionelle. Det vigtige er derfor, at brugerne selv *oplever* denne type møder som rene forhold. At blive mødt som patient og ikke en socialklient og at det personlige møde opvejer mangel på information skaber en tillid til, at offentlige tjenester sørger for, at brugerne får, hvad de har krav på. Sagt med andre ord; tillid opstår i situationer, hvor den materielle verden er, som den fremstår, og hvor der er en overensstemmelse mellem brugernes selvforståelse som patient og måden de oplever at blive mødt på. Discretion er for Lise og Peter derfor afgørende for, at rusreformen opleves som meningsfuld, og for at velfærdstaten opleves som legitim (Brodkin 1997, Tummers & Bekkers 2014, Lipsky 1980/2010).

5.2. Analyse – del 2: Socialtjenesten

Som nævnt indledningsvis medførte rusreformen begrænsede ændringer i lov om sociale tjenester og i kommunens ansvar overfor den enkelte bruger (Skretting 2005). Introduktionen af samarbejdsværktøjet Individuel plan udgjorde den eneste formelle ændring i Socialtjenestens ansvarsområder overfor den enkelte bruger. Henvisningspraksissen blev fastholdt, men hvor henvisninger før blev sendt direkte til behandlingsinstitutioner, sendes henvisninger fra Socialtjenesten efter rusreformens implementering til statslige vurderingsinstanser ved de regionale helseforetag. Arbejdshverdagen for Socialtjenestens¹⁴ rusmiddelkonsulenter består som før rusreformen hovedsageligt af sagsbehandling, bevillinger, forvaltning af økonomi, koordinering, samarbejds møder og formulering af henvisninger til AFR. Som før reformen er rusmiddelkonsulenterne involveret i flere og vigtige aspekter af den enkelte brugers liv.

¹⁴ Organisering kan variere i forskellige kommuners Socialtjenester, og udsagnet er derfor knyttet til pågældende Socialtjeneste.

I diskussionerne, som opstod ved implementeringen af rusreformen, blev det påpeget at socialarbejderens og særlig sosionomens rolle i forhold til den enkelte bruger men også i den tværfaglige behandling kunne blive spillet ud på sidelinjen (Skretting 2005). Som vist nedenfor kommer dette også til udtryk i hvordan rusmiddelkonsulenterne oplever deres nuværende professionelle rolle og identitet, og hvordan denne identitet skabes og opretholdes i mødet med brugerne og i relation til andre offentlige tjenester.

5.2.1. Socialarbejderens rolle – fra ekspert til facilitator

Marianne: *Du går litt på akkord med dine egne verdier, og du jobber innenfor et system som du ikke har helt tro på. I forhold til vår rolle og hvor vi inne på Sosialtjenesten har pratet mye om den der sosialarbeiderrollen og den der driven du hadde [...] Vi skal ikke mene så mye nødvendigvis om det (brugerens hjelpebehov), for det er helseforetakene som skal vurdere det, når det ble pasienter [...] Og du skal sitte igjen med at de (brugerne) har livsopphold (økonomisk ydelse) og tak over hodet og sånn.*

Ifølge Järvinen & Mik-Meyer (2012) har velfærdsstaten i mange år været genstand for omfattende kritik. Kritikken har blandt andet været, at man ikke ved hvilken effekt velfærdsydelser har, at velfærdsstaten skaber passive og langtidsafhængige klienter, og at beslutninger indenfor offentlige tjenester bygger på ansattes subjektive værdier frem for objektive principper (ibid:14-15). Som et resultat har den generelle udvikling været et øget fokus på kontrol og evaluering af offentligt ansatte, hvilket indebærer standardisering og monitorering af arbejdsopgaver. Udviklingen har også fået konsekvenser for den professionelles rolle i mødet med den enkelte bruger og for den professionelles selvforståelse (ibid). Tidligere blev professionelle i offentlige tjenester anskuet som eksperter, der med deres uddannelse og erfaring vidste, hvad der var bedst for brugerne. Ekspertrollen indebar, at den professionelle havde en aktiv part i at definere den enkelte brugers mål og beslutninger om midler for at opnå disse. I dagens evaluerende og monitorerende velfærdsstat er der modsat en større tendens til, at professionelle har en rolle som facilitatorer, hvis mål er at skabe rammer for, at brugeren selv kan løse sine problemer (ibid:18).

Mariannes udsagn fortæller, at rusmiddelkonsulenterne efter rusreformen i større grad oplever en rolle som facilitator, fordi vurderingsmyndigheden blev flyttet til Specialisthelsetjenesten. Det ikke at skulle ”mene så mye”, gå på kompromis med egne værdier og *rollen* som socialarbejder i et system, man ikke har tiltro til, var centrale temaer i interviewene. Rusmiddelkonsulenterne oplever, at rusreformens organisering har skabt en ændring i rammevilkårene for arbejdet i Socialtjenesten og dermed for deres professionelle identitet. Med andre ord oplever rusmiddelkonsulenterne at have mindre tildelt discretion og mulighed for at anvende discretion.

Ifølge Giddens (1996:68) er selvidentitet et refleksivt projekt, fordi den moderne verdens refleksivitet også trænger igennem til selvets kerne. En persons identitet skal ikke findes i andre personers adfærd eller reaktioner, selvom disse kan være vigtige. En persons selvidentitet findes ifølge Giddens snarere i en persons evne til *at holde en særlig fortælling i gang* (ibid:70). Fortællingen er ikke udelukkende fiktiv, fordi individet regelmæssig skal kunne interagere med andre i hverdagen. Det betyder, at individet selektivt skal kunne integrere begivenheder, som finder sted i den ydre verden, i *historien om selvet* (ibid).

At gå fra at være ekspert til facilitator kan siges at være en betydelig begivenhed, der skal integreres i rusmiddelkonsulenternes fortælling om sig selv. Rusmiddelkonsulenterne skal skabe en ny identitet som facilitator og samtidig opretholde deres tidligere professionelle identitet som socialarbejder. I de næstkommende afsnit fokuserer analysen på, hvordan rusmiddelkonsulenterne opretholder deres identitet som socialarbejdere ved både at relatere sig til brugerne og distancere sig fra andre professionelle i andre offentlige tjenester.

5.2.2. Rusmiddelafhængige som referencepunkt

Det er ikke uvant, at offentligt ansatte oplever en rollekonflikt, når de står overfor uklare forventninger og mål for arbejdet (Lipsky 1980/2010:40). Rollekonflikten opstår gerne når forventninger til og mål for arbejdet kommunikeres fra flere og ofte modstridende referencepunkter som fx policy, ledelse eller brugere af offentlige tjenester (ibid:45). Ifølge Lipsky er brugerne sjældent en referencegruppe, som har stor indflydelse på offentligt ansattes definition af egen rolle. Snarere er kollegaer og offentlige meninger afgørende (ibid:47). For rusmiddelkonsulenterne er derimod opfattelsen af rusmiddelafhængige og

definitionen af afhængighed et vigtigt referencepunkt for, hvilken rolle og mål de burde have og arbejde mod i Socialtjenesten:

Hanne: *Rus (afhængighed) har blitt en sykdom definert, og man skal få sykehushjelp, man skal behandles, veldig økt fokus på det. Og det er jo mye fint med det, det er mye anerkjennelse i det. Det kan være en fin måte å forklare rusavhengighet på. Men det er ganske mye mer enn det som også vi må se, sant. Vi må også se at det har noe med livsstil å gjøre, og oppvekstvilkår og alt kan ikke vi kalle for sykdom. Det er også noe sosialt, og det er noe en sosionom har med å gjøre, sant.*

I interviewene fortæller både Hanne og Marianne, at de til dels har en forståelse af afhængighed som en sygdom. Endvidere påpeger de, at rusmiddelafhængige alligevel ikke er ligestillede med andre patienter, og at sygdomsforståelsen kan være for snæver – fordi den overser de sociale faktorer og socialarbejderens rolle i arbejdet med rusmiddelafhængige. Det vigtige er, som Hanne siger, at afhængighed også har noget med socialarbejdere at gøre. I den forstand anvendes forståelsen af brugerne til både at legitimere og opretholde rusmiddelkonsulenternes professionelle identitet. Man kan sige, at brugerne som 'begivenhed' selektivt er placeret som en vigtig del af rusmiddelkonsulenternes fortælling om sig selv (Giddens 1996:70). Dette er heller ikke overraskende, idet rammevilkårene for arbejdet har ændret sig, mens brugergruppen i Socialtjenesten før og efter reformen er den samme.

5.2.3. Godt socialt arbejde og behandling

I interviewene med rusmiddelkonsulenterne blev god socialfaglig praksis tidligt et centralt tema. Godt socialt arbejde indebærer for rusmiddelkonsulenterne at arbejde med brugerne over tid, finde løsninger sammen, at myndiggøre og understrege brugerens autonomi. Den gode praksis kommer altså til udtryk i en hårfin balance mellem at være ekspert og facilitator (Järvinen & Mik-Meyer 2012).

Flere gange faldt snakken på den gode praksis og rusmiddelkonsulenternes ønske om, at de havde mere tid, flere resurser og bedre rammevilkår. Fx havde de før rusreformen frihed til at rejse til behandlingsinstitutioner eller ansvarsgruppemøder på den anden side af landet for i samarbejde med brugerne at vurdere, hvilken vej forløbet skulle

fortsætte. Marianne og Hanne oplever, at deres syn på godt socialt arbejde kommer i konflikt med reformen, specielt i forhold til den nye vurderingspraksis:

Marianne: *De (AFR) kan gjerne si at "Sjansen er stor for at du vil begynne å ruse deg igjen" eller at "Han har hatt så mange muligheter før". Jeg stiller meg selv det spørsmålet, hvilken rett vi har til å på en måte forhåndsdomme og frata de muligheten? For det er ikke sikkert det (avgiftning) skjer første gang og ikke andre og tredje, men det kan godt være når det er femte eller sjette gang, så er det allikevel ting (at arbejde med).*

Hanne: *Og så skal man (brugerne) være behandlingsmottakelig. Hva er dette for noe, sant? Man skal være behandlingsmottakelig og endringsdyktig og sånne ting. Og så skal man henvises og så skal man vurderes og så får man et ja eller et nei. Min verden er ikke sånn. Min verden er sånn at de forunderligste klarer det. [...] Hvilken rett har vi til å definere hvem som er behandlingsmottakelige? For hvordan vet vi det i rusen, eller hvordan vet vi det fordi du har prøvd to ganger før?*

Det vigtige med ovenstående udsagn er ikke bare, hvordan den nye vurderingspraksis strider mod Hanne og Mariannes faglige principper, men hvordan den nye vurderingspraksis skaber nye begivenheder, der skal placeres i deres fortælling om sig selv i relation til andre professionelle. Den nye vurderingspraksis kan således siges at være et vigtigt referencepunkt for distanceringen til andre professionelle, specielt i AFR. For det første fordi vurderingsrollen til en vis grad tidligere var en rolle, de havde. For det andet fordi rollen nu fyldes ud af andre og på en måde, som ikke passer til rusmiddelkonsulenternes fortælling om sig selv og om godt socialt arbejde. Som Hanne påpeger, er der en uoverensstemmelse mellem hendes "verden" og måden at vurdere brugere på i AFR. Det at forhåndsdomme er en praksis rusmiddelkonsulenterne distancerer sig fra, fordi det strider mod det socialfaglige princip om at møde brugeren, som han/hun er (ibid, Goodman 2009).

Videre ses denne distancering i måden, AFR vurderer forventet nytte af behandling på. En sådan vurdering synes for rusmiddelkonsulenterne specielt uetisk og som det mest

kontroversielle, fordi det at fratage brugerne muligheden for institutionsophold opfattes som at fratage brugerne muligheden til ændring:

Marianne: *Jeg tror langtidsbehandling er noe av det som skal til for en del av de som har begynt (at indtage rusmidler) fra de var 12-13 år og en del med oppvekst hvor de selv har hatt rusmisbrukende foreldre [...] Jeg tror det er så mange ting som må repareres og de må få jobbe med, og når du ikke får helt den roen heller, om du skal få bli et sted (behandlingsinstitusjon) så blir det veldig vanskelig å motivere de både til og bli og til å, ja (alt).*

Hanne: *I hvert fall må de (brugerne) selv ha den styrken da, og hvordan får du styrke hvis ikke du får lov til å stoppe opp? Hvordan får du styrke hvis ikke du får komme inn på en institusjon og får i deg mat, og får litt helsehjelp på stell og noen bryr seg? Hvordan får du styrke til å endre deg, motivasjon til å klare å tenke annerledes?*

Hanne og Mariannes største bekymring er, at vurderingspraksissen kan have den konsekvens, at ikke alle brugere bliver opfanget af systemet og får mulighed til ændring. Bekymringen opstår i sammenhæng med deres forståelse af, hvornår det kan vurderes, om brugere er ændringsdygtige, og hvornår rammerne er lagt til rette for at arbejde ud fra et holistisk ændringsperspektiv. I Hanne og Mariannes forståelse findes disse rammer altså indenfor behandlingsinstitutionernes fire vægge. Tendensen, som de oplever, er, at det er vanskeligere at få institutionsophold efter reformen. Det betyder, at Hanne og Marianne i mindre grad oplever rum for at arbejde socialfagligt med brugerne både før, under og efter institutionsophold.

Som Giddens (1996:69) skriver, er personer i ydre miljøer med stor forandring så optaget af eksistens og mulige risici i forhold til denne, at de bliver lammet i forhold til praktisk handlen. Det er sat på spidsen, at rusmiddelkonsulenternes eksistentielle krise skaber en handlingslammelse. Det vigtige er dog både for Hanne, Marianne og for denne analyse, at vurderingspraksissen og det nuværende behandlingstilbud skaber nogle begrænsninger. De oplever begrænsninger for det gode socialfaglige arbejde i hverdagen, som fx motivationsarbejdet med brugerne. Endvidere kan handlingslammelsen siges at få

konsekvenser for rusmiddelkonsulenternes professionelle identitet, fordi begivenheder fra det daglige arbejde i mindre grad kan integreres i deres fortælling om sig selv.

Som ovenstående afsnit har vist, har begrænsede ændringer i Lov om sociale tjenester altså medført en relativt stor forandring for rusmiddelkonsulenternes professionelle identitet og handlemuligheder overfor brugerne. I næste afsnit belyses den formelle ændring i lov om sociale tjenester; retten til Individuel plan.

5.2.4. Discretion og professionel identitet

Det antages, at det nye ideal for velfærdarbejderen som facilitator frem for ekspert ikke er realiseret fuldt ud i alle velfærdsstatens sektorer (Järvinen & Mik-Meyer 2012:23). Rusmiddelkonsulenternes arbejde kan derfor siges at udføres i et spændingsfelt mellem nye og gamle idealer, muligheder og begrænsninger (ibid). Dette spændingsfelt er ikke uvanligt i offentlige tjenester, hvor effektivisering og reducere af discretion skal balanceres med en større grad af fleksibilitet og tilpasning til den enkelte brugers behov (Lipsky 1980/2010). Individuel plan (IP) er et formaliseret værktøj, der repræsenterer denne dialektik. IP er lovpålagt for at formalisere samarbejde mellem brugeren og offentlige tjenester, men brugeren kan frit vælge planen fra. Samtidig skal IP fortolkes af rusmiddelkonsulenterne i forhold til, hvad planen er, hvad den skal anvendes til hvornår og i hvilke situationer. Disse forhold placerer rusmiddelkonsulenterne i spændingsfeltet mellem facilitator- og ekspertrollen i arbejdet med IP. Som facilitator skal de sikre brugerens selvbestemmelsesret, mens de som ekspert skal vurdere i hvilke situationer, det er aktuelt med en plan:

Marianne: *Ja, vi kan sette opp avtale om at de skal komme og de kan gjerne si at de vil ha en Individuel plan "det har jeg rett på", og så tilby det. "Ja, men kom her og så skal vi sette oss ned og sette opp hvis du har noen mål og punkter du vil jobbe med". Men de kommer aldri dit hen at de klarer å prioritere det. Og da er det hvor mye vi skal sette opp en plan.*

Hanne: *Og når først du har behov for langvarige koordinerte tjenester, og du er i stand til å ta imot det, da er en IP nyttig. Men selvfølgelig, du kan skrive en enkelt IP bare med to tre sånne små mål, men en nyttig plan for livet,*

det er en god IP. De der to tre små målene kan man også skrive på et andet stykke papir. [...] Er det en samarbejdsplan med en som glemmer alt vi sa i går? [...] Eller blir det bare et verktøy for lovverket? Hvorfor ikke av og til vente litt? Sånn at den blir reel og ekte, og at man får litt selvbestemmelsesrett i den. [...] Det er jo ikke våre mål de skal jobbe mot, sant.

IP fortolkes i Socialtjenesten som et samarbejdsverktøy, men der legges i større grad vekt på brukerens ønsker om, behov for og kapasitet til at udforme en plan, som både Hanne og Marianne uttrykker. Selvom de ofte oplever at sitte tilbake med hovedansvaret for opfølging af planen, anskues værktøjet som nyttigt. Denne formelle ændring tillægges heller ikke stor betydning, fordi rusmiddelkonsulenter, ifølge Hanne og Marianne, før reformen havde mødereferater, handleplaner eller punkter på et andet stykke papir, som tjente samme funktion. Sagt med andre ord, tillægges IP ikke en stor betydning i forhold til professionel identitet, idet værktøjet giver rum for at *anvende* discretion. IP giver plads til ekspertrollen og gode socialfaglige vurderinger om, hvad planen skal være, hvornår den er nyttig og i hvilke situationer, den skal benyttes. Discretion i forhold til IP er dermed en vigtig generator for daglige og socialfaglige begivenheder, der kan integreres i rusmiddelkonsulenternes fortælling om sig selv.

I den forstand er discretion ikke bare afgørende for, at Hanne og Marianne kan opretholde deres professionelle identitet som socialarbejder, men også for deres muligheder for at repræsentere Socialtjenesten som legitim overfor brugerne, yde effektive og målrettede tjenester ud fra en tydelig professionsrolle og for deres vilje til at implementere en ny policy (Lipsky 1980/2010:15;48, Tummers & Bekkers 2014).

5.3. Analyse – del 3: Afdeling for rusmedicin

I Afdeling for rusmedicin vurderes henvisninger til behandling, og om brugere opfylder vilkårene til en patientrettighed ved hjælp af en formaliseret prioriteringsvejleder (Helsedirektoratet 2012). Vilkaere omhandler alvorlighedsgraden af brugerens tilstand, forventet nytte af behandling og om, der er et rimeligt forhold mellem omkostninger og nytte af behandlingen. Fx er alvorlighedskriteriet opfyldt, hvis brugerens levealder eller livskvalitet vil blive reduceret eller forværret, dersom sundhedshjælpen udsættes. Dersom

enkelte vilkår ikke er opfyldt, kan der gøres en samlet vurdering af den enkelte henvisning (ibid).

Vurdering af henvisninger foretages i høj grad af den enkelte rådgiver og baserer sig på tolkningen af den information, henvisningen indeholder. Rådgiverne kan enten vælge at indkalde brugeren til samtale for at få uddybet information eller give afslag, hvis henvisningen ikke indeholder tilstrækkelig information til at foretage en vurdering. Før en endelig vurdering tages, drøftes den enkelte henvisning i et tværfagligt team bestående af psykologer og sundheds- og socialfagligt personale.

I nærværende analysedel stilles skarpt på, hvordan rusreformens nye vurderingspraksis og retningslinjerne herom er implementeret. Analysen viser, hvordan rådgiverne mestrer at arbejde i situationer, hvor de forventes at tage mange beslutninger, samt hvordan disse beslutninger tages på baggrund af deres erfaringer og formel kompetence.

5.3.1. Ekspertens dilemmaer

Rammevilkårene i offentlige tjenester har, som tidligere nævnt, stor betydning for, om den professionelle har og kan indtage en rolle som ekspert eller facilitator (Järvinen & Mik-Meyer 2012). Rådgiverne i AFR har en stor del af *tildelt* discretion i de formaliserede rammer for arbejdet (jf. prioriteringsvejlederen), og deres professionelle identitet kan derfor siges at læne sig opad ekspertrollen. Denne rolle er måske heller ikke overraskende i og med, at rådgiverne er en del af en *Specialisthelsetjeneste*.

Rusreformen er inspireret af *New Public Management* (NPM) (Nesvåg & Lie 2010). Denne inspiration har i sig selv en række dilemmaer. Med reformen kom et øget fokus på standardisering og monitorering af Specialisthelsetjenesterne, samtidig som reformens mål var at give bedre og individuelt tilpassede tjenester til brugerne (ibid, Lipsky 1980/2010). Introduktionen af NPM har endvidere bidraget til en diskussion af individets placering i offentlige tjenester, fordi fokus på monitorering og kontrol efterlader begrænset rum for offentligt ansattes discretion (Evans & Harris 2004). Rådgiverne i AFRs rammevilkår kan derfor siges at stå i kontrast til den udvikling, man ellers har set i offentlige tjenester – på trods af at prioriteringsvejlederen bygger på et mål om at monitorere og standardisere vurderingsprocessen (Järvinen & Mik-Meyer 2012, Helsedirektoratet 2012). Vejlederen fortolkes, og den standardiserede policy bliver de beslutninger, rådgiverne tager (Lipsky 1980/2010). Rammevilkårene for

vurderingsprocessen har derfor den potensielle konsekvens, at brugere ikke bliver behandlet ens (ibid). Ekspertrollen er for rådgiverne således ikke uden dilemmaer og udfordringer:

Christian: *Vi har jo en slags type portvaktfunksjon. ”Ja, nei, du får, du får ikke”, og når folk (fx Socialtjenesten) henviser til oss, så er det gjerne sånn at de vil ha noe av oss.*

Mie: *Kan det være hvis man (brugerne) ikke får en rett kanskje, at man kan bli ekskludert? Hvis det er noe ved vår vurdering som gjør at pasienten ikke får rett innenfor TSB. At det blir litt sånn enten eller, kanskje?*

Den tildelte discretion og ekspertrollen betyr, at et af arbejdsvilkårene for rådgiverne er at tåle det at have en ”portvaktfunksjon”. Sagt på en anden måde er konsekvensen af en standardisering, at rådgiverne må tackle, at henviste brugere potentielt ikke bliver behandlet ens (ibid). Den realitet påpeges også som ulempen og udfordringen ved brug af vejlederen i vurderingsarbejdet:

Christian: *Noen ganger så er det henviser som mener noe, det er ikke nødvendigvis at pasienten har uttrykt det samme. Altså det er jo den oversettelsen som er fra den samtalen en henviser måtte ha med pasienten til ting skal ned på papiret.*

Mie: *Det jeg ser når vi sitter i praksis og bruker veilederen, så er det kanskje ikke alt som er utdypet nok. Det kan tenkes for eksempelvis det med alvorlige livshendelser, sant. Det kan være en utfordring å vite for eksempel hvis en person har mistet en nær relasjon for 5-6 år siden. Hvor mye av det traumet er aktuelt nå? Hvor mye av det som gjør at vedkommende inntar rusmidler? Altså det kan være en utfordring å bedømme det ut i fra en liten setning. Og skal du på en måte vekte det?*

Som Mie og Christian oplever, er et centralt dilemma i vurderingspraksissen *fortolkninger*. Vejlederen skal fortolkes, henvisningen skal fortolkes, og det skal fortolkes, om informationen i henvisningen kommer fra henviser eller fra brugeren. Dette dilemma i

vurderingsarbejdet præger endvidere samarbejde med andre instanser, både fordi der kan stilles spørgsmål ved Christian og Mies vurderinger, og fordi opfyldelse af enkelte vilkår i mange sager, for dem, afhænger af tilrettelæggelse af tjenester i andre instanser:

Christian: *Altså det handler overordnet om hvordan hele systemet er bygd opp, til organisasjonskultur forskjellige steder, til en mistillit mellom systemene. [...] I rusfeltet så har det jo og(så) vært litt sånn paranoid kultur. "Åh ja, de driver på sånn. Okay ja". Og jeg har jo kjent på det der selv, "Hva er det nå de driver med der borte?". [...] Jeg har jo opplevd mye av begge deler, at det har vært kjempegodt samarbeid der det er veldig mye romslighet, til en følelse av at folk på en måte prøver å ta en. Altså sånn "Hva, er det sånn du mener?". "Nei, det er ikke det vi sier". Og det er ikke noe gøy når det er sånn.*

Mie: *Har pasienten et arbeid å gå tilbake til? Eller har de ingen tiltak, ingenting å fylle dagen med, så er det og(så) en sårbar situation. Kanskje nytten de ville ha av poliklinisk hjelp eller døgnbehandling, vil kanskje være annerledes om en har en jobb eller noe å gå til. Så nytten er avhengig av samarbeid med andre instanser parallelt.*

Som Christian nævner, handler mistilliden til rådgiverne også om en generel mistillid til organisering af tjenesterne på rusmiddelfeltet. Christians udsagn er interessant, fordi rusreformens intention om bedre samarbejde, langvarige og koordinerede tjenester til brugerne kan siges at forudsætte en tillid mellem offentlige tjenester (Nesvåg & Lie 2010). Som konsekvens af manglende tillid til rådgiverne kan brugerne, som Mie erfarer, opleve begrænset nytte af behandling. Et godt samarbejde mellem tjenester kan derfor også siges at være en grundmur i rådgivernes vurdering af, om brugere får en patientrettighed. For at mestre og løse nogle af disse dilemmaer i det daglige arbejde, har rådgiverne udviklet flere strategier, som det ses i næste afsnit.

5.3.2. Strategier for at mestre ekspertrollen

Rammevilkår for arbejdet kan fra professionelles side både opleves som konstruktivt og som en forhindring for godt velfærdsarbejde (Järvinen & Mik-Meyer 2012:14). Offentligt

ansatte udvikler ofte egne praksisser for udførelsen af arbejdet, hvis officielle kategorier er utilstrækkelige eller modstrider personlige præferencer og overbevisninger (Lipsky 1980/2010:83). Rådgiverne oplever ikke prioriteringsvejlederen som en forhindring men mere som en udfordring. Rådgiverne har således udviklet egne praksisser, når henvisningerne ikke indeholder nok information eller i sammenhænge, hvor vejlederen ikke synes tilstrækkelig til at kunne foretage en vurdering:

Christian: *Og da har i hvert fall jeg sånne sjekkpunkter for meg selv som går sånn; Er det førstegangshenvisning? Eller er det sånn at pasienten har vært henvist mange ganger før? Er det forsøkt behandling før? (hvis svaret er) ”Ja”, hvilken behandling er forsøkt og hva var resultatet?*

Mie: *Jeg tenker når pasienten har møtt her, så er det større sjanser for å få opp data, enn om du bare snakker med henviser, eller du bare tar det på telefon. Jeg opplever at det personlige møtet gir mer informasjon enn et møte i telefon, eller kun ved opplysninger på et papir.*

Egne tjekpunkter og brug af samtaler med patienter er således nogle af de strategier, Christian og Mie anvender for at mestre rammevilkårenes udfordringer i deres arbejdshverdag. Strategierne er også eksempler på *anvendt discretion*, eller ”det lille ekstra” der skal til for at systematisere arbejdet og skabe et godt grundlag for at foretage vurderinger, når henvisningerne eller vejlederen ikke synes tilstrækkelig (Brodkin 1997). I nedenstående afsnit præsenteres, hvad disse strategier og vurderingen er baseret på.

5.3.3. Erfaringers betydning for vurderinger

Som nævnt kan alternative strategier være styrende for offentligt ansattes professionelle praksis, hvis de ikke deler præferencer eller overbevisninger i officielle kategorier eller policy (Lipsky 1980/2010:83). I interviewene blev det tydeligt, at rusreformen først og fremmest opfattes som en *formalitet*, der sikrer en anerkendelse af samfundets rusmiddelproblemer, og at rusmiddelafhængige på lige linje med andre borgere har rettigheder i velfærdssystemet. Ligeledes deler Christian og Mie heller ikke den politiske definition af afhængighed som en sygdom:

Christian: *Jeg tenker ikke at det er en sykdom, jeg tenker det er en lidelse. [...] Med sykdom så tenker jeg mer somatisk, altså kreft. [...] Altså, du gjør ikke kreft. Du har kreft, eller du har ikke kreft. Mens rusavhengighet er noe du gjør, det er aktive handlinger, og det er en vesentlig forskjell på det.*

Mie: *Forhåpentligvis kan den avhengigheten avdekke noe mer om pasienten. At den kan få frem noe som pasienten kan få hjelp til, og da er det kanskje inneforstått at rusen er et symptom på noe som man trenger hjelp til å få gjort noe med.*

Strategier for interaksjon med brukere er alltid begrundet i opfattelsen af og forståelsen af disses problematik og hjelpebehov (ibid:152). Definitionen af afhængighed vil derfor have konsekvenser for, hvordan brukeren vurderes, om vedkommende får en patientrettighet og i så fald hvilken behandling, der vurderes som bedst egnet (Thombs 2006). Det interessante med ovenstående udsagn er, at hverken Mie eller Christian definerer afhængighed som en sykdom, men samtidig er deres definitioner heller ikke entydige. Ifølge Lipsky (1980/2010:115) er der en tendens til, at offentligt ansatte definerer brugergrupper og deres hjelpebehov ud fra tidligere erfaringer med samme eller lignende målgruppen. Dette kan også siges at være tilfældet for Mie og Christian, som hverken deler tidligere arbeidserfaring eller har samme formelle uddannelse. Begge tillægger tidligere erfaring en tilnærmedesvis ligeså stor betydning som deres teoretiske kundskaber:

Christian: *Det er litt vanskelig å skille mellom hva som er (hvad). Nå er jo de rent teoretiske kundskapene blandet med praksis etterhvert. Så det er jo de erfaringene jeg har som jeg bruker i stor grad med det (teoretisk kundskab).*

Mie: *Min bakgrunn, erfaring med overgrep, voldtekstmottak og fra psykiatrien tror jeg avspeiler, bevisst eller ubevisst, det jeg har fokus på [...] Jeg vet ikke om jeg har det mer enn andre, det er helt umulig å si, men jeg tror nok at den forankringen og erfaringene har gjort at jeg kanskje har en lydhørhet, for den type problemstillinger som pasienten har med seg.*

Mie og Christians tidligere erfaringer, deres individuelle forståelser af afhængighedsbegrebet og den tildelte discretion kan siges at bidrage til en faglig varierende vurdering af brugernes problematik og hjælpebehov. Alligevel synes der at være en tendens til en fælles forståelse af, hvad der er god behandling, og hvordan og hvornår der kan og skal arbejdes med ændringer i den enkelte brugers liv:

Christian: *Altså, en del ganger så er det på en måte at "Situasjonen er så alvorlig, vi må gjøre noe, han må inn et sted, for det er det som er behandling" Mens jeg tenker, at det er det ikke. [...] Og det er jo der jeg noen ganger kommer i konflikt med folk. Altså, vi sitter jo her og snakker om hvordan vi skal få disse endringene til å vare, dette ER behandling, mens du snakker om at han må inn et sted, for der skjer behandling, sant. Så det er en vesentlig forskjell på de to måtene å tenke på.*

Mie: *Vi har jo en antakelse om at flere (brugere) kanskje vil kunne klare seg med poliklinisk behandling. Og at det å gå i poliklinisk behandling kan gjøre at man slipper å komme i døgnbehandling. Man kan fungere i sitt vanlige liv og oppleve å mestre (det) å komme i rusfrihet. Man slipper å bli innlagt som sagt. Man ser jo ofte når man har vært innlagt i døgn(behandling), så kommer man tilbake til sitt daglige og så er det lett for å gå tilbake til rus.*

Det interessante ved ovenstående udsagn er, at forståelsen af, hvornår ændring kan forekomme og ved hvilken type behandling, er bundet til organisation snarere end person. På trods af at Christian og Mie har en relativt stor grad af tildelt discretion, skal de alligevel forholde sig til de typer af behandling, som til enhver tid er tilgængelige indenfor Specialisthelsetjenestens rammer. Det betyder, at de potentielt må vælge en behandlingstype, som måske ikke er at foretrække ud fra deres egne professionelle perspektiver, men som alligevel er et bedre tilbud end at give afslag på en henvisning. Vigtigst er dog, at Christian og Mie opfatter brugerne som ændringsdygtige både indenfor og udenfor rammerne af behandlingsinstitutioner og samtidig har fokus på brugerens ønske om behandlingstype.

6. Opgavens begrænsninger

I nærværende afsnit reflekteres over hvordan begrænsningerne ved et masterprojekt vil kunne påvirke undersøgelsens diskussion og konklusioner.

Størrelsen på et masterprojekt giver flere begrænsninger og udfordringer. For det første sætter størrelsen begrænsninger i forhold til, hvor stor mængde data der kan indsamles og anvendes til besvarelsen af problemformuleringen. Størrelsen på opgaven har betydet, at ikke alle kodede kategorier og temaer er blevet belyst i analysen. I fremtiden ville det være interessant at gennemgå datamaterialet og koderne igen for at belyse andre vigtige temaer for både ansatte og brugere. Selvom datamaterialet for denne opgave var forholdsvis stort, er det i anden forskningssammenhæng begrænset. Der kunne med fordel være interviewet flere ansatte og brugere for at sikre validiteten af undersøgelsens konklusioner (Bryman 2012:717).

For det andet havde en ideel besvarelse af min problemformulering også baseret sig på et feltarbejde over tid i Socialtjenesten, i AFR og blandt brugerne for at studere faktisk praksis (Frank & Bjerge 2011:203). Der kan være stor forskel på, hvad mennesker siger, og hvad de faktisk gør, hvorfor et feltarbejde ville være nuancerende for denne undersøgelses analyse, validitet og konklusion (Bryman 2012:271). Et feltarbejde var for tidsmæssig krævende for denne opgave, men er at anbefale for videre forskning af rusreformens implementering i et policy in practice-perspektiv. Trods dette har det semistrukturerede interview været tilstrækkelig til at belyse en del af rusreformens betydninger samt de ændringer og strategier den medførte for både ansatte i og brugere af offentlige tjenester (Shore & Wright 2011:14).

For det tredje kunne praktiserende læger med fordel have været interviewet i denne undersøgelse. Med hensyn til mængden af data er disse undladt til fordel for brugerne. Det valg er taget, idet implementering af policy i offentlige tjenester efter min mening bør analyseres både ud fra udbyder og efterspørgers perspektiver.

For det fjerde har jeg i denne undersøgelse ikke anskuet rusreformen i sammenhæng med andre relevante reformer i Norge, eksempelsen NAV-reformen og samhandlingsreformen (Sosial- og helsedepartementet 2002, Helse- og omsorgsdepartementet 2009). Alligevel vil jeg i nærværende afsnit kort perspektivere opgavens analyse til disse.

7. Diskussion

I følgende stilles skarpt på tre temaer, som undersøgelsens analyse diskuteres ud fra; *afhængighedsbegrebet, professionelles rammevilkår og discretion.*

Analysens tre perspektiver viste, at der blandt professionelle er en tendens til, at afhængighedsbegrebet er personbundet og knyttet til tidligere erfaringer, mens der blandt brugere kan siges at være en fælles forståelse af, hvad begrebet bør dække over. Specielt viser perspektiverne med hensyn til afhængighedsbegrebet, at der er forskel på formaliseret policy og faktisk praksis (Lipsky 1980/2010). Forskellen skaber for brugerne en oplevelse af mistillid til rusreformen og offentlige tjenester, mens forskellen for offentligt ansatte skaber konflikter for deres arbejde med brugerne og samarbejde med andre professionelle. Brugernes refleksioner over egen problematik viser, at rusmiddelafhængige er agenter, der har tanker om egen identitet og situation og der ud fra tager deres valg (Giddens 1996, Hylland Eriksen 2004). Alligevel vil samarbejde mellem offentlige tjenester og tilbudet til rusmiddelafhængige i høj grad basere sig på ansattes definitioner af begrebet (Thombs 2006, Raikhel & Garriot 2013). Forståelsen af afhængighed kan således siges at skabe paradokser for implementeringen af rusreformen.

For det første kan man stille sig undrende overfor, hvorfor brugernes forståelse af afhængighed af ansatte ikke tillægges betydning i relation til nyere socialfaglige principper om selvbestemmelsesret og hjælp til selvhjælpsprincippet. For det andet udtrykker rusmiddelkonsulenterne et ønske om at arbejde mere socialfagligt, fordi brugerne i deres forståelse har behov for det – på trods af at de i mindre grad tænker på brugerne som ændringsdygtige udenfor behandlingsinstitutioner. Sidstnævnte paradoks kan anskues i sammenhæng med, at der i norske kommuner efter reformen er mangel på sociale tilbud som opfølgningstjenester i bolig, rehabiliteringstilbud, aktivitetstilbud og sociale netværk for rusmiddelafhængige (Nesvåg et al. 2012). Hvilken betydning ansattes definitioner af afhængighed har for kvaliteten af TSB, for offentlige tjenesters tilbud til rusmiddelafhængige og for i hvilken grad brugerne opsøger tjenesterne kan med fordel gøres til genstand for videre forskning.

Rusreformens organisering medførte en række ændringer i offentlige tjenesters rammevilkår. Ændringerne har specielt i Socialtjenesten sat nogle nye rammer for professionelle identiteter og for arbejdet med brugerne (Järvinen & Mik-Meyer 2012).

Rusmiddelkonsulenterne oplever i højere grad en professionel identitet som facilitator i tråd med den generelle udvikling i velfærdsstater, mens rammevilkårene i AFR lader rådgiverne indtage en ekspertrolle. Socialtjenestens perspektiv viser, at mål for arbejdet kan være uklare og diffuse, når rammevilkårene skaber en professionel identitet, som er uklar og befinder sig i et spændingsfelt mellem ekspert og facilitator (ibid, Lipsky 1980/2010). Modsat skaber rammevilkårene i AFR en så tydelig professionel identitet, at arbejdets dilemmaer forholdsvis problemfrit integreres i hverdagsarbejdet på en strategisk måde (Lipsky 1980/2010). Netop den realitet, at rammevilkår for arbejdet i offentlige tjenester påvirker professionelles roller og selvforståelser samt tjenestetilbudet til brugerne, kan stille spørgsmål ved Lipskys teori om individets placering i offentlige tjenester (Järvinen & Mik-Meyer 2012). Rusreformens nye rammevilkår har snarere end individerne i offentlige tjenester skabt paradokser.

For det første oplever brugerne ikke at vide, hvordan offentlige tjenester kan og skal anvendes i mødet med facilitatorer, mens en af reformens målsætninger var at skabe mere tilgængelige og individuelt tilpassede tjenester. For det andet kan brugernes oplevelse af egen situation som selvforskyldt og manglende information om tjenester knyttes til mødet med facilitatorer, der har fokus på hjælp til selv hjælps-princippet og at ansvarliggøre brugeren i egen situation (ibid). For det tredje skaber professionelles forskellige rammevilkår snarere udfordringer end muligheder for ansvarsfordeling i samarbejdet omkring brugerne. Sidstnævnte paradoks kan anskues i sammenhæng med en af evalueringerne af reformen. Her peges på begrænset samarbejde mellem kommune og Specialisthelsetjenesten og en uvished omkring hvorfor (Nesvåg et al. 2012). Evalueringerne tager, som tidligere nævnt, ikke højde for fx, hvilken betydning rusreformens rammevilkår har for professionel identitet og dermed samarbejdet mellem professionelle. Ovenstående illustrerer to vigtige pointer. For det første er traditionelle evalueringsstudier ikke tilstrækkelige for at besvare spørgsmål, der handler om subjektive meninger, betydninger og fortolkninger i modsætning til policy in practice-perspektivet. For det andet tager evalueringerne og anden eksisterende forskning og faglige artikler om rusreformen i mindre grad højde for samspillet mellem rammevilkår og individet i offentlige tjenester i udøvelsen af policy. Sidstnævnte tema kan med fordel gøres til genstand for videre forskning på området.

På trods af, at offentlige tjenesters tilbud til brugere påvirkes af rammevilkår, spiller individet også en afgørende og vigtig rolle i implementeringen af rusreformen. Brugernes

perspektiver viste som tidligere forskning, at offentligt ansattes anvendelse af discretion har den effekt, at velfærdsstaten af brugerne opleves som legitim og meningsfuld (Lipsky 1980/2010, Brodtkin 1997, Tummers & Bekkers 2014). Nyere forskning viser også, at mængden tildelt discretion muligvis har indflydelse på offentligt ansattes vilje til at implementere nye policy (Tummers & Bekkers 2014). Analysen i denne undersøgelse udfordrer denne antagelse ved at stille skarpt på, at tildelt discretion eller mangel på samme udgør en vigtig komponent for oplevelse af at have en professionel identitet – og dermed om det er oplevelsen af at have en professionel identitet, som har en positiv effekt på offentligt ansattes vilje til at implementere nye policy. Denne antagelse er interessant og skaber flere dilemmaer og paradokser set i lyset af den generelle udvikling i velfærdsstater og særlig med henblik på rusreformen.

For det første har ansatte i AFR som konsekvens af en standardisering af vurderingspraksissen en stor grad tildelt discretion, som betyder at alle henvisninger ikke vurderes ens. For det andet kan man stille sig undrende overfor, at ansatte i Socialtjenesten ikke i højere grad lægger vægt på den tildelte discretion i forhold til Individuel plan for at benytte chancen for at arbejde mere socialfagligt med brugerne. For det tredje må offentligt ansatte have viden som eksperter for at være en god facilitator uden nødvendigvis at have frihed til at anvende den.

Overordnet stiller paradokserne i nærværende afsnit spørgsmålstejn ved, om den monitorerende velfærdstat har forudsætning for at opleves som legitim og meningsfuld samt at levere gode og individuelt tilpassede tjenester. I den sammenhæng kan det for fremtidige undersøgelser være relevant at anskue rusreformen i relation til andre reformer i Norge. NAV-reformen og Samhandlingsreformen blev henholdsvis iværksat i 2007 og 2012. Begge reformer er baseret på tanken om et bedre og bredere samarbejde mellem kommunale og statslige tjenester omkring brugere (Sosial- og helsedepartementet 2002, Helse- og omsorgsdepartementet 2009). Specielt for Samhandlingsreformen er grundlaget ”rett behandling – på rett sted – til rett tid” (Helse- og omsorgsdepartementet 2009). Samarbejde skal i følge Samhandlingsreformen bygges på fælles forståelser af mål for arbejdet, en fælles forståelse af midler for at nå målene samt en anerkendelse af de forskellige tjeneres roller og begrænsninger overfor brugerne – på rette sted og på det rigtige tidspunkt (ibid). Man kan stille sig undrende overfor, hvordan rusreformens mål om specialiserede, langvarige og koordinerede tjenester kan opfyldes, når professionelle i

offentlige tjenester ikke har samme rammevilkår og muligheder for at udøve discretion i samarbejdet.

I denne undersøgelses analyse synes to forudsætninger for at få rusreformen til at fungere. For det første en fælles forståelse af afhængighedsbegrebet mellem brugere og ansatte i offentlige tjenester - en fælles forståelse som der i dag ikke er tilstede. For det andet en fælles forståelse af hvornår hvilke offentlige tjenester bør og skal have en rolle overfor brugerne. Forudsætninger afhænger imidlertid af, at brugernes oplevelse af mødet med offentlige tjenester tages i betragtning, og at offentligt ansatte ser sig selv som en del af en omfattende kæde af tjenester.

8. Konklusion

Denne opgave har undersøgt, hvilken betydning rusreformen har haft for ansatte i og brugere af offentlige tjenester i en større norsk kommune. Opgavens problemformulering tog udgangspunkt i den påstand, at man aldrig ved, hvilken betydning policy har, før den får liv i praksis (Lipsky 1980/2010). Analyserne i undersøgelsen har ligeledes vist, at rusreformen har fået forskellige betydninger både for ansatte i og brugere af offentlige tjenester. Implementeringen af reformen har således ikke været en logisk, ordnet og rationaliseret proces, der førte til forudbestemte udfald (Shore & Wright 2011, Wedel et al. 2005).

Undersøgelsen har vist, at implementeringen af policy aldrig er uden dilemmaer, ofte går andre veje end sine oprindelige hensigter, og at individet i offentlige tjenester ofte spiller en afgørende rolle i forløbet.

Litteraturliste

Alver et al. 2004. *Rusreformen. Noen grunnlagsdata og organisering og finansiering*. Rapport nr. 2/2004. Statens institutt for rusmiddelforskning. Oslo.

http://www.sirus.no/Rusreformen.E2x3228_Bp77BFv3TR9D6CJ1KWzTMRVPL28nMhPLZB9MtlY05hRvWYu.ips. [Accessed 15 May 2014].

Asmussen, V. 2007. Howard S. Becker: Outsiders – Studies in the Sociology of Deviance. I: Høiris (ed.). *Antropologiske mesterværker*. Århus Universitetsforlag.

Baklien, B. & Skjælaaen, Ø. 2012. Loven, fylla og kommunen. *Tidsskrift for samfunnsforskning*. 53 (1), p. 3-32.

Berger, P. & Luckmann, T. 1966. *The Social Construction of Reality*. Penguin Books. London.

Bjerge et al. 2013. Drug policy research at the Centre for alcohol and Drug Research. *Drugs: education, prevention and policy*. 20 (6), p. 443-450.

Brodkin, E. Z. 1997. Inside the Welfare Contract: Discretion and Accountability in State Welfare Administration. *The Social Service Review*. 71 (1), p. 1-33.

Bryman, A. 2012. *Social Research Methods*. Oxford University Press. Oxford. Fourth edition.

Buvik, K. & Baklien, B. 2014. Street-level alcohol policy: Assessing intoxication at drinking venues in Oslo. *Drugs: education, prevention and policy*. <http://informahealthcare.com/doi/abs/10.3109/09687637.2013.872601?journalCode=dep&>. [Accessed 15 May 2014].

Edland-Gryt, M. & Skatvedt, A.H. 2012. Thresholds in a low-threshold setting: an empirical study of barriers in a centre for people with drug problems and mental health disorders. *International Journal of Drug Policy*. 24 (3), p. 257-264.

Ellis et al. 1999. Needs assessment, street-level bureaucracy and the new community care. *Social Policy and Administration*. 33 (3), p. 262-280.

Evans, T. & Harris, J. 2004. Street-level Bureaucracy, Social Work and the (Exaggerated) Death of Discretion. *British Journal of Social Work*. 34, p. 871-895.

Faupel et al. 2010. *The Sociology of American Drug Use*. Oxford University Press. New York. Second edition.

Frank, V. A. & Bjerger, B. 2011. Empowerment in drug treatment: Dilemmas in implementing policy in welfare institutions. *Social Science & Medicine*. 73 (2), p. 201-208.

Giddens, A. 1984. *The Constitution of Society: Outline of the Theory of Structuration*. Polity Press. Cambridge.

Giddens, A. 1996. *Modernitet og selvidentitet: Selvet og samfundet under senmoderniteten*. Hans Reitzels Forlag. København.

Gjersing et al. 2010. Staff attitudes and associations with treatment organisation, clinical practices and outcomes in opioid maintenance treatment. *BMC Health Services Research*. 10:194. <http://www.biomedcentral.com/1472-6963/10/194>. [Accessed 1 June 2014].

Gjersing et al. 2011. Variation in the treatment organisation, practices and outcome within the Norwegian Opioid Maintenance Treatment Programme. *Norsk epidemiologi*. 21 (1), p. 113-118.

Goodman, A. 2009. *Social Work with Drug and Substance Misusers*. Cromwell Press Group.

Halliday et al. 2009. Street-level bureaucracy, interprofessional relations, and coping mechanisms: A study of criminal justice social workers in the sentencing process. *Law and Policy*. 31 (4), p. 405-428.

- Harris, N. 1987. Defensive social work. *British Journal of Social Work*. 17, p. 61-69.
- Hansen, M. B. & Waal, H. 2004. *Hvilken praksis har LAR-sentrene for søknadsarbeidet?* SKR-rapport nr. 3/2004. Universitetet i Oslo. <http://www.med.uio.no/klinmed/forskning/sentre/seraf/publikasjoner/rapporter/2004/skr-rapport-3-2004.html>. [Accessed 1 June 2014].
- Helsedepartementet. 2004(a). *Rusreformen – pasientrettigheter og endringer i spesialisthelsetjenesteloven*. I-8/2004. Helsedepartementet. Oslo.
- Helsedepartementet. 2004(b). *Bedre behandlingstilbud til rusmiddelmissbrukere. Perspektiver og strategier*. Strateginotat. Helsedepartementet. Oslo.
- Helsedirektoratet. 2012. *Prioriteringsveileder: Tverrfaglig Spesialisert Rusbehandling (TSB)*. Rapport 12/2012. Helsedirektoratet. Oslo.
- Helse- og omsorgsdepartementet. 2009. *St. meld. 47. (2008-2009). Samhandlingsreformen. Rett behandling – på rett sted – til rett tid*. Akademika AS. Oslo.
- Helse- og omsorgsdepartementet. 2012. *St. meld. 30. (2011-2012). Se meg! En helhetlig rusmiddelpolitikk. Alkohol – narkotika – doping*. Helse- og omsorgsdepartementet. Oslo.
- Hudson, J. & Lowe, S. 2011. *Understanding the Policy Process*. The Policy Press. Chicago. Second edition.
- Hupe, P. & Buffat, A. 2014. A public Service Gap: Capturing contexts in a comparative approach of street-level bureaucracy. *Public Management Review*. 16 (4), p. 548-569.
- Hylland Eriksen, T. 2004. *Små steder store spørsmål: Innføring i sosialantropologi*. Universitetsforlaget. Oslo.

Järvinen, M. & Mik-Meyer, N. (red.). 2012. *At skabe en professionel: Ansvar og autonomi i velfærdsstaten*. Hans Reitzels Forlag.

Kaspersen, L. B. 2000. Anthony Giddens. I: Andersen, H. & Kaspersen, L. B. (red.). *Klassisk og moderne samfundsteori*. Hans Reitzels Forlag. København. 2. udgave.

Keiser, L. 2010. Understanding street-level bureaucrats' decision making: Determining eligibility in the social security disability program. *Public Administration Review*. 70 (2), p. 247-257.

Lipsky, M. 1980/2010. *Street-level Bureaucracy: Dilemmas of the Individual in Public Services*. The Russell Sage Foundation. New York.

Nesvåg et al. 2012. *Oppdatering av Rusreform-evalueringen (2006-2010)*. Regionalt kompetansesenter for rusmiddelforskning i Helse Vest, KORFOR.

Nesvåg, S. & Lie, T. 2006. *Evaluering av rusreformen*. Rapport IRIS – 2006/227. International Research Institute of Stavanger.

Nesvåg, 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 (6), p. 655-666.

Raikhel, E. & Garriot, W. (ed.) 2013. *Addiction Trajectories*. Duke University Press.

Robson, C. 2011. *Real World Research*. Wiley. Third edition.

Shore, C. & Wright, S. 2011. Introduction. I: Shore, C., Wright, S., Però, D. (red.) *Policy Worlds. Anthropology and the Analysis of Contemporary Power*. Berghahn Books. New York/Oxford.

Skatvedt, S. H. 2011. Med makt til å definere pasientgruppa. *Rus og Samfunn*. 5 (6), p. 34-35.

Skretting, A. 2005. Fra klient til pasient. Vil den norske rusreform gi rusmiddelmisbrukere et bedre behandlingstilbud? *Nordisk alkohol- og narkotikatidsskrift*. (2), p. 125-140.

Skretting, A. & Storvoll, E. E. 2011. *Utviklingstrekk på rusmiddelfeltet. Grunnlagsmateriale til regjeringens stortingsmelding om rusmiddelpolitikken*. Rapport nr. 3/2011. Statens institutt for rusmiddelforskning. Oslo.
<http://www.sirus.no/Utviklingstrekk+p%C3%A5+rusmiddelfeltet.d25-SMRnGYo.ips>.
[Accessed 15 May 2014].

Soanes, C, Hawker, S, Elliott, J. (red.). 2006. *The Oxford English Dictionary*. Oxford University Press. Oxford.

Sosial- og helsedepartementet. 2002. *St. meld. 14. Samordning av Aetat, trygdeetaten og sosialtjenesten*. Sosial- og helsedepartementet. Oslo.

Storvol, E.E. & Halkjelsvik, T. Changes in Norwegian public opinion on alcohol policy. *Nordic Studies on alcohol and Drugs*. 30 (6), p. 491-506.

Taylor, I. & Kelly, J. 2006. Professionals, discretion and public sector reform in the UK: Re-visiting Lipsky. *International Journal of Public Sector Management*. 19 (7), p. 629-642.

Thombs, D.L. 2006. *Introduction to Addictive Behaviors*. The Guildford Press. New York. Third edition.

Tummers, L. & Bekkers, V. 2014. Policy Implementation, Street-level Bureaucracy, and the Importance of Discretion. *Public Management Review*. 16 (4), p. 527-547.

Waal, H. 2004. *Hvilken praksis har LAR-tiltakene for avvenning før oppstart og hvorledes gjennomføres det?* SKR-rapport nr. 1/2004. Universitetet i Oslo.
<http://www.med.uio.no/klinmed/forskning/sentre/seraf/publikasjoner/rapporter/2004/skr-rapport-1-2004.html>. [Accessed 1 June 2014].

Waal, H. 2012. Fatlegers syn på legemiddelassistert rehabilitering. *Tidsskrift for Den norske legeforening*. 132 (16), p. 1861-1866.

Walt, G. 1994. *Health Policy. An Introduction to Process and Power*. Zed Books Ltd. London.

Wedel et al. 2005. Towards an anthropology of public policy. *Annals of American Academy of Political and Social Science*. 600 (30), p. 30-51.

West, R. 2006. *Theory of Addiction*. Blackwell Publishing. Oxford.

Østhus, S. 2005. *Befolkningens holdninger til alkoholpolitikken. En analyse av sammenhengen mellom alkoholpolitikken og folkemeningen i perioden fra 1962 og frem til i dag*. Rapport nr. 3/2005. Statens institutt for rusmiddelforskning. Oslo.
<http://www.sirus.no/Befolkningens+holdninger+til+alkoholpolitikken.d25-SMdnSWU.ips>.
[Accessed 15 May 2014].

Hjemmesider

www.borgestadklinikken.no/kompetansesenter

www.korusbergen.no

www.korusnord.no

www.med.uio.no/klinmed/forskning/sentre/seraf

www.regjeringen.no

www.rogaland-asenter.no

www.rus-ost.no

www.sirus.no

www.stolav.no/korus

www.velferdsetaten.oslo.kommune.no/kompetansesenter_rus_oslo

