



UNIVERSITETET I AGDER

# Kommunene på Agder og opptrappingsplanen på rusfeltet

Den sektoriserede stat møter kommunene

BJØRN VIDAR GUNDERSEN

VEILEDER

Nicolay Gausel

**Universitetet i Agder, 2017**

Fakultet for helse- og idrettsvitenskap

Institutt for psykososial helse



## **Forord**

Når disse ordene skrives er en lang prosess i ferd med å avsluttes. Ikke bare for dette masterprosjektets del, men også de foregående studieårene. Min målsetting for å starte dette utdanningsløpet var i hovedsak å nok en gang å sette meg i en situasjon hvor jeg med jevne mellomrom fikk noen spark bak til å lære meg noe nytt innenfor det fagfeltet jeg har arbeidet med og har hatt en interesse for i snart en mannsalder.

I så måte har de siste årene innfridd. For en som de siste årene har tatt noen steg til siden og blitt byråkrat på heltid, har det vært en faglig berikelse å stadig møte nye medstudenter som står med begge beina godt plantet i fagfeltet i mange ulike settinger. Praksisperioden på et asylmottak ga mange og sterke inntrykk, og grunnlag for refleksjon rundt fortsatt aktuelle problemstillinger knyttet til statlig politikk på et område jeg kjente lite til fra før.

Min byråkratiske hverdag gjorde at jeg etter hvert også innså at jeg på noen måter er en fremmed fugl på dette studiet. Dette ble særlig klart for meg når vi skulle inn i prosessen med å velge et tema for masteroppgaven.

Helt fra starten i denne prosessen har jeg hatt et sterkt ønske om å velge en tematikk som var relevant for min arbeidshverdag hos Fylkesmannen. Å jobbe hos Fylkesmannen betyr ofte å stå i skjæringspunktet mellom fag og politikk, og i skjæringspunktet mellom sentral stat i form av departement og direktorat og kommunene. Derfor falt valget på en studie som tar for seg opptrappingsplanen 2016 -2020 på rusfeltet. I opptrappingsplanen for rusfeltet ligger det klare forventninger til kommunene fra sentral stat, og med forventningene følger det bevilgninger. Fylkesmannen har fått en rolle som pådriver – så denne oppgaven blir på mange måter et utgangspunkt for å kunne vurdere hvordan vi lykkes i den jobben.

Et slikt studie er på mange måter en ego tripp. Jeg vil derfor takke min kjære samboer Hedvig som har støttet og motivert underveis. Jeg vil også takke min veileder Professor Nicolay Gausel for motiverende veiledningstimer og et vennlig spark bak da jeg trengte det som mest. Til slutt også en takk til min arbeidsgiver, Fylkesmannen i Aust – Agder og Vest - Agder som raust har lagt til rette for at jeg fikk muligheten til å følge dette studiet.

Saltrød, 1.mai 2017

Bjørn Vidar Gundersen

# Innhold

Forord.....	2
Sammendrag:.....	5
Abstract:.....	6
Introduksjon .....	7
Teoretisk Forankring .....	11
Prinipal-agent-teori.....	11
Borgereffektivitet versus Systemeffektivitet .....	12
Bailouteffekten.....	12
Den sektoriserste stat versus kommunen .....	13
Rådmannsvelde versus politisk styring versus interkommunalt samarbeid.....	13
Ouchis styringsmodell .....	14
Metode.....	16
Design.....	16
Datamateriale.....	16
Utvalg.....	17
Variabler .....	17
Statistisk signifikans – ikke statistisk signifikans .....	20
Dataanalyse .....	20
Etikk.....	20
Resultater .....	21
Konsistens på underliggende ledd .....	21
Styring.....	21
Sensitivitet.....	21
Regionsvise forskjeller.....	21
Politisk lojalitet.....	22
Kommunestørrelse.....	22
Summert skåre for Sensitivitet og Styring.....	23
Diskusjon .....	23
Datakvalitet – Validitet – Reliabilitet.....	24
Økonomiplaner og budsjetter som informasjonskilde for situasjonen på psykisk helse og rusfeltet .....	24
Data om årsverk.....	26
Andel årsverk, et bedre mål på kommunens prioritering og satsinger på psykisk helse og rusfeltet .....	27

Oppsummering Datakvalitet – Validitet - Reliabilitet .....	28
Regionsvise forskjeller .....	28
Kommunens politiske ledelse.....	31
Sensitivitet -Rådmannsvelde versus politisk styring .....	32
Kommunestørrelse .....	33
Kommunestørrelse, i lys av Ouchis Styringsmodell.....	34
Kommunestørrelse, borgereffektivitet versus systemeffektivitet .....	35
Kommunestørrelse, årsverk pr. innbygger- og andel årsverk i psykisk helse- og rustjenestene ..	36
Styring - andel årsverk.....	38
Konklusjon .....	40
Litteraturliste.....	42

## **Sammendrag:**

Rus- og psykisk helsefeltet har de siste 25 årene vært utsatt for flere satsinger og opptrappingsplaner. Vi er nå midt i en ny statlig opptrappingsplan for rusfeltet. Også denne gangen har kommunene fått ansvaret for store deler av jobben. Denne studien undersøkte kommuners bemanning på psykisk helse og rusfeltet i forhold til folketall, og andel ansatte i rus og psykisk helsetjenestene i forhold til totalt ansatte i kommunen. Det ble funnet at de minste kommunene har best score på ansatte for psykisk helse og rus i forhold til folketallet, men at det er de største kommunene som skårer høyest på andel ansatte i disse tjenestene i forhold til kommunens totale bemanning. Videre ble det undersøkt om psykisk helse og rusfeltet er synliggjort i kommunens sentrale styringsdokumenter på to variabler, styring og sensitivitet for sentrale føringer på feltet. Her ble det funnet at det er de største kommunene som scorer høyest. Studien konkluderer med at ansatte per 10000 ikke gir noe realistisk bilde av hvordan en kommune prioriterer rus- og psykiskhelse feltet. I artikkelen foreslås det å bruke bemanningsandelen for psykisk helse og rusfeltet i kommunen som et mål på prioritering.

Nøkkelord: Opptrappingsplan, rusarbeid, psykisk helsearbeid, kommune, helsepolitikk.

## **Abstract:**

During the last 25 years there have been several efforts to strengthen the services to patients with mental health problems and substance use disorders. The new plan (opptrappingsplanen for rusfeltet) was launched in 2016 and will be completed in 2020. Again, as in previous efforts, it is the municipal health services that are going to do the job. This study examined the size of staff in these services in relation to population, and the proportion of employees in these services in relation to the total number of employees in the municipality. According to the results of this study, it is the smallest municipalities that have the highest number of employees working in the mental health and substance abuse services in relation to the population. However, the study also showed the largest municipalities have the highest percentage of employees in these services in relation to the total number of staff in the municipality. Furthermore, the study examined whether the services to patients with mental health problems and substance use disorders were mentioned in the municipality's financial plans and budgets on two variables i.e. management and sensitivity to governmental expectations as expressed in the plan. The study showed that the largest municipalities have the highest scores on these variables. The study concludes that the size of staff in relation to population does not give a realistic picture of how strongly the municipality prioritizes this field. The article proposes to use the staff percentage of employees in these services in relation to the total number of staff in this field as a better measure of the municipality priorities in this field.

Keywords: mental health problems, substance use disorders, municipalities, health policy

## Introduksjon

En masteroppgave i psykisk helsearbeid vil ofte fokusere på pasienter og brukere. Ofte vil det dreie seg om spørsmål om hva som hjelper pasientene til å få en større mestring. Eksempler på dette kan være hva det er som virker inn på interaksjonen mellom pasient og tjenesteyter, eller det kan dreie seg om andre forhold/ytre omstendigheter som spiller inn i en tilfriskningsprosess. Det være seg i klinikken eller ute i en mere eller mindre ordinær bosituasjon i kommunen. Fellesnevneren for disse masteroppgavene er at de er pasient- og praksisnære.

Det var nok derfor ikke uten grunn min veileder var noe bekymret da han så mine første utkast til denne oppgaven. Hvor jeg i introduksjonen kastet meg rett inn en lengre redegjørelse om utviklingstrekk i de siste 30 års opptrappings- og handlingsplaner på feltet, friskt fulgt opp med en oversikt over politisk flertall på stortinget i den samme perioden.

Jeg vil likevel hevde at av og til bør ansatte i rus- og psykisk helsetjenesten flytte fokus fra kvaliteten på den terapeutiske relasjonen og reflektere litt over hvilke rammebetingelser de arbeider innenfor. Mitt håp er at denne artikkelen kan gi noen alternative innfallsvinkler til hvordan tall og statistikk for feltet kan brukes, for å gi et mere utfyllende bilde av hvordan en kan analysere ressursituasjon på feltet også ned på den enkelte kommune.

Når kommunale tjenester skal dimensjoneres er det ofte Kommune-Stat-Rapportering (KOSTRA) tallene det skjeles til. Min vurdering er at de tallene som presenteres i KOSTRA statistikken i liten grad belyser kommunenes utgifter på psykisk helse og rusfeltet. Variablene det rapporteres på er utgifter til tilbud til personer med rusproblemer, årsverk psykiatriske sykepleier og årsverk med videreutdanning, samt andel nyinnflyttede med psykisk helse eller rusproblematikk. SINTEF har de siste årene hatt i oppdrag å følge opptrappingsplanen på rusfeltet. Det gis ut en årlig rapport om kommunalt psykisk helse og rusarbeid. Min forståelse er at SINTEF rapporten gir et dekkende bilde på nasjonalt nivå, men i liten grad gir informasjon som kan brukes til å beskrive situasjonen på feltet på et lokalt nivå.

I denne studien ser jeg nærmere på hvordan kommunene i Agder har dimensjonert sin innsats på rus- og psykisk helsefeltet, med bakgrunn i de føringer og økonomiske incitamentene som opptrappingsplanen på rusfeltet gir. Den metodiske tilnærmingen som jeg beskriver, og de funn jeg har gjort vil kunne ha overføringsverdi til andre regioner.

Rus og psykisk helsefeltet har de siste tretti år vært utsatt for den ene opptrappingsplanen etter den andre. Gjerne etterfulgt av en stortingsmelding som slakter tilstanden på feltet (St. Meld 25 (1996-97), 1997).

I perioden 1990 til 1995 ble Handlingsplanen for psykisk helsevern og mental helse rullet ut.

Regjeringen Jagland la våren 1997 frem den såkalte psykiatrimeldingen, Åpenhet og helhet. Beskrivelsen av status på psykisk helsefeltet må vel nærmest karakteriseres som en total slakt, da hovedkonklusjonen var at det forekom brist i alle ledd av behandlingsskjeden (St. Meld 25 (1996-97), 1997).

I 1998 la Bondevik I Regjeringens frem sin Stortingsproposisjon hvor opptrappingsplanen for psykisk helse ble lansert (Stortingsprp. nr. 63 (1997-98), 1998). Ambisjonen her var å adressere de problemer som psykiatrimeldingen hadde påpekt.

Stoltenberg II regjeringen lanserte sin opptrappingsplan for rusfeltet høsten 2007. Planen strakk seg over perioden 2007 til 2012 (Helse- og omsorgsdepartementet, 2008). I planen beskrives svikt på kapasitet, tilgjengelighet, samhandling, brukermedvirkning og ivaretagelse av barn og pårørende.

Da regjeringen Solberg (Høyre og Fremskrittspartiet) tiltrådte i den 16. oktober 2013 hadde de utarbeidet en politisk plattform sammen med samarbeidspartiene Kristelig Folkeparti og Venstre. I Sundvolden plattformen ble rus og psykisk helse viet særskilt oppmerksomhet. Blant annet slås det fast at regjeringen vil etablere en opptrappingsplan for rusfeltet (Politisk plattform - Sundvolden plattformen, 2013).

I 2016 fikk den nye opptrappingsplanen for rusfeltet sin proposisjon til Stortinget. Regjeringen foreslår i proposisjonen å øke bevilgningen til rusfeltet med 2,4 milliarder kroner for perioden 2016 – 2020 (Prop 15 s, 2015-2016).

Til sammen er det bevilget over 30 milliarder kroner til styrking av rus og psykisk helsefeltet de siste tretti årene. Det har vært en bred politisk enighet om disse satsingene. Med unntak av Miljøpartiet De Grønne, har alle partiene som er representert på stortinget vært i regjeringsposisjon i løpet av denne perioden, og dermed hatt ansvaret for å følge opp en eller flere av disse satsingene.

Dagens opptrappingsplan må sees i sammenheng med samhandlingsreformen (Meld. St. nr. 47 (2008 - 2009), 2009). Den ble iverksatt 1. januar 2012. Med denne reformen ble ansvaret for



flere helsetjenester flyttet fra spesialisthelsetjenesten og ut i kommunene. Virkemidlene som ble innført med reformen var kommunal betaling for utskrivningsklare pasienter. Kommunal medfinansiering av behandling i spesialisthelsetjenesten, og plikt til å innføre et kommunalt øyeblikkelig hjelp døgn tilbud. Kommunal medfinansiering av behandling i spesialisthelsetjenesten ble avvirket i 2015.

En vanlig misforståelse var at samhandlingsreformen ikke gjaldt for rus- og psykisk helsefeltet. Misforståelsen bygde på det faktum at de økonomiske incitamentene og sanksjonene som ble innført, ikke gjaldt for pasienter med rus- eller psykisk helseproblematikk. Intensjonene i reformen har imidlertid vært de samme også for rus- og psykisk helsefeltet. En forskyvning av ansvaret for flere helsetjenester fra spesialisthelsetjenesten til kommunene. Stortingsmelding nr. 47 (2008-2009) nevner helt eksplisitt at kommunene skal få nye oppgaver på rus og psykisk helse området. Med opptrappingsplanen på rusfeltet blir rus- og psykisk helsefeltet likestilt med somatikken. Fra 1. januar fikk kommunen plikt til å ha et øyeblikkelig hjelp døgn tilbud for disse pasientgruppene. Det signaliseres videre at kommunal betaling for utskrivningsklare pasienter fra spesialisthelsetjenesten vil bli innført i 2018 for pasienter med psykisk helse og rus problematikk (Prop 15 s, 2015-2016).

Oppsummert ser bildet slik ut ved inngangen til 2017:

Kommunene har i løpet av de to siste årene fått styrket sine økonomiske rammer med 750 millioner kroner. Denne økningen er ment å styrke tjenestetilbudet på rus- og psykisk helsefeltet (Prop 15 s, 2015-2016). I tillegg er det gitt to øremerkede tilskuddsbevilgninger på til sammen kr. 693 millioner kroner (Helsedirektoratet, 2017b). Videre er det gjort endringer i forskrift til Lov om kommunale helse- og omsorgstjenester. Kommunene skal sørge for et tilbud om døgnopphold for personer med rus- og psykisk helseproblematikk hvis de har behov for øyeblikkelig hjelp (Forskrift om kommunenes plikt til å sørge for øyeblikkelig hjelp døgn tilbud, 2017). Det er også signalisert at det blir innført kommunal egenbetaling for utskrivningsklare pasienter med virkning fra januar 2018 (Prop 15 s, 2015-2016). Regjeringen har videre signalisert at det kommer lovendringer som innebærer at det blir innført krav om at alle kommuner innen 2020 skal ha psykolog kompetanse i sine helse- og omsorgstjenester (Prop 15 s, 2015-2016).

Opptrappingsplanen av 2016 skiller seg fra de tidligere satsinger på rus- og psykisk helsefeltet på et vesentlig punkt. Ved tidligere satsinger innenfor feltet har det i stor grad fulgt med

øremerkede midler. Denne gangen har staten valgt å legge pengene i rammeoverføringen til kommunene. Dette er frie midler og betyr at kommunene selv fritt kan velge hvordan disse benyttes. Satt på spissen, hvis kommunen velger å prioritere veivedlikehold har staten ingen direkte sanksjonsmuligheter på dette.

Tradisjonelt har vi delt politisk ståsted på en høyre – venstre akse i norsk politikk. Men også spørsmålet om statlig styring versus kommunalt selvstyre, har vært en dimensjon i den offentlige debatten siden formannskapslovene ble vedtatt i 1837. Dagens regjering legger i opptrappingsplanen til grunn en stor tro på kommunes evner til selv å prioritere og løse de utfordringer som er på feltet:

Dagens kommunale utgifter knyttet til rusfeltet dekkes i hovedsak gjennom inntektssystemet til kommunesektoren, og en videre satsing gjennom kommunenes frie inntekter bidrar til forenkling og forutsigbarhet for kommunene. Frie inntekter stimulerer også til effektiv ressursutnyttelse i tråd med lokale behov, slik at kommunene kan se sine velferdsoppgaver i sammenheng, herunder integrere det kommunale rusarbeidet i det ordinære tjenesteapparatet (Prop 15 s, 2015-2016, s. 66).

Imidlertid er ikke regjeringen helt sikker. Det signaliseres også at det finnes et ris bak speilet:

Dersom resultatrapporteringen viser manglende oppfølging i kommunene, vil regjeringen vurdere å ta i bruk sterkere virkemidler. Departementet vil gjennom etablerte rapporteringsordninger følge nøye med på utviklingen i sektoren, og på om kommunene følger opp regjeringens satsing med tiltak innenfor rusområdet (Prop 15 s, 2015-2016, s. 66).

Resultatrapporteringen det henvises til i stortingsproposisjonen, er når det gjelder kvantifiserbare størrelser i hovedsak basert på utviklingen i antall årsverk på feltet (Ose & Kaspersen, 2015). På nasjonalt nivå vil dette kunne gi mening. Går vi ned på den enkelte kommune er det mere problematisk. Det er i utgangspunktet store forskjeller mellom kommunenes bemanningsfaktor på rus- og psykisk helsefeltet. Er det da rimelig å forvente at alle kommuner skal ha en vekst på feltet?

## Teoretisk Forankring

Jeg vil i mine tolkninger av resultater ta utgangspunkt i ulike perspektiver.

Prinsipal-agent teori som har sitt utspring i økonomisk teori. Borgereffektivitet versus systemeffektivitet som er begreper som brukes for å beskrive ulike perspektiver gjerne knyttet til kommune størrelse. Bailouteffekten som beskriver en type strategiske spill som kan utfolde seg mellom stat og kommune. Den sektoriserede stat versus kommunen, som er et perspektiv på ulike at stat og kommune har utviklet ulike organisasjonsmodeller. Rådmannsvelde versus politisk styring versus interkommunalt samarbeid, som er mitt forsøk på å beskrive ulike typer styringsstrukturer og utfordring knyttet til ulike former for samarbeid mellom kommunene.

### Prinipal-agent-teori.

Teorien er en mikroøkonomisk tilnærming og er ment å gi innsikt og forståelse til hvordan offentlig sektor fungerer. Den har et normativt utgangspunkt hvor en forutsetter at aktørene, prinsipal og agent, handler ut fra en målsetting om maksimal fortjeneste. Modellen kan brukes på forholdet mellom den sentrale administrative ledelsen i kommunen og ansatte i tjenestene. Hvor prinsipalen (ledelsen) har ansvar for å nå de oppsatte mål og agenten (ansatte i tjenesten) er redskapet for å nå målene. Det er ikke uten videre gitt at de to har sammenfallende interesser. Et eksempel innenfor våre tjenester kan være at en terapeut i tjenesten vil være mere opptatt av å forfølge sine personlige faglige interesser, da dette vil gi en høyere status blant kolleger. Dette kan være lite i samsvar med hva ledelsen ønsker å prioritere. Teorien kan også brukes på forholdet mellom stat og kommune (Opstad, 2013, s.267). Kommunen utfører oppgaver på vegne av staten. For å styre kommunene legger staten mange føringer i form av satsinger, nasjonale standarder, retningslinjer, økonomiske virkemidler og ikke minst lovverk. Staten er organisert i ulike fagdepartement og direktorat. Noe av kritikken har gått på at den fragmenterte stat til tider gir ulike og til dels fragmenterte styringssignaler overfor kommunene. Det er derfor ikke uten videre gitt at når Helse- og omsorgsdepartementet gir sine styringssignaler om en opptrapping på rusfeltet, at dette samsvarer med hvilke styringssignaler Kommunal- og moderniseringsdepartementet gir. I dette perspektivet kan en hevde at kommunene må forholde seg til mange prinsipaler. Spørsmålet blir hvor stor gjennomslagskraft prinsipalen som ønsker å gjennomføre en opptrappingsplan på rusfeltet har.

## **Borgereffektivitet versus Systemeffektivitet**

Forskning på effekter av kommunestørrelse har ofte tatt utgangspunkt i å se på to forhold.

Systemeffektivitet, som måler hvor effektiv tjenesteytingen er, det vil si kommunens evne til å produsere tjenester av en god kvalitet til en forsvarlig pris. Det andre forholdet, borgereffektivitet, beskriver i hvilken grad innbyggerne gis mulighet til innflytelse og politisk deltakelse. Lassen og Serritzlew som forsket på effekten av struktur reformen i Danmark i 2007 fant at det er en tendens til at store kommuner skårer best på systemeffektivitet. De fant videre at det er en tendens at små kommuner har best skåre på borgereffektivitet (Lassen & Serritzlew, 2011).

## **Bailouteffekten**

Bailouteffekten er også hentet fra økonomisk teori. Begrepet viser til mekanismer og strategiske spill som kan iverksettes i en situasjon hvor det er mulig å øke utgifter og la andre ta regningen (Opstad, 2013). Et godt eksempel fra vår hjemlige sfære var bankkrisen på slutten av 1980 og begynnelsen av 1990 tallet. Bankene var i en situasjon hvor de måtte ta store tap på sin utlånsvirksomhet og sto i fare for å gå konkurs. Det hele endte med at Staten gikk inn og bidro med ny kapital for å sikre bankvesenet (Statistisk sentralbyrå, 1999). Også mellom Stat og kommunene ligger forholdene til rette for strategiske spill av denne typen. Kommunale inntekter er i stor grad sentralisert, i den betydning at det er overføringene fra staten og skatte øret som også bestemmes sentralt som danner grunnlaget for kommunens inntekter. Når det gjelder utgiftssiden er disse i langt større grad desentralisert. Det er kommunene som langt på vei bestemmer innretning og dimensjonering av sine tjenester. Et eksempel på Bailout spill i vår sektor vil kunne være følgende scenario: En psykisk syk mann blir akutt mye sykere og får behov for mere tjenester. Velger kommunen å ignorere dette eller ikke sette inn tilstrekkelig ressurser, vil mannen kunne få forverret sin helsesituasjon inntil et punkt hvor innleggelse i døgnpost i spesialisthelsetjenesten blir nødvendig. I et økonomisk perspektiv har kommunen spart penger og veltet utgiftene over på noen andre. Bailoutspillet kan selvfølgelig foregå begge veier. Nedleggelse eller reduksjon av døgnposter i spesialisthelsetjenesten medfører med stor sannsynlighet at presset på de kommunale helse- og omsorgstjenestene øker. Også dette kan i et økonomisk perspektiv forstås som et Bailoutspill.

Også når det gjelder øremerkede tilskudd fra staten vil denne type spill kunne utfolde seg. Jeg har tidligere nevnt at det i opptrappingsplanen ligger øremerkede midler som kommunene kan

søke på. Disse er ment å gå til stillinger for å styrke de kommunale tjenestene på feltet. Som jeg senere skal vise ligger det noen utfordringer i å måle kommunenes aktivitet på feltet. Det kan derfor være fare for at kommunen søker øremerkede tilskudd, og benytter midlene til stillinger de selv ville dekket i den ordinære driften.

### **Den sektoriserede stat versus kommunen**

Vår velferdsmodell bygger i hovedsak på en statlig vedtatt, og kommunalt iverksatt velferdspolitik (Esping-Andersen, 1990). Opptappingsplanene og satsingen på psykisk helse og rusfeltet de siste årene føyer seg godt inn i dette mønsteret. Staten vedtar, og kommunene må gjøre jobben. Det er ikke bare innenfor psykisk helse og rusfeltet det har vært satsinger i denne perioden. Samtidig er det de ulike departement som utarbeider de ulike satsinger. Eksempler på dette er «vår egen» opptappingsplan, som er forankret i Helse og omsorgsdepartementet (Prop 15 s, 2015-2016). Mens satsinger på andre områder vil være forankret i sine respektive fagdepartementer.

Fimreite, Tranvik, Selle og Flo gir i sin artikkel «Når sektorbandene slites» en analyse av de utfordringene den norske velferdsmodellen står overfor. I artikkelen belyser de at kommunene for en stor grad har gått fra en sektororganisering til andre typer spesialiseringsprinsipp. Staten på sin side har fortsatt en sterk sektororganisering. Dette medfører et styringsproblem mellom stat og kommune. I artikkelen hevder de at for å kompensere for dette har staten tydd til andre styringsmidler i form av direkte pålegg, rettighetsfastsetting og innføring av minstestandarder (Fimreite, Tranvik, Selle, & Flo, 2007). Innenfor våre tjenester vil for eksempel innføring av lovkrav om psykologkompetanse være et eksempel på et tiltak som griper rett inn i statens forsøk på sterkere styring av kommunen.

### **Rådmannsvelde versus politisk styring versus interkommunalt samarbeid**

Forholdet mellom administrasjon og politisk ledelse har vært et tema som ofte er gjenstand for analyser og drøftinger. Begrepet rådmannsvelde henspiller på frykten om at politikerne ikke er i stand til å styre et stadig mere omfattende og mektig byråkrati. I bunnen av dette ligger en grunnleggende forutsetning om at det foreligger systematiske interesse forskjeller mellom politikere og administrasjon (Jacobsen, 2006). En slik grunnleggende forutsetning harmonerer godt med Principal-Agent teorien om at de ulike aktørene agerer ut fra en målsetting om

maksimal fortjeneste for seg selv. Overført, administrasjonen ønsker ekspansive budsjetter for å få mest mulig ressurser som de kan bruke til ting de ønsker å prioritere. Jacobsen som i sin studie undersøkte 30 sørlandskommuner fant at det i liten grad forholdt seg slik (Jacobsen, 2006). Han fant i sin studie at politikerne er langt mere ekspansive i sin budsjettering enn de administrative lederne. Han advarer videre mot å betrakte både administrative ledere og politikere som homogene grupper. Et annet interessant poeng i studien er at jo mere sentral posisjon man har i organisasjonen, det være seg politisk eller administrativt, jo mere restriktiv blir man.

I takt med at kommunenes oppgaver er blitt flere og mer komplekse, har også ulike former for interkommunalt samarbeid vokst frem (Jacobsen, 2012). Det går et viktig skille mellom uformelle samarbeidsformer og mere formalisert samarbeid som er regulert i kommunelovens §§ 27 og 28. De uformelle samarbeidsformene kan være å opprette ulike fora for utveksling av erfaringer og diskusjonsfora for utvikling av tjenester. De formelle samarbeidsformene som er lovregulert innbefatter blant annet overføring av tjenester til en vertskommune og interkommunale selskaper. I sin artikkel Interkommunalt samarbeid – viktig og uoversiktlig, viser Jacobsen (2012) til at jo mere formalisert et interkommunalt samarbeid er på et område, jo mindre vil den politiske og administrative ledelsen ha direkte styringsmuligheter med virksomheten.

### Ouchis styringsmodell

Det siste perspektivet er hentet fra organisasjonsteorien. Ouchis styringsmodell tar utgangspunkt i tre mekanismer for å styre organisasjoner: «market, bureaucracies and clans» (Ouchi, 1979, s. 833). I norsk språkdrakt og til våre organisasjoner i stat og kommune vil følgende begreper passe bedre: Målstyring, regelstyring og profesjonsstyring.

I følge Ouchis modell vil kunnskap om resultatmål og kausalkunnskap om midlene vi bruker for å nå målene, være avgjørende for valg av hvilke styringsmekanismer en bør bruke. Resultatmål for en virksomhet kan være mer eller mindre klare (Ouchi, 1979). I kommunal sammenheng kan det for teknisk sektor kunne formuleres klare resultatmål på noen områder av typen: mest mulig asfaltert vei for x antall kroner. I psykisk helse og rusarbeid kan det være vanskeligere definere klare resultatmål.

Kausalkunnskap er kunnskap om sammenhengen mellom innsats (årsak) og resultat (virkning) (Ouchi, 1979). Kausalkunnskapen vil også variere fra virksomhet til virksomhet i kommunal tjenesteproduksjon. Til tross for mye forskning rundt ulike terapeutiske tilnærminger. Kunnskap

om at ulike sosiale forhold i pasientens liv innvirker på behandlingen, og andre elementer i et behandlingsforløp innvirker på behandlingsresultatet. Vil det vel være lite kontroversielt å komme med påstanden om at vi ikke kan forutsi et behandlingsresultat på individ nivå. Selv om vi på forhånd kjenner innsatsfaktorene i form av behandlingsmetode og mengde. Forhåpentligvis kommer vi ikke dit heller.

Gitt de to variablene kan vi ifølge Ouchi sette opp en firefeltstabell for å analysere en virksomhet og finne den styringsformen som passer for den enkelte virksomhet. Opstad har videreutviklet Ouchis modell, styringsutfordringen kan illustreres som i figur 1 (Opstad, 2013, s. 246).

		Kausalkunnskap	
		Gode	Dårlige
Resultatmål	Klare	Mål og regelstyring	Målstyring
	Uklare	Regelstyring	Profesjonsstyring

*Figur 1. Ouchis modell, videreutviklet av Opstad (Opstad, 2013).*

Gitt mine konklusjoner vedrørende stillingen til psykisk helse og rusfeltet om både uklare resultatmål og dårlig kausalkunnskap havner vi altså i nedre høyre kvadrant. I følge Ouchi vil en da måtte basere seg på profesjonsstyring. Denne type styring baserer seg på at beslutninger om hvordan oppgaven skal løses for en stor del overlates til den enkelte tjenesteyters faglige skjønn og vurderinger (Opstad, 2013).

For å få til en tilfredsstillende profesjonsstyring er en avhengig av at det finnes et felles sett av verdier og normer i gruppen. En sosialisering er derfor nødvendig. Dette kan blant annet oppnås gjennom utdanning og læretid i arbeidsfellesskap. Hvor en både fokuserer på ferdighetstrening men ikke minst det Ouchi kaller «value training and indoctrination» (Ouchi, 1979). Verd å nevne i denne sammenheng er at Ouchi differensierer sitt «clan» begrep. Når denne type sosialisering gjelder yrkesgrupper som jobber på ulike arbeidsteder opererer han med et profesjonsbegrep, gjelder sosialiseringen for alle innbyggerne i en politisk enhet som en nasjon eller kommune, opererer Ouchi med begrepet kultur.

## Metode

### Design

I mye av forskningslitteraturen skilles det mellom deskriptive- og korrelasjon studiedesign.

Deskriptive studier søker å beskrive og dokumentere ulike forhold knyttet til en situasjon eller fenomen. Mens korrelasjons studier søker å påvise sammenhenger mellom ulike variabler.

Denne studien har tatt utgangspunkt i et deskriptivt design. Jeg tar sikte på å beskrive og dokumentere i hvilken grad kommunene innretter sin virksomhet og aktiviteter, i henhold til gjeldende statlige føringer på rus og psykisk helsefeltet. Jeg prøver også å undersøke om det er ulike egenskaper og kjennetegn ved kommunene som korrelerer med i hvilken grad de retter seg etter de statlige føringene på feltet. Derfor våger jeg påstanden om at jeg også har elementer av et korrelasjons design i min studie. Polit og Beck (2014) har i sitt kapittel om kvantitative studier en kort gjennomgang av det de kaller «a descriptive correlational study» (Polit & Beck, 2014). Et slikt studiedesign kan benyttes når en skal søke å beskrive sammenhenger uten å kunne trekke konklusjoner om kausalitet.

### Datamateriale

Datamaterialet som benyttes i studien er følgende:

- a) Kommunenes budsjetter for 2017
- b) Kommunenes økonomiplaner/handlingsprogram for perioden 2017-2020
- c) Kommunenes hjemmesider, oversikt over politisk sammensetning av kommunestyre, partitilhørighet til ordfører og varaordfører mv. (politisk lojalitet)
- d) Statistikkbanken (ssb.no) Folkemengde, sysselsatte i kommunal sektor og driftsutgifter til personer med rusproblemer
- e) Oversikt over tildeling av tilskuddsmidler kommunalt rusarbeid 2016 (Fylkesmannen i Aust-Agder og Vest-Agder)
- f) Oversikt over tildeling av tilskuddsmidler, arbeid med personer med langvarige og sammensatte behov 2016 (Fylkesmannen i Aust-Agder og Vest-Agder)
- g) Årsverksdata 2015, vedlegg SINTEF rapport. (Ose & Kaspersen, 2015)
- h) Årsverksdata 2016, vedlegg SINTEF rapport. (Ose & Kaspersen, 2016)

Kommunenes handlingsprogram og budsjetter er innhentet gjennom søk på kommunenes hjemmesider. Der disse ikke var å finne på hjemmesiden ble det sendt forespørsel om innsyn til kommunenes postmottak.



Oversikt over tildelte tilskuddsmidler er hentet fra mitt arbeidssted, Fylkesmannen i Aust-Agder og Vest-Agder.

## Utvalg

Utvalget er alle kommunene i Aust-Agder og Vest-Agder. Dette innebærer et utvalg på 30 kommuner som varierer både i størrelse, geografi, organisering og by- og landkommuner. På mange måter gir de et rimelig godt tverrsnitt av hvordan bildet av kommune Norge ser ut i dag.

Utvalget er delt inn i følgende kategorier.

Region: Knutepunkt Sørlandet (n=7), Lindesnesregionen (n=5), Listerregionen (n=6), Setesdalsregionen (n=4) og Østre Agder (n=8).

Lojalitet: Politisk lojalitet til regjeringen er basert på i hvilken grad det politiske flertallet i kommunen og kommunes politiske ledelse samsvarer med det politiske flertallet på stortinget.

Har Høyre (H), Fremskrittspartiet (FrP), Kristelig Folkeparti (KRF), og Venstre (V) til sammen flertall i kommunestyret? Ja=2, Nei=0.

Representerer ordføreren i kommunen H, FrP, KRF eller V? Ja=2, Nei=0.

Representerer varaordfører i kommune H, FrP, KRF eller V? Ja=1, Nei=0.

Utvalget er utfra skåre gruppert på følgende måte. Skåre 0 = Ingen lojalitet (n=8), skåre 1 og 2 = lav lojalitet (n=7), skåre 3 = middels lojalitet (n=7) og skåre 4 og 5 = høy lojalitet (n=8)

Størrelse: Små kommuner (n=12) < 2500 innbyggere, mellomstore kommuner (n=11) mellom 2500 og 10 000 innbyggere og store kommuner (n=7) med mere enn 10 000 innbyggere.

## Variabler

Kommunene er blitt målt på følgende variabler:

Sensitivitet. I denne variabelen søker jeg å identifisere om kommunen i sine budsjetter og handlingsplaner har identifisert og adressert sentrale statlige føringer på området. Sensitivitet for statlige føringer er beregnet ved å summere følgende egenskaper i kommunenes økonomiplaner og handlingsprogram:

Er opptrappingsplanen nevnt?

Eks.: *"For 2017 er 300 mill. kroner av veksten i de frie inntektene til kommunene begrunnet med økt satsing på rusfeltet."* (Grimstad kommune, 2016).

Fremkommer beløpet som kommunen får i økning i rammen som følge av opptrappingsplanen?

Eks.: *"For Grimstad kommune sin del utgjør dette 1,19 mill. kroner som er tillagt sosialtjenestens budsjett for 2017."* (Grimstad kommune, 2016).

Er kommunens nye plikter knyttet til øyeblikkelig hjelp beskrevet?

Eks.: *"Regjeringen har varslet at det kommunale tilbudet om øyeblikkelig hjelp døgnopphold også skal omfatte brukere med psykisk helse og rusproblematikk fra 2017."* (Kristiansand kommune, 2016).

Er signalene om krav til psykologkompetanse i kommunen innen 2020 beskrevet?

Eks.: *"Det vil sannsynligvis komme krav om psykologkompetanse i kommunen fra 2020."* (Lyngdal kommune, 2016).

Er kommunal betaling for utskrivningsklare pasienter med rus eller psykisk helseproblematikk nevnt?

Eks.: *"Regjeringen vil innføre betalingsplikt for utskrivningsklare pasienter i psykisk helsevern og tverrfaglig spesialisert rusbehandling."* (Marnardal kommune, 2017).

Maks skåre på politisk sensitivitet er 5 hvor «ja»=1, «nei»=0.

Styring. Denne variabelen gir indikasjoner på i hvilken grad det fremgår av dokumentene at det på rus- og psykisk helseområdet er gjort et oversiktsarbeid. At spesielle problemområder er identifisert. At det foreligger planer for å iverksette tiltak og at det er satt av økonomiske ressurser til å iverksette dette. Dette er elementer som er viktige i en forsvarlig styring av tjenestene.

Styringsvariabelen er beregnet ved å summere på følgende egenskaper i kommunenes økonomiplaner og handlingsprogram:

Er rus og psykisk helsetjenestene beskrevet?

Eks.: *"Enhetens ansvarsområder er habiliteringstjenester til barn og voksne personer med nedsatt funksjonsevne, psykisk helsearbeid og oppfølgingstjenester til rusavhengige."* (Søgne kommune, 2016).

Finnes det en redegjørelse for disse tjenestenes aktivitet?

Eks.: *"Deltar aktivt i forhold til psykisk helse i skolen ved å tilby og gjennomføre kurs i psykologisk førstehjelp for 5. og 8.klasse"* (Flekkefjord kommune, 2016).

Er det gjort en analyse av om kommunen har noen særlige utfordringer på området?

Eks.: *"Fortsatt er det flere innbyggere som er vanskeligstilt på boligmarkedet, både når det gjelder å skaffe seg bolig, og å bevare et godt boforhold over tid. Gruppen med størst problemer er enslige som har utfordringer når det gjelder psykisk helse eller rusmiddelavhengighet."* (Kristiansand kommune, 2016).

Er det beskrevet aktiviteter knyttet til oversikt eller kartleggingsarbeid på området?

Eks.: *"Ungdata undersøkelse fra 2014, 2016 og T-2, indikerer en økning i psykiske helseutfordringer"* (Kristiansand kommune, 2016).

Er det beskrevet områder på feltet hvor en ønsker å satse særskilt?

Eks.: *"Bygge bemannede boliger for personer med rusproblemer"* (Grimstad kommune, 2016).

Er det synliggjort økonomiske prioriteringer knyttet til rus og psykisk helsefeltet?

Eks.: *"Enhet Funksjonshemmede foreslår styrket med 3,68 mill. kroner, og tiltakene er: • 2 årsverk Post 4 - oppbemanning pga. utfordringer knyttet til omgjøring korttidsplasser og endring i brukergruppe (rus)"* (Arendal kommune, 2016).

Maks skåre på styring er 6 hvor «ja»=1, «nei»=0.

Årsverk rus og psykisk helse pr. 10 000 innbyggere. Data er hentet fra kommunenes egenrapportering (Ose & Kaspersen, 2016).

Andel årsverk rus og psykisk helse. Er beregnet ved å dele rapporterte årsverk på totalt antall avtalte årsverk i kommunene (Ose & Kaspersen, 2016) (Statistisk Sentralbyrå, 2017a).

## Statistisk signifikans – ikke statistisk signifikans

Statistisk signifikans testing gir bare mening når en ut fra et utvalg har som ambisjon å si noe om hele populasjonen. I min studie er ikke utvalget trukket tilfeldig og representerer derfor ikke et representativt utvalg. Jeg kan derfor ikke trekke bastante slutninger om at de funn jeg gjør vil gjelde hele populasjonen, som er alle kommunene i Norge. Utvalget er lite, det betyr at forskjellene mellom kommunegruppene må være store for at jeg skal få statistisk signifikante forskjeller. Når jeg likevel velger å teste for signifikans er det for teste om de forskjeller jeg finner mellom de ulike kommunegruppene er sterke eller svake. Rent praktisk vil dette få betydning for den praktiske anvendelsen av de funn jeg gjør.

I mitt daglige virke har jeg oppgaver knyttet til oppfølging av alle kommunene i utvalget. De funn jeg gjør kan derfor brukes direkte inn mot den enkelte kommune. Der jeg finner statistisk signifikante forskjeller kan dette brukes som en markør for at dette er forhold som bør vurderes for nærmere undersøkelser også andre steder i landet eller på nasjonalt nivå.

## Dataanalyse

Kommunenes budsjett og handlingsprogram dokumenter, til sammen 2 692 sider er konvertert fra PDF filer til Word filer. Dette for å gjøre dem lettere søk- og redigerbare. Det ble så søkt gjennom dokumentene for å finne avsnitt som inneholdt begrepene «psykisk», «psykolog», eller «rus». Alle avsnitt med disse frasene ble kopiert til Excel regneark for analyse, koding til kvantitative verdier og kategorisering.

Materialet ble analysert ved hjelp av statistikkprogrammet SPSS. Cronbachs alpha ble brukt som et mål på indre konsistens på de underliggende leddene jeg hadde valgt for å måle sensitivitet for statlige føringer. Det samme ble gjort for å måle kommunens styring av feltet. Analyser av data på gruppenivå ble gjort ved hjelp av Kruskal-Wallis' Test som et ikke-parametrisk alternativ til enveis ANOVA. Dette ble gjort fordi utvalget var lavt. (N=30) og data fra undersøkelsen ikke innfridde forutsetningene om normalfordeling og like varianser.

## Etikk

Det er ikke søkt om godkjenning for studien. Alle data i studien er hentet fra offentlige tilgjengelig kilder. Det gjøres oppmerksom på at artikkelforfatter er ansatt hos Fylkesmannen i Aust- Agder og Vest-Agder. Fylkesmannen har tildelingsmyndighet og oppfølgingsansvar på tilskuddsordninger som er en del av datagrunnlaget i denne studien.

## Resultater

### Konsistens på underliggende ledd

På variabelen Sensitivitet, kommunens sensitivitet for statlige føringer, ga reliabilitetsanalysen en Cronbachs alpha på .693 dvs. en lav indre konsistens på de underliggende leddene i skjemaet. Hva som vurderes som et tilfredsstillende nivå på indre konsistens varierer. Lærd statistics anbefaler en Cronbachs alpha på .7 eller høyere. (LaerdStatistics, 2015) Ved å fjerne leddet for krav om psykologkompetanse innen 2020 kunne en ha oppnådd akseptabel indre konsistens. En valgte å bruke alle de underliggende leddene i de videre analysene da verdien lå så tett opp til anbefalt verdi.

På variabelen Styring, kommunens styring av feltet, fant jeg at det var en akseptabel indre validitet på de underliggende leddene med en Cronbachs alpha på .78

### Styring

I materialet som helhet var det en stor relativ spredning i kommunenes skåre på variabelen Styring. (SD=66.2%  $\mu = 3.03$ ) Skårefordelingen var: laveste verdi «0» = 2 (6.7%), verdi «1» = 2 (6.7%), verdi 2=9 (30.0%), verdi 3=2 (6.7%), verdi 4=6 (20%), verdi 5=4 (13.3%) og verdi 6=5 (16.7%).

### Sensitivitet

Også på variabelen Sensitivitet var relativ spredning høy. (SD 55.1%,  $\mu = 2.7$ ) Skårefordelingen var: laveste verdi «0» = 4 (13.3%), verdi «1» = 2 (6.7%), verdi 2=6 (20%), verdi 3=8 (26.7%), verdi 4=7 (23.3%), og verdi 5=3 (10%).

Lavest relativ spredning var det på variablene Årsverk rus og psykisk helse pr. 10 000 innbyggere (SD = 36.8%,  $\mu = 27.5$ ) og Andel årsverk rus og psykisk helse (SD=38.6%,  $\mu = 2.98$ )

### Regionsvise forskjeller

På gruppenivå Region viste Kruskal-Wallis test kun signifikante forskjeller i gjennomsnittlig skåre mellom de ulike regionene på parameter sensitivitet.  $\chi^2(4)=16.131, p=.003$ . Knutepunkt

Sørlandet  $M=3.86$ , Lindesnes  $M=3.8$ , Lister  $M=3.0$ , Østre Agder  $M=1.75$ , og Setesdal  $M=0.75$ .

Det gjort parvise sammenligninger mellom de ulike regionene med Dunn`s (1964) prosedyre og Bonferroni korreksjon for multiple sammenligninger. Justerte  $p$  verdier presenteres. Denne post hoc analysen viste at det var signifikante parvise forskjeller mellom regionene Østre Agder og Knutepunkt Sørlandet ( $p=.040$ ) og Setesdal og Knutepunkt Sørlandet ( $p=.027$ ) på sensitivitet for statlig styring. Det var ikke statistisk signifikante forskjeller mellom noen av de andre gruppene.

### Politisk lojalitet

På gruppenivå Politisk lojalitet viste Kruskal-Wallis test også kun signifikante forskjeller i gjennomsnittlig skåre på parameter Sensitivitet  $\chi^2(3)=10.136$ ,  $p=.017$ . Ingen lojalitet  $M=1.63$ , lav lojalitet  $M=2.14$  og middels lojalitet  $M=3.57$  og høy lojalitet  $M=3.5$ .

Også her ble det gjort parvise sammenligninger mellom gruppene med Dunn`s (1964) prosedyre og Bonferroni korreksjon for multiple sammenligninger. Denne post hoc analysen viste ingen signifikante parvise forskjeller.

### Kommunestørrelse

På gruppenivå Kommunestørrelse viste Kruskal-Wallis test signifikante forskjeller i gjennomsnittlig skåre på parameter Sensitivitet  $\chi^2(2)=9.183$ ,  $p=.010$ . Liten  $M=1.75$ , middels  $M=3.00$  og stor  $M=3.86$

Videre ble det gjort parvise sammenligninger mellom de ulike gruppene med Dunn`s (1964) prosedyre og Bonferroni korreksjon for multiple sammenligninger. Justerte  $p$  verdier presenteres. Denne post hoc analysen viste at det var signifikante parvise forskjeller mellom kommunestørrelse liten og kommunestørrelse stor ( $p=.010$ ). Det var ikke statistisk signifikante forskjeller mellom noen av de andre gruppene.

På gruppenivå Kommunestørrelse viste Kruskal-Wallis test også signifikante forskjeller i gjennomsnittlig skåre på parameter Styring  $\chi^2(2)=14.458$ ,  $p<.001$ . Liten  $M=1.75$ , middels  $M=2.91$  og stor  $M=5.43$ .

Videre ble det gjort parvise sammenligninger mellom de ulike gruppene med Dunn`s (1964) prosedyre og Bonferroni korreksjon for multiple sammenligninger. Justerte  $p$  verdier presenteres. Denne

post hoc analysen viste at det var signifikante parvise forskjeller mellom kommunestørrelse liten og kommunestørrelse stor ( $p < .001$ ) og kommunestørrelse Middels og Stor ( $p = .033$ ) Det var ikke signifikante forskjeller mellom kommunestørrelse liten og middels.

På gruppenivå Kommunestørrelse viste Kruskal-Wallis test også signifikante forskjeller i gjennomsnittlig skåre mellom parameter Andel årsverk rus helse  $\chi^2(2) = 7.356, p = .025$ .

Liten  $M = .0252$ , og middels  $M = .0292$  og stor  $M = .0386$

Videre ble det gjort parvise sammenligninger mellom de ulike gruppene med Dunn's (1964) prosedyre og Bonferroni korreksjon for multiple sammenligninger. Justerte  $p$  verdier presenteres.

Denne post hoc analysen viste at det var signifikante parvise forskjeller mellom kommunestørrelse liten og kommunestørrelse stor ( $p = .022$ ) Det var ikke statistisk signifikante forskjeller mellom noen av de andre gruppene.

### Summert skåre for Sensitivitet og Styring

Kommunene ble så inndelt etter samlet skåre på Sensitivitet og Styring for videre analyse. Lav skåre 0-4 ( $n = 9$ ), middels skåre 5-7 ( $n = 10$ ) og høy skåre 8-11 ( $n = 11$ ).

Her viste Kruskal-Wallis test signifikante forskjeller i gjennomsnittlig skåre på parameter Andel årsverk rus og psykisk helse  $\chi^2(2) = 7,375, p = .025$ . Lav  $M = .022$ , middels  $M = .032$  og høy  $M = .036$ .

Videre ble det gjort parvise sammenligninger mellom de ulike gruppene med Dunn's (1964) prosedyre og Bonferroni korreksjon for multiple sammenligninger. Justerte  $p$  verdier presenteres.

Denne post hoc analysen viste at det var signifikante parvise forskjeller mellom Høy og Lav skåre ( $p = 0.028$ ). Det var ikke statistisk signifikante forskjeller mellom noen av de andre gruppene.

For samlet skåre Sensitivitet og Styring fant jeg en moderat positiv korrelasjon med kommunestørrelse.  $r = .491, p = .006$

## Diskusjon

I dette kapittelet vil jeg først ha en drøfting av styrker og svakheter ved de data jeg har innhentet og for studien som helhet. Videre vil jeg argumentere for at det er andel årsverk på psykisk helse- og rusfeltet som vil gi det mest korrekte bildet av utviklingen på feltet. Til slutt i kapittelet

kommer drøfting av de enkelte funn i studien sammenholdt med aktuell teori som jeg presenterte i min gjennomgang av teoretisk forankring.

### **Datakvalitet – Validitet – Reliabilitet**

Alle studier er avhengig av korrekte data. En analyse og vurdering av kvalitet, validitet og reliabilitet av de data jeg har samlet inn er derfor på sin plass.

Begrepet datakvalitet gis litt ulikt meningsinnhold i ulike sammenhenger. Jeg vil i likhet med Polit og Beck (2014) bruke en smal definisjon av begrepet i denne sammenhengen (Polit & Beck, 2014). Datakvalitet i denne drøftingen betyr at dataene gjenspeiler de reelle forhold. For å ta et eksempel fra denne studien. Når KOSTRA statistikken viser at det er X antall ansatte i Y kommune så forholder det seg faktisk slik.

Reliabilitet viser til at dataene er konsistente. Det vil si at en vil komme til samme resultat ved gjentatte målinger. Et eksempel fra denne studien vil være at en ved en ny gjennomgang av kommunenes budsjetter og økonomiplaner, vil komme til samme skåre på variablene Styring og Sensitivitet for den enkelte kommune (Polit & Beck, 2014).

Validitet sier noe om dataenes gyldighet. Det vil si om de måler det vi faktisk vil måle. Eksempelvis har jeg i denne studien valgt å la andel årsverk på psykisk helse og rusfeltet være et mål på om kommunene prioriterer feltet (Polit & Beck, 2014).

**Økonomiplaner og budsjetter som informasjonskilde for situasjonen på psykisk helse og rusfeltet**  
Da jeg presenterte denne studien til mine medstudenter tolket jeg reaksjonen fra dem som høflig men skeptisk avventende. Hva hadde dette med psykisk helse og rusfeltet å gjøre? Og hvilken betydning har kommunens budsjetter og økonomiplaner for vårt daglige virke? Var ikke kommunens handlingsplaner på feltet et langt bedre alternativ når jeg skulle dykke ned i psykisk helse og rusfeltet med et byråkratisk perspektiv?

Min erfaring etter snart en mannsalder i ulike tjenester og som ansatt hos fylkesmannen, er at mange gode tiltak blir foreslått i kommunenes handlingsplaner på ulike områder. Videre er min erfaring at de tiltakene som medfører økonomiske konsekvenser, sjeldent ser dagens lys hvis de ikke blir forankret i kommunens økonomiplaner og budsjetter. Satt på spissen, mange fagplaner kan sees på som en god kartlegging av utfordringene kommunen står overfor. Det er brukt godt



funderte faglige argumenter for hvordan utfordringene kan adresseres. Men tiltakene som foreslås blir bare fromme ønsker som i liten grad blir realisert. Kanskje en ide til en ny studie kunne være å se på i hvilken grad tiltak som blir foreslått i kommunes fagplaner, faktisk er blitt gjennomført ved planens utløp på psykisk helse og rusfeltet?

I min gjennomgang av kommunenes budsjetter og økonomiplaner fant jeg store kommunevise forskjeller i oppbyggingen av disse. Uten at jeg skal belegge dette med statistikk, er det slik at det er en tendens til at de større kommunene har mere omfattende dokumenter. Dette kan selvfølgelig spille inn på i hvor stor grad de ulike virksomheter i kommunene blir omtalt og på hvilket detaljnivå. Dette var bakgrunnen for at jeg valgte å la de underliggende leddene på variablene styring og sensitivitet være dikotome. Uansett størrelsen på dokumentet, eller størrelsen på kommunen, vil det etter min vurdering måtte forventes at sentrale styrende dokumenter i budsjett og planleggingsprosesser redegjør for kommunens nye oppgaver. Det bør videre være omtalt hvordan de er tenkt løst og synliggjort hvilke økonomiske konsekvenser dette får for kommunen. Demings sirkel er en kjent modell for å sikre kvalitet og styring i våre tjenester. De fire sentrale elementene i denne modellen er, planlegg, utfør, kontroll og korrigering (Helsedirektoratet, 2004).

Jeg har foretatt tekstanalyser av kommunens styringsdokumenter og kvantifisert mine funn på en styringsvariabel og en sensitivitetsvariabel. Disse variablene består av til sammen elleve underliggende ledd.

De underliggende elementene i variabelen styring gir skåre hvis det fremgår av kommunens dokumenter at spesielle problemområder er identifisert. At det foreligger planer for å iverksette tiltak og at det er satt av økonomiske ressurser til å iverksette dette. Dette er elementer som er viktige i en forsvarlig styring av tjenestene. Disse underliggende elementene gir ikke et uttømmende bilde av hvordan feltet styres. Men vil etter min vurdering gi data av tilfredsstillende validitet på denne variabelen. På de underliggende elementene på variablene har kommune fått skåre hvis de i sine handlingsplaner har identifisert og adressert sentrale statlige føringer på området.

Som det fremgår av eksemplene på utsagn som har gitt skåre, har jeg lagt til grunn en rimelig romslig tolkning. Ved å velge å la de underliggende leddene være dikotome har jeg oppnådd økt

reliabilitet på dataene men mister samtidig muligheten til en bedre differensiering i styrken på disse variablene.

### **Data om årsverk**

I min studie har jeg benyttet data om totalt antall årsverk i kommunene (Statistisk Sentralbyrå, 2017a).

Det har vært et stadig tilbakevendende spørsmål om KOSTRA tallene er til å stole på.

I Riksrevisjonens rapport om det kommunale barnevernet og bruken av statlige virkemidler, påpekes det at det er for lite kunnskap om hva som registreres av tiltak og at enkelte av kategoriene i statistikken ikke er entydige (Andersen & Neegaard, 2012).

En spørre undersøkelse Kommunal Rapport gjorde blant rådmenn, økonomisjefer og ordførere i 2010 viste at de spurte var jevnt over fornøyd med kvaliteten på tallene. Men det ble også advart mot å bruke tallene som sammenligningsgrunnlag mellom kommuner. Det ble henvist til at kommunene fører regnskapene svært forskjellig (Pedersen, 2010 ).

I den innledende planleggingen av min studie vurderte jeg å bruke regnskapstall fra kommunene. Jeg brukte endog frasen «Follow the money» i en presentasjon av studien i den innledende fasen. Jeg fant fort ut at dette ville bli svært vanskelig. Kommunene på Agder har svært ulik praksis når det gjelder føring av budsjetter og regnskap. Jeg har derfor valgt å ikke bruke økonomiske data, men data om årsverk fra KOSTRA rapporteringen. KOSTRA data på totalt antall årsverk i kommunene vil ikke bli påvirket av varierende praksis vedørende føring av budsjetter, regnskap og tiltak.

SINTEF fikk i 2015 oppdraget med hvert år å samle inn årsverkstall for psykisk helse og rusarbeid i kommunene. Dette gjøres gjennom en årlig rapportering fra kommunene IS-24/8 (Ose & Kaspersen, 2016). På grunn av brudd med tidligere tidsserier foreligger det bare sammenlignbare tall for 2015 og 2016. Svarprosenten vedrørende årsverk var for 2015 =97% (Ose & Kaspersen, 2015). I 2016 var det en kommune som ikke hadde levert data, altså en svarprosent på 99,8% (Ose & Kaspersen, 2016).

I SINTEF sin egen drøfting av datakvaliteten fremholdes det at en styrke ved dataene er at rapporteringen i hovedsak utføres av fagfolk i de kommunale tjenestene. Videre mener de at det er en styrke at det som oftest er flere involverte i rapporteringen fra hver kommune.

Ekstremverdier fra enkelt kommuner er blitt kontrollert, ved at det er tatt kontakt med

kommunen og fylkesmannen for enten å korrigere i rapportering eller få verifisert at tallene mest sannsynlig er riktige.

Psykisk helse og rustjenestene i kommunene er på lik linje med andre pleie- omsorgstjenester personellkrevende tjenester. På landsbasis er over 80% av brutto driftsutgifter til pleie- og omsorgstjenesten knyttet opp i lønnskostnader (Statistisk Sentralbyrå, 2017b). På bakgrunn av dette vurderer jeg derfor at årsverksinnsatsen på feltet gir valide data om kommunens utgifter på området. Imidlertid finner jeg ikke at årsverksinnsatsen på feltet alene vil gi valide data om kommunens prioriteringer og satsinger på feltet.

**Andel årsverk, et bedre mål på kommunens prioritering og satsinger på psykisk helse og rusfeltet**  
I min presentasjon av innretningen på opptrappingsplanen viste jeg til Helse- og omsorgsdepartementets proposisjon (Prop 15 s, 2015-2016). Her fremgikk det blant annet at de ville følge med på utviklingen i feltet for å vurdere om innretningen, det vil si om økningen i rammetilskuddet faktisk medfører en styrking av feltet. Dette gjøres gjennom kommunenes rapportering på antall årsverk på feltet hvert år. Denne måten å måle på er et godt eksempel på at den sektoriserede staten møter generalist kommunen (Fimreite et al., 2007).

I stortingsproposisjonen (Prop 15 s, 2015-2016) ble det gitt signaler om at regjeringen vil vurdere å ta i bruk sterkere virkemidler hvis kommunene ikke følger opp regjeringens satsing. Dette kan tolkes som statlige styringsgrep. En slik tolkning vil understøtte hovedbudskapet i artikkelen om at den sektoriserede staten iverksetter andre typer styring i møte med kommune. (Fimreite et al., 2007).

Styrkingen skal brukes på feltet. Derfor blir det ekstra viktig at det defineres gode parametere for hvordan en kan måle satsingen. Kommunenes totale inntekter varierer fra år til år. Dette avhenger av skatteinngang og hvilke rammer som legges i statsbudsjettet. Selv om det er en økning i rammen på et område, i dette tilfellet psykisk helse og rus. Vil ikke det uten videre medføre at kommunens totale inntekter øker. En kan tenke seg en situasjon hvor kommunens totale inntekter reduseres og en må foreta nedskjæringer i drift og investeringer. De valg som gjøres vil også være et uttrykk for kommunens prioriteringer. En kan i dette eksempelet se for seg at kommunen velger enten helt å skjerme psykisk helse og rusfeltet, eller budsjettere med et mindre nedtrekk her enn for andre tjenestene i kommunen. I rapporteringen til departementet, som bare ser sin sektor, vil dette fremstå som enten en reduksjon eller manglende satsing på feltet. Den samme mekanismen vil også gi seg utslag i det motsatte tilfellet. Hvis kommunens

inntekter øker vil det være mulighet for økte driftsutgifter. I en slik situasjon vil dagens rapporteringsregime gi en falsk positiv effekt på rapporteringen. Dreier en i stedet rapporteringen over på å se på andelen ansatte i tjenesten i forhold til totalt ansatte i kommunen, vil dette gi et mere presist mål på kommunens vilje til å følge statens ønske om at det skal satses på feltet. Jeg har derfor valgt å også benytte meg av denne variabelen for å måle kommunenes satsing på feltet.

#### **Oppsummering Datakvalitet – Validitet - Reliabilitet**

Oppsummert er min vurdering at jeg i studien har data av tilfredsstillende kvalitet, validitet og reliabilitet. Kommunens budsjett og økonomiplaner er sentrale styringsdokumenter hvor det må forventes at sentrale føringer som lovpålegg om nye oppgave, beskrivelse av utfordringsbilder og hvordan dette skal adresseres fremgår. Ved å benytte meg av variabler for årsverksinnsats i stedet for økonomiske variabler får jeg en høyere kvalitet på dataene. Variabelen andel årsverksinnsats gir en høyere validitet på studien enn ved å bare bruke årsverksinnsats per innbygger.

#### **Regionsvise forskjeller**

Alle kommunene på Agder har inngått regionsvise samarbeid. Det er noe ulikt fra region til region på hvilke områder det samarbeides, og hvor tett samarbeidet er. Jeg vil her kort gi en oppsummering fra hver region om hvilke samarbeid de presenterer på psykisk helse og rusfeltet. Oversikten er primært basert på det som presenteres på regionens hjemmesider og supplert på noen enkeltpunkter med min kjennskap til regionene.

Lister regionen har et samlet folketall på om lag 36 800 innbyggere og består av kommunene Sirdal, Farsund, Flekkefjord, Hægebostad, Kvinesdal og Lyngdal. Det er på helse- og omsorgsfeltet utarbeidet en regional strategisk plan hvor psykisk helse og rus er et av tre områder som er særlig prioritert i det strategiske samarbeidet i regionen.

Det er utarbeidet en egen handlingsplan for psykisk helse og rus i det regionale samarbeidet. Det er etablert et Fleksibel Assertive Community Treatment (FACT) team i sammen med Distrikts Psykiatrisk Senter Lister (Listerrådet, 2015). FACT team driver behandling etter en modell hvor en gir samtidig og helhetlige tjenester til personer med alvorlige psykiske lidelser (Helsedirektoratet, 2017a).

Lindesnes regionen har et samlet folketall på om lag 25 500 innbyggere består av kommunene Mandal, Marnardal, Audnedal, Åseral og Lindesnes. I regionen samarbeides det om prosjektet Lindesneslosen. Prosjektet arbeider med å forebygge frafalls problematikk i videregående skole (Lindesnesregionen, 2017).

Knutepunkt Sørlandet regionen har et samlet folketall på om lag 137 500 innbyggere og består av kommunene Lillesand, Birkenes, Iveland, Kristiansand, Vennesla, Songdalen og Søgne. Det samarbeides regionalt blant annet om ulike lærings og mestringstilbud innenfor psykisk helse. Fem av kommunene i regionen har et samarbeid om drift av et kommunalt døgntilbud til personer med rusmiddelproblematikk (Knutepunkt Sørlandet, 2015).

Østre Agder regionen har et samlet folketall på om lag 91 800 innbyggere. Regionen består av kommunene Grimstad, Arendal, Froland, Åmli, Vegårshei, Tvedestrand, Risør og Gjerstad. Det er ikke presentert noe regionalt samarbeid på psykisk helse og rusfeltet i denne regionen. Det har vært noen interkommunale prosjekter på feltet mellom enkelte kommuner i regionen (Østre Agder, 2016).

Setesdal regionen har et samlet folketall på om lag 7000 innbyggere består av kommunene Evje og Hornnes, Bygland, Valle og Bykle. Det regionale samarbeidet er forankret i Setesdal regionråd. Det er opprettet en interkommunal helseenhet, Lokal medisinske tjenester Setesdal (LMTS), med Evje og Hornnes som vertskommune. I LMTS samarbeidet er det opprettet en stilling som interkommunal ruskonsulent (Setesdal Regionråd).

Tabell 1.

*Gjennomsnittsverdier på parameterne Sensitivitet, Styring, Årsverk psykisk helse og rus pr. 10 000 innbygger og Andel årsverk psykisk helse og rus fordelt på region.*

<b>Region</b>	Sensitivitet	Styring	Årsverk psykisk helse og rus pr. ti tusen innbygger	Andel årsverk psykisk helse og rus.
Knutepunkt Sørlandet(n=7)	3.86	4.00	27.14	.0348
Lister (n=6)	3.22	2.83	30.33	.0322
Lindesnes (n=5)	3.80	3.00	29.20	.0277
Østre Agder (n=8)	1.75	3.25	22.13	.0273
Setesdal (n=4)	0.75	1.25	32.75	.0246
Total (N=30)	2.70	3.03	27.53	.0298

I denne studien fant jeg statistisk signifikante forskjeller mellom regionene på variabelen Sensitivitet. I de tre vestligste regionene, Knutepunkt Sørlandet, Lister og Lindesnes regionen var gjennomsnittskåren tre eller over tre av en maks skåre på fem. Østre Agder regionen lå noe lavere, mens Setesdal regionen lå betydelig lavere enn de andre regionene. Forskjellen mellom høyeste gjennomsnittskår og laveste gjennomsnittskår var på 3.11 hvor maks er 5.

I tolkning av disse resultatene kunne det være fristende å trekke inn kultur aspektet for Setesdal sitt vedkommende. Er Setesdølene mere egenrådige og mindre villige til å la seg styre av staten enn andre regioner? I følge sagnet var Setesdølene blant de mest hardnakkede motstanderne da reformasjonen ble innført i Norge. Vonde-Åsmund Berg i Valle skal i følge sagnet ha slått i hjel den første Lutherske presten som kom til bygda (Masdalen, 2017). Om dette er tilfellet eller ei skal jeg ikke konkludere. Faktum er i hvert fall at prestekallet i Valle ble stående ledig i mange år i første halvdel av 1500 tallet. Jacob Michelssøn som var prest i Valle i 1551 forteller at grunnen var at «*dy hagde verit saa onde och harde modt deris prester till forn, att der ville ingen did*» (Masdalen, 2017).

Jeg skal imidlertid la kulturaspektet ligge, men i stedet fremheve et annet forhold som kan være av interesse i drøfting av den lave skåren for Setesdalregionen. I tillegg til at regionen bare består av små kommuner, er de også den regionen som synes å ha gått lengst i et formalisert interkommunalt samarbeid på helse området på region nivå. Det er flere andre kommuner i utvalget som har interkommunale samarbeid i form av en vertskommunemodell. Men det er bare i Setesdalregionen at dette omfatter alle kommunene. I LMTS samarbeidet har de opprettet en interkommunal helseenhet med Evje og Hornnes som vertskommune. Som beskrevet i teoridelen om styringsproblemer, vil det i slike samarbeid være en tendens til at økt grad av formalisering gir mindre direkte styringsmuligheter til den politiske og administrative ledelsen (Jacobsen, 2012). I et slikt perspektiv kan en hypotese være at de kommunene som «outsourcer» et tjenesteområde til en vertskommune i mindre grad vil ha et fokus på dette tjenesteområdet. Mine funn i studien kan understøtte en slik hypotese for Setesdalregionen, da Evje og Hornnes som er vertskommunen i samarbeidet, skårer langt bedre på variabelen enn de andre kommunene.

For variabelen Styring var det også store forskjeller mellom regionene. Selv om forskjellene ikke var statistisk signifikante var det også her Knutepunkt Sørlandet som hadde høyest gjennomsnittlig skåre mens Setesdal regionen hadde lavest gjennomsnittlig skåre.

For variabelen Andel årsverk var det mindre forskjeller mellom regionene. Forskjellene var ikke statistisk signifikante. Også her var det Knutepunkt Sørlandet som hadde høyest gjennomsnittlig skåre mens Setesdal regionen hadde lavest gjennomsnittlig skåre.

### Kommunens politiske ledelse

I 2013 ble Sundvolden erklæringen lagt frem som samarbeidsplattformen mellom regjeringspartiene Høyre og Fremskrittspartiet. Avtalen var fremforhandlet med støttepartiene Venstre og Kristelig Folkeparti. Med dette sikret regjeringen Solberg seg et politisk flertall i stortinget (Politisk plattform - Sundvolden plattformen, 2013). Et av områdene det ble signalisert det skulle satses på i Sundvolden erklæringen var psykisk helse og rusfeltet. Høsten 2015 kommer regjeringen med sin opptrappingsplan på rusfeltet, (Prop 15 s, 2015-2016) nå skal kommunene gjøre jobben.

En hypotese kan være at den politiske sammensetningen i kommunes politiske ledelse har betydning for i hvilken grad kommunene følger opp den statlige satsingen. En slik hypotese vil avhenge av minst to forutsetninger. Det må forutsettes at det er en sammenheng mellom hva partipolitikere sentralt og partipolitikere lokalt prioriterer. Det må også være slik at lokalpolitikere har en reell innflytelse i budsjett- og planleggingsprosesser lokalt. Altså at vi ikke har et rådmannsvelde hvor politikerne bare har en formell rolle hvor de innretter seg og strør sand på administrasjonens forslag.

Tabell 2

*Gjennomsnittsverdier på parameterne Sensitivitet, Styring, Årsverk psykisk helse og rus pr. 10 000 innbygger og Andel årsverk psykisk helse og rus fordelt på politisk lojalitet.*

Kategori	Sensitivitet	Styring	Årsverk psykisk helse og rus pr. ti tusen innbygger	Andel årsverk psykisk helse og rus.
Ingen (n=8)	1.63	2.25	28.88	.0261
Lav (n= 7)	2.14	3.00	28.71	.0280
Middels (n=7)	3.57	3.14	25.29	.0308
Høy (n=8)	3.86	3.71	28.43	.0356
Total (N=30)	2.70	3.03	27.53	.0298

## Sensitivitet -Rådmannsvelde versus politisk styring

I sin analyse av samspillet mellom politikere og administrasjon i Sørlandskommunene fant Jacobsen (2006) at partipolitisk tilhørighet hadde mye å si for ståsted i forhold til de større spørsmålene i politikken. Som for eksempel synet på innføring av reformer av typen New Public Management og kommunesammenslåinger. Her var det stort samsvar mellom partipolitisk tilhørighet og ståsted. Imidlertid finner Jacobsen (2007) at partipolitisk tilhørighet har mindre å si for prioritering av ulike saksfelt. Her finner han at det er hvilke områder enn jobber med som er avgjørende. Han hevder at selv om den gamle hovedutvalgsstrukturen er forlatt i mange kommuner, er det fortsatt slik at politikere har en viss grad av spesialisering på ulike saksfelt. Den samme mekanismen gjelder også for administrasjonen. «*Hva du arbeider med, ser også ut til å bestemme hva du vil ha mere penger til.*» (Jacobsen, 2006).

I tråd med disse funnene ville derfor en analyse ut fra en Principal-agent teori være mer fruktbar. Aktørene agerer for å sikre egeninteresser. Det vil si de områdene en jobber med. I et slikt perspektiv vil rollene som Prinsipal og agent bli noe annerledes fordelt en hva jeg beskriver i min gjennomgang av teorien. Politikere som prinsipaler og administrasjonen som agenter. Tar en utgangspunkt i Jacobsens funn vil en kunne beskrive den sentrale politiske ledelse og kommunens sentrale administrasjon (rådmannsnivået) som prinsipaler. Mens mindre sentrale politikere med sine «særområder» og ansatte og mellomledere ute i tjenestene inntar en agent rolle.

I min studie finner jeg ikke det samme som Jacobsen (2007). Kommunene ble inndelt i grupper etter partitilhørighet på kommunens politiske ledelse og politisk flertall i kommunestyret (Lojalitet). Jeg finner at det er en statistisk signifikant forskjell på variabelen Sensitivitet mellom ulike grupper når kommunene er gruppert etter Lojalitet. Kommuner som har en politisk ledelse og et politisk flertall som i stor grad samsvarer med det politiske flertallet på stortinget skårer høyest. Sammenhengen er positiv, i den forstand at lav lojalitet gir lav skåre på Sensitivitet, og høy lojalitet gir høy skåre på Sensitivitet. Forskjellen mellom høyeste gjennomsnittsskår og laveste gjennomsnittsskår var på 1.87 hvor maks er 5.

Den samme tendensen finner jeg også på variablene Styring og Andel årsverk. Selv om forskjellene her ikke er statistisk signifikante trekker de i samme retning. Kommuner med stor politisk lojalitet skårer høyere på Styring av feltet og på Andel årsverk innenfor psykisk helse og rusfeltet.



## Kommunestørrelse

Kommunene ble i studien også gruppert i forhold til kommunestørrelse. Til tross for ivrige forsøk på kommunesammenslåinger fra sentral stat har vi fortsatt 30 kommuner på Agder. De varierer i størrelse fra Kristiansand med sine over 88 000 innbyggere til de minste, Åseral og Bykle med under 1000 innbyggere. Det sier seg selv at det er svært ulike rammer og forutsetninger som ligger til grunn når virksomheter av så ulik størrelse skal innrette driften sin, og levere helse- og velferdstjenester til sine innbyggere.

Også når det gjelder kommunens ledelse og styring vil det være vesentlige forskjeller. Det er åpenbart at det i en stor kommune med flere tusen ansatte vil være andre behov for styring og kontroll enn i en liten kommune med et par hundre ansatte. Psykisk helse og rustjenestene er små tjenester i kommunene. De ansatte i disse tjenestene utgjør i gjennomsnitt 3% av de kommunalt ansatte, i de kommunene som utgjør vårt utvalg. I halvparten av kommunene i utvalget er det rapportert at de har mindre enn ti ansatte i disse tjenestene.

Det var på bakgrunn av dette at det ble valgt dikotome verdier på de underliggende elementene i Styring og Sensitivitet. Uavhengig av «byråkratiske muskler» vil det også for de små kommunene måtte forventes en viss grad av styring og kontroll på dette feltet. Det må også forventes at dette synliggjøres i kommunens styrende dokumenter.

### Tabell 3

*Gjennomsnittsverdier på parameterne Sensitivitet, Styring, Årsverk psykisk helse og rus pr. 10 000 innbygger og Andel årsverk psykisk helse og rus fordelt på kommunestørrelse*

Kategori	Sensitivitet	Styring	Årsverk psykisk helse og rus pr. ti tusen innbygger	Andel årsverk psykisk helse og rus.
Liten (n=12)	1.75	1.75	29.83	.0245
Middels (n=11)	3.00	2.91	25.00	.0292
Stor (n= 7)	3.86	5.43	27.57	.0386
Total (N=30)	2.70	3.03	27.53	.0298

I min studie fant jeg at det var statistisk signifikante forskjeller mellom kommunene når de var gruppert etter størrelse på variabelen Sensitivitet. De små kommunene har den laveste gjennomsnittskåren og de store kommunene den høyeste gjennomsnittskåren. Forskjellen

mellom høyeste gjennomsnittskår og laveste gjennomsnittskår var på 2.1 hvor maks er 5. Forskjellen mellom de store og de mellomstore kommunene var mindre, med en forskjell i gjennomsnittsskåre på 0.86. På denne variabelen er det størst forskjeller mellom de minste kommune og de to andre kommunegruppene.

Også på variabelen Styring fant jeg statistisk signifikante forskjeller når kommunene var gruppert etter størrelse. De små kommunene har den laveste gjennomsnittskåren og de store kommunene den høyeste gjennomsnittskåren. Forskjellen mellom høyeste gjennomsnittskår og laveste gjennomsnittskår var på 3.5 hvor maks er 6. Effektstørrelsen mellom de store og de mellomstore kommunene var også høy, med en forskjell i gjennomsnittsskåre på 2.43. På denne variabelen er det størst forskjeller mellom de største kommunene og de to andre kommunegruppene.

### **Kommunestørrelse, i lys av Ouchis Styringsmodell**

Data for variablene Styring og Sensitivitet er hentet fra kommunes budsjett og økonomiplan dokumenter. En rimelig tolkning av funnene vil være at det er de store kommunenes «byråkratiske muskler» som slår ut i form av mere omfattende styrings dokumenter. Jeg drister meg likevel til å introdusere et annet perspektiv som jeg også finner støtte for i mine funn.

I min presentasjon Ouchis styringsmodell, fastslo jeg at psykisk helse og rusfeltet i en betydelig grad kan sies å befinne seg i nedre høyre styringskvadrant (Ouchi, 1979). Psykisk helse og rusfeltet preges av både uklarhet om resultatmål og kausalkunnskap om midlene som brukes i feltet. I en slik situasjon vil det naturlige valget ifølge Ouchi (1979) være å ta i bruk profesjonsstyring av virksomheten.

I de små kommunene vil det oftere være kortere vei mellom topp og bunn i organisasjonen. I den grad det finnes et mellomledernivå vil dette ofte være personell som også har mye av sin arbeidstid bundet opp i pasient og brukerkontakt. Dette vil kunne gå på bekostning av oppgaver knyttet til administrasjon og ledelse. Utarbeiding av budsjett og økonomiplaner vil dermed i større grad kunne være overlatt til kommunens sentrale ledelse. For rådmannsnivået vil det være enklere å presentere konkrete målsettinger for fagområder som befinner seg i de andre kvadrantene i Ouchis modell. Dette vil resultere i at tjenesten i de små kommunene blir svært autonome. De får gjøre som de vil innenfor tildelte rammer. Men det går på bekostning av en hånd på rattet i viktige prosesser og synliggjøring av feltet når rammene for virksomheten legges.

I de større kommunene derimot, vil en ofte ha mellomledere med kun administrative oppgaver også på tjenestenivå. Disse lederne vil også ha fagkompetanse på feltet. Det vil være lettere for dem å kunne operasjonalisere diffuse resultatmål til et språk som passer inn i økonomiplaner og budsjetter. Dette vil kunne medføre at også de små tjenestene i større grad blir synliggjort i kommunens styrende dokumenter.

### Kommunestørrelse, borgereffektivitet versus systemeffektivitet

Vi har nylig lagt bak oss en periode hvor kommunestruktur har vært ivrig diskutert (Sanner, 2015). Hvordan kommunekartet ser ut om noen år er det vel fortsatt for tidlig å konkludere alt for sikkert om. I Kommuneproposisjonen 2015 er hovedbegrunnelsen for å slå sammen kommuner, at regjeringen ønsker robuste kommuner som kan ivareta rollen som tjenesteyter, samfunnsutvikler og myndighetsutøver på en god måte (Prop. 95 S (2013-2014), 2013). I den politiske debatten har det fra Kommunal- og moderniseringsministeren særlig vært fokusert på at kommunene må bli robuste, les større, for å bli i stand til å levere gode velferdstjenester (Sanner, 2015). Kostnader knyttet til småkommune drift har til nå vært lite kommunisert. I teoridelen av oppgaven lanserte jeg begrepene borgereffektivitet versus systemeffektivitet. Systemeffektivitet er et mål på kommunens evne til å produsere kvalitativt gode tjenester til en forsvarlig pris (Lassen & Serritzlew, 2011). Et vanlig mål på systemeffektivitet er å se på antall kommunalt ansatte per tusen innbygger i en kommune. Bruker en et slikt mål vil små kommuner skåre dårligere på systemeffektivitet enn større kommuner (Kommunenenes sentralforbund, 2015). Imidlertid mister vi en dimensjon ved begrepet systemeffektivitet ved en slik måling. Det er ikke uten videre gitt at et høyt antall ansatte per innbygger, borger for god kvalitet. I våre tjenester vil for eksempel utdanningsnivå på de ansatte i tjenesten, kulturen på arbeidsplassen og andre forhold kunne spille inn. Selv om jeg i denne oppgaven har vist at det ikke er helt uproblematisk å måle kostnadene til våre tjenester, vil det likevel være en enklere oppgave enn å prøve å måle kvaliteten på tjenestene. I et statlig styringsperspektiv vil det derfor ofte være slik at for våre tjenester er det aktivitetsmål av typen antall konsultasjoner, liggedøgn og kommunale årsverk som etterspørres. Mine mål på styring og sensitivitet vil også være parametere som fokuserer på aktivitet, men som i liten grad gjenspeiler kvaliteten i tjenesten.

Borgereffektivitet er det andre begrepet Lassen & Serritzlew (2011) bruker for å vurdere kommunenes effektivitet. Begrepet beskriver i hvilken grad innbyggerne gis mulighet til innflytelse og politisk deltakelse. Her fant de at det er de små kommunene som skårer høyest.

Borgerffektivitet ligger strengt tatt utenfor denne oppgavens tematikk, men jeg kan ikke dy meg for å ta et lite sidespor likevel. En vanlig forståelse av våre brukergrupper er at de er marginalisert, både sosialt og økonomisk, men også politisk (Meld. St. 19 (2014-2015), 2015). I mitt arbeide hos Fylkesmannen inviterte vi oss selv ut til kommunene i fylket. Bestillingen til lederene i tjenesten var at vi ønsket at de skulle presentere et tiltak, prosjekt eller noe annet de var stolte av i sine psykisk helse og rustjenester i kommunen. Vi ønsket også å møte brukerne av tjenesten. Flere kommuner inviterte oss ut, og vi fikk se mange gode eksempler, og treffe mange fornøyde brukere av ulike tiltak. I en mindre kommune på Agder, hadde vi gleden av å besøke et møte- og treffsted hvor det var mulighet for å drive med ulike aktiviteter. Det var også lagt opp til faste møter med ulike tema. Terskelen for å delta var lav. Vi traff flere som kunne fortelle at dette var et av få holdepunkter i tilværelsen. For noen hadde stedet bidratt til å være den trygge basen som gjorde at de våget seg ut i større utfordringer som eksempelvis jobb eller utdanning. Imidlertid var det nærmest opprørsstemning både blant ansatte og brukere av stedet. Kommunens administrasjon hadde besluttet at dette tilbudet skulle flyttes til kommunens sykehjem på grunn av stram økonomi. Vi fikk inntrykk av at de ansatte hadde kjempet med nebb og klør mot denne beslutningen uten å nå frem. Vi som representanter for Fylkesmannen ble spurt om ikke vi kunne gjøre noe, vi skulle jo tross alt passe på kommunene. Det kunne vi jo ikke, men resten av besøket ble bukt til sammen med brukerne reflektere over hva de kunne gjøre for å påvirke beslutningen. Senteret fikk beholde sine lokaliteter, vi ble fortalt i ettertid at brukere av stedet hadde tatt initiativ til å gå direkte til enkelte kommunestyrerepresentanter som de hadde som de hadde en eller annen relasjon til. På den måten klart de å påvirke til at beslutningen ble omgjort. Det er lite statistisk signifikans i en slik historie, men den illustrer at i små kommuner vil de sosiale båndene kunne være tettere og dermed lettere å utøve borgemakt i tråd med Lassen & Serritzlew (2011) sine funn. Historien kan også sees i lys av min drøfting av Ouchis styringsmodell hvor det kan være vanskeligere for ansatte i små kommuner å få innvirkning på rammevilkårene fordi de fleste ressursen er bundet opp i tjenesteproduksjon.

**Kommunestørrelse, årsverk pr. innbygger- og andel årsverk i psykisk helse- og rustjenestene**  
Som jeg tidligere har vist er den vanligste måten å synliggjøre kommunenes innsats på dette feltet å beregne årsverksinnsats per innbygger. Både KOSTRA tallene og SINTEF bruker denne beregningsmåten. De nasjonale tallene vedrørende totalt antall årsverk i kommunene gir et entydig bilde om at de små kommunene har flere ansatte per innbygger enn de store

(Kommunenes sentralforbund, 2015). Det samme mønsteret finner SINTEF i sine data vedrørende årsverk på psykisk helse- og rusfeltet (Ose & Kaspersen, 2016). De skriver i sin rapport at slik har det vært siden Helsedirektoratet startet å måle årsverksindeksen tidlig på 2000 tallet i forbindelse med opptrappingsplanen på psykisk helse.

Når det gjelder psykisk helse og rusfeltet i min studie viser fordelingen av årsverk mellom store, mellomstore og små kommuner ikke helt følger dette mønsteret. I min studie fant jeg i at de store kommunene hadde flere årsverk pr. 10 000 innbygger enn de mellomstore kommunene. De minste kommunene i mitt utvalg følger det nasjonale mønsteret og har flere ansatte per 10 000 innbygger enn de store og mellomstore kommunene. Resultatene for mitt utvalg var ikke statistisk signifikante.

Jeg har tidligere i oppgaven drøftet og argumentert for hvorfor jeg har kommet til at andel årsverk er relevant å bruke som et mål for hvordan psykisk helse- og rustjenester blir prioritert i kommunene. På denne variabelen fant jeg statistisk signifikante forskjeller mellom kommunene gruppert etter størrelse. På denne variabelen er det de store kommunene som har høyest skåre, ansatte i psykisk helse og rustjenesten utgjør 4% av de ansatte i kommunen. I de minste kommunene utgjør de ansatte i psykisk helse og rustjenesten 2,6%, og i de middels store 2,8% av de ansatte i kommunen.

Variablene Sensitivitet og Styring kan sees på som indikatorer for hva kommunen ledelse uttrykker at de ønsker å gjøre. Forskjellen i skåre på denne variabelen vil kunne forklare ut fra de store kommunenes «byråkratiske muskler». Andel Årsverk blir på mange måter de harde fakta, dette er hva de faktisk gjør, når det kommer til prioritering av feltet. Gjennom hele opptrappingsplanen for psykisk helse, 1999 -2008 ble effekten av de øremerkede midlene fulgt nøye (Ose, Kaspersen, & Pettersen, 2012). I 2009 ble de øremerkede tilskuddene overført til rammen. Ose, Kaspersen & Pettersen (2009) finner i sin studie at det er noen kjennetegn ved kommuner som har en høy årsverksinnsats på psykisk helsefeltet. Årsverksinnsatsen til voksne øker med andelen eldre i kommunen og andel uføre. De finner også at årsverksinnsatsen korrelerer med størrelsen på kommunal sektor. Deres modellspesifikasjon kan forklare mellom sju og 12 prosent av variasjonene. De konkludere selv med at fortsatt er mye av variasjonene uforklart.

Deres funn om korrelasjon mellom årsverksinnsats og størrelsen på kommunal sektor samsvarer til dels med mine funn når det gjelder årsverksinnsats per 10 000 innbygger. Men det forklarer ikke forskjellene i andel ansatte i psykisk helse og rustjenestene.

Et mulig litt spekulativt perspektiv på de forskjellene jeg finner på variabelen andel årsverk, er at det finnes en form for det jeg av mangel på noe bedre begrep, velger å kalle en «kritisk masse». Kritisk masse er et begrep hentet fra fysikken, og betegner den minste mengde med spaltbart materiale som må til for å en kjernefysisk kjedereaksjon, det vil si en reaksjon som er selvforsterkende og selvoppholdende (european nuclear society, 2017). I denne sammenhengen vil kritisk masse være at tjenestene må være av en viss størrelse i antall årsverk før en kan få disse selvforsterkende effektene. I en tjeneste av en viss størrelse vil det dannes faglige fellesskap av en større tyngde enn i de små kommunene. I de små kommunen har vi eksempler på at stillinger psykisk helse og rusfeltet bekles av personale som kun bruker deler av stillingen sin innenfor feltet. I kommuner med sterke fagfellesskap og psykisk helse og rustjenester av et visst omfang, vil det kunne utvikles flere, og ofte mere differensierte tilbud. Det er for eksempel langt flere tilbud på psykisk helse og rusfeltet i de store kommunene som Arendal og Kristiansand (Kristiansand kommune, 2017), enn det er i de mindre innlandskommunene (Åseral kommune, 2015). Denne differensieringen vil i seg selv kunne skape et behov for mer arbeidskraft.

Et annet forhold det kan være interessant å følge opp i årene fremover, er også knyttet til en slik kritisk masse tenkning. I opptrappingsplanen er det signalisert at det hvert år vil komme nye økninger i rammen. Fordelingen av midlene beregnes etter den såkalte sosialhjelpsnøkkelen. Denne fordelingsnøkkelen tar hensyn til en del ulike levekårsvariabler. Men det er antall innbyggere som vektet mest i fordelingsnøkkelen. Ser en på den årlige økningen fra 2015 til 2016 og fra 2016 til 2017, er det de syv største kommunene som har fått en årlig økning på kr. 500 000 eller mer (E-post fra Helsedirektoratet, 2. februar 2017, Sosialhjelpsnøkkelen for 2016 og 2017). For de minste kommunene vil den årlige økningen være liten. Omregnet til stillingsprosent blir det snakk om svært små prosenter fra år til år.

### **Styring - andel årsverk**

Som ansatt hos fylkesmannen er tilsyn og kontroll med kommunale helse- og velferdstjenester en av de aktiviteter jeg bedriver. Mye av den planlagte tilsynsvirksomheten utføres etter systemrevisjonsmetodikk. Denne metodikken har til hensikt å kontrollere om virksomhetens

praksis er underlagt systematisk styring. Og at det ikke er tilfeldig eller opp til enkeltpersoner om tjenestene fungerer i samsvar med gjeldende myndighetskrav.

En vil kunne hevde at jeg på variablene Styring og Sensitivitet har gjort et kunstig skille. I et styringsperspektiv kan alle de underliggende leddene i begge variablene sees på som informasjon om systematisk politisk og administrativ styring av virksomheten. De underliggende leddene på sensitivitet er enten endringer i forskrifter eller lovverk om nye plikter som virksomheten må rette seg etter, statlige signaler om nye kommunale plikter som vil komme i nær fremtid, eller endringer i økonomiske rammebetingelser. Disse elementene er alle viktig i en forsvarlig internkontroll og styring av tjenestene (Helsedirektoratet, 2004).

Med utgangspunkt i den metodiske tilnærmingen som benyttes i systemrevisjoner ønsket jeg derfor også å se på ulikheter mellom kommunegrupper når de ble gruppert på denne variabelen. Jeg valgte derfor å gruppere kommunene etter sum skåre på alle de underliggende elementene på variablene Styring og Sensitivitet. Kommunene ble gruppert i lav, middels og høy skåre.

Tabell 4

*Gjennomsnittsverdier på parameterne Årsverk psykisk helse og rus pr. 10 000 innbygger og Andel årsverk psykisk helse og rus gruppert på sum skåre sensitivitet og styring.*

	Årsverk psykisk helse og rus pr. ti tusen innbygger	Andel årsverk psykisk helse og rus.
Styring + Sensitivitet		
Lav (n=9)	29.83	.0223
Middels (n=10)	25.00	.0322
Høy (n= 11)	27.57	.0362
Total (N=30)	27.53	.0298

Her fant jeg at kommuner med høy og middels skåre på styring har en høyere andel årsverk i psykisk helse og rus tjenestene enn kommuner med lav skåre. Forskjellen mellom kommuner med middels og høy score er mindre. Det er en middels korrelasjon mellom variablene Kommunestørrelse og sum skåre på Styring og Sensitivitet. Så noe av funnet må forklares med variabelen Kommunestørrelse. I et system perspektiv er funnet interessant. Kommuner med en høy grad av styring på psykisk helse og rusfeltet har en høyere andel ansatte i psykisk helse og rustjenestene.

## Konklusjon

Opptrappingsplaner kommer og går, kommunene består.

Når målene for suksess for en satsing på psykisk helse og rusfeltet i stor grad skal måles på om antall årsverk på feltet økes, så kan det kanskje gi mening på nasjonalt nivå. På lokalt nivå bør dette nyanseres. Jeg vil argumentere for at en statlig sektorvis tilnærming til satsinger ikke tar nok hensyn til at rammebetingelsene for kommunene kan endres underveis. Disse rammebetingelsen legges også av staten. Et viktig supplement til å måle årsverksutvikling vil være å se på andelen ansatte i kommunens psykisk helse og rustjenester, målt opp mot totalt antall ansatte i kommunen. Dette gir et mer korrekt bilde av kommunens prioriteringer av feltet.

Mine funn viser at det er de større kommunene som tilgodeser psykisk helse og rusfeltet med mest ressurser når vi måler på andel årsverk i disse tjenestene i stedet for antall ansatte per 10000 innbygger. Når Fylkesmennene vurderer hvor en skal rette fokus i sin tilsynsvirksomhet legger en til grunn en risiko og sårbarhetsanalyse. Andel årsverk bør være en del av grunnlaget i slike analyser.

Styring av tjenestene og andel årsverk henger sammen, kommuner med høy grad av styring og oppmerksomhet på feltet, bruker en høyere andel av sine stillingsressurser på psykisk helse og rustjenesten.

Opptrappingsplanens økonomiske virkemidler innføres gradvis. For de små kommunene blir dette relativt små beløp i økning fra et år til et annet. Det er en fare for at den gradvise økonomiske økningen i de minste kommunene er så små at de i liten grad fanges opp og gir budsjettmessige konsekvenser. Den aggregerte økningen for hele perioden vil gi et samlet økonomisk løft av en slik størrelsesorden at det også må forventes at det for de små kommunene får en budsjettmessig betydning.

Dette bør få konsekvenser for hvordan både sentral og regional stat kommuniserer satsingen i sin dialog med kommunens administrative og politiske ledelse. Sentral og regional stat bør innta



rollen som den økonomiske langtidshukkommelsen til kommunene. I betydningen av at vi i hele perioden i større grad bør benytte oss av aggregerte tall.

Til slutt, årsverksinnsats og andel årsverk er bare tall. Ressursituasjonen er selvfølgelig viktig, men den må måles opp i mot noe. En god kommunal styring av tjenestene må inneholde mer enn sammenligninger av økonomi og stillingsressurser med kommuner i samme KOSTRA gruppe. Hva som er en riktig dimensjonering av tjenesten når det gjelder årsverk, kompetanse og innretning av tilbud, må vurderes opp mot kommunens utfordringsbilde. I min gjennomgang av økonomiplaner og budsjetter var det nok på dette området jeg savnet mest data.

## Litteraturliste

- Andersen, I. L., & Neegaard, C. (2012). Riksrevisjonens undersøkelse om det kommunale barnevernet og bruken av statlige virkemidler. *Tidsskriftet Norges Barnevern*, 89(03), 196-205.
- Arendal kommune. (2016). *Budsjett 2017 - Handlingsprogram 2017-2020*. Arendal: Arendal kommune.
- Esping-Andersen, G. (1990). *The Three Worlds of Welfare Capitalism*. Princeton, N.J.: Princeton University Press.
- European Nuclear Society. (2017). Critical mass Retrieved from <http://www.euronuclear.org/info/encyclopedia/criticalmass.htm>
- Fimreite, A. L., Tranvik, T., Selle, P., & Flo, Y. (2007). Når sektorbåndene slites. *Tidsskrift for samfunnsforskning*, 48(02), 165-193.
- Flekkefjord kommune. (2016). *Økonomiplan 2017-2020 Budsjett 2017*. Flekkefjord: Flekkefjord kommune.
- Forskrift om kommunenes plikt til å sørge for øyeblikkelig hjelp døgntilbud. (2017). *Forskrift om kommunenes plikt til å sørge for øyeblikkelig hjelp døgntilbud* Retrieved from <https://lovdata.no/dokument/SF/forskrift/2015-11-13-1287>.
- Grimstad kommune. (2016). *Budsjett 2017 - Handlingsprogram 2017 -2020*. Grimstad: Grimstad kommune.
- Helse- og omsorgsdepartementet. (2008). *Opptappingsplan for rusfeltet*. Helse- og omsorgsdepartementet.
- Helsedirektoratet. (2004). *Hvordan holde orden i eget hus - Internkontroll i sosial- og helsetjenesten*. (IS - 1183). Oslo.
- Helsedirektoratet. (2017a). ACT- og FACT-team. Retrieved from <https://helsedirektoratet.no/folkehelse/psykisk-helse-og-rus/act-og-fact-team>
- Helsedirektoratet. (2017b). Kommunalt rusarbeid. Retrieved from <https://helsedirektoratet.no/tilskudd/kommunalt-rusarbeid>
- Jacobsen, D. I. (2006). POLITIKK OG ADMINISTRASJON TVEKAMP ELLER LAGSPILL? *Stat & styring*, 16(01), 35-40.
- Jacobsen, D. I. (2012). Interkommunalt samarbeid – viktig og uoversiktlig. *Plan*, 44(02), 32-35.
- Knutepunkt Sørlandet. (2015). Retrieved from <http://www.knutepunktsorlandet.no/>
- Kommunenes sentralforbund. (2015). Antall årsverk per tusen innbygger. Etter kommunestørrelse. (Oslo kommune er ikke inkludert). Retrieved from <http://www.ks.no/contentassets/6d2467eebb7e4925b2b284a3e88fb5a2/tabell-2b-arsverk-per-1000-innbygg-etter-kommunestorrelse.pdf>

- Kristiansand kommune. (2016). *Handlingsprogram 2017*. Kristiansand: Kristiansand kommune.
- Kristiansand kommune. (2017). Aktivitetstilbud psykisk helse og rus. Retrieved from <https://www.kristiansand.kommune.no/helse-og-omsorg/arbeid-og-aktivitet/aktivitetstilbud-psykisk-helse-og-rus/>
- LaerdStatistics. (2015). Cronbach's alpha using SPSS Statistics. Statistical tutorials and software guides. Retrieved from <https://statistics.laerd.com/>
- Lassen, D. D., & Serritzlew, S. (2011). Jurisdiction Size and Local Democracy: Evidence on Internal Political Efficacy from Large-scale Municipal Reform. *The American Political Science Review*, 105(2), 20. Retrieved from <http://www.jstor.org/stable/41495064>
- Lindesnesregionen. (2017). Retrieved from <https://www.lindesnesregionen.no/>
- Listerrådet. (2015). Retrieved from <http://www.lister.no/>
- Lyngdal kommune. (2016). *Budsjett 2017 - Økonomiplan 2017 - 2020*. Lyngdal: Lyngdal kommune.
- Marnardal kommune. (2017). *Økonomiplan 2017 -2020 - Budsjett 2017*. Marnardal: Marnardal kommune.
- Masdalen, K.-O. (2017, 25.3.2017). Agder og reformasjonen. *Agderposten*, p. 1. Retrieved from <http://www.agderposten.no/meninger/agder-og-reformasjonen-1.1798202>
- Meld. St. 19 (2014-2015). (2015). *Folkehelsemeldingen — Mestring og muligheter* Oslo: Helse- og omsorgsdepartementet Retrieved from <https://www.regjeringen.no/no/dokumenter/meld.-st.-19-2014-2015/id2402807/sec3>.
- Meld. St. nr. 47 (2008 - 2009). (2009). *Samhandlingsreformen— Rett behandling – på rett sted – til rett tid* Oslo: Helse- og omsorgsdepartementet.
- Opstad, L. (2013). *Økonomistyring i offentlig sektor*. Oslo: Gyldendal Akademisk.
- Ose, S. O., & Kaspersen, S. (2015). *Kommunalt psykisk helse- og rusarbeid 2015: Årsverk, kompetanse og innhold i tjenestene* Vol. SINTEF A27362 Retrieved from <http://www.sintef.no/publikasjoner/publikasjon/download/?pubId=SINTEF+A27362>
- Ose, S. O., & Kaspersen, S. L. (2016). *Kommunalt psykisk helse og rusarbeid 2016 Årsverk, kompetanse og innhold i tjenestene* (Vol. Sintef A27975): Sintef. Retrieved from <http://www.sintef.no/publikasjoner/publikasjon/download/?pubId=SINTEF+A27975>.
- Ose, S. O., Kaspersen, S. L., & Pettersen, I. (2012). Psykisk helsearbeid i norske kommuner: Tallenes tale. *Tidsskrift for psykisk helsearbeid*, 9(03), 226-239.
- Ouchi, W. G. (1979). A Conceptual Framework for the Designs of Organizational Control Mechanisms. *Management Science*, 25(9), 16.
- Pedersen, O. P. (2010 31.3.2010). Rådmenn mest fornøyd med KOSTRA. *Kommunal Rapport*, p. 1. Retrieved from [http://kommunal-rapport.no/artikkel/radmenn\\_mest\\_fornoyd\\_med\\_kostr](http://kommunal-rapport.no/artikkel/radmenn_mest_fornoyd_med_kostr)

- Polit, D. F., & Beck, C. T. (2014). *Essentials of Nursing Research: Appraising evidence for nursing practice*. New York: Wolter Kluwer health.
- Politisk plattform - Sundvolden plattformen. (2013). Retrieved from [https://www.regjeringen.no/no/dokumenter/politisk-plattform/id743014/#helse\\_omsorg](https://www.regjeringen.no/no/dokumenter/politisk-plattform/id743014/#helse_omsorg)
- Prop 15 s. (2015-2016). *Opptrappingsplanen for rusfeltet (2016-2020)*. Oslo: Det kongelige Helse- og omsorgsdepartement.
- Prop. 95 S (2013-2014). (2013). *Kommuneproposjonen 2015*. Oslo: Kommunal- og moderniseringsdepartementet Retrieved from <https://www.regjeringen.no/no/dokumenter/Prop-95-S-20132014/id759298/?q=Prop>.
- Sanner, J. T. (2015). Sterkere velferdskommuner. *Dagbladet*, p. 1. Retrieved from <http://www.dagbladet.no/kultur/sterkere-velferdskommuner/60193714>
- Setesdal Regionråd. Det skal vere godt å bu, gjeste og drive verksemd i Setesdal. Retrieved from <http://www.setesdal.no/>
- St. Meld 25 (1996-97). (1997). *Åpenhet og helhet Om psykiske lidelser og tjenestetilbudene*. Retrieved from <https://www.regjeringen.no/contentassets/b0c5168d7b574157977a877d2a68aa17/no/pdfs/stm199619970025000dddpdfs.pdf>.
- Statistisk sentralbyrå. (1999). Bankrisen. Retrieved from <https://www.ssb.no/bank-og-finansmarked/artikler-og-publikasjoner/bankrisen>
- Statistisk Sentralbyrå. (2017a). Statistikkbanken, tabell 06419. Retrieved from <https://www.ssb.no/statistikkbanken/selectvarval/Define.asp?subjectcode=&ProductId=&MainTable=Kostr3KSSysse&nvl=&PLanguage=0&nyTmpVar=true&CMSSubjectArea=arbeid-og-lonn&KortNavnWeb=komregsys&StatVariant=&checked=true>
- Statistisk Sentralbyrå. (2017b). Tabell nr. 04686:F pleie og omsorg - grunnlagsdata (K): Statistisk Sentralbyrå.
- Stortingsprp. nr. 63 (1997-98). (1998). *Om opptrappingsplan for psykisk helse 1999 - 2006 Endringer i Statsbudsjettet for 1998*. Oslo: Sosial- og helsedepartementet.
- Søgne kommune. (2016). *Årsbudsjett 2017 - Økonomiplan 2017-2020*. Søgne: Søgne kommune.
- Østre Agder. (2016). Samarbeid på tvers i Østre Agder. Retrieved from <http://www.ostreagder.no/>
- Åseral kommune. (2015). Psykisk helsearbeid Retrieved from <http://www.aseral.kommune.no/kommunale-tenester/levekarny/psykisk-helsearbeid>