



# Totalavhold og skadereduksjon

*Om offentlig styring av rusbehandling*

## Abstemious versus harm reduction

*On public administration of drug treatment.*

Hilgunn Olsen

*Stipendiat, Institutt for Kriminologi- og Retts sosiologi, Universitetet i Oslo*

[Hilgunn.Olsen@krus.no](mailto:Hilgunn.Olsen@krus.no)

### Sammendrag

Formålet med denne artikkelen er å analysere myndighetenes forsøk på å tvinge sosialfaglige behandlingskollektiver til å implementere medisinske løsninger. Behandling av rusavhengige har historisk handlet om totalavhold, men fra 1980-tallet ble skadereduserende tiltak integrert i narkotikapolitikken. Å tilby rusavhengige medikamenter gjennom Legemiddelasistert Rehabilitering (LAR) medførte motstand i behandlingsapparatet. I 2011 krevde helseforetaket for første gang at samtlige behandlingstilbud måtte inkludere LAR-pasienter, og behandlingskollektivene responderte ulikt. Anbudsfinansiering har medført en homogenisering av rusbehandling og en opplevelse av å måtte oppgi målsettingen om totalavhold i behandlingssektoren. Dette belyses gjennom en studie av fire behandlingskollektivets handlingsrom i en anbudsprosess. Data består av intervjuer med nøkkelpersonell ved behandlingskollektivene, anbudsdokumenter, samt skriftlig informasjon fra kollektivenes hjemmesider. Behandlingskollektivene sees som bakkebyråkratier, som kan utøve skjønn i forhandlingene med helseforetakene. De må avveie helseforetakets krav mot egen ideologi og hensyn til pasientens beste. Analysene viser at to av de fire behandlingskollektivene kan beskrives som LAR-vennlige, og de to andre har motsatt seg styring og beskrives som konservative. De konservative kollektivene benyttet muligheten for å forhandle i anbudsrunder, mens et av de LAR-vennlige kollektivene ikke oppfattet en slik forhandlingsmulighet og aksepterte LAR-pasienter mot sin vilje. Det teoretiske bidraget til denne artikkelen er en ukonvensjonell bruk av begrepene bakkebyråkratier og politisk fremmedgjøring, som her brukes på organisasjonsnivå.

Nøkkelord

Narkotikapolitikk, bakkebyråkratier, politisk fremmedgjøring, rusbehandling, skadereduksjon, totalavhold

### Abstract

The aim of this article is to analyze the authorities' attempts to force in-house drug rehabilitation centers to implement medical solutions. Historically, addiction treatment had temperance as a main goal, but from the 1980's harm reduction measures was integrated into the drug policy. However, the harm reduction measure of providing Opioid Maintenance Treatment (OMT) for problematic drug use was met with scrutiny by some of the in-house rehabilitation centers. In 2011 the health authorities demanded that all rehabilitation centers had to include OMT-patients. This demand and the tender financing of the treatment services resulted in a homogenization of the sector. Moreover, the practitioners in the in-house rehabilitation centers experienced a pressure to give up their goal of abstinence.

In this study the bidding processes involving four different in-house rehabilitation centers are analyzed. The article is based on interviews with key personnel working at the in-house rehabilitation centers, tender documents, as well as written information about these centers. The rehabilitation centers are understood as street level bureaucracies, whom exercise discretion in their negotiations with the health authorities. When using their discretion, they try to balance the health authorities' claim against their own ideology and the best interest of the patient. The analyzes show that two

in-house rehabilitation centers are OMT-friendly, whereas the other two centers oppose to OMT-patients and are, thus, described as conservative. The conservative centers took advantage of the opportunity to negotiate their position in the bidding process. However, one of the OMT-friendly treatment centers, did not use the bidding process as an opportunity to negotiate and had to accept OMT-patients, although this was against their initial interest. The theoretical contribution of this article, is an unconventional use of the concepts of street level bureaucracies and policy alienation, used here at organizational level.

#### Keywords

Drug policy, street-level bureaucracy, policy alienation, drug treatment, harm reduction, total abstinence

## Innledning

«Hvis vi ikke er i grøfta på den ene siden, så er vi grøfta på den andre siden. Hvis vi har gått for langt den ene veien i norsk ruspolitikk, så slenger vi pendelen i veggen på den andre siden.» (Sitatet kommer fra en representant for et behandlingsskolektiv)

Historisk har totalavhold vært målet for alle behandlingstiltak for rusavhengige, men i dag dominerer skadereduserende tiltak i norsk narkotikapolitikk (Skretting, 2014). «Pendelen» har svinget fra totalavhold mot skadereduksjon. Det mest utbredte skadereduserende tiltaket er «Legemiddelassistert Rehabilitering» (LAR). Innføringen av LAR skapte høylytt debatt i det norske rusfeltet, særlig innen behandlingssektoren. Senere har behandlingsformen beveget seg fra å være kontroversiell til å bli hegemonisk. Rusfeltet har blitt gjenstand for økt offentlig styring gjennom anbudsfinansiering styrt av regionale helseforetak. For å vinne tilbud må institusjonene tilby den behandlingen helseforetaket etterspør, og de som taper tilbud står i fare for å måtte legge ned behandlingstilbudet.

Denne artikkelen handler om myndighetenes forsøk på å disiplinere sosialfaglige behandlingsskolektiv til å akseptere medisinske løsninger på avhengighetsproblematikken. Som et vindu til å forstå hvordan kollektivene har håndtert narkotikapolitiske endringer/myndighetenes krav benyttes teorier om politisk fremmedgjøring (policy alienation) (Tummers, Bekkers & Steijn, 2009) og bakkebyråkratier (Brodtkin, 2011a; Lipsky, 1980). Mens «politisk fremmedgjøring» kan forklare motstanden behandlingssektoren har vist mot politikkendring, kan bakkebyråkrati-perspektivet belyse hvordan skjønsmessige vurderinger ble utvist i avveiningen mellom myndighetenes krav og pasientgruppens behov. Teoriene benyttes her på organisasjonsnivå, mens de vanligvis benyttes overfor tjenesteytere med klientkontakt. Caset som benyttes i analysen fokuserer på private behandlingsskolektivs håndtering av anbudsforhandlinger, der helseforetaket for første gang krevde generell aksept av LAR-pasienter i behandling. Kravet synliggjorde dilemmaer mellom helseforetakets krav, avholdsideologi og pasientgruppens behov.

Flere av behandlingsskolektivene som startet opp for 50 år siden er fortsatt i drift. Ideologi og idealisme var fra starten bærebjelker for kollektivdrift, i takt med solidaritets- og fellesskapstenkingen som preget samfunnet på den tiden (Schanche Andresen, 1990). Ved å se på kollektivenes tilpasninger til politikkendringer fremkommer dilemmaer og diskurser som gjenspeiler vesentlige ideologiske brytninger i rusfeltet.

En viktig samfunnsdebatt omhandler hvem som skal levere velferdstjenester til befolkningen – offentlige, kommersielle og/eller ideelle velferdsleverandører. Pasientgruppen i Tverrfaglig Spesialisert Rusbehandling (TSB) er en sårbar gruppe med omfattende hjelpebehov. Valg av leverandører innen tilbudssystemet handler om hvordan denne pasientgruppen skal møtes og hvilke valgmuligheter de skal få. Behandlingsskolektivene som ideelle aktører

kan ha fortrinn sammenliknet med offentlige og kommersielle aktører, blant annet ved at de kan bidra til større mangfold i tilbud og lettere kan la seg styre av brukernes ønsker (Sivesind, 2018).

### Fra totalavhold til skadereduksjon

Norsk narkotikapolitikk har tette bånd til norsk alkoholpolitikk. Norge har en særegen alkoholpolitisk historie med en kontroversiell og restriktiv politikk. Folk skulle oppdras, tilgangen på alkohol skulle begrenses og totalavhold var målet. I dette lå grunnlaget for en moralsk og ideologisk utvikling av rusfeltet. Da narkotikaen kom på 60-tallet ble bekjempelse, nullvisjon og totalavhold viktige bærebjelker for narkotikapolitikken (Christie & Bruun, 1985; Schiøtz, 2017). Begrepet totalavhold innebar avhold fra alle avhengighetskapende stoffer. Med innføring av LAR-behandling ble forståelsen av totalavholdsbegrepet utfordret. Skulle syntetisk fremstilte opiater sees som medisin eller som narkotika? Metadon er et avhengighetskapende morfinstoff, akkurat som heroin. De politiske diskusjonene som oppsto ved innføringen av metadonbehandling på 90-tallet definerte metadon som narkotika, ikke som medisin (Ødegård, 2011) – i noen sammenhenger omtalt som «statsdop» (Waal, 1996)

Både politikere og andre motstandere av metadonbehandling har med årene fått en mer positiv innstilling til LAR, og substitusjonsbehandling er i dag den dominerende behandlingsformen for opioidavhengighet på verdensbasis (Connery, 2015). I dag vil begrepet «rusfri» ofte bety fravær av illegale medikamenter, mens preparater som er forskrevet av lege kan benyttes (eksempelvis LAR-medikamenter). Den opprinnelige forståelsen av metadon som rusmiddel, i tråd med totalavholdstanken, lever imidlertid videre i noen miljøer, blant annet i deler av behandlingsfeltet.

Behandlingsfeltet ble splittet i spørsmålet om metadon på 90-tallet, og uenigheten består også i dag. Skretting (1996) har beskrevet en tredeling i metadondebatten, der en gruppe var utelukkende positiv, en var usikker, mens en tredje gruppe erklærte seg som motstandere av metadon. Den tredje gruppen besto av en sammenslutning av terapeutiske samfunn, inkludert kollektivbevegelsen. Hovedargumentet for motstanderne av metadon var at pasienter henvises til et liv med lavere livskvalitet enn om de hadde gjennomført ordinær rusbehandling. Samtidig mente de at metadonbehandling minsker motivasjonen for rusbehandling uten medikamenter (Olsen & Skretting, 2009; Skretting, 1996; Waal, 1996).

Kollektivenes holdninger i metadonspørsmålet kan ikke forstås uten å se til oppstarten av disse behandlingstilbudene. Den første behandlingssklinikken for «klassisk narkomane», Statens Klinikk for Narkomane (SKN) åpnet i 1961. Målgruppen var voksne med overforbruk av legeforskrevne medikamenter (Skretting, Bye, Vedoy & Lund, 2015). Blindheim (2003) beskriver hvordan rusbehandling i Norge har gått gjennom tre stadier, der SKN utgjør *Det gamle regimet*. SKN var ikke rustet til å møte yngre brukergrupper og nye rusmidler på slutten av 60-tallet (Blindheim, 2003; Skretting, 2014). Institusjonenes anti-terapeutiske virkning ble også et tema (Goffman, 1968), og innenfor behandlingsapparatet rådet pessimisme, stagnasjon og motløshet (Stensrud, 1985). Kollektivdrift fremsto som et lovende alternativ på 70-tallet, da fellesskapsideer og sosialfaglige problemtilnærminger var rådende (Andresen & Waal, 1978).

Det første behandlingsskolekollektivet, Solliakollektivet, ble startet av pasienter fra SKN i 1970 som en protest mot medikalisering og diagnosekultur de mente seg utsatt for (Waal, Andresen & Kaada, 1981). Her starter det Blindheim (2003) kaller for *Alternativperioden* innenfor norsk rusbehandling. Perioden kan betegnes som «antimedikalistisk» og alle de fire kollektivene startet opp med tilnærmet like målsettinger basert på totalavhold fra alle rusmid-

ler. Den tredje og nåværende perioden i rusbehandling «*Remedikaliseringen*», (Blindheim, 2003) startet i 1985 med debatten om metadon og utdeling av rene sprøyter. I denne perioden kom sykdomstenkingen til å fortrenge relasjonstenkingen som kollektivene hadde vært forkjempere for (Tjersland, 1995).

Som i resten av rusfagfeltet skapte metadondebatten også splittelse i kollektivbevegelsen. I dag omhandler uenighetene hovedsakelig pasientrettigheter. LAR- pasienter skal stå fritt til å velge mellom behandlingstilbud, og andre pasienter skal ha rett til å få behandling i LAR-frie omgivelser. Innenfor anbudssystemet er det helseforetaket som avgjør hvordan de tolker pasientrettigheter og hvilken vekt de tillegger dem. Som vi skal se kan det oppstå forhandlingslommer der helseforetaket forhandler med kollektivene om disse forståelsene.

### Organisasjoners handlingsmuligheter i policy-implementering

Litteraturen om offentlig styring er bred. Teoriene om «politisk fremmedgjøring» og bakkebyråkratier kan være gode analyseverktøy for behandlingsskollektivenes motstand og forhandlinger i anbudsarbeid. Teoriene ble opprinnelig utformet for å gjelde tjenesteytere i direkte kontakt med publikum. I dette bidraget benyttes teoriene på organisasjonsnivå, og representerer dermed en videreutvikling av de opprinnelige teoriene.

Det er en lang vei fra policydokumenter til det som praktiseres på bakkeplan. Studier av implementering av politikk handler om hvordan lover og beslutninger på myndighetsnivå endres når de settes ut i praksis (Brodkin, 2003; Lipsky, 1980, 2010). Bakkebyråkratene utgjør det ytterste leddet i myndighetenes politikktøvelse der de møter tjenestemottakerne direkte, eksempelvis lærere, NAV-ansatte og politibetjenter (Lipsky, 1980, 2010). Lipskys (1980) opprinnelige teori handler om hvordan ansatte som har ansikt-til-ansikt kontakt med klientene sees som bakkebyråkrater som former politikk. Når bakkebyråkraterne omgjør politikk til praktiske handlinger foregår en tolkning og skjønnsmessige tilpassninger av politikken (Lipsky, 1980, 2010). Det praktiske resultatet av politiske beslutninger samsvarer derfor sjelden med intensjonene.

Lipskys teori har blitt videreutviklet for å studere handlingsmønstre høyere opp på organisasjonsstigen, i organisasjoner og institusjoner der aktørene utøver skjønnsmessige vurderinger uten å være i direkte kontakt med tjenestemottakerne (Brodkin, 2012; Brodkin & Majmundar, 2010; Piore, 2011; Skatvedt, Andvig & Baklien, 2015). Brodkin (2011a) har kalt nivået over de opprinnelige bakkebyråkratene for «bakkebyråkrat-organisasjoner» [street-level-organizations]. «Bakkebyråkratier» synes å være et passende begrep på norsk. Begrepet «bakkebyråkrati» er relativt lite brukt i norsk forskning, og når det benyttes er det i tråd med Lipskys (2010) egen forståelse, der begrepet benyttes for å beskrive organisasjonene der bakkebyråkratene jobber, se f.eks. Hagelund (2007), Røhnebæk (2016) og Lundberg & Syltevik (2013). I disse studiene er det fortsatt de opprinnelige bakkebyråkratene som er analyseobjekter. Et teoretisk bidrag fra denne studien er at behandlingsskollektiver kan fungere som bakkebyråkratier og utøve skjønn i politikktutforming, på samme måte som klassiske bakkebyråkrater.

Ved innføring av New Public Management (NPM) ble markedstenkning en ekstra faktor i politikktutforming- og utførelse (Brodkin, 2012). Anbudsstyring av private leverandører på rusfeltet er en form for NPM, og offentlige anskaffelser gjennom anbudsarbeid kalles for anbudsforhandlinger. Benevnelsen «forhandlinger» innebærer at konkurransegrunnlaget fra helseforetaket, der krav til behandlingssinstitusjonene beskrives, ikke er et absolutt dokument. Det foregår dialog mellom institusjonene og helseforetaket før tilbudene legges inn, der institusjonene som tilbydere kan legge inn spørsmål og få svar fra helseforetaket. Dette kan sees som en «forhandlingslomme». I selve tilbudet kan behandlingssinstitusjonene

skrive hva de tilbyr, og hvorfor. Eksempelvis kunne de som ikke ønsket å følge helseforetakets krav om å inkludere LAR-pasienter begrunne dette i tilbudet sitt. Selve tilbudet som leveres til helseforetaket kan derfor sees som en forhandling, selv om det kan medføre risiko å tilby noe annet enn konkurransegrunnlaget etterspør.

Maynard-Moody & Musheno (2003) viser hvordan bakkebyråkратиene plasserer seg i skjæringspunktet mellom formelle vedtak og sitt eget verdisystem, noe som er overførbart til ledelsen ved behandlingskollektivene. Det er i dette skjæringspunktet ledelsen må avveie krav fra helseforetaket mot egne verdibaserte ideologiske grunnlag, for å finne løsninger som møter pasientenes behov. Brodtkin (1990, 2011a, 2011b) og Piore (2011) viser hvordan bakkebyråkратиene har en viktig rolle i utformingen av politikk, og behandlingskollektivene bidrar også til politikktutforming gjennom anbudsarbeidet. Helseforetaket gjør til sist en helhetsvurdering av tilbudene fra kollektivene sett opp mot det samlede behovet for rusbehandlingstjenester. På den måten vil rammebetingelser på systemnivå både muliggjøre og begrense kollektivenes handlingsrom.

Politisk fremmedgjøring handler om motstand mot å implementere myndighetenes politikk, og kan defineres som en psykologisk avstandstaken til politikken som forsøkes implementert (Tummers, 2012). Begrepet ble utviklet for å belyse motstand mot implementering av politikk med utspring i NPM, der økonomiske verdier har blitt stadig viktigere (Tummers, Bekkers, & Steijn, 2009). Tummers (2012) skiller mellom to dimensjoner: «Policy powerlessness» og «policy meaninglessness», hvorav «policy meaninglessness» (politisk meningsløshet) er mest relevant for diskusjonen om kollektivenes motstand mot helseforetaket. «Politisk meningsløshet» handler om manglende tro på verdien av konkrete politikktendringer på samfunns- eller klientnivå (Tummers, 2012). I behandlingskollektivenes begrunnelser for motstand mot LAR-pasienter i sine institusjoner var begrunnelsen nettopp at pasientgruppen ikke ville profitere på en slik politikktendring.

Teorien om politisk fremmedgjøring omhandler «public professionals», som kan likestilles med Lipskys bakkebyråkrater, og teoriene er også tett sammenknyttet (Lipsky, 2010; Tummers, 2012). Tummers og Bekkers (2014) viser at handlingsrommet for skjønnsutøvelse i arbeidet påvirker motivasjonen for å implementere ny politikk. Bakkebyråkrater ønsker å ha muligheten til å tilpasse tilbud til klientenes behov, og villigheten til å implementere ny politikk øker med muligheten til å møte klienters behov (Tummers & Bekkers, 2014). Dette kan bidra til å forklare motstanden noen behandlingskollektiver har hatt mot å åpne opp for LAR-pasienter. Forklaringen ligger i manglende rom for skjønnsutøvelse for å tilpasse behandlingstilbudet til pasientgruppen.

Denne artikkelen viser hvorfor overgangen til skadereduksjon har møtt innvendinger i behandlingssektoren, og hvordan motstanden har kommet til uttrykk i anbudsforhandlinger. Noen behandlingskollektiver har frivillig oppgitt målsettingen om totalavhold i behandling, mens andre har gått mot et skadereduserende tankesett og styring ovenfra. Striden om LAR er et prisme for verdikampene som har pågått i rusfeltet.

## Metode

Data består av offentlige anbudsdokumenter, informasjon fra nettsider samt kvalitative intervjudata. Dokumentene er anbudsdokumenter for TSB fra 2011, som inkluderer konkurransegrunnlaget fra Helse Sør-Øst, tilbudene fra de fire behandlingskollektivene, samt de endelige ytelsesavtalene som fremkommer etter forhandlinger mellom partene. I *konkurransegrunnlaget* beskriver Helse Sør-Øst hvilke tjenester de vil kjøpe for å dekke behovet i pasientgruppen. Ledelsen/styret ved kollektivene beskriver så i sine *tilbud* hvordan deres tje-

nester kan dekke disse behovene, og helseforetaket kan da forhandle på dette tilbudet slik at de kommer frem til en endelig *ytelsesavtale*. Disse dokumentene er sentrale for kollektivenes eksistens fordi de avgjør hvorvidt de får finansiering. Alle dokumentene ble utlevert fra Helse Sør-Øst på min anmodning. Dokumentene er offentlige, men informasjon om prising av tjenestene er unntatt offentlighet og var dermed fjernet.

Dokumentanalysen ble gjort i form av en innholdsanalyse (Justesen & Mik-Meyer, 2012) for å finne beskrivelse av målsettingen for behandlingen. Anbudsdokumentene beskriver tjenestene, men varierer i beskrivelse av ideologi og målsetting. Ved hjelp av «skrivebordsbasert etnografi» Tjora (2012) ble hjemmesidene til kollektivene gjennomgått systematisk for å utfylle informasjonen fra anbudsdokumentene. Hjemmesidene inneholdt nærmere beskrivelser av kollektivenes ideologi, historie og drift. Alle dokumentene og tekstene ble tolket innenfor et konstruktivistisk perspektiv, som innebærer at dokumentenes kontekst er sentral for forståelsen (Justesen & Mik-Meyer, 2012). Historien til kollektivene, deres finansieringssystem, samt narkotikapolitikkens utvikling utgjør rammen som dokumentene ble tolket innenfor, og denne rammen er derfor også beskrevet innledningsvis. I analysen av dokumentene var det avgjørende å ha oversikt over hvor i den narkotikapolitiske historien kollektivene oppsto og hvorfor. Ideologien til det enkelte behandlingskollektiv var og er et produkt av sin tid, og kan derfor bare forstås i en historisk kontekst.

Totalavhold og skadereduksjon kan sees som de viktigste narkotikapolitiske diskursene i vår tid. Konstruktivismen legger til grunn at språket skaper virkelighetsforståelser (Tjora, 2018). I analysen av dokumentene fungerte de narkotikapolitiske diskursene som bakteppe i avdekkingen av kollektivenes målsettinger og ideologi. Ulike ord og uttrykk som benyttes skriver seg inn i enten totalavholdsdiskursen eller skadereduksjonsdiskursen, noe som igjen er avgjørende for hvorvidt LAR forstås som rusmiddel eller som medisin.

For å kontekstualisere tekstene ytterligere og sette dem i en større sammenheng, ble det gjennomført fire kvalitative dybdeintervjuer for å forstå *hvorfor* målsettingene var utformet som de var. Informantene var nøkkelpersoner ved hvert av de fire kollektivene, en såkalt «strategisk utvelgelse» av informanter (Johannessen, Tufta & Christoffersen, 2010). Kollektivene fikk selv velge nøkkelpersoner som best kunne redegjøre for kollektivets historie og begrunnelse for behandlingsstrategi. Fossumkollektivet og Tyrilistiftelsen valgte terapeuter som hadde lang erfaring som behandlere i stiftelsen; en person i Tyrilistiftelsen og to personer som ble intervjuet sammen fra Fossumkollektivet. Sollia og Arken valgte en person hver fra ledelsen. Nøkkelpersonene hadde god og detaljert oversikt over kollektivets historie og valg av ideologisk grunnlag, samt mye kunnskap om den offentlige debatten om skadereduksjon og LAR.

Intervjuguiden omhandlet begrunnelser for valg av behandlingssinnhold, med særlig vekt på forholdet til totalavhold og LAR-pasienter. Anbudsrunden i 2011 var også tema, samt kollektivenes håndtering av offentlig styring gjennom anbud. Intervjuene var semi-strukturerte, varte i om lag halvannen time og ble tatt opp på bånd. Intervjuene ble transkribert og kodet i NVivo. Kodingen foregikk ved gjennomlesning av transkribert tekst der relevant tekst ble merket og kategorisert i mapper i datasystemet. Disse «mappene» samsvarer med hovedtemaene i intervjuene: «målsetting», «syn på rusavhengighet» og «anbud». Hver av disse mappene fikk undermapper med navnene på de fire kollektivene, slik at det ble oversiktlig å finne ut av hvilket ideologisk grunnlag hvert av dem er tuftet på, hvordan behandlingstilbudet er utformet, og hvordan de har arbeidet i anbudsprosessene. Denne formen for koding kan sees som «induktiv empirinær koding» (Tjora, 2018) ved at begrepene som benyttes som koder er hentet fra datamaterialet.

Utvalget består av kollektiver som har avtale med Helse Sør-Øst, fordi de behandler en

relativt stor andel av det totale antallet pasienter som har problemer med illegale rusmidler i Norge, men også fordi det er her noen av de kraftigste ideologiske diskusjonene har pågått. Det er fire rusbehandlingskollektiver som har voksne som målgruppe innen Helse Sør-Øst: Arken, Solliakollektivet, Tyrilistiftelsen og Fossumkollektivet. Arken har en avdeling med ti plasser, lokalisert i Oslo, mens Sollia har 23 plasser fordelt på tre avdelinger. Tyrilistiftelsen har 187 plasser fordelt på ni avdelinger, samt tre avdelinger i fengsler. Fossumkollektivet har 100 plasser fordelt på ni avdelinger. Alle kollektivene har hovedfokus på misbruk av illegale rusmidler.

Jeg har selv arbeidet som forsker i Tyrilistiftelsen, og kjenner derfor denne institusjonen bedre enn de andre. Dette kan både ha vært en styrke og en svakhet. Kanskje har jeg fremstilt Tyrilistiftelsen mer positivt enn innsamlet data skulle tilsi, fordi jeg har mer kunnskap om dem. Samtidig har min ansettelse i Tyrilistiftelsen sannsynligvis medført større velvillighet fra helseforetakets side til å finne dokumenter og besvare spørsmål om anbudsarbeidet. Kanskje opplevde jeg også mer velvillighet fra kollektivenes side til å stille til intervju og diskutere vanskelige spørsmål enn en helt utenforstående ville kunne oppleve.

## Totalavhold versus LAR i kollektivsektoren

Kollektivene plasserer seg ulikt i skjæringspunktet mellom myndighetenes krav og eget verdigrunnlag. Noen har ytt lite motstand mot overgangen til LAR, mens andre har satt mye på spill for å hindre inntak av LAR-pasienter og opprettholde målsettingen om totalavhold. Ulike oppfatninger av forhandlingsrommet medførte at noen har akseptert LAR som en del av behandlingen, mens andre ikke har det. Disse betegnes henholdsvis som LAR-vennlige og konservative kollektiver. Som en inngang til kollektivenes LAR-debatter gjennomgås først deres målsettinger, fordi forholdet til totalavhold og skadereduksjon ofte gjenspeiles her.

### LAR-vennlige kollektiver

To av kollektivene kan beskrives som LAR-vennlige, ved at de har akseptert LAR som skadereduserende tiltak for pasientene. Både Fossumkollektivet og Tyrilistiftelsen har imidlertid hatt grundige diskusjoner om hvorvidt det var riktig å inkludere LAR-pasienter, samt forholdet mellom myndighetenes krav og egen ideologi. De interne debattene kom til ulik tid, og argumentene har vært forskjellige.

### Skadereduksjon som målsetting for behandling

Målsettingen for behandling i Fossumkollektivet er ikke entydig. I ytelsesavtalen beskrives den på følgende måte: «pasientene skal bli i stand til å leve et selvstendig og meningsfylt liv uten avhengighet til rusmidler» (YA Fossumkollektivet, 2011). Dette viser ikke direkte til totalavhold, men kan tolkes som å unngå bruk av rusmidler. Målsettingen kan derfor forstås som skadereduserende. Når målet videre sies å være og «opprettholde en rusfri tilværelse» (YA Fossumkollektivet, 2011) er det totalavhold som skal oppnås. Dette bekreftes i intervjuet: «Målsettingen er varig rusfrihet. Med rusfrihet mener vi ikke LAR. Det er det øverste målet vårt, selv om vi har måttet moderere det for noen av delene». Det siktes her til at noen enheter fra 2012 har tatt inn pasienter i LAR-behandling, basert på helseforetakets krav. Selv om Fossumkollektivets målsetting ved første øyekast kan forstås som å ha skadereduksjon som mål, står altså totalavholdstanken sterkt. Som bakkebyråkrati (Brodtkin, 1990) navigerer de her mellom formelle rammebetingelser på strukturnivå og egen grunnleggende ideologi.

Målsettingen for behandling i Tyrilistiftelsen beskrives som «økt livsmestring, uten at

rus og kriminalitet skal prege hverdagen» (YA Tyrilistiftelsen, 2011). Denne målsettingen kan utelukkende tolkes skadereduserende. Det står også tydelig i beskrivelsen av målgruppa at LAR-pasienter er velkomne: «Tyrili gir tilbud til pasienter med og uten medikamentell behandling». Det er også fremhevet at pasienter (elever<sup>1</sup>) med og uten medikamenter skal behandles likt: «Det er et bevisst valg at Tyrili ikke skal gjøre forskjell på elever som bruker medisiner og andre» (YA Tyrilistiftelsen, 2011). Målsettingen med behandling i Tyrilistiftelsen er dermed i tråd med dagens rammebetingelser fra helseforetaket.

### Diskusjoner om LAR

I Fossumkollektivet var det frem til anbudsrunderen i 2011 overordnet enighet om at totalavhold var ønsket målsetting og at behandlingen skulle være LAR-fri. Kravet fra helseforetaket i 2011 presset frem en større diskusjon i stiftelsen, og informanten forteller om store uenigheter: «Det HSØ gjorde med å kreve at alle skulle ha LAR var helt hårreisende. Det kom som lyn fra klar himmel. (...) Det var en sånn prosess internt at jeg trodde den kom til å rive i filler hele greia. Det var ingen pen prosess.» De ansatte og styret var uenige om hvordan de skulle forholde seg til kravet om å ta inn LAR-pasienter, og informanten sier de fryktet å miste denne avtalen om de ikke føyde seg etter kravene:

Jeg tror ingen her mente noe annet enn at dette skulle være et fristed for LAR, men det var veldig klart fra styret at vi kom til å miste HSØ som kunde. De er veldig store, og vi måtte være forberedt på å legge ned noen avdelinger. Selv om vi har flere avtaler og flere ben å stå på, så kom dette til å bli dramatisk. Det ble spørsmål om jobbene til folk.

Motstanden mot endringen var så solid at store deler av personalgruppa mente det var bedre å legge ned. I tillegg til at kravet fra HSØ kom i konflikt med ideologien om totalavhold i Fossumkollektivet, forteller informanten at hensynet til mangfold og til de yngste pasientene var viktig for motstanden mot LAR. Informanten forteller også om ansatte som var mer endringsvillige og tenkte ut løsninger for hvordan de kunne drive i tråd med ideologien sin, selv om de ga etter for kravet fra HSØ: «Det ble grupperinger internt. Noen mente vi kunne starte opp, men jobbe med å redusere LAR-doser og vise at det gikk an uten.» Til tross for endringsvillighet ser vi også her den sterke ideologiske forankringen i totalavholdet. Informanten hevder at målsettinger for rusbehandling i for stor grad styres av legemiddelindustrien: «Legemiddelindustrien fører en kamp mot enkeltrusmidler. Hva med avhengigheten bak? Den ruller og går. Det er en kraft. Har vi slutta å behandle avhengighet, og bare behandler rusmidler? Det er her kampen står, slik jeg ser det.» En formell aksept av LAR-pasienter skulle tilsi en tilslutning til skadereduserende prinsipper, men slike forståelser er i liten grad til stede hos Fossumkollektivet. De holder fortsatt sterkt på målsettingen om totalavhold og er prinsipielle motstandere av skadereduksjon.

I Tyrilistiftelsen startet diskusjonene i 1989 om hvorvidt LAR kunne aksepteres i behandling. Argumentet var at AIDS-syke pasienter som allerede var i behandling burde få lindrende medisin for sitt rusmisbruk i siste fase av livet. Samtidig skulle Tyrili være et sosialfaglig alternativ til medisinen. Diskusjonene rørte ved de ideologiske grunnsetningene for Tyrilistiftelsen, og det var langt fra enighet i kollegiet: «Jeg husker møtet der vi ble enige om å prøve det ut. Vi var ikke enige, men vi ble enige om at dersom vi ikke prøver vil vi kun ha meninger om hvordan det er, ikke erfaringer. La oss erfare, så kan vi avslutte om

1. Pasienter omtales som «elever» i Tyrilistiftelsen.



det har negative konsekvenser.» Aksepten av LAR-pasienter kom altså tidlig i Tyrilistiftelsen. Innholdet i debatten viser hvordan LAR-spørsmålet ble diskutert opp mot det ideologiske grunnlaget.

### Løsning i LAR-vennlige kollektiver

Det står ingenting om hvordan Fossumkollektivet forholder seg til LAR-pasienter, verken i ytelsesavtalen med helseforetaket eller i «Fagbeskrivelser» på hjemmesidene. I intervjuet forteller informantene at de formelt åpnet for å ta inn LAR-pasienter fra 2012, slik avtalen med HSØ forutsatte. Dette fremstår ikke som en frivillig endring. I intervjuet fremkommer det at få LAR-pasienter kommer til Fossumkollektivet, og at det kan skyldes en kunnskap i rusfeltet om at de ikke har vært positive til denne pasientgruppen. Fossumkollektivet har altså formelt akseptert LAR-pasientene, men ved å unnlate å reklamere for tilbudet får de i praksis ikke så mange av dem til sine behandlingssteder. Slike skjønnsmessige tilpasninger (Lipsky 1980, 2010) gjør at de i større grad kan fortsette å drive i tråd med sin ideologi.

Tyrilistiftelsens avgjørelse om å ta inn pasienter med LAR-medisiner ble i sin tid møtt med skepsis fra departementet som på den tiden kjøpte barnevernsplasser, fordi det ble sett som uheldig at ungdom skulle behandles sammen med eldre som fikk metadon. På spørsmål om det ideologiske grunnlaget for stiftelsen ble endret ved aksepten av LAR, forteller informanten:

Noen vil nok si det, men det mener ikke jeg. Flertallet av oss så metadondiskusjonen som en videreføring av tvang, som vi var for. For oss handlet dette om de samme tingene; vi ønsket å gi folk en avstand til rus, slik at de kunne bli i stand til å ta gode valg for fremtiden.

Fossumkollektivet og Tyrilistiftelsen kan altså sees som LAR-vennlige gjennom sin aksept av et skadereuserende tilbud. Hos Fossumkollektivet står totalavholdstanken imidlertid fortsatt sterkt. Det var rammebetingelsene fra helseforetaket, der de oppfattet et begrenset handlingsrom, som var avgjørende for at Fossumkollektivet åpnet for LAR-pasienter. Manglende handlingsvilje overfor helseforetaket begrunnes med frykt for å miste finansiering. I dette tilfellet lyktes altså helseforetaket med sitt forsøk på styring. Tyrilistiftelsen har forlatt totalavholdstanken helt. De var tidlig ute med å ta inn LAR-pasienter i sin behandling, uten et ytre press gjennom rammebetingelser. Det var endringer i samfunnsmessige forhold og i pasientgruppen ved inntoget av AIDS og HIV som var utløsende for deres LAR-aksept. Tyrilistiftelsen kan sies å ha utvist handlingsvilje i programutvikling for å tilpasse seg endringer i sosiale forhold da pasientgruppen ble sykere og fikk nye behov, tilsvarende mellomlederne i studien til Piore (2011). De har på den måten vært med på å konstruere ny ruspolitikk (Brodkin, 1990) ved at de så bort fra den rådende antimedikalistiske målsettingen for rusbehandling.

Tilfellet med Fossumkollektivet viser hvordan anbudsordningen kan være et virkningsfullt styringsredskap overfor rusbehandlingsinstitusjoner. At Fossumkollektivets motstand mot helseforetaket likevel ble så sterk, kan blant annet forklares ved at handlingsrommet for å tilpasse behandlingen til egen pasientgruppe ble innskrenket. De ønsket å ta hensyn til sine yngste pasienter, som de mente profiterte best på LAR-frie behandlingsfellesskap.

### Konservative kollektiver

De to andre kollektivene, Solliakollektivet og Arken, kan beskrives som konservative. I motsetning til de LAR-vennlige kollektivene har de ikke villet ta inn LAR-pasienter i sine behandlingstilbud. Anbudsrunden i 2011 medførte omfattende interne diskusjoner om LAR. Kravene fra helseforetaket ble oppfattet som absolutte, verken Solliakollektivet eller Arken trodde at det forelå et forhandlingsrom. Spørsmålet var om de skulle rette seg etter det de oppfattet som en standardisering av rusbehandling, der LAR-behandling skulle inkluderes i all døgnbehandling i TSB. De måtte da gi slipp på sin hovedmålsetting om totalavhold. Alternativt risikerte de å måtte legge ned.

### Totalavhold som målsetting for behandling

Målsettingen for behandling hos Arken er totalavhold fra alle rusmidler (YA Arken, 2011). Arken driver 12-trinnsbehandling etter AA-ideologi (Anonyme Alkoholikere: [www.anonymalkoholikere.no](http://www.anonymalkoholikere.no)), og forholder seg til avholdsprinsippet i AA-bevegelsen:

Innenfor dette programmet blir det å være rusavhengig betraktet som en kronisk progressiv lidelse, men en lidelse som er behandlingsbar. Lidelsen kan bare stanses gjennom totalavhold fra alkohol og andre avhengighetsskapende stoffer (YA Arken, 2011).

På Arken, som i AA-bevegelsen, betyr rusfrihet også avhold fra LAR-medisiner. LAR-medisiner likestilles med andre avhengighetsskapende stoffer. NA (AAs selvhjelpsgrupper for narkomane) fungerer som eneste ettervern på Arken, noe som gjør at Arken må følge AA-bevegelsens tolkning av avhold (YA Arken, 2011).

Målsettingen med behandling på Solliakollektivet beskrives slik: «Gjennom helhetlig medikamentfri behandling/rehabilitering, forbedre pasientens psykiske og fysiske helse» (YA Solliakollektivet, 2011). Det presiseres at «*medikamentfri*» innebærer å avstå fra medikamenter med ruspotensiale, og at dette inkluderer LAR-medikamenter. Målsettingens formuleringer og det faktum at LAR-medikamenter likestilles med rusmidler innebærer en så tydelig motstand mot skadereuserende prinsipper at målsettingen om totalavhold er udiskutabel. Helseforetakets krav om å inkludere LAR-pasienter kom derfor i konflikt med målsettingen med behandling både på Arken og på Solliakollektivet.

### Diskusjoner om LAR

Anbudsrunden i 2011 og kravet om LAR-behandling medførte også på Arken omfattende diskusjoner. Informanten forteller at personalgruppa var samlet i motstanden mot å ta imot LAR-pasienter, blant annet fordi NA hos dem er en viktig del av behandlingen:

Det har vært løpende diskusjon og engasjement i personalgruppa, også fordi en tredjedel av mine ansatte er tidligere rusavhengige og går i programmet (AA/NA). Så vi løfter jo fanen høyt i forhold til dette, og er veldig opptatt av at vi skal fortsette å være LAR-frie og bruke 12-trinnsstenkingen som grunnlag.

I intervjuet klargjøres det at prinsippet om totalavhold er en så viktig del av grunnpilaren i behandlingstilbudet at det ikke kan endres på. Helseforetakets rammebetingelser som påla LAR-behandling ble derfor uakseptable for Arken. Med bakgrunn i dette bestemte de seg for å levere inn tilbud til helseforetaket som var i strid med kravene i konkurransegrunnlaget, men i tråd med egne behandlingsmålsettinger. De sto dermed i fare for å miste sin finansiering, og måtte kanskje legge ned tilbudet, slik informanten forteller: «Det var et være eller

ikke være. Da måtte jo alle ta LAR. Og så valgte vi allikevel å legge inn et tilbud hvor vi ikke tok LAR. Vi tok sjansen på det, og da var vi alle enige om at hvis vi ikke får det så legger vi ned.» Pasientene ble involvert i disse diskusjonene forteller hun, og de støttet standpunktet:

Pasientene hos oss er veldig, veldig tydelige på at det at det er medikamentfritt hos oss er noe av det som gjør at de får det til. Det er de veldig tydelige på i brukerundersøkelser når de er hos oss og i ettervern, så er de takknemlige for å ha vært et sted hvor det ikke er medikamenter. (...) Mange av de som kommer har vært på andre institusjoner, og sier at dette var så vanskelig, for der var det noen som fikk noe annet, og når jeg nå prøver å leve et liv som er avholdende, så blir det kjempevanskelig.

Informanten forteller at det å drive rusbehandling som går mot myndighetenes politikk og som kritiseres innad i fagfeltet har vært utfordrende. Mange har stilt spørsmål ved deres målsetting om totalavhold:

At store deler av rusfeltet ikke er enige med oss har vært utfordrende, men det er flere steder å lene seg. Vi er jo en god del folk i rusfeltet som står for at dette mangfoldet skal finnes.

Informanten hevder de opplever mindre motstand nå enn tidligere. Dette fordi 12-trinnsbehandling er tatt med i de siste retningslinjene<sup>2</sup> for TSB, samt at den politiske begrepsbruken har blitt mer i tråd med deres egen når det gjelder innholdet i begrepet «rusfrihet»: «Både denne regjeringen og den forrige bruker begrepet 'rusfrihet', og mener da medikamentfri når de snakker, og det er jo litt i vår gate». Informanten fra Arken oppfattet altså ikke at det var et formelt forhandlingsrom i anbudsrunderen i 2011. Likevel valgte de å levere tilbud som var i strid med kravet fra helseforetaket, fordi de mente de ikke kunne drive annerledes. Argumenter om pasientrettigheter og behov for mangfold i behandlingstilbudet ga rom for en forhandlingslomme overfor helseforetaket, og de vant fram. I ettertid har de opplevd større forståelse for sine behandlingsmetoder og sin pasientgruppe.

I Solliakollektivet har de ansatte vært samstemte i ønsket om å opprettholde et LAR-fritt tilbud. Deres skepsis til LAR har flere årsaker, blant annet en grunnleggende skepsis til skadereduserende tiltak, som informanten mener undergraver deres egen virksomhet:

Disse lavterskeltilbudene og skadereduksjon – vi hadde klørne ute og mente det ville undergrave det vi holdt på med. Også da LAR kom hadde vi klørne ute. Vi hadde mange diskusjoner om det. Etter hvert bestemte vi oss for at man trengte LAR-frie soner i behandling. Vi bestemte oss for at vi ville ha dette stedet fritt for rusfremkallende medikamenter.

Det ideologiske bakteppet for diskusjonen tydeliggjøres i det at de mener at LAR-programmet har blitt for utbredt. Tilbudet om medisin fører til en sykliggjøring av pasientgruppen, hevder informanten: «Flere og flere har gitt etter for presset om at nå skal vi behandle sykdom med medisiner. Det har ført til at pasientene tror de er syke, og mye sykere enn de er, og sier ja takk til LAR». På Solliakollektivet eksisterer det altså en sterk ideologisk motstand mot skadereduksjon.

2. <https://www.helsedirektoratet.no/retningslinjer/behandling-og-rehabilitering-av-rusmiddelproblemer-og-avhengighet>

Sollia og Arken har grunnleggende ideologier som bygger på totalavhold, og gjennom interne skjønnsmessige vurderinger (Maynard-Moody & Musheno, 2003) har de kommet til at en aksept av LAR vil gå for mye på bekostning av deres ideologiske grunnlag. De kjempet for et mangfold i rusbehandling, der det også skal finnes tilbud til pasienter som ønsker et medikamentfritt behandlingstilbud. Aktørene utviste en sterk handlingsvilje overfor helseforetaket, og var uenige i myndighetenes syn på hva som er den beste behandlingen for deres særegne pasientgrupper. På denne måten åpnet det seg en forhandlingslomme som de ikke hadde forutsett, og helseforetaket lot seg overbevise.

### Løsning i konservative kollektiver

Arken avviste kravet fra HSØ i 2011 om å ta inn LAR-pasienter, og valgte å levere et tilbud kun for pasienter utenfor LAR. Helseforetaket aksepterte dette, og Arken lyktes dermed i å få videre finansiering til et LAR-fritt kvinnetilbud. Uavhengig av Arken leverte også Sollia-kollektivet i den samme anbudsrunder tilbud til HSØ om et LAR-fritt behandlingstilbud, og fikk også medhold.

Sollia betegner sin motstand mot LAR-kravet i 2011 som «lobbyvirksomhet», der de fikk med seg viktige fagfolk, politikere og brukerorganisasjoner i det de betegner som «kampen» mot helseforetaket. Til tross for at både Sollia og Arken oppfattet at det formelt ikke eksisterte et forhandlingsrom krevde begge en individuell tilpasning innenfor helseforetakets standardiserte rammebetingelser. Begrunnelsen var at de ønsket mangfold i rusbehandlingstilbudet til en bredest mulig pasientgruppe. Mangfold og pasientrettigheter (pasienters rett til å velge sin egen behandling) er faktorer helseforetakene skal vektlegge i sin helhetsvurdering av tilbydere. Dette, kombinert med at Sollia og Arken til sammen utgjør en liten andel av det samlede antall behandlingsplasser i TSB, var gode argumenter for å åpne opp for et uformelt forhandlingsrom. Resultatet var at finansiering av disse «særplassene» ble opprettholdt.

Resultatet av anbudsrunderen i 2011 var at to hele institusjoner, Sollia og Arken, fikk avtale om til sammen 33 LAR-frie plasser. (Helse Sør-Øst, 2014). Årsaken til at helseforetaket valgte å opprettholde noen LAR-frie plasser var som følger: «Helse Sør-Øst har ved valget av tilbydere i denne kategorien lagt særlig vekt på å sikre differensierte behandlingsplasser samt tilbyderes mulighet til å tilpasse behandlingstilbudet til den enkelte pasients behov» (Helse Sør-Øst, 2012). Helseforetaket har altså vært åpne for forhandlinger rundt kravene i konkurransegrunnlaget, til tross for at dette ikke var uttalt innledningsvis. Videre har helseforetaket inngått i skjønnsmessige vurderinger sammen med disse behandlingsskolektivene om hvordan pasientrettigheter for rusavhengige skal oppfattes. De har latt seg overbevise av Arkens og Sollias argumenter for hvorfor det trengs LAR-frie behandlingsplasser til en mindre gruppe rusavhengige. Argumentene de konservative kollektivene fremførte overfor helseforetaket er i tråd med «policy meaninglessness», som nettopp innebærer vansker med å se nytten av politikkendring for egne klienter (pasienter) (Tummers, 2012).

Norsk narkotikapolitikk har i løpet av tre tiår endret formål fra totalavhold til skadereduksjon. Behandlingssektoren har fulgt motvillig med på endringene, og LAR har etter hvert blitt en integrert del av norsk rusbehandling. Når noen små private ideelle behandlingsskolektiv har nektet å akseptere denne endringen, bidrar de til at pendelen ikke svinger fullstendig og totalt over på skadereduksjon. Samtidig opprettholder de et nisjetilbud for pasienter som selv mener den beste behandlingen for dem er der hele pasientgruppen er medikamentfri.

## Diskusjon

Det kan være stor avstand mellom politikk utviklet av myndighetene og det som skjer når den skal implementeres i praksis. Artikkelen har vist hvordan narkotikapolitiske endringer befester seg ulikt i praktisk rusbehandling. Caset om behandlingskollektivene viser at det oppsto strid om hvorvidt helseforetaket kunne tvinge gjennom en ruspolitisk endring overfor ideelle tjenesteleverandører i TSB. Anbudsstyring gjør at private tjenesteleverandører må navigere mellom krav fra helseforetak, ideologisk ståsted og pasientgruppens behov. Behandlingskollektivene har håndtert dette ulikt.

Artikkelen viser hvordan noen behandlingskollektiver har akseptert den politikkendring som ligger i kravet om inklusjon av LAR-pasienter, mens andre har vist motstand. De to kollektivene som har vist seg LAR-vennlige har ulike begrunnelser for sine standpunkt. Tyrilistiftelsen har ved sin tidlige aksept av LAR bidratt til å konstruere ny politikk (Brodkin, 1990) ved å utfordre den antimedikalistiske målsettingen for rusbehandling. Fossumkollektivet på sin side oppfattet et manglende forhandlingsrom overfor helseforetaket, og av frykt for å miste finansiering etterkom de helseforetakets krav om å åpne for LAR-pasienter. Anbudsordningen som styringsverktøy var i dette tilfellet vellykket.

De to konservative behandlingskollektivene har opptrådt som bakkebyråkratier, og utvist skjønn i forhandlinger med helseforetaket for å ivareta sin egen pasientgruppe. Med sin motstand presset de frem et uformelt handlingsrom som i utgangspunktet ikke var der. Det viste seg mulig å presse frem en uformell forhandlingslomme for de konservative kollektivene, og en årsak var sannsynligvis at Solliakollektivet mobiliserte støtte fra brukerorganisasjoner og innflytelsesrike personer i fagfeltet. Det kan se ut til at den sosialfaglige behandlingssideologien som var viktig for utformingen av behandlingskollektiver på 70-tallet også har fungert som hinder for innføring av LAR hos de konservative kollektivene i de neste tiårene. Argumenter om pasientrettigheter har sannsynligvis også spilt en rolle, da det kan være vanskelig for myndighetene å argumentere for at det er riktig å legge ned nisjebehandling med stor pågang. Begge kollektivene hadde høy innsøking og fornøyde pasienter. Det faktum at brukerrepresentanter var med i teamet som vurderte kontraktene i TSB har sannsynligvis også spilt en rolle. Kanskje var kollektivenes trussel om å legge ned også et hensyn helseforetaket måtte vurdere, da det ville gå ut over behandlingsskapiteten for en samlet pasientgruppe i TSB.

Analysene viser videre hvordan dimensjonen «klientfremmedgjøring» (Tummers, 2012) kan forklare behandlingskollektivenes motstand mot politikkendringen. Helseforetaket ønsket at alle behandlingstilbud skulle ta imot LAR-pasienter, men Fossumkollektivet og de konservative kollektivene mente dette ville forringe behandlingen for pasientgruppen. De ønsket i stedet å beholde LAR-fri behandling som nisjetilbud for sin særegne pasientgruppe, slik at de fikk oppfylt sine pasientrettigheter. Klientfremmedgjøring omhandler hensynet til pasientene og muligheten til å gjøre skjønnsmessige vurderinger i utformingen av tiltak. Begrepet fanger den motstand som både Fossumkollektivet og de konservative behandlingsskollektivene Solli og Arken har hatt mot politikkendringen. De så kravet om LAR som så uforenelig med deres behandlingsmålsetting at de leverte tilbud i strid med helseforetakets krav, med frykt for å måtte legge ned tilbudet. Begrunnelsen var pasientenes rett til mangfold i behandlingstilbudet, samt at deres pasientgruppe ønsket behandlingstilbudet slik det var. Dette er i tråd med Tummers & Bekkers teori (2014), som viser at innskrenkede muligheter for bruk av skjønn i tilpasning av tilbud til klientene (pasientene) bidrar til sterk motstand mot å implementere ny politikk. Dersom helseforetaket hadde latt behandlingskollektivene beholde et eget skjønn i avgjørelsen av hva som ville gagne deres pasientgruppe, inklusjon av LAR-pasienter eller ikke, ville motstanden mot denne politikkendringen sannsynligvis blitt mindre.

De konservative kollektivene har navigert sine interesser på en slik måte at de fortsatt kan holde liv i totalavholdstanken, og deres handlingsvilje overfor helseforetaket bidro til at deres pasientgrupper får oppfylt sine pasientrettigheter. På denne måten har de vært med på å konstruere ny politikk, tilsvarende det Brodtkin (1990) fant i sine studier av bakkebyråkreatiene. Ved å opprettholde et nisjetilbud til pasienter som ønsker behandling i LAR-frie omgivelser er det samtidig et bidrag til målet om mangfold i behandlingssektoren. Trætteberg og Sivesind (2015) fant at nettopp mangfold, i tillegg til bedre muligheter for brukermedvirkning, var merverdier som ideelle aktører kan tilby på helse- og omsorgsfeltet. Ulempen ved en slik avgjørelse er at det kan sees som en diskriminerende praksis å utelate noen pasientgrupper fra et behandlingstilbud. Det finnes for eksempel veldig få behandlingsplasser som er forbeholdt kvinner, så når Arken ikke tar inn kvinner i LAR-behandling fins det få alternativer for disse.

Det teoretiske bidraget i denne studien er en utvidet bruk av teoriene om politisk fremmedgjøring og bakkebyråkratier. Studien viser at perspektivene kan benyttes i studier av organisasjoner, og ikke bare i direkte møter mellom bakkebyråkrater og klienter. Behandlingskollektivene har fungert som bakkebyråkratier, som må utøve skjønn og gjøre avveininger mellom myndighetskrav, egen ideologi og hensynet til pasientgrupper, på lik linje med ordinære bakkebyråkrater i Lipskys originale teori. Teorien om politisk fremmedgjøring ble også utviklet for å gjelde offentlige tjenesteytere som er i direkte kontakt med motakerne. Denne studien viser at teoriene er anvendbare også på organisasjonsnivå. Teoriene har sammen bidratt til å forklare hvorfor den skadereduserende målsettingen som er nedfelt i narkotikapolitiske dokumenter har vært vanskelig å implementere i alle deler av rusfeltet.

## Referanser

- Andresen, A. S. & Waal, H. (1978). *Behandlingskollektiv?: bo-og arbeidsfellesskap som alternativ til psykiatrisk institusjon*. Oslo: Universitetsforlaget.
- Blindheim, M. (2003). Metadonassistert Rehabilitering – betraktninger fra noen utsider. *Nordic Studies on Alcohol and Drugs*, 20(1), 63–70. Retrieved from <http://www.nordicwelfare.org/Page/Files/9698/Metadonassistert%20Rehabilitering%20%E2%80%93%20betraktninger%20fra%20noen%20outsider.pdf>
- Brodtkin, E. Z. (1990). Implementation as policy politics. In D. Palumbo & D. J. Calista. (Eds.), *Implementation and the policy process: Opening up the black box*, 107–118. New York: Greenwood Press.
- Brodtkin, E. Z. (2003). Street-level research: Policy at the front lines. *Policy into action: Implementation research and welfare reform*, 145–163.
- Brodtkin, E. Z. (2011a). Policy work: Street-level organizations under new managerialism. *Journal of Public Administration Research and Theory*, 21(suppl\_2), i253–i277.
- Brodtkin, E. Z. (2011b). Putting street-level organizations first: new directions for social policy and management research. *Journal of Public Administration Research and Theory*, 21(suppl\_2), i199–i201.
- Brodtkin, E. Z. (2012). Reflections on street-level bureaucracy: past, present, and future. *Public Administration Review*, 72(6), 940–949.
- Brodtkin, E. Z. & Majmundar, M. (2010). Administrative exclusion: Organizations and the hidden costs of welfare claiming. *Journal of Public Administration Research and Theory*, 20(4), 827–848.
- Christie, N. & Bruun, K. (1985). *Den gode fiende*. Oslo: Universitetsforlaget.

- Connery, H. S. (2015). Medication-assisted treatment of opioid use disorder: review of the evidence and future directions. *Harvard review of psychiatry*, 23(2), 63–75.
- Goffman, E. (1968). *Asylums: Essays on the social situation of mental patients and other inmates*: AldineTransaction. Oxford, England: Doubleday (Anchor).
- Hagelund, A. (2007). Byråkratiske møter med sårbarhet. Snillhetskroll i arbeid med flyktninger. *Sosiologi i dag*, 37, 3–4.
- Helse Sør-Øst. (2014). Informasjonsdokument. Anskaffelse av behandlingstilbud innen tverrfaglig spesialisert behandling for rusmiddelavhengighet (TSB). Sykehuspartner Retrieved from <https://kgv.doffin.no/ctm/Supplier/Documents/Folder/114932>
- Helse Sør-Øst. (2012). Begrunnelser – Kategori 2 «All avhengighetsproblematikk – langtids døgntilrettelagt behandling inntil 12 mnd.»
- Johannessen, A., Tufte, P. A. & Christoffersen, L. (2010). *Introduksjon til samfunnsvitenskapelig metode*. Oslo: Abstrakt forlag AS.
- Justesen, L. N. & Mik-Meyer, N. (2012). *Qualitative research methods in organisation studies*. Oslo: Gyldendal.
- Lipsky, M. (1980). *Street-level bureaucracy. Dilemmas of the Individual in Public Services*. New York: Russel Sage Foundation.
- Lipsky, M. (2010). *Street-level bureaucracy. Dilemmas of the individual in public service*. New York: Russell Sage Foundation.
- Lundberg, K. G. & Syltevik, L. J. (2013). Brukererfaringer med Nav i reformperioden: Kompleks organisasjon, bakkebyråkrati og ustabile relasjoner. *Fontene forskning*, 2(13), 19–30.
- Maynard-Moody, S. W. & Musheno, M. C. (2003). *Cops, teachers, counselors: Stories from the front lines of public service*. Ann Arbor, Michigan: University of Michigan Press.
- Olsen, H. & Skretting, A. (2009). Nye lokaler – andre resultater? Videreført evaluering av sprøyteromsordningen i Oslo (8271713264). Retrieved from <https://brage.bibsys.no/xmlui/bitstream/handle/11250/276054/sirusrap.7.09.pdf?sequence=3>
- Piore, M. J. (2011). Beyond Markets: Sociology, street-level bureaucracy, and the management of the public sector. *Regulation & Governance*, 5(1), 145–164.
- Røhnebak, M. (2016). Fra bakkebyråkrati til skjermbyråkrati. *Tidsskrift for velferdsforskning*, 19(04), 288–304.
- Schanche Andresen, A. (1990). *Du skal få en dag. Solliakollektivet 20 år*. Oslo: Cappelen.
- Schiøtz, A. (2017). Rus i Norge. *Tidsskrift for velferdsforskning*, 20(01), 4–26.
- Sivesind, K. H. (2018). Blir skandinaviske velferdstjenester svekket av markedsreformer? *Tidsskrift for velferdsforskning*, 21(01), 70–76. <https://doi.org/10.18261/issn.2464-3076-2018-01-05>
- Skatvedt, A., Andvig, E. & Baklien, B. (2015). Bakkebyråkratiets yttergrense. Hjemmetjenestens møte med eldre med psykiske helseproblemer. *Nordisk tidsskrift for helseforskning*, 11(1), 20–34.
- Skretting, A. (1996). Den norske metadondebatten – aktører og fagpolitisk interessekamp. *Nordisk Alkoholtidsskrift (Nordic Alcohol Studies)*, 13(5-6), 267–271.
- Skretting, A. (2014). Governmental conceptions of the drug problem: A review of Norwegian governmental papers 1965–2012. *Nordic Studies on Alcohol and Drugs*, 31(5–6), 569–584.
- Skretting, A., Bye, E., Vedoy, T. & Lund, K. (2015). *Rusmidler i Norge*. Oslo: Norwegian Institute for Alcohol and Drug Research.
- Stensrud, A. (1985). *Revansj. Ei bok om Tyrili-kollektivet*. Oslo: Pegasus Forlag.
- Tjersland, O. A. (1995). *Misbrukere før, under og etter kollektivopphold*. Retrieved from Oslo: Rusmiddeldirektoratet.
- Tjora, A. (2012). *Kvalitative forskningsmetoder i praksis*. Oslo: Gyldendal Akademisk.
- Tjora, A. (2018). *Viten skapt. Kvalitativ analyse og teoriutvikling*. Oslo: Cappelen Damm Akademisk.

- Trøttestad, H. D. & Sivesind, K. H. (2015). Ideelle organisasjoners særtrekk og merverdi på helse-og omsorgsfeltet. Bergen/Oslo: Senter for forskning på sivilsamfunn og frivillig sektor.
- Tummers, L. (2012). Policy alienation of public professionals: The construct and its measurement. *Public Administration Review*, 72(4), 516–525.
- Tummers, L. & Bekkers, V. (2014). Policy implementation, street-level bureaucracy, and the importance of discretion. *Public Management Review*, 16(4), 527–547.
- Tummers, L., Bekkers, V. & Steijn, B. (2009). Policy alienation of public professionals: Application in a new public management context. *Public Management Review*, 11(5), 685–706.
- Waal, H. (1996). Metadon – til hvilket formål, med hvilke etiske implikasjoner? *Nordisk Alkoholtidsskrift (Nordic Alcohol Studies)*, 13(5–6), 275–279.
- Waal, H., Andresen, A. S. & Kaada, A. K. (1981). *Kollektiver: hverdag og virkninger*. Oslo: Universitetsforlaget.
- YA Arken. (2011). Ytelsesavtale med Helse Sør Øst.
- YA Fossumkollektivet. (2011). Ytelsesavtale med Helse Sør Øst.
- YA Solliakollektivet. (2011). Ytelsesavtale med Helse Sør Øst.
- YA Tyrilistiftelsen. (2011). Ytelsesavtale med Helse Sør Øst.
- Ødegård, E. (2011). En historikk over norsk narkotikapolitikk og politikken meningsforankring. Statens institutt for rusmiddelforskning (SIRUS) Hentet. Retrieved from [https://fhi.no/globalassets/dokumenterfiler/rapporter/2011/oedegaard\\_om\\_norsk\\_narkotikapolitikk.pdf](https://fhi.no/globalassets/dokumenterfiler/rapporter/2011/oedegaard_om_norsk_narkotikapolitikk.pdf)