

RUSTILTAK PÅ ANBUD – IDEALER OG REALITETER

*En studie av Oslo kommunes anskaffelser
av tjenester for rusmiddelavhengige*



Masteroppgave i retts sosiologi
Av Henriette Høyer Beddari

Institutt for kriminologi og retts sosiologi
Det juridiske fakultet
Universitetet i Oslo

Mai - 2013

Rustiltak på anbud – idealer og realiteter

En studie av Oslo kommunes anskaffelser av tjenester for rusmiddelavhengige

Masteroppgave av Henriette Høyer Beddari

Veileder: Hedda Giertsen

Institutt for kriminologi og rettssosiologi, Universitet i Oslo

Mai 2013

Sammendrag

Denne oppgaven handler om hvordan Oslo kommune anskaffer tjenester for rusmiddelavhengige ved å benytte konkurranse som innkjøpsstrategi. Den handler også om hvilke idealer som ligger til grunn for rusmiddelpolitikken og hvordan disse kan realiseres i lys av konkurranse som strategi. Spørsmålet er hvordan organisering av tjenester og tjenestenes innhold påvirkes av å benytte konkurranse som anskaffelsesstrategi.

Oppgaven er todelt. I del en redegjøres det for idealene i rusmiddelpolitikken slik de kommer til uttrykk gjennom reformer, planer og lovverk på både statlig og kommunalt nivå. I denne delen av oppgaven er også idealer for anvendelse av konkurranse for å forvalte rusomsorgstjenester tema. I kapittel tre gjøres det rede for rusreformen i 2004, opptrappingsplanen for rusfeltet 2007-2012, samhandlingsreformen, helse-og omsorgsloven, stortingsmeldingen for rusfeltet fra 2012, og Oslo kommunes strategiske planer innen rusfeltet. Kapittel fire tar opp New Public Management som ideal for offentlig forvaltning, lov om offentlige anskaffelser, og Oslo kommunes anskaffelsesstrategi, med særlig fokus på anskaffelsesprosessen i 2010. Kommunens konkurranse om anskaffelser av tjenester for rusmiddelavhengige i 2010 er utgangspunkt for del to av oppgaven.

Del to av oppgaven handler om hvordan konkurranse i den kommunale rusomsorgen oppleves av de som anskaffer tjenester og de som tilbyr tjenester. Hensikten her er å undersøke hvordan informantene erfarer at idealene i rusmiddelpolitikken blir ivaretatt ved bruk av konkurranse som virkemiddel ved anskaffelser av tjenester innen rusomsorgen. Informantene er ansatte i Oslo kommune som er ansvarlige for

iverksettelse og gjennomføring av anskaffelser, og private tilbydere av tjenester for rusmiddelavhengige som i konkurransen i 2010 oppnådde kontrakt med kommunen. Kapittel seks handler om informantenes forståelse av egen fagutøvelse, sett i lys av anskaffelsesprosessen. Kapittel syv tar opp konkurransestrategiens potensial for styring av tjenestene. I kapittel åtte er tema hvordan Oslo kommune kontrollerer tjenestene, og hvordan tjenesteleverandørene opplever å bli kontrollert. Kapittel ni handler om konkurransestrategiens potensial for å ivareta hensynet til kontinuitet i tjenestetilbudet. Både når det gjelder samarbeid mellom tjenestene i kommunen og mellom kommunalt og statlig nivå. I kapittel ti oppsummeres hvilke idealer som kan sies å være styrende for rusmiddelpolitikken og hvilke erfaringer informantene har med konkurranse som anskaffelsesstrategi.

Forord

Jeg vil benytte forordet til å takke. Først og fremst vil jeg takke informantene. De har alle delt generøst av sin tid og kunnskap, og uten dem ville ikke denne oppgaven vært mulig.

Oppgaven ville heller ikke blitt til uten veiledning fra Hedda Giertsen. Hedda har vært en både klok og tålmodig veileder som jeg har satt stor pris på.

Jeg vil også takke alle på Holmen. Spesielt Bjørn Hjertnes og Marius Eide Wrengbro.

Til "helpdesk" ved Mari og Liv, og til Eline: Takk.

Til slutt, til alle hjemme: Tusen takk.

Henriette Høyer Beddari

Oslo, mai 2013

Innholdsfortegnelse

1. Innledning	11
1.1 Tema og problemstilling	11
1.2 Oppgavens oppbygging	13
2. Tilnæringsmåte og metode	14
2.1 En kvalitativ tilnærming	14
2.2 Fremgangsmåte	16
2.2.1 Utvelgelse av informanter	16
2.2.2 Intervjuguide	17
2.2.3 Gjennomføring av intervjuene	18
2.3 Forkunnskaper og forforståelse	18
2.4 Klassifisering og analyse av data	20
2.5 Etske betraktninger	21
3. Rusmiddelpolitiske idealer og motiver	23
3.1 Innledning	23
3.2 Rusfeltet - hva er det? Tjenester for rusmiddelavhengige	24
3.3 Rusreformen og opptrappingsplan på rusfeltet	27
3.3.1 Rusreformen	27
3.3.2 Opptrappingsplanen på rusfeltet 2007-2012	28
3.4 Samhandlingsreformen og ny helse- og omsorgslov	30
3.4.1 Samhandlingsreformen	30
3.4.2 Helse- og omsorgsloven	31
3.5 Stortingsmeldingen "Se meg! En helhetlig rusmiddelpolitikk"	32
3.6 Oslo kommunes rusmiddelpolitiske satsningsområder	33
3.6.1 Oslo kommunes strategiske plan 2007-2011	33
3.6.2 Strategisk plan for Rusmiddeletaten 2009-2012	35
3.6.3 Tildelingsbrevet til Velferdsetaten	36
3.7 Sammenfatning kapittel 3	37
4. Konkurransen som ideal for styring av rusomsorgen i Oslo kommune	38
4.1 Innledning	38
4.2 New Public Management	38
4.3 Lov om offentlige anskaffelser	41
4.4 Oslo kommunes anskaffelsesstrategi	42

Tabell 1: Skjema over fremdriftsplan for Oslo kommunes anskaffelser av tjenester for rusmiddelavhengige i konkurranse 2010	43
4.4.1 Planleggingsfasen og konkurransegrunnlaget.....	43
4.4.1.1 Konkurransegrunnlaget 2010	44
4.4.1.2 Evalueringsmatrisen.....	45
Tabell 2: Oversikt over innholdet i evalueringsmatrisen.....	47
4.4.1.3 Prisivurderinger.....	48
4.4.2 Gjennomføringsfasen	48
4.4.3 Oppfølgingsfasen	49
4.5 Sammenfatning kapittel 4.....	50
5. Informantene.....	52
5.1 Velferdsetaten	52
5.2 Rehabiliterende tjenester.....	55
5.3 Korttidstilbud.....	56
5.3 Omsorgstjenester.....	57
6. Det anskaffelsesfaglige – hva er det?	58
6.1 Nye forståelsesmåter og kompetansekrav i rusfeltet.....	58
6.2 Hva er kvalitet? Forståelser av kvalitet og pris.....	62
6.3 Anskaffelsesprosessen: Ryddig og krevende på samme tid	66
6.4 Oppsummerende betraktninger om anskaffelser som fag.....	67
7. Anskaffelser som styringsverktøy	69
7.1 Politisk styring.....	69
7.1.1 Tradisjoners betydning for anskaffelser.....	69
7.1.2 Politisk styring og behovsvurderinger	70
7.1.3 Kategoriseringer og tjenestemandat.....	72
7.2 Konkurransegrunnlaget og evalueringsmatrisen.....	75
7.2.1 Grunnlaget som styrende for tjenestene	75
7.2.2 Å tolke intensjoner – en øvelse i styringsmentalitet.....	78
7.2.3 Evalueringsmatrisen – styring på detaljnivå	81
7.3 Styrte forhandlinger	83
7.4 Styring - hva så?	85
8. Anskaffelser som verktøy for kontroll	86
8.1 Rapportering – dokumentasjon og måling	86
8.2 Kontrakt og resultatmålinger.....	86
8.3 Egenrapportering – styrke eller svakhet?.....	93

8.4 Nyttig for brukerne?	95
8.4.1 Brukerundersøkelsene.....	95
8.4.2 Brukernes mulighet for innflytelse på tjenestetilbudet	100
8.5 Kan kvalitet måles?	102
8.6 Rapportering – hvor nyttig?	103
9. Kan anskaffelser sikre kontinuitet i tiltakskjeden?	105
9.1. Forutsetninger for samarbeid og kontinuitet	105
9.2 Å vinne eller tape – et spørsmål om kontinuitet	107
9.3 Samarbeid med bydelene og spesialisthelsetjenesten	109
9.3.1 Ressursmangel – et kontinuitetsproblem	109
9.3.2 Korttidstjenestene – et forsøk på å sikre kontinuitet i tjenestene.....	111
9.3.3 Avrusning – fra kommunalt til statlig tilbud.....	114
9.4 Anskaffelsers plass i kommunens helhetlige rustilbud	115
10. Avslutning	117
11. Litteraturliste	121
12. Vedlegg	125

1. Innledning

1.1 Tema og problemstilling

Tema for denne oppgaven er Oslo kommunes anskaffelser av tjenester for rusmiddelavhengige. Kommunene har ansvar for å fremskaffe lovpålagte tjenester for rusmiddelavhengige. Det gjør de enten ved å drive dem selv, eller gjennom kontrakter med tilbydere i det private marked. Oslo kommune anskaffer hvert femte år tjenester i det private marked gjennom konkurranse. I 2010 kjøpte Oslo kommune om lag 30 % av kommunens totale tjenestebehov innen rusomsorgen fra private leverandører (Konkurransegrunnlag 2010:4). Kommunen har da fremdeles det overordnede ansvaret for tjenestene, men betaler private for utførelsen. Med private menes både ideelle organisasjoner og kommersielle aktører. Konkurranse mellom tilbydere skal ideelt sett fungere slik at kommunen reduserer utgiftene til tjenestene samtidig som tjenestenes kvalitet blir ivaretatt. Konkurranse innebærer at interesserte tilbydere leverer inn tilbud på tjenesten de ønsker å drifte, og kommunen inngår så avtale med den tilbyder som kan levere den kvaliteten kommunen etterspør til konkurransedyktig pris. Kommunens rolle som oppdragsgiver er også å sikre at tjenestene de har kjøpt holder den kvaliteten som er avtalt i kontrakten. Tiltakenes ansvar som leverandør er å levere den kvaliteten de har sagt de skal levere til den prisen som er avtalt.

Min interesse for konkurranseeksponering av tjenester for rusmiddelavhengige er særlig rettet mot to forhold. For det første har jeg ønsket å se på hvordan kommunen forvalter sitt ansvar for kvaliteten på tjenestene ved å benytte konkurranse som strategi. Anskaffelser gjennom konkurranse innebærer en målsetting om å kjøpe inn tjenester som ikke koster mer penger enn det som er nødvendig for å oppnå ønsket kvalitet. En slik målsetting reiser spørsmål både om hva kommunen mener er god nok kvalitet, og hvordan kommunen søker å ivareta kvaliteten.

For det andre har jeg ønsket å se på hvordan idealene og målene for rusmiddelpolitikken harmonerer med konkurranse som strategi for anskaffelser av tjenester. Idealene for rusmiddelpolitikken og begrunnelsene for

konkurranseseksponering må ses i sammenheng. Rusomsorgens idealer og målsettinger utgjør rammebetingelsene for konkurransen, mens konkurranse samtidig er avhengig av et marked å virke i. Rusomsorgen har gjennomgått en rekke endringer de siste år, både med hensyn til innhold og med hensyn til måten tjenestene er organisert på. Endringene har til dels kommet som en konsekvens av politiske vedtak, og til dels på grunn av endringer i samfunnsforhold. I et retts sosiologisk perspektiv er det av interesse å stille spørsmål ved den gjensidige påvirkningen mellom organiseringen av tjenestene og tjenestenes innhold. Perspektivet som ligger til grunn for denne oppgaven er hvordan konkurranse som strategi kan styre innholdet i tjenestene, og hvilke konsekvenser en slik styring har for den faglige kvaliteten i tilbudet til rusmiddelavhengige.

Ut fra dette har jeg utarbeidet følgende problemstilling:

Hvordan påvirker konkurranseeksponering av tjenester til rusmiddelavhengige idealer og målsettinger i rusomsorgen?

For å belyse denne problemstillingen har jeg først forsøkt å finne ut hvilke idealer og målsettinger som er styrende for rusomsorgen i kommunal sektor ved å undersøke hvordan disse er uttrykt i planer, reformer og lovverk. Deretter har jeg sett på hvordan Oslo kommune søker å ivareta disse idealene og målsettingene når de anskaffer tjenester i det private marked. For å få kunnskap om dette har jeg gått gjennom offentlige dokumenter av betydning for rusomsorgen i både kommunal og statlig sektor. Jeg har også gjennomført intervjuer med Velferdsetaten i Oslo kommune og med private tilbydere av tjenester for rusmiddelavhengige. Velferdsetaten er den kommunale etaten som har ansvar for iverksettelse og gjennomføring av anskaffelser innen rusmiddelsektoren, samt ansvaret for oppfølgingen av kontraktene med leverandørene i kontraktperioden. Tilbyderne som inngikk i intervjuundersøkelsen er alle private/ideelle virksomheter som oppnådde kontrakt med Oslo kommune i konkurransen i 2010.

Jeg har valgt å se informantenes erfaringer i lys av to analytiske tilnærminger. For det første, og overordnet, har jeg sett på informantenes erfaringer i lys av de idealene som

kommer til uttrykk i rusmiddelpolitikken. For det andre har jeg valgt å diskutere informantenes erfaringer og synspunkter i lys av teorier om makt.

1.2 Oppgavens oppbygging

Jeg har valgt å tilnærme meg problemstillingen ved først å gjøre rede for hvordan idealene i rusmiddelpolitikken og konkurransestrategien kommer til uttrykk i offentlige dokumenter, for deretter å gjøre rede for realitetene slik de kommer til uttrykk gjennom informantenes erfaring med anskaffelser av rusomsorgstjenester. Kapittel 2 er et metodekapittel der jeg gjør rede for min metodiske tilnærming til feltet. Idealene i rusmiddelpolitikken, både på statlig og kommunalt nivå, presenteres i kapittel 3, mens kapittel 4 handler om idealene som ligger til grunn for anskaffelser gjennom konkurranse. Disse to kapitlene er også ment å gi leseren et bedre grunnlag for å forstå det empiriske materialet i oppgaven. I kapittel 5 presenteres informantene, før informantenes erfaringer gjøres rede for i kapittel 6, 7, 8 og 9. Disse fire kapitlene har fått navn etter de kategoriseringene jeg gjorde ut fra analysen av intervjumaterialet (se metodekapittel). Kapittel 10 inneholder en oppsummering av oppgaven og avsluttende konklusjoner.

2. Tilnæringsmåte og metode

2.1 En kvalitativ tilnærming

Hvordan man velger å tilnærme seg det feltet man vil studere er avhengig av hvilke spørsmål som stilles og hvordan man tenker at disse spørsmålene best blir besvart. Utgangspunktet for mitt valg av tilnæringsmåte har vært en forståelse av at ulike erfaringer og ståsteder, både i møte med tekster og i møte med informanter, utgjør ulike virkeligheter, som hver for seg gir unik kunnskap om feltet. Jeg har derfor valgt å benytte meg av kvalitativ metode for å undersøke oppgavens tema og problemstilling. Kvalitativ metode innebærer en fortolkende tilnærming til fagfeltet. Mer spesifikt har jeg benyttet meg av en hermeneutisk tilnærming. Hermeneutikken fremhever betydningen av å fortolke folks handlinger gjennom å fokusere på et dypere meningsinnhold enn det som er umiddelbart innlysende. En hermeneutisk tilnærming legger vekt på at det ikke finnes en egentlig sannhet, men at fenomener kan tolkes på flere nivåer (Thagaard 2002: 37). Mening kan bare forstås i lys av den sammenhengen den studeres i. I hermeneutikken går man fra helhet til deler, og tilbake til helheten. Dette er en kontinuerlig prosess under analyse og tolkning av et materiale. Man utvider stadig sin forståelse og ser delene med nye øyne.

Oppgavens tema, "Idealene og realiteter: Rustiltak på anbud", innebærer en todeling i materialet. Denne todelingen i idealer og realiteter gjør at jeg har valgt å benytte meg både av dokumentanalyse og intervju som metode. Idealene i rusmiddelpolitikken peker på den offisielle politikken og de overordnede mål og virkemidler. Realitetene peker mot erfaringene slik de oppleves både av de som skal forvalte rusmiddelpolitiske ideal og målsettinger, og av de som skal imøtekomme tjenestebehovet forvaltningen fastsetter. I mitt arbeid presenteres idealene gjennom dokumentanalyse, og realitetene gjennom presentasjon av intervjumaterialet. Gjennom begge tilnærminger er metodens mål og få frem det Kvale og Brinkmann kaller meningsfulle data som kan tolkes (Kvale, Brinkmann 2010:69).

Dokumentanalysen bygger på analyse av tekster. Relevante tekster for å belyse idealer og virkemidler innen rusomsorgen omfatter lovtekster, forarbeider til lover,

høringsuttalelser, stortingsmeldinger, evalueringer, rapporter og planer. De offentlige dokumentene som er lagt til grunn for denne del av analysen ble i utgangspunktet valgt etter en vurdering av hvilke lovendringer og reformer som har vært styrende for rusomsorgen. Gjennomlesning av offentlige dokumenter henviste til nye dokumenter av interesse. Slik sett ble dokumentene lest etter prinsipper fra det som kalles snøballmetoden, at det ene dokumentet ledet til det andre. Et sentralt dokument i oppgaven er "Konkurranses grunnlaget" for Velferdsetatens anskaffelser av tjenester i 2010. Konkurranses grunnlaget var på mange måter utgangspunktet for intervjuene mine. På grunn av temaets kompleksitet anså jeg det som nødvendig å sette meg inn i hvordan konkurranser i offentlig sektor foregikk og hvordan konkurranses grunnlaget var utformet før jeg intervjuet informantene. I intervjusituasjonen henviste informantene ofte til grunnlaget, og det ble tidvis brukt aktivt for å forklare synspunkt og meninger. Slik sett var det en fordel å ha satt seg inn i dokumentet på forhånd. For å søke mening i det som ble sagt av informantene mine burde man i følge Kvale og Brinkman være velinformert om temaet før intervjuet (Kvale, Brinkman 2010:49). Utfordringen ligger like fullt i å stille seg selv åpen for den kunnskap som kommer til uttrykk gjennom informantenes erfaringer.

Et kvalitativt intervju er en metode som søker å få frem vesentlige erfaringer hos sentrale aktører innen det aktuelle fagfelt. *"Intervjuundersøkelser er en særlig velegnet metode for å få informasjon om hvordan informantene opplever og forstår seg og sine omgivelser"* (Thagaard 2002:58). Målet med et kvalitativt intervju er å få frem informantenes erfaringer gjennom åpne spørsmål og åpen dialog mellom intervjuer og den intervjuede. Intervjuet skal samtidig evne å få frem mer enn de umiddelbare tanker en har om sine erfaringer. *"Intervjuet er en aktiv kunnskapsproduksjonsprosess. Det er intervjueren og den intervjuede som produserer kunnskap sammen. Intervjukunnskap produseres i en samtalerelasjon; den er kontekstuell, språklig, narrativ og pragmatisk"* (Kvale, Brinkmann 2010:37). Intervjuene ble noen ganger samtaler, heller enn bare spørsmål og svar.

Planleggingen av intervjuene foregikk en tid før jeg fikk tilgang til feltet. I den tiden arbeidet jeg både med intervjuguiden og hvilke informanter som kunne tenkes å belyse problemstillingen. Jeg hadde bestemt meg for tema og hadde laget foreløpig

problemstilling før jeg planla mine intervju. I denne fasen ble prosjektet søkt inn til Norsk samfunnsvitenskapelig database (NSD)¹.

2.2 Fremgangsmåte

2.2.1 Utvelgelse av informanter

Med utgangspunkt i problemstillingen gjorde jeg en vurdering av hvem som ville kunne utgjøre det som hos Thagaard kalles strategisk utvalg (Thagaard 2002:53). I mitt tilfelle betød det en utvelgelse på bakgrunn av informantenes plassering i anskaffelsessystemet. På den måten var hensikten å få ulike perspektiv på tema, samt vesentlige sider ved de erfaringer de hadde fra de ulike ståsteder. Jeg har intervjuet to informanter fra Velferdsetaten i Oslo kommune som bestiller av tjenester. Fra tiltakssiden har jeg intervjuet tre personer; en fra et rehabiliterende tiltak, en fra et korttidstilbud og en fra et omsorgstilbud. På den måten har jeg fått erfaringer og synspunkter fra ulike nivå og fra ulike type virksomheter. En begrensning knyttet til valg av informanter var at feltet jeg undersøkte er relativt lite. Det var ikke mange potensielle informanter å velge mellom. Heldigvis takket de forespurte informantene ja til å delta, slik at hensynet til et sammensatt utvalg ble ivaretatt. Samtidig betyr feltets begrensede omfang at utvalget ikke er spesielt omfattende. Jeg anser likevel at målsettingen om å innhente ulike erfaringer fra feltet er ivaretatt gjennom det utvalget jeg har gjort.

Jeg gjorde en første sondering om hvordan informantene stilte seg til å bli intervjuet per telefon til leder av de ulike utvalgte institusjoner. Jeg fikk positiv respons fra alle institusjonene jeg henvendte meg til, og sendte da e-post til virksomheten med en formell forespørsel om å få gjennomføre intervjuene. Forespørselen inneholdt informasjon om oppgavens tema og formål og forespørsel om å stille til intervju (se vedlegg 1). Informantene ble informert om at prosjektet var godkjent av NSD. De fikk også informasjon om rett til å reserve seg mot deltakelse i prosjektet, såkalt informert samtykke. *”Det er særlig viktig at informanten gir sitt samtykke til presentasjonen av resultatene, hvis materialet er av slik art at det miljøet forskeren har studert, kan*

¹ NSD stiller krav til hvordan prosjektet skal gjennomføres. Spesielt er etiske hensyn av viktighet med hensyn til utvalg, materialets innhold og oppbevaring av data.

identifiseres.” (Thagaard 2002:24) Som nevnt, er feltet jeg har intervjuet i lite. Det vil også si at det er gjennomsliktig, i betydning at de som jobber i feltet gjerne kjenner til hverandre, og dermed potensielt kan kjenne seg selv og andre igjen i gjengivelsen av situatene i oppgaven. Informantene ble tilbudt anonymisering i presentasjon av materialet. Det var ingen av dem som var opptatt av denne siden ved intervjusituasjonen eller ved presentasjonen av materialet. Informantene er representert i egenskap av deres yrke og fagutøvelse og ikke som privatpersoner. Jeg har med andre ord ikke vært ute etter sensitive persondata som kunne oppleves som en belastning for informantene. Jeg har likevel valgt å unngå bruk av navn på personer eller institusjoner i presentasjonen av intervjuene. Først og fremst for å bevare fokus på informantenes meninger og forståelse, fremfor navn og tilknytning.

Jeg har ikke vært i kontakt med informantene etter at intervjuene ble gjennomført, med unntak av noen oppklarende tilleggsopplysninger fra Velferdsetaten per e-post. Da jeg gjennomførte intervjuene våren 2012 var det gått mindre enn et år siden iverksettelsen av kontrakten med Velferdsetaten. Tema var ennå relativt nytt for informantene. Jo lengre tidsavstand fra det man vil spørre informantene om, jo vanskeligere vil det være for informantene å huske tilbake til hva de tenkte den gang. Ved at deres erfaringer var av relativt ny dato ser jeg det som en styrke for intervjumaterialet jeg har innhentet.

2.2.2 Intervjuguide

Som utgangspunkt for intervjuene utformet jeg en intervjuguide etter prinsipper fra det som kalles en delvis strukturert tilnærming (Thagaard 2002:85). Det vil si at guiden bestod av temaene jeg ville ta opp, men at rekkefølgen av spørsmålene ikke var styrende for intervjuet. Intervjuet bar preg av at informantene i stor grad fikk bestemme selv hva de ville fortelle om erfaringer med anskaffelser. Guiden ble i praksis brukt som støtte i situasjoner der samtalen stoppet opp og som sjekklister ved slutten av intervjuet for å se om det var tema som ikke hadde blitt tatt opp i intervjuet så langt. Den ga meg ikke bare et innblikk i hva informantene var opptatt av, men også hva de ikke var opptatt av.

2.2.3 Gjennomføring av intervjuene

Alle intervjuene fant sted på informantenes arbeidsplass. Fordelen med det var at jeg i tillegg til selve intervjumaterialet også fikk et innblikk i deres arbeidshverdag. Ulempen var at noen intervjuer ble avbrutt på grunn av arbeidets plikter slik at man måtte ta opp tråden i intervjuet flere ganger. Det ble benyttet båndopptager under intervjuene. En av informantene ga uttrykk for at det var ubehagelig å bli tatt opp på bånd. Han/hun begrunnet det med en opplevelse av at vedkommende måtte være mer forsiktig med det som ble sagt fordi det ble tatt opp. En annen av informantene ba flere ganger om at båndopptakeren måtte slås av sånn at han/hun kunne si ting "off record". Denne "off record"-informasjonen har jeg ikke benyttet i mitt materiale. I det første intervjuet forsøkte jeg å notere refleksjoner underveis, men jeg opplevde raskt at det tok fokus vekk fra samtalen. Det lengste intervjuet var på over to timer, mens det korteste var på en time og et kvarter. Lydbåndene med intervjuene ble slettet da det ikke lengre var behov for dem i forbindelse med gjennomføringen av oppgaven.

2.3 Forkunnskaper og for forståelse

Samtidig som jeg har studert retts sosiologi har jeg jobbet som miljøterapeut ved en institusjon for rusmiddelavhengige i Oslo. I jobben som miljøterapeut har jeg fått innblikk i hvilke utfordringer rusmiddelavhengige har i møte med hjelpeapparatet. Mine erfaringer med å jobbe med rusmiddelavhengighet har også gitt meg en forståelse av rusmiddelavhengighet både fra et sosialfaglig ståsted og fra brukernes ståsted.

I løpet av den tiden jeg har jobbet som miljøterapeut har virksomheten jeg var ansatt hos vært gjennom en anbudskonkurranse. Min opplevelse var at både ansatte og brukere av tjenesten var opptatt av anskaffelsesprosessen og hva det ville bety for den videre driften ved institusjonen. Min interesse for anskaffelser av tjenester gjennom konkurranse i rusomsorgstjenester har jeg dermed også fra arbeidstakersiden.

I mine retts sosiologiske studier har jeg blitt interessert i ulike måter å forstå prosesser i samfunnet på. Jeg har fått en forståelse for at fenomenet kan vurderes ulikt ut fra hvilket ståsted man har og hvilket perspektiv man velger. En bruker av tjenester har en annen

forståelse av hva konkurranseeksponering er enn en økonom i kommunen. Det er heller ikke uten betydning hvilke erfaringer man har fra tidligere med det fenomen man ønsker å undersøke.

Mine erfaringer og forkunnskaper kan sies å ha tre innfallsvinkler; det sosialfaglige, erfaringer med anbud og det retts sosiologiske. Det er både fordeler og ulemper knyttet til denne erfaringsbakgrunnen. På den ene side gir innfallsvinklene en mulighet til å se tema fra ulike ståsted. På den annen side kan forforståelsen lukke for ny kunnskap og nye perspektiver på det jeg ønsker å undersøke. Jeg har forsøkt å være bevisst på hvordan mine forkunnskaper påvirker forståelsen av tema og hvordan jeg bruker min forforståelse i denne oppgaven.

Jeg informerte alle informantene om min arbeidstilknytning før intervjusituasjonen. Det at jeg hadde erfaring med rusfeltet opplevde jeg som en fordel i intervjusituasjonen. Jeg forstod hva informantene snakket om. Jeg tror også at det var lettere for informantene å snakke om tema med meg. Det er viktig med kunnskap om intervjumaterialet for å kunne stille gode oppfølgingsspørsmål når intervjupersonen svarer. *“Kvaliteten på de produserte data i et kvalitativt intervju avhenger av kvaliteten på intervjuers ferdigheter og kunnskap om temaet”* (Kvale, Brinkmann 2010:99). Intervjuene tar for seg til dels svært spesifikke sider av tema. Jeg tenker at det til dels følger av mine forkunnskaper om tema. Ulempen kan være at min erfaring lukket for en åpenhet mot forhold jeg ikke var kjent med, og at spørsmålene mine har en dreining mot min egen forforståelse. Jeg ser dette som en side ved kvalitativ forskning der forskeren både blir påvirket og påvirker det som skjer i intervjusituasjonen.

I noen av intervjuene kom min arbeidsplass opp som tema. Informantene ble da informert om at jeg ikke kunne diskutere sider ved tema som berørte jobben min. Dette materialet ble heller ikke brukt i analysen av intervjuene. Selv om jeg kjente til tiltakene jeg valgte informantene fra, hadde jeg ikke møtt noen av de som ble intervjuet før intervjusituasjonen.

2.4 Klassifisering og analyse av data

Etter gjennomførte intervju hadde jeg et materiale av lydopptak som skulle bearbeides. Utskrift av lydopptak gjør intervjuene til et empirisk materiale som blir mer egnet for analyse enn hva det å høre på utsagn utgjør. *"Når materialet struktureres i tekstform blir det lettere å få oversikt over det, og struktureringen er i seg selv en begynnelse på analysen"* (Kvale, Brinkmann 2010:188). Lydfilene skrev jeg ned så ordrett som mulig. Jeg utelot å ta med kremting, latter, pauser og andre innputt av småord som forekommer i samtalene, og konsentrerte meg om de meninger som fremkommer. Kvale og Brinkmann sier følgende om hva som skal med i en transkripsjon: *"Svarene vil avhenge av hva transkripsjonen skal brukes til- om den for eksempel skal brukes til en detaljert språklig analyse eller en konversasjonsanalyse, eller en lettest utgivelse av intervjupersonens historie"* (ibid.:190) Mitt prosjekt tilsier at jeg i transkripsjonen skal gjengi utsagn slik disse i sin helhet fant sted under intervjuet. Samtidig er det viktig å være klar over at den kontekst som intervjuet foregår i, og som ikke fremgår av transkripsjonen, kan påvirke intervjuet. Jeg har forsøkt å være bevisst på dette under analysen. Etter første utskrift av lydfilene leste jeg igjennom teksten en gang. Etter det hørte jeg på lydfilen en gang til samtidig som jeg leste teksten for slik å kontrollere om jeg hadde forstått utsagnene riktig.

Ved gjennomlesingen av mitt empiriske materiale markerte jeg i teksten med ulike fargekoder hva informantene snakket om. Jeg benyttet intervjuguiden som en rettesnor for å holde meg til hva det var jeg i utgangspunktet var opptatt av samtidig som jeg bestrebet meg på å være åpen for hva de dreide samtalen mot. Jeg var også opptatt av utsagn og fortellinger som jeg ikke selv hadde tenkt på som vesentlige, men som i dialogen ble viktige erfaringer. Fra at jeg i starten var mest opptatt av informantenes utsagn ble jeg etter hvert mer opptatt av fagets terminologi og teorier om hvordan jeg forstod intervjuteksten. *"Fortolkning av meningsinnholdet i intervjutekster strekker seg utover en strukturering av det manifeste meningsinnholdet i det som sies, og omfatter dypere og mer kritiske fortolkninger av teksten"* (Kvale, Brinkmann 2010:213) I denne delen av arbeidet ble fagets teori viktigere, og rettsosiologiske begreper trådte mer i forgrunnen. Meningen i det som ble fremtredende i transkriberingsteksten ble søkt tydeliggjort gjennom kategorier og samling av utsagn ut fra teoretiske begrep.

Kategoriene jeg endte opp med var "forståelser av fag", "anskaffelser som styringsverktøy", "anskaffelser som verktøy for kontroll", og "kontinuitet i tjenestetilbudet". Kategoriene utgjør teoretiske forståelsesrammer for analysen.

2.5 Etiske betraktninger

Etiske regler og prinsipper i forskning skal verne om enkeltpersoner eller grupper. Gjennom intervjuene har informantene vist en tillit til at deres utsagn vil bli behandlet på en etisk forsvarlig måte. I dette ligger det implisitt at jeg har ansvar for å behandle både utsagn og analyse på en måte som yter informantene rettferdighet. Informantene ble skriftlig informert om studienes hensikt, og om hvordan resultatene skulle presenteres. Jeg har anonymisert informantene i den grad som anses nødvendig utover det de selv anførte som viktig. Mine intervju spørsmål var ikke av en dyptgående personlig karakter, men kan sies å berøre viktige områder for makt og tilgang til ressurser, noe jeg anser som viktig å være oppmerksom på i fremstillingen av materialet. Unngåelse av spissformulering og å trekke utsagn ut av sin sammenheng har i denne sammenheng vært vesentlig.

Pålitelighet (reliabilitet) viser til hvor pålitelig og sikker resultatene er. Det betyr ikke at hensikten har vært å søke sikre resultater i betydning sannhet. Det ligger verken innenfor rammene for oppgaven eller for intervju som metode. Pålitelighet er i denne sammenheng knyttet til min metodiske tilnærming til feltet. Gjennom hele studien har jeg søkt å få frem kunnskap og erfaringer knyttet til tema på en så objektiv måte som mulig. Dette gjelder så vel selve intervjuet der jeg har bestrebet meg på og ikke stille ledende spørsmål, men latt informantene få snakke fritt slik de oppfattet mine spørsmål, og det gjelder de dokumenter jeg har beskrevet og analysert. Videre har jeg under transkriberingen av intervjuene skrevet ordrett ned de meninger som fremkommer, og under analysen vært oppmerksom på å skulle yte informantene rettferdighet. En ny gjennomlytting ble foretatt for å sjekke at utsagn var oppfattet riktig.

Gyldighet (validitet) viser til hvorvidt en undersøger det en skal undersøke med den metoden en har valgt. Jeg har under hele prosessen søkt å ha en for meg tydelig vei og logisk tråd i arbeidet; fra tema og problemstilling, til intervju, transkribering, og analyse.

Under intervjuet har jeg bestrebet meg å følge opp spørsmålene ut fra mine forkunnskaper, og søkt å oppklare usikkerhet og uklarheter. Det at intervjuet var mer å betrakte som en samtale anser jeg som viktig i denne sammenheng. I analysen har jeg søkt å finne logiske sammenhenger. Dette har vært en vanskelig prosess der jeg har sett mange ulike måter mine funn kan fremstilles på.

Kvale og Brinkmann (Kvale, Brinkmann 2010:265) sier at et viktig spørsmål er om den kunnskap en presenterer kan overføres til andre relevante situasjoner. Det betyr ikke en forståelse av materialet som universell kunnskap, men jeg håper det vil kunne ha en overføringsverdi til andre situasjoner, og være relevant ut over den konteksten den er utledet fra.

3. Rusmiddelpolitiske idealer og motiver

3.1 Innledning

I dette kapitlet vil jeg gjøre rede for hvordan rusomsorgen i Norge har utviklet seg med utgangspunkt i innføringen av planer, reformer og lovverk. Endringer i rusomsorgstjenesters innhold og organisering er knyttet til det til enhver tid rådende syn på hva rusmiddelavhengighet er. Synet på rusmiddelavhengighet er igjen knyttet til både ideologiske og samfunnsmessige endringer. Slik sett kan man se på reformer og lovendringer som både en forutsetning for og en konsekvens av samfunnsutviklingen. Den økende oppmerksomheten omkring rusavhengighet som samfunnsproblem i de siste ti-årene førte til behov for løsninger for hvordan man skulle forebygge og begrense skadene av rusmiddelmisbruk både på individ- og samfunnsnivå. Den rusmiddelpolitiske utviklingen har betydelige føringer for hvordan tjenester for rusmiddelavhengige organiseres og administreres mellom, og innad i, statlig og kommunalt nivå og for det kvalitative innholdet i tjenestene.

Ansvar for rusomsorgen er delt mellom staten (sentralt nivå) og kommunene (lokalt nivå). Innenfor det sentrale nivå finnes også de regionale helseforetakene som forvalter sykehusene og spesialisthelsetjenestene innenfor regioner (Stamsø 2009:90, 94).² På det lokale nivå har Oslo organisert kommunen etter parlamentarisk modell og i en bydelsordning. Det betyr at kommunen er organisert i en byregjering med byråd og bystyre, og at byen er delt opp i 15 bydelsadministrasjoner med delegert ansvar fra byregjeringen (Lund 1999:6). Oslo kommune innførte parlamentarisme som styringsform i 1986 (ibid.:12). Hensikten med parlamentarisme på kommunalt nivå er å tydeliggjøre det politiske ansvaret for kommunale beslutninger samtidig som organiseringen i seg selv skal fremme effektivitet både med hensyn til økonomistyring og politiske avgjørelser (Det lokale folkestyre i endring? 2006:7:136). Bydelsordningen ble innført i 1988 etter prinsipper om politisk og administrativ desentralisering (From, Torsøe, Kolberg 2003:53). Det betyr at bydelene har et bydelsutvalg med

² I tillegg kan Fylkeskommunen sies å tilhøre det lokale nivå. I praksis har ikke Fylkeskommunen lengre noe ansvar for tjenester for rusmiddelavhengige (Stamsø 2009:90, 94).

beslutningsmyndighet i en rekke saker som gjelder nærmiljø, og en bydelsadminsitrasjon med ansvar både overfor kommunen sentralt og for bydelsutvalgene. Prinsippet om at tjenester skal plasseres nært brukeren, og den parlamentariske styringsformen, betyr at bydelene i praksis har ansvar for mange av tjenestene til rusmiddelavhengige.³ Måten Oslo har valgt å organisere kommunen på har med andre ord konsekvenser for måten tjenestene er organisert på. I dette kapitlet skal jeg først gjøre rede for sentrale utviklingstrekk for rusomsorgen på statlig nivå, og deretter på kommunalt nivå.

3.2 Rusfeltet - hva er det? Tjenester for rusmiddelavhengige.

Rusmiddelbruk er vanlig i alle lag av befolkningen. Om lag 90 % av voksne bruker alkohol fra tid til annen, mens bruken av illegale rusmidler er relativt sjelden i Norge sammenlignet med andre land (Høyer 2004:263). I de tilfeller der bruk fører til misbruk og avhengighet vil brukeren ha behov for tjenester som er tilpasset avhengighetens grad og kompleksitet. En rekke fagfelt innen helse- og sosialsektoren jobber med tjenester rettet mot rusmiddelproblematikk og rusmiddelavhengige. Det dreier seg om alt fra forebyggende tjenester til rehabiliterende tjenester og inkluderer profesjoner som miljøterapeuter, sosionomer, sykepleiere, leger, psykologer, samfunnsvitere, jurister og økonomer. Ettersom rusmiddelavhengighet i mange tilfeller innebærer bruk av illegale stoffer, kan politi, domstoler og fengselsvesen legges til listen.

Det er ikke uten betydning for oppmerksomheten rundt rusmiddelavhengighet om man velger å se på tjenester for rusmiddelavhengige som tilhørende et eget felt med særegne interesser, eller om man velger å se dem som integrerte tjenester i for eksempel sosialfeltet eller helsesektoren. Tjenester for rusmiddelavhengige har gjennom tidene

³ Om måten velferdsoppgaver er fordelt mellom stat og kommune sier Stamsø at det som er avgjørende for organiseringen er; prinsippet om nærhet til brukeren, hva som er mest kostnadseffektivt, hensynet til lokalt politisk skjønn, hvilke krav tjenesten utløser med hensyn til enhetlig styring og behov for sentrale beslutninger, hvilke krav tjenesten utløser med hensyn til standardisering, regelorientering, kontroll og helhetlige løsninger, og hvilke krav til koordinering og samhandling tjenesten er i behov av (Stamsø 2009:92). Etter disse prinsippene er mesteparten av tjenestene for rusmiddelavhengige lagt til kommunene.

vært gjenstand for slike organisatoriske avveininger på bakgrunn av hvorvidt man anså rusmiddelavhengighet hovedsakelig som et medisinsk eller sosialt problem.

Det kan ved første øyekast fremstå som paradoksalt at Oslo kommune har en relativt omfattende omsorg for rusmiddelmissbrukere all den tid rusmiddelavhengighet i mange tilfeller innebærer bruk av illegale stoffer. Oslo kommune har en relativt stor åpen russcene i sentrum som utsetter seg for disiplinering fra offentligheten både på grunn av bruk av illegale stoffer og på grunn av en uønsket atferd i sentrumsområdet.⁴ I noen tilfeller er det også snakk om en atferd av kriminell karakter. Bruken av legale rusmidler (alkohol) fører også til uønsket atferd i sentrumsområdene, men til forskjell fra den illegale russcenen kan man ikke snakke om en etablert scene. Oslo kommune har med andre ord flere måter å reagere på overfor rusmiddelbruk. På den ene siden straffes bruk av illegale stoffer, mens man på den annen side skadereduserer, gir omsorg og rehabiliterer. Det må presiseres at det er politiets oppgave å håndtere kriminalitet og utøve offentlig makt. Samtidig forvalter Oslo kommune en rekke disiplinierende tiltak overfor uønsket aktivitet i rusmiljøene i Oslo sentrum, som nok kan oppleves som straff for de som opplever det. Blant annet samarbeider kommunen med politiet om hvordan rusmiljøet skal håndteres. For eksempel gjennom handlingsplaner som «Tiltaksplan for alternativer til rusmiljøene i Oslo sentrum» fra 2003 (Skretting, Storvoll 2011:134). Hensikten med handlingsplanen var både å hjelpe og å redusere uønsket atferd i sentrum gjennom å henvise rusmiddelbrukere til hjelpeapparatet og ved å slå ned på åpenlys omsetning av rusmidler. Litt kuriøst er det at politiet fikk både henvisnings- og kontrolloppgaven og således inntok en dobbeltrolle. En rolle som kan fungere som eksempel på hvordan man har valgt å håndtere rusproblematikk i Oslo.

Behandlingstilbud i Norge rettet mot alkoholmisbruk ble opprettet så sent som omkring år 1900, mens tjenester for avhengige av narkotiske stoffer ble etablert i 1961 da staten opprettet den første spesialklinikk i Europa for narkotikamisbrukere (Skretting, Storvoll 2011:13). Tjenestetilbudet overfor avhengige av alkohol ble initiert av frivillige

⁴ Bruk av illegale stoffer rammes av legemiddeloven og straffelovens § 162. Legemiddeloven er myntet på eget forbruk, mens straffeloven rammer omsetning av illegale stoffer. Strafferammen for § 162 er avhengig av alvorlighetsgrad (Skretting, Storvoll 2011:154). Brudd på legemiddeloven er og straffbart, men vil normalt sett føre til en mildere reaksjon, som for eksempel bøtlegging.

organisasjoner, først ved etableringen av et kursted for alkoholmisbrukere i regi av Blå Kors i 1909, mens det første statlige kurstedet ble etablert et år senere. Likevel var omsorgen for rusmisbrukere i hovedsak overlatt til ideelle organisasjoner og veldedighet inntil staten for alvor kom på banen med behandlingssideologiens inntog på 1970-tallet. Det at de frivillige organisasjonene drev tjenester så lenge uten at staten grep inn er med på å forklare hvorfor rusomsorgen fremdeles i dag er et felt med en betydelig andel tjenester drevet av frivillige organisasjoner. Samtidig har flere frivillige og ideelle organisasjoner opplevd at statlige eller kommunale myndigheter har overtatt, eller ønsker å overta, deres institusjoner eller tiltak (Gulbrandsen, Ødegård 2011:54). Slik ekspropriasjon bør sees i sammenheng med hvordan rusavhengighet i økende grad ble anerkjent som et offentlig ansvar både på kommunalt og på statlig nivå. Det offentlige ansvar for rusmiddelavhengighet henger sammen med forståelsen av hva rusmiddelavhengighet er. I hovedsak ble bruk av rusmidler sett på som moralsvikt og ble først og fremst sett på som et sosialt problem frem til 1950-tallet da oppfatningen om rusmiddelavhengighet som sykdom begynte å vinne frem. Det at rusmiddelavhengighet ble løftet frem som et medisinsk problem, og i noen tilfeller som sykdom, gjorde sitt til at den moralske og, i noen tilfeller den strafferettslige fordømmingen av rusmiddelmissbruk ble svekket til fordel for behandling og tilgang til sosiale rettigheter (Høyen 2004:266).

Ansvar for tjenester til rusmiddelavhengige har tradisjonelt sett tilhørt kommunene, og da særlig de kommunale sosialtjenestene. Dette har sammenheng med tjenestenes og avhengighetens natur. Man har ønsket at tjenestene skal finnes nært de som trenger dem, samtidig som det er tenkt at rusmiddelavhengige er i behov av mer enn medisinsk hjelp for sitt misbruk. Forankringen av tjenestene på kommunalt nivå ble lagt til grunn i de gamle edruskapslovene, og ble befestet ved innføringen av Lov om sosiale tjenester fra 1991.⁵ To år etter, i 1993, kom ny kommunelov som førte til endringer i forholdet mellom stat og kommune. *"Mens det tidligere ble lagt stor vekt på kommunalt selvstyre,*

⁵ Sosialtjenesteloven fra 1991 inkorporerte lov om fylkeskommunalt ansvar for alkoholinstitusjoner fra 1984. Fylkeskommunen hadde fra 1991 det overordnede ansvar for annenlinje behandlingstiltak for rusmiddelavhengige (spesialisthelsetjenester), både av alkohol og narkotika. Fylkeskommunen hadde slikt sett ansvar for driften av behandlingsplassene i annenlinjen, mens kommunen hadde ansvar for tjenestene i nærmiljøet, førstelinjen. Kommunen og fylkeskommunen delte på utgiftene til institusjonsplassene tillagt fylkeskommunen (Skretting, Storrø 2011:14).

blir det nå lagt større vekt på integrasjon mellom staten og kommunene bygd på målstyringstanken; staten skal nå styre ved å fastlegge mål, mens kommunene skal stå for gjennomføringen” (Stamsø 2009:98). Prinsippet om at tjenester skal legges til det nivå som kan forvalte dem mest effektivt og nærmest de som bruker dem førte til at kommunen fikk stadig flere velferdsoppgaver samtidig som de i større grad enn tidligere ble utsatt for statlig politisk styring. Med dette som utgangspunkt skulle staten og kommunen samarbeide om tjenester for rusmiddelavhengige, noe som etter hvert viste seg vanskelig ut over 1990-tallet.

”Kritikken mot måten rusmiddelomsorgen var organisert på økte i tiden etter den nye sosialtjenesteloven trådte i kraft. Samarbeidsproblemene mellom helse- og sosialsektoren ble ikke mindre, og det ble i økende grad erkjent at de omfattende helseproblemene mange rusmisbrukere har, ikke ble godt nok ivaretatt” (Høyer 2004:271).

Disse samarbeidsproblemene la grunnlaget for rusreformen av 2004 som igjen banet veg for at tjenester for rusavhengige ble en integrert del av samhandlingsreformen et tiår senere.

3.3 Rusreformen og opptrappingsplan på rusfeltet

3.3.1 Rusreformen

Rusreformen av 2004 førte til en fullstendig overføring av fylkeskommunale oppgaver innen helse- og sosialsektoren til staten.⁶ Den førte også til at rusmiddelavhengige fikk tildelt pasientrettigheter på lik linje med andre grupper med behov for helsetjenester.⁷ Noen år tidligere ble fastlegeordningen introdusert. Denne skulle sørge for en mer helhetlig og forutsigbar oppfølging av befolkningen. Med rusreformen ble det lettere for

⁶ Ansvar for sykehusene og enkelte behandlingstiltak under spesialisthelsetjenesten ble overført fra fylkeskommunen til staten som ledd i sykehusreformen i 2002 (Meld. St. 30. 2011-2012:21). Landet ble også delt inn i fem (senere fire) helseregioner som skulle sørge for spesialiserte tjenester til befolkningen, også for de som var i behov av behandling for rusmiddelavhengighet, såkalt tverrfaglig spesialisert behandling (TSB).

⁷ Pasientrettigheter gir rett til fritt sykehusvalg også for behandling av rusmiddelavhengighet. Det gir midlertid ikke pasienten selv rett til å velge nivå på tjenestene. Dersom den det gjelder tilkjennes rettigheter i henhold til pasient- og brukerrettighetsloven vil både poliklinisk og døgnbehandling oppfylle rett til behandling.

fastlegene å henwise til behandling da de statlige tjenestene for rusmiddelavhengige nå ble regulert av spesialisthelsetjenesteloven og lov om pasientrettigheter (Høyer 2004:272). På grunn av rusmiddelavhengighetens kompleksitet ble likevel sosialtjenestens henvisningsmyndighet opprettholdt slik at både fastleger og sosialtjenesten nå kan henwise til TSB (tverrfaglig spesialisert rusbehandling).

"Rusreformens mål er ambisiøse. Det ble framholdt at rusmiddelmisbrukere med sammensatte problemer skal få bedre tjenester. Behandling for rusmiddelmisbruk skal utvikles til en tverrfaglig spesialisthelsetjeneste som fokuserer på helhetlige og individuelt baserte tilnærminger, med vektlegging av så vel det sosialfaglige som det helsefaglige perspektivet. Reformen er ment å sikre at rusmiddelmisbrukeres rettigheter som pasienter skal ivaretas på en bedre måte og at rusmiddelmisbrukere enklere enn tidligere skal få de spesialiserte helsetjenester som er nødvendige for å redusere somatiske og psykiske plager, i tillegg til at de skal få behandling for sine misbruksproblemer. Behovet for å sikre et bedre tilbud til rusmiddelmisbrukere som samtidig har alvorlige psykiske lidelser, er spesielt understreket" (Skretting, Storvoll 2011:15).

Hensikten med rusreformen var altså en helhetlig og bedre behandling med større fokus på behandlingsresultater (Lie, Nesvåg 2006:13). Slik som intensjonene i reformen kommer til uttrykk i sitatet er det verdt å merke seg at behandling for misbruksproblemer kommer i annen rekke. For å kunne behandle rusmiddelavhengighet er det nå viktig å behandle somatiske symptomer først.

For Oslo kommune betød rusreformen at mange av behandlingstilbudene kommunen hadde etablert ble overført til staten ved spesialisthelsetjenesten. *"For hjelpetilbudene i Oslo, og ikke minst for Oslo kommune, har rusreformen representert store endringer i ansvarsforhold, organisering og styring av tjenestetilbudet. I kommunen var man redd for at den sammenhengende tiltakskjeden som var bygget opp skulle fungere dårligere etter reformen" (Lie, Nesvåg 2006:13).*

3.3.2 Opptappingsplanen på rusfeltet 2007-2012

Regjeringens satsning på rusfeltet ble nedfelt i opptappingsplanen fra 2007. Den ble opprinnelig vedtatt frem til 2010, men i påvente av stortingsmeldingen ble den utvidet til å gjelde ut 2012. Opptappingsplanen kom som en konsekvens av en erkjennelse av at

rusreformen ikke i tilfredsstillende grad ivaretok rusmiddelavhengiges behov, både med hensyn til det kvalitative innholdet i tjenestene og med hensyn til behovet for koordinerte tjenester (Resultat og virkemidler 2012:7). Formålet med planen var å *”reducere de negative konsekvensene som rusmiddelbruk har for enkeltpersoner og for samfunnet”* (Opptappingsplan for rusfeltet 2007:8). Det skulle innebære en satsning på folkehelse, styrking av kvalitet og tilgjengelighet i tjenestene, samhandling i tjenestene ved bruk av koordinerende tiltak, planer og avtaler, og økt brukermedvirkning (ibid.). Opptappingsplanen resulterte i 23 delmål og 147 tiltak. *”Oppsummeringen viser at med få unntak er alle 147 tiltakene i opptappingsplanen gjennomført eller igangsatt, og mange av delmålene i planen er helt eller delvis oppnådd”* (Resultat og virkemidler 2012:7).

De viktigste satsningsområdene gjaldt for det første en videreføring av rusreformens målsetting om flere behandlingsplasser og reduserte ventetider til TSB (tverrfaglig spesialisert behandling). For det andre ble kommunen tilført midler for å ivareta hensynet til brukergruppens oppfølgings- og omsorgsbehov (Opptappingsplan for rusfeltet 2007:10). I den forbindelse ble det blant annet opprettet stillinger for ruskonsulenter med koordineringsansvar for tjenestene til den enkelte. Som virkemiddel i koordineringen av tjenestene ble det også iverksatt tiltak for å sikre at brukere fikk tilbud om individuell plan. For det tredje vektla opptappingsplanen kompetanseheving. Det resulterte i nye veiledere og retningslinjer, implementering av nye kartleggingsverktøy og rapporteringskrav (ibid.). Kravene til hva og hvor mye tjenestene skulle dokumentere økte både i kommunene og i de statlige helseforetakene.

Den endelige evalueringen av opptappingsplanen er ventet i løpet av 2013.

Helsedirektoratet har gjort evalueringer underveis, og erfaringene er i følge direktoratet overveiende positive både med hensyn til resultater og virkemidler. Blant annet har kommunens innsats blitt styrket. *”I 2006 var det omtrent 50 kommuner som mottok tilskudd, i 2011 var det 297. Til sammen 92 % av landets innbyggere bor i kommuner som har mottatt tilskudd til kommunalt rusarbeid”* (Resultat og virkemidler 2012:7).

Til tross for at helsedirektoratet vurderer opptappingsplanen som vellykket, pekes det i oppsummeringen av planen på at man ikke er helt i mål med hensyn til

kapasitetsøkningen i behandling og til tilrettelegging av tjenestene i kommunene. Helsedirektoratet peker på et fortsatt behov for satsning på rusfeltet. *”Et viktig arbeid fremover er å sikre at rus- og psykisk helsefeltet blir implementert på en god måte i arbeidet med samhandlingsreformen”* (Resultat og virkemidler 2012:9).

3.4 Samhandlingsreformen og ny helse- og omsorgslov

3.4.1 Samhandlingsreformen

Samhandlingsreformen ble iverksatt fra 1. januar 2012. Reformen medfører en betydelig endring i organiseringen av tjenestetilbudet både på statlig og kommunalt nivå, og reformen iverksettes derfor gradvis over tid. Reformen ble til som en konsekvens av bekymring for økte utgifter til helse- og omsorgstjenestene og for om pengene ble brukt effektivt. Med dette som utgangspunkt så man et behov for klarere ansvarsfordeling mellom statlig og kommunalt nivå og for å organisere tjenestene på en måte som la bedre til rette for samarbeid mellom, og innad i, nivåene.

Reformen vektlegger det forebyggende aspektet ved helsetjenester. Et styrket fokus på tidlig innsats og på å flytte tjenester nærmere der folk bor betyr i praksis en styrking av de kommunale tjenestene og det kommunale ansvarsområdet. Kommunen fikk flere penger og ble tillagt flere oppgaver for å gjennomføre en slik satsingen (Samhandlingsreformen 2012). Reformen legger også opp til en satsing på brukermedvirkning, blant annet ved en styrking av rett til nødvendig helsehjelp (kommunen skal kunne tilby øyeblikkelig hjelp og spesialisthelsetjenesten skal gi behandlingsgaranti).

Virkemidlene for implementering av reformen er knyttet til innføring av nytt lovverk, koordinering av klageprosedyrer (alle klager rettes til Fylkesmannen), sykehusene og kommunenes plikt til samarbeid, styrking av kommunenes økonomi (bla. ved overføring av penger fra sykehusene til kommunen), og en ytterligere spesialisering av sykehusene og spesialisthelsetjenesten i helseforetakene (ibid.).

3.4.2 Helse- og omsorgsloven

Samhandlingsreformen nødvendiggjorde en revisjon av regelverket, som først og fremst resulterte i en ny lov om helse- og omsorgstjenester. Lov om kommunale helse- og omsorgstjenester av 24. juni 2011 nr. 30 ble iverksatt fra 1. januar 2012. Loven erstatter den gamle kommunehelsetjenesteloven og sosialtjenesteloven samtidig som kommunens lovpålagte oppgaver videreføres i den nye loven (Høringsuttalelse 2011:1).⁸ Den nye loven har integrert kommunenes forpliktelser til sosialtjenester med forpliktelser innen helse- og omsorgstjenester. For rusmiddelavhengige betyr det at kapittel seks i sosialtjenesteloven, særlige tiltak overfor rusmiddelmissbrukere, er fjernet i den nye loven. Kapittel seks hjemlet, foruten bruk av tvang, hjelpetiltak for rusmiddelavhengige med hensyn til veiledning, institusjonsopphold og behandlingsopplegg. Selv om rusmiddelavhengige som gruppe er mindre synlig i den nye loven, er rettstilstanden i realiteten neppe endret. I hovedsak er tjenestene rettet mot rusmiddelavhengige ivaretatt i den nye lovgivningen. Samtidig har kommunen fått større selvråderett med hensyn til selve utformingen av tjenestetilbudet. Om denne nye selvråderetten, og det at rusmisbrukere er blitt mindre synlige i ny lovgivningen likevel får praktiske konsekvenser, gjenstår å se.

Lovens formål beskrives over syv ledd. I annet ledd heter det at lovens formål er å *"fremme sosial trygghet, bedre levevilkårene for vanskeligstilte, bidra til likeverd og forebygge sosiale problemer"*. Målsettingene i lovverket må kunne sies å være omfattende. I tredje ledd heter det at loven skal *"sikre at den enkelte får mulighet til å leve og bo selvstendig og til å ha en aktiv og meningsfylt tilværelse i fellesskap med andre"*. Lovverket er formulert i generelle vendinger og med overordnede målsettinger (ibid.).

Samhandlingsreformen lovfestes gjennom formålsbeskrivelsen i femte ledd, *"sikre samhandling og at tjenestetilbudet blir tilgjengelig for pasient og bruker, samt sikre at tilbudet er tilpasset den enkeltes behov"*, og gjennom kapittel seks om samarbeid mellom

⁸ Den nye loven førte dessuten til endringer i en rekke andre lover, som pasient- og brukerrettighetsloven, helsepersonelloven og spesialisthelsetjenesteloven. Tjenester for rusmiddelavhengige er også hjemlet i pasient- og brukerrettighetsloven, og gir rett til nødvendig behandling og rehabiliterende tjenester, herunder sosialfaglige tiltak der det anses nødvendig (Pasient- og brukerrettighetsloven §1-3, og § 2-1).

kommuner og regionale helseforetak mv. Herunder tilhører plikt til å inngå samarbeidsavtaler. Kapittel syv hjemler rett til individuell plan og til koordinering av tjenestene mellom spesialist og kommune. Lovverket sørger for større grad av kommunal selvråderett ved at kommunen har stor frihet til selv å avgjøre organiseringen av tjenestene. Regelverket fastslår kommunens "sørge-for-ansvar" uten å fastsette hvordan tjenestene skal organiseres.

"Intensjonen med lovforslaget er å tydeliggjøre kommunens overordnede ansvar for helse- og omsorgstjenester, uten at kommunen samtidig pålegges bestemte måter å organisere tjenestene på. Kommunenes plikter skal videreføres, men pliktene foreslås utformet mer overordnet og profesjonsnøytralt" (Høringsuttalelse 2011:2)

Det kan stilles spørsmål ved hvor sterke rettighetene i helse- og omsorgsloven er. Slik lovteksten er formulert kan den i større grad oppfattes som et intensjonslovverk enn konkrete regler for tjenestene og brukerne. Liten grad av spesifisering av rettigheter svekker rettighetenes gyldighet, noe som kan være utfordrende for brukerne. På den annen side endret samtidig den gamle pasientrettighetsloven navn til Pasient- og brukerrettighetsloven. Dette tydeliggjorde at (blant annet) rusmisbrukere har klare rettigheter til sosiale tjenester på samme linje som helsetjenester gitt av helsepersonell.

3.5 Stortingsmeldingen "Se meg! En helhetlig rusmiddelpolitikk"

Høsten 2012 lanserte Regjeringen stortingsmeldingen "Se meg! En helhetlig rusmiddelpolitikk". Formålet med meldingen er å samle og gjøre rede for alle aspekter ved rusmiddelmisbruk; fra forebygging til skadereduserende tiltak, inkludert hensynet til pårørende. Meldingen baserer seg på foregående planer, meldinger og reformer innen rusfeltet og innen sektorer som innvirker på rusfeltet direkte eller indirekte. Føringsene i opptrappingsplanen følges opp, mens samhandlingsreformen setter sitt tydelige preg på meldingen. Det er da også en uttalt målsetting med meldingen at den skal ta hensyn til virkemidlene implementert gjennom samhandlingsreformen for å kunne utarbeide en bedre og mer helhetlig rusmiddelpolitikk med det formål å kunne tilby den enkelte rusmiddelavhengige et mest mulig tilpasset og sammenhengende behandlingsløp.

”Det skal legges til rette for å styrke kommunale tjenester, kombinert med en tilgjengelig, desentralisert og understøttende spesialisthelsetjeneste. Framtidens tjenestetilbud skal være tilgjengelig, kunnskapsbasert, individuelt tilpasset, samordnet og kontinuerlig” (Meld. St. 30 2011-2012:10).

Det er altså de kommunale tjenestene som skal styrkes, i tråd med målet om at tjenestene skal være så nært brukerne som mulig. I et slikt perspektiv kan man se på spesialisthelsetjenesten som et sikkerhetsnett som trer i kraft dersom kommunens tjenester ikke er tilstrekkelige for å ivareta den enkeltes liv og helse.

Stortingsmeldingen vektlegger brukermedvirkning i alle ledd av behandlingsløpet. Dette representerer en ytterligere styrking av idealene i rusreformen, samhandlingsreformen og helse-og omsorgsloven. Meldingen beskriver individuell tilpassing og brukermedvirkning som virkemiddel for å styrke tjenestenes innhold. *”Brukere og pårørende skal møtes med respekt og omsorg og ha innflytelse over utformingen av tjenestetilbudet* (Meld. St. 30 2011-2012:21)”. Det understrekes at brukermedvirkning ikke bare skal implementeres på individnivå, men også på systemnivå.

Stortingsmeldingen legger opp til stor grad av kommunal selvråderett når det gjelder innholdet i og organiseringen av kommunens tjenester. Samtidig sier meldingen at det avgjørende for å øke kvaliteten på tjenestene er at samhandlingen mellom, og innad i, etatene fungerer til det beste for brukeren. Det legges med andre ord betydelig vekt på måten tjenestene er organisert på og mindre vekt på det faktiske innholdet i tjenestene. Det kan synes som om kvaliteten i tjenestene skal avgjøres av brukerens tilfredshet med tilbudet. Spørsmålet blir da i tilfelle hvordan brukerens grad av tilfredsstillelse med tjenestene skal måles.

3.6 Oslo kommunes rusmiddelpolitiske satsningsområder

3.6.1 Oslo kommunes strategiske plan 2007-2011

Byrådsavdelingen for eldre og sosiale tjenester har for inneværende periode (2011-2016) det overordnede ansvar for rusomsorgen i kommunen og skal sørge for en *”overordnet og effektiv gjennomføring av byrådets/bystyrets vedtak og byrådets politikk”*

og føre tilsyn med tilhørende virksomheter (Strategisk plan 2008-2011 2007:3)⁹. Avdelingens strategiplan for perioden 2007 til 2011 fastsetter målsettinger for satsningsområdene gjeldende periode¹⁰. Planen inneholder fire hovedmålsettinger med flere underliggende mål. I forhold til denne oppgavens problemstilling er det verdt å merke seg at målene i overveiende grad handler om måter avdelingen kan effektivisere driften og organiseringen på samtidig som samhandling fremheves i flere punkter.

Mål 1: *"Byrådsavdeling for velferd og sosiale tjenester er et effektivt faglig sekretariat for politisk ledelse"*. Det presiseres at avdelingen *"skal sikre målrettet samhandling med statlige, kommunale og andre offentlige organer for å ivareta Oslo kommunes interesser best mulig"* (Strategisk plan 2008-2011 2007:3).

Mål 2: *"Byrådsavdeling for velferd og sosiale tjenester har god og relevant styring av underliggende virksomheter slik at politiske føringer virkeliggjøres gjennom endringer i tjenestetilbudene"*. Herunder presiseres at avdelingen skal ha en god *"styringsdialog"* og at den skal *"sørge for systematisk rapportering og oppfølging av områder/tiltak som er politisk prioriterte og/eller særlig ressurskrevende og risikofylte"* (Strategisk plan 2008-2011 2007:5).

Mål 3: *"Byrådsavdeling for velferd og sosiale tjenester utvikler og tilpasser egen og underliggende enheters organisasjon"*. Det betyr blant annet at avdelingen skal

⁹ Oslos parlamentariske styringsform innebærer at kommunen er organisert i avdelinger ("departement") og etater ("direktorat"), slik regjeringen er organisert på nasjonalt nivå. Oslo kommune har fem underliggende avdelinger og komiteer med ulike ansvarområder (Lund 1999:30). Byrådsavdelingen for eldre og sosiale tjenester er delt inn i underliggende seksjoner, hvor Seksjon for sosiale tjenester (SOS) har ansvaret for tiltak for rusmiddelavhengige (Styringssystemet i Oslo 2013). Seksjon for sosiale tjenester er igjen delt inn i etater, hvorav Velferdsetaten (tidligere Rusmiddeletaten) har gjennomføringsansvar for rusomsorgen. Det som lett gjør oppdelingen forvirrende er at avdelingene, seksjonene og etatene gjerne skifter navn med jevne mellomrom, alt etter sammensetningen i byrådet og politiske satsningsområder. Som man ser over, har dagens Byrådsavdeling for eldre og sosiale tjenester i forrige periode hatt navnet "velferd og sosiale tjenester". Med andre ord er det i inneværende periode de eldre som trekkes frem som satsningsområde for byrådet.

¹⁰ Strategiplan for perioden 2012 til 2016 var ennå ikke vedtatt under arbeidet med denne oppgaven (Velferdsetaten 2012).

”sikre kvalitetsutvikling, individuell tilpasning og brukermedvirkning i tjenestene”. Dette innebærer bruk av brukerundersøkelser, interessentmålinger, revisjoner, medarbeiderundersøkelser, kvalitetsmålinger og etablering av effektiviseringsnettverk på noen områder (Strategisk plan 2008-2011 2007:6).

Mål fire handler om systemer for internkontroll og anses ikke som relevant for denne oppgaven.

Det kan se ut til at byrådsavdelingens ansvar handler mer om styring av underliggende etater og i mindre grad om innholdet i politikken. Når man beveger seg nedover i systemet kommer denne styringspolitikken tydeligere til syne. Samtidig er det verdt å legge merke til byrådsavdelingens satsning på samhandling, individuell tilpasning, brukermedvirkning, kvalitet, styring, målretting og effektivitet.

3.6.2 Strategisk plan for Rusmiddeletaten 2009-2012

I forbindelse med denne oppgaven har jeg intervjuet ansatte i Velferdsetaten om deres erfaringer med anskaffelser av tjenester i konkurranse. En nærmere presentasjon av etaten er derfor plassert i kapittel fem. I dette kapitlet er hensikten å presentere Velferdsetatens målsettinger for kommunens rusmiddelpolitikk.

Velferdsetaten ble opprettet 1. januar 2012 etter en etatsreform som førte til at Rusmiddeletaten, deler av Helse- og velferdsetaten og deler av Storbyavdelingen i kommunen ble samordnet i en etat (Velferdsetaten 2013). Velferdsetaten er underlagt Seksjon for sosiale tjenester og har ansvaret for forvaltning av kommunens tjenestetilbud innen rusomsorgen.¹¹ Spesielt er ansvaret knyttet til drift av institusjoner. Rusmiddeletatens strategiplaner redegjør for satsningsområder for etaten og er basert på føringer fra byrådet og vedtak i bystyret. Planen inneholder fire overordnede målsettinger. Den første målsettingen handler om kommunens ansvar for tjenester som

¹¹ Rusmiddeletaten brukes som navn når det er knyttet til virksomhet før 1 januar 2012, mens Velferdsetaten brukes for virksomhet etter samme dato. I realiteten er det på grunn av omorganisering snakk om en navneendring for (deler av) den samme etaten og som har det samme ansvaret innen den kommunale rusomsorgen

"skal være tilpasset brukernes ønsker, forutsetninger og behov" (Strategisk plan for rusmiddelstaten 2009-2011 2009:14). I det legger etaten at brukernes behov og preferanser skal være styrende for tilbudet; brukermedvirkningen skal styrkes. Etaten ønsker å redusere ventetiden om plass ved deres institusjoner samtidig som gjennomføringsprosenten skal økes. Satsningen inkluderer et mål om koordinering av tjenestene med Helse Sør-Øst og bydelene, samt et individuelt tilpasset tilbud. Det er også et økt fokus på forebygging og tidlig innsats (ibid.). De mer overordnede målsetningene er som klippet ut fra samhandlingsreformen. Andre målsettinger av betydning for kommunens tjenestetilbud inkluderer satsning på aktivisering og sysselsetting av brukerne og forebygging av avbrudd i behandling (ibid.:15).

Hovedmål to og tre handler henholdsvis om kompetanse- og erfaringsbaserte tjenester og samhandling mellom, og innad, i nivåene i rusomsorgen. I det ligger en målsetting om å *"tilpasse tilbudene i tråd med resultatet av styringsdialogene rundt kvalitetsmålingene"* (ibid.:16). Dette er i samsvar med hovedmål fire som er at etaten *"skal sikre kvalitet og forvalte sine ressurser kostnadseffektivt"* (ibid.:19). I dette legger etaten opp til å sikre kost/nytte- effekt ved å benytte kartleggings- og styringsverktøy, også for å fremme effektivitet i tjenestene. Her ser man spor av føringer fra opptrappingsplanen, samhandlingsreformen og styringsdokumentet fra byrådsavdelingen. Samtidig peker strategiplanen frem mot idealene knyttet til Oslo kommunes anskaffelsesstrategi, som jeg skal komme nærmere tilbake til i kapittel fire. Det må også nevnes at Byrådsavdelingen for eldre og sosiale tjenesters styringsdialog med Velferdsetaten stort sett skjer gjennom implementering av planer og budsjett.

3.6.3 Tildelingsbrevet til Velferdsetaten

Byrådsavdelingens krav om målsettinger og resultater leveres Velferdsetaten gjennom et årlig tildelingsbrev (Tildelingsbrev 2013 – Velferdsetaten 2013:2). I innledningen til tildelingsbrevet fra i år tegner byrådsavdelingen et bilde av en overordnet utfordring knyttet til usikkerhet rundt fremtidige ressurser:

”Langsiktige eller overordnede utfordringer og fokus i årene fremover knytter seg spesielt til en forventet sterk befolkningsvekst. Oslo kommune må øke investeringene for å møte det fremtidige behov for kommunale tjenester. Viktige bidrag for å sikre kommunens økonomiske handlefrihet er bedre planleggings- og gjennomføringsprosesser for investeringer, videreutvikling av virksomhetsstyringen i kommunen, bedre og mer effektive anskaffelsesprosesser, herunder kontraktsoppfølging som peker seg ut som et prioritert område” (Tildelingsbrev 2013 – Velferdsetaten 2013:2). Det er verdt å legge merke til at anskaffelser trekkes frem som et satsningsområde. Effektivitet og styring vektlegges, sammen med oppfølging av inngåtte kontrakter med private leverandører.

3.7 Sammenfatning kapittel 3

Organiseringen av tjenester for rusmiddelavhengige har gjennomgått en utvikling i retning av en gradvis desentralisering av makten fra statlig til kommunalt nivå. Det vil si at kommunen i stadig større grad har fått ansvar for, og rett til, selv å bestemme innhold i de lovpålagte tjenester de tilbyr sine innbyggere. Staten tar hånd om de overordnede visjonene og målene, mens kommunen har ansvaret for å gjennomføre politikken ut fra effektivitets- og styringshensyn. Med satsingen på rusomsorgen gjennom rusreformen av 2004 og samhandlingsreformen av nyere dato kan det se ut som om det har skjedd en parallell utvikling der kommunen har fått flere oppgaver samtidig som staten har fått ansvaret for flere tjenester (Stamsø, Hjelmtveit 2009:22). Slik sett kan det se ut om utviklingen har gått i retning av en todeling med hensyn til ansvarsfordelingen mellom stat og kommune. Utfordringen er i dette perspektivet likevel, og fortsatt, samarbeidet mellom nivåene.

Økt kommunalt ansvar for tjenestenes innhold innebærer også økt kommunalt ansvar for tjenestenes kostander. *”Tanken bak denne desentraliseringen er at den som har ansvaret for tjenesten, også skal ha det økonomiske ansvaret. Resultat og økonomi skal ses i sammenheng og føre til større ansvar og mer effektiv bruk av pengene”* (Stamsø 2009:79). Spørsmålet som kan stilles ut fra dette er hvordan kommunen skal få til mer effektivitet samtidig som de skal ivareta kvalitet i tjenestene. Dette er tema for kapittel fire.

4. Konkurransen som ideal for styring av rusomsorgen i Oslo kommune

4.1 Innledning

Oslo kommune har anskaffet rusomsorgstjenester gjennom konkurranser siden slutten av 1990-tallet etter initiativ fra et Høyrestyrt byråd (From, Kolberg 2003:49).

Ideologiske avveininger var ikke uten betydning for implementeringen av konkurranseverktøyet i kommuneforvaltningen. Tradisjonelt har partier som befinner seg til høyre politisk vært større tilhengere av markedsmekanismer enn partier som befinner seg til venstre. Forutsetninger for innføring av konkurranse er også knyttet til et politisk behov for å håndtere den økende avstanden mellom etterspørselen av velferdstjenester og det offentlige tilbud (Hjelmtveit 2009:60). Samtidig, og i tråd med den ideologiske og samfunnsmessige utviklingen, vokste det frem et behov for å modernisere offentlig sektor. Moderniseringen har skjedd gjennom reformer og virkemidler hentet fra New Public Management (NPM). I dette kapitlet skal jeg først gjøre rede for hvorfor NPM som ideal for styring av offentlig sektor er en forutsetning for konkurranseeksponeringen av tjenester for rusmiddelavhengige. En annen viktig forutsetning er lov om offentlige anskaffelser fra 1999 som beskrives i kapittel 4.3. Idealene som ligger til grunn for anskaffelser gjennom konkurranse kommer også til uttrykk gjennom Oslo kommunes anskaffelsesstrategi. Strategien legger føringer for hvordan kommunen skal gå frem i anskaffelsesprosessen for å best mulig ivareta kravene til tjenestene. Dette er tema for kapittel 4.4.

4.2 New Public Management

Konkurranseeksponering av offentlige tjenester som fenomen blir gjerne satt i sammenheng med innføringen av ideer og virkemidler hentet fra New Public Management. Det er vanskelig å gi en presis beskrivelse av hva New Public Management (NPM) er, og litteraturen jeg har sett på gir ikke noe entydig svar (From, Kolberg 2003:18) (Stamsø 2009:67). Betegnelsen har blitt forsøkt oversatt til norsk som Ny Offentlig Styring (NOS) (Nordstoga, Støkken 2009:11). Jeg vil likevel bruke den mer etablerte betegnelsen NPM i denne oppgaven.

I Norge ble New Public Management gradvis innført i løpet av 1980-tallet som følge av en kritikk av måten offentlig sektor ble styrt og drevet på. Det ble hevdet at offentlig sektor var utpreget ineffektiv, byråkratisk tungrodd, preget av høye utgifter og at den produserte for lite kvalitet i forhold til ressursbruk (Stamsø 2009:67). På samme tid fryktet man konsekvensene av en varslet nedgang i petroleumsinntektene samtidig som stadig flere velferdsoppgaver ble tillagt det offentlige. Dette hadde blant annet sammenheng med en utvikling som gikk i retning av en vektlegging av individuelle rettigheter på bekostning av oppslutningen om de kollektive opparbeidede rettighetene fra etterkrigstiden (Hjelmtveit 2009:47). I innledningen til kapittel fem i Makt- og demokratiutredningen fra 2003 heter det følgende:

"De brede folkebevegelsene er ikke lengre sentrale i utvikling og organisering av velferdstjenester. Den politiske støtten til universelle velferdsordninger blir svakere og barrieren mot mer private forsikringsordninger i trygde – og velferdssystemet blir lavere. Dette uttrykker en form for individualisering som bryter opp de kollektive løsningene. Samtidig har presset mot velferdsstaten økt fordi befolkningens krav og forventninger overstiger de offentlige bevilgningene. Kommunene har fått trangere økonomiske rammer i rollen som iverksetter av statlig politikk." (Makt og demokrati 2003:19:26)

Den kombinerte virkningen av rettighetstenkningen og ekspansjonen av velferdsstaten førte til stadig økende utgifter på statsbudsjettet. Behovet for å bremse denne utviklingen ble forsterket av økonomisk globalisering som både opplevdes som en trussel mot fremtidige statlige inntekter og som en trussel mot økonomisk selvråderett.

"Den mest grunnleggende endringen i rammebetingelsene for velferdspolitikken etter 1980 og fram til i dag ligger i kombinasjonen av følgende to forhold: Etterspørselen etter offentlige velferdsgoder øker. Samtidig opplever politikerne at de offentlige ressursene er begrensede og usikre. Den politiske konklusjonen som trekkes av denne situasjonen, er innstramning i de offentlige utgiftene" (Hjelmtveit 2009:60).

Løsningen ble en introduksjon av markedsmekanismer i offentlig sektor. Oppslutningen om den universelt utformede velferdsstat ble utfordret av en gradvis innføring av ideer hentet fra det private marked. Tanken var at markedsliberalismen i seg selv ville føre til en mer effektiv offentlig sektor, som igjen ville redusere behovet for politisk styring. I et NPM-perspektiv reduseres behovet for politisk styring ved etablering av konkurransemarkeder fordi markedet i seg selv regulerer etterspørsel og tilbud.

NPM forklares gjerne som en fellesbetegnelse på reformer og virkemidler som har som målsetting å modernisere og effektivisere offentlig sektor på en slik måte at man oppnår kostnadsreduksjon samtidig som de offentlige tjenestene forbedres kvalitetsmessig. Tjenester utformet innen NPM er utpreget målstyrte, i motsetning til regelstyrte, og de retter seg mot befolkningen som kunder heller enn klienter. Det kollektive er nedtonet til fordel for individet. Konkurransesponering av offentlige tjenester kan sees i et NPM-perspektiv ettersom det er snakk om implementering av markedsmekanismer med den hensikt å effektivisere tjenestene. I Norge har man valgt å innføre NPM i relativt beskjeden grad i forhold til land som Storbritannia og New Zealand, som oftest trekkes frem som de fremste eksponentene for New Public Management (From, Kolberg 2003:14). Omfanget av NPM i Norge begrenses både av politisk vilje til å gjennomføre NPM i offentlig forvaltning og av graden, eller styrken, av de NPM-virkemidlene man har valgt å implementere (ibid.:19). Sagt på en annen måte; man har ment at det er hensiktsmessig å effektivisere velferdssektoren ved hjelp av virkemidler fra privat sektor, men man har ikke ønsket å gå i retning av en ren privatisering av tjenestene. Man har også ment at konkurranse som virkemiddel i velferdssektoren er positivt i seg selv, men man har i stor utstrekning valgt å benytte seg av konkurranse reformer som begrenser markedets handlingsrom. Det er med andre ord ikke privatisering av offentlige tjenester i seg selv som fremmer effektivitet, men konkurransen mellom ulike tilbydere i et marked. Dette forutsetter at reelle konkurransemarkeder etableres der potensielle tjenesteleverandører kan konkurrere på likt grunnlag.

Terminologien som benyttes i forbindelse med konkurranse kan være uklar. Ord som anbud og anbudsprosess, privatisering og konkurranse brukes for å beskrive til dels de samme prosessene til tross for at de har særegne betydninger innenfor konkurranseterminologien. I denne oppgaven er begrepet "konkurransesponering" brukt for å beskrive innføringen av konkurranseelementer i offentlig forvaltning, og er slik sett ikke ensbetydende med konkurranseutsetting av tjenester (se vedlegg 3; definisjoner).

4.3 Lov om offentlige anskaffelser

Lov om offentlige anskaffelser av 16. juli 1999 nr. 69 gjelder for Oslo kommune som oppdragsgiver for tjenestene de anskaffer gjennom konkurranse og for tjenesteleverandører når de deltar i konkurranse. Lovverket er basert på EØS-avtalen og omfatter en rekke regler for hvordan kommunen skal anskaffe tjenester. Innføringen av regelverket førte til at Oslo kommune begynte å benytte seg av konkurranse som strategi for å ivareta det helhetlige kommunale rustilbudet (Velferdsetaten 2012). Kommunen forvaltet tidligere sitt ansvar for rustilbudet gjennom økonomiske tilskudd til ideelle og private virksomheter, i tillegg til de virksomhetene kommunen selv driftet. Ved innføringen av lovverket ble det kommunale ansvaret styrket ved at kommunen satt med bestilleransvar for tjenestene. Denne utviklingen kom som en følge av et behov for en styrking av den kommunale styringen av tjenestene. Man ønsket mer kontroll med hva kommunens penger ble brukt til (ibid.).

Offentlige anskaffelser skal i følge loven så langt det lar seg gjøre baseres på konkurranse (Lov om offentlige anskaffelser § 5). I dette ligger det at enhver anskaffelse som kan anskaffes gjennom reell konkurranse, skal konkurransesponeres¹². Dette er et grunnkrav i loven og avspeiler at konkurranse anses som den mest hensiktsmessige strategi for å hente inn tjenester. Kommunen plikter å gjennomføre konkurransen etter reglene og prinsippene i loven (LOA) og i forskrift av 2006 om offentlige anskaffelser (FOA) der den kommer til anvendelse. Lovens formål (LOA § 1) er som følger:

”Loven og tilhørende forskrifter skal bidra til økt verdiskapning i samfunnet ved å sikre mest mulig effektiv ressursbruk ved offentlige anskaffelser basert på forretningsmessighet og likebehandling. Regelverket skal også bidra til at det offentlige opptrer med stor integritet, slik at allmennheten har tillit til at offentlige anskaffelser skjer på en samfunnstjenelig måte.”

¹² Dette gjelder alle tjenester som overskrider 500.000 kroner (jf. LOA §2-1). Lovverket åpner for å unnta helse- og sosialtjenester fra konkurransereglene, men det må i tilfelle et politisk vedtak til for å kunne anvende regelen (Bjørnøy n.d.).

Formålsparagrafens første del indikerer for det første at mest mulig effektiv ressursbruk skjer gjennom offentlige anskaffelser, og for det andre at denne strategien i seg selv bidrar til økt verdiskapning. Med andre ord er formålet med offentlige anskaffelser å kjøpe best mulig tjenester uten å bruke mer penger enn nødvendig for å oppnå kvalitetskravene til tjenesten.

Valg av konkurranseform avgjøres av bestemmelsene om EØS-terskelverdier. Terskelverdiene fastsetter regler for valg av anskaffelsesprosedyre avhengig av anskaffelsens anslåtte verdi¹³. Ut fra bestemmelsene om terskelverdier følger det at helse- og omsorgstjenester skal anskaffes gjennom konkurranse med forhandling og at konkurransen skal utlyses nasjonalt¹⁴. Konkurranse med forhandling vil si at alle interessenter kan levere inn tilbud og at det åpnes for forhandlinger etter at tilbudene er levert inn.

4.4 Oslo kommunes anskaffelsesstrategi

Oslo kommune har vedtatt en felles anskaffelsesstrategi for sine virksomheter som skal sørge for *"en felles overordnet tenkning og atferd slik at kommunens anskaffelser effektivt bidrar til at kommunen når sine mål"* (Veileder for offentlige anskaffelser 2010:6). Målsettingen er at anskaffelsene skal være økonomisk effektive og at prosessen skal være forutsigbar og tillitsskapende. Prosessen forløper i tre faser. Planleggingsfasen består av behovskartlegging og undersøkelser i det markedet tjenesten skal anskaffes i. I denne fasen utarbeides det et konkurransegrunnlag som beskriver kravene til tjenestene. Den neste fasen omfatter utlysning og gjennomføring av konkurransen, mens den siste fasen gjelder oppfølging av de inngåtte avtalene med tjenesteleverandørene. I konkurransegrunnlaget fra 2010 er følgende fremdriftsplan for anskaffelsesprosessen lagt til grunn (Konkurransegrunnlag 2010:6):

¹³ Den anslåtte verdien på tjenesten beregnes på grunnlag av oppdragsgivers (Oslo kommune) anslag av det samlede beløp de kan komme til å betale (LOA §2-3).

¹⁴ Dette følger av at helse- og sosialtjenester anses som uprioriterte tjenester (at de ikke egnes til såkalt grenseoverskridende handel i EØS-området) og dermed klassifiseres som klasse 2 tjenester (jf. FOA-vedlegg 6).

Tabell 1: Skjema over fremdriftsplan for Oslo kommunes anskaffelser av tjenester for rusmiddelavhengige i konkurranse 2010

Uke 21	Kunngjøring
Uke 24	Tilbudskonferanse
Uke 33	Tilbudsfrist
Uke 33	Tilbudsåpning
Uke 34-35	Vurdering av kvalifikasjonskrav
Uke 36-40	Evaluering av tilbud
Uke 41-51	Gjennomføring av forhandlinger
Uke 2, 2011	Meddelelse om valg av tjenesteytere og angivelse av klagefrist
Uke 4	Kontraktssignering
01.07.2011	Kontrakten trer i kraft

4.4.1 Planleggingsfasen og konkurransegrunnlaget

Velferdsetaten har ansvar for å beskrive Oslo kommunes behov for å anskaffe rusomsorgstjenester fra private leverandører. *”Det er behovshaver som må definere og beskrive behovet. Ved å fokusere på en beskrivelse av behovet og ikke på hvordan dette skal dekkes, vil man kunne oppnå økt konkurranse”* (Veileder for offentlige anskaffelser 2010:15). Det er med andre ord opp til tilbyderne å svare på behovsbeskrivelsene i tilbudene de gir kommunen. Behovene spesifiseres i et konkurransegrunnlag for de tjenester som skal anskaffes. Forskrift til lov om offentlige anskaffelser (2006) fastslår at Oslo kommune som oppdragsgiver skal utarbeide et konkurransegrunnlag dersom vilkårene for konkurransen ikke kan beskrives tilstrekkelig i kunngjøringen (LOA § 8-1). Konkurransgrunnlaget skal beskrive hva kommunen har behov for å anskaffe (innholdet i tjenestene), hvilken type anskaffelsesprosedyre som er valgt (åpen, begrenset eller konkurranse med forhandling), hvordan konkurransen skal gjennomføres, samt nærmere beskrivelse av tildelingskriterier og kontraktbetingelser. I hvilken grad kommunen skal spesifisere behovet for tjenester gjennom kriterier og krav vil være et spørsmål om i hvilken grad man vekter konkurransehensyn opp mot behovet

for styring av tjenesteinnholdet. Dersom kommunen spesifiserer tjenestene for snevert, vil markedet reduseres. Dersom kommunen spesifiserer for lite risikerer man å få ukvalifiserte tilbud.

4.4.1.1 Konkurransesgrunnlaget 2010

I 2010 inviterte Velferdsetaten til konkurranse med forhandling for anskaffelse av tjenester til rusmiddelmissbrukere innen fire kategorier:

1. Rehabilitering: 80-100 plasser fordelt på 1-4 tjenesteytere, avhengig av pris og kvalitet.
2. Korttidstilbud: 40-60 plasser fordelt på 1-4 tjenesteytere, avhengig av pris og kvalitet
3. Omsorgsplasser: 40-60 plasser fordelt på 1-4 tjenesteytere, avhengig av pris og kvalitet.
4. Rusmiddelmissbrukere med særlige behov og uforutsigbar atferd: 4-8 plasser fordelt på 1-2 tjenesteytere, avhengig av pris og kvalitet.

Antall plasser som skal anskaffes kan ut fra dette variere fra 164 til 228, avhengig av pris og kvalitet. En tjenesteyter kan levere inn tilbud på en eller flere kategorier. Det presiseres i konkurransegrunnlaget at *"den endelige fordelingen av antall plasser mellom de fire tjenestekategoriene, kan også påvirkes av utviklingen i den kommunale egenregien og/eller bystyrevedtak i Oslo kommune"* (Konkurransegrunnlag 2010:15). Dette bør sees i sammenheng med at Velferdsetaten har det samlede ansvar for det kommunale tilbudet innen rusfeltet, hvor 30% av tilbudet hentes fra private leverandører. Hvilke tjenester som skal anskaffes gjennom konkurranse avgjøres av vedtak i bystyret og er dermed en politisk avveining. Det ovenstående sitatet må i et slikt perspektiv forstås som et uttrykk for at endringer i den politiske situasjonen kan føre til endringer i hvordan man organiserer kommunens rustilbud.

Om man sammenligner konkurransegrunnlaget fra 2005 og 2010, ser man flere endringer. For det første anskaffet man i 2005 tjenester innen to kategorier, sammenlignet med de fire fra 2010. De to kategoriene var da A) Rehabiliterende,

omsorgs- og skadereduserende tjenester etter lov om sosiale tjenester til misbrukere av alkohol legemidler og illegale rusmidler, og B) Tjenester til ungdom fra 18 til 25 år med rusmiddelproblemer (Konkurransesgrunnlag 2005:2). Hovedvekten lå på anskaffelser innen kategori A. I 2010 er kategori B integrert i de øvrige kategoriene, og en ny kategori (korttid) har kommet til de tre som i 2005 lå under kategori A. For det andre anskaffet Rusmiddeletaten i 2005 om lag 25 % av tjenestene fra private aktører. I følge konkurransegrunnlaget fra 2010 har da slike anskaffelser økt med 5 % i den nye perioden. I 2005 ønsket man dessuten, og for det tredje, i utgangspunktet å inngå kontrakter for en periode på tre år, men med mulighet for forlengelse opp til fem år for de leverandørene som oppnådde *"de beste resultatene og den beste kvaliteten (ibid.)"*. I 2010 har man valgt å inngå kontrakter for fem år av gangen, men uten mulighet for utvidelse utover det.

Tjenestene innenfor de fire kategoriene i konkurransegrunnlaget beskrives av Velferdsetaten i en del som handler om etatens intensjon med tjenestene, en del som handler om minstekravene, og en del om tildelingskriteriene. Velferdsetatens intensjon med tjenestene beskrives for hver av kategoriene i varierende omfang og i varierende grad av presisjon. Felles for intensjonsbeskrivelsene er at de uttrykker hva Velferdsetaten ønsker at det skal legges vekt på i utformingen av tilbudet; det beskrives hva som bør være med i tilbudet for å kunne oppnå kontrakt. I delen om minstekrav til tjenesten beskrives hva som minimum forventes av innhold i tjenesten for å kunne oppnå kontrakt. Tildelingskriteriene er spesifisert i en evalueringsskjema som beskriver hvilke kvalitetskrav Velferdsetaten ønsker at tilbyderne skal svare på i sine tilbud og hvordan de ulike kvalitetsindikatorerne vektet i vurderingen av hvilket tilbud som er det beste.

4.4.1.2 Evalueringsskjemaet

Evalueringsskjemaet¹⁵ inneholder åtte vurderingsområder; 1. Virksomhetsidé, 2. Arbeidsmetoder, 3. Resultatkrav, 4. Ledelsesfunksjoner, 5. Organisasjonskultur, 6.

¹⁵ Evalueringsskjemaet ble første gang benyttet i anskaffelsesprosessen i 2005 for å "sette en standard for kvalitet innen rusomsorgen i Oslo kommune" (Konkurransesgrunnlag 2005:3). Evalueringsskjemaet er utformet med bakgrunn i

Personalets kompetanse, 7. Samhandlingskompetanse med eksternt nettverk, og 8. Lokaler og beliggenhet. Evalueringsmatrisen benyttes for å vurdere tilbud, men den ligger også til grunn for eventuelle forhandlinger og kontraktsinngåelse. Iverksettelse av brukerundersøkelser, resultatmålinger og arbeidsplassundersøkelser tar alle utgangspunkt i det som er avtalt mellom Velferdsetaten og tiltaket ut fra evalueringsmatrisens innhold. *"Evalueringsmatrisen kan leses som et policydokument fra oppdragsgiver, som antyder hvilken retning oppdragsgiver ønsker at tjenestene skal utvikle seg i fremtiden (Konkurransesgrunnlag 2010:18, 28)".* Tilbyderne skal med andre ord ikke fylle ut matrisen og sende den til etaten. Det er Velferdsetaten som gir poeng, scorer, på de ulike kriteriene i matrisen ut fra det skriftlige tilbudet som leveres inn. Det kan gis fra ett til tre poeng på noen kriterier, mens man på andre kan oppnå to, ett, eller fire. Antall poeng som kan oppnås er avhengig av hva Velferdsetaten anser som viktigst for de ulike tjenestene. For eksempel er samhandling (1- 4 poeng) og lokalitetenes utforming (1-10 poeng) vektlagt innenfor kategorien rehabilitering, mens resultater (2- 5 poeng) og samhandling (1-5 poeng) er vektlagt innenfor korttidstilbud. Matrisen er lagt ved konkurransegrunnlaget for å synliggjøre hvilke aspekt ved tjenesten Velferdsetaten vektlegger. *"Ved å studere evalueringsmatrisen vil alle kunne se hva tilbudet blir målt på, og hva som er kravene for å oppnå poeng (ibid.)"*. Evalueringsmatrisene er tilpasset hver tjenestekategori særskilt. Det vil si at konkurransegrunnlaget ved utlysningen i 2010 inneholdt fire evalueringsmatriser for henholdsvis rehabilitering, korttidstjenester og omsorgstjenester, samt tjenester for brukere med særlige behov og uforutsigbar atferd (den siste kategorien vil ikke bli tematisert i denne oppgaven). For å synliggjøre hvilke kvalitetshensyn Velferdsetaten vektlegger i de ulike tjenestene har jeg utarbeidet en tabell som viser variasjonene i poengfordelingene mellom kategoriene rehabilitering, korttid og omsorg.

rapporten "Kvalitet og kvalitetsmålinger i behandling av rusmiddelmissbrukere" fra 2001. Hensikten med rapporten var å implementere et helhetlig system for kvalitetsmålinger som skulle sikre at Rusmiddelsetaten fikk den kvaliteten de ønsket gjennom anskaffelsen og at målingene kunne brukes som grunnlag for videreutvikling av tjenestene. Rapporten beskriver områder for måling av kvalitet, samt metodene for å måle disse. Kvalitetsområdene samsvarer med de som er beskrevet i evalueringsmatrisen og metodene er; brukerundersøkelser, resultatundersøkelser, interessentundersøkelser og arbeidsplassundersøkelser (ibid.:5).

Tabell 2: Oversikt over innholdet i evalueringsmatrisen Brukes av Oslo kommune for å bedømme kvalitet av tjenester for rusmiddelavhengige som anskaffes gjennom konkurranse, fordelt på ulike institusjonstyper:

Områder	Antall kriterier			Min-maks score per kriterium			Maksimal sumscore		
	Rehab	Korttids	Omsorg	Rehab	Korttids	Omsorg	Rehab	Korttids	Omsorg
Virksomhets- idé	6	6	6	1	1	1	6	6	6
Arbeids- metoder	6	5	6	1-3	2-5	1-4	15	12	16
Resultater	6	6	6	1-3	2-5	2-4	16	21	19
Ledelse	5	4	4	1-3	1-4	1-4	10	12	11
Org. kultur	4	5	4	1-2	2-4	2-4	7	16	11
Personal	5	5	5	1-3	1-3	1-5	10	13	14
Samhandling	7	3	3	1-4	1-5	1-5	20	9	9
Lokaler	5	4	4	1-10	1-4	3-4	16	11	14
Sum	44	38	38	-	-	-	100	100	100

Innenfor hvert område (kvalitetskrav) har Velferdsetaten formulert underliggende kriterier, formulert som spørsmål tilbyderne skal svare på i tilbudet. Antall kriterier varierer noe for de ulike tjenestekategoriene, men så langt det er meningsfullt er spørsmålene formulert så like som mulig for alle virksomhetene. Variasjonene er knyttet både til tjenestenes natur og til hva Velferdsetaten mener er viktige kvalitetshensyn i de respektive tjenestene. Poengfordelingen viser hvordan etaten har vektlagt de ulike kvalitetskriteria ulikt mellom tjenestene, både når det gjelder hvor mange poeng man kan oppnå per spørsmål og hvor mange poeng man totalt kan få innen hvert område. Dette må leses som et uttrykk for hvordan Velferdsetaten gjennom poengtildeling ønsker å styre tjenestene i den retningen de ønsker.

Når man sammenligner de tre tjenestekategoriene, rehabilitering, korttids og omsorgstjenester ut fra evalueringsmatrisen kan det se ut som om Velferdsetaten har vektlagt en del av de samme faktorene for korttids- og omsorgstjenestene, mens det er de rehabiliterende tjenestene som skiller seg ut gjennom kvalitetskriteriene; de er mer definerte i matrisen enn tilfellet er for omsorg og korttid. Det vil si at intensjons- og behovsbeskrivelsen i større grad gjenspeiler seg i matrisen for de rehabiliterende tilbudene enn for de to andre kategoriene.

4.4.1.3 Prisvurderinger

Når Velferdsetaten evaluerer tilbudene er det altså totalt mulig å oppnå 100 poeng. De oppnådde poengene sees så i sammenheng med det pristilbudet tjenesteleverandøren har levert inn. *”Vekten mellom pris og kvalitet er tilnærmet 50/50. Tjenesteyters døgnpris deles på den oppnådde totale poengsummen, og det fremkommer da et forholdstall. Det laveste forholdstallet er uttrykk for det økonomisk mest fordelaktige tilbudet, dvs. kvalitet i forhold til pris* (Konkurransesgrunnlag 2010:16)”. Tilbyderne skal med andre ord vurdere både pris og kvalitet med tanke på å oppnå det mest gunstige forholdstallet for å kunne oppnå kontrakt. Hvis døgnprisen på et institusjonsopphold er 2700 kroner, og man i matrisen har oppnådd 80 poeng, vil man få et forholdstall på 33.75. Det er dette forholdstallet man konkurrerer med i konkurransen med de andre tilbyderne. I konkurransegrunnlaget fra 2005 har man fastsatt et tredje tildelingskriterium, i tillegg til pris og kvalitet, som heter *”hensiktsmessig differensiering av tiltaksapparatet”* (Konkurransesgrunnlag 2005:vedlegg 3), der forholdstallet skal sees opp mot behovet for et differensiert og tilpasset helhetlig tjenestetilbud før kontraktstildelingen skjer. Dette er ikke henvisning til i grunnlaget fra 2010. Det kan synes som om behovet for differensierte tjenester i 2010 i større grad er ivarettatt gjennom spesifiseringen av tjenestene.

4.4.2 Gjennomføringsfasen

Etter at konkurransen er kunngjort inviterer Velferdsetaten til en tilbudskonferanse der potensielle tilbydere har mulighet til å sende inn spørsmål i forkant slik at de blir besvart i plenum på konferansen. Alle tilbydere må levere tilbud innen den fastsatte fristen i konkurransegrunnlaget. Tilbudet er unntatt offentligheten ettersom innsyn i innleverte tilbud ville gitt potensielle leverandører konkurransefortrinn. Etter at tilbudet er åpnet kan Oslo kommune avvise tilbud som ikke svarer på de opplysningene Velferdsetaten krever i konkurransegrunnlaget (Konkurransesgrunnlag 2010:8). Etter en foreløpig vurdering av tilbudene innkalles de aktuelle tilbudsleverandørene til forhandlinger. Forhandlingene kan foregå i flere omganger og over flere uker. Velferdsetaten har anledning til å forhandle med tilbydere om både pris og kvalitet på tjenestene. Etaten gir i innledende forhandling tilbagemelding på hvor mange poeng

tjenesten har oppnådd i evalueringsmatrisen. Det er disse kvalitetspoengene og pris på tjenesten det forhandles om. Vurderingene av kvalitet er i større grad skjønnsbaserte enn vurderingene av prisen. I henhold til anskaffelsesstrategien skal kommunen utøve et *innkjøpsfaglig* skjønn i evalueringen av tilbudene (Veileder for offentlige anskaffelser 2010:45). Oslo kommunes anskaffelsesstrategi fastslår at det alltid skal forhandles om pris. *"Det skal alltid bes om bedre pris/betingelser. Her er det viktig å vise til områder hvor leverandøren er svakere enn de andre for å øke muligheten for prisreduksjon"* (ibid.:58). Med andre ord; dersom man som oppdragsgiver gir en potensiell tilbyder beskjed om at de stiller svakere på kvalitet enn andre tilbydere, så må de nødvendigvis gå ned i pris for å ha en mulighet til å oppnå kontrakt. Gjennom forhandlingene skal kommunen oppmuntre tjenesteleverandør til å gi det mest fordelaktige tilbudet ved å *"markedsføre virksomheten som kunde, og få frem mulighetene som ligger i å vinne kontrakten"* (ibid.).

Etter at kommunen har evaluert tilbudene og forhandlet med de tilbyderne som har kvalifisert seg til konkurransen skal de avgjøre hvilke tiltak de ønsker å inngå kontrakt med. Velferdsetaten skal føre anskaffelsesprotokoll der alle begrunnelser for valg i prosessen gjøres rede for. Protokollen er ment å påse at prosessen har gått riktig for seg slik at man ved eventuelle klager kan etterprøve etatens valg og beslutninger (ibid.:50)¹⁶.

4.4.3 Oppfølgingsfasen

Etter at avtale er inngått med leverandør og kontraktsperioden har startet begynner siste fase i anskaffelsesprosessen. Siste fase forløper gjennom hele kontraktsperioden og handler om oppfølging av de kontraktbestemmelsene man har blitt enige om i forhandlinger. Kontraktsperioden for anskaffelsen i 2010 løper fra 2011 til 2016. I løpet av denne perioden skal tjenesteleverandøren levere jevnlig rapporter som omhandler alle sider av tjenestetilbudet. Det dreier seg om brukerundersøkelser, resultatmålinger, statistikk over brukermassen og belegg, arbeidsplassundersøkelser, priskalkyler og

¹⁶ Eventuelle klager skal rettes til Klagenemnda for offentlige anskaffelser (KOFA). KOFA har myndighet til å vurdere alle sider av den anskaffelsesprosess som klages inn innen 6 måneder etter kontraktsinngåelse (Veileder for offentlige anskaffelser 2010:68).

budsjetter, og tekniske spesifikasjoner (for eksempel hvorvidt tiltaket har gjennomført brannøvelser og påkrevde kurs). I tillegg til rapporteringen gjennomfører Velferdsetaten oppfølgingsmøter med tiltaket som gir mulighet for å justere kurs og gjøre endringer innenfor de rammene som er fastsatt i kontrakten. Velferdsetaten har anledning til å iverksette forbedringstiltak dersom målingene og dialogen med tiltakene skulle avdekke slikt behov (Veileder for offentlige anskaffelser 2010:76).

4.5 Sammenfatning kapittel 4

Konkurransestrategien og de rusmiddelpolitiske idealene har til dels sammenfallende interesser. Idealer som brukermedvirkning, individuelle rettigheter, effektivitet, mål-og resultatstyring og kvalitet i tjenestene kan brukes som beskrivelse både for gjeldende politikk og for begrunnelser for konkurranseeksponering. Reformen innen rusfeltet kan likevel ikke ses løst fra New Public Management-tankegang. Løsningen på behovet for effektivisering av offentlig sektor ligger i NPM-virkemidler, og innføring av NPM-virkemidler fører til et behov for omorganisering av det offentlige.

Konkurranse som strategi innebærer anvendelse av en forhåndsbestemt metode som etter hensikten skal sørge for at kommunen får dekket det behovet de ønsker å dekke. Kommunens praksis med å benytte anskaffelser for å ivareta et tjenestebehov for rusmiddelavhengige synliggjør kommunens rolle som iverksetter av politiske vedtak. Fokus er i større grad rettet mot kvalitetssikring, enn mot de rusmiddelpolitiske idealene (From, Kolberg 2003:32). Kvalitetssikring av tjenester skjer gjennom bestemte metoder og kriterier. Disse er fastlagt av lover og regler, og spesifiseres i et konkurransegrunnlag. Dette grunnlaget er utgangspunkt for konkurransen, og er dermed sentralt i både oppdragsgivers og tilbyderes arbeid knyttet til konkurransestrategien.

Mary Ann Stamsø peker på flere utfordringer knyttet til innføringen av konkurranse reformer i kommunal forvaltning (Stamsø 2009:81-83). To av utfordringene hun peker på er av særlig interesse for denne oppgave. For det første, sier hun, er utfordringen med hensyn resultatoppnåelse knyttet til hvordan resultatene skal måles. For det andre er utfordringen med hensyn til desentralisering av oppgaver fra stat til

kommune knyttet til kommunens evne til å styre tjenestene. Disse utfordringene var noe informantene jeg intervjuet i forbindelse med oppgaven var opptatt av. De neste kapitlene skal alle ta for seg sider ved konkurranseeksponering av tjenester for rusmiddelavhengige i Oslo kommune i lys av informantenes erfaringer. Fremstillingen av erfaringene følger, så langt det har latt seg gjøre, anskaffelsesprosessen slik den er beskrevet i dette kapitlet. Først presenteres informantene i kapittel fem, før informantenes erfaringer ses i lys av perspektivene; det anskaffelsesfaglige, styring, kontroll og kontinuitetshensyn.

5. Informantene

5.1 Velferdsetaten

For å belyse tema og problemstilling i denne oppgaven har jeg intervjuet to ansatte i Velferdsetaten i Oslo kommune. I kapittel 3.6.2 redegjorde jeg for Velferdsetatens plassering i kommuneorganisasjonen og for etatsreformen i 2012 som førte til navneendringen fra Rusmildeletaten til Velferdsetaten. Her skal jeg gjøre rede for etatens oppgaver, og særlig om de oppgavene som handler om anskaffelser av tjenester.

Velferdsetaten har et overordnet ansvar for oppgaver knyttet til rusmiddelavhengighet. Spesielt er ansvaret knyttet til drift av institusjoner. Velferdsetaten har som målsetting å tilby differensierte og målrettede tjenester for brukerne og for sosialtjenestene i Oslos bydeler.

”Rusmildeletatens kjerneoppgave er å tilby rusmiddelmissbrukere institusjonsplasser i en tidsbegrenset periode. Etaten har et byomfattende ansvar for drift og utvikling av rehabiliterings- og omsorgsinstitusjoner og skadereduserende tiltak for rusmiddelmissbrukere over 18 år, oppsøkende arbeid i Oslo sentrum og andre byomfattende rusforebyggende tiltak. Etatens virksomhet bygger på bydelenes primæransvar for klientrettede og forebyggende tiltak og vi skal fremskaffe tilbud som bydelene har behov for (Strategisk plan for rusmildeletaten 2009:6)”.

Etaten har ansvar for å ivareta tjenestene innen rusomsorgen i kommunen. Som sitatet over viser, har etaten en funksjon som tilrettelegger av tjenester for bydelene. Det er bydelenes behov for tjenester som er styrende for hvilke tiltak etaten iverksetter. Velferdsetaten er delt inn i fire avdelinger, foruten kompetanseavdelingen kommunikasjonsavdelingen og en administrasjonsavdelingen (se; organisasjonskart: vedlegg 2). De fire avdelingene er TT- og boligsosiale tjenester, Sentrums- og storbyavdelingen, Anskaffelses- og tilskuddsavdelingen og Institusjons- og boligavdelingen.

TT- og boligsosiale tjenester har ansvaret for boligsosiale virkemidler i kommunen. I tillegg forvalter de statstilskudd for flyktninger og TT-ordningen (transporttjenester).

Institusjons- og boligavdelingen har ansvaret for de kommunale institusjons- og botilbud for rusmiddelavhengige som er drevet av kommunen selv. De underliggende seksjonene, russeksjon 1 og 2, har ansvar for til sammen 21 kommunale rusinstitusjoner av ulik karakter både med hensyn til målgruppe og målsetting. Det er snakk om et vidt spekter, fra skadereduserende tiltak til rehabiliterende tiltak, institusjoner kun for kvinner, til omsorgsinstitusjoner for eldre rusmiddelavhengige. Noen institusjoner tar kun i mot avhengige av alkohol, mens andre er forbeholdt brukere innen legemiddellassistert rehabilitering (LAR). Institusjonene er differensierte også når det kommer til tilgjengelighet. Såkalte lavterskeltilbud skal etter intensjonen være lett tilgjengelige for mennesker i aktiv rus, som for eksempel Ila hybelhus (kun menn), Thereses hus (kun kvinner) og Marcus Thranes hus, der døgnovernatting tilbys fortløpende gjennom henvising via sosialtjenesten¹⁷. I motsatt ende av skalaen kan rehabiliteringstjenester operere med relativt lange ventelister avhengig av ledig kapasitet og aktuell søkermasse¹⁸.

Totalt forvaltet Velferdsetaten ca. 715 heldøgnplasser i 2010, i tillegg til såkalte ikke-sengebaserte tjenester. I tillegg til de kommunale institusjonsplassene kjøper Oslo kommunes plasser av private tilbydere. Kommunen oppgir i konkurransegrunnlaget fra 2010 at om lag 30 % av institusjonsplassene for rusmiddelavhengige anskaffes fra private (Konkurransegrunnlag 2010:4). Anskaffelses- og tilskuddsavdelingen er den avdelingen i Velferdsetaten som har ansvaret for anskaffelsene, og det er dermed denne avdelingen som er ansvarlig for det denne oppgaven handler om, nemlig kjøp av tjenester for rusmiddelavhengige gjennom konkurranse. Om anskaffelsesavdelingen:

"I denne avdelingen har Velferdsetaten samlet og styrket den anskaffelsesfaglige kompetansen innenfor Velferdsetatens tjenestekjøp. Avdelingen har ansvar for hele anskaffelsesprosessen fra og med behovsvurdering til kontraktsoppfølging og for kvalitetsutvikling i kontraktsperioden. Avdelingen har også ansvar for forvaltning av

¹⁷ På dagtid kan søkere henvende seg på sosialkontoret. På kveldstid har kommunen opprettet en sosial vakttjeneste som er lokalisert ved Oslo kommunale legevakt. De er forpliktet til å skaffe midlertidig overnatting til mennesker som oppholder seg i kommunen.

¹⁸ Fra 2012 skal alle søknader til både kommunale og private institusjonsopphold (foruten akutte lavterskeltilbud) godkjennes og kvalitetssikres av Velferdsetatens søknads- og inntaksenhet (SØI) i forkant av eventuelt opphold (Om Velferdsetaten 2013).

tilskudd til ideelle og frivillige organisasjoner og tiltak innen helse- og sosialsektoren og er sekretariat for Oslo kommunes klagenemd og TT-nemda.” (Om Velferdsetaten 2013)

Avdelingen er delt inn i en juridisk seksjon, en avdeling for anskaffelser av sosiale tjenester og en avdeling for tilskudd til ideelle og frivillige organisasjoner og tiltak. Den juridiske seksjonen tar seg anskaffelser av TT-tjenester. Avdeling for anskaffelser av sosiale tjenester har ansvaret for ”...anskaffelser og kontraktsoppfølging av sosiale tjenester med vekt på institusjonsbaserte tjenester til rusmiddelmissbrukere, samt døgnovernattingssteder for personer som ikke klarer å skaffe dette selv og som har kvalitetsavtaler med Oslo kommune (ibid.)”.

Til slutt har Anskaffelses- og tilskuddsavdelingen opprettet en egen avdeling for forvaltning av tilskudd til frivillige og ideelle organisasjoner. Denne avdelingen forvalter økonomisk støtte til nærmere 150 ulike organisasjoner (ibid.).

Anskaffelses- og tilskuddsavdelingen forvalter 11 rammeavtaler innen rusomsorgen med femårige kontrakter. I tillegg forvalter de tre kvalitetsavtaler om midlertidig overnatting (Velferdsetaten, 2013)¹⁹. Rammeavtalene (kontraktene) for perioden 2011 til 2016 er alle inngått med ideelle stiftelser, med unntak av en kommersiell aktør (Incita AS). De ideelle virksomhetene er: Frelsesarmeen Bosatt, Blå Kors Østråt, Stiftelsen Fredheim, Tyrilistiftelsen, Kirkens Bymisjon Holmen, Frelsesarmeen Fagerborg, Frelsesarmeen Heimen, Kirkens Bymisjon Enga, og Frelsesarmeen Den Åpne Dør. Frelsesarmeen og Kirkens Bymisjon ser ut til å være de dominerende private/ideelle aktørene i kommunenes rusomsorg. De ideelle stiftelsene som er representert her har alle tradisjon og erfaring med å drive tjenester for rusmiddelavhengige, og leverte slike tjenester til kommunen også før kommunen innførte reglene om konkurranse for anskaffelsene.

Oslo kommune finansierer tjenestene de kjøper inn (Velferdsetaten 2012). Det vil si at de betaler for de tjenestene som tiltakene leverer. For tiltakene betyr det at de må levere et bestemt antall plasser for å overholde egne budsjett og unngå å gå med underskudd.

¹⁹ Kvalitetsavtalene inngått for inneværende periode er med Evangeliesenteret, Blå Kors bosenter og med Dybwadsgate pensjonat (som ikke tar i mot mennesker med rusmiddelavhengighet) (Velferdsetaten 2012).

Den finansielle risikoen ligger med andre ord på tiltakene, og ikke på kommunen. Velferdsetaten forholder seg til den prisen de har kjøpt tjenestene for, og som er avtalt i kontrakten.

5.2 Rehabiliterende tjenester

En av informantene jobbet ved et rehabiliterende tiltak for rusmiddelavhengige. Tiltaket var anskaffet av Oslo kommune gjennom konkurransen i 2010. Kontrakten mellom tiltaket og kommunen var på fem år, fra 2011 til 2016. Da jeg intervjuet informanten hadde kontrakten løpt i åtte måneder.

De rehabiliterende tjenestene skal gis til både menn og kvinner over 18 år med både alkoholrelatert avhengighet, og med misbruk av legemidler og illegale rusmidler (Konkurransesgrunnlag 2010:18). Institusjonen informanten jobbet ved har 28 plasser etter avtale med Oslo kommune. Sosialtjenesten er innsøkende instans. Sosialtjenesten betaler en del av oppholdet på 271,- per døgn (såkalt bydelsbetaling), mens beboeren selv betaler egenandel på 3880,- for en ettromsleilighet, eller 4760,- for en toromsleilighet²⁰. I tillegg har tiltaket tilbud om oppfølging i private boliger. Søknad om plass vurderes på bakgrunn av søknad fra NAV og i en vurderingssamtale med søkeren og sosialtjenesten (Om Velferdsetaten 2013).

Rehabiliterende tjenester har en målsetting om å følge opp beboeren med hensyn til rusmestring, økonomi, privat nettverk og sosial trening. Hver beboer får en primærkontakt (behandler) som har ansvaret for å følge opp vedkommende alt etter hva den enkeltes målsetting for oppholdet er. Sammen utarbeider beboer og behandler

²⁰ Alle søkere til Velferdsetatens institusjoner må ha opprettet sak hos sosialtjenesten for å få plass. Det vil si at de som ikke tidligere har hatt behov for støtte fra sosialkontoret må søke hjelp i bydelen for å få institusjonsplass. Dette følger av kravet om bydelsbetaling. Det vil også si at dersom brukeren selv ikke har tilstrekkelige inntekter (enten gjennom lønnet arbeid, eller ulike typer stønader) til å betale egenandelen skal sosialtjenesten dekke egenandelen så fremt det er vurdert at brukeren har behov for denne type tjenester. I praksis er det noen tiltaks erfaring at sosialtjenesten i enkelte tilfeller vurderer kostnader opp mot behov til tross for at lovverket sier at behovet skal være styrende (Johansen 2013).

en individuell tiltaksplan for oppholdet. Velferdsetaten ønsker at rehabiliterende tjenester skal ha fokus på motiverende tiltak for at beboeren skal kunne oppnå rusfrihet.

5.3 Korttidstilbud

En av informantene jobbet ved et korttidstilbud for rusmiddelavhengige. Kort tid vil si opp til tre måneders opphold i institusjon (maksimalt 90 dager). Korttidstilbudet informanten jobbet ved hadde vunnet frem i konkurransen i 2010 og inngått kontrakt med Velferdsetaten for perioden 2011 til 2016. Jeg intervjuet informanten åtte måneder inn i kontraksperioden.

Korttidstjenestene skal sørge for institusjonstjenester til misbrukere av alkohol, legemidler og/eller illegale rusmidler i en begrenset periode (Konkurransesgrunnlag 2010:37). Kategorien korttidstilbud er delt inn i to typer tjenester; tjenester for korttidsopphold i rusfritt miljø og tjenester for korttidsopphold uten krav til rusfritt miljø. Informanten jeg intervjuet jobbet ved et korttidstilbud uten krav til rusfrihet. Det vil si at beboerne har anledning til å ruse seg mens de bor på institusjonen. Institusjonen hadde 20 plasser, for både menn og kvinner over 18 år, etter avtale med Oslo kommune. Sosialtjenesten søker plass per telefon på dagtid, mens sosial vaktjeneste er henvisende instans på kveldstid og i helgene. Sosialtjenesten betaler 271,- per døgn, mens beboeren betaler en egenandel på 131,50 per døgn eller 4010,- i måneden, etter hva informanten fortalte på intervjutidspunkt. For å få plass må søker være i aktiv rus, han eller hun må ha en konkret bestilling for oppholdet, og sosialtjenesten er forpliktet til å følge opp brukeren i løpet av oppholdet (Konkurransesgrunnlag 2010:38,39). Institusjonen skal kunne tilby utredning og oppfølging med hensyn til bo-ovne (døgnrytme, ernæring, atferd, sosial fungering, og økonomi), rus, psykisk og fysisk helse, og fremtidig boligbehov (Velferdsetaten).

5.3 Omsorgstjenester

En av informantene var ansatt ved et omsorgstilbud for rusmiddelavhengige. Tilbudet hadde oppnådd en femårs kontrakt med Oslo kommune i konkurransen i 2010. Jeg intervjuet informanten åtte måneder inn i kontraktperioden.

De omsorgsbaserte tjenestene skal tilbys menn og kvinner over 18 år med omfattende og langvarig rusmiddelproblematikk. Institusjonen min informant jobbet ved hadde 25 plasser etter avtale med Velferdsetaten. Sosialtjenesten var innsøkende instans, og betaler bydelsgaranti på 271,-. Beboerne betalte 7010,- i måneden, hvilket inkluderte måltider. De omsorgsbaserte tiltakene skal tilby individuell oppfølging med hensyn til rusmestring og bedret livskvalitet. I dette ligger det i følge Velferdsetaten en oppfølging av brukerens helse, hygiene, kosthold, døgnrytme og sosial trening (Konkurransesgrunnlag 2010:55). Oppfølgingen koordineres av en primærkontakt og avtales i en tiltaksplan ut fra brukerens mål og forutsetninger.

6. Det anskaffelsesfaglige – hva er det?

6.1 Nye forståelsesmåter og kompetansekrav i rusfeltet

I arbeidet med intervjumaterialet fant jeg ut at både informantene fra Velferdsetaten og informantene fra tiltakssiden var opptatt av ”det faglige”. Da jeg undersøkte nærmere hva de mente med det faglige fant jeg at de hadde ulik forståelse av hva dette var.

Velferdsetaten var på sin side opptatt av det de kalte ”det anskaffelsesfaglige”, mens tiltakene snakket om fag i betydning ”det sosialfaglige”²¹. Velferdsetatens begrep om det anskaffelsesfaglige oppfatter jeg som en variasjon av det ”innkjøpsfaglige skjønn”.

Intervjuet mitt med Velferdsetaten begynte med at den ene informanten sa følgende:

”En av hovedintensjonene med etatsreformen var å samle og styrke anskaffelseskompetansen. (Det var) et uttrykk for at offentlige anskaffelser er et viktig område for Oslo kommune. Det er en erkjennelse av at offentlige anskaffelser er veldig spesifikt. Det må være en viss størrelse for å få en etat med god kompetanse. (Det er) et veldig spesielt fag.”²²

Det anskaffelsesfaglige, slik det kommer til uttrykk i sitat over, er knyttet både til organiseringen av kommunen og til det faglige innholdet. Dette må forstås i lys av trekk ved konkurranse som strategi; at konkurranse utløser et tjenestebehov på en måte som stiller krav til måten oppdragsgiver internt er organisert på med hensyn til ansvarsfordeling (fra politisk nivå, til etatens bestilleransvar til kontroll av tiltakenes utfører-rolle) og til innholdet i tjenesten ved å integrere kvalitet og økonomiske rammer. Konkurranse som strategi fører med andre ord til at kommunen organiserer egen virksomhet slik at det bedre tilrettelegges for bruk av det anskaffelsesfaglige.

Et annet interessant aspekt ved konkurransestrategien er knyttet til utøvelsen av profesjonelle skjønnsvurderinger i avgjørelser, både på kommunalt nivå og på tjenestenivå. Konkurransesgrunlaget fastsetter standarder og krav til kvaliteten i tjenestene. Noen av kravbeskrivelsene går langt i å definere hva innholdet i tjenestene

²¹ Jeg velger å forstå sosialfaget som et arbeid med å ivareta den man skal hjelpe ut fra de rammene man har til rådighet. Sosialfaget er slikt sett en disiplin som både må ta hensyn til brukeren, den som skal hjelpes, og til det øvrige systemet. Sosialt arbeid er i et slikt perspektiv å tilrettelegge for at brukeren best mulig skal kunne benytte seg av den hjelpen som er tilgjengelig i hjelpeapparatet (Shulman, 2003).

²² For forklaring av etatesreformen, se kap. 3.6.2.

skal, eller i alle fall burde være, noe som kan begrense rommet for faglig skjønn i og med at beskrivelsene skal tilpasses Velferdsetatens bestilling²³. "Det er dette profesjonelle skjønnet som settes under press når det introduseres handlingsprogrammer og formelle rutiner for hvilke beslutninger som skal tas og hvordan" (Nordstoga, Støkken 2009:162). Sosialfaget kjennetegnes av utstrakt bruk av skjønnsvurderinger fordi sosialarbeidere jobber med mennesker med sammensatte problemer og utfordringer som ofte gjør det vanskelig å veie ulike hensyn mot hverandre. Hvis det er slik at konkurransestrategien reduserer rommet for faglige skjønnsvurderinger, vil det ha konsekvenser for hvordan sosialfaget utøves. I intervjuene problematiserte mine informanter fra tiltakssiden dette når de snakket om Velferdsetatens krav og evalueringsmatrise, som jeg vil komme tilbake til i kapitlene om styring og kontroll av tjenestene. Her er poenget å tydeliggjøre at måten konkurransestrategien virker på har implikasjoner for hvordan både Velferdsetaten og tiltakene praktiserer det faglige i sitt arbeid²⁴.

Det at informanten fra Velferdsetaten gir uttrykk for at faget er spesielt utdyper han på følgende måte:

"Det man definerer som fag.. det opplever jeg som forferdelig naivt. Man tror at fag er det man mener er verdifaglig best. Herregud. Fag og økonomi er to sider av samme sak. Det der med "jeg må sloss for det faglige". Ja, det gjør du når du skjønner sammenhenger. Da kan du sloss for det faglige, ikke ellers. Altså, hele hemmeligheten ligger jo i å kunne integrere fag, økonomi, administrasjon og politikk."

Slik Velferdsetaten ser det er faget altså noe mer enn det sosialfaglige perspektivet på rusmiddelavhengighet. Det er en ny måte å forvalte det kommunale ansvaret for rusomsorgen på. Idealet er større grad av integrering av ulike profesjoner og fagområder, såkalt tverrfaglighet, med det formål å forbedre tjenestene: "Det er veldig viktig for meg at det er en tverrfaglig gruppe som jobber med teksten (i

²³ Noen eksempel på dette knyttet til kategorien for rehabiliteringstjenester: "Bistand til økonomiforvaltning er ikke en forutsetning, men et prioritert område for poengutdeling i evalueringsmatrisen" (Konkurransesgrunnlag 2010:19). Og: "En ordning med brukerstyring er ikke en forutsetning for å få kontrakt, men oppdragsgiver stimulerer til dette i form av relativt mange kvalitetspoeng i konkurransen" (ibid.).

²⁴ Det bør også nevnes at Velferdsetaten er opptatt av å ivareta det sosialfaglige perspektivet i tjenestene. Dette gjør det ved å kreve at alle tiltak skal ha minimum en ansatt i 100 % stilling med helse- og sosialfaglig bakgrunn og minimum en ansatt i heltidsstilling med minst ett års erfaring fra arbeid med rusmiddelmissbrukere (Konkurransesgrunnlag 2010:13). Krav til ansattes formelle kompetanse er likevel noe annet enn hvordan de i praksis forstår egen fagutøvelse.

konkurransesgrunnlaget) *sånn at det er mange med ulik bakgrunn som har sett på det*" forklarer Velferdsetaten. Dette er i tråd med idealene slik de kommer til uttrykk i reformer og virkemidler som kjennetegnes av tankeganger hentet fra New Public Management. Det er ikke bare sosialfaglige hensyn som skal vektlegges i utformingen av tjenestenes innhold, det er også hensynet til økonomi og effektivitet.

Konkurransestrategien er slikt sett et velegnet verktøy for å forene de nye idealene i forvaltning av velferdstjenester²⁵. Samtidig som nye verktøy for styring av offentlig sektor blir tatt i bruk øker behovet for kompetanse til å bruke disse verktøyene. Det baner vei for juristene og økonomene i velferdstjenestene. En av informantene mine fra et av tiltakene ga uttrykk for at denne utviklingen etter hans syn var problematisk:

"En av de store endringene var jo at det faglige fokus i mye større grad var tilstede forrige gang (det var konkurranse), men etter 1. juli i fjor så er det ren juss. Når vi tar kontakt med Velferdsetaten for å spørre om hvordan vi kan løse faglige utfordringer får vi bare beskjed om å forholde oss til kontrakten. Det er jussen som styrer rusomsorgen i Oslo."

Velferdsetaten ga i intervjuet uttrykk for at de til dels enig i informantens opplevelse av utviklingen, men sier samtidig at det ikke er jussen i seg selv som er problematisk, men at folk ikke har tilstrekkelige kunnskaper til å benytte anskaffelsesstrategien hensiktsmessig med tanke på å få den kvaliteten man ønsker i tjenesten:

"Dette har på et vis blitt juristenes område, og det er så feil. Man er så redd for å gjøre feil når man holder på med offentlige anskaffelser og så klarer man ikke å utfolde seg og bruke det her fantastiske instrumentet slik man kunne gjort."

Det er en utfordring dersom det er slik at konkurransestrategien innebærer et kompetansekrav som stiller krav til at aktørene må tilegne seg nye former for kunnskap. Terskelen for å delta i konkurransen kan oppleves høy dersom det forventes, og stilles krav til, kompetanse for å delta. Dersom det stilles store kompetansekrav til tjenestene vil det ikke bare føre til et økt ressursbehov, men også til å ta vekk fokus og arbeidskraft

²⁵ Jeg syns definisjonen av hva god kvalitet i tjenestene, slik det kommer til uttrykk i "Nasjonal strategi for kvalitetsforbedring i Sosial- og helsetjenesten" fra 2005, er et godt eksempel på hvordan de nye idealene for offentlig sektor integreres i hva de faglige skal være: *"Tjenestene skal være: Virkningsfulle, trygge og sikre, involvere brukere og gi dem innflytelse, er samordnet og preget av kontinuitet, utnytter ressursene på en god måte, er tilgjengelige og rettferdig fordelt"* (gjengitt i Nordstoga, Støkken 2009:124).

fra det sosialfaglige. Velferdsetaten er på sin side opptatt av at systemet ikke er så komplisert:

"Når vi lagde dette systemet for 10 år siden var dette en av de tingene som var viktig for oss; det her systemet skulle være så enkelt at en skulle kunne forklare det med fire, fem setninger. Det er forbausende hvor lite spørsmål vi får. Jeg tror det er så grunnleggende logisk det systemet vi har fordi det bygger på enkle forretningsmessige prinsipper og på veldig enkle pedagogiske tankeganger."

Det at informanten fra Velferdsetaten beskriver at anskaffelsesstrategien bygger på økonomiske prinsipper og pedagogiske tankeganger peker mot at det er et opplæringsbehov for de som skal benytte seg av systemet, selv om systemet beskrives som enkelt. Alle informantene var i løpet av intervjuene innom temaet kunnskap og erfaring med det å jobbe med anskaffelser. Både Velferdsetaten og tiltakene ga uttrykk for at prosessen stilte krav til kompetanse og at det var en fordel å ha erfaring med anskaffelser for å best mulig kunne tilpasse både idealene og realitetene til konkurransegrunnlaget. Med det mener jeg at Velferdsetaten på sin side vektla at deres erfaring og kompetanse gjorde at de klarte å forene målsettingene fra politisk nivå med konkurransefaglige hensyn. Tiltakene på sin side la vekt på at kunnskap om, og erfaring med, hvordan konkurransen foregikk var en fordel med tanke på hvordan man skulle beskrive egen virkelighet og egne idealer i tjenestetilbudet de kunne tilby etaten. Velferdsetaten forklarer:

"De som har vært med noen år skjønner i alle fall våre systemer fordi det er så forutsigbart og enkelt. Hvis du ser på tilbudene som blir gitt i dag i forhold til de som ble gitt for ti år siden, så ser du en dramatisk endring. Ikke bare har de blitt bedre til å skrive, men man har blitt bedre til å beskrive de underliggende intensjonene i de tjenestene man vil levere."

Informanter hadde alle en opplevelse av at anskaffelsesprosessen hadde betydning for hvordan de utøvde faget sitt. Det gjaldt både fra Velferdsetatens side og fra tiltakene. En av informantene hadde følgende synspunkt på hvordan det å delta i konkurranse kunne ha positive konsekvenser for hvordan de ansatte forholdt seg til sin egen fagutøvelse:

"Vi fikk i alle fall noen friske diskusjoner her på huset av det, for jeg mener jo at det ligger mye god behandling i omsorg også, bare man er målrettet. Du får jo røsket opp i en del sånne ting, og det er jo fint."

Sitatet er og et eksempel på at terminologien som brukes i forbindelse med konkurranse også blir brukt av tiltakene når de snakker om faget sitt; *"bare man er målrettet"*.

Målstyring og fokus på resultater kjennetegner konkurransestrategien. Hvilke begreper som brukes er også av betydning for forståelsen av hva det faglige er. En av informantene fra Velferdsetaten brukte mange metaforer fra varemarkedet. I begynnelsen av intervjuet sa han at *"mitt råd når du skal forstå dette med offentlige anskaffelser er å tenke på hvordan du selv ville gått frem for å kjøpe en vare"*. Selv om dette ble sagt for å forklare hva en anskaffelse er, er det likevel av interesse at omsorgstjenester blir omtalt som materielle varekjøp. Å kjøpe tjenester innen rusomsorgen, som kjennetegnes av kompleksitet, er annerledes enn å skulle kjøpe en bil.

6.2 Hva er kvalitet? Forståelser av kvalitet og pris

Dersom man velger å se på det anskaffelsesfaglige som en hybrid av det sosialfaglige, økonomi, juss og politikk vil det også ha betydning for det kvalitative innholdet i tjenestene. Anskaffelser har som formål både å ivareta kvaliteten i tjenesten og å fungere kostnadseffektivt. Informantene fra Velferdsetaten var i samtale med meg opptatt av at det var kvaliteten i tjenestene de ønsket å sikre gjennom å benytte konkurranse for å kjøpe tjenester:

"Det viktigste for oss har vært kvaliteten på tjenestene, at brukerne får det beste tilbudet. De som har fått kontrakt med oss er de som har best kvalitet."

På spørsmål om hvordan etaten gikk frem for å ivareta kvalitet svarte den ene informanten fra etaten: *"Da vi begynte å utvikle det her systemet i 1997 dannet vi en arbeidsgruppe som skulle jobbe med det her: Hva er kvalitet i rusbehandling? Så det hadde en ganske bred forankring i rusfeltet"*. Slik jeg forstår informanten så er dette med kvalitetsvurderinger knyttet til det sosialfaglige aspektet ved anskaffelser. I det minste er det rimelig å tolke sitatet dit hen at det er viktig for informanten at den jobben Velferdsetaten gjør er knyttet til det sosialfaglige og at arbeidet blir anerkjent i rusfeltet.

En av informantene fra tiltakene var kritisk til i hvilken grad Velferdsetaten tok hensyn til det sosialfaglige i valg av leverandør:

"Den der bevisstheten om at, ja, det har jo vært promotert hele tiden at det er faglige kriterier som skal ligge til grunn nesten utelukkende for denne konkurransen. (...) Ikke snakk om. Ja, for det er jo kun det tallet

(forholdstallet mellom pris og kvalitet) som teller før man etterpå, om man vinner, kan gå inn å finpusse på det”.

Det er en vanlig oppfatning at anskaffelser gjennom konkurranse søker å kjøpe tjenester til minst mulig pris. ”Målet med konkurranseutsetting er at de som utfører tjenesten mest effektivt, det vil si med høyest mulig kvalitet til minst mulig kostnader, skal utføre tjenesten” (Stamsø 2009:79). Oslo kommunes anskaffelsesstrategi kan også forstås som et uttrykk for at kommunen skal søke å skaffe tjenester til minst mulig pris (se kap. 4.4.1.3). Velferdsetaten er uenige i dette. De skal ikke ha minst mulig pris, men ”riktig kvalitet til riktig pris”, slik det ble sagt i intervjuet. Det kan se ut som om Velferdsetaten forsøker å leve opp til idealet om riktig pris, og at forhandlingene med tjenestene er et verktøy i denne sammenheng.

Velferdsetaten:

”Hvis vi presser prisen for hardt så vet vi at den tjenesten ikke vil fungere. Helt konkret har det skjedd to ganger. At jeg har ment at den her prisen her det vil dere ikke klare, og da har jeg lagt på. Det viste seg å være veldig smart at vi la på. Ja men, har du holdt på med det her i 15 år så vet du hva det koster. Så enkelt er det.”

Mulighetene som ligger i forhandlingene til å diskutere hva som menes med kvalitet og hva som er et hensiktsmessig prisbilde for å oppnå kvaliteten er et viktig element som skiller denne typen konkurranse fra tradisjonelle lukkede anbudskonkurranser. Valget av konkurranseform er tilpasset de tjenestene som skal kjøpes inn. I praksis vil det si at Oslo kommune mener at anskaffelser av kvalitativt gode tjenester for rusmiddelavhengige ivaretas gjennom konkurranse med forhandling, nettopp fordi det er mulig å forhandle med tiltaket om hva som ligger i kvalitets- og prisbegrepet for den enkelte tjenesten.

En av informantene fra tiltakssiden hadde følgende syn på forholdet mellom pris og kvalitet og hvordan stedet hun jobbet på forsøkte å finne den riktige balansen mellom pris og kvalitet:

”Det er jo denne vurderingen at; hva er det som tas mest hensyn til? Man vet jo at det er pris. Det er klart, det ligger jo der hele veien, i bakhodet, så det er jo å vurdere hva de er ute etter på en måte.”

Jeg forstår det informanten her sier i lys av hvordan konkurranse er ment å fungere; som et verktøy som effektivt skal sørge for kostnadsreduksjon. Slikt sett er det informanten sier et uttrykk for et villet og uttalt resultat av å bruke konkurranse; tiltakene må tenke gjennom hvordan de skal prise seg riktig i markedet, konkurransen med andre tjenesteleverandører, for å ha en mulighet til å oppnå kontrakt.

I følge mine informanter fra tiltakssiden er det ikke nødvendigvis slik at pris og kvalitet vektlegges 50/50. I alle fall oppfattes det ikke slik fra deres ståsted. Det kan utgjøre en utfordring for Velferdsetaten med hensyn til å ivareta tilliten i markedet. Tilliten er avhengig av om tiltakene syns Velferdsetatens vurderinger er rimelige eller ikke. Presser etaten tiltakene for langt med hensyn til prisreduksjon kan de risikere å presse kvalitativt gode tjenester ut av markedet fordi tiltakene ikke ønsker å gå på kompromiss med det "de faglig sett tror på", slik den ene informanten fra tiltakssiden ordla det. En av de andre informantene fra tiltakene ga uttrykk for frustrasjon med hensyn til dialogen med Velferdsetaten om hva kvalitet i tjenesten skal være. Han opplevde at det han trodde på faglig sett ikke ble tatt i betraktning av Velferdsetaten fordi det innebar høyere kostnader enn det etaten var villig til å bruke på tjenesten:

"Det var jo en sånn faglig solid vanvittig nedtur nå siste konkurransen i forhold til den vi holdt på med i 2005, for jeg opplevde at i 2005 så var det uendelig mye større fokus på faglig kvalitet og på en måte bruker, altså at det skulle være godt for bruker, og det faglige tilbudet det opplevde jeg som, ja det er stygt sagt, men at det nesten ble kastrert i den siste, den vi nå er inne i; fordi jeg erfarer at det er udekkede behov hos akkurat vår målgruppe som vi utgangspunktet, ja, vi ville levere et større tilbud som inneholdt det vi mener er helt nødvendig for målgruppen. (...). Vi var jo tross alt i dialog før det hele var bestemt og der fikk vi beskjed om at det rett og slett ikke var aktuelt. (...) Det er ikke snakk om at Oslo kommune vil bruke ei krone mer enn det de brukte før. (...) Vi tenkte jo først og fremst å ha en ansatt som i større grad enn det som er praktisk mulig i dag kunne følge brukerne sine i instanser rundt omkring i byen. Det ble kort og godt utelukket."

Velferdsetaten fortalte meg at de hadde samme budsjetttramme i 2010 som i 2005. De økonomiske rammebetingelsene forklarer noe av årsaken til at det ikke er rom for å øke antall årsverk i det tiltaket sitatet over gjelder. Samtidig er det jo innenfor disse rammene Velferdsetaten skal gjøre sine prioriteringer av hva de anser som viktig for kvaliteten på tjenesten. Det å henvise til fastsatte økonomiske rammer er en forklaring som kan være egnet til å frigjøre Velferdsetaten for ansvar for tjenestenes kvalitet, i den grad økonomi har betydning for tjenestenes kvalitet.

"Så er det jo noe med at vi sitter med en total pott penger, der vi skal få best mulig tjenester til brukerne innenfor denne rammen. Vi må jo se de enkelte, men vi må jo se tjenestene totalt sett også."

Informanten fra Velferdsetaten er, slik jeg ser det, opptatt av å formidle at det er noen betingelser for jobben hun gjør, som hun ikke har innflytelse over, og som igjen har konsekvenser for tjenestenes innhold. Ved å henvise til budsjetter viser informanten også Velferdsetatens mellomposisjon, mellom de politiske idealer og kommuneøkonomi og tjenestenes ønske om mer penger og bedre innhold.

En av informantene fra tiltakssiden ga uttrykk for at hvordan han opplevde Velferdsetatens forvaltning av tjenestene, ut fra det han opplevde som stramme økonomiske rammer, på denne måten:

"Jeg tror det er veldig få som har gitt et kvalitativt bedre tilbud enn det som var gitt tidligere, nemlig fordi den økonomiske rammen allerede er låst og fordi man forhandler om akkurat de samme plassene vi har i dag."

I samtale med meg ga etaten uttrykk for tiltro til egne forutsetninger for å kunne veie dette med pris og kvalitet opp mot hverandre. Informantene fra Velferdsetaten gir gjennom de følgende sitatene et bilde av deres *innkjøpsfaglige* skjønnsvurderinger samtidig som de vektlegger betydningen av den erfaringen og kompetansen de har opparbeidet seg i arbeidet gjennom årene:

"Jeg vet hva funksjonene skal koste, sånn omtrent. Jeg har prisbildet, det sitter i hodet det, og så har vi en masse maler. Tenk på alle tilbud vi har fått gjennom årene. Jeg bare tar et tilbud og ser på det, og så legger vi et normalt prisbilde ved siden av og så er det avslørt i løpet av ti sekunder"

"Fordi vi har så lang erfaring så vet vi noe om hvordan du kan redusere prisen uten at det nødvendigvis trenger å gå så mye utover den kvaliteten. Det er mye av den kvaliteten vi kjøper inn som kan løses på en annen måte enn i kroner og øre. Det er mye man kan forbedre uten at det må koste så mye. Det er det vi også utfordrer tilbyderne tilbake på også. Hvorfor har dere blitt så mye dyrere nå? Hva er det som gjør, helt konkret, at denne tjenesten koster vesentlig mye mer nå uten at vi kan se at det gjenspeiler seg i kvaliteten? Så det er jo vår fordel med at vi har forvaltet og fulgt opp disse tjenestene gjennom mange år; at vi kan ganske fort avsløre, se med en gang om det er noe realisme i den prisen."

Det Velferdsetaten sier her er også et uttrykk for at tjenestene settes under press for å levere mer kvalitet uten at økonomien nødvendigvis blir styrket. Det kan dreie seg om omorganiseringer for å frigjøre mer ressurser, men det kan også dreie seg om større krav til "produksjon av tjenester". I følge Vike kan kommunen effektivt spille på samvittigheten til omsorgsarbeidere for å øke ytelsen i tjenesten (Vike 2004:111). Det vil ikke si at de gjør det eksplisitt, men at det ligger i omsorgsarbeiderens natur og etiske

ansvar for brukerne å hjelpe og gjøre det som må gjøres for å ivareta den enkeltes behov. I et slikt perspektiv vil ikke kommunens innstramminger endre på hvordan det sosialfaglige utøves i praksis, noe som igjen kan føre til en form for selvoppfyllende profeti:

"Velferdsprofesjonenes evne til å strekke seg gjør at ethvert argument de selv forsøker å bruke mot krav om å yte mer, faller på sin egen urimelighet. Når man først har vist at det er mulig å gjøre mer for mindre penger, bekrefter det antakelsen om at organisasjonen har vært, og trolig fortsatt er ineffektiv." (Vike 2004:111)

6.3 Anskaffelsesprosessen: Ryddig og krevende på samme tid

Alle tiltakene ga uttrykk for at anskaffelsesprosessen var ryddig, *"de fremstår veldig ryddige altså"*, sa en om Velferdsetaten. Dette samsvarer både med Velferdsetatens mål om at systemet skal være enkelt å forstå og at det skal være forutsigbart for de involverte, og med idéen om at konkurranse er et virkemiddel som effektivt forvalter tjenestene. At prosessen skal gå riktig for seg var noe Velferdsetaten var opptatt av for *"om det skulle bli en klage så må det være slik at du må kunne legge frem alle papirer så skal man kunne etterprøve det man har gjort. For meg er det jo det jeg må forholde meg til, mine egne systemer."*

Informantene fra tiltakssiden var også opptatt av hvor mye tid de brukte på å arbeide med anbudet. En av dem sa følgende om det å jobbe med utformingen av tilbudet:

"Det er klart, det er mest kontor på meg, det sier seg jo selv. Men jo, det var en inneforståthet med at nå jobber vi med dette, selv om noen måtte jo ta seg av den daglige driften. Det er en veldig slitsom prosess altså. Det er veldig krevende. Jeg tror vi har noen tall på hvor mye tid vi brukte på det, men det husker jeg ikke i hodet, men enorme ressurser."

Fra konkurransen blir utlyst til kontrakten iverksettes går det over et år (Konkurranses grunnlag 2010:6) (se tabell 1). De ulike fasene i prosessen setter ulike kompetansekrav til tjenestene. Først skal tilbudet utformes, så skal man inn i forhandlinger. Det kreves med andre ord en del av tjenestene for å delta i en konkurranse av denne typen. Jeg syns dette sitatet oppsummerer tiltakenes tanker om dette på en fin måte:

"De er veldig ryddige da, det er de jo. (...) Jeg vet en del om Helse Sør-Øst, så jeg opplever at dette er svært profesjonelt. De har selvfølgelig veldig tro på at anbud er en riktig ting. Det er jo klart, de er jo pålagt det. Du kan jo spørre da... Så mye ressurser som legges inn et helt år på det anbudet, både ansatte og beboere og RME, det er klart det er mange penger, men samtidig så tenker vel vi at de har jo en kontrollfunksjon over oss. Vi sender jo inn rapporter hvert år (...). De kontrollerer oss jo hele tiden, og da kan man jo spørre seg om det er verdt å gå gjennom et helt år med å jobbe med dette på så mange nivå og områder på steder som man kjenner så godt."

Informanten peker i dette sitatet på at konkurransestrategien inneholder klare elementer av styring og kontroll av tjenestene. Disse sidene vil bli tatt opp i de neste kapitlene.

6.4 Oppsummerende betraktninger om anskaffelser som fag

Informantene fra tiltakene snakket mye om den sosialfaglige siden av arbeidet deres. I den grad Velferdsetaten snakket om det sosialfaglige så var det i sammenheng med hva de kaller det anskaffelsesfaglige, som grunnlag for å gjennomføre gode anskaffelser. Ut fra hva mine informanter ga uttrykk for kan det se ut som om konkurransestrategien utfordrer det tradisjonelle synet på hva de sosialfaglige er ved at et nytt verktøy, konkurransen, tas i bruk for å forvalte tjenester for rusmiddelavhengige. Det kan se ut til at forståelsen av det sosialfaglige til en viss grad styres av kravspesifikasjonene i konkurransegrunnlaget. Det sosialfaglige idealet om å behandle det hele mennesket utfordres av standardiserte krav til tjenestene, som reduserer det komplekse til det stykkvise gjennom forhåndsbestemte kategoriseringer. Sosialarbeideren skal forsøke å løse sammensatte problemstillinger, mens Velferdsetaten skal forsøke å standardisere problemene. Sosialarbeiderens rom for å ta avgjørelser på bakgrunn av hver enkelt brukers forutsetninger og behov reduseres i et slikt system. "Nei, det kan vi ikke gjøre fordi systemet er sånn". Konkurransestrategien er i så måte et uttrykk for maktutøvelse. *"Den nye maktens ankerfeste ligger i de endrede premisene for velferdsprofesjonenes yrkesutøvelse og har en formende kraft på profesjonsutøverne"* (Vesterkjær, Engebretsen, Heggen 2012:83).

De forståelsene av fag som kommer til uttrykk i dette kapitlet kan kjennes igjen i de neste kapitlene, ikke minst fordi fagforståelsen og forståelsen av anskaffelsesprosessen er en forutsetning for vinne frem i systemet. Hvordan konkurranseverktøyet har hatt

implikasjoner på det sosialfaglige kommer til syne i beskrivelsene av hvordan man måler og definerer tjenestene, som blir drøftet i kapitlene om styring og kontroll.

7. Anskaffelser som styringsverktøy

7.1 Politisk styring

7.1.1 Tradisjoners betydning for anskaffelser

Oslo kommune har i alle år benyttet seg av tjenester fra private tilbydere i rusfeltet. Innføringen av anskaffelsesregimet førte til at de tiltakene man tidligere hadde støttet gjennom økonomiske tilskudd nå ble anskaffet i konkurranse. Velferdsetaten forteller:

"Det begynte med at ideelle organisasjoner tok initiativ og startet egen virksomhet, så etter hvert gikk det offentlige inn med økonomisk støtte, og det har det vært lang tradisjon for. Oslo kommune gjorde dette i relativt lite omfang sammenlignet med resten av Europa. Så kom det etter hvert en skjerping i krav til styring av pengene vi ga til organisasjonene, og så kom altså dette regelverket fra EU som fastsatte visse standarder og visse krav til hvordan man skal få kontroll på disse pengene."

Slikt sett er anskaffelser en fortsettelse av en lang tradisjon, bare med nye virkemidler. Tradisjonen er således også styrende for hvilke tjenester man fra politisk ståsted ønsker å drive i egen regi og hvilke man ønsker å anskaffe i markedet. I et slikt perspektiv handler ikke innføringen av konkurransestrategien om at man har ment at tjenester for rusmiddelavhengige skal utsettes for konkurranse fordi man har ønsket å utsette kommunalt drevet rusomsorg for markedsprinsipper. Tjenestene dette er snakk om har aldri vært drevet kommunalt. Det handler om at konkurranse er en velegnet strategi for å få kontroll over tjenestene og pengene (Nordstoga, Støkken 2009:29). Tiltakene jeg intervjuet var ikke særskilt opptatt av å snakke om hvorvidt det hadde noen betydning om tjenestene deres var bundet av kontrakt eller om de ble støttet av tilskudd, eller gjennom stykkprisfinansiering. En av informantene fortalte at hun opplevde større frihet i å definere innholdet i tjenesten da de ble stykkprisfinansiert av Oslo kommune, men ga også uttrykk for at "det var greit nok" som det var. Det at hun opplevde større frihet før tiltaket ble "kjøpt" av Velferdsetaten sier noe om kontraktens potensial for politisk styring av tjenestene. Velferdsetaten var på sin side nettopp opptatt av hvordan konkurranseeksponering ga dem mulighet til å styre tjenestene:

"Når jeg kom inn i denne etaten så var det slik at det var kontraktspartnerne som skrev kontrakten og så skulle vi betale for det her. Den tiden er det slutt på."

Slik jeg forstår det Velferdsetaten sier er konkurransestrategien først og fremst nyttig for å få kontroll over kommunens helhetlige tjenestetilbud for rusmiddelavhengige; at man nå vet hva man betaler for i større grad enn tidligere. I et slikt perspektiv handler konkurranse i mindre grad om valgfrihet, som er en verdi som vanligvis trekkes frem i forbindelse med konkurranseeksponering i offentlig sektor, og i større grad om et ønske om å forbedre helheten i tjenestetilbudet. Perspektivet gir også grunnlag for å forstå det økende behovet for politisk styring av tjenestene:

"Konkurransesutsetting gjør politikere til strateger. Konkurransesutsetting skjermer politikere for driftsspørsmål gjennom at de settes inn i en eller annen form for bestillerfunksjon. Bestillerrollen er godt egnet til å utøve strategisk ledelse og overordnet styring ved at den setter fokus på kvalitet, innhold i tjenestene og resultatene av tjenesteproduksjon" (From, Kolberg 2003:22).

I det følgende skal jeg beskrive hvordan den politiske styringen skjer ved, for det første, at Velferdsetatens ansvar defineres av det politiske nivå, for det andre, at etaten definerer behovene for tjenester i et konkurransegrunnlag, for det tredje, at tiltakene svarer på konkurransegrunnlaget ut fra de forutsetningene som ligger i dokumentet, og for det fjerde og siste, at Velferdsetaten innkaller aktuelle tiltak til forhandlinger på bakgrunn av det tilbudet de har levert.

7.1.2 Politisk styring og behovsvurderinger

Konkurranseseksponering innebærer en definert ansvarsfordeling mellom Velferdsetatens som bestiller og oppdragsgiver og rusomsorgstiltakene som leverandør og drifter av tjenestene. Ansvarsfordelingen fastsettes og konkretiseres i kontrakten Velferdsetaten inngår med det tiltaket som vinner konkurransen. Den politiske styringen skjer i første omgang ved at bystyret avgjør hvilke områder som skal utsettes for konkurranse; *"det er bystyret som bestemmer om man skal kjøpe inn tjenester eller drive i egen regi"*, som Velferdsetaten påpekte. I neste omgang er det Velferdsetaten som underliggende etat som har ansvar for å definere hva konkurransegrunnlaget, og kvalitetskravene skal være og hvordan konkurransen skal foregå. Innenfor det handlingsrommet lov om offentlige anskaffelser tillater er det opp til etaten å avgjøre hvordan konkurransen skal foregå.

"Det vi gjør i min seksjon er å kjøpe tjenester etter dette lovverket som vi snakker om der vi setter premissene og forhandler frem vilkårene for kontraktene og kan styre tjenestene og få den kvaliteten vi ønsker å ha og drive kvalitetsutvikling på den tjenesten."

Informanten fra Velferdsetaten vektlegger mulighetene anskaffelsessystemet gir for å styre kvaliteten på tjenestene. En sentral oppgave i så henseende er knyttet til behovsvurderingene som ligger til grunn for konkurransegrunnlaget.

Velferdsetaten forklarer hvordan de går frem i vurderingen av tjenestebehovet slik:

"Det vi gjør er at vi har kontakt med bydelene for å høre om behovene der; om behovene har endret seg over tid og om hva de mener vi bør prioritere. Det er jo de som først får kontakt med klientene. Vi har kontaktpersoner i sosialtjenestene, noen av de har vi kjent i mange år, og de har veldig god oversikt over hva som skjer. Så har vi jo kontakt med brukerorganisasjoner, særlig RIO (Rusmisbrukernes interesseorganisasjon), og de har vi møter med for å høre hva de mener. Det er viktig når vi skal kjøpe tjenester. Så har vi jo masse erfaring selv, ikke minst gjennom søknads- og informasjonsenheten som mottar alle søknader om plass i våre institusjoner. I tillegg har vi kontakt med kontraktspartnerne våre, og så har vi forhåpentligvis oppfattet noe selv opp gjennom årene."

Velferdsetaten skal ta hensyn til hvilke behov brukere av tjenestetilbudet melder inn, både fra sosialtjenesten som henviser brukere til institusjoner (førstelinjen) og fra brukerne selv. I tillegg må Velferdsetaten ta hensyn til de politiske føringene som til enhver tid gjelder på rusfeltet:

"Noe annet som var viktig når vi jobbet med denne behovsvurderingen var at da hadde dokumentet om samhandlingsreformen kommet, så da gikk vi inn og så der; hvilke behov ser vi for oss at kommunen må dekke i fremtiden? Dette med forebygging, dette med ettervern, kortere tid i spesialisthelsetjenesten. Ergo gjorde vi om et mandat på kort tid med å få denne motivasjonsbiten i forkant og opphold i ettetid for å sikre overgangene, både fra spesialisthelsetjenestene, men også fra egne institusjoner."

"Det ble sagt veldig klart og tydelig fra politisk nivå at det polikliniske tilbudet skulle flyttes over til bydelsnivå, så der måtte vi foreta en prioritering."

Sitatene viser hvordan Velferdsetaten som forvalter av politiske målsettinger befinner seg i en mellomposisjon mellom de politiske beslutningstakerne på den ene siden og brukerne av tjenestene på den annen side. utfordringen for Velferdsetaten ligger i å tilpasse målsettingene med den virkeligheten førstelinjen og brukerrepresentantene forteller slik at innholdet i tjenestene blir ivaretatt på en god måte. I anskaffelseskonkurransen i 2010 bestemte Velferdsetaten at dagtilbud (poliklinisk) ikke lengre skulle være en del av deres tjenestetilbud som følge av føringene i samhandlingsreformen. Det betød at brukerne av dagtilbudene nå måtte henvende seg

til bydelene for å få den oppfølgingen de ønsket. Problemet var at det tilbudet ennå ikke hadde blitt bygget opp i bydelene: *"Det er ofte den effekten det får når man bygger ned noe og prioriterer"*, som Velferdsetaten uttrykte det. En av informantene mine fra tiltakssiden formulerte det slik: *"Det er jo litt sånn Oslo-typisk; at når føringene kommer så kutter man gjerne tilbudet og så tar det tid før tilbudet bygges opp."* Velferdsetatens prioriteringer har med andre ord direkte konsekvenser for hvordan det helhetlige tjenestetilbudet for rusmiddelavhengige ser ut, noe som også synliggjør hvilket styringspotensiale som ligger i å bruke konkurranse for å anskaffe tjenester.

7.1.3 Kategoriseringer og tjenestemandat

Behovsvurderingene resulterer i en spesifisering av behovene både med hensyn til antall plasser og hvilken type plasser man ønsker å anskaffe og med hensyn til ønsket kvalitet og pris (se oversikt kap. 4.4). Johan From og Lars Kolberg beskriver det som skjer når kommunen skal ivareta brukeres behov ut fra de ressurser de har til rådighet på denne måten:

"Utfordringen er i større grad å evne å kartlegge, analysere og forstå ulike brukergruppers og individuelle behov og ønsker. Offentlig sektor forventes å differensiere tjenesteproduksjonen i overensstemmelse med de individuelle behov." (From, Kolberg 2003:177)

Hvorvidt Velferdsetaten treffer "markedet", de individuelle behov og ønsker, med sine firedeling av tjenestetilbudet i kategoriene rehabilitering, omsorg, korttid og særskilte behov, er i følge mine informanter usikkert, men det er heller ikke noe de syns er særlig viktig for selve innholdet i tjenestene. En av informantene ga uttrykk for at hennes tiltak var noe mer enn den kategorien de hadde tilbudt Velferdsetaten plasser i:

"Hvis vi først skal ta litt om de begrepene omsorg, rehabilitering og korttid, så vil jeg vel si at, det er vel vår oppfatning, at hva er behandling? Det er jo veldig mye, og jeg vil vel si at den dagen du går inn døra her så har du på en måte begynt i behandling også."

Utsagnet sier noe om hvordan forståelsen av det komplekse i rusomsorg og sosialfaglige tjenester blir redusert ved å forstå tjenestene ut fra de kategoriene de er plassert i. Det sier også noe om en avstand mellom Velferdsetatens byråkratiske arbeid og den virkeligheten som tiltakene gir uttrykk for.

Velferdsetatens oppdeling av tjenestetilbudet i definerte kategorier betyr at tiltak som ikke nødvendigvis "matcher" kategoriene må gjøre en vurdering med hensyn til hvilken kategori som passer dem best når de skal avgjøre hvilke tjenester de skal tilby Velferdsetaten i tilbudet de sender inn i konkurransen. Det vil potensielt ha konsekvenser for det helhetlige rustilbudet i kommunen dersom ikke denne "matchingen" er vellykket fra Velferdsetatens side. Velferdsetaten har overlatt til tiltakene å vurdere hvordan de vil tilpasse tjenestene til kategoriene ved at tiltakene i tilbudet må gi en beskrivelse av deres virksomhetsidé tilpasset kategorien de legger inn tilbud i:

"Virksomhetsidéen er en viktig kvalitetsindikator som er knyttet opp mot "matchingen" mellom brukers behov og innholdet i tjenestene, og som dermed indirekte vil kunne påvirke resultatet av oppholdet" (Konkurransesgrunnlag 2010:21).

Velferdsetaten krever med andre ord at tiltakene skal gjøre jobben med å tilpasse tjenestene til den bestillingen etaten har, ut fra hvilke behov de ser for seg at de skal dekke. Slik utformer på en måte tiltakene selv sitt eget mandat. En av informantene mine reflekterte slik over bestillingen fra Velferdsetaten:

"Du har ikke lov å ruse deg på huset, men du kan komme ruset på huset. Det går på gjensidig respekt. (...) Vi har et sånn advarselssystem. (...) Og da er det sånn at på fjerde advarselen vil du bli bortvist fra huset, og det er i løpet av seks måneders periode. Sånn i forhold til RME så er nok det ganske kontroversielt, for de vil ikke det. De mener at det ikke vil hjelpe vedkommende å vise de bort, men vi er av en annen oppfatning. Både av hensyn til huset og for at vedkommende kan tenke gjennom hva han vil."

En av de andre informantene fra tiltakssiden fortalte meg at han flere ganger hadde opplevd at han stod i en konflikt mellom hva Velferdsetaten hadde definert at mandatet for hans arbeidsplass skulle være, og hensynet til den enkelte rusmiddelavhengiges behov. På spørsmål om hvordan han løste slike situasjoner svarte han:

"Vi forsøker å løse de utfordringene ut fra den kompetansen vi har. Altså, hva er det som er mulig å gjøre her i denne situasjonen. Og så har jeg vel en opplevelse av at vi ikke alltid er så nøye med hva et lovverk sier. Jeg har vært med på en kar som bodde ute ... at ja, hvis du ruser deg litt så får du plass. Så gjorde han det og fikk plass."

Dette viser også at muligheten for å romme kompleksiteten som kjennetegner de som faller utenfor samfunnets rammer på grunn av rusmiddelavhengighet ligger i å bruke

sitt faglige skjønn på en slik måte at man klarer å definere mennesker inn i det mandatet man har med Velferdsetaten. En av de andre informantene fra tiltakene sa at det hendte at de fikk beboere som ikke nødvendigvis passet inn i det mandatet tiltaket hadde med Velferdsetaten, men at de da forsøkte å løse det etter beste evne:

"Ja, da blir det sånn at vi ofte sitter der med det etiske dilemmaet. At vi sitter der, og bydelen har ikke noe å tilby og de strekker seg langt for at han skal bo her videre. (...) Ja, det er hele tiden en balansegang. Men ja, det er rom for å tøyne de grensene for hva vi skal romme. Jeg opplever at så lenge det er til brukernes beste, og så lenge brukeren er enig i det (...) og Velferdsetaten er med på det."

En annen av informantene fra tiltakene ga uttrykk for de sosialfaglige vurderingene av hva som etter hennes syn hadde vært mest fordelaktig for institusjonen måtte vike til fordel for de rammene som var fastsatt av Velferdsetaten:

"De plassene vi har som er knyttet til Rusmiddeletaten ekskluderer jo de andre vanskeligstilte på boligmarkedet fordi det er knyttet opp mot rusmiddelpolitikk da, men vi ønsker jo en så differensiert sammensetning av brukere som mulig, så vi har en del utenbysplasser innimellom. (...) Og de utenbysplassene er ikke nødvendigvis rus (...), men det som gjelder det kommunale tilbudet vårt så er det rus som skal være grunnlidelsen liksom."

Informanten synliggjør med dette utsagnet hvordan det kan være utfordrende å skulle forene det man mener er faglig riktig opp mot hensynet til de rammene og idealene som Velferdsetaten forvalter innenfor rusfeltet. Velferdsetaten som forvalter av kommunale rustjenester har ikke anledning til å kjøpe plasser for mennesker som ikke har rus som "grunnlidelse" og tiltakene har ikke anledning til å levere andre tjenester enn det de har blitt enige med etaten om i kontrakten.

"For å si det pent, så er det ikke flertallet av våre beboere som tenker at de har et rusproblem. Folk har et boligproblem. Jeg vil fortsette å ruse meg, sier folk. Så det er en kontrast her..."

Informanten viser til en annen oppfattelse av virkeligheten enn det som ligger til grunn for Velferdsetatens vurderinger. Jeg forstod informanten slik at det slett ikke var alle brukere som ønsket å gjøre noe med sitt rusinntak. Velferdsetaten har lagt til grunn for sin tjenestebestilling at brukerne skal motiveres til rusmestring. I hvilken grad det lar seg gjøre dersom brukeren selv ikke ønsker endring er et relevant spørsmål i denne sammenheng. Sitatet fra informanten tydeliggjør at det kan være utfordrende, både for Velferdsetaten og for tiltakene å inkludere alle sider av den kompleksiteten som preger rusomsorgen i kategorier og definisjoner. Velferdsetaten er pålagt å ivareta de

kommunale oppgavene knyttet til rusmiddelavhengighet, noe som kan føre til utelukkelse av brukere som ikke passer inn i definisjonen av hva den kommunale rusomsorgen skal være, mens tiltakene er pålagt å tilby de tjenester de har avtalt med Velferdsetaten, noe som kan utelukke brukere som ikke passer inn i deres mandat. Hvordan defineringen av tjenestene styrer tilbudet til brukerne var et tema informantene var opptatte av, ikke minst med hensyn til hvordan evalueringsmatrisen ble brukt i konkurransen.

7.2 Konkurransesgrunnlaget og evalueringsmatrisen

7.2.1 Grunnlaget som styrende for tjenestene

Konkurransesgrunnlaget inneholder en spesifisering av de behovene Velferdsetaten har lagt til grunn for tjenestebehovet de neste fem årene. Konkurransesgrunnlaget fra 2010 er på 83 sider, foruten vedlegg, hvorav kvalitetskriteriene er beskrevet over 68 sider (Konkurransesgrunnlag 2010). Det gir ikke bare et bilde av omfanget av Velferdsetatens krav til kvalitet i tjenestene, men også av hvor viktig styring av kvalitet er for etaten. Konkurransesgrunnlaget skal sørge for at Velferdsetaten får den kvaliteten de ønsker ved at tiltakene svarer på det etaten spør om i grunnlaget når de utformer tilbudet. Velferdsetaten har lagt ved evalueringsmatrisen de bruker i vurderingene av tilbudene i konkurransesgrunnlaget. Evalueringsmatrisen inneholder kravene som er beskrevet i konkurransesgrunnlaget og hvordan Velferdsetaten vektlegger disse kriteriene (se tabell 2). Alle mine informanter fra tiltakene ga uttrykk for at de brukte matrisen aktivt i utformingen av tilbudet. En av dem sa det slik:

"Vi tenker jo at det er det de spør om som de vurderer på bakgrunn av sånn at vi tenker jo at hvis vi skriver for mye om andre ting så kanskje vi skriver oss litt ut på viddene og litt ut av tilbudet."

Matrisen ga tiltakene innblikk i hvordan Velferdsetaten vektla de ulike kriterier hver for seg og i forhold til hverandre, og etaten sier eksplisitt i konkurransesgrunnlaget at det er en betydelig fordel å inkludere så mange som mulig av kvalitetskravene tiltakene i tilbudet (Konkurransesgrunnlag 2010:18):

"Desto flere elementer som er omfattet av tilbudet, jo større er mulighetene for å oppnå kontrakt."

Velferdsetaten går altså lengre i å vektlegge betydningen av evalueringsmatrisen her, enn i formuleringen fra anskaffelsesstrategien om evalueringsmatrisen som *"policydokument"*. Uansett er formuleringene et tydelig uttrykk for etatens styring av tjenestene.

Den ene informanten fra Velferdsetaten ga uttrykk for det utfordrende med å definere kvalitet i konkurransegrunnlaget på denne måten: *"Når jeg skal gå inn å definere, så går jeg jo inn med en viss respekt. Hva om jeg definerer feil? Så det er jo en avveining mellom styring og frihet, og man prøver jo å finne den balansen"*. Det er altså opp til Velferdsetatens å avgjøre i hvilken grad det er nødvendig å spesifisere hvilken kvalitet tjenestene skal levere. Om konkurransegrunnlaget fra 2010 sier den andre informanten fra Velferdsetaten:

"Vi har gått litt lengre i å definere, både hva vi ser for oss i dag, men også hva er våre, på en måte, visjoner, hva er det vi ønsker å oppnå med disse tjenestene? Vi har gått mer inn i innholdet. Det er et ønske om å sikre kvaliteten på tjenestene gjennom å ha større kontroll på innholdet gjennom kontraktsoppfølging."

Velferdsetaten forklarte hvordan de hadde definert tjenestene med følgende eksempel:

"Sånn helt konkret, i den siste behovsvurderingen vi gjorde, så sier flere ruskonsulenter til meg; "man kan vel ikke ha en bruker på institusjon i tre år så har han ikke lært å gå å handle i butikken". Såne utsagn elsker jeg. Altså, her har vedkommende ikke lært seg å rydde rommet sitt, vedkommende har enda ikke lært seg å lage mat. Altså såne helt jordnære, konkrete ting fikk vi mange tilbakemeldinger på og da satte vi foten ned og så gjorde vi det sånn i konkurransegrunnlaget at vi krevde at dette skulle man jobbe med. Så ga vi kvalitetspoeng til de som kunne forplikte seg til å jobbe mer strukturert og systematisk med dette å skaffe seg kompetanse i forhold til økonomiforvaltning, for å ta det som eksempel. De som kan forplikte seg til å ha et system for å lære folk å lage et husholdningsbudsjett og gå i butikken å handle, og få en forståelse av hva 1000,- kroner er for noe, de får kvalitetspoeng. På den måten kan vi styre innholdet i tjenestene i den retning som brukeren har behov for og som sosialtjenesten melder; at det her har vi behov for på sikt."

For å få poeng må tiltaket som skal levere denne tjenesten svare på hvordan de vil jobbe med økonomiforvaltning gjennom en beskrivelse i tilbudet de leverer. I konkurransegrunnlaget er kriterier knyttet til økonomi beskrevet slik (Konkurransegrunnlag 2010:19, 22, 26):

"Kan tjenesteyter forplikte seg til å bistå de brukerne som ønsker dette, med råd og veiledning i forhold til økonomi?"

"Kan tjenesteyter forplikte seg til å inngå samarbeidsavtale med relevant aktør med sikte på å sikre de brukerne som ønsker dette, bistand til gjeldsrådgivning/sanering? Hvis ja, beskriv hvordan og fra hvilket tidspunkt dette vil skje."

"Bistand til økonomiforvaltning er ikke en forutsetning, men et prioritert område for poengutdeling i evalueringsmatrisen."

Informanten fra det aktuelle tiltaket fortalte meg at hun ikke var helt enig i Velferdsetatens vurderinger på dette med økonomi:

"Det er jo det med når de spør om ting som ligger utenfor det ordinære hjelpeapparatet, for det er jo først og fremst det ordinære hjelpeapparatet brukerne trenger å forholde seg til. Vi er hvert fall opptatt av at det ikke blir sånn positiv boost og så blir det sånn nedtur når de kommer ut. (...) Hvorfor skal de egentlig ha en gjeldsrådgiver utenom det som finnes i NAV-systemene? Vi samarbeider jo opp mot NAV om det. (...) Man kan jo tenke at det at vi liksom lager alle disse avtalene, at man gjør det for å ha det på papiret da, for å være helt ærlig."

Eksempelet viser hvor avgjørende det er at Velferdsetatens oppfatning av hva som er viktig stemmer med det tiltakene mener er viktig for gode tjenester. For tiltakene kan en uoverensstemmelse i virkelighetsoppfatning resultere i dårlige resultater på målingene, og for Velferdsetaten kan det bety at de ikke får det de ønsker av tjenesten. I ytterste konsekvens kan Velferdsetaten risikere at få, eller ingen, leverer inn tilbud fordi de ikke kjenner seg igjen i behovsbeskrivelsene i konkurransegrunnlaget. En slik konsekvens vil ta bort hele grunnlaget for å benytte konkurranse som strategi for å få best mulig tjenester. På bakgrunn av hva mine informanter fra tiltakssiden fortalte meg ser det ut til at oppfatningene av i hvilken grad Velferdsetaten har skjønt hva tjenestenes innhold burde være varierer avhengig av hvilket type tiltak det er. En av informantene ga uttrykk for at Velferdsetatens kvalitetskrav ikke bød på særskilte problemer:

"Jeg synes ikke det der er så utfordrende egentlig, for som regel så har vi jo de tingene på plass, og det jeg syns er veldig bra da, det er det at det faglige innholdet man har utarbeidet i tiltaket harmonerer jo stort sett med det der, selv om det er et par ting jeg tenker de har bommet litt, eller hatt feil fokus på, som ikke samsvarer med realiteten."

Samtidig som informanten syns det er greit å forholde seg til Velferdsetatens krav gir hun uttrykk for at det er matrisen som er styrende og at det av og til kan være ting som ikke harmonerer med det sosialfaglige:

"Det vi er litt opptatt av når vi ser på det tilbudet er jo hva vi har og hva vi mangler; hvordan kan vi få det inn for å få mest mulig uttelling, men samtidig så vil vi jo ikke gå på kompromiss med hva vi tror på faglig sett, og det er jo en del ting vi liksom ikke nødvendigvis syns er sånn superrelevant ut fra hva vi opplever."

En annen av informantene henviste til det som stod skrevet om hva Velferdsetaten forventet av hans type tiltak i konkurransegrunnlaget på denne måten:

"Det man beskriver her, det er ikke lett å kjenne seg igjen i sånn egentlig. Det er på en måte en annen virkelighet. Altså, det begynner for så vidt fint. Det er på en måte... det forventes på en måte for mye i forhold til det som er mulig, selv om det presiseres at alle elementene ikke trenger å være tilstede. Men, altså, utgangspunktet her er definert av mennesker som ikke kjenner hvordan rusomsorgen på vårt nivå faktisk er. Man tror at ting fungerer. Man tror at alle rusmisbrukere har et tett og seriøst forhold til sine saksbehandlere. Man tror at det er så kort vei fra rusmisbrukere til sosialtjenesten i forhold til det å få hjelp og støtte som trengs i en vanskelig situasjon. Forventningene fra oppdragsgiveren her tilsier at man mener at virkeligheten er slik."

Ut fra det informantene her sier så er det både snakk om ulike virkelighetsforståelser og om et gap mellom intensjonene og hva tiltakene ser som realistisk å gjennomføre, ut fra de eksisterende rammebetingelsene. Tiltakenes utfordring er ikke bare å skulle forene intensjonene med deres virkelighetsoppfattelse, det er også å beskrive det på en god måte i tilbudet til etaten.

7.2.2 Å tolke intensjoner – en øvelse i styringsmentalitet

Informantene fra tiltakssiden var alle opptatt av hvordan de hadde tolket evalueringsmatrisen og hvordan de hadde brukt matrisen som utgangspunkt for å forene det kvalitative og særegne ved deres tjenester opp mot Velferdsetatens bestilling. Med tolkning mener jeg den jobben tiltakene gjorde med å oversette Velferdsetatens kravformuleringer til å passe inn i deres oppfattelse av hva som er viktig for tjenestene. Informantene mine formulerte det slik:

"Vi sitter jo med den blekka da (konkurransegrunnlaget). Og så prøver vi å svare så konkret som mulig på de spørsmålene, verken mer eller mindre, og så må vi jo prøve å tenke på hva vi kan selge oss inn på, hva er vår styrke".

"Hva er det de spør om? Selv om man aner det, og vet det, så er det sånn; er det noe vi har glemt og ikke forstått?"

"Altså, språkbruken er for dårlig. Og en ting, ja, for å se på det neste punktet; hva ligger i "progresjon i oppholdet"? Ja, ikke sant, det er utvikling. Jaha, i forhold til hva?"

"Altså, hva er det det spørres etter? Å prøve og forstå, hva betyr det i praksis her hos oss? Hva tenker man at; hva er det man forventer?"

"Det stod jo i den poengmatrisen at hvis dere kan levere det her så kan dere få tre poeng. Vi leste spørsmålene veldig nøye og tenkte liksom, ja det var ofte sånn tre spørsmål i ett, der de forklarte hva de ville ha. For eksempel under det med eksternt samarbeid så var det sånn at da begynte vi å tenke kreativt. Jo, Frelsesarmeen har jo en medarbeiderskole som egentlig er for ansatte. Kan den gjelde for brukere og? (...) Og så har vi en avtale med høyskolen som egentlig gjelder for våre ansatte. Kan det og gjelde for våre brukere? Så sier høyskolen at ja, det kan det. Så lenge Frelsesarmeen sentralt er enige i at brukere konkurrerer med ansatte, og da tenkte jo vi; hvor ofte skjer det? Så ble vi bare enige om det. Så da fikk vi poeng for det liksom. (...) Ja, vi var veldig bevisste på å høste de poengene."

Det siste sitatet viser hvordan tiltakene forsøker å fange opp hva Velferdsetaten er ute etter gjennom å se på kravet og hvor mange poeng man kan oppnå under det enkelte krav. Det kan synes som om det i noen tilfeller er viktigere å få poenguttelling, slik at man har mulighet til å vinne konkurransen, enn at det faktiske tjenesteinnholdet Velferdsetaten etterspør oppfylles.

Tiltakene må avgjøre i hvilken grad de elementene Velferdsetaten vektlegger er noe de kan levere, men også om de synes det er viktig å levere. Det er med andre ord ikke nødvendig for tiltakene å svare på alle kravene Velferdsetaten har inkludert i konkurransegrunnlaget. Det vil være opp til tiltakene å vurdere både hvor mange krav de skal svare på, med unntak av minimumskravene, og hvor utfyllende de skal svare på det etaten etterspør. Vurderingen må nødvendigvis tas med hensyn til hva som er godt nok med tanke på å vinne frem i konkurransen og hvilket prisbilde man har basert tilbudet på. Ideelt sett skal virkelig gode tjenestebeskrivelser kunne vinne frem også dersom de har levert inn tilbud som ligger høyt i pris ettersom prisen deles på antall oppnådde poeng.

Det å tolke innholdet i konkurransegrunnlaget byr altså på flere utfordringer. Ikke bare skal tiltakene tolke reglene for konkurransen, de skal også tolke intensjonene med Velferdsetatens bestilling. Konkurransegrunnlaget har igjen blitt utformet etter Velferdsetatens tolking av rådende politiske føringer og regelverk. Utfordringer knyttet til tolkning kan sees i lys av hvordan ulike profesjoner tolker regler og føringer ulikt. Thomas Mathiesen viser til at byråkrater gjerne benytter forhåndstolkninger av lover og regler i sitt arbeid (Mathisen 2001:190). Det vil si planer, retningslinjer og veiledere som er rådende på feltet. Måten Velferdsetaten har brukt samhandlingsreformen på i

behovsvurderingene er et eksempel på dette. Tiltakene tolker så igjen konkurransegrunnlaget ut fra sine forståelsesrammer og faglige ståsted. Denne rekken av tolkningsmuligheter kan potensielt føre til feiltolkninger med hensyn til de opprinnelige intensjonene fra det politiske nivå. Rommet for feiltolkninger er antakelig noe minsket ved at Velferdsetaten benytter sosialfaglig kompetanse i utformingen av konkurransegrunnlaget og at mulige misforståelser kan avklares både i tilbudskonferansen og i forhandlinger. Samtidig er det konkurransereglene som er styrende for hvordan det sosialfaglige defineres. Som jeg viste til i avsnittet om det anskaffelsesfaglige vil konkurranse som metode føre til at det komplekse i det sosialfaglige reduseres i forhåndsbestemte kategorier i konkurransegrunnlaget.

Tiltakenes tolkningskompetanse og avveining mellom pris- og kvalitetshensyn kan altså forstås som en øvelse i å forstå hva Velferdsetaten er ute etter. For å gjøre det må tiltakene sette seg inn i Velferdsetatens tankegang. Slik kan tolkingen forstås som et uttrykk for det Foucault kaller styringsmentalitet (Lundgren, Juritzen 2012:22). Styringsmentalitet er en maktform som virker indirekte ved at de som styres (tiltakene) internaliserer styrerens intensjoner. Det handler om å påvirke tiltakene slik at de selv oppfatter intensjonene som gode og riktige. I en konkurranse er det, som informantene har gitt uttrykk for, avgjørende at man har forstått hva Velferdsetaten er ute etter for å ha mulighet til å oppnå kontrakt. Det at tiltakene selv beskriver sitt tilbud ut fra Velferdsetatens krav kan sees som en øvelse i å internalisere Velferdsetatens intensjoner. Ved at ens egne beskrivelser danner utgangspunkt for avtalen, blir kontrakten en form for selvstyring. Man har forpliktet seg til å levere det man har sagt man skal levere, ikke det Velferdsetaten har sagt man skal levere. For å oppsummere styringsmentaliteten: Velferdsetaten fastsetter krav (som man ikke må, men bør svare på), tiltakene tolker og vurderer kravene ut fra hvor mange poeng de kan få uttelling på, tiltakene leverer et tilbud basert på tolkingen og vurderingen, Velferdsetaten evaluerer om tiltakene har forstått hva de var ute etter, Velferdsetaten forhandler med tiltakene om en felles forståelse av pris og innhold, Velferdsetaten ber tiltakene forplikte seg til det de har sagt de skal levere gjennom kontraktsinngåelse. I et styringsmentalitetsperspektiv må konkurranse samlet sett kunne sies å være et potensielt sterkt styringsverktøy.

7.2.3 Evalueringsmatrisen – styring på detaljnivå

Mine informanter fra tiltakssiden var, som nevnt, alle opptatt av hvordan de skulle vinne frem i konkurransen gjennom å svare så godt de kunne på kvalitetskravene i matrisen. Det at matrisen anses som viktig er ikke ubegrunnet. Det er kun matrisen Velferdsetaten forholder seg til i kvalitetsevalueringen av tilbudene, noe som kan utelukke sider ved tjenestetilbudet som ikke passer inn i matrisen. I intervjuet problematiserte Velferdsetaten i noen grad at konkurransegrunnlaget er såpass definert i forkant av konkurransen:

"Det som i dag vil være vanskelig er jo dersom du vektlegger noe som faller utenfor de rammene som er fastsatt i konkurransegrunnlaget. Innenfor de rammene kan man jo være så kreativ man bare vil. Men hvis noen kan vise til noe annet som har vist seg å ha veldig god effekt så kan vi ikke legge vekt på det hvis det faller helt utenfor det vi har snakket om at god kvalitet er."

For å vise hvordan Velferdsetaten definerer tjenestetilbudet i konkurransegrunnlaget skal jeg her gi noen eksempler på hvordan kvalitetskravene er formulert:

"Kan tjenesteyter forplikte seg til å bistå brukerne med familie- og pårørendearbeid med mål om reetablering, etablering eller styrking av relasjoner. Hvis ja, hvordan?"

"Kan tjenesteyter forplikte seg til å utvikle en form for belønningssystem når brukerne har nådd konkrete milepæler i rehabiliteringsprosessen? Hvis ja, gi en beskrivelse av hvordan dette skal utformes."

"Er det utarbeidet informasjonsmateriell om virksomheten? Hvis ja, legg ved et eksemplar. Hvordan blir det distribuert og gjort kjent for brukerne?"

"Har brukerne tilgang til gratis internett?"

"Redegjør for bemanningen vedrørende antall, andel stillingsbrøker, type stillinger og de ansattes teoretiske kompetanse og yrkeserfaring."

Dette er bare et lite utvalg av krav Velferdsetaten spør tiltakene om å levere (se tabell 2). Det er verdt å legge merke til hvor detaljert etaten går inn og definerer konkurransegrunnlaget. Det er riktignok rom for egne idéer i beskrivelsen av *hvordan* man vil etterkomme kravene, men kravene i seg selv kan ikke endres på. Evalueringsmatrisen kan leses som et uttrykk for maktutøvelse med tanke på hvordan forståelsesmåter og kunnskap reduseres i forhåndsbestemte kategorier. I boken *"Makt på nye måter"* (Engebreetsen, Heggen 2012) har forfatterne trukket frem et teoretisk

perspektiv hentet fra Kari Martinsen som illustrerer evalueringsmatrisens maktpotensiåle. Martinsen bruker begrepet "det registrerende blikk" for å forklare hvordan skjemaer omdefinerer kunnskap:

"Fokuset legges på å finne felles trekk som kan innordnes under forhåndsdefinerte begrep. Et registrerende øye vil også kunne individualisere og se forskjeller, men bare for eksempel ut fra det som kan bevege seg på en skala – fra mye til lite – innenfor en allerede definert likhet som en klassifisering rommer." (Martinsen i Vesterkjær, Engebretsen, Heggen 2012:84)

Det som er av interesse her, som jeg var innom i kapitlet om det anskaffelsesfaglige, er at den kunnskapen som kriteriene, representert av Velferdsetaten, gir uttrykk for er annerledes enn den kunnskapen som tiltakene representerer i sitt daglige arbeid. Det er en type kunnskap som ikke så lett lar seg oversette til kategorier og, ikke minst, poeng på en skala. I et maktperspektiv er det et spørsmål om hvilken type kunnskap som vinner. Ut fra hva mine informanter ga uttrykk for, er det evalueringsmatrisen som vinner frem, men det vil ikke si at det ikke oppleves som problematisk. Velferdsetaten ga i samtale med meg uttrykk for at de var klar over at de ble sett på som maktutøvere, men at det var slik systemet var (se også neste kapittel).

Tiltakene jeg intervjuet var alle opptatte av å holde seg innenfor rammene for konkurransen, selv om noen av dem var uenige i det Velferdsetaten hadde vektlagt. Det at Velferdsetatens krav ikke stemmer med hva tiltakene syns er viktig for tjenesteinnholdet, er noe det i følge mine informanter er lite rom for å ta opp med etaten mens konkurransen pågår. Til dels skyldes det at reglene for hvordan konkurransen skal foregå er såpass strengt definerte, og til dels handler det om at de spørsmålene tiltakene ønsker svar på før konkurransen lukkes legges ut til alle som er med i konkurransen, slik at det potensielt kan føre til at konkurrerende tiltak får innsyn i konkurrentenes vurderinger. Dette var noe tiltakene ga uttrykk for i samtaler med meg; både at det ikke var særlig kontakt mellom etaten og tiltakene før forhandlingene, men også at om man hadde spørsmål til etaten så måtte behovet for å få disse avklart veies opp mot hensynet til at de faktisk deltok i en konkurranse. To av informantene fra tiltakssiden fortalte at det var mulig å ta opp de innvendingene de hadde til kravspesifikasjonene etter at konkurransen var avsluttet og at de opplevde at Velferdsetaten ønsket slike tilbakemeldinger. En konsekvens av denne måten å gjennomføre konkurranse på er at det vil føre til at innspill på hvordan tjenestene kunne bli bedre eventuelt ikke vil bli tatt

til etterretning før til neste konkurranse, noe som igjen vil ha konsekvenser for tjenestenes innhold gjennom hele kontraktsperioden.

"Du vet i hvert fall på hvilke premisser du deltar og hvordan du skal vinne, og så er det jo ikke sånn at vi forventer at alle skal være enige. Den diskusjonen får man i så fall ta frem til neste konkurranse."

Velferdsetaten sa samtidig til meg at det var mulig å gjøre "naturlige endringer" i løpet av kontraktsperioden, men at de måtte skje innenfor rammene for kontrakten. Rammene for kontrakten er satt med utgangspunkt i evalueringsmatrisen, og forhandling om poengene Velferdsetaten ga tiltakene ut fra matrisen. Det kan slik sett stilles spørsmål ved hvorvidt de endringene som eventuelt kan gjøres er reelle endringer, eller variasjoner over samme tema.

7.3 Styrte forhandlinger

Velferdsetatens styring av tjenestenes innhold skjer også gjennom forhandlingene etter at konkurransen er lukket. I første omgang kan Velferdsetaten avvise de tilbudene som ikke svarer til minstekravene fastsatt i konkurransegrunnlaget (Konkurransegrunnlag 2005:8). En av informantene fra tiltakssiden fortalte at "slik jeg har forstått det var det noen som hadde levert inn tilbud som rett og slett var ble avvist fordi det var, ja, mangler eller fordi det rett og slett var dobbelt så dyrt." Etter at etaten har evaluert de kvalifiserte tilbudene innkalles de aktuelle leverandørene til forhandlinger:

"Vi sender jo ut på forhånd hvor de har fått kryss (i matrisen), ikke sant? (...) På noen områder så er det slik at vi ikke vet nok, slik at de må supplere det enten i muntlig møte eller i form av et revidert tilbud. Komme med mer informasjon sånn at vi kan gjøre en vurdering. Så kan det være andre momenter der vi mer kan bli enige om hvordan vi skal gjøre det for at det er bra nok. (...) Men det er alltid sånn at det er oppdragsgiver som vurderer tilbudene og har den endelige myndigheten til å bestemme om poenget skal gis."

Forhandlingene kan også dreie seg om hvilken pris tjenesten skal ha. Den ene informanten fra Velferdsetaten var opptatt av at den konkurranseformen som Oslo kommune har valgt, åpen konkurranse med forhandling, er gunstig, ikke bare til å justere kvalitetspoengene, men også til å endre på prisbildet:

"For det kan jo være, selv om vi legger mye vekt på å være tydelige og forutberegnelige i forhold til hva vi skal kjøpe, så er vi jo åpen for at det kan forstås på en annen måte. Og det er jo en mulighet du har innen

forhandlet konkurranse som du ikke ville hatt i en anbudskonkurranse, som gjør at man kan endre prisen også i løpet av en konkurranse”

Forhandlingene foregår mellom tiltakene og Velferdsetaten, og som regel (avhengig av hvilket tiltak det er) representasjon av organisasjonens sentrale ledelse.²⁶ Også forhandlingene preges av at det er en ubalanse i maktforholdene mellom Velferdsetaten som oppdragsgiver og tiltakene som tilbydere. Bare ordene oppdragsgiver/bestiller og tilbyder/leverandør/tjeneste synliggjør ubalansen. I det følgende sitatet er det verdt å legge merke til informantens betegnelse på tjenesteleverandør, et valg jeg tolker som et uttrykk for å minimere avstanden mellom partene:

Velferdsetaten:

”Når du snakker med våre forhandlingspartnere, så vil antakelig noen si det at ”ja, de sitter jo med all makten og det er jo de som bestemmer, vi må bare liksom, danse etter pipen. Ja, til en viss grad så skal det være sånn. Det er vi som er satt til å forvalte skattepengene.”

En av informantene fra tiltakssiden:

”Vi opplevde litt sånn ovenfra og ned, at her sitter vi og der sitter dere, og dere er prisgitt oss på en måte.”

Det vil nødvendigvis følge av det å benytte konkurranse som anskaffelsesstrategi at maktforholdene oppleves ovenfra og ned, fordi de rent faktisk er det. Oppdragsgiver har reell makt til i praksis å legge ned tiltak som over tid har drevet tjenester på vegne av Velferdsetaten. Kontrakten er tidsavgrenset og lyses ut på ny hvert femte år. Hvert femte år stiller det tiltaket som har drevet tjenesten foregående periode i utgangspunktet på lik linje med alle andre som måtte være interessert i å drive tjenesten. Velferdsetatens maktutøvelse i forvaltningen av kontraktene er med på å forklare usikkerheten knyttet til om man får fortsette driften eller ikke. En av informantene fra tiltakene ga uttrykk for at usikkerheten var krevende å håndtere:

”Det er en veldig psykisk tøff belastning altså. Man vet jo ikke. (...) Og det er klart vi ble slitne, og beboerne merket det og blir usikre; ”ja, har jeg noe sted å gå til etter 1. juli”, liksom, og det vet vi jo ikke, og det var vi ganske klare på i forhold til beboerne. Så det var de informert om, men ja, vi var jo ikke trygge.”

²⁶ Tiltakene som deltok i konkurransen i 2010 var for det meste ideelle organisasjoner (se kapitlet om Velferdsetaten), som har et sentralt styre og ledelse.

7.4 Styring - hva så?

Som jeg har beskrevet i dette kapitlet var alle informantene, både fra tiltak og fra Velferdsetaten opptatt av mulighetene og begrensningene som lå i konkurransestrategiens styring av tjenestene. Styringens fordel ligger i mulighetene for å få gjennomført de gjeldende idealene og målsettingene i rusmiddelpolitikken på en effektiv måte. Styringens utfordring er knyttet til avveiningen mellom å definere for mye, slik at tjenestene blir for lite fleksible til å ivareta kompleksiteten i tjenester for rusmiddelavhengige, og for lite, slik at innholdet i tjenestene blir for vagt definert. Målet er slik sett å definere akkurat passe. Akkurat passe styring betyr også akkurat passe bruk av makt. Konkurransen som strategi vil ikke fungere uten tillit i markedet, og tilliten i markedet er avhengig av at tilbyderne opplever å bli hørt. Tillit kan også sies å settes på prøve dersom man skulle bli utsatt for kontroll, eller riktigere sagt, for mye kontroll. Dette er tema for neste kapittel.

8. Anskaffelser som verktøy for kontroll

8.1 Rapportering – dokumentasjon og måling

Styring av tjenestene fører til kontroll av tjenestene. Kontrollen av tjenestene tar utgangspunkt i kontrakten mellom Velferdsetaten og det enkelte tiltaket. Kontrakten er et resultat av tiltakenes tilpasning til innholdet i konkurransegrunnlaget, poenguttellingen i evalueringsmatrisen, og av forhandlingene med etaten. Kontrakten fastsetter kort sagt hva og hvor mye tiltakene skal levere, og hvilken pris Velferdsetaten skal betale for tjenesten. I kapittel 3.6.3, "Tildelingsbrevet til Velferdsetaten", ble kontraktsoppfølging pekt på som et satsingsområde for etaten. Velferdsetatens rolle i anskaffelsens oppfølgingsfase er å sikre at tjenestene leverer det de skal. Helse- og sosialtjenester lar seg ikke kontrollere på samme måte som kjøp av harde varer. Det kreves derfor en løpende oppfølging og kontroll av tjenestenes kvalitet og innhold. *"Styring av kontroll på kvalitet fremstår som en av de mest sentrale dimensjonene ved konkurranseutsetting. Kvalitet fremstår som et gjennomgående fenomen når konkurranseutsetting er tema"* (From, Torsøe, Kolberg 2003:67). Kvaliteten måles ved bruk av det etaten kaller kvalitets- og resultatmålinger, som i hovedsak dreier seg om dokumentasjon av måloppnåelse for brukerne og om brukerundersøkelser. Tema for dette kapitlet er hvordan Velferdsetaten gjennom kontraktsoppfølging kontrollerer at den avtalte kvaliteten i tjenestene blir realisert. Først vil jeg kort gjøre rede for kontraktens innhold, som forutsetning for Velferdsetatens kontroll av tjenestene. Deretter skal det handle om resultatmålingene, som både Velferdsetaten og informantene fremhevet som viktige i kontraktsperioden. Til slutt diskuteres brukerundersøkelser som virkemiddel for å kontrollere kvaliteten.

8.2 Kontrakt og resultatmålinger

Kontrakten inneholder forpliktelser for både Velferdsetaten som oppdragsgiver og tiltakene som tjenesteleverandør, med overveiende fokus på oppdragsgivers rettigheter vis av vis tilbyder. Tjenesteleverandør forplikter seg til ikke bare til å levere på kvalitet og pris, men også til å dokumentere og rapportere det de leverer. Dokumentasjons- og rapporteringskrav avtales nærmere med hver enkelt tilbyder, men det er tilbyders

ansvar å levere rapporter som avtalt og til det tidspunkt etaten fastsetter (Kontraktsbestemmelser 2010:12). Velferdsetaten kan i følge kontrakten ilegge tiltakene mulkt på 10.000,- i tilfelle for sen eller mangelfull dokumentasjon (ibid.:20). I ytterste konsekvens kan Velferdsetaten heve kontrakten dersom tiltakene gjentatte ganger ikke følger opp rapporterings- og kvalitetsmålingskrav. Tiltakene må, foruten kvalitets- og resultatmålingene, levere jevnlig dokumentasjon og statistikk både på hva de har gjort og på hva brukerne har gjort. Ut fra hva mine informanter fortalte gjelder det regnskaper, belegg av plasser, statistikk over sammensetning av brukergruppen, anonymiserte tiltaksplaner og journaler, inn- og utskrivelser, HMS, personalets kvalifikasjoner og lønns- og arbeidsvilkår, arbeidsplassundersøkelser, liste over bydelsbetalingene, med mer. I konkurransegrunnlaget står for eksempel under kategorien rehabilitering at leverandøren skal levere inn dokumentasjon på rutinebeskrivelser, dags- og ukeplaner, husregler, kartleggingsskjema og individuelle planer (Konkurransegrunnlag 2010:22). Rapporteringskravene er med andre ord omfattende. I kontraktsbestemmelsene fra 2010 heter det at tiltakene *"skal gjennomføre årlige kvalitetsmålinger som omfatter brukerundersøkelser og resultatmålinger"* (ibid.:13). Velferdsetaten oppga følgende kvalitetsmålesystemer i intervjuet:

*"Da har vi fire målesystemer. Brukerundersøkelser, interessentundersøkelser; der vi spør hva bydelene synes om institusjonene (...), så har vi resultatmålinger; i hvilken grad brukerne selv opplever at de oppnår noe mens de har vært der, og arbeidsplassundersøkelser; (...) fordi vi vet at dersom personalet trives så blir det bedre kvalitet fordi man har bedre holdninger til klientene. Det er det masse forskning som viser."*²⁷

Informanten trekker her også frem arbeidsplassundersøkelser som avgjørende for tjenestens kvalitet. Han ga i intervjuet samtidig uttrykk for at denne undersøkelsens betydning var redusert til fordel for resultatmålingene. Det må ses i sammenheng med et økt fokus på brukernes opplevelse og medvirkning i tjenestene. Det er interessant at Velferdsetaten forteller at resultatmålingene sier noe om i hvilken grad brukerne selv opplever at de har oppnådd noe. Etaten sa også at det var disse målingene som var viktigst for dem. Informantene fra tiltakssiden fortalte at resultatmålingene er mål på hvorvidt brukerne har fullført oppholdet som planlagt. Planen for oppholdet var avtalt i samråd med primærkontakt/behandler, og skulle, innenfor de rammene som gjelder på

²⁷ Interessentundersøkelsene i bydelene gjøres i forbindelse med behovsvurderingene, som ble redegjort for i kapittel syv, og er ikke relevant for oppfølgingen og kontroll av virksomhetene.

hver enkelt institusjon, være satt ut fra brukerens egne ønsker, forutsetninger og målsettinger. Informantene fra de tiltakene jeg intervjuet problematiserte alle at dette med egne mål for oppholdet ikke nødvendigvis var helt og holdent brukernes egne mål, men at de ble til i et samarbeid, og forhandling, mellom behandler og bruker. En av informantene sa dette:

"Ja, det er jo noen mål de ikke kan la være å ha. De kan ikke si at de ikke har lyst å jobbe med rusfrihet for eksempel, så de blir jo tvunget til å sette opp tiltak med det målet. (...) Det blir jo litt sånn veiledning, sånn at man får dem til å formulere selv sånn at de skal få et eierforhold til den planen, men likevel så pusher vi de jo litt sånn at det harmonerer med det, ja ... vi sier jo det at "ja, hvilke tiltak skal du ha innenfor det med rusmestring?" Og så henviser vi til det som har blitt snakket om på vurderingssamtalen, som på en måte var bakgrunnen for inntak da."

Det informantene sier her er også et uttrykk for styringsmentaliteten (se forrige kapittel) som oppstår i møtet mellom behandler og klient når behandler skal forholde seg til mandatet som er avtalt med Velferdsetaten og til brukerens behov og forutsetninger. Behandler må oppmuntre brukeren til å oppgi mål som passer til det tiltaket har sagt de skal gjøre i kontrakten med etaten. Tiltakene jeg intervjuet brukte ikke ordet resultat når de snakket om brukerens målsetting og plan for oppholdet, men "tiltaksplan" og beboeravtale". Valg av ord er ikke uten betydning for hvordan man oppfatter det som skjer i relasjonen mellom bruker og behandler. Jeg synes ordvalg, for eksempel det at informantene her sier hun ønsker at brukeren skal ha et eierforhold til egen plan er talende eksempel på den type maktoverføring som oppstår i møtet mellom behandler og bruker når de skal bli enige om plan for oppholdet. Behandler forsøker å påvirke med sine føringer for hva den tjenesten hun forvalter skal tilby. Det er også her, som i relasjonen mellom Velferdsetaten og tiltaket, snakk om ulikhet i maktforhold. Dersom bruker og behandler er enige om plan, er det ikke nødvendig å påvirke og motivere, men dersom bruker og behandler skulle være uenige, vil det være et spørsmål om hvem som har mest makt til å få sin vilje gjennom²⁸. Det at brukeren er avhengig av behandlerens velvilje for å bli boende på institusjonen er med på å forklare hvorfor maktrelasjonen er så skjev. Tiltaket kan beslutte å skrive ut brukeren fra institusjonen dersom han ikke lengre skulle passe inn i beskrivelsen av hva tiltaket skal romme. Dette er en uttalt form for makt, som virker sammen med den uuttalte, til å forsterke maktulikheten i

²⁸ Makt, slik jeg har brukt det her, er hentet fra Webers maktdefinisjon; "Et eller flere menneskers sjanse til å sette gjennom sin egen vilje i det sosiale samkvem, og det selv om andre deltakere i det kollektive liv skulle gjøre motstand" (Weber 2000:53)

relasjonen mellom behandler og bruker. Jeg skal ikke gå nærmere inn på maktulikhet i behandler-brukerrelasjonen her, men det er viktig å ha dette perspektivet i bakhodet for å forstå hvorfor det ikke nødvendigvis er brukernes egne målsettinger og måloppnåelse som kommer til uttrykk i resultatmålingene. Det er også viktig for å forstå hvordan kontrollen forplanter seg nedover i systemet. De kontrollerte blir selv kontrollører gjennom anskaffelsessystemet fordi den kvaliteten tiltakene må dokumentere at de leverer er avhengig av at brukerne både gjennomfører opphold etter planen, og er fornøyd med institusjonen (som jeg vil komme tilbake til i avsnittet om brukerundersøkelser).

En av informantene fra tjenestesiden ga uttrykk for at dette med resultatmålinger var utfordrende med hensyn til hva Velferdsetaten la i begrepet "mer egnet tilbud". I følge informanten var det fra Velferdsetatens side ment at brukeren oppfylte kravet om fullført opphold dersom han eller hun flyttet til "et mer egnet sted", eller det jeg i lys av Velferdsetatens vektlegging av progresjon i oppholdet forstår som flytting til et sted med høyere funksjonsnivå. Informanten fortalte: "Mer egnet sted? I forhold til hva da?" Han forklarte at et mer egnet sted slik brukeren så det ikke var det samme som det Velferdsetaten mente. Hvis brukeren var fornøyd med å flytte til et sted med lavere funksjonsnivå, så kunne være at han mente oppholdet var fullført som planlagt, uten at Velferdsetaten nødvendigvis var enig i det. Informanten forteller:

"I den rapporten som jeg nå skal levere (...) ... Hvor mange beboere flyttet i henhold til denne planen? Jeg sier at det var syv fordi at vi skal medvirke til at hun eller han skal flytte til et sted som er bedre egnet for hun eller han, og når hun eller han syns at; ja men, det er helt flott å flytte til Ila, ja, da er faktisk det målet oppnådd. Enkelt sagt. Så da får vi se da, om det er spiselig."²⁹

Jeg forstår det informanten sier som et uttrykk for en annen forståelse av hva progresjon i oppholdet er enn det Velferdsetaten legger i det. Det er med andre ord snakk om ulike oppfatninger av virkeligheten. Ulik forståelse vil igjen ha betydning for resultatoppnåelsen. Dersom man definerer måloppnåelse slik Velferdsetaten gjør, "mer egnet tilbud", kan det argumenteres for å målet ikke er oppnådd. Om man derimot definerer måloppnåelse slik jeg oppfatter at informanten gjør, "dit brukeren ønsker", er målet oppnådd. Et poeng i denne sammenheng er at resultatene tiltakene oppnår igjen

²⁹ Ila er et lavterskel hybelhus med akutt døgnovernatting for bostedløse menn over 18 år i aktiv rus (Velferdsetaten 2012).

er grunnlag for neste konkurranse; tiltakene måles, som jeg har nevnt, ut fra foregående resultater. Jeg har ikke grunnlag for verken å antyde eller påstå at det er en sammenheng mellom det som rapporteres og hensynet til å vinne frem i konkurransen, men jeg mener det er et relevant spørsmål å stille.

Informanten fortalte videre:

"Det forventes jo at det skal lages en såkalt tiltaksplan, og den skal på en måte skrives i det øyeblikket du kommer inn på huset, og gjennomføres i det øyeblikket du forlater huset. Uavhengig av når det er. Vi kaller det boavtale her på huset, og det er rett og slett hvilke mål du har. Altså, du kan være her inntil tre måneder; er det noe vi kan gjøre på de tre månedene? Noen ønsker å søke på noe. Noen har en målsetting om å lære å tørke av seg på beina når de kommer inn. Men at bruker og primærkontakt setter seg sammen og prøver å formulere noen mål som kan sies å vise en utvikling. (...) Om det er slik at folk kommer med et mål, eller at folk kommer og oppdager at her stilles det krav til mål? I stor grad det siste."

Det informanten sier samsvarer med det jeg har skrevet om maktulighet i relasjonen mellom bruker og behandler. Velferdsetatens styring av tjenestene forplanter seg til brukeren; tiltakene må sørge for å levere det de har sagt de skal levere. Informanten ga i intervjuet uttrykk for at Velferdsetaten i konkurransen i 2010 hadde gått inn og definert tjenesten i større grad enn tilfellet var i 2005, noe som hadde konsekvenser for tjenestens innhold. Velferdsetaten forteller:

"Hovedårsaken til det er at vi, ikke bare vi, men også på politisk nivå, mener at det må skje mer på korttid. Man må ut av denne evige runddans. Klientene må videreføres til noe. Derfor må vi ta et sterkere grep om korttid og diktere mer i detalj. Vi må måle resultatene. Vi må vite at ... ja, altså, her har klienten vært i en eller to måneder, ja, hvor gikk de hen? Hva skjedde?"

Det Velferdsetaten sier kan sees som et uttrykk for at mer styring fører til mer kontroll. Når Velferdsetaten går inn og styrer tjenestene i den retningen de ønsker at tiltaket skal utvikle seg, vil det føre til et større behov for å kontrollere at tjenestene faktisk utvikler seg i den retningen man ønsker. Elementet av usikkerhet som knytter seg til om etaten treffer virkeligheten med sine behovsbeskrivelser og definisjoner, fører til et behov for å sikre seg, bli sikker på om man har tenkt riktig. Som Vike uttrykker det: *"Maktens hensikt i velferdsstatens politiske regime er å definere, regulere, gjenspeile og desentralisere ansvaret"* (Vike 2004:173). Konkurransesponering fører med andre ord til at ansvaret i større grad tillegges tiltakene i førstelinjen. Det betyr i praksis et økt krav til dokumentasjon og resultatoppnåelse.

Fokus på måloppnåelse aktualiserer spørsmålet; hva er måloppnåelse? Velferdsetaten har definert dette ulikt for kategoriene i konkurransegrunnlaget (Konkurransegrunnlag 2010). For rehabilitering er resultatoppnåelse, eller *"sluttresultatet"* slik det heter i konkurransegrunnlaget, knyttet til i hvilken grad tiltaket har lagt til rette for følgende i den individuelle tiltaksplanen til hver enkelt bruker:

"Hovedmålsettingen med rehabiliteringstjenestene er at brukerne skal kunne leve et liv uten rusmiddelbruk og bli best mulig integrert i samfunnet. Med "best mulig integrert i samfunnet" mener vi at brukerne oppnår en eller helst flere av følgende delmålsettinger: Integrering i arbeidsliv og/eller utdanning, et fast og trygt bosted, en meningsfull fritid, et godt sosialt nettverk, oversikt, og helst kontroll, over sin økonomiske situasjon, og et avklart forhold til sine egne barn og/eller andre nære pårørende."

Det er både ambisiøse og vide målsettingsbeskrivelser. Som nevnt, er det da opp til tiltakene å svare på hvordan de har tenkt å imøtekomme målene gjennom arbeidsmetoder, men det er altså ikke lite de skal ivareta i tjenestene. Det stilles også krav til hvordan tiltakene skal måle resultatene. Blant annet (ibid.:23):

"Har tjenesteyteren noe system/rutiner for å måle progresjon under oppholdet? Har tjenesteyteren noe system/rutiner for å måle sluttresultatet av oppholdet, som inkluderer brukernes egne opplevelser av oppholdet?"

I kontraktsbestemmelsene står det at oppdragsgiver *"kan bistå med opplæring av ansatte hos tjenesteyter i hvordan oppdragsgivers brukerundersøkelser og resultatmålinger skal gjennomføres og hvordan rapportene for undersøkelsene skal skrives"* (Kontraktsbestemmelser 2010:13). Det er med andre ord snakk om standardiserte undersøkelsesopplegg som Velferdsetaten har utviklet med tanke på å måle det Velferdsetaten krever at tiltakene skal måle. Ut fra en forståelse av det anskaffelsefaglige som styrende for utøvelsen av det sosialfaglige, kan det stilles spørsmål ved hva hensikten med målingene er. Er det hensynet til forbedring av kvalitet? Er det å dokumentere at Velferdsetaten, og kommunen, har gjennomført anskaffelsen på en god og riktig måte? Er det å se til at tiltakene gjør det som er avtalt? En rimelig antakelse er at målingene skal ivareta alle disse hensyn.

Kravene til målesystemer innebærer at tiltakene må lære seg å bruke systemene slik de er ment å brukes, eller riktigere sagt; slik Velferdsetaten har ment at de skal brukes. Det er med andre ord Velferdsetatens forståelse av måleverktøyene som er styrende for tiltakene. Det som skal måles skal både måles ut fra hva etaten ønsker å måle og

hvordan de ønsker at det skal måles. Målingene har slik sett både en styrende og en kontrollerende funksjon overfor tjenestene. Det at målingene i overveiende grad skjer gjennom tallfesting utgjøre en utfordring for det å skulle romme det sosialfaglige. En av informantene forteller:

"Det de spør om er jo å levere tall (...). Og så blir vi jo spurt i disse oppfølgingssamtalene da; hvor mange har vi henvist til namsfogden, for eksempel, hvor mange har fått gjeldsrådgivning, hvor mange har fått høyskoleplass? Det er jo liksom antall da, opp mot de ulike tingene vi har sagt vi skal levere på. Vi blir bedt om å dokumentere antall brukere som har godtatt den ytelsen, eller tjenesten, fra oss."

Kategoriens og skjemaers manglende mulighet for å fange opp det sosialfaglige er nevnt flere ganger tidligere, og vil ikke bli gjentatt her. Det som er verdt å merke seg er muligheten for å utdype resultatene i målingene med etaten. Den kontrollen som målingene innebærer medfører jevnlig kontakt mellom tiltakene og Velferdsetaten. Noe som innebærer at kontroll også kan fremme samarbeid og forståelsen mellom partene. Samarbeidet er faktisk kontraktsfestet: *"Partene skal samarbeide og vise lojalitet under gjennomføringen av oppdraget"* (Kontraktsbestemmelser 2010:7). Det vil si at begge har mulighet til å innkalle til møter, og man har plikt til å underrette den andre part om forhold av betydning for tjenesten. Likevel er det, som nevnt tidligere, lite rom for å gjøre betydelige endringer i kontrakten i løpet av kontraktperioden. Eventuelle endringer i tjenestetilbudet kan gjøres ved neste konkurranseutlysning. Samarbeidet er i så henseende en viktig forutsetning for at tiltakenes erfaringer og synspunkter eventuelt blir tatt til etterretning i nytt konkurransegrunnlag.

Kontraktsfestet samarbeid er et uttrykk for at tilliten mellom partene settes på prøve. I et slikt perspektiv kan det hevdes at det til grunn for kontraktsinngåelse ligger en grunnleggende mistillit mellom partene. Kontrakten begrenser rommet for mistillit ved å fastsette ansvarsfordelingen mellom partene. Partene forholdet seg til kontrakten som grunnlag for forventninger til hverandre. Makten kommer slik sett til uttrykk ved at den er styrende for fremtiden. Den forpliktende avtalen mellom tilbyder og oppdragsgiver er et uttrykk for maktutøvelse ved at etaten legger premissene for kontrakten (Gjersøe, Engebretsen, Heggen 2012:58). Premissene i kontrakten er i overveiende grad styrt av etatens forventninger til hva tjenesteyter skal levere. Det sentrale er, som nevnt, å levere den kvaliteten Velferdsetaten krever:

"Det vi spør om i disse fire kvalitetsmålingene ... det her er jo garantien ... tenk som en konsument når du holder på med dette (...). Kvalitetsmålingene er vår garanti. Tilbyderne forplikter seg til å levere en viss kvalitet gjennom tilbudet. Jeg måler det jeg har fått garanti på. Når forhandler har sagt at det skal ikke være rust på bilen din om fem år, hva er det da jeg vil sjekke? Det er om det er rust i løpet av fem år. Det er jo ikke andre ting jeg vil sjekke."

8.3 Egenrapportering - styrke eller svakhet?

Om egenrapportering spiller noen rolle for tiltakenes resultater er et relevant spørsmål all den tid det faktisk er tiltakene selv som gjennomfører undersøkelser og selv bearbeider resultatene i rapportene de sender Velferdsetaten. I intervjuene stilte jeg informantene spørsmålet; det at resultatene er basert på egenrapportering, har det noen betydning? Velferdsetaten svarte slik:

"Noen kritiserer meg for at jeg bare ser på egenrapportering; det er en tredje part som skal se på det og alt det der, unnskyld, tullet. Det vil jeg ikke ha noe av. I det hele tatt. Nei, det vil jeg ikke. Hvorfor vil jeg ikke det? Nei, for det første, du kan ikke ha kontrakt med oss gjennom fem år og så har du alle kvalitetsmålinger vi skal ha, alle nøkkeltall vi skal ha, alle tilbakemeldinger fra bydelene og fra klientene, og så skulle man bedra oss? Glem det. Det klarer man ikke. Og du skal heller ikke undervurdere de observasjonene vi gjør når vi er ute i feltet. Jeg har jo mine konsulenter der ute i feltet, de er der for lite ja, men jeg jobber veldig hardt for at de skal være mer ute. Så nei, du klarer ikke bedra oss."

Slik jeg forstår Velferdsetaten, reduserer de relativt omfattende kravene til rapportering rommet for feilrapportering. Rapportene følges også opp av besøk hos institusjonene og gjennom avtalte oppfølgingsmøter. En av informantene fra tiltakssiden fortalte at hun ikke mente egenrapportering var problematisk:

"Jeg syns ikke det er noe problem, for vi skal jo være bevisst på å gi et tilbud som vi kan gi. Det har ikke vært noe ... jeg syns ikke vi overrapporterer eller underrapporterer. Det er vi realistiske på altså."

Det informanten sier kan leses som et uttrykk for at det er i tiltakenes egen interesse å verken overdrive eller underdrive resultatene i undersøkelsene. Eventuell feilrapportering vil ikke gagne tjenestene. En av de andre informantene fra tiltakene hadde et litt annerledes syn på egenrapporteringen:

"Det er sånne ting som kan være en gevinst med å bruke profesjonelle firma som driver med sånne ting; for de evaluerer vår undersøkelse. Så antar jeg at de kan mer om slike feilkilder enn vi gjorde i gamle dager."

Samme informant fortalte meg at han hadde opplevd at det kunne oppstå feil i forbindelse med arbeidsplassundersøkelsene, nettopp fordi man visste at rapporten skulle til Velferdsetaten og at tiltaket ble evaluert på bakgrunn av denne rapporten:

"Jeg husker personalmøtet som vi hadde i etterkant av denne undersøkelsen, jeg husker ikke hvor mange år siden dette var, da gikk vi gjennom disse tingene og da var det en som satt og sa at; "ja altså, jeg visste at dette skulle til etaten, så jeg har svart" ... ja, på en måte manipulert sine svar fordi det var RME som skulle ha det. Hvor ofte skjer det? Hvor mange av oss blir påvirket av det?"

Arbeidsplassundersøkelsene måler i hvilken grad de ansatte er fornøyd med ulike sider av deres arbeidsplass. Velferdsetaten fortalte at arbeidsplassundersøkelsene var viktige *"fordi vi vet at dersom personalet trives så blir det bedre kvalitet, fordi man har bedre holdninger til klientene."* Dersom det skulle være slik at arbeidstakere bevisst scorer høyere på fornøydhet enn tilfellet egentlig er, vil det i ut fra Velferdsetatens perspektiv kunne ha betydning for om kvalitetsvurderingen er tilstrekkelig god. Slik jeg ser det, løfter dette frem et potensielt problem med egenrapportering som Velferdsetaten, ut fra det de har sagt til meg, ikke har tatt i betraktning.

Nå er det ikke kun rapporter Velferdsetaten bygger sine evalueringer på. Som nevnt, har de oppfølgingsmøter og jevnlig dialog med tiltakene underveis i kontraktsperioden. Det gir mulighet for et mer helhetlig bilde enn det som leveres i tall og skriftlig materiale. En av informantene fremhevet dette som en styrke med systemet:

"Det som vi ikke kan rapportere i tall har vi jo mulighet til å fortell om i møter. Vi har erfaring med at det er veldig stor takhøyde for å si fra om ting vi er uenige i sånn faglig sett, og liksom argumentere for og dokumentere med tall og beskrive og analysere hvorfor de tallene er som de er."

Muntlig dialog gir med andre ord muligheter for å utdype resultatene og dokumentasjonskravene Velferdsetaten ber om. Det gir også mulighet for å beskrive det komplekse i det sosialfaglige arbeidet og variasjonene i brukergruppen.

8.4 Nyttig for brukerne?

8.4.1 Brukerundersøkelsene

Mine informanter fortalte at Velferdsetaten den siste tiden hadde foretatt en endring med hensyn til hva som skulle måles med å rette større grad av oppmerksomhet mot brukernes vurderinger og opplevelser. Dette er, som jeg har beskrevet i kapittel 3 og 4, i samsvar med idealene slik de kommer til uttrykk i rusmiddelpolitikken og i konkurransestrategien. Brukermedvirkning og individuell tilpasning vektlegges i større grad enn tidligere. I konkurransegrunnlaget (Konkurransegrunnlag 2010:19) kommer dette til uttrykk på følgende måte, eksemplifisert ved kategorien for rehabiliteringstjenester:

"Oppdragsgiver ønsker at rehabiliteringstilbudene har sterkere elementer av brukermedvirkning og brukerstyring, enn det som tradisjonelt har vært vanlig innen fagfeltet. Brukermedvirkning har en egenverdi, og er et virkemiddel for å forbedre og kvalitetssikre tjenestene. Brukere har rett til å medvirke, slik at brukerne gis reelle muligheter til å påvirke sin egen rehabiliteringsprosess."

Etaten ønsker at tiltakene i større grad enn tidligere inkluderer brukeren i beslutninger om tjenestenes innhold, og understreker det ved at tiltakene kan få relativt mange poeng i evalueringsmatrisen dersom de følger dette opp i tilbudet. I hvilken grad tiltakene hadde implementert elementer av brukerstyring på det tidspunktet jeg intervjuet informantene, var ikke noe som kom frem i intervjumaterialet. Det informantene var opptatt av var hvilken betydning brukerundersøkelsene hadde for resultatoppnåelsen. Velferdsetaten måler brukernes opplevelse slik disse fremkommer i brukerundersøkelser. Informantene mine forklarte at brukerundersøkelser foregår på flere og ulike måter avhengig av hvilken type tjeneste det er snakk om. Alle tiltakene skal utføre minst en brukerundersøkelse ved bruk av spørreskjema en gang i året. De rehabiliterende tjenestene har flere verktøy for å måle brukernes opplevelser, både på grunn av varigheten på tjenesten og på grunn av et behov for å måle om rehabiliteringen virker. Velferdsetaten la i samtale med meg vekt på at brukerundersøkelser ikke bare var nyttig for institusjonen for å se eget forbedringspotensial, men også for brukerne selv:

"Jeg vet også at, eller mange brukere har sagt til meg at de syns brukerundersøkelser er meningsfulle. Og så har vi jo pålagt våre samarbeidspartnere å rapportere hva resultatet av brukerundersøkelsen var, og hva man gjør med det. Hva man gjør konkret med det som ikke var bra, det skal man rapportere til meg. Hvis brukerne opplever at de må svare på skjema og så at det ikke blir gjort noe, så vil det skape demotivasjon."

Slik Velferdsetaten ser det er det altså en egenverdi i å bruke brukerundersøkelser. Hvis man ser dette i et maktperspektiv, handler det igjen om å få brukerne til å delta i egen behandling slik at de får et eierforhold til egen livssituasjon og til institusjonen de bor på. Intensjonene i behandlingen internaliseres i brukeren ved å henvise til at det er i brukerens egen interesse å delta. Ved at brukerne har mulighet til å si fra om ting de er opptatte av i undersøkelsene er tanken, slik jeg forstår det, at man i større grad forplikter brukeren til å engasjere seg i egen behandling. Samtidig er brukerundersøkelsene en reell mulighet for å ha innvirkning på hva som foregår på institusjonen. Velferdsetaten er, som sitatet viser, opptatt av at undersøkelsen skal resultere i tiltak på de punktene i undersøkelsen der tiltaket scorer dårlig, og tiltakene blir kontrollert på om de faktisk gjennomfører tiltakene. I et sosialfaglig perspektiv er det nok også i tiltakets egen interesse å gjøre noe med de tingene brukerne eventuelt ikke skulle være fornøyd med på institusjonen. Det er jo nettopp det som er det sosialfaglige; å ta vare på brukeren ut fra de rammene man har til rådighet. Om man skal gjøre endringer ut fra resultater i en undersøkelse, er også et spørsmål om hvorvidt den informasjonen brukerundersøkelsene gir er god nok, eller relevant nok, til å kunne ha direkte innvirkning på tjenestenes innhold. Informantene fra tiltakene hadde ulike erfaringer med brukerundersøkelsene. Informanten fra det rehabiliterende tiltaket tar i det følgende sitatet opp flere sider av kontrollaspektet ved brukerundersøkelser:

"Det med at de kartleggingsverktøyene de har utviklet er så perfekt for vår målgruppe. Vi får hele tiden beskjed om at det er spesielt nyttig og bra for dere som er på rehabilitering, men det er jo slettes ikke det beboerne selv opplever liksom. Ja det er vel det at de tenker at det nivået de er på, at de er rusfrie, da har du større evner til å svare på, og har i større grad glede av de kartleggingsverktøyene og evalueringsverktøyene da, men det er jo ikke sånn at beboerne opplever det. De er jo ofte drit lei av de kartleggingsverktøyene og å analysere og sånn. Ja, vi har det en gang i måneden, og hver tredje måned må vi lage en tiltaksplan og evaluerer tiltak. Så da bestemmer man hvilke tiltak man skal ha videre, hvilke tiltak man har fullført og så videre. Per klient. Og så samler vi det jo i rapporten, men vi gjør jo det fortløpende. Hver måned, altså ved inntak, fyller man jo ut et sånn kartleggingsskjema som går på rusprofil og nettverk og relasjoner og alt det der, og så hver tredje måned setter man opp tiltak og så er det sånne KOR-skjema (klientorientert resultatstyring). Det er to skjema med skala for endringsvurdering ut fra brukers ståsted, og da går det på fire skalaer som går på forholdet til deg selv som bruker (...); hvordan har du det med deg selv liksom. Da markerer man på en linje hvor lengst til høyre er bra og lengst til venstre er dårlig, og så måler vi med en linjal hvordan de har markert og setter det inn i en graf. Det gjør vi på deres egen opplevelse av situasjonen og så gjør vi det på noe som heter "session rating scale", og da er det liksom forholdet til deg og terapeuten i akkurat den samtalen. Og da går det på min tilnærming og metode som behandler (...) og så skal de score på det. Og så settes det inn i en graf sånn at man kan se hvordan relasjonen har utviklet seg mellom deg og

brukeren. Ja, det er jo mange sånne ting som er utfordrende for brukeren da. For det første så har de en lojalitet til oss (...). De vil at vi skal få bra resultat. De vil ikke si noe negativt da, og han ene som jeg følger opp sier jo at han har dårlig erfaring fra et annet sted og liksom vegrer seg litt for å bruke den her "session rating scale" da. Og det tror jo RME; at de bare kan dele ut skjema i hytt og pine og at brukerne elsker å svare på det liksom, men det er jo ikke sånn."

Ut fra det informantene forteller er det flere problematiske sider knyttet til måling av brukernes opplevelser. For det første sier hun noe om at brukerundersøkelsene ikke treffer målgruppen. Spørsmålene i undersøkelsene er utformet av Velferdsetaten, og informantene fra tiltakene fortalte meg at måten de var utformet på ikke alltid ga mening hos brukerne. En av de andre informantene fortalte:

"Dette har vært en utfordring som vi har jobbet mye med, og vi har vel fått det bedre, men det er enda sånn at de skjønner ikke liksom alltid altså (...). For noen er det selvfølgelig en utfordring å få til altså."

Et ytterligere problem er knyttet til Velferdsetatens intensjon om at undersøkelsene er meningsfulle for brukerne selv. Informanten fra det rehabiliterende tiltaket sier noe om at det for hennes brukergruppe ikke nødvendigvis var slik at det å svare på brukerundersøkelser var noe alle brukerne satt pris på. Det kunne oppleves mer slitsomt enn nyttig. En av de andre informantene støttet dette:

"Vi opplever jo at de syns vi maser om det. Vi må nesten være på de hele tiden for å få de til å svare. Det blir liksom sånn at noen så vi bare klikket helt vilt på tall uten å lese gjennom spørsmålene fordi de ikke orket egentlig."

Det som sies her, og som også er det tredje tema informantene fra rehabiliteringstiltaket tar opp, handler om hvor mye tid som går med på å måle og evaluere tjenestene. Alle informantene fra tiltakssiden var opptatt av at de brukte mye tid og ressurser på å gjennomføre målingene og etterkomme dokumentasjonskravene. En av dem uttrykte seg slik om arbeidsmengden knyttet til rapportering:

"Da bruker vi jo, så får vi gjøre det når det må gjøres, på bekostning av andre ting som kanskje hadde vært allright å ha gjort."

Det fjerde og siste tema, som berøres av flere informanter, er det som sies om mulig lojalitetskonflikt mellom tiltaket, brukeren, og hva som rapporteres til Velferdsetaten. En av de andre informantene sa det slik:

"Det kan lett bli en lojalitetskonflikt, for "jeg må jo stå til ansvar for deg for at du er du som jobber på dette stedet som jeg nå bor på". Og så er jo disse brukerundersøkelsene så inderlig avhengig av den enkeltes dagsform, og det varierer så hemningsløst."

Brukerundersøkelsene skal være anonyme. Undersøkelsene skal ikke leses av de ansatte på tiltaket, men sendes til Velferdsetaten, som vurderer undersøkelsen for så å gi tilbakemelding til tiltakene (Velferdsetaten 2012). Spørsmålet er likevel om brukerne oppfatter at undersøkelsen ikke blir kjent for ansatte, og selv om de skulle være klar over at ansatte ikke får vite hva de har sagt er det likevel mulig å tenke seg at brukerne opplever lojalitet mot det stedet de bor slik at resultatene ikke gir et riktig bilde av brukernes opplevelser.

I hvilken grad spørsmålene Velferdsetaten lager til brukerundersøkelsen passer med det som skal måles er ifølge mine informanter avgjørende for tiltakenes resultatoppnåelse. Det som spørres om i brukerundersøkelsene er knyttet opp mot kvalitetskriteriene i konkurransegrunnlaget/evalueringsmatrisen. På den måten er tanken at Velferdsetaten gjennom brukernes tilbakemelding får kontrollert at tiltaket leverer de de har sagt de skal levere. Velferdsetaten:

"Institusjonene utformer undersøkelsene, men vårt krav er at de skal utforme undersøkelsene på den måten at det de har forpliktet seg til, det skal de måle. Og så er det egenrapportering. De kan også ha med en egen bolk som de definerer selv hva de måler, men det er frivillig. Det jeg krever er at de skal ha med det de får poeng for."

Mine informanter fra tiltakssiden problematiserte bruken av brukerundersøkelser i samtale med meg. Den ene informanten fortalte at det at Velferdsetaten vektla forhold i evalueringsmatrisen som hun ikke opplevde som særlig relevant for hennes type tjeneste fikk følger for resultatene i brukerundersøkelsen, og dermed også for tiltakets resultater:

"Hvordan de highlighted dette med nettverk og pårønderarbeid, og ja, nettverk er viktig, men pårønderarbeid på en rehabiliteringsinstitusjon er ofte litt for tidlig i prosessen for mange, og det får vi jo bekreftet fra brukerne i forhold til at vi har dårlig score på det, og det ... nå har vi hatt et møte med brukerne, og det er jo ikke det at vi ikke bruker tid på det, eller at de samtalene ikke er nyttig for dem, men det at de ikke er nyttige i forhold til det å få en bedre relasjon til pårørende. Fordi at det vi snakker om på det nivået her er hvordan de opplever skyld, skam og det de har påført foreldrene sine, eller pårørende. Så det er mye egenerapi i det, men ikke nødvendigvis for å bedre relasjonen, men den relasjonen vil jo bedre seg på sikt. (...) Så vi opplever liksom at det ... i det tilbudet der ... så var det lagt veldig vekt på akkurat det da. Så ja, vi bruker mye tid på det, men det er ikke alltid det er så viktig det som står der."

"Vi lå jo faktisk under på kvalitetskrav på to av de spørsmålene som går på, for de hjelper oss jo faktisk med å utforme spørsmålene til brukerundersøkelsen, og når vi setter inn de spørsmålene i brukerundersøkelsen så tenker vi jo på den kvalitetsmatrisen sånn at den på en måte skal dokumentere det vi har forpliktet oss til å levere da. Sånn at da havnet vi under kvalitetskravene på de. Det var fire spørsmål som vi hadde som vi havnet under kvalitetskravet på. To av de var det der (pårørende- og nettverksarbeid), og så var det trådløst nettverk, og det fjerde var samtaler med Gatejuristen og økonomisk gjeldsrådgiver. For vi hadde jo noen frivillige inne og så hadde vi Gatejuristen som saksmottak. For det, de som brukte det tilbudet var jo fornøyd, men de som ikke brukte det tilbudet hoppet jo ikke over det spørsmålet, da satte de heller dårlig score på. Så det er jo litt dumt, men det har vi avklart i ettertid."³⁰

En av de andre informantene var også opptatt av hvordan det at evalueringsmatrisen var styrende for spørsmålene i brukerundersøkelsen kunne by problemer for brukerne:

"For det med brukerundersøkelser; de er jo direkte knyttet opp mot evalueringsmatrisen. Vi har jo opplevd at folk har misforstått spørsmålene sånn at det vi sender til RME blir feil. For eksempel dette med IP (individuell plan). Folk skjønner ikke hva IP er og svarer ja, selv om de ikke har det. For det er så mange planer det er snakk om at de går helt i surr."

Informantene fra tiltakene forklarte meg at det ikke er tillatt for dem å instruere brukerne i hvordan de skal fylle ut undersøkelsen. Det kan forklare noe av grunnen til at brukerne misforstår intensjonene i det som spørres om. Tiltaket kan riktignok forklare hvordan man skal gå frem for å fylle den ut, men skal utvise forsiktighet med hensyn til å forklare hva spørsmålene betyr. En av mine informanter fortalte at de likevel av og til måtte forklare hva Velferdsetaten hadde ment på noen spørsmål. Informanten ga uttrykk for at dette kunne være problematisk fordi det kunne jo være at han ikke hadde tolket riktig heller, slik at rekken av feiltolkninger forplantet seg til brukeren, som da igjen ga et feilaktig svar i undersøkelsen.

Det at tiltakets resultatuttelling er knyttet opp mot brukerundersøkelsene kan være et incentiv for tiltakene til å få brukerne til å svare på undersøkelsene. Samtidig er det faktisk et krav at tiltakene dokumenterer at en viss prosent av brukerne svarer på undersøkelsen. En av informantene forteller:

"Vi har jo brukerundersøkelser en gang i året. Alle som bor på huset blir bedt om å svare på brukerundersøkelsen, men folk gjør jo det i svært variabel grad. Det er nemlig ... for det har jo vært krav om, er det ikke 80 % svardeltakelse? Og det er ikke mulig å få til frivillig. Så det har vært sånn; alle slags forslag om, i forhold til belønning, altså jeg mener måter å få folk til å svare på, har vært luftet uten at ... altså vi prøver å appellere ... hvor mange hadde vi sist? Var det 14 besvarelser av ... Ja, jeg husker ikke prosenten. Det er en av de kravene ja ...: (siterer fra konkurransegrunnlaget) "Tjenesteytere må dokumentere at minst 70 % av respondentene i brukerundersøkelsen er fornøyd med den hjelpen de har fått." Og det er vi ikke i nærheten av, fordi 70 %, de svarer ikke. Men det som er gøy med brukerundersøkelser da er at da kommer

³⁰ Gatejuristen er et gratis rettshjelpstiltak for rusmiddelavhengige (Gatejuristen 2013).

det jo frem ... det er noen som er skikkelig reale og som kommer med ordentlig gode innspill og kritikk og forslag, og i det hele tatt."

Det kreves med andre ord ikke bare at minst 70 % svarer, men også at de er fornøyde med tiltakets tjenester. Som samme informant sa det: *"De krever jo da 70 % fornøydhet, så hvis du ikke oppnår det da gjør du ikke jobben."* Det vil si at dersom ikke 70 % sier de er fornøyde må institusjonen iverksette tiltak med tanke på å rette opp situasjonen. Det kan også være problematisk å knytte belønninger opp mot å delta i en undersøkelse. Dersom respondenten har andre motiver enn det å svare ut fra en interesse og et ønske om å forbedre kvaliteten på tjenesten, kan det påvirke svarene.

8.4.2 Brukernes mulighet for innflytelse på tjenestetilbudet

Hovedtema for denne oppgaven er i utgangspunktet ikke hvordan brukernes opplevelse av konkurransestrategien virker inn på tjenestetilbudet. Likevel er brukerne implisitt deltakere ved å være representert gjennom intervjuene med sosialarbeiderne, hvis jobb er å ivareta brukernes interesser så godt det lar seg gjøre. Både informantene fra Velferdsetaten og tiltakene henviste til "brukernes interesse" gjentatte ganger i intervjuene. Spørsmålet som tas opp i dette kapitlet er om konkurransestrategien kan sies å ivareta brukernes interesser. I motsetning til et klassisk varekjøp, eller konkurranser om såkalte harde tjenester, er det ikke brukeren selv som er kunde³¹. Tiltakene kjøper tjenester for brukeren, og så må brukeren ta til takke med det han eller hun får, for å sette det på spissen. Eller, som en av informantene uttrykte det: *"Hvis vi hadde vært i en virkelighet der det var reelt at brukeren kunne velge hvor han skulle bo, så kan kanskje konkurranse ha noe for seg, men i dag er det ikke reelt."* I og med at dette ikke ligger innenfor rammene for problemstillingen for oppgaven, skal jeg ikke utdype dette nærmere her, men jeg syns likevel det er relevant. Ikke minst var det en side ved tema som ble mer fremtredende i løpet av arbeidet med oppgaven.

³¹ Offentlige anskaffelser deles gjerne i kjøp av harde og myke tjenester. Harde tjenester kjennetegnes av upersonlige, materielle, tekniske varer, mens myke tjenester er personlige, immatrielle og komplekse.

Konkurransestrategien er ment å ivareta brukernes interesser gjennom brukerundersøkelsene. Ut fra det informantene mine gir uttrykk for, kan det stilles spørsmål ved i hvilken grad brukerundersøkelsen faktisk har betydning for brukernes medvirkning. I alle fall er det snakk om en indirekte medvirkning, i motsetning til en brukerstyrt tilnærming, som betyr at brukerne er direkte involvert i driften av tiltaket. Velferdsetaten sa følgende i intervjuet:

"At det er for lite brukermedvirkning, ja det er det. Det er jo en av de sakene RIO (Rusmisbrukernes interesseorganisasjon) kritiserer oss for. De mener at vi burde ikke bare ha brukermedvirkning, men også brukerstyring. At brukerne i større grad er med og beslutter hva som gjøres i institusjonen."

Brukernes synspunkter sluses gjennom systemet slik at de opprinnelige meningene blir satt inn i nye og annerledes forståelsesrammer enn de opprinnelig kom fra.

Velferdsetaten tolker resultatene ut fra sitt ståsted, og tiltakene tolker resultatene fra sitt. Poenget er at både Velferdsetaten og tiltakene ikke bare skal ta hensyn til brukernes innspill, men også til føringer fra systemet for øvrig. Slik blir brukernes medvirkning redusert i et system der brukerne i utgangspunktet ikke kan sies å være ressurssterke. Velferdsetaten reflekterte slik om brukernes rolle:

"Av og til tenker jeg på det der; hva er det brukeren merker ved å bruke dette systemet. Jeg vet ikke, men jeg håper at det kanskje er litt mer forutsigbart de tilbudene man får. Men at kvaliteten har blitt så mye bedre, nei det vet jeg ikke. Det er jo sånne ting jeg ofte spør meg selv om."

Ut fra en forståelse av at brukermedvirkning ikke bare skjer i for liten grad, men også ut fra at brukernes stemmer blir "filtrert" og tilpasses andre behov enn de rene brukerbehov, kan det stilles spørsmål ved om brukernes interesser blir tilstrekkelig ivaretatt. Spesielt ettersom brukerundersøkelsene av Velferdsetaten blir ansett som det viktigste verktøyet for å kontrollere tjenestens måloppnåelse. Utfordringen for brukerne ligger i å ha kunnskap om sine rettigheter og, ikke minst, hvordan de kan få dem gjennom i et system som markedsfører seg som å være på brukernes side. Det er ikke nødvendigvis i brukernes interesse å havne i en konflikt med det systemet som skal hjelpe dem, og som brukerne i mange tilfeller er avhengig av for å få hjelp med sin rusmiddelavhengighet. I hvilken grad brukerne kan få gjennomslag for sin sak begrenses også av sosialarbeiderens hjelpe-rolle ved at han eller hun kan henvise til at det å spille

på lag med systemet er i brukerens egen interesse³². Det å spille på lag med systemet betyr også å stille opp for systemet når det kreves. Det kan være at brukere stiller opp, og deltar i, målinger og evalueringer for å være gode brukere.

8.5 Kan kvalitet måles?

Med tanke på det utfordrende i å skulle måle kvaliteten i tjenester innen helse- og sosialsektoren, kan det stilles spørsmål ved om det i det hele tatt lar seg måle. Dette ble Velferdsetaten spurt om i intervjuet. Etaten ga uttrykk for tiltro til de målesystemene de hadde utviklet:

"Alle fortalte meg i begynnelsen når jeg begynte å jobbe med dette, at det går ikke; du kan ikke måle kvalitet på tjenester. Jo, det kan man. Selvsagt kan man det."

"For noen år siden så testet vi, vi fikk en statistiker til å se på vår matrise for å se om det er signifikant, er det validitet? Det er høy validitet."

Tiltroen til at systemene fungerer deles ikke nødvendigvis av tiltakene. En av mine informanter ga uttrykk for at Velferdsetatens målesystemer ikke fungerte tilfredsstillende med hensyn til brukergruppen i hennes tiltak:

"Dette er verktøy fra RME da, som plan- og resultatmålinger, som er et formular. Så dette er det klare føringer på da. Vi har jo snakket mye med RME om dette. For det vil jo alltid være sånn at på et slikt sted; at det vil være vanskelig å måle veldig mye da. Så de er jo innforstått med det. Alt dette kommer jo inn i rapporten som vi sender RME, og hvis vi har avvik fra forrige gang så må vi forsvare det på en måte. Hvis vi har for store avvik så må vi sette i gang tiltak som vi skriver i den rapporten som vi skriver til RME."

Det informanten fra et av tiltakene her sier er igjen et uttrykk for det vanskelige med å måle det som ikke så lett lar seg kvantifisere og kategorisere. Anskaffelsessystemets mulighet for å kunne komme med utfyllende informasjon er slik sett nødvendig for å gi en dekkende beskrivelse av hva kvalitet i sosialfaglige tjenester er. Vektleggingen av kvaliteten i tjenestene må ses i lys av begrensningene som ligger i å konkurrere

³² Denne typen maktutøvelse kan sees som et uttrykk for det Bourdieu kaller symbolsk makt, et uttrykk som er nært beslektet med Foucaults styringsmentalitet. Symbolsk makt virker ved at brukeren internaliserer systemets syn på dem selv. I møte med institusjonen vet brukeren at han stiller svakere enn sosialarbeideren. Symbolsk makt handler dermed om en manglende evne og mulighet til å påvirke maktforholdene (Prieur, Seestoft 2006:51).

utelukkende om pris. Det er grenser for hvor langt ned man kan presse prisen før det går ut over kvaliteten i tjenestene. Velferdsetaten har løst dette ved en 50/50 deling i evalueringen av pris- og kvalitetshensyn. Ettersom kommunen er forpliktet til å etterspørre lavest mulig pris vil man kunne anta at prisvariasjonene i de tilbudene som kvalifiseres i konkurransen ikke er store. Det innebærer at det i praksis er kvaliteten, slik den kommer til uttrykk i evalueringsmatrisen, som er styrende for valg av leverandør. Vektleggingen av kvaliteten fører også til at tilbyderne konkurrerer om å gi bedre kvalitet enn konkurrentene. Det innebærer i praksis at tiltakene leverer mer kvalitet for mindre penger. Betydningen av gode kvalitetsmålingssystemer må ses i lys av dette.

8.6 Rapportering – hvor nyttig?

Informantene fra tiltakene og fra Velferdsetaten hadde, som jeg har vist i kapitlet, ulike syn på dette med rapportering.

Velferdsetaten:

"Det jeg vil er jo at dette skal være et lokalt forankret verktøy sånn at man for eksempel på Enga eller Holmen skal kunne tenke at dette har jeg faktisk nytte av, det her er faktisk interessant. En av de som jeg har veldig stor respekt for, hun kom til meg og sa at; "her ser jeg, jeg trodde at jeg visste nøyaktig hva mine klienter tenkte, men nå ser jeg at jeg har ikke skjønt hva de tenker, for her kommer det jo frem på en helt annen måte hvordan de tenker". Og det er her refleksjonen begynner å komme. Det her er faktisk nyttig, og det er her jeg begynner å se hva er styrken og hva er svakheten i min organisasjon. Poenget er jo at man skal begynne å analysere seg selv og også tenke over.

Det Velferdsetaten her viser til en annen side av kontrollen med tiltakene enn det å skulle kontrollere at man har fått det man har bestilt. Etaten henviser til at kontrollen er et gode for tiltakene. Ettersom kontrollen utgår fra den kontrakten tiltakene har vært med på å forhandle frem, er det nok en egeninteresse i å kontrollere seg selv. Som jeg har nevnt, er samtidig usikkerheten om hvorvidt undersøkelsene faktisk måler hva kvaliteten i tjenestene er viktig å ha i bakhodet med tanke på nytteverdien av rapporteringen. Det kan samtidig være at tiltakene får et mer bevisst forhold til egen virksomhet og at undersøkelsene gir dem mulighet til å reflektere over egne arbeidsmetoder. Dette var ikke noe tiltaksinformantene tematiserte i særlig grad i intervjuene, men en av de sa følgende om nytteverdien av brukerundersøkelsene:

"Vi har hatt brukermedvirkning på den måten her hele vegen. Så vi har verken tilpasset oss mer eller mindre i forhold til den anskaffelsesprosessen, fordi vi har hele vegen vært opptatt av at brukeren skal beskrive sine behov og ønsker. (...) Det har alltid vært implementert i organisasjonskulturen vår. Så forskjellen nå er vel bare at det måles i større grad."

Jeg forstår det informanten her sier som et uttrykk for "kontroll for kontrollens skyld". Sosialarbeidet er, som jeg har nevnt, nettopp å ivareta brukeren, og det kan stilles spørsmål ved i hvilken grad det trenger å kontrolleres³³. Velferdsetatens kontroll kan i et slikt perspektiv forstås som et uttrykk for en type mistillit (som nevnt er tillitsbegrepet sentralt for kontrakten som fenomen). Det er ikke nødvendigvis det Velferdsetaten selv mener, men det ligger i kontrollens natur. Det kan også stilles spørsmål ved hva, og hvor mye som skal måles:

"Vi har jo tenkt at noe av at vi blir kontrollert, det forstår jeg jo. Det er snakk om masse penger, og det mener jeg jo er riktig. Det er klart man kan jo gå i detaljene på hvor mye de skal kontrollere; det er jo masse sånn ... det er jo helt nede på det planet at ... vi hadde lagd en brosjyre, og da var det sånn at det var ikke helt korrekt det som stod i forhold til dette med finansiering, altså det med logoer ... skal de ha sin logo på det, kan vi bruke vår. Det er veldig på det detaljplanet der altså."

Det denne informant fra tiltakssiden sier er, slik jeg ser det, et uttrykk for at kontrollen ikke alltid oppleves som hensiktsmessig, samtidig som hun har forståelse for at en viss grad av kontroll er nødvendig. Fokus på resultater vil nødvendigvis føre til mer kontroll, som igjen vil kunne føre til et økt ressursbehov hos tiltakene (Stamsø 2009:83). Utfordringen for Velferdsetaten er, som det var med styring av tjenestene, å kontrollere akkurat passe. For mye kontroll kan oppleves slitsomt og unødvendig for tiltakene, og for lite kontroll kan i ytterste konsekvens føre til at tjenestenes innhold og kvalitet ikke er god nok, i henhold til Velferdsetatens bestilling. Kontroll er også et spørsmål om tillit. Tilliten kan settes på prøve dersom kontrollen oppleves som ubalansert. Det å stole på at de ulike delene i systemet gjør jobben sin er, slik jeg ser det, ekstra utfordrende i et system der delene er avhengig av hverandre, samtidig som de konkurrerer om å tilby tjenester. Dette er tema for neste kapittel.

³³ Det er viktig å påpeke at kontrollen her er en kontroll av at tiltakene leverer det de skal til Velferdsetaten, og ikke en kontroll av om brukernes rettigheter blir ivarettatt. Spørsmålet er slik sett, om de riktige tingene måles.

9. Kan anskaffelser sikre kontinuitet i tiltakskjeden?

9.1. Forutsetninger for samarbeid og kontinuitet

Mine informanter var alle opptatt av om konkurranse som strategi kan ivareta målene om samhandling mellom de ulike tjenestenivåene, både mellom tiltakene som Velferdsetaten har ansvar for, og med det øvrige hjelpeapparatet. Et sentralt spørsmål i denne sammenheng er hvordan premissene for samarbeid med spesialisthelsetjenesten og bydelene oppleves av tiltakene som har avtale med Velferdsetaten. Informantene fra tiltakssiden ga uttrykk for at de befant seg i en slags mellomposisjon ved at de var bundet av det mandatet som er kontraktsfestet med Velferdsetaten, slik at strukturelle problemer knyttet til samhandling ikke var noe de selv kunne løse. De fortalte at det kunne være vanskelig å forene brukernes behov med det systemet som var tilgjengelig for dem. Velferdsetaten var fra sin plass i systemet også opptatt av at deres mandat ikke skulle ha noen innvirkning på hvordan resten av systemet fungerte, men at det var vanskelig å tilrettelegge tjenestetilbudet til det beste for brukerne når de ikke hadde råderett over hele tiltakskjeden, fra lavterskel til spesialist.³⁴ På den annen side hadde Velferdsetaten forsøkt å forbedre samarbeidet mellom tiltakene de har kontrakt med og andre tjenester i rusfeltet ved å avsette relativt mange poeng i evalueringsmatrisen til tiltak som fremmer samarbeid; *"Tjenesteytere som har en godt utviklet samhandlingskompetanse, eller er villig til å forplikte seg til å videreutvikle dette, vil ha et konkurransefortrinn i denne konkurransen"* (Konkurransegrunnlag 2010:26). Jeg forstår dette i lys av et opplevd behov for å forbedre samarbeid og kontinuitet i behandlingstilbudet, også kalt tiltakskjeden.

Som nevnt i kapittel tre, er det en målsetting for rusmiddelpolitikken å tilrettelegge for mer samhandling mellom tjenestene, både mellom de kommunale tjenestene, bydelenes tjenester og spesialisthelsetjenestene på statlig nivå. Samhandling skal ideelt sett sørge for at kontinuiteten i tjenestetilbudet blir ivaretatt for brukerne av systemet. Det vil si at brukerens tilgang til de ulike nivåene ideelt sett ikke skal være avhengig av systemets

³⁴Som jeg har beskrevet i kapittel 3 har kommunen ansvar for institusjonsplasser for rusmiddelavhengige, bydelene har ansvar for oppfølgingstjenester der folk bor, mens spesialisthelsetjenesten har ansvar for tverrfaglig spesialisert rusbehandling.

evne, eller manglende evne, til å samarbeide, og av ressursene som er tilgjengelige. Spørsmålet som kan stilles ut fra dette er om samarbeidet og kontinuiteten i tjenestetilbudet blir ivaretatt i praksis.

En av informantene mine fra tiltakene var opptatt av at oppdelingen av tjenestetilbudet i ulike kategorier med ulike mandat, hadde betydning for det helhetlige tilbudet til brukeren. Videre sa hun:

”Det jeg synes er veldig viktig å få frem er at man aldri må gi seg, og at det å bygge opp et nytt liv; det tar tid, og det synes jeg ofte blir glemt i samfunnet. Det å bli rusfri er ikke noe problem. Det er jo da jobben begynner.”

Jeg oppfatter det informanten sier som et uttrykk for at tjenestene ikke i tilstrekkelig grad ivaretar kontinuitetshensyn slik systemet er i dag. Dette følger av at tjenestene har bestemte mandat, og at det for alle de tiltakene jeg snakket med var en målsetting at brukerne skulle videre til noe annet; de skulle videre i tiltakskjeden. En av mine informanter ga uttrykk for at det som ble glemt i et slikt system var relasjonen til brukeren. Han fortalte at det tok tid å bygge opp en relasjon til brukeren og at relasjonen mellom bruker og behandler/primærkontakt var en verdi i seg selv. I et system som legger opp til progresjon, kan det stilles spørsmål ved i hvilken grad det relasjonelle blir ivaretatt. I konkurransegrunnlaget henvises det flere steder til at relasjonen mellom behandler/ansatt og bruker er viktig for etaten. Det vil naturligvis være viktigere for et mer langvarig rehabiliteringsopphold, enn for korttidstjenestene, noe som også gjenspeiles i antall poeng som kan oppnås på dette i de ulike kategoriene. Relasjonen som måles gjelder i den spesifikke situasjon eller som en helhetsvurdering av oppholdet. Det relasjonelle, slik det defineres av etaten, tar ikke hensyn til hvilken konsekvens det eventuelt ville fått for brukeren dersom tiltaket måtte legge ned driften på grunn av tapt konkurranse. En av mine informanter ga uttrykk for at dette var en problematikk som hun var opptatt av, ikke minst fordi hun merket på brukerne at de ble usikre av å ikke vite om de hadde noe sted å bo neste år. Selv om Velferdsetaten nok gjerne skulle sett at brukere ikke hadde behov for mer enn ett opphold på institusjon før de går videre i tiltakskjeden (slik de ga uttrykk for med hensyn til korttidstilbudene), er dette i følge informantene ikke alltid tilfelle. Noen brukere har bygd opp en relasjon til tiltaket gjennom flere år. Slik sett er det en trygghet for brukeren og kunne komme tilbake til samme institusjon, og at det er samme tiltak som driver tjenesten gjennom flere år. En

slik tankegang er imidlertid i strid med idealene i konkurranseeksponering. En av informantene reflekterte slik over konsekvensene av kommunens anskaffelsesstrategi:

"Jeg tenker (...), at de kontrollerer oss jo gjennom hele perioden liksom, da kunne det jo ... for det første vært for flere år. Dette er jo selvfølgelig politikk. Det er økonomi. Så det er jo ikke bare for Rusmiddeletaten å si det. De har jo føringer igjen fra Byrådet."

9.2 Å vinne eller tape – et spørsmål om kontinuitet

Tiltakene er avhengig av å vinne konkurransen for å fortsette driften av tjenesten.³⁵ Samtidig er idealet for å benytte konkurransestrategi for å anskaffe tjenester at det er konkurransen i seg selv som skal sørge for å at det beste tilbudet vinner frem. I et slikt perspektiv er det ikke hvorvidt en har driftet tjenester før som er styrende, men hvorvidt du kan levere den kvaliteten som kreves. For tiltakene innebærer det en risiko for at de ikke får drive videre. Velferdsetaten fortalte følgende på spørsmål om hva som var viktig når de skulle bestemme hvilket tiltak som fikk kontrakt:

"Nei, vi forholder oss kun til matrisen, men der er det jo nettopp det at du har erfaring med drift av lignende type tjenester og har foretatt en del grep i forhold til kvaliteten, vil jo gi poeng i vår matrise. Så det vil jo alltid være sånn at det er lettere for den som driver en tjeneste i dag, som yter den type tiltak, og som legger vekt på de kvalitetselementene som vi er opptatt av; vil ha et konkurransefortrinn i våre konkurranser. Og det er jo ikke fordi vi er så opptatt av at de har drevet før, men det er fordi de gir en kvalitet som vi ønsker."

Slik jeg oppfatter Velferdsetaten er det viktig at det er kvaliteten som er begrunnelsen for anskaffelsene, og ikke hvorvidt man har drevet tiltak før. Samtidig er det avgjørende, som jeg har beskrevet i kapitlet om styring, at tiltakene har resultater å vise til for at de skal få poenguttelling i Velferdsetatens evaluering av tilbudene. Velferdsetaten forteller: *"Vi er opptatt av hvilke resultater de har hatt før, og hvis du ikke har slike å vise til vil du ikke få poeng i matrisen."* I tillegg kan det hevdes at tradisjoner har betydning også for

³⁵Dersom de ikke skulle oppnå kontrakt er det teoretisk mulig å drive tjenester uten fullfinansiering fra Velferdsetaten. I praksis vil det nok være vanskelig. Velferdsetatens finansiering av tjenestene innebærer at sosialtjenesten kun betaler bydelsgarantien på om lag 280,-, mens kommunen betaler resten (med unntak av brukerens eventuelle egnandeler). Sosialtjenesten vil nok i de fleste tilfeller foretrekke å betale bydelsgaranti fremfor å dekke hele beløpet, slik de måtte gjøre til et tiltak som ikke var finansiert av etaten. I tillegg kan det påstås at å konkurrere om markedsandeler i rusfeltet rett og slett ikke er god business. Både fordi markedet ikke er særlig stort, og på grunn av manglende ressurser hos brukergruppen.

kontinuitetshensyn. Mine informanter, både fra Velferdsetaten og fra tiltakene var alle innom at de hadde samarbeidet med hverandre i lang tid. En rimelig tolkning er at dette samarbeidet i noen grad har bidratt til en felles forståelse av hva tjenestenes innhold skal være. Et mål med meningsutveksling må kunne sies å være å komme frem til en forståelse av hva den andre mener, selv om man ikke kommer frem til enighet. Ikke minst er det viktig for tiltakene å ha forstått hva Velferdsetaten er ute etter i tilbudene, noe som er en fordel for å kunne oppnå kontrakt og dermed fortsatt drift.

Velferdsetaten:

"Det der med kontinuitet, for eksempel at man har brukt våre kvalitetsmålingssystem gjennom flere år, gir jo en naturlig fordel."

"Hvis du bare har en idé, men ingen virksomhet, så kan du få en del poeng, på noe (...) Sist jeg telte kunne du få 35 poeng, men da skal du ha en fantastisk idé (...). Men det vil være uhyrlig vanskelig, men du er ikke utelukket uten videre. (...) Det er jo som om du skulle bestille et fly fra USA ... hvis flyet ikke står ferdig, så er det en viss risiko å ta. (...) Vi skal også tenke forretningsmessig og sånn vil det jo være ellers i samfunnet. Det er jo klart at om en skal kjøpe et produkt som er på tegnestadiet, så er det jo en risiko. Da må du virkelig tro på den her tingen. Så du kan si; det er en viss risiko med det som ikke finnes, og så er det en trygghet i det som finnes fra før."

En av informantene fra tiltakene:

"Selv om det ikke blir sagt, så tror jeg man har et lite fortrinn når de kjenner organisasjonen da, og har vært med mange ganger før. (...) For det sies jo og skrives jo at det skal være åpning for alle, men likevel vil du jo slite, for da må de bare stole på at det du har beskrevet er så bra at ... altså, jeg tenker at du må jo bare beskrive enda bedre da hvordan du vil få frem, eller hvordan du skal behandle resultatene og sånn, for du vil jo ikke kunne bevise det."

I evalueringsmatrisen er det mulig å oppnå totalt 100 poeng (se s. 32). Det vil i praksis si at det nesten er umulig å vinne frem i konkurransen dersom du ikke har vært med tidligere. Kriteriene du måles på er jo ting som er knyttet til at du allerede har lokaler, utarbeidede arbeidsmetoder, en organisasjonskultur, ledelsesfunksjoner, kan vise at personalet har den kompetansen de skal ha, har etablert samarbeid med andre og, ikke minst, har resultater å vise til i brukerundersøkelser og i resultatmålingene (Konkurransesgrunnlag 2010). Slik sett kan det hevdes at konkurransen i praksis er en konkurranse mellom de som allerede er etablert i markedet, slik at de som gjennom minst fem år har samarbeidet med hverandre i anskaffelsesprosessen blir konkurrenter fordi de fleste tiltakene er drevet av de store ideelle organisasjonene; Frelsesarmeen, Kirkens Bymisjon og Blå Kors. Det kan således stilles spørsmål om konkurransen i det

hele tatt fungerer. I alle fall hvis målet er reell konkurranse i et marked. Ut fra det jeg har gjort rede for i foregående kapittel er det kanskje ikke konkurransens ideal om valgfrihet for brukeren som er det viktigste, men muligheten for å styre og kontrollere tjenestene. I følge en av informantene fra tiltakene har samtidig konkurranse som strategi konsekvenser for samarbeidet mellom tiltakene som Velferdsetaten har kontrakt med:

"Med denne konkurranseverden som vi lever i, så er jo hvert tiltak sitt eget univers, og det å kunne samarbeide med kommunen og med konkurrentene, stygt sagt, det er nå på en måte uhørt."

Det informanten sier må også ses i sammenheng med at den kommunale rusomsorgen er et relativt lite felt. Folk kjenner hverandre og har ofte samarbeidet i flere år. Slik jeg forstår informanten, har konkurranse som strategi gjort det vanskeligere å samarbeide fordi man ikke bare er samarbeidspartnere, men også konkurrenter. En slik forståelse av hvordan konkurranse virker, er i direkte strid med intensjonene i rusmiddelpolitikken. Utfordringen ligger i å kunne forene idealene i konkurransestrategien med idealene i rusmiddelpolitikken på en slik måte at både hensynet til å oppnå kvalitet i tjenestene gjennom konkurranse og hensynet til kontinuitet og samarbeid blir ivaretatt.

9.3 Samarbeid med bydelene og spesialisthelsetjenesten

9.3.1 Ressursmangel – et kontinuitetsproblem

Både Velferdsetaten og tiltakene var i intervjuene opptatt av samarbeidet med bydelene og spesialisthelsetjenesten. I konkurransegrunnlaget heter det for eksempel for korttidstilbudene at *"tjenesten skal samarbeide tett med spesialisthelsetjenesten og beboers bydel"* (Konkurransegrunnlag 2010:42). Spesielt var informantene fra tiltakene opptatt av samarbeidet med bydelene. Tiltakene er i utgangspunktet både forpliktet til, og avhengig av, å samarbeide med bydelene på grunn av kravet om bydelsbetaling (som jeg har gjort rede for i kap. 5.2). Sitatene under er alle hentet fra informantene fra tiltakene jeg intervjuet.

"Sånn av normaliseringshensyn og motivasjonshensyn i forhold til brukerne så blir det litt sånn at bydelene ikke helt tar ansvaret da. Altså, det er jo dødsvanskelig å få folk ut i det private markedet, og bydelene har jo ingenting. Jo, noen bydeler har jo disse boligfremskafferne, men i realiteten er det veldig lite de kan bidra med i forhold til det å skaffe boliger, og det er jo den første frustrasjonen vår; at man ikke har noe å sende videre til."

"For eksempel, hvis en person blir for syk til å bo her, så ser vi veldig forskjell på hvordan bydelene fungerer. Rett og slett på hva de har å tilby, enten det er en omsorgsleilighet, psykiatribolig ... hva det måtte være, så er det veldig forskjeller. Vi ser jo det at mer og mer skal styres i bydelen."

"Velferdsetaten har jo bare de kategoriene de har, men jeg syns de burde hatt mer press på at bydelene faktisk må ivareta et tilbud til de her i etterkant. Altså, det hjelper ikke å få høre at man er prioritert når det faktisk ikke finnes kommunale boliger, eller å få høre at det er mange i din situasjon. Det burde jo være mer sammenheng da; at når man bruker så mye tid og så mye ressurser på denne anskaffelsesprosessen så burde det være mer krav til bydelene i forhold til det å følge opp siste leddet og da."

Informantene forteller om bydeler som ikke har tjenester tilgjengelig for brukerne når de av ulike årsaker skrives ut fra institusjonene. Med tanke på målsettingen om at tjenestene skal samarbeide og sikre kontinuitet for brukeren, må dette kunne sies å være problematisk. Informantene gir også uttrykk for at det er snakk om ressursmangel på bydelsnivå. Ressurser til bydelene er ikke noe Velferdsetaten rår over, men det er et kommunalt ansvar. Det kommunale ansvaret er, som nevnt i kapittel 3, delegert til bydelsnivå når det gjelder oppfølging og tilbud i brukerens nærmiljø. Denne desentraliseringen kan vanskeliggjøre koordineringen mellom de ulike nivåene i den kommunale rusomsorgen; det kan være utfordrende å vite på hvilket nivå ansvaret er plassert. En av informantene fra tiltakssiden reflekterte slik over hvorfor bydelene ikke i tilstrekkelig grad fulgte opp ansvaret for brukerne:

"Men jeg har skjönt nå, at med den nye helse- og omsorgsloven så justerer man hele tiden på den formuleringen som går på hva som er bydelens ansvar nettopp fordi man vet at realiteten er noe annet enn den som ... fremhever man det for direkte så oppnår man det jo ikke, da vil man få alt for dårligere resultater. Det er jo alt for få kommunale boliger. Altså, jeg skjønner jo det."

Slik jeg forstår informanten gir hun uttrykk for at helse- og omsorgsloven er generell i formuleringene fordi man vet at en spesifikk rettighetsbeskrivelse ikke lar seg følge opp i praksis. Dersom det ikke finnes boliger tilgjengelig for brukeren, vil ikke en rett til bolig være reell. Kommunen plikter i følge loven å tilby de som er i behov av det, tak over hodet. Det vil i praksis si midlertidig døgnovernatting, ikke minst fordi bolig er et knapt gode. Rettigheter knyttet til bolig og institusjonsopphold vil i et slikt perspektiv være

avhengig av hvordan det kommunale ansvaret tolkes og vurderes av sosialkontor, bydelene, og kommunen sentralt.

9.3.2 Korttidstjenestene – et forsøk på å sikre kontinuitet i tjenestene

I konkurransen i 2010 endret Velferdsetaten på mandatet til korttidstjenestene fordi de ønsket en tilpasning til føringene i samhandlingsreformen. Det betyr at tiltakene innen denne kategorien skulle tilby tjenester som la til rette for at brukeren kunne komme seg videre i systemet. Et opphold på en korttidsinstitusjon skulle i større grad enn tidligere ha et mål og mening, slik informantene fra Velferdsetaten uttrykte det. De rusfrie korttidstjeneste ble definert slik i konkurransegrunnlaget (Konkurransegrunnlag 2010):

"De brukerne som ønsker dette, skal få mulighet til en korttidsinnleggelse i et skjermet og rusfritt miljø i ventetiden til et lengre behandlings- eller rehabiliteringsopphold ved andre institusjoner. Rusmiddelsetaten håper dette kan bidra til brukerne opprettholder sin motivasjon for et rusfritt liv i påvente av plass ved et langtidsstilbud, enten det er i spesialisthelsetjenesten eller ved noen av de kommunale rehabiliteringsstilbudene. Den andre intensjonen er at det for mange brukere kan være nødvendig med en "mellomstasjon" etter behandlings- eller rehabiliteringsopphold, i påvente av et tilbud i bydelene."³⁶

I konkurransegrunnlaget står det videre at det er brukere som skal inn i behandlingsom skal prioriteres. Brukere som skal ut av behandling har annenprioritet, mens eventuelle andre søkere kan få plass dersom det er ledig kapasitet. Slik har Velferdsetaten søkt å ivareta samhandlingsreformens idealer om kontinuitet i tiltakskjeden. De sier selv i at *"det er viktig at dette tilbudet blir oppfattet i en større sammenheng, både før og etter langtidsopphold, og at tjenesteyter ser denne sammenhengen og utformer innholdet i tjenestene etter dette"*. Det stilles med andre ord krav til at tiltaket skal tilpasse seg samhandlingsreformen. Samtidig kan det se ut til at Velferdsetaten ikke helt har sett for seg hva implikasjonene av reformen ville bli, noe som i og for seg er naturlig ettersom den ikke var iverksatt på konkurransetidspunktet. Det interessante er likevel at etaten på den ene siden går inn og definerer tilbudet ganske presist, samtidig som det

³⁶Dette er de to hovedintensjonene, av totalt tre. Den tredje intensjonen er å tilby plass, *"hvis tjenesteyter har ledig kapasitet"*, til brukere i behov av et stabiliserende opphold ut fra et forebyggende perspektiv. Som jeg har vist til i kapittel tre er det et økende fokus på forebyggende tjenester i rusmiddelpolitikken. I dette kapitlet er det samhandlingsidealet som er av interesse, men det er likevel verdt å merke seg at Velferdsetaten også har søkt å ivareta det forebyggende perspektivet i deres tjenester.

forventes fleksibilitet med hensyn til tilpasning til reformen. Det kan stilles spørsmål ved i hvilken grad det lar seg kombinere. For korttidstilbud uten krav om rusfrihet heter det i konkurransegrunnlaget:

"Det er en intensjon at ingen brukere forlater tiltaket uten å ha fått et annet tilbud gjennom sosialtjenesten. Rusmiddeletaten er bekymret for at mange brukere flytter mellom etatens korttidstiltak, og tjenesteyter skal gi bistand for å hindre for mye ut- og innflyttinger. Rusmiddeletaten ønsker med tilbudet et økt fokus på dette. Det skal arbeides målbevisst med brukere for å motivere til andre tiltak. Dette krever et tett samarbeid med sosialtjenesten og øvrige tiltak i bydel for å finne mer varige tiltak."

Informanten fra et av korttidstilbudene fortalte følgende:

"Jeg tenker at Velferdsetaten i større grad burde fokusert på samarbeidet mellom den kommunale rusomsorgen og sosialtjenestene i bydelene. For ja, vi er forpliktet til å samarbeide med sosialtjenesten i kontrakten. Når sosialtjenesten søker folk hit så er de forpliktet til å komme hit på besøk senest innen tre uker, men det skjer jo ikke, og; skal det gå ut over oss? (...) Men, i neste omgang, når Velferdsetaten kommer for å se om vi gjør jobben vår, så får vi jo blankt stryk på det."

Informanten er opptatt av at samarbeidet med bydelene ikke fungerer slik det er tenkt, til tross for at Velferdsetaten har pålagt tiltaket samarbeidet. Det kan stilles spørsmål ved om det nytter å vedta samarbeid dersom forutsetningene ikke er tilstede. Et samarbeid forutsetter at de partene som skal arbeide sammen begge har ressurser til å gjennomføre samarbeidet. Ut fra det informanten sier, kan det se ut til at ressursene ikke er tilstede. Informanten fra korttidstilbudet fortalte at de hadde bedt om å øke antall stilinger for å imøtekomme behovet for koordinering av tjenestene. Tanken var at en ansatt da kunne følge brukeren til ulike samarbeidspartnere for å lettere kunne samarbeide om brukerens videre vei i systemet. Dette ble avslått av Velferdsetaten, uten at informanten kunne si hvorfor det hadde blitt avslått. Informanten ga også uttrykk for at han opplevde at det etaten ønsket fra tjenestene med hensyn til å ivareta kontinuitet for brukeren ikke stemte med virkeligheten:

"For ikke så veldig lenge siden var det en kar som flyttet ut herfra. Jeg ble kjent med han på min første jobb på et lavterskeltilbud i 1993, og så vidt jeg vet har han vært i lavterskeltilbud i alle disse år. Han har vært på lavterskel hele tiden. Når vi sitter da, i en by som er velsignet med sin egen etat tilegnet rusomsorgen, kunne man ikke da brukt litt energi på å prøve å ta tak i de menneskene som er der, og prøve å ta litt tak i bydelene da. Men, nei, vi bare flytter rundt på disse menneskene fra tiltak til tiltak, uten at det er noen form for kontinuitet. (...) Det er veldig lite tanke på den enkelte brukers behov."

Ut fra det informanten sier har ikke endringene i konkurransen i 2010 ført til mer kontinuitet for brukerne. Det må tas forbehold om at jeg intervjuet tiltakene mindre enn

et år etter at kontrakten ble iverksatt. Likevel, er ikke utfordringene knyttet til samhandling og kontinuitet i tjenestetilbudet noe nytt. Det var jo nettopp behovet for mer sammenheng i tjenestene som var foranledningen for rusreformen i 2004, for samhandlingsreformen som enda pågår, og som nå følges opp av den nye stortingsmeldingen om rusomsorgen.

Å ivareta kontinuitet i tjenestene betyr også å skulle samarbeide med spesialisthelsetjenesten. Som jeg har gjort rede for i kapittel tre, ble spesialisert rusbehandling (TSB) overført til staten i 2004. For brukere som ønsker behandling for sin rusmiddelavhengighet, betyr det at man som innehaver av pasientrettigheter har rett til vurdering av rettigheter og til behandlingsfrist.³⁷ Det er i perioden frem til, og i perioden etter, behandling at kommunene skal kunne tilby tjenester. Som vi har sett tilpasningen av korttidstilbudene et forsøk på å imøtekomme brukerens behov i denne sammenheng, men samarbeidet er like relevant for rehabiliterings- og omsorgstjenestene. Velferdsetaten ga uttrykk for at måten systemet er organisert på er utfordrende:

"Alt blir fragmentert i byråkratiet. Og der har jo jeg og vi våre begrensninger. Vi er jo bare en del av helheten. Tidligere så hadde vi jo også ansvar for spesialisthelsetjenesten, hele tiltakskjeden. Så ja, at det har vært en ulempe, ja det er helt klart. Vi er ikke gode på å samarbeide på tvers av byråkratiet nei."

Velferdsetaten forklarte videre at de forvaltet økonomiske tilskudd som kunne fordeles til ulike tiltak og prosjekter som arbeidet med rusmiddelproblematikk.

"Vi er ikke så flinke til å samarbeide på tvers. Til å samarbeide med spesialisthelsetjenesten, og vi er heller ikke så flinke til å samarbeide med bydelene. Jeg har dessverre ikke fullmakter til å få bydelene til å tilpasse sine tilbud til våre. Det jeg vil forsøke å kompensere dette med er å få styrt og få koordinert disse tilskuddene som jeg nå forvalter slik at de da kan gå inn og ta noe av det vi nå mister når vi omprioriterer. Det er et mål jeg har."

Etaten har med andre ord mulighet for å gå inn og støtte tiltak og prosjekter som kan bidra til å sikre koordinering mellom tjenestene. Informantene fra Velferdsetaten fortalte at denne tilskuddordningen ikke var tilpasset koordineringsbehovet på det tidspunktet jeg intervjuet dem, men at det var en langsiktig målsetting. I sitatet fra Velferdsetaten over gir informanten også uttrykk for at omprioriteringer i

³⁷Pasient – og brukerrettighetsloven beskriver rettighetene til TSB-pasienter nærmere, og kan finnes på www.oslo-universitetssykehus.no/pasient/pasientrettigheter.

tjenestetilbudet vil føre til at man får noe nytt, men også at man mister noe av det gamle. Som jeg nevnte i kapitlet om styring av tjenestene, mistet man det polikliniske tilbudet i 2010. Dette skulle nå ivaretas av bydelene, noe som er i samsvar med føringene fra samhandlingsreformen, og den nye stortingsmeldingen. Det at tilbudet ikke var klart i bydelene gjorde at en gruppe brukere nå var uten tilbud. Velferdsetaten ga i intervjuet uttrykk for at de nå ønsket å ivareta denne gruppen gjennom tilskuddordningen.

9.3.3 Avrusning – fra kommunalt til statlig tilbud

Informantene fra tiltakssiden var alle opptatt av å fortelle om det de så som en særlig utfordring for deres brukere; at muligheten for å få plass på avrusning var redusert etter at sykehusene kom på banen. Som ledd i samhandlingsreformen ble ansvaret for akutte avrusingsplasser flyttet fra kommunen til staten, noe som førte til at de kommunale avrusingsplassene ble lagt ned. En av mine informanter fortalte meg at han opplevde at det var vanskelig å få plass på avrusingen på Aker sykehus³⁸, til tross for at tiltaket han jobbet ved vurderte at brukeren var i behov av avrusning.

"Det som skjer er jo at nå så henvises folk, altså nå havner folk på legevakten, og blir vurdert som absolutt avrusningstrengende og blir kjørt opp på RAM, og blir vurdert på nytt og avvist. For ja, dette er jo ikke noe problem. Vi hadde en historie med en bruker som nærmest en helg kjørte i drosje frem og tilbake fra oss, til Lovisenberg, til RAM. Men byråkratiet er jo så finurlig; for vi må jo sørge for å opprettholde dette tilbudet til de som trenger det, og så, til tross for det de sier er inntakskriterier, så opplever vi at inntakskriteriene praktiseres strengere enn det man blir fortalt at det skal gjøres, sånn at det er flere brukere som utestenges (...). Men kompetansen på hvordan ting virker på gulvet, den er jo fraværende hos beslutningstakerne."

Sitatet sier noe om at informanten mener at avrusningstilbudet definerer bort brukere, slik at de kan opprettholde kapasiteten. Det er ikke noe jeg har funnet andre holdepunkter for, og jeg vil derfor ikke gå videre inn på det. Det som informanten peker på av interesse her er at det ofte er brukerne som blir den tapende part når man omorganiserer og omprioriterer. Brukeren faller mellom to stoler. På den ene stolen sitter staten og på den andre sitter kommunen, og i mellom er det et tomrom som ingen har ansvar for. Velferdsetaten har forsøkt å løse dette med å be tiltakene

³⁸Det offentlige avrusningstilbudet i Oslo kommune er per i dag samlet på Aker sykehus, og går under forkortelsen RAM (Rusakuttmottaket). Tidligere hadde kommunen et avrusningstilbud som var lokalisert i Storgata i Oslo.

(rehabiliterings- og omsorgstjenestene) tilby det de kaller "enkle avrusingsløp" (Konkurransesgrunnlag 2010). En av informantene fra tiltakene hadde følgende syn på saken:

"Ja, for det er jo lett. Det lurer jeg på hvordan vi skal gjøre. Det er jo der vi er uenige med Velferdsetaten altså, for det er jo ikke praktisk gjennomførbart. Altså, vi kan jo ikke sitte på noen. Hvordan i all verden skal vi gjøre det på et sted der folk er i aktiv rus? Jeg skjønner jo hvorfor de ønsker det, det er jo fordi tilbudet ikke er der lengre. Fordi man har omorganisert. Storgata er jo lagt ned. Det er jo ikke for vår målgruppe lengre. Jeg skjønner jo de også, men det er jo helt latterlig. Skal vi liksom avruse? Vi har jo ikke noen tvangshjemler vi. Hvordan skal vi skjerme folk?"

Det informanten får frem her er at virkeligheten slik den oppleves fra tiltakets side ikke stemmer overens med Velferdsetatens vurderinger. Jeg forstår Velferdsetatens krav om enkle avrusingsløp som et forsøk på å imøtekomme et behov for avrusing som ikke i tilstrekkelig grad blir ivaretatt av sykehusene. Informantens erfaring er derimot at det ikke fungerer i praksis.

9.4 Anskaffers plass i kommunens helhetlige rustilbud

Avslutningsvis syns jeg det er viktig å minne om at anskaffelser av tjenester for rusmiddelavhengige gjennom konkurranse utgjør 30 % av kommunens tjenestetilbud. En av informantene fra Velferdsetaten sa følgende i intervjuet:

"Konkurransesutsetting av tjenester er ikke alltid den riktige måten å sørge for tjenester på. Det er en av mulighetene. De tre andre er å gi tilskudd, stimulere frivillige og ideelle til å blomstre, og så er det jo å produsere i egen regi. Så for meg er dette bare et av fire ben det offentlige står på, men det jeg er opptatt av er at når vi først har sagt at vi skal gjøre det så skal vi gjøre det på en god måte."

I et slikt perspektiv utgjør anskaffelser gjennom konkurranse en knapp tredjedel av kommunens helhetlige rusomsorg. Som jeg har gjort rede for gjennom mine informanters erfaringer, er det særegne med anskaffelser konkurransestrategiens potensial for styring og kontroll. Velferdsetatens styring og kontroll av tjenestene gjør det til en viss grad mulig for etaten å tilpasse tjenestene de behovene og utfordringene som måtte oppstå. Hvert femte år kan kommunen gjennom å benytte konkurranse som verktøy endre forutsetningene for drift av tjenester i konkurransegrunnlaget. På den måten må potensielle tjenesteytere tilpasse seg nye idealer og føringer for å oppnå kontrakt. Velferdsetaten sa det slik da han ble spurt hva kvalitet i tjenesten var:

"Kvalitet er en organisasjon som reflekterer over seg selv, og som er klar over sine styrker og svakheter og som er villig til å utvikle seg. Det er kvalitet for meg."

Med dette som utgangspunkt er konkurranse et effektivt verktøy for å skape endring. Konkurranse som strategi er også ment å tydeliggjøre ansvarsfordelingen mellom oppdragsgiver og tilbyder. Det paradoksale i denne sammenheng er at en klar definering av ansvar kan vanskeliggjøre samhandling ved at de ulike nivåene og tjenestene peker på hverandre når ansvar skal plasseres (Vike 2004:116). I et slik perspektiv kan konkurranse sies å begrense muligheten for samhandling.

10. Avslutning

Denne oppgaven har handlet om hvordan konkurranseeksponering av tjenester til rusmiddelavhengige påvirker idealer og målsettinger i rusomsorgen. Oppgaven har tatt sikte på å belyse tema ved å se nærmere på hvilke idealer og målsettinger som kan sies å ligge til grunn for rusmiddelpolitikken, og gjøre rede for hvordan noen av de involverte i Oslo kommunes anskaffelse av tjenester for rusmiddelavhengige opplevde anskaffelsesprosessen i 2010.

I del én av oppgaven ble det gjort rede for relevante reformer, lovverk og planer av betydning for rusmiddelpolitikken på statlig og kommunalt nivå. Tjenester for rusmiddelavhengige har utviklet seg fra å være en særomsorg til å bli en integrert del av helse- og sosialvesenet. Omorganiseringen av helse- og sosialtjenestene har ført til at både kommunen og spesialisthelsetjenesten har fått tydeligere definert ansvar og tydeligere definerte oppgaver. Den politiske målsettingen om å plassere tjenester der folk bor har for kommunen medført flere oppgaver og et større ansvar for å koordinere tjenester opp mot spesialisthelsetjenesten, og for Oslo kommunes vedkommende tjenester som er delegert til bydelene. Behovet for koordinerte tjenester gjenspeiles i alle plandokumenter, og er stadig en utfordring. Fra rusreformen i 2004, via samhandlingsreformen og ny helse- og omsorgslov, til stortingsmeldingen om rusmiddelpolitikken fra 2012, har tjenestene i økende grad lagt vekt på brukerrettigheter og individuell tilpasning av tjenestetilbudet til rusmiddelavhengige. Brukermedvirkning og rettighetstenkning i de nasjonale planene gjengis i kommunens strategiplaner og målsettinger som styrende for tjenestetilbudet. Til grunn for utviklingen ligger et økt fokus på kvalitet. Gjennom opptrappingsplanene for rusomsorgen har det blitt stilt krav om økt kompetanse og nye verktøy for å evaluere og måle kvaliteten på tjenestene. Kommunens ansvar for å iverksette og forvalte nasjonale politiske føringer innebærer at fokuset på kvalitet må ses i sammenheng med hensynet til effektivitet. Begrenset økonomi kombinert med økt krav til tjenesters innhold og kvalitet ligger til grunn for konkurranse som strategi for anskaffelser av tjenester. Konkurranse skal ideelt sørge for at kommunen ikke betaler mer enn det som er nødvendig for å opprettholde ønsket kvalitet. Konkurranse innebærer at tilbydere konkurrerer med hverandre om å kunne tilby bedre kvalitet enn konkurrenten til mer

konkurransedyktig pris. Slik sett er konkurranse et hensiktsmessig verktøy for å ivareta behovet for kostnadsreduksjon i helse- og sosialsektoren uten at det skal gå ut over kvaliteten i tjenestene. Ved å spesifisere kravene til kvalitet i et konkurransegrunnlag kan kommunen styre tjenestene i den retning de ønsker. Tilbyderne tilpasser seg kravspesifikasjonene for å ha mulighet til å vinne konkurransen. Slik kan konkurranse sies å være et effektivt virkemiddel for å skape endring i tjenestetilbudet. Kommunen benytter kontrakter som garanti for at de får den tjenesten de har betalt for. Kontrakten er også grunnlaget for kommunens kontroll av tjenestetilbudet. Behovet for kontroll av tjenestene ivaretas av detaljerte rapporterings- og dokumentasjonskrav. Ved at tiltakene plikter å levere jevnlig rapportering har kontrollen også funksjon som selvkontroll.

I del to av oppgaven ble informantenes erfaringer sett i lys av idealene i rusmiddelpolitikken og i lys av teorier om makt. Idealene i rusmiddelpolitikken på nasjonalt nivå gjenspeilte seg i måten tiltakene hadde utformet sine tilbud til Velferdsetaten. Dette bør ses i lys av kommunens styring av tjenestene og den maktskjevhet som eksisterer mellom kommunen og de tjenestene som deltar i konkurransen. Informantene ga uttrykk for at de tilpasset seg kommunens føringer. De var opptatt av å oppnå kontrakt, og for å oppnå kontrakt måtte de få poenguttelling i Velferdsetatens evalueringsmatrise. Slik sett er informantenes erfaringer et uttrykk for konkurransens effektive måte å forvalte idealer i rusmiddelpolitikken, fra stat til førstelinjetjenestene. På den annen side ga informantene uttrykk for at anskaffelsesprosessen førte til mindre fleksible tjenester ved at tiltakene og kommunen var bundet av kontrakten, og av konkurransereglene. Et sentralt problem i denne sammenheng er i hvilken grad kommunen klarer å fange opp det vesentlige i tjenestebehovet i konkurransegrunnlaget og evalueringsmatrisen. Dersom Velferdsetatens bestilling avviker fra det egentlige behov, vil det ha negative konsekvenser både for brukerne av tjenestene og for tiltakenes resultatoppnåelse.

Fokus på resultater og måloppnåelse var sentrale tema for informantene. Det kan ses i sammenheng med idealene innen New Public Management-tankeganger der det verdifulle er det som kan måles, og det som faller utenfor målingens område mister verdi. Ut fra hva informantene fortalte, er konkurranse et effektivt maktinstrument, ved at det så tydelig definerer det som er innenfor og det som er utenfor. Det synes også å ha

implikasjoner for hvordan sosialarbeidere forstår sin egen fagutøvelse. For å oppfylle kontrakten er det nødvendig å definere brukere inn i Velferdsetatens definisjoner av hva tiltaket skal romme. Rommet for det sosialfaglige skjønn reduseres når etaten forhåndsdefinerer brukergruppen og resultatmål for tjenestene. Informantene opplevde også at systemets oppdeling i tjenestenivå og mandatene knyttet til de ulike tjenestenivåene var til hinder for samhandling og koordinering av tjenestetilbudet for brukeren. Konkurransen kan sies å bidra til en fragmentering av tjenestetilbudet ved å fremme konkurranseaspektet fremfor samarbeid.

Oppsummert fører anskaffelser gjennom konkurranse til mer styring og mer kontroll. Prosessen ble opplevd som profesjonell og rettferdig, samtidig som den er resurskrevende. Det er også liten tvil om at de som jobber i rusfeltet, enten det er i kommunen eller i tiltakene, er opptatt av å gjøre en god jobb for brukeren.

11. Litteraturliste

Det lokale folkestyre i endring? Om deltaking og engasjement i lokalpolitikken. Oslo: Kommunal- og regionaldepartementet, 2006. (NOU 2006:7).

Engebretsen, Eivind og Kristin Heggen (2012): *Makt på nye måter.* Oslo: Universitetsforlaget

Forskrift om offentlige anskaffelser (FOA). FOR 2006-04-07 nr 402

From, Johan og Lars Kolberg (2003): "Konkurransetsetting som moderniseringsstrategi." I: *Hvor moderne? Konkurransetsetting i offentlig sektor.* Johan From m.fl. (red.). Oslo: Abstrakt forlag.

From, Johan og Lars Kolberg (2003): "Hvor moderne?" I: *Hvor moderne? Konkurransetsetting i offentlig sektor.* Johan From m.fl. (red.). Oslo: Abstrakt forlag.

From, Johan, Eldbjørg Torsøe og Lars Kolberg (2003): "Veien til markedet – politisk styrt?" I: *Hvor moderne? Konkurransetsetting i offentlig sektor.* Johan From m.fl. (red.). Oslo: Abstrakt forlag.

Gatejuristen. Kirkens bymisjon. URL: <http://bymisjon.no/gatejuristen> [Lesedato 20.03.2013]

Gjersøe, Heidi Moen, Eivind Engebretsen og Kristin Heggen (2012): "Kontraktsfestet velferd". I: *Makt på nye måter.* Eivind Engebretsen og Kristin Heggen (red.). Oslo: Universitetsforlaget.

Gulbransen, Trygve og Guro Ødegård (2011): *Frivillige organisasjoner i en ny tid. Utfordringer og endringsprosesser.* Rapport nr. 1. Oslo/Bergen: Senter for forskning på sivilsamfunn og frivillig sektor.

Helse- og omsorgsloven. Lov om kommunale helse- og omsorgstjenester m.m. av 24. juni 2011 nr. 30.!

Hjelmtveit, Vidar (2009): "Sosialpolitikk i historisk perspektiv." I: *Velferdsstaten i endring. Norsk sosialpolitikk ved starten av et nytt århundre.* Mary Ann Stamsø (red.). Oslo: Gyldendal Norsk Forlag.

Høringsuttalelse (2011): Høringsuttalelse angående forslag til ny kommunal helse- og omsorgslov og forslag til ny folkehelseslov. Oslo: Fagrådet innen rusfeltet i Norge. URL: http://www.rusfeltet.no/filestore/Automatisk_opprettede_filer/hringsuttalelsenykomunalhelseogomsorgslov.pdf [Lesedato: 15.02.2013]

Høyser, Georg (2004): "Rus og avhengighet." I: *Sosialmedisin – teori og praksis.* Per Fugelli, Georg Høyser og Steinar Westin (red.). Oslo: Gyldendal Norsk Forlag.

Johansen, Ivar (2013): "Rus: Krav om bydelsgaranti gjør at rusavhengige ikke får ønsket hjelp". I: *www.ivarjohansen.no* [Lesedato: 03.05.2013]

Konkurransesgrunnlag 2005 (2005): *Åpen konkurranse med forhandlinger, anskaffelse av tjenester til rusmiddelmissbrukere*. Oslo: Rusmiddeletaten, Oslo kommune.

Konkurransesgrunnlag 2010 (2010): *Konkurranse med forhandling, anskaffelse av tjenester til rusmiddelmissbrukere*. Oslo: Rusmiddeletaten, Oslo kommune.

Kontraktsbestemmelser (2010): "Kontraktsbestemmelser for anskaffelse av tjenester til rusmiddelmissbrukere." I: *Konkurransesgrunnlag 2010*. Oslo: Rusmiddeletaten, Oslo kommune

Kvale, Steinar og Svend Brinkmann (2010): *Det kvalitative forskningsintervju*. Oslo: Gyldendal Norsk Forlag.

Lie, Terje og Sverre Nesvåg (2006): *Evaluering av den statlige rusreformen for brukere i Oslo kommune*. IRIS-rapport nr. 228. Stavanger: IRIS. International Research Institute Stavanger.

Lov om offentlige anskaffelser av 16. juli 1999 nr 69.

Lund, Bernt H. (1999): *Styringssystemet i Oslo kommune. Parlamentarisme og desentralisering*. 2. utgave. Oslo: Kommuneforlaget.

Lundgren, Vilhelm Georg, Truls Juritzen, Eivind Engebretsen og Kristin Heggen (2012): "Makt". I: *Makt på nye måter*. Eivind Engebretsen og Kristin Heggen (red.). Oslo: Universitetsforlaget.

Makt og demokrati. Sluttrapport fra Makt- og demokratiutredningen. Oslo: Statens forvaltningstjeneste, 2003. (NOU 2003:19)

Mathiesen, Thomas (2001): *Retten i samfunnet. En innføring i retts sosiologi*. Oslo: Pax Forlag.

Nordstoga, Sigrid og Anne Marie Støkken (2009): *Barnevernsinstitusjoner og markedsbyråkrati*. Oslo: Universitetsforlaget.

Meld. St. 30 (2011-2012): *Se meg! En helhetlig rusmiddelpolitikk, alkohol – narkotika – doping*. Melding til Stortinget. Oslo: Det kongelige helse- og omsorgsdepartement.

Om velferdsetaten. URL: http://www.velferdsetaten.oslo.kommune.no/om_oss/ [Lesedato 20.03.2013]

Opptrappingsplan (2007): *Opptrappingsplan for rusfeltet*. Oslo: Helse- og omsorgsdepartementet.

Pasient- og brukerrettighetsloven. Lov om pasient og brukerrettigheter av 2. juli 1999 nr 63

Prieur, Annick og Carsten Sestoft (2006): *Pierre Bourdieu. En introduktion*. København: Hans Reitzels Forlag.

Resultat og virkemidler (2012): *Opptrappingsplan for rusfeltet. Resultat og virkemidler*. Oslo: Helsedirektoratet.

Samhandlingsreformen i kortversjon (2012). URL: <http://www.regjeringen.no/en/dep/hod/kampanjer/samhandling/om-samhandlingsreformen/samhandlingsreformen-i-kortversjon.html?id=650137> [Lesedato 15.10.2012]

Shulman, Lawrence (2003): *Kunsten å hjelpe individer og familier*. Oslo: Gyldendal Akademiske.

Sosialtjenesteloven. Lov om sosiale tjenester av 13. desember 1991 nr 81

Skretting, Astrid og Elisabet E. Storvoll (2011): *Utviklingstrekk på rusmiddelfeltet. Grunnlagsmateriale til regjeringens stortingsmelding om rusmiddelpolitikken*. Rapport nr. 3. Oslo: Statens institutt for rusmiddelforskning.

Stamsø, Mary Ann (2009): "New Public Management – reformer i offentlig sektor." I: *Velferdsstaten i endring. Norsk sosialpolitikk ved starten av et nytt århundre*. Mary Ann Stamsø (red.). Oslo: Gyldendal Norsk Forlag.

Stamsø, Mary Ann og Vidar Hjelmtveit (2009): "Innledning". I: *Velferdsstaten i endring. Norsk sosialpolitikk ved starten av et nytt århundre*. Mary Ann Stamsø (red.). Oslo: Gyldendal Norsk Forlag.

Strategisk plan 2008-2011 (2007). Oslo: Byrådsavdeling for velferd og sosiale tjenester, Oslo kommune.

Strategisk plan for rusmiddeletaten 2009-2012 (2009). Oslo: Rusmiddeletaten, Oslo kommune.

Styringssystemet i Oslo. URL: http://www.bystyret.oslo.kommune.no/publikasjoner/slik_styres_oslo/ [Lesedato: 15.03.2013]

Tildelingsbrev 2013 – Velferdsetaten. URL: <http://www.byrådsavdeling-for-eldre-ogsosialetjenester.oslo.kommune.no/getfile.php/byr%C3%A5dsavdeling%20for%20velferd%20og%20sosiale%20tjenester%20%28VST%29/Internett%20%28VST%29/Dokumenter/tildelingsbrev%20VEL.pdf> [Lesedato 21.03.2013]

Thagaard, Tove (2002): *Systematikk og innlevelse. En innføring i kvalitativ metode*. Bergen: Fagbokforlaget Vigmostad & Bjørke.

Veileder for kvalitetsmålinger (2005). 1. utgave. Oslo: Rusmiddeletaten, Oslo kommune.

Veileder for offentlige anskaffelser (2010). Oslo: Utviklings- og kompetanseetaten, Oslo kommune.

Velferdsetaten (2012): *Intervju i forbindelse med masteroppgave*. Oslo: Henriette Høyer Beddari.

Vesterkjær, Merete, Eivind Engebretsen og Kristin Heggen (2012): "Papiromsorg". I: *Makt på nye måter*. Eivind Engebretsen og Kristin Heggen (red.). Oslo: Universitetsforlaget.

Vike, Halvard (2004): *Velferd uten grenser 1. Den norske velferdsstaten ved et veiskille*. Oslo: Akribe forlag.

Weber, Max (2000): *Makt og byråkrati. Essay om politikk og klasse, samfunnsforskning og verdier*. Oslo: Gyldendal Norsk Forlag.

12. Vedlegg

1. Informasjonsskriv

2. Organisasjonskart Velferdsetaten

3. Definisjoner

4. Antall ord i oppgaven

Forespørsel om å delta i intervju i forbindelse med masteroppgave

Jeg er student i retts sosiologi ved Universitetet i Oslo og holder på med en masteroppgave om konkurranseutsetting av tiltak innen rusomsorgen i Oslo kommune. Jeg ønsker å få kunnskap om hvilke erfaringer velferdsetaten og tilbydere av tjenester i Oslo kommune har med å bruke anbudskonkurranse som strategi for tjenester innen rusomsorgen. Prosjektet har som formål å beskrive hvordan, og i hvilken grad, anbudsprosessen kan sies å være et velegnet verktøy for forvaltning av kommunens tjenestetilbud overfor rusavhengige.

Jeg er interessert i å komme i kontakt med ansatte i virksomheter og i velferdsetaten som kunne tenke seg å sette av om lag en times tid til å snakke med meg om deres erfaringer med anbud innen rusfeltet. Intervjuet vil dreie seg om dine erfaringer, synspunkter og refleksjoner rundt konkurranseutsetting. Det er derfor ikke nødvendig å forberede seg til intervjuet. Intervjuet tar ikke opp personlige eller personsensitive forhold. All informasjon vil bli anonymisert og behandlet konfidensielt. Det betyr at informasjonen du gir ikke vil kunne spores tilbake til deg. Deltakelse er frivillig, og du kan eventuelt trekke deg når som helst om du skulle ønske det.

Jeg håper det er i orden at jeg kan kontakte deg per telefon for å høre om du kan tenke deg å være med på et intervju. Dersom du har spørsmål om prosjektet eller ønsker mer informasjon, ta gjerne kontakt med meg på mail: henriette_hoyer@hotmail.com eller på tlf -----.

Prosjektet er meldt til personvernombudet for forskning, Norsk samfunnsvitenskapelig datatjeneste A/S.

Med vennlig hilsen

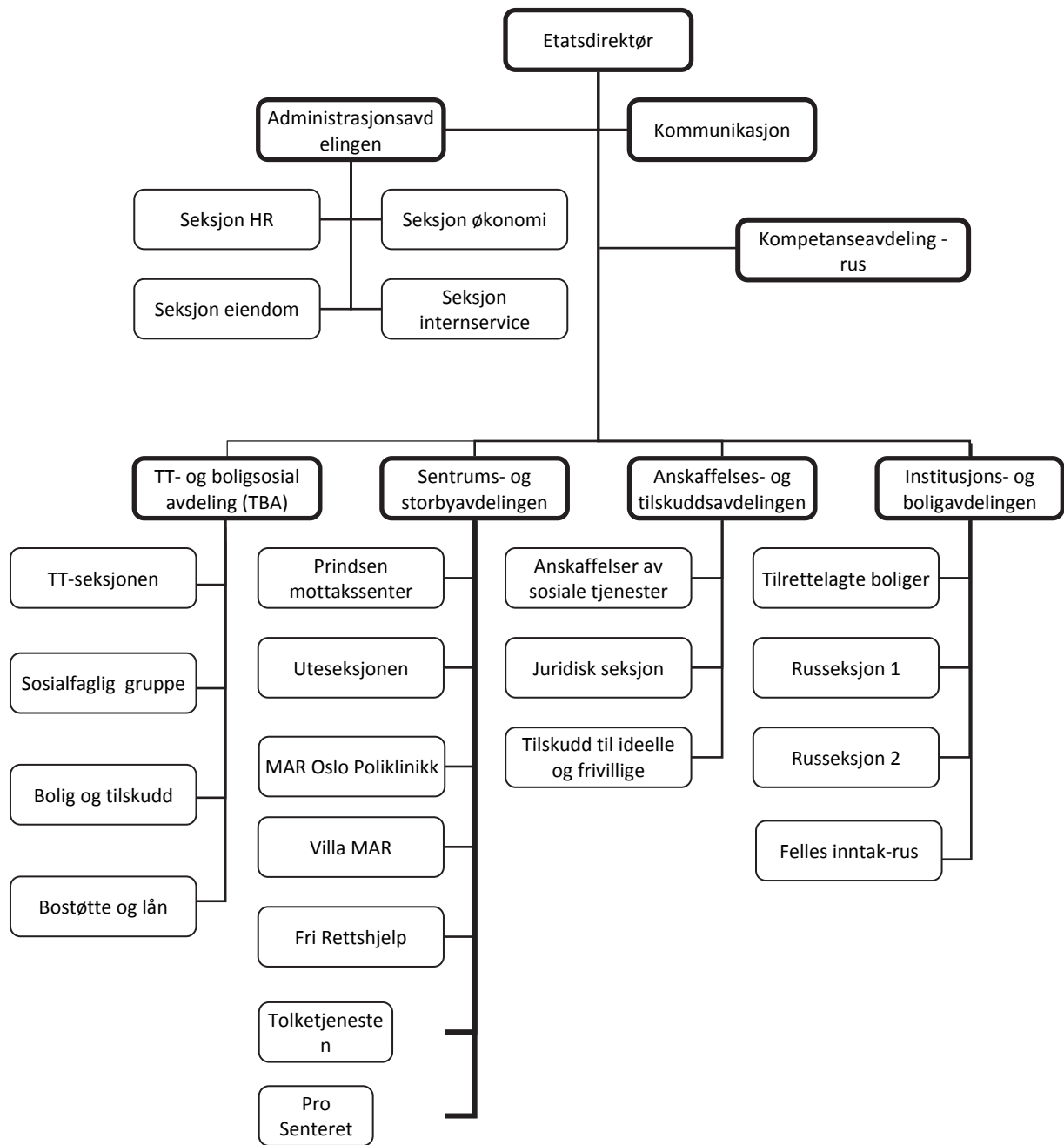
Henriette Høyer

Institutt for kriminologi og retts sosiologi

Postboks 6706 St.Olavs plass

0130 Oslo

Organisasjonskart Velferdsetaten:



Definisjoner

I oppgaven brukes begreper og betegnelser som kan fremstå som uklare eller ha et upresist innhold. Jeg har derfor funnet det hensiktsmessig å gi en kortfattet oversikt over definisjonene av de mest sentrale begrep som er benyttet i håp om dette kan lette lesingen.

Anbud

Et anbud er en spesifikk betegnelse på det tilbud en *tilbyder* leverer inn i en konkurranse. Tilbud brukes i betydning anbud i oppgaven.

Anskaffelse

En anskaffelse er "*et kjøp eller leie av varer og tjenester*". I oppgaven brukt om Oslo kommunes anskaffelser av tjenester fra *private leverandører* innen rusmiddelsektoren.

Konkurranse

Betegner konkurransen mellom ulike *tjenestetilbydere* om å få oppdraget som lyses ut.

Konkurransegrunnlag

Beskrivelse av innhold og krav til de tjenestene som kommunen utlyser.

Konkurranseeksponering

Betegnelser på ulike måter å innføre virkemidler fra privat sektor på. I denne oppgaven brukes konkurranseeksponering som begrep for å betegne konkurransen *tilbydere* utsettes for i anskaffelsesprosessen.

Konkurranseutsetting

Konkurranseutsetting betyr at kommunen åpner for at tjenester som tidligere har vært drevet i kommunal regi åpnes opp for konkurranse fra det private marked. I dagligtale brukes gjerne konkurranseutsetting som betegnelse på konkurranseeksponering.

Leverandør, Tjenesteleverandør

Er det samme som en *tjenesteyter*

Disse begrepene brukes synonymt om private organisasjoner eller virksomheter som driver omsorg, behandling, rehabilitering eller andre tiltak innen rusomsorgen etter avtale (kontrakt) med Oslo kommune. Se også: *Tilbyder, Tjenestetilbyder*

Private leverandører

Omfatter ideelle, veldedige og kommersielle aktører som driver omsorg, rehabilitering eller andre tiltak innen rusomsorgen etter avtale (kontrakt) med Oslo kommune.

Tilbyder, Tjenestetilbyder

Brukes i oppgaven om *leverandører (tjenesteleverandører)* i fasen før det blir avgjort hvem som får oppdraget.

Tiltak, Tjeneste, Tjenestetilbud

Brukes om alle former for omsorg, behandling, rehabilitering eller andre tiltak for rusmiddelavhengige.

Antall ord i oppgaven:

37852