

“Hard lut må til”

*- En organisasjonsteoretisk analyse av implementeringsprosessen
tilknyttet ”Opptrappingsplanen for psykisk helse 1999 – 2006”*

Siri Wieberg Klausen



Masteroppgave
Institutt for statsvitenskap
Universitetet i Oslo
Høst 2005

Forord

Bakgrunnen for denne oppgavens tema er min interesse for ulike velferdsstatsmodeller, som har opptatt meg gjennom hele mitt mastergradsstudium; *"Den universelle - velferdsstatsmodellen"* (Esping-Andersen 1990:27-28), som Norge er så anerkjent for, har spesielt interessert meg. Selv om Norge er et land som har kommet svært langt når det gjelder å skape et samfunn med universelle velferdsrettigheter for sine borgere, fascinerer det meg at vi fremdeles, også i vårt samfunn, finner ulike samfunnsgrupper som fra et historisk og politisk ståsted ikke ser ut til å ha blitt ansett som like viktige å prioritere som andre grupper i velferdsstaten. I Norge vil jeg hevde at mennesker med psykiske lidelser, i svært mange år har vært en slik gruppe. *Denne oppgaven omhandler implementeringen av "Opptappingsplanen for psykisk helse 1999 – 2006"; dette har utvilsomt vært en vanskelig og krevende implementeringsprosess, og mitt formål er å forsøke å finne forklaringer på hvorfor denne reformen har vært så vanskelig å "få stablet på beina", analysert ut i fra et organisasjonsteoretisk ståsted.*

I forbindelse med arbeidet med denne oppgaven er det flere jeg ønsker å takke: Respondentene som har deltatt i mine intervjuer for deres åpenhet og tillit. Min veileder, professor Tom Christensen, som med stødige hånd har veiledet meg med konstruktive tilbakemeldinger under hele skriveprosessen; "strengt, men rettfærdig". Mine medstudenter; Thea Kruuse-Meyer, Camilla Myhre og Berit Gravdahl for uvurderlige faglige samtaler og oppmuntring gjennom hele mitt masterstudium. Sist men ikke minst, en takk til familien min og mine nære venner. En spesiell takk til Mutter`n og Svein som aldri "gav meg opp", når jeg selv merket at "melkesyra" begynte å ta meg.

Det er mitt håp at denne oppgaven kan være et bidrag i forståelsen av hvorfor "Opptappingsplanen for psykisk helse 1999 - 2006" på flere områder har vært vanskelig å implementere. Det ser ut til at det er langt igjen før psykiatrien vil bli sidestilt med somatikken. For å nå dit, er det viktig at denne problemstillingen stadig fremmes i den offentlige samfunnsdebatten. Denne masteroppgaven er mitt bidrag i så måte.

Denne oppgaven er tilegnet Tone, det tapreste menneske jeg kjenner.

Siri Wieberg Klausen/Oslo, september 2005

Innhold

FORORD	1
INNHOOLD	3
KAPITTEL 1: BAKGRUNN OG TILNÆRMINGSMÅTE	5
1.1 Innledning.....	5
1.2 Tema for oppgaven - valget av ”Opptrappingsplanen for psykisk helse 1999 - 2006” som undersøkellesobjekt.....	5
1.3 Problemstilling	8
1.4 Teoretisk bakteppe	10
1.5 Kort historikk - Fra dollhus og dårekister til psykiatriske sykehus og distrikts psykiatriske sentra.....	14
1.6 Avgrensning av oppgaven	17
1.7 Struktur - oversikt over oppgavens videre oppbygging og innhold.....	17
KAPITTEL 2: TEORETISKE INFALLSVINKLER OG METODE	19
2.1 Innledning.....	19
2.2 Instrumentell teori	20
2.3 Institusjonell teori.....	22
2.4 Kilder, data og metode	33
KAPITTEL 3: EMPIRISK FREMSTILLING AV BAKGRUNNEN FOR OG IMPLEMENTERINGEN AV ”OPPTRAPPINGSPLANEN FOR PSYKISK HELSE 1999 – 2006”	37
3.1 Psykiatireformen – en prosessbeskrivelse	37
3.2 Initiativfasen (1997 – 1998)	37
3.2.1 Bakgrunn - Hvilke aktører tok initiativet til reformen?	37
3.2.2 Oppsummering	39
3.2.3 Defineringsaspektet - Hvilke løsningsforslag ble fremmet?	39
3.2.4 Oppsummering	40
3.3 Implementeringsfasen (1999 – 2005) - Psykiatrien mellom medisin, økonomi og politikk.....	41
3.3.1 Øremerkede tilskudd.....	42
3.3.2 Resultatoppfølging.....	42
3.3.3 Resultatet av implementeringen - Riksrevisjonens devaluering	43
3.3.4 Reaksjoner på Riksrevisjonens rapport.....	45
3.3.5 ”Løftebrudd”	45
3.3.6 Oppsummering	47
3.3.7 Overgang til statlige helseforetak – Opptrappingsplanen taper?.....	47
3.3.8 Sterkere økonomistyring.....	50
3.3.9 Opptrappingsmidler i kommune – Norge	52
3.3.10 Oppsummering.....	54
3.3.11 Nedbygging før oppbygging	54
3.3.12 Oppsummering.....	57
3.3.13 Helsetilsynets devaluering av reformen – mangel på samhandling	57
3.3.14 Oppsummering.....	59
3.3.15 ”Det sitter i veggene, vet du”	60
3.3.16 Oppsummering.....	62
KAPITTEL 4: ANALYSE AV IMPLEMENTERINGSPROSESSEN - PSYKIATRIEN MELLOM MEDISIN, ØKONOMI OG POLITIKK.	65
4.1 Innledning.....	65
4.2 En instrumentell analyse.....	66
4.2.1 Hovedtrekk: Det instrumentelle perspektivets forklaringskraft	69
4.3 En kulturteoretisk analyse	70
4.3.1 ”Motkreftene” ved de sentrale psykiatriske sykehusene.....	70
4.3.2 ”Helseforetaksreformen” implementert parallelt med ”Opptrappingsplanen for psykisk helse” – to ulike medisinske kulturer møtes.....	73
4.3.3 Manglende kultur for psykisk helse i kommune – Norge?	75
4.3.4 ”Resept” – ”kulturbygging” mellom 1.- og 2. linjetjenesten?.....	77
4.3.5 Hovedtrekk: Det kulturteoretiske perspektivets forklaringskraft.....	78
4.4 En myteteoretisk analyse	79
4.4.1 Omgivelsenes betydning; ”tidsånden” og ”det rasjonelle hegemoniet”	83
4.4.2 Hovedtrekk: Det myteteoretiske perspektivets forklaringskraft	85
KAPITTEL 5: OPPSUMMERING OG AVSLUTTENDE BETRAKTNINGER	87
LITTERATUR	90

Kapittel 1: Bakgrunn og tilnæringsmåte

*" There is always a terrible gulf between
the fine and elevating theories about
democracy which we read in the books
on political theory and the actual facts
of politics"*

Lord Lindsay

1.1 Innledning

Reformer i offentlig forvaltning kan være svært komplekse og omfattende. Dette gjelder spesielt når reformer omfatter flere ulike offentlige instanser og aktører. Studier av reformprosesser har blitt et viktig felt innenfor den moderne statsvitenskapen. Analyse av reorganiseringsprosesser gir samfunnsvitenskapen anledning til bred innsikt i innflytelsesforhold, organisasjonstenkning og effektene av offentlig reformprosesser (Christensen 1994:15). I denne studien vil jeg se nærmere på implementeringen av "Opptappingsplanen for psykisk helse 1999 - 2006". Dette innledningskapitlet inneholder en redegjørelse for denne oppgavens tema og problemstilling, samt en gjennomgang av oppgavens videre disposisjon. I dette kapitlet fremstilles også en kort historikk og en kort presentasjon av ulike teorier, som jeg anser som relevante for oppgavens tematikk.

1.2 Tema for oppgaven - valget av "Opptappingsplanen for psykisk helse 1999 - 2006" som undersøkelsesobjekt

I 1998 vedtok et enstemmig Storting en omfattende opptappingsplan for psykisk helse i Norge, da det psykiske helsevesenet i Norge ble karakterisert som et system med "svikt i alle ledd" (St.meld.nr.25(1996-97)). Denne reformen skulle være ferdig implementert i 2006, og innebære et kraftig løft for behandlingstilbudet til mennesker som lider av psykiske lidelser. I Opptappingsplanen ble det vedtatt at 24 milliarder kroner skulle bevilges til dette fagområdet innen 2006, for å bedre forholdene i psykiatrien.

Som den empiriske fremstillingen senere i oppgaven viser, inneholdt Opptappingsplanen en målsetting om en landsomfattende oppjustering av tjenestetilbudet til pasienter med psykiske lidelser. I tillegg innebar reformen en omfattende strukturendring av organiseringen av helsetjenestene innenfor denne sektoren; de store, etablerte institusjonene/sykehusene for pasienter med psykiske lidelser skulle nå i stor grad bygges ned til mindre spesialistenheter, for å bli erstattet

av et mer omfattende desentralisert tjenestetilbud hvor kommunene og distrikts - psykiatriske sentra (DPSer) nå skulle stå for en langt større del av ansvaret og behandlingstilbudet for pasienter med psykiske lidelser. Opptappingsplanen innebærer dermed en sterk reformering av det psykiske helsevesenet, basert på en grunnleggende ideologi om at mennesker med psykiske lidelser i langt større grad bør få behandling i nærheten av lokalmiljøet sitt. Intensjonene i planen må kunne karakteriseres som svært gode, og det skortet heller ikke på lovord fra interesseorganisasjoner og fagmiljøene da Opptappingsplanen ble vedtatt; *”(...)- vedtaket i Stortinget er meget gledelig. Endelig kan det se ut som psykisk helsevern og mennesker med psykiske lidelser har fått de politiske vedtak en har etterlyst i lengre tid”* (Rådet for psykisk helse 1998).

Men fem år etter at implementeringen av Opptappingsplanen var påbegynt, hadde Stortinget kun bevilget 8,6 milliarder til det psykiske helsevesenet (*”Verdig Liv”- utvalget 2004*), i tillegg viste tall fra Statistisk Sentralbyrå at antallet døgnbehandlingsplasser ved voksenpsykiatriske institusjoner hadde gått ned i denne reformperioden, uten at disse plassene hadde blitt erstattet med alternative bo - og behandlingenheter for denne pasientgruppen verken i kommuner eller ved DPSene, dette stikk i strid med intensjonene i Opptappingsplanen (ibid.).

I mai 2004 la Rådet for psykisk helse frem rapporten, *”Verdig Liv”*, hvor de krevde at Riksrevisjonen nå måtte granske hva som hadde skjedd med opptappingsmidlene til det psykiske helsevesenet. Til tross for at det hadde blitt bevilget mer penger til psykiatrien, dokumenterer Rådet for psykisk helse i denne rapporten at man i enkelte regioner og fylker ikke hadde hatt noen opptapping i det psykiske helsevernet i det hele tatt; noe som var et klart brudd på forutsetningene for Opptappingsplanen (Nr.no/PULS 24.05.04).

Men det er ikke bare bruker – og interesseorganisasjoner for mennesker med psykiske lidelser som har rettet sterk kritikk mot implementeringen av Opptappingsplanen. Allerede halvveis ut i reformprosessen, kom Riksrevisjonen med sterk kritikk angående fremdriften i psykiatriplanen. Riksrevisjonen konkluderte med at kapasitetsøkningen i det psykiske helsevesenet frem til dette punktet i reformen, hadde vært alt for svak, og at kapasitetsutviklingen på ulike områder måtte øke for å

klare å nå Opptappingsplanens måltall for 2006; ”(...) kritikken gir et bilde av de strukturelle og metodiske problemer som dette store stebarnet i vårt helsevesen sliter med”, skrev Aftenposten på lederplass (Aftenposten 18.10.2002). Også Helsetilsynet har vært svært kritiske i sin evaluering av reformen så langt. Dette kommer frem i en rapport fra Helsetilsynet i mars 2004. Helsetilsynet skriver at; ”(...) dagens tjenestetilbud i liten grad er tilpasset de pasientene de er til for. Ofte får ikke pasienter med psykiske lidelser nødvendig eller riktig behandling”(ibid.).

I Dagbladet kunne man i september 2004 lese om tre overleger i psykiatri ved Aker sykehus i Oslo som beskrev en situasjon hvor halvparten av de psykiatriske døgnplassene ved sykehuset hadde blitt nedlagt mellom 1996 og 2003, samtidig som antallet innleggelseser var doblet i samme periode. I tillegg hadde sykehuset kuttet 30 millioner kroner i psykiatrien i løpet av samme tidspunkt; ”(...) Det fantastiske er at dette skjer samtidig som myndighetene snakker så fint om en opptappingsplan. Vi lurer på hvilken verden de lever i? Den opptappingen har ikke vi sett noe til” uttalte de tre overlegene (Dagbladet 02.09.04).

I en kronikk i ”Psykisk Helse” i juni 2005 skriver sågar helseminister Ansgar Gabrielsen følgende; ”(...) signaler tyder på at vi gjennom Opptappingsplanen dessverre ikke alltid klarer å fange opp en gruppe av de sykeste og mest svakstilte (...).. det er kommet mange signaler om økt boligbehov utover de 3400 omsorgsboligene som var lagt inn i Opptappingsplanen. (...) det offentlige tilbudet fortjener ikke et ”godkjent – stempel”. Hittil har vi ikke lykket med å skape tillit til tjenestene i befolkningen” (Psykisk Helse 3/2005).

Dette er bare noen av utallige eksempler som viser at ulike sosiale aktører, uavhengig av ståsted og funksjon i samfunnet, er svært kritiske til de manglende resultatene av Opptappingsplanen for psykisk helse. Spørsmålet jeg stiller meg i denne forbindelsen er: Hvilke vanskeligheter har oppstått i denne reformprosessen i henhold til implementering av tiltakene i Opptappingsplanen for psykisk helse? Og hva er årsakene til at så mange ulike aktører opplever Opptappingsplanen som lite vellykket frem til nå?

1.3 Problemstilling

Mitt hovedanliggende i denne oppgaven vil være å beskrive implementeringen av ”Opptappingsplanen for psykisk helse 1999 – 2006”, også kalt ”psykiatrireformen”, for dermed å prøve å finne ulike forklaringer på den mangelfulle implementeringen av tiltakene i denne reformen på flere områder. Min problemstilling i denne oppgaven vil være to – delt:

1) Først vil jeg beskrive den mangelfulle implementeringen av denne reformen med utgangspunkt i foreliggende og innsamlet empiri.

2) Dernest vil jeg forsøke å finne ulike forklaringer på denne mangelfulle og vanskelige implementeringen av psykiatrireformen.

Det er den siste delen av problemstillingen min som vil være utgangspunktet for denne oppgavens analysedel. For å forsøke å tydeliggjøre de ulike forklaringene på mangelfull implementering, vil jeg analysere min empiri¹ opp mot ulike statsvitenskapelige organisasjonsteoretiske perspektiver. Jeg vil i denne oppgaven vektlegge de overordnede forvaltningspolitiske tiltak, i både offentlig forvaltning og i de sentrale institusjoner som har vært involvert i denne reformen, som kan ha bidratt til å gi betingelser/manglende betingelser for implementeringen av denne reformen. Mitt hovedanliggende i denne oppgaven vil dermed være å forsøke å finne forklaringer på hvorfor implementeringen av psykiatrireformen må kunne sies å ha hatt ”lav score” på flere områder så langt i implementeringsprosessen. Mitt hovedfokus vil derfor være å analysere selve implementeringsprosessen via den empiriske dokumentasjonen av beslutningsatferd i forvaltningsapparatet og i de involverte institusjoner i denne reformen. Mitt formål vil ikke være å vurdere om det psykiatriske behandlingsapparatet i Norge i sin helhet har blitt kvalitativt bedre eller dårligere som følge av reformen, selv om empirien så langt i implementeringsprosessen av reformen viser at man per i dag verken har nådd alle de kvantitative eller kvalitative måltallene som er fastsatt i ”Opptappingsplanen for psykisk helse”. Planperioden for implementeringen av reformen er nå utvidet med to år, til 2008, og det er derfor på det

¹ Empirien i denne oppgaven vil være hentet fra offentlige dokumenter og rapporter, samt dybdeintervjuer med aktuelle kilder/respondenter.

nåværende tidspunkt vanskelig å si noe om de endelige empiriske effektene av denne reformen for det psykiatriske behandlingsapparatet i Norge.

Min overordnede problemstilling i denne studien, i henhold til statsvitenskapelig relevans, blir derfor som følger: ***”I hvilken grad kan teorier fra det instrumentelle - og institusjonelle perspektivet bidra til å forklare de vanskeligheter som har oppstått ved implementeringen av ”Opptappingsplanen for psykisk helse”?***

Den avhengige variabelen i denne oppgaven er: **”Grad av implementering av psykiatrireformen”**; det er verdien **”lav score”** på denne variabelen jeg ønsker å forklare i denne oppgaven.

De uavhengige variablene i denne oppgaven vil være de ulike forklaringsfaktorene som kan ha bidratt til at implementeringen av denne reformen har vært vanskelig. Dette kan tenkes å blant annet være; endringer i organisasjoners ***formelle normative struktur, fysiske struktur og organisasjonsdemografi***, samt ***endringer i organisasjoners distinkte identitet***, deres indre verdier og tradisjoner, samt samtidens fokus på ulike ***organisasjonsmoter - og myter i omgivelsene***.

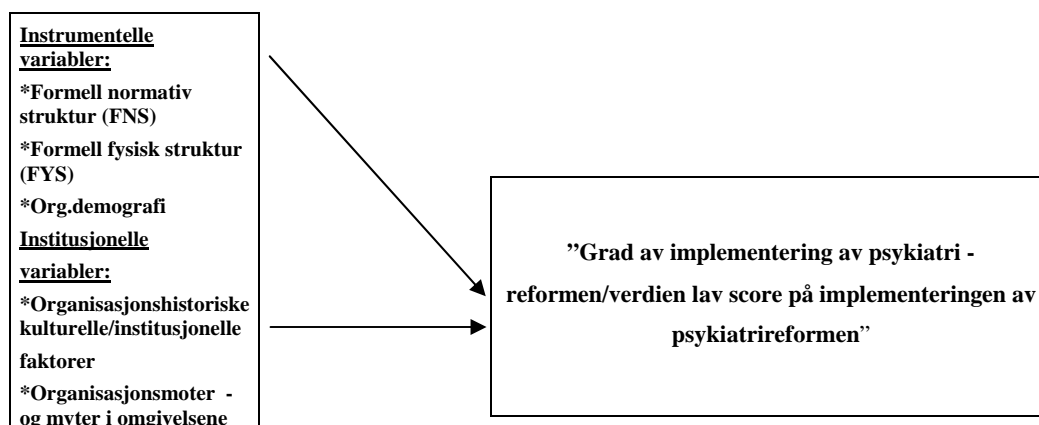
I denne oppgaven vil altså mitt hovedanliggende være å forsøke å identifisere hvilke forklaringsfaktorer som kan ha bidratt til å gjøre implementeringen av denne reformen vanskelig. Følgende modell kan dermed formuleres:

Modell 1.3.1

Uavhengige variabler/

Avhengig variabel:

Mulige forklaringsfaktorer:



For å kunne besvare denne oppgavens problemstilling vil det være sentralt å fokusere på noen utvalgte, ulike prosessuelle aspekter ved reformen. Følgende sentrale underproblemstillinger i analysen vil dermed være:

- Hvilke sentrale problemer ble søkt løst gjennom psykiatireformen?
- Hvilke mål ble formulert og fokusert?/ Hvilke løsningsforslag ble fremmet?
- Hvilke tiltak har blitt implementert så langt i prosessen?
- Hvilke vanskeligheter har implementeringen av reformen møtt? På hvilke arenaer? Hvorfor?
- I hvilken grad ble implementeringen av intensjonene i planen kontrollert under reformprosessen? På hvilken måte og av hvem?
- Hva har vært den dominerende kritikken fra ulike aktører ad reformen i denne perioden?

1.4 Teoretisk bakteppe

Empirisk forskning innebærer å teste teoretiske perspektiver opp mot innsamlet/empirisk datamateriale. Politisk - administrative systemer er organiserte systemer. Det er derfor nærliggende å beskrive og analysere atferd i reorganiseringsprosesser i et slikt system organisasjonsteoretisk (Egeberg 1992:189). Innenfor den organisasjonsteoretiske delen av statsvitenskapen finnes det mange ulike teoretiske retninger: I denne oppgaven ønsker jeg å benytte meg av teorier hentet fra både det institusjonelle - og det instrumentelle perspektivet innenfor organisasjonsteori. Valget av teorier begrunnes ut i fra at de fokuserer på ulike aspekter ved en reformprosess og formålet er å bruke dem som komplementære analyseverktøy. Teoriene vil kunne være til hjelp når man skal karakterisere ulike faktorer ved reformprosessen og dens utfall. For eksempel fokuserer det instrumentelle perspektivet mer på nyttehensyn, mens det institusjonelle perspektivet i større grad vektlegger legitimitetshensyn. I tillegg vektlegger perspektivene ulike faktorer ad reformprosesser, og man kan dermed forvente at de vil gi konkurrerende forklaringer av det empiriske materialet. Min ambisjon er ikke å teste de ulike teoriene opp mot hverandre, men heller ved hjelp av de ulike teoretiske perspektivene å søke og belyse ulike forklaringsfaktorer i henhold til min problemstilling.

I denne oppgaven vil følgende ulike organisasjonsteoretiske perspektiver, som jeg mener vil være fruktbare i henhold til denne oppgavens problemstilling, danne rammen for min analyse av implementeringen av psykiatireformen; det instrumentelle perspektivet med hovedfokus på endring i formell normativ struktur (FNS) og fysisk

struktur (FYS), og fra det institusjonelle perspektivet vil jeg benytte kulturteori med hovedvekt på Selznicks (1997) teori om ”institusjonens egenverdi og ledelse”, samt at jeg også vil analysere empirien i denne oppgaven opp mot myteteori, med vekt på de teoretiske bidragene fra Meyer & Rowan (1991), og Brunssons (1989) teori om "double talk" og "hykleri" som virkemiddel i den politiske organisasjon. Jeg vil i tillegg benytte elementer fra Røviks (1998) ”blandingsteori” som omhandler ”tidsånden” og ”organisasjonsstandarder på reise”. Jeg vil nå *kort* redegjøre for essensen i de ulike perspektivene. Men de ulike teoriene knyttet til hvert enkelt perspektiv, vil bli beskrevet langt mer utfyllende i oppgavens teorikapittel.

1.4.1 Ad; Instrumentell teori

Ulike statsvitere har satt ulike navn på det instrumentelle perspektivet; Christensen (1991) kaller det et ”organisasjonsperspektiv”, Egeberg (1989) omtaler perspektivet som ”instrumentelle virkemiddel - modeller”. Men en felles, sentral antagelse i dette perspektivet, er at organisasjoner blir sett på som et verktøy eller instrument for å oppnå på forhånd bestemte mål samt sikre en *rasjonell* og *effektiv* måloppnåelse. I et instrumentelt perspektiv har ledelsen klare mål, god forståelse av mål – og middelsammenhenger, et godt kunnskapsgrunnlag og autoritet til å iverksette planene sine. Det vil altså være en tett kobling mellom mandat, organisering og atferd (Egeberg 1989). For å oppnå sine mål, benytter derfor ledelsen bevisst organiseringen/designet av den *formelle normative strukturen (FNS)* og *den fysiske strukturen (FYS)* i en organisasjon som et virkemiddel. På bakgrunn av det instrumentelle perspektivet vil jeg i mitt materiale se etter følgende:

- Ved å endre den fysiske strukturen (FYS) i organiseringen av de psykiske helsetjenestene, har man ønsket å skape endring i den formelle normative strukturen (FNS). Men har man klart å endre den formelle normative strukturen? Er mangel på en bevisst og styrt samhandling mellom de ulike involverte aktører fra ledelses hold, en årsak til at implementeringen av reformen har vært vanskelig?

- Har implementeringen av psykiatrireformen vært vanskelig fordi Stortinget – og departementet ikke har styrt og kontrollert endringene i den fysiske strukturen (FYS) i implementeringen av reformen?

1.4.2 Ad; Kulturteori

Innenfor et kulturelt – institusjonelt perspektiv kan man ikke benytte en bevisst design og struktur som instrument for måloppnåelse i en organisasjon, her vil organisasjonens eksistens være et mål i seg selv (Selznick 1997). Innenfor dette perspektivet vil organisasjoner bli beskrevet som ”institusjoner” som gjennom en institusjonaliseringsprosess vil få en sjel og egenverdi der **uformelle normer og verdier** vil være viktigst for å forstå atferd, ikke formell normativ struktur. I henhold til dette perspektivet, vil atferd med utgangspunkt i uformelle identiteter kunne undergrave virkningen av endring i formell normativ struktur (FNS), og organisatorisk endring vil derfor ikke i samme grad gi seg utslag i en tilsvarende endring av beslutningsatferden. Her vil det kunne forventes kulturell motstand mot endring i en institusjon preget av ”sti-avhengighet”², der design og bevisst planlegging ikke nødvendigvis vil gi seg utslag i måten institusjonen arbeider på. Endring vil innenfor dette perspektivet ta lang tid, og samsvaret mellom ”gammel” og ”ny” struktur vil være avgjørende for hvilke effekter endringen vil gi. På bakgrunn av det kulturelle - institusjonelle perspektivet vil jeg forvente at det er trekk og egenart ved institusjoner, samt irrasjonelle prosesser som bestemmer reorganiseringsatferden. Ut i fra et kulturperspektiv vil jeg se etter følgende i mitt materiale:

- Har implementeringen av psykiatrireformen vært vanskelig fordi det eksisterer en kulturell motstand mot endring blant de ansatte ved de store, tradisjonelle psykiatriske sykehusene? Det har tradisjonelt eksistert en svakt utviklet kultur for samhandling mellom 1.- og 2. linjetjenesten, altså henholdsvis mellom primær - og spesialisthelsetjenesten, innenfor dette helsefeltet. Bidrar dette til

² Begrepet ”sti-avhengighet”/”path dependency”, er sentralt innenfor det institusjonelle perspektivet; hevder at en organisasjons tidligere/historiske ”vei – valg” i ulike situasjoner, vil prege den samme organisasjonens fremtidige valg ad å finne løsninger på problemstillinger. På den måten binder organisasjonens historikk dens fremtidige valgmuligheter (Krasner 1988: 28).

store kulturelle utfordringer når reformen fordrer at de to nivåene i langt større grad må samarbeide om psykisk helsetjenestene enn tidligere?

- Har implementeringen av psykiatireformen vært vanskelig fordi helsevesenet som helhet er preget av ”sti – avhengighet”? Tradisjonelt sett har somatikken³ blitt prioritert foran psykiatrien innenfor helsevesenet.

1.4.3 Ad; Myteteori

I et myteperspektiv anser man at det i all hovedsak er *omgivelsene* som påvirker atferden i organisasjoner, ikke formell normativ struktur eller uformelle normer og verdier innad i institusjonen/organisasjonen. Det er flere forhold i omgivelsene som vil påvirke beslutningsatferden i en organisasjon, så som økonomiske, politiske, sosiale, demografiske og teknologiske forhold. Sett fra et myteperspektiv kan vi forvente at strukturelle organisatoriske endringer som gjennomføres ved endringer av FNS, ikke vil gi instrumentelle effekter på atferden. Strukturer vil her legge seg som et ”fernis” og bli en form for metastruktur, der det fortsatt vil være den gamle FNS som styrer atferden i organisasjonen da den ”nye” strukturen kun opptrer som en *myte* (Meyer og Rowan 1991; Røvik 1998). Det som da foregår er en slags ”*dekopling*” og ”*double talk*”, som balanserer snakk og handling, der snakk og handling vil være atskilt fra hverandre (Brunsson 1989). I henhold til dette perspektivet kan man forvente seg at en institusjon/organisasjon sett utenifra kan ha fått en ”ny og moderne” struktur, mens det daglige arbeidet internt fremdeles følger den gamle FNS som styrer handlingslogikk og målstyring. Ut i fra et myteperspektiv vil jeg se etter følgende i mitt materiale:

- Har implementeringen av psykiatireformen vært vanskelig fordi stortingspolitikere har stått overfor et komplekst saksfelt, med mye usikkerhet om hvilke organisering og tiltak som er mest gunstig for å bedre forholdene innenfor psykisk helse? Dermed har det blitt ”mye prat og lite handling”?
- På hvilken måte har organisasjonsmoter i omgivelsene påvirket tankegodset man finner i psykiatireformen?

³ Somatikk vil si ”læren om fysisk/legemlig helse”.

Tabell 1.4.4: Uavhengige variabler som jeg antar kan predikeres å påvirke oppgavens avhengige variabel; ”Grad av implementering av reformen/verdien lav score på implementeringen av psykiatireformen”, i henhold til de ulike organisasjonsteoretiske perspektivene som nå er redegjort for:

	Instrumentelt perspektiv:	Kulturelt - institusjonelt perspektiv:	Myteperspektiv:
Uavhengige variabler/forklaringsfaktorer ad vanskeligheter ved implementering av reformen:	For omfattende endring i FYS?	Kulturell motstand mot endring i de ulike organisasjonene/institusjonene?	Reformen et ”fermiss”?
	Endring i FNS – mangel på samhandling mellom de ulike nivåer involvert i reformen?	Helsevesenet preget av ”sti – avhengighet” – somatikk prioritert foran psykiatri?	Reformen preget av ”mye prat og lite handling” fordi saksfeltet er komplekst?
	Mangelfull styring og kontroll av implementeringsprosessen fra ledelseshold?	Mangelfull tradisjon ad kultur for samhandling mellom de ulike aktørene/nivåene involvert i reformen?	Reformen preget av ”tidsånden”, krav om rasjonalitet og lønnsomhet for sterkt?

1.5 Kort historikk - Fra dollhus og dårekister til psykiatriske sykehus og distrikts psykiatriske sentra

I alle tider har ulike samfunn måttet forholde seg til mennesker som på en eller annen måte faller utenfor, og har dårligere funksjonsevne enn flertallet av samfunnsmedlemmene. På 1500-tallet ble mennesker med psykiske lidelser, de såkalte "fjanter", "rasende fjoller", "idiotæ", de "sinnssyke", plassert på dårehus og i dollhusene, eller de ble sendt rundt i samfunnet på "legd" (Ericsson 1990:12). Historien om sinnssykepleien i Norge før 1850 er i hovedsak historien om fattigpleien. (Ericsson 1990:14). En samlende fattiglovgivning for hele landet fikk Norge først med fattigloven av 1845. Denne loven gjorde kommunene ansvarlige for fattigunderstøttelsen. Det skulle velges fattigkommisjoner både i bygder og byer, og disse skulle ha ansvaret for organiseringen av fattigvesenet. Stønadsformene var forskjellige; legd, borttinging, fattighus, tvangsarbeidshus eller andre institusjoner, samt ytelser i form av kontanter eller varer (Ericsson 1990:15). I 1848 fikk Norge en ny sinnssykelov. Reformen av 1848 er senere blitt sett på som det epokegjørende skiftet i norsk sinnssykepleie. Denne loven gjaldt i hovedtrekk helt frem til 1961 (Ericsson 1990: 32). Men det ble en amputert sinnssykelov som ble vedtatt i 1848. Den fikk samme skjebne som så mange seinere lover innenfor sosial - og helsesektoren; den ble en "humanitær papirdemonstrasjon". Likevel må den betegnes som en viktig begivenhet; sinnssykereformen representerte en ny tankegang, nemlig

anerkjennelsen av et nytt samfunnsansvar (Ericsson 1990:41) Like i kjølvannet av sinnssykeloven fulgte oppførelsen av Norges første moderne statsasyl, Gaustad ved Oslo. De rådende argumentene som var dominerende da sinnssykeloven ble vedtatt dreide seg hovedsakelig om tre punkter: 1) ondet, altså sinnssykdom, var helbredelig 2) staten måtte ta hovedansvaret for bygging av institusjoner, og 3) dette ville i lengden bli en lønnsom investering for staten. De sosiale reformene rundt midten av forrige århundre lot til å finne en felles plattform; *institusjonalisering*. Kjersti Ericsson (1990:81) skriver i sin bok "Den tvetydige omsorgen - sinnssykevesenets utvikling" at hun mener årsaken til myndighetenes utpregede "institusjonaliseringstankegang" vokste frem som følge av to sammenfallende prosesser; 1) overgangen fra bondesamfunnet til industrisamfunnet, og den påfølgende urbaniseringen, "produserte "sinnssyke" ", ved at grensetilfellene, det vil si folk som tidligere kunne leve et noenlunde veltilpasset liv som "dreng" på en gård, nå ble stilt overfor en ganske annerledes og komplisert livssituasjon, og 2) de samme endringene i produksjonsmåten gjorde at omsorgen for de sinnssyke ikke kunne ta form som av for eksempel familiepleie i samme utstrekning som før. Derfor ble det nødvendig å finne frem til andre former.

Fram til 1950 – årene besto det voksenpsykiatriske institusjonsmønsteret i Norge nesten utelukkende av psykiatriske sykehus, eller asyl, som de den gang ble kalt. Som følge av plassproblemer og konstant overbelegg ved asylene vokste privatpleien frem fra århundreskiftet, og økte gradvis til midten av 1950 – årene da det på det meste var ca. 7.000 pasienter i privatpleie (St.meld. nr. 25 (1996-97):54). Fra første halvdel av 1950 – tallet ble det offisiell politikk å stimulere til utbygging av pleiehjem for sinnslidende for å avlaste asylene. Dette skjedde dels ved at større private forpleiningssteder ble godkjent som pleiehjem. Samtidig gikk tuberkulosen tilbake i landet, og mange tuberkulosehjem som ble ledige ble tatt i bruk som psykiatriske pleiehjem (ibid.).

I de senere årene har det i alle vestlige land vært en omfattende nedbygging av plasstallet i de store institusjonene og en tilsvarende opptatthet av å bygge opp psykiatriske tilbud i lokalsamfunnene. Denne utviklingen startet tidlig på 1960 – tallet i Storbritannia og USA med nye modeller for lokale psykiatriske tilbud. Lokale sentre

skulle sikre omfattende, lett tilgjengelige og differensierte tjenester utenfor de store institusjonene, hovedsakelig basert på daghospitaller, poliklinikker og oppsøkende tjenester, med små fleksible døgnenheter knyttet til (St.meld. nr. 25 (1996-97):55). I Norge kom denne utviklingen sent i gang. På 1970 – og 80 – tallet skjedde det en utbygging av psykiatriske poliklinikker, men uten at det i særlig grad ble utviklet mer omfattende tilbud til de pasientgruppene som hadde så alvorlige lidelser at de frem til da i stor grad hadde vært innlagt på institusjon. Pasienter med alvorlige kroniske psykiatriske lidelser fortsatte å ha årelange opphold i langtidspostene ved de psykiatriske sykehusene eller i de psykiatriske sykehjemmene (ibid.).

I 1985 presenterte Helsedirektoratet rapporten; ”Nye alternativer til psykiatrien”, her ble et lokalpsykiatrisk alternativ til de psykiatriske sykehjemmene presentert. I rapporten beskrives en modell med fylkeskommunale psykiatriske sentre i lokalsykehusområdene. Sentrene og kommunen skulle samarbeide om å gi tilbud om vernet arbeid og vernede boformer i kommunene for psykiatriske pasienter som trengte det (ibid.). På tross av klare statlige signaler gikk omdanningen av de psykiatriske sykehjemmene og utbyggingen av psykiatriske sentre svært langsomt de første årene etter at Helsedirektoratets ”Nye alternativer til psykiatrien” kom. Helsedirektoratet gjennomførte i 1990 en undersøkelse av hvor langt prosessen var kommet. Denne viste at bare 17 av landets 134 psykiatriske sykehjem, det vil si 13 % av dem, på det tidspunktet hadde gjennomført en omstrukturering i tråd med anbefalingene (ibid.). På 1990 – tallet skjedde en viss utbygging av psykiatriske sentre, etter hvert kalt *distriktpsikiatriske sentre (DPS)*, og videre omdanning av de psykiatriske sykehjemmene. Men det var store forskjeller mellom fylkene i hvilken grad de satset på planer om å utvikle det distriktpsikiatriske alternativet i form av psykiatriske sentre. Svært mange fylker påbegynte aldri utviklingen av psykiatriske sentre, og hadde dermed en stor psykiatrisk sykehjemssektor med eldre institusjoner der det skjedde små endringer. De fleste fylkene var i en mellomstilling (St.meld. nr. 25 (1996-97):55). Dette var altså situasjonen i psykiatri-Norge frem til 1997. I 1998 ble ”Opptappingsplanen for psykisk helse 1999 - 2006”, også kalt ”Psykiatrireformen”, enstemmig vedtatt i Stortinget.

1.6 Avgrensning av oppgaven

I denne oppgaven vil jeg i hovedsak fokusere på reformprosessen i perioden fra "Opptappingsplanen for psykisk helse 1999 – 2006" ble vedtatt implementert i 1998, for så å analysere hovedtrekkene i implementeringsprosessen av Opptappingsplanen frem til sommeren 2005. I tillegg velger jeg å fokusere på Opptappingsplanens intensjoner for voksne pasienter med psykiske lidelser, da jeg mener at det vil bli for omfattende for denne oppgavens omfang og også inkludere intensjonene for barn – og unge.

I denne oppgaven vil jeg ikke studere en enkelt organisasjon/institusjon inngående, min studie vil derfor i så måte være av eksplorerende karakter hvor jeg forsøker å "trekke de store linjene" i denne reformprosessen. Mine intensjoner er ikke å **bevise** sammenhenger, men heller å forsøke å gi et bilde av implementeringen av Opptappingsplanen som kan inspirere til nærmere undersøkelser.

Den 23. september 2004 meldte NTB at helseminister Ansgar Gabrielsen (H) gav samtlige fem helseforetak i landet ordre om å stanse nedbyggingen av psykiatriske døgnbehandlingsplasser, samtidig lovet han fortgang i etableringen av botilbud med dagbehandling til psykiatriske pasienter i kommunene, samt et gigantisk økonomisk løft for psykiatrien i statsbudsjettet for 2005 (NTB 23.09.04). Denne kunngjøringen endrer, etter mitt syn, på ingen måte min problemstilling; snarere tvert imot. Disse tiltakene viser, etter min mening, at psykiatrireformen så langt i prosessen i liten grad hadde blitt implementert etter intensjonene. Jeg mener at det i dette "løftet" implisitt ligger en innrømmelse av at "noe virkelig måtte gjøres", hvis man skal kunne vise til vellykkede resultater av denne reformen ved utgangen av den nå utvidede reformperioden, frem til 2008.

1.7 Struktur - oversikt over oppgavens videre oppbygging og innhold

I kapittel 2 vil jeg redegjøre nærmere for den teoretiske og metodiske tilnærmingen jeg vil benytte i denne oppgaven. Dette kapittelet vil inneholde en fremstilling av det organisasjonsteoretiske instrumentelle perspektivet, i tillegg til en fremstilling av et utvalg av organisasjonsteoretiske institusjonelle perspektiver; så som Meyer & Rowans myteteori, Brunssons teori om "double talk" og "hykleri" i politiske organisasjoner og Selznicks kulturteori. I tillegg vil jeg også benytte elementer fra

Røviks "blandingsteori" i min analyse, en teori som plasseres mellom det instrumentelle - og det institusjonelle perspektivet. I dette kapittelet vil jeg i tillegg redegjøre for mine forventninger om funn i oppgaven. I kapittel 2 vil jeg også redegjøre for, og vurdere, mitt metodiske design for den analysen jeg ønsker å utføre. Jeg vil her vurdere validiteten, reliabiliteten og anvendbarheten av den kvalitative innholdsanalysen jeg har benyttet meg av i oppgaven. I tillegg vil jeg her drøfte de mer generelle metodiske problemstillinger som vil melde seg i denne oppgaven.

I kapittel 3 vil jeg redegjøre for empirien jeg vil benytte meg av i denne oppgaven, denne empirien vil jeg periodisere som følger:

I. Empiri som, kort, beskriver bakgrunnen for "Opptappingsplanen for psykisk helse 1999 – 2006". Hvilke aktører deltok? Hvilke problemer ble definert? I tillegg vil jeg redegjøre for intensjonene som er nedfelt i "Opptappingsplanen for psykiatrien 1999 - 2006", hva skulle oppnås gjennom implementeringen av denne langtidsreformen? Hvordan skulle dette implementeres? Hvilke aktører skulle delta?

II. Dernest vil jeg fremlegge empiri som dokumenterer i hvilken grad disse intensjonene har lyktes/har blitt implementert? Den sistnevnte empiri vil innhentes gjennom en kvalitativ innholdsanalyse av offentlige devalueringssrapporter av reformen så langt i prosessen, fra artikler hentet fra ulike tidsskrifter og aviser som preger samfunnsdebatten, samt fra dybdeintervjuer med ulike aktuelle kilder.

Kapittel 4 vil i denne oppgaven være analysedelen av oppgaven. I dette kapittelet vil jeg forsøke å dokumentere ulike forklaringsfaktorer som kan bidra til å forklare psykiatireformens utfall frem til nå. Hvilke forklaringsfaktorer kan identifiseres i henhold til min problemstilling, og hvordan begrunner jeg disse funnene?

I avslutningskapittelet, kapittel 5, vil jeg forsøke "å samle trådene" fra min analyse av problemstillingen. I tillegg vil jeg her **kort** legge frem mine avsluttende refleksjoner/konklusjoner i henhold til det overordnede spørsmålet jeg reiser i min problemstilling.

Kapittel 2: Teoretiske innfallsvinkler og metode

2.1 Innledning

Årsakene til psykisk sykdom er ofte svært komplekse; en kombinasjon av arvelige - og miljømessige faktorer/disposisjoner. Å endre behandlingsapparatet for denne gruppen av pasienter, reflekterer etter min mening i stor grad sykdommene det er satt til å behandle; det er komplisert og krever sammensatte tiltak.⁴ For å forsøke å gi en god analyse av implementeringsprosessen av psykiatireformen og de vanskeligheter som har oppstått underveis i denne prosessen, har jeg derfor valgt å benytte meg av flere ulike teoretiske innfallsvinkler. I denne oppgaven vil jeg analysere min empiri opp mot tre ulike perspektiver hentet fra statsvitenskapelig organisasjonsteori. Det finnes en omfangsrik faglitteratur innenfor de utvalgte statsvitenskapelige organisasjonsteoretiske tradisjonene, og jeg har valgt å vektlegge følgende bidrag innenfor de ulike teoritradisjonene: 1) det instrumentelle perspektivet og 2) det institusjonelle perspektivet; representert ved 2a) kultur - og 2b) myteteori. Jeg velger å benytte teorier fra både det instrumentelle – og det institusjonelle perspektivet som teoretisk bakteppe, da jeg mener at disse to teoretiske retningene vil fungere godt som komplementære analyseverktøy for å bidra til å forklare min avhengige variabel; ”*lav score på grad av implementering av psykiatireformen*”. Som tidligere nevnt, er det ikke mitt formål med denne oppgaven å bevise sammenhenger, ei heller å bekrefte eller avkrefte ulike teorier, men heller i større grad å være *fenomenavslørende*. Når jeg også har valgt å skissere teoriene i kategoriene instrumentell - og institusjonell, er begrunnelsen at dette viser ulikhetene i oppfattelsen av organisasjoner som et instrument og verktøy for ledelsen på den ene siden, og viktigheten av institusjonelle faktorer på den andre siden. Det sistnevnte anser jeg som sentralt for blant annet å kunne analysere betydningen av den medisinsk – faglige profesjonens rolle i implementeringen av psykiatireformen. I dette kapittelet vil jeg presentere de ulike teoriene jeg vil benytte i oppgaven. Først vil jeg redegjøre for de ulike teoretiske utgangspunktene. For dernest, etter hver teori, å presentere mine antagelser i forbindelse med de variablene jeg anser som relevante for denne oppgaven, og som vil

⁴ ”Psykiatrien har flere ulike behandlingstradisjoner og retninger. Noen psykiatere tror på behandling gjennom sosialt nettverk og i nærmiljøet, noen på individuelle terapitimer og andre på behandling med medisiner og elektrosjokk” (Bjarte Stubhaug, leder i Norsk psykiatrisk forening i Aftenposten 12.04.2005).

bli et utgangspunkt for selve analysen i kapittel 4. Avslutningsvis, etter den teoretiske fremstillingen, vil jeg skissere en figur som oppsummerer mine forventninger til hovedfunn i analysen.

2.2 Instrumentell teori

En hovedantagelse i det instrumentelle perspektivet, er at organisasjoner blir sett på som et verktøy eller instrument for å oppnå på forhånd bestemte mål, i dette tilfelle en opptrapping av psykiatrien og omorganisering av behandlingsapparatet for mennesker med psykiske lidelser, samt sikre en *rasjonell* og *effektiv* måloppnåelse. Jeg vil her presentere et *hierarkisk-instrumentelt perspektiv*⁵. Jeg velger å utelukke forhandlingsvarianten fordi jeg ut i fra min empiri antar at den retningen ikke vil ha noen stor forklaringskraft ad denne oppgavens overordnede problemstilling. I et hierarkisk-instrumentelt perspektiv har ledelsen klare mål, god forståelse av mål – og middelsammenhenger, et godt kunnskapsgrunnlag og autoritet til å iverksette planene sine. Det vil altså være en tett kobling mellom mandat, organisering og atferd (Egeberg 1989). ”*Det instrumentelle perspektivet opptrer oftest i en hierarkisk versjon, hvor man understreker rasjonelt design, kontroll og homogenitet blant politiske og administrative toppledere*” (Christensen 1994:23).

Det å se offentlige organiseringsprosesser som planlagte og styrte, er en gammel tanke i statsvitenskapelig litteratur; representert i verker av Aristoteles, Machiavelli og konstitusjonelle teoretikere som Montesquieu og Hume (Egeberg 1984:48). Webers klassiske byråkratiteori regnes også som et av de teoretiske bidragene innenfor dette perspektivet (Meyer & Rowan 1991:42). I henhold til det instrumentelle organisasjonsperspektivet benytter ledelsen bevisst designet av den *formelle normative strukturen (FNS)* i en organisasjon som et virkemiddel for å oppnå sine mål. Det at den normative strukturen i en organisasjon er formell, vil si at forventningene som knytter seg til rolleinnhaverne er upersonlige. Det vil igjen si at de eksisterer uavhengig av de personer som til enhver tid innehar stillinger eller verv i organisasjonen (Egeberg 1984:21). Det hierarkisk-instrumentelle perspektivet innebærer også at man anser at *organisasjonsdemografien*, det vil for eksempel si utdanning og kompetansen man

⁵ Dette vil heretter bli referert til som det instrumentelle perspektivet.

finner i en organisasjon, for å være manipulerbar. I tillegg innebærer dette perspektivet at man anser at variabelen, *fysisk struktur (FYS)*, er manipulerbar. Med fysisk struktur forstås bygninger, lokaler, innredninger, maskiner og lignende (Egeberg 1989:19). Egeberg (1989:21), vektlegger videre at man kan anta at fysisk struktur (FYS), i tillegg til å ha en direkte effekt på beslutningsatferd, også kan styrke eller svekke sammenhenger mellom formell normativ organisasjonsstruktur og atferd. For eksempel kan opprettholdelse av fysisk fellesskap bidra til å svekke den formelle normative organisasjonsstrukturens evne til å kanalisere beslutningsatferden i nye spor. *Rasjonell kalkulasjon* er et annet sentralt punkt i dette perspektivet hvor organisasjoner er et instrument for ledelsen. Organisasjonsstrukturen skaper rasjonalitet gjennom å kanalisere atferd og ressurser mot predefinerte mål (Roness 1995:161). Endring blir dermed et resultat av analytiske, rasjonelle vurderinger som aktørene gjør av ulike handlingsalternativer. Ut i fra det instrumentelle perspektivets fokus på rasjonell kalkulasjon og deltakerkontroll, vil den ideelle situasjonen være om det eksisterer en tett kobling mellom struktur og atferd ved reorganiseringsprosesser. Men det å ta initiativ til, beslutte å implementere reorganiseringsprosesser er innenfor dette perspektivet derimot knyttet til to krevende betingelser; politiske og administrative ledere må for det første ha kontroll med 1) aktiviseringen av aktørene i prosessen. Den formelle deltakerstrukturen må være avklart. Dette kan de gjøre enten ved å delta selv, eller ved å kontrollere andre aktørers deltakelse. Samtidig må lederne kontrollere 2) defineringsaspektet, det vil si de må ha en viss kognitiv eller kunnskapsmessig kapasitet. Deres tenkning om problemer og løsninger i henhold til reorganiseringsprosessen må ha en mål – middel karakter, altså at det må være relativt klart hvorfor endringer foretas og hva de mulige effekter er (Christensen 1994:22). ”*Det instrumentelle perspektivet antar at det er de politiske og administrative lederne som kontrollerer endringsprosessen, samt at de har et relativt bevisst forhold til hvilke strukturelle virkemidler de skal velge og at effektene av reorganiseringen i hovedsak vil oppfylle ønskede mål*” (Christensen 1994:19). Organisasjoner og deres strukturer er i henhold til dette perspektivet et instrument for ledelsens måloppnåelse. Spørsmålet om organisering og endring vil dermed i første rekke være påvirket av mål – og situasjonsoppfatninger hos ledelsen i en organisasjon. Det vil skje en omorganisering

hvis det kommer nye ledere med nye mål, eller hvis den sittende ledelsen skifter/endrer sine mål. I tillegg vil det skje omorganisering dersom det kommer nytt innhold i kunnskapsgrunnet angående hvilke effekter aktuelle organisasjonsformer vil ha og hvordan disse kan iverksettes (Roness 1995:161). Som skissert i innledningskapittelet, vil jeg ut i fra det instrumentelle perspektivet se etter følgende predikerte forklaringsfaktorer i mitt materiale:

- Hvor stram/løs har den politisk – administrative ledelsens *styring av måloppnåelsen* i Opptrappingsplanen vært? Er mangelen på en bevisst og styrt samhandling mellom de ulike involverte aktører fra ledelses hold, en årsak til at implementeringen av reformen har vært vanskelig?
- Har implementeringen av psykiatireformen vært vanskelig fordi Stortinget – og departementet ikke har styrt og kontrollert endringene i den fysiske strukturen (FYS) i implementeringen av reformen stramt nok? Ved å *endre den fysiske strukturen* i organiseringen av de psykiske helsetjenestene, har man ønsket å skape endring i den *formelle normative strukturen* (FNS); det vil si ønske om å endre arbeidsmetodene innenfor psykiatrien. Har man klart å endre den formelle normative strukturen?

2.3 Institusjonell teori

Det institusjonelle organisasjonsperspektivet vektlegger andre forklaringer på atferd enn det den instrumentelle tankegangen påpeker. Institusjonell teori henter sine røtter fra antikken og den første systematiske tenkningen omkring det politiske liv (Peters 1999:3, Scott 1995:5–6). Man skiller som regel mellom eldre institusjonalisme (siste del av det 19. århundre) og ny – institusjonalisme (fra begynnelsen av 1980 – tallet). Arbeidene til March & Olsen (1989) framstår i dag som starten på ny – institusjonalismen innen samfunnsvitenskapen, og både kultur – og myteteori faller inn under denne betegnelsen. Innenfor det institusjonelle perspektivet tilpasser en etablert organisasjon seg langsomt i forhold til indre og ytre krefter, og denne tilpasningsprosessen gir organisasjonene et distinkt preg. Beslutningsatferden blir i det institusjonelle perspektivet forklart med at den blir påvirket av et nettverk av forhold som for eksempel menneskelig samhandling, trekk ved organisasjonene og trekk ved aktørene. Offentlige organisasjoners institusjonelle særpreg er med på å skape en stabilitet, om enn ikke stillstand, og er en motvekt mot raske endringer (March & Olsen 1989). Det institusjonelle perspektivet er dermed valgt som teoretisk bakteppe, fordi implementeringsprosessen som denne oppgaven omhandler, må kunne sies å omfatte institusjoner med langvarig, etablert organisasjonskultur. Det er for eksempel

nærliggende å tenke seg at de sentraliserte psykiatriske sykehusene innehar sine distinkte kulturelle særtrekk, skapt av sterke profesjoner.

2.3.1 Kulturteori

Fra et kulturelt – institusjonelt perspektiv vil FNS sin betydning for beslutningsatferden være betraktelig mindre enn innenfor et instrumentelt perspektiv. Organisasjoner kan innenfor dette perspektivet ikke benytte en bevisst design og struktur som instrument for måloppnåelse. Her vil organisasjonens eksistens være et mål i seg selv (Selznick 1997). Innenfor dette perspektivet vil organisasjoner bli beskrevet som institusjoner som gjennom en institusjonaliseringsprosess vil få en sjel og egenverdi der *uformelle normer og verdier* vil være viktigst for å forstå atferd, ikke FNS. I henhold til dette perspektivet, vil atferd med utgangspunkt i uformelle identiteter kunne undergrave virkningen av formell struktur og organisatorisk endring vil derfor ikke i samme grad gi seg utslag i en tilsvarende endring av beslutningsatferden. Det vil kunne forventes kulturell motstand i en institusjon preget av sti – avhengighet⁶ der design og bevisst planlegging ikke nødvendigvis vil gi seg utslag i måten institusjonen arbeider på. Organisatoriske endringer vil innenfor dette perspektivet møte motstand i institusjonens allerede innarbeidede normer, regler og rutiner, og manipulering av FNS for ønsket resultat blir dermed ikke i samme grad mulig. Endring vil samtidig ta lang tid, og samsvaret mellom ”gammel” og ”ny” struktur vil være avgjørende for hvilke effekter endringen vil gi. Innenfor dette perspektivet vil den strukturelle organisatoriske endringen fortsatt være den samme, men effektene vil være annerledes.

2.3.2 Selznicks kulturteori

Den amerikanske samfunnsviteren, Philip Selznick, regnes som kultur – teoretiker innenfor organisasjonsteorien. I sin bok ”*Leadership in Administration*” (1957) som anses som en klassiker innenfor sitt fagfelt, er Selznick spesielt opptatt av datidens forhold i ulike foretak i det amerikanske samfunnet. Selznick uttrykker i boken bekymring for at ulike former for virksomheter var i ferd med å ”vikle seg inn i evige

⁶ Se definisjon i fotnote side 12.

gjentakelser om at tross alt så er *lønnsomhet* og *effektivitet* det viktigste” (Selznick 1997:9).⁷ I boken skiller Selznick mellom en ”organisasjon” og ”institusjon”. En ”*organisasjon*” defineres som ”et enkelt og saklig system av bestemte samordnede virksomheter” (Selznick 1997:19). Denne definisjonen refererer til et utskiftbart redskap, et hensiktsmessig instrument som er utformet for å gjøre en jobb. En ”*institusjon*” defineres derimot av Selznick som ”et naturlig produkt av sosiale behov og påtrykk, en mottakelig og tilpassningsdyktig organisme” (ibid.). Selznick legger i sin bok ikke skjul på at det er enklere å ”lede” en organisasjon enn en institusjon. For som han sier det; ”*organisasjoner kan administreres, institusjonelle prosesser må ledes*” (Selznick 1997:8). Selznick argumenterer for at når en organisasjon blir fylt med verdier og normer *utover* de formelle kravene, er den i ferd med å bli en institusjon. Selznick definerer i denne sammenheng ”verdier” som ”enhver form for målsettinger eller normer som kan danne grunnlaget for felles oppfatninger og for gruppefølelsen” (Selznick 1997:92).

Institusjonaliseringsprosessene foregår som uintenderte og uplanlagte prosesser over tid, og avviker ofte fra den formelle normative strukturen (FNS); ”*Når individer blir knyttet til en organisasjon eller til en form for virksomhet som personer snarere enn som ”teknikere”, fører det til at de verdsetter den høyt for dens egen del. For den som virkelig er engasjert går organisasjonen over fra å være et redskap som alle andre, til en høyt skattet kilde til personlig tilfredsstillelse*” (Selznick 1997:27). Selznick hevder at ”testen” for om man har en virksomhet som inneholder ”verdier”, er om verdiene kan skiftes ut. Hvis en organisasjon kun er et instrument, kan den lett endres eller legges ned når et mer effektivt redskap blir tilgjengelig. Dermed kan de fleste ”organisasjoner” skiftes ut. Men ”ved innføringen av verdier, oppstår det motstand mot forandringer. Folk får en følelse av personlig tap, gruppens eller samfunnets ”identitet” later på et vis til å være krenket, det er med den største motvilje og med beklagelse at de bøyer seg for økonomiske eller tekniske hensyn” (ibid.). I denne type institusjoner oppstår interne interessegrupper på en naturlig måte. Fra

⁷ Det har blitt hevdet at Selznick i sin bok ikke leverer en helhetlig teori knyttet til lederskap, men at det vil være riktigere å betegne hans tanker om temaet mer som et perspektiv. Denne diskusjonen overlater jeg til de mer faglærde, men Selznicks tanker om lederskapets – og lederens rolle er omfattende, derfor vil den følgende teoretiske fremstillingen legge vekt på hovedelementene i hans fremstilling.

lederens synspunkt representerer disse interessegruppene energikilder som har vokst frem av seg selv, og ikke helt lar seg kontrollere av den offisielle autoriteten. Disse gruppene kan enten undergrave institusjonen, eller de kan gi den liv og styrke (Selznick 1997:75). Disse gruppenes styrke er av spesiell interesse i en omorganiseringsprosess, på grunn av de ulike gruppenes ulike interesser; ”Ordet ”omorganisering” forbindes gjerne med både angst og muligheter for gruppene og for enkeltindividet” (Selznick 1997:79). Selznick er også opptatt av begrepet ”profesjon”; hva skal til for at et yrke skal få betegnelsen ”profesjon”? Selznick definerer profesjoner som ”yrkesmessige eliter”. Elite – begrepet til Selznick indikerer et yrkes unikhhet; en profesjon er dermed ”eksklusiv”, der andre ikke kan overta dens arbeidsoppgaver. Dette gjenkjennes ved at en rekke yrker krever offentlig godkjenning for å kunne utøve det. Innen det institusjonelle perspektivet, vektlegges profesjoner som ”bærere av verdier” (ibid).

Selznick hevder at når en organisasjon har utviklet seg til å bli en institusjon, vil dette også innebære økt kompleksitet i grunnlaget for å fatte beslutninger og handlinger; lederen må da lede med en langt mer helhetlig tankegang enn kun å administrere bedriften. Lederen/ledelsen må da ta hensyn til *den institusjonelle integriteten* når avgjørelser fattes fordi; ”Samarbeidsånden i institusjonen må være fremherskende for at man skal oppnå et høyt produktivitets – og kvalitetsnivå” (Selznick 1997:13). Det er i denne sammenhengen at Selznick skiller mellom ”den effektive lederen” og ”den institusjonelle lederen” (Selznick 1997:67). Selznick argumenterer for at ”lederen for et foretak blir ”statsmann” i det han går over fra administrativ/effektiv ledelse til institusjonelt lederskap” (Selznick 1997:18). Enhver institusjon vil være unik, fordi konteksten og tilpasningen varierer. For Selznick består lederfunksjonen i nettopp dette; å forsvare å utvikle virksomhetens integritet, et samlende begrep for virksomhetens karakter og kompetanse. Selznick er svært opptatt av at institusjonens integritet ikke kan forvaltes ved hjelp av administrative logikker og ren effektivitetstankegang, men at det kreves noe ”mer”, som altså er ”ledelse” i Selznicks termer (Selznick 1997:8). Selznick hevder at når effektivitetstankegang blir svært fremtredende, fører dette til det vanskeligste og mest avgjørende problemet knyttet til lederskap i institusjoner; ”(...) skal effektivitet være det sentrale anliggende

for en rektor ved et universitet, direktøren for et stort selskap eller sjefen for et offentlig organ?” (Selznick 1997:17). Når en leder/ledelsen skal formulere institusjonens mål, er det to forhold den må ta hensyn til i følge Selznick; den interne status, ambisjonene, hemningene og kompetansen som finnes internt i institusjonen. Men ledelsen må også ta hensyn til de eksterne forventningene, som avgjør hva man skal søke eller oppnå for at institusjonen skal overleve. Men ”en klok leder”, sier Selznick ”innskrenker gjerne sin og ledelsens frihet og aksepterer ugjenkallelige former for engasjement når organisasjonens grunnleggende verdier og retningslinjer står på spill” (Selznick 1997:41). Men Selznick tilføyer at ”den kloke lederen”⁸ godtar sin institusjons egenart, om det så kun er som et utgangspunkt til å forme en strategi som vil forandre den. Som skissert i innledningskapitlet, vil jeg ut i fra det kulturelle perspektivet, se etter følgende predikerte forklaringsfaktorer i mitt materiale:

- Har implementeringen av psykiatireformen vært vanskelig fordi det eksisterer en kulturell motstand mot endring blant de ansatte ved de store, tradisjonelle psykiatriske sykehusene?
- Det har tradisjonelt eksistert en svakt utviklet kultur for samhandling mellom 1. -og 2. linjetjenesten innenfor psykisk helse-behandlingsapparatet. I hvor stor grad har mangelen på samhandling og forståelse av de ulike kulturene mellom de ulike nivåene innvirket på implementeringen av psykiatireformen?
- Har implementeringen av psykiatireformen møtt vanskeligheter fordi helsevesenet som helhet er preget av ”sti – avhengighet”; tradisjonelt sett har somatikken blitt prioritert fremfor psykiatrien. Har den nye helseforetaksorganiseringen også prioritert somatikken fremfor psykiatrien, til tross for statlig påbud om opptrapping av psykisk helse?
- Har implementeringen av psykiatireformen møtt vanskeligheter fordi den ikke har blitt ”klokt ledet”?

2.3.3 Myteteori

I et myteperspektiv er det i all hovedsak *omgivelsene* som påvirker atferden i organisasjoner, ikke formell normativ struktur (FNS). Her vil omgivelsene gi rammebetingelsene for organisasjonens faktiske atferd. Det er flere forhold i omgivelsene som vil påvirke beslutningsatferden, som økonomiske, politiske, sosiale, demografiske og teknologiske forhold. Sett fra et myteperspektiv kan vi forvente at strukturelle organisatoriske endringer som gjennomføres ved endringer av FNS, ikke

⁸Selznick har blitt kritisert for sine synspunkter på ledelse”; Ledelsesfunksjonen kan bli tildelt vel store oppgaver, og den analytiske konsekvens blir en lederforståelse som kan være både romantisk og heroisk. Selv det å bestyre pølseboder (...) ser ut til å kunne forlange ”statsmannskunst”. Her er det åpenbart noe i perspektivet man må passe seg for” (Forord av T. Sørhaug til Selznick 1997:11).

vil gi instrumentelle effekter på atferden. Strukturer vil her legge seg som et ”ferniss” og bli en form for metastruktur, der det fortsatt vil være den gamle FNS som styrer atferden i organisasjonen da den ”nye” strukturen kun opptrer som en myte (Meyer og Rowan 1991). Det som da foregår er en slags ”dekopling” og ”double talk” som balanserer snakk og handling, der snakk og handling vil være atskilt fra hverandre (Brunsson 1989). På denne måten vil ikke en ny formell struktur få effekter av instrumentell karakter for atferden i en organisasjon, men kun være tilstede som et slags ferniss (Meyer & Rowan 1991). I henhold til dette perspektivet kan man forvente seg at en institusjon/organisasjon sett utenifra kan ha fått en ”ny og moderne” struktur, mens det daglige arbeidet internt i institusjonen/organisasjonen fremdeles følger den gamle FNS som styrer handlingslogikk og målstyring. Dette medfører at organisatoriske endringer kun gjør ”innpakningen penere” uten å bidra til instrumentelle effekter slik det forventes i det instrumentelle perspektivet.

2.3.4 Meyer & Rowan; ”Institutionalized Organisations; Formal Structure as Myth and Ceremony”

Meyer & Rowans artikkel fra 1991, har fått en sentral posisjon innenfor myteteori – retningen. I denne artikkelen er Meyer & Rowan opptatt av at veksten av det de beskriver som ”rasjonelle, institusjonelle strukturer” i samfunnet, har preget måten man har organisert moderne organisasjoner på. Det har oppstått det de betegner som en *isomorfi/formlikhet* i måten å organisere ulike virksomheter på, til tross for at organisasjonene arbeider med ulike arbeidsoppgaver i samfunnsmaskineriet. Meyer & Rowan mener at det ofte oppstår generelle *myter* om hvilke organisasjonsmetoder som er best egnet; det vil si det oppstår meninger om hvilke organisasjonsstrukturer som anses som passende, adekvate, rasjonelle og nødvendige. Meyer & Rowan hevder videre at for at en organisasjon skal kunne opprettholde sin legitimitet i det moderne samfunnet, må den inkorporere ”samtidens” syn på den til enhver tid rådende organisasjonsoppfatning (Meyer & Rowan 1991:45). Man kan dermed si at det essensielle synet innenfor myteperspektivet er at ulike sosiale aktører kjemper om å vinne en form for defineringsprosess. Dette fordi teorien tar utgangspunkt i at gjentatte sosiale interaksjoner på tvers av ulike samfunnsnettverk, bidrar til å skape en

virkelighet gjennom felles fortolkninger (Meyer & Rowan 1991:47). Institusjonalisering oppfattes dermed som en prosess hvor individer aksepterer en felles definisjon av den sosiale virkeligheten. Det utvikles en form for ”ideologisk hegemoni”, og meninger om hva som er gode og dårlige organisasjonsformer utvikles (Christensen 1994:30 – 31). På denne måten får mytene legitimitet, og utøver press mot og påvirker organisasjoners fortolkning av verden. Meyer & Rowan hevder at de organisasjonene som inkorporerer institusjonaliserte myter, er mer legitime, suksessfulle og har større sjanser for å overleve, enn de som ikke gjør det (Meyer & Rowan 1991:62). En organisasjon har innenfor dette perspektivet to sett av omgivelser å forholde seg til; 1) For det første de tekniske omgivelsene som er preget av instrumentell beslutningsaktivitet innad i organisasjoner, og fokuset er her lagt på den formelle strukturens instrumentelle effekter. 2) For det andre må organisasjonene forholde seg til de institusjonelle omgivelsene, og disse er ifølge myteperspektivet de viktigste (Meyer & Rowan 1991). Myteperspektivet vil dermed hevde at organisasjoner er avspeilinger av omgivelsene. En omorganisering vil dermed innenfor dette perspektivet bli sett på som et resultat av drivkrefter i omgivelsene i retning av bruk av bestemte organisasjonsformer. Omorganisering vil finne sted hvis det er endringer i overensstemmelsene mellom organisasjonsformer og vilkårene i omgivelsene (Roness 1995:170). I boken ”Moderne organisasjoner – trender i organisasjonstenkningen ved tusenårsskiftet” (1998), har den norske statsviteren Kjell Arne Røvik gjort en omfattende empirisk studie av hvilke organisasjonsoppskrifter som ser ut til å være dominerende i vår samtid. Røviks begrepsmessige utgangspunkt er det han beskriver som ”institusjonaliserte standarder”/”organisasjonsoppskrifter” definert som ”en legitim oppskrift på hvordan man bør utforme utsnitt eller elementer av en organisasjon” (Røvik 1998:13). At en organisasjonsoppskrift er ”institusjonalisert” betyr at den ”innenfor en periode, av mange blir oppfattet og gjerne omtalt, som den riktige, den hensiktsmessige, den effektive, den moderne – og sogar den naturlige måten å organisere på” (Røvik 1998:13). Den oppfattes altså som en ”standard for sin tid”. Røvik, understreker at disse sosialt konstruerte normer for ”god” organisering gjerne oppfattes som ytre, objektive og gitte betingelser. Røvik henviser her til Meyer & Rowan, som hevder at paradokset er at det er den sterke troen

på vitenskapen og *rasjonaliteten* i vår kulturkrets som er grunnlaget for utviklingen av det moderne organisasjonssamfunnets overtro, som fører til en myteskapning rundt hvilke organisasjonsoppskrifter som er "de beste" (Røvik 1998:37). I løpet av 1990 – tallet har for eksempel reformer med klare elementer fra New Public Management (NPM)-tankegangen blitt stadig mer utbredt i det offentlige - Norge⁹. Dette er reformer som foreskriver innføring av markedsmekanismer i offentlig sektor. Disse reformelementene er koblet til kontraktsstyring og kontroll, der overordnede styrer underordnede gjennom ulike incentivsystemer (Christensen og Læg Reid 2001:69). Fokuset på organisasjon og ledelse (management - teori) nedtoner, i likhet med markedstenkingen, forskjellen mellom privat og offentlig virksomhet, og henter inspirasjon fra ledelsesteori i privat sektor. Idealet er delegering og desentralisering der mer autonome ledere har rom til å vurdere virkemidler og mer makt over ressursbruken (ibid.). Meyer & Rowan hevder dessuten at desto mer institusjonalisert et miljø er, desto mer tid og energi bruker en organisasjons elite på å lede og styre sin organisasjons offentlige image og status, og desto mindre hengivne er de til å koordinere og lede organisasjonens interne strukturer og spesialiserte aktiviteter (Meyer & Rowan 1991:62). I henhold til Meyer & Rowan, og Røviks teoretiske bidrag, vil jeg se etter følgende forklaringsfaktorer i mitt materiale:

- **Hvilke reelle endringer har skjedd ad omorganiseringen av behandlingsapparatet for psykisk helse? Har omorganiseringene innvirket på den opprinnelige formelle normative strukturen i de ulike involverte organisasjonene/institusjonene, eller har deler av reformen båret preg av å være et "ferniss"?**
- **I hvilken grad kan man hevde at ideene som ligger til grunn for Opptappingsplanen kan sies å være preget av "tidsåndens" organisasjonsoppskrifter på reise? Og på hvilken måte og områder, har dette eventuelt preget implementeringen og utfallet av reformen?**

2.3.5 Brunsson; "The Organization of Hypocrisy"

Et annet teoretisk bidrag innenfor myteteorien er artikkelen "The Organization of Hypocrisy - Talk, Decisions and Actions in Organization" (1989) skrevet av Nils Brunsson. Her fokuserer forfatteren i hovedsak på to typer av organisasjoner i det moderne samfunnet: 1) "handlingsorganisasjon" og 2) "den politiske organisasjon".

⁹ Dette kommer tydelig frem i moderniseringsprinsippet til Bondevik II – regjeringen; *troen på markedet* og konkurransens positive effekter preger reformer med basis i NPM – ideologi⁹. Klausen (2001) beskriver NPM som fundert på to søyler, der den ene fremhever argumenter knyttet til *liberalistisk markedsorientering*, mens den andre henter inspirasjon fra ledelses – og organisasjonsprinsipper fra privat sektor.

Brunsson vektlegger at dette er to idealmodeller for organisasjoner, og at ingen organisasjon dermed er rendyrket i henhold til en av de to idealtypene; men at denne inndelingen allikevel er hensiktsmessig når det gjelder å karakterisere organisasjoner i den vestlige verden i vår samtid. *En handlingsorganisasjon* er spesialisert. Den kan begrense seg til for eksempel å selge en type av produkter eller henvende seg kun til ett marked; for eksempel konsentrere seg om å selge kompetanse på en type teknikk. En fabrikk ligger nært opptil handlingsorganisasjonen som idealtipe (Brunsson 1989:18). En handlingsorganisasjon forsøker å unngå konflikt, og hvis konflikt oppstår forsøker den hardt å løse konflikten (Brunsson 1989:16). Ideologien man finner i en handlingsorganisasjon er instrumentell. Handlingen vil derfor i stor grad stemme overens med organisasjonens ideologiske ståsted. Handlingen i en slik organisasjon vil dermed reflektere snakk/prat og beslutninger i organisasjonen. For å si det tydelig; *En handlingsorganisasjon gjør generelt sett det den sier den skal gjøre* (Brunsson 1989:17). Som en konklusjon kan man si at i en komplisert verden kultiverer handlingsorganisasjoner ett enkelt perspektiv og en enkel ide om hvordan den fungerer og om hvordan dens omgivelser fungerer; Organisasjonen forholder seg til det som virker fornuftig. Denne type av organisasjon har en entusiastisk grunnholdning i stedet for en kritisk (Brunsson 1989:19). Den ideelle motpolen til handlingsorganisasjonen er den Brunsson kaller *”den politiske organisasjonen”*. Eksempler på organisasjoner som ligger nært opp til denne idealtypen er et kommunestyre, en nasjonalforsamling, en regjering og ulike styrever og topp - ledelser, *altså organisasjoner som er dypt involvert i politisk atferd og beslutninger* (Brunsson 1989:20). Den politiske organisasjonen har ikke noe behov for å produsere koordinerte handlinger, dens eneste basis for legitimitet er at den reflekterer *inkonsistente normer* (ibid.). I den politiske organisasjonen bruker man mye tid på *analyse og intellektualisering*; man snakker om problemer heller enn å løse dem. Den politiske organisasjonen rekrutterer sine medlemmer, og sin ledelse, i henhold til ”prinsippet om konflikt”. For eksempel vil en nasjonalforsamling bestå av medlemmer fra ulike politiske partier. Konflikten mellom organisasjonens medlemmer er viktig, ikke bare for organisasjonens legitimitet, men også for det enkelte, individuelle organisasjonsmedlems legitimitet. Hvis representanter for fagforeningene alltid stemmer **med** ledelsen, ville de raskt miste

sine medlemmers tillit (Brunsson 1989:21). Den politiske organisasjonen er derfor multi – ideologisk; den inkluderer mange ideer om organisasjoners natur, omgivelser og om hva organisasjoner bør gjøre. Brunsson karakteriserer derfor den politiske organisasjonen som *intellektuell*, fordi; 1) den omfavner flere ideologier samtidig, 2) den følger ”beslutningsrasjonalitet” ikke ”handlingsrasjonalitet” og 3) den er opptatt av problemer. *Problemer*, ikke løsninger, er den politiske organisasjonens styrke. Den politiske organisasjonen har en forkjærlighet for problemer som er ”uløselige”. For eksempel: ”Hvordan skal man holde arbeidsledighetsnivået og inflasjonen på et lavt nivå på en og samme tid?” eller ”Hvordan skal man forhindre kriminell atferd?” (Brunsson 1989: 22 -24).

Men det finnes også et element av ”depresjon” i den politiske organisasjonen, siden den er involvert i problemer den ikke kan løse. Organisasjonsmedlemmene blir ofte usikre, de vet ikke helt hva som bør gjøres (ibid.). Den politiske organisasjonen genererer ikke konkrete produkter så som handlingsorganisasjonen. En politisk organisasjon produserer mer abstrakte ”produkter”, så som ideologier, prat og avgjørelser. En nasjonalforsamling eller et kommunestyre gjør veldig lite annet enn å prate og å fatte beslutninger/avgjørelser. Ofte vil den politiske organisasjonen forsøke å møte inkonsistente normer ved å tilby inkonsistente produkter, det vil si inkonsistente handlinger, prat og avgjørelser/beslutninger. Dette kan foregå bevisst eller ubevisst fra den politiske organisasjonen sin side. Det er dette Brunsson kaller ”*double talk*” eller ”*doble standarder*” (Brunsson 1989:26). ”Double talk” er spesielt populært i politiske organisasjoner, fordi inkonsistente ideer ofte reflekteres enklere i form av ideologier enn i form av produkter. Å frembringe produkter som tilfredsstillende motstridende krav er generelt sett vanskelig og nesten alltid kostbart. Det er heller ikke vanskelig å fatte inkonsistente avgjørelser/beslutninger, i hvertfall ikke så lenge avgjørelsene ikke er implementert (ibid.). I den politiske organisasjonen kan man, i følge Brunsson, heller forvente å finne inkonsistens mellom disse virkemidlene (Brunsson 1989:27). For å reflektere inkonsistens i omgivelsene kan den politiske organisasjonen prate på en måte som tilfredsstillende ett krav, for så å beslutte på en måte som kan tilfredsstillende et annet krav, og levere ”produkter” som tilfredsstillende et tredje krav. Det er dette Brunsson definerer som ”*organisatorisk hykleri*”. Handlinger finner

sted ”her og nå”, mens prat og beslutninger i den politiske organisasjonen ofte knyttes til fremtiden (Brunsson 1989:28). Brunsson hevder videre at den formen for inkonsistens, ”double talk” og ”hykleri”, som man kan finne i den politiske organisasjonen, ikke nødvendigvis er resultat av en bevisst taktikk. Det kan simpelthen bety at menneskene i organisasjonen innehar ulike verdier, interesser og ideer, og at dette kan prege deres handlinger uten at dette gir grobunn for en ”konspirasjonsteori”. Ulike enheter i organisasjonen kan forventes å prate, beslutte og produsere uavhengig av hverandre og derfor med gjensidig inkonsistens (ibid.). Men Brunsson hevder også at hykleri blir benyttet som en **bevisst** taktikk som en ”løsning” på problemet i henhold til de inkonsistente normene som den politiske organisasjonen opplever. For eksempel mener Brunsson at ”hykleri” som taktikk ofte er et nyttig virkemiddel for en politisk organisasjon hvis den ønsker å vise seg ”handlekraftig” i henhold til kompliserte problemstillinger som krever en løsning i et fremtidsperspektiv. Å snakke om fremtiden betyr å prate om noe som ikke eksisterer. Hvis ”dagens handling” tilfredsstiller noen krav, men ikke andre, kan man alltid snakke om noen ”fremtidige handlinger” som vil møte de kravene som per dags dato **ikke** er tilfredsstilt. Det å love forbedringer kan være en måte å håndtere inkonsistens på (ibid). Brunsson er opptatt av at det moderne samfunnet i økende grad er i ferd med å bli fragmentert i grupperinger og spesialinteresser som krever oppmerksomhet fra staten (Brunsson 1989:1). Disse kravene fra omgivelsen kan være omfattende og inneholde svært vanskelige problemstillinger. Derfor, hevder Brunsson, vokser det frem mekanismer som ”double talk” og ”hykleri” fordi dette er mekanismer som representerer måter å håndtere inkonsistens mellom institusjonelle normer og det gjeldende *kravet om effektivitet* (Brunsson 1989:8). Som skissert i innledningskapittelet, vil jeg ut i fra myteteori¹⁰, se etter følgende predikerte forklaringsfaktorer i mitt materiale:

- **I hvilken grad finner man at ”double talk” og ”hykleri” har blitt benyttet som en bevisst/ubevisst taktikk fra de ulike aktørene ad Opptrappingsplanen, for på den måten å håndtere problemene knyttet til implementeringen av reformen?**

¹⁰ Innenfor det institusjonelle perspektivet ser myteperspektivet institusjoner som formlike, mens kulturperspektivet forstår institusjoner som unike.

Tabell 2.3.6: Oppsummering av mine forventninger til hemmende faktorene ad implementeringen av psykiatrireformen i henhold til de ulike perspektivene.

	Det instrumentelle perspektivet:	Det kulturelle – institusjonelle perspektivet:	Det myteteoretiske perspektivet:
Forventninger til <u>hemmende faktorer</u> ad implementeringen av psykiatrireformen i henhold til de ulike perspektivene:	Mangel på <i>kontrollert målstyring</i> fra ledelseshold av tiltakene som skal/skulle implementeres både i fysisk struktur (FYS) og i formell normativ struktur (FNS).	<i>Kulturell motstand mot endring</i> blant de ansatte ved de store, sentraliserte psykiatriske sykehusene./ Kulturell motstand fra kommunalt nivå ad nye oppgaver innenfor psykisk helse.	Deler av psykiatrireformen bærer preg av å være et <i>"ferniss"</i> /mer preget av <i>"tidsåndens organisasjonsmoter"</i> enn faktiske endringer.
		<i>Mangel på samhandling</i> mellom 1. og 2. linjetjenesten innenfor psykisk helse/ <i>Mangel på samhandling</i> mellom de ulike administrative nivåene involvert i reformen.	<i>"Double talk"</i> og <i>"hykleri"</i> benyttet som både bevisst og ubevisst strategi fra de ulike aktørene i Opptappingsplanen for å håndtere problemene i psykiatrien.
		Helsevesenet preget av <i>"stihengighet"</i> ; somatikk prioritert fremfor psykiatri. Reformen <i>ikke "klokt ledet"</i> .	

Som teoretisk bakteppe i denne oppgaven vil jeg altså benytte instrumentell, kultur - og myteteori hentet fra organisasjonsteorien. Jeg ser imidlertid at det i denne oppgaven også kunne ha vært relevant å benytte *"garbage-can"-perspektivet*; hendelser kommer ikke nødvendigvis i en forventet logisk orden, *irrasjonalitet* er også er et naturlig trekk ved reorganiseringsprosesser (March og Olsen 1989:2). Imidlertid velger jeg å utelate dette perspektivet av plassmessig hensyn, da jeg anser at det kulturteoretiske perspektivet vil dekke deler av denne reformprosessens *"irrasjonalitet"*.

2.4 Kilder, data og metode

Wilhelm Aubert har skrevet; " En metode er en fremgangsmåte, et middel til å løse problemer og komme frem til ny kunnskap. Et hvilket som helst middel som tjener dette formålet, hører med til arsenalet av metoder " (Andersen 1997:5). Studien som er gjennomført i denne oppgaven kan karakteriseres som en casestudie i den forstand at det er kun ett "case" eller tilfelle som studeres. Man kunne tenke seg en studie der man tok for seg en rekke reformprosesser og så på kun noen få egenskaper ved disse. Det utfordrende med en casestudie er imidlertid at man har få eller en enhet og mange variabler, og det kan dermed være vanskelig å systematisere de data man samler inn. Casestudier kan sees mer som en tilnærming enn som en metode (Andersen 1997). Utfordringen jeg innledningsvis i denne oppgaven har hatt med å spesifisere de

uavhengige variablene og forholdet mellom dem, reflekterer nok i stor grad min tilnæringsmåte. Grensen mellom fenomen og kontekst er ofte uklar (Andersen 1997). Jeg har allikevel predikert noen antagelser om mulige forklaringer som kan bidra til å forklare min avhengige variabel. Men jeg anser det som svært sannsynlig at jeg i løpet av analysen også vil finne forklaringsfaktorer som ikke ble predikert på forhånd. Mitt valg av metodisk tilnæringsmåte begrunnes nettopp i at jeg ser det som interessant å identifisere mulige forklaringsfaktorer i henhold til min avhengige variabel. Som nevnt i innledningskapitlet vil denne oppgaven være av eksplorerende karakter, mine intensjoner i denne oppgaven vil ikke være å bevise sammenhenger, men heller å gi et bilde av implementeringen av psykiatireformen frem til nå, og å være fenomenavslørende i henhold til hvilke vanskeligheter denne implementeringsprosessen har møtt.

Empirien i denne oppgaven er i hovedsak hentet fra tidsperioden fra 1998 (da Opptappingsplanen for psykisk helse 1999 - 2006/St.meld. nr. 25 ble vedtatt av Stortinget) frem til sommeren 2005. Den empiriske fremstillingen inneholder da en beskrivelse av hvilke aktører som tok initiativet til "Opptappingsplanen for psykisk helse" og hvilke løsningsforslag som ble definert, men hovedvekten av den empiriske fremstillingen vil vektlegge selv implementeringsprosessen av reformen. Kildefundamentet i denne oppgaven er basert på semi – strukturerte dybdeintervjuer med informanter fra de ulike forvaltningsnivåene som har vært involvert i implementeringsprosessen av Opptappingsplanen for psykisk helse; Helse – og omsorgsdepartementet, flere av de statlige helseforetakene og Kommunenes Sentralforbund. I tillegg har flere respondenter for de ulike interesseorganisasjonene på området blitt intervjuet, samt respondenter fra det medisinsk – faglige miljøet og flere medlemmer av Helse – og sosialkomiteen på Stortinget. Jeg har valgt å utføre kvalitative intervjuer i møte med mine respondenter. Jeg har valgt denne metoden fordi jeg mener at jeg på denne måten best ville få tilgang på den informasjonen jeg har søkt å få fra mine respondenter. Grønmo (1996:94) skriver at "*kvantitative data ikke gir noe særlig godt grunnlag for forståelse av dynamiske forhold, prosesser eller av samhandlingsmønstre*". Grønmo er videre opptatt av at kvantitative analyser kan bli noe overflatiske som metodisk opplegg i når man innenfor samfunnsvitenskapen skal studere prosesser (ibid). I henhold til denne argumentasjonen anser jeg at et kvalitativt metodeopplegg

har egnet seg best for denne studien. I alt har 14 informanter blitt intervjuet. Spørsmålene i intervjuene har i hovedsak vært åpne, og alle informantene har fått de samme spørsmålene som et utgangspunkt for samtalene våre. Yin (1989) hevder at åpne intervjuer egner seg best til å fange opp nyanser. Mordal (1989) skriver; *”Den viktigste fordel med åpne spørsmål, er at de gir forskeren en mulighet til å la respondentene svare på sin egen måte. Det viktigste målet for et intervju, er å la respondentene få anledning til å gi sine egentlige svar og fortelle hva nettopp de mener”* (Mordal 1989:101). Mordal er videre opptatt av at åpne spørsmål egner seg best for å få fram usikkerhet, betingelser og lignende, som knytter seg til en bestemt mening eller holdning (ibid.). Valget av bruken av åpne spørsmål i mitt intervjudesign, begrunnes derfor ut i fra det informasjonsbehovet jeg har søkt å få dekket. I gjennomsnitt har intervjuene vart i halvannen til to timer. Informantene i oppgaven ble valgt fordi de innehar mye kunnskap og informasjon om implementeringsprosessen av psykiatireformen, som er mitt hovedanliggende i denne oppgaven. Jeg har også intervjuet to eller flere informanter fra hvert forvaltningsnivå/fag - og organisasjonsmiljø. Alle informantene innehar sentrale stillinger i sin organisasjon. Jeg har lovet alle mine informanter konfidensialitet. Når det henvises til intervjuer som kilder i denne oppgaven, deler jeg derfor respondentene inn i tre ulike ”grupperinger”. Når det henvises til intervjuer med kilder fra de ulike forvaltningsnivåene eller med de ulike politikerne, vil dette betegnes som ”intervju Pol.Adm.”, når det henvises til intervju med de medisinsk - faglige aktørene vil betegnelsen ”intervju Med.Fag.” bli benyttet, og når det henvises til intervjuer med representanter for de ulike interesseorganisasjonene vil betegnelsen ”intervju Intr.Org.” tas i bruk. Jeg har gjort opptak av alle intervjuene med minidisk, intervjuene har deretter blitt transkribert og analysert, slik at jeg har fått god oversikt over mine funn. Alle intervjuene ble gjort i løpet av tidsperioden mars til og med juni 2005. Intervjuene er videre supplert med annet kildemateriale i form av ulike offentlige dokumenter (innstillinger, proposisjoner, uavhengige rapporter, NOUer og Stortingsmeldinger), i tillegg til ulike avisartikler og artikler fra fagtidsskrifter. De skriftlige kildene har bidratt til å avdekke hvilke argumenter, standpunkter, holdninger eller verdier som har vært sentrale og dominerende i implementeringsprosessen som er gjenstand for analysen i kapittel 4. Empirien dekker da initiativfasen til reformen, men

hovedvekten av min empiri beskriver selve implementeringsprosessen av ”Opptrappingsplanen for psykisk helse 1999 – 2006”.

I mitt arbeide med å samle inn data, har jeg etterstrebet å benytte meg av flere typer av kilder, såkalt *metodetriangulering*, for på den måten å styrke studiens reliabilitet og validitet. ”Opptrappingsplanen for psykisk helse” er en reform som har blitt heftig debattert i media, samt at det foreligger flere offentlige rapporter - og del - evalueringsrapporter av reformen så langt i prosessen. Min vurdering er at dette materialet absolutt lar seg analysere, og at denne sekundærempien i stor grad vil bidra til å belyse den kritikken og debatten som har vært knyttet til psykiatireformen og implementeringen av denne. Yin (1989) hevder at hvis ulike kilder dokumenterer det samme, vil dette styrke empiriens validitet. Disse skriftlige kildene vil jeg analysere ved hjelp av en kvalitativ innholdsanalyse, og dette blir å anse som min hovedtilnærming. Fordi jeg har benyttet meg av et mangfold av kildematerial, anser jeg etterprøvbareheten av min empiri og mine funn i denne oppgaven, for å være god. Reformen som i min oppgave studeres, kan beskrives som "lav grad av implementert", fordi flere offentlige, statlige rapporter på mange områder har karakterisert reformen slik, i tillegg til at brukerorganisasjonene og ansatte i psykiatrien samlet er svært krasse i sin kritikk av reformen. Jeg har vært klar over at et metodisk problem som kunne oppstå, er at flere av de personene jeg ønsket å intervju kunne være redde for at de skulle fremstilles som "syndebukker". Jeg har derfor gitt alle respondentene løfte om konfidensialitet, og jeg har derfor stilt alle informantene i hovedsak åpne spørsmål og ikke fremstilt min studie som en "heksejakt". Studiene har selvfølgelig som utgangspunkt at alle de teoretiske tilnærmingene jeg benytter i analysen skal vektlegges i like stor grad. I sin bok ”Casestudier og generalisering” av Svein. S. Andersen (1997), skriver han følgende om case – studiets natur; *”Når et område har vært gjenstand for omfattende studier, finnes det (i det minste forsøksvis), en avgrensing av univers, operasjonaliseringer og empiri som en ny studie kan bygge videre på”* (Andersen 1997:85). Det er mitt ønske at denne studien kan være et lite bidrag i så måte ad å fremskaffe kunnskap om implementeringsprosessen tilknyttet ”Opptrappingsplanen for psykisk helse 1999 - 2006”.

Kapittel 3: Empirisk fremstilling av bakgrunnen for og implementeringen av "Opptappingsplanen for psykisk helse 1999 – 2006"

3.1 Psykiatrireformen – en prosessbeskrivelse

I dette kapittelet vil de empiriske fakta som ligger til grunn for den reformprosessen som denne oppgaven omhandler, bli fremstilt i "store linjer". Det innebærer at detaljer og enkeltforhold som kan være av interesse, men ikke av avgjørende betydning, er utelatt av plassmessige hensyn. Når det gjelder hvilke forventninger jeg har til funn i det empiriske materialet jeg presenterer her, ble det grundig redegjort for i kapittel 2, teoridelen av oppgaven. Den empiriske fremstillingen i dette kapittelet vil i hovedsak være kronologisk; basert på sekundæmpiri som foreligger om oppgavens tematikk i form av offentlige devalueringssrapporter av reformen o.l, og suppleres med respondentenes synspunkter ad de ulike områdene i reformprosessen. Innledningsvis vil jeg beskrive initiativfasen til "Opptappingsplanen for psykisk helse 1999 – 2006", men hoveddelen av denne empiriske fremstillingen vil vektlegge de hendelser og faser som i størst grad ser ut til å ha preget implementeringsfasen/prosessen av denne reformen på et overordnet nivå.

3.2 Initiativfasen (1997 – 1998)

3.2.1 Bakgrunn - Hvilke aktører tok initiativet til reformen?

Et enstemmig Storting vedtok i 1998 en omfattende opptappingsplan for psykiatrien i Norge. "Opptappingsplanen for psykisk helse 1999-2006", eller "Psykiatrireformen", skulle innebære et kraftig løft for behandlingstilbudet for mennesker med psykiske lidelser; være seg barn, ungdom eller voksne. I Opptappingsplanen ble det vedtatt at hele 24 milliarder kroner skulle bevilges til psykiatrien fordelt over en åtte års periode. Reformen skulle etter planen være ferdig implementert i 2006. Empirien viser at reformen i utgangspunktet ble fremmet fra politisk hold, etter mangeårig press fra ulike bruker – og interesseorganisasjoner for mennesker med psykiske lidelser. Utgangspunktet for Opptappingsplanen var Stortingsmelding nr. 25 (1996-97) "Åpenhet og helhet – Om psykiske lidelser og tjenestetilbudene", utarbeidet av daværende Sosial – og helsedepartement under ledelse av helseminister Gudmund Hernes (Ap). Denne stortingsmeldingen konkluderte med at antallet døgnplasser ved psykiatriske institusjoner, hadde gått ned fra 31.880 plasser i 1977 til 29.800 plasser i

1995 (St.meld. nr. 25 (1996-97):59). Tall fra SINTEF–NIS viste også at det i perioden 1991 til 1995 hadde vært en økning hvert år i antallet pasientopphold i døgnavdelingene, på tross av nedgangen i antallet døgnplasser (ibid.). Sosial - og helsedepartementet konkluderte med følgende ad denne situasjonen: *”Det er store fylkesvise forskjeller både i antall plasser i forhold til innbyggertallet, hvordan tjenestene til pasienter med psykiske lidelser er organisert, og hvor langt fylket har kommet i å bygge opp tjenestene utenfor institusjonene”* (St.meld.nr. 25 (1996-97):65). Videre het det; *”(...) det må anses for å være dokumentert at det er store strukturproblemer innen psykisk helsevern for voksne, med feilplassering av mange pasienter. I sykehusavdelingene er det et stort antall pasienter som burde vært ved andre avdelingstyper, og ved langtidsinstitusjonene er det et stort antall pasienter som primært trenger kommunal omsorg”* (ibid.). Meldingen konkluderte med at det var *”svikt i alle ledd”* og at *”hard lut måtte til”* (ibid.)

Intervjuer med mine 14 respondenter viser at det var en sterk konsensus hos alle de involverte aktørene i denne reformen. Fra Helse – og omsorgsdepartementet, stortingspolitikere, kommunene, bruker - og interesseorganisasjonene og fra det medisinsk - faglige miljøet, var det enighet om at det psykiske helsevesenet i Norge måtte forbedres; *”(...) mitt bestemte inntrykk er at det var en unison enighet om at noe måtte gjøres med tilbudet til de psykisk syke, spesielt de alvorligste syke; pasienter med diagnosen schizofreni, manisk – depressiv lidelse og lignende”* (intervju Pol.Adm.). En annen respondent uttrykker det slik; *”(...) hvis man ser på historien så har det jo skjedd en avinstitusjonalisering over lang tid i Norge, både med HVPU – reformen på tidlig 1990 – tallet, og med handlingsplanen for eldreomsorg nå sist. Så psykiatrien er på en måte den siste skansen som står igjen. Det er på en måte den siste ”loftsryddingen” som skal skje nå ”* (intervju Pol.Adm.). Med bakgrunn i redegjørelsen og dokumentasjonen i Stortingsmelding nr 25: (1996-97), gikk derfor departementet inn for å fremme en overordnet, statlig målsetning for utviklingen av en psykiatrisk spesialisthelsetjeneste for voksne. Departementet mente at et samordnet psykisk helsevesen for voksne burde bestå av tre hovedelementer; 1) psykiatriske sykehusavdelinger, som skulle være faglig og funksjonelt integrert i de alminnelige akuttsykehusene (region, sentral og eventuelt lokalsykehus). 2) Økt satsning på

distriktpsikiatriske sentre (DPS), som burde være en del av lokalsykehuset der det var naturlig, eller en frittstående institusjon, i tillegg til økt bygging av omsorgsboliger for denne pasientgruppen i kommunene, og 3) jevn dekningsgrad i hele landet av privatpraktiserende psykiatere og spesialister i klinisk psykologi med driftsavtale med fylkeskommunen.

Da Stortingsmelding nr. 25 ble lagt frem våren 1997, ble den møtt med massiv kritikk fra fagfolk, pasienter, pårørende, Sosialkomiteen og andre politikere. Ikke på grunn av sitt faglige innhold, men fordi den ikke inneholdt forslag om økte bevilgninger. Det ble dermed fryktet fra flere hold at denne reformen skulle bli en ”humanitær papirdemonstrasjon”. Stortinget sluttet seg til kritikken og fattet et enstemmig vedtak som påla regjeringen å: 1) legge frem en kostnadsanalyse, 2) en handlingsplan for gjennomføring av endringsforslagene, samt 3) en økonomisk forpliktende opptrappingsplan (Rådet for psykisk helse 1998).

3.2.2 Oppsummering

De sentrale aktørene/initiativtakerne i initiativfasen til psykiatireformen var altså i hovedsak: Bruker - og interesseorganisasjonene og politikere fra ulike politiske partier på Stortinget. Et enstemmig Storting sto bak vedtaket om en Opptrappingsplan for psykiatrien. I tillegg var både Stoltenberg – regjeringen og Bondevik - regjeringen I pådrivere i reformprosessen, samt daværende Helse – og sosialdepartementet og sosialkomiteen på Stortinget.

3.2.3 Defineringsaspektet - Hvilke løsningsforslag ble fremmet?

Selve Opptrappingsplanen som ble vedtatt i 1998, ved behandlingen av St. prp. nr. 63 (1997-98), bygde i hovedsak på anbefalingene i St.meld. nr. 25 (1996-97). Men Opptrappingsplanen spesifiserte i langt større grad hva som ble regnet for å være hovedproblemene i den norske psykiatrien, hvilke tiltak som skulle settes ut i livet og hva dette ville koste. Opptrappingsplanen som ble vedtatt inneholdt følgende mål frem til 2006. Det skulle opprettes:

I kommunene - for voksne pasienter med psykiske lidelser:

- 3400 flere årsverk i hjemmetjenesten
- 3400 nye omsorgsboliger for mennesker med psykiske lidelser
- 4500 flere brukerplasser ved dagsenter
- 10 000 flere personer skulle få tilbud om støttekontakt
- 15 000 flere skulle få tilbud om kultur – og fritidstiltak
- Styrking av behandlingstilbudet i kommunene med 184 psykologer og 125 flere psykiatriske sykepleiere og annet høyskoleutdannet personell.

I fylkeskommunene – for voksne pasienter med psykiske lidelser:

- Ombygging, samt nybygging av 251 døgnplasser i sykehus
- Kvalitativ styrking og omstrukturering av døgntilbudet med utbygging av de distriktpspsykiatriske sentrene (DPS), 1133 nybygg, med 2065 nye DPS – plasser, ingen videre nedbygging av sengetallet ved institusjonene.
- 50 % flere polikliniske behandlinger
- 50 % flere privatpraktiserende psykiatere og psykologer med driftsavtale
- Styrking av tilbudet til grupper med særlige behov

(St.prp.nr 63 1997 – 1998:22-23)

Tidligere hadde behandlingstilbudet og helsetjenester til pasienter med psykiske lidelser i hovedsak blitt gitt av spesialisthelsetjenesten/2.linjetjenesten ved de store, sentraliserte behandlingstilbudene. På grunnlag av Opptappingsplanens intensjoner, skulle nå behandlingstilbudet til denne pasientgruppen i langt større grad desentraliseres, slik at pasienter med psykiske lidelser skulle kunne få behandling i lokalmiljøet sitt. Primærhelsetjenesten/1.linjetjenesten skulle dermed i sterkere grad involveres i behandlingen og omsorgen knyttet til pasienter med psykiske lidelser enn tidligere. Deler av de eksisterende sentraliserte psykiatriske sykehusene skulle imidlertid opprettholdes ”i noen grad”. Men den nye modellen ville innebære en stor omstrukturering både i form av ny bygningsmasse, og nye arbeidsmetoder for de ansatte i psykiatrien.

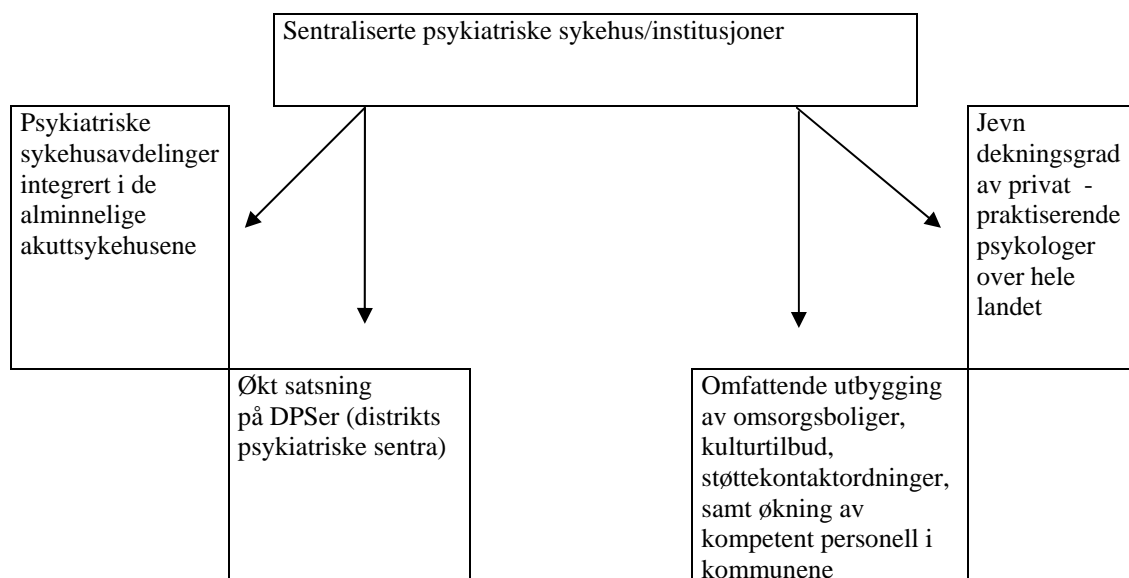
3.2.4 Oppsummering

Som denne fremstillingen viser, inneholdt Opptappingsplanen en svært omfattende oppjustering av tjenestene for voksne pasienter med psykiske lidelser, og dermed en sterk reformering av det psykiske helsevesenet¹¹. Et av hovedmålene i Opptappingsplanen innebærer i stor grad en omstrukturering av de gamle, tradisjonelle psykiatriske institusjonene, for å erstatte dette behandlingstilbudet med et

¹¹ For ytterligere detaljert beskrivelse av hvilke flere tiltak Opptappingsplanen inneholdt, se; St.meld. nr 25 (1996-97) ”Åpenhet og helhet – Om psykiske lidelser og tjenestetilbudene”, St.prp. nr 63 (1997-98) ”Om opptappingsplan for psykisk helse 1999 – 2006” og ”Verdig Liv” – rapporten fra Rådet for psykisk helse 2004.

tjenestetilbud for pasienter med psykiske lidelser i desentraliserte enheter i kommunene og ved såkalte DPSer. Målet med denne behandlingssideologien, er at pasienten i størst mulig grad skal få behandling i tilknytning til lokalmiljøet sitt. Intensjonene i planen må kunne karakteriseres som svært gode, og planen ble møtt med begeistring av interesseorganisasjoner og fagmiljøene;" (...) *vedtaket i Stortinget er meget gledelig. Endelig kan det se ut som psykisk helsevern og mennesker med psykiske lidelser har fått de politiske vedtak en har etterlyst i årevis*" (Rådet for psykisk helse 1998).

Modell 3.2.5: Ny organisering av det psykiske helsevernet i henhold til Opptrappingsplanens intensjoner; fra sterk sentralisering til økt desentralisering av behandlingstilbudet:



3.3 Implementeringsfasen (1999 – 2005) - Psykiatrien mellom medisin, økonomi og politikk

Siden Opptrappingsplanen er en reform hvor implementeringen av tiltakene er fastsatt til å ta flere år, vil implementeringsfasen nødvendigvis bære preg av å være omfattende, samt involvere mange aktører. Opptrappingsplanen blir av alle respondentene i min oppgave karakterisert som mye mer omfattende, kompleks og sammensatt, enn tidligere helsereformer man har hatt i Norge frem til nå. Opprinnelig skulle reformen være ferdig implementert i 2006, men planperioden er nå utvidet til 2008 for å klare å gjennomføre reformens kvantitative og kvalitative mål. I den videre redegjørelsen velger jeg derfor å vektlegge ”de store linjene” på et overordnet/makronivå og de forhold som empirien, etter min vurdering, viser har vært

av størst betydning for implementeringen av reformens tiltak frem til juni 2005. Det er viktig å merke seg at det innenfor denne oppgavens rammer ikke er mulig å dekke alle nyansene i denne prosessen.

3.3.1 Øremerkede tilskudd

I psykiatrimeldingen ble det foreslått at øremerkede tilskudd skulle ha en sentral rolle i den videre utbygging av tilbudet til mennesker med psykiske lidelser. I Innst. S. nr. 25 (1996-97) uttrykte et flertall i Sosialkomiteen støtte til dette prinsippet. I Opptappingsplanen gikk Stortinget inn for at kommunene skulle tildeles driftsmidler til gjennomføring av tiltak til brukere med psykiske lidelser, gjennom en økning av de eksisterende øremerkede tilskuddsordningene.¹² (St.prp.nr.63(1997-98):27). Opptappingsplanen innebar blant annet at det på landsbasis skulle bygges 3400 nye omsorgsboliger i kommunene for mennesker med psykiske lidelser i løpet av planperioden. Denne ordningen skulle innebære at Staten samlet sett skulle dekke kommunenes investeringskostnader med opp til 740 000 kroner pr. omsorgsbolig. Staten ville imidlertid kreve en politisk vedtatt psykiatriplan fra kommunene for at et tilskudd skulle utbetales (St.prp.nr. 63 (1997-98):27). Opptappingsplanen innebar at det også skulle investeres om lag 3.7 milliarder kroner til fylkespsykiatrien i løpet av den gitte planperioden. Samlet sett skulle fylkeskommunene få dekket utgiftene til investeringer som følge av Opptappingsplanen, gjennom 60 % statlig refusjon og 40 % gjennom styrking av frie inntekter. Denne ordningen skulle utvides til å omfatte psykiatriske sykehus/sykehusavdelinger med virkning fra 1. januar 1999. Planer og prosjektsøknader skulle da behandles og godkjennes av daværende Sosial – og helsedepartementet. Det skulle opprettes et særskilt sekretariat for å dekke denne funksjonen (St.prp.nr. 63 (1997-98):28).

3.3.2 Resultatoppfølging

Fra sentrale myndigheters hold ble det vektlagt at departementet fortløpende skulle følge opp Opptappingsplanen gjennom de mål og resultatkrav som ville bli stilt for tilskuddsordningene, samt at de ville overvåke gjennomføringen av kommunale og

¹² Det ville kreves en politisk vedtatt psykiatriplan for at tilskuddene skulle utbetales (St prp nr 63 1997 – 98:27).

fylkeskommunale planer. Det skulle etableres et eget evalueringsprogram for å følge effektene av Opptappingsplanen etter hvert som planen ble gjennomført, og eventuelt justere bruken av virkemidlene. I tillegg ble det vektlagt at samarbeid med Kommunenes Sentralforbund, KS, når det gjaldt oppfølgingen av kommunesektorens arbeid med å realisere intensjonene i psykiatrimeldingen og Opptappingsplanen, skulle vektlegges. Det ble også vedtatt at fylkeslegene skulle bistå kommunene i planprosessen, og det ble avsatt midler på 1998-budsjettet til opprettelse av veilederstillinger hos fylkeslegene for dette arbeidet. Det skulle også etableres et eget sekretariat i departementet som skulle bistå fylkeskommunene i utformingen av planene for omstrukturering og styrking av tjenestetilbudet innenfor psykisk helsevern. Departementet vektla at de nøye ville følge ressursbruken og produktivitetsutviklingen framover (St.prp.nr. 63 (1997-98):29).

3.3.3 Resultatet av implementeringen - Riksrevisjonens devaluering

I 2002 fremla Riksrevisjonen Dokument nr. 3:5 (2002-2003), dette var Riksrevisjonens undersøkelse av det psykiske helsevernet – ”Opptappingsplanen 1999 – 2006; en evaluering av Opptappingsplanen halvveis ut i reformperioden”. I sin evaluering undersøkte Riksrevisjonen blant annet om departementets tilrettelegging og oppfølging av det fylkeskommunale planarbeidet i tilstrekkelig grad hadde bidratt til en effektiv gjennomføring av Opptappingsplanen. Riksrevisjonens evalueringsrapport så spesielt på den planlagte kapasitetsutbyggingen av DPSer, når det gjaldt døgnbehandling, dagbehandling, poliklinikk, personellsituasjon og økonomien i planene. Riksrevisjonen vektla at selv om de regionale helseforetakene hadde overtatt ansvaret for den psykiatriske spesialhelsetjenesten fra 2001, skulle de fylkeskommunale planene fortsatt ligge til grunn for den videre gjennomføringen av psykiatireformen. De øremerkede tilskuddsordningene på området skulle dermed løpe som før. Riksrevisjonens rapport konkluderte med følgende, tre år ut i reformperioden; 1) Bare noen få av fylkeskommunene hadde kartlagt befolkningens behov for psykiatriske tjenester slik Opptappingsplanen forutsatte, planene redegjorde i varierende grad for den planlagte kapasitetsøkningen for døgn – og dagbehandling. 2) Ingen av de fylkeskommunale planene gav en total oversikt over den planlagte personelløkningen

fordelt på yrkesgrupper og behandlingstilbud. 3) Fire av landets fylkeskommuner hadde planlagt med lavere driftsutgifter innenfor psykisk helsevern enn det Opptappingsplanen gav grunnlag for. Tre fylkeskommuner hadde ikke planlagt noen økning i driftsutgiftene i det hele tatt. 4) Samordningen mellom primær - og spesialisthelsetjenesten (1.- og 2. linjetjenesten) er et av hovedmålene i Opptappingsplanen, og en av hovedutfordringene i den pågående DPS - utbyggingen. Rapporten viste at forslag til konkrete tiltak for hvordan samordningen mellom primær – og spesialisthelsetjenesten skulle forbedres, manglet i mer enn halvparten av planene. 5) Riksrevisjonens undersøkelser viste at det hadde vært svært lite samarbeid på planstadiet for å oppnå en god samordning av tjenestetilbudene mellom kommune og fylkeskommune. Riksrevisjonen konkluderte i sin rapport med at kapasitetsøkningen i det psykiske helsevesenet frem til dette punktet i reformen hadde vært alt for svak, og at kapasitetsutviklingen på ulike områder måtte øke for å klare å nå Opptappingsplanens måltall innen 2006 (Dokument nr. 3:5 (2002-2003):2-3). I årene 1999-2001 var 12 utbyggingsprosjekter fullført. I årene 2002-2006 var det i Opptappingsplanen foreslått å sette i gang 81 utbyggingsprosjekter. Men Riksrevisjonen konkluderte med at byggingstempoet måtte øke sterkt dersom prosjektene skulle bli gjennomført innen utgangen av planperioden (2006). I tillegg påpekte Riksrevisjonen at de ikke kunne finne noen form for systematisk samordning av det psykiatriske tjenestetilbudet mellom de ulike forvaltningsnivåene (Dokument nr. 3:5 (2002-2003):25). Helsedepartementet fikk derfor sterk kritikk for at de ikke hadde utviklet noen form for resultatindikatorer for å måle utviklingen av flere av de psykiatriske helsetjenestene¹³. Dette til tross for at departementet hadde lovet å følge implementeringen av Opptappingsplanen nøye (Dokument nr. 3:5 (2002-2003):25).

I mitt intervjumateriale blir det fra flere respondenter fra sentralt politisk - administrativt hold, innrømmet at denne kritikken fra Riksrevisjonen ad manglende kontroll med implementeringen av de ulike tiltakene i Opptappingsplanen, var berettiget. Det uttrykkes også at Riksrevisjonens kritikk har bidratt til at departementet *”Nå vil sette i gang en del tiltak for å stramme grepet.(...) det er klart at hvis offentlig*

¹³ 2004 var det første året da et sett med indikatorer skulle måle kvaliteten på tilbudet til psykisk syke i norske institusjoner. Bare 1/3 av sykehusene, helseforetakene og DPSene, leverte inn den pålagte rapporten om kvaliteten på pasientbehandlingen for psykisk syke (Aftenposten 22.02.2005).

forvaltning ikke følger opp det de er pålagt, så er det å begå lovbrudd over en lav sko, og det er meget alvorlig, veldig spesielt og helt uakseptabelt ” (intervju Pol.Adm.).

3.3.4 Reaksjoner på Riksrevisjonens rapport

Riksrevisjonens rapport gikk ikke upåaktet hen i landets største aviser, Aftenposten kommenterte Riksrevisjonens rapport på lederplass samme dag: *”(...) kritikken fra Riksrevisjonen gir et bilde av de strukturelle og metodiske problemene som dette, det store stebarnet i vårt helsevesen, sliter med. (...) det trengs en opprydning i arbeidsformer og oppgavefordeling i fagfeltet”* (Aftenposten 18.10.2002). Denne lederen i Aftenposten fikk daværende helseminister Dagfinn Høybråten (Krf) til å love større bevilgninger ved neste statsbudsjett, men han vektla samtidig; *”(...) i tillegg til økte bevilgninger skal det også være klart at det sterke fokuset vi har på effektivitet i helsetjenestene også gjelder for psykisk helsevern. Den store fordel for det psykiske helsevernet er at all effektiviseringsgevinst skal bli igjen i sektoren i form av økt behandlingsskapasitet og flere behandlede pasienter. At det er et betydelig behov for omstilling i denne sektoren er åpenbart. Det må jobbes på nye måter, og det må tenkes nytt om organiseringen av disse tjenestene”* (Aftenposten 24.10.2002) (mine understrekninger).

3.3.5 ”Løftebrudd”

Reaksjonene fra de ulike bruker – og interesseorganisasjonene var også sterke etter Riksrevisjonens funn; *”Opptappingen i psykiatrien har til nå vært alt for svak. Resultatet er at man er på etterskudd i opptappingen. Det må bevilges langt større beløp fra og med neste år, hvis ikke psykiatriplanen skal ende opp i et løftebrudd i milliardklasse”,* uttalte generalsekretær Vaaland i Rådet for psykisk helse (Dagbladet 18.02.2002). Leder for Landsforeningen for pårørende innen psykiatrien (LPP), beskrev de mangelfulle psykiatribevilgningene som *”et gedigent løftebrudd”*; *”Godtar Stortinget dette, er det ikke politisk vilje til å følge opp psykiatriplanen, og det er å holde oss for narr”,* uttalte leder Bjørg Njaa (Dagbladet 10.06.2002). Vinteren - 2002 dokumenterte Dagbladet at det meste av pengene til Opptappingsplanen var uteblitt; *”I år har Stortinget bare bevilget 520 millioner i opptappingsmidler. Hvis løftene i planen skal holdes, må det bevilges en milliard årlig til og med 2006 ”* (Dagbladet

30.01.2002). I ”Verdig – Liv” – rapporten som ble lagt frem av Rådet for psykisk helse i 2004, ble det dokumentert at det frem til og med 2004 var bevilget 8,6 milliarder 1998 – kroner i opptrappingsmidler.¹⁴ Bevilgningene fra Stortinget for å bedre det psykiske helsevesenet lå dermed langt bak planen, som opprinnelig innebar en bevilgning på 24 milliarder kroner innen planperiodens slutt i 2006. Rapporten konkluderte med at de økonomiske løftene for Opptrappingsplanen samlet sett var brutt. Regjeringen hadde ikke foreslått og Stortinget hadde ikke bevilget i det omfanget som planen forutsa (”Verdig Liv”- utvalget 2004:22). Rapporten konkluderer med at de fremtidige årlige bevilgningene måtte økes betydelig dersom de opprinnelige målene skulle nås innenfor den nå utvidede opptrappingsperioden, utvidet med to år (1998 – 2008)(”Verdig Liv”-utvalget 2004:21).

I mine intervjuer fremkommer det tydelig at flertallet av respondentene bekrefter at bevilgningene fra Stortinget til opptrappingen innenfor psykisk helse, i løpet av planperioden har vært mindre enn det som opprinnelig var forespeilet. Flertallet av respondentene mener dette har vært en feilslått politikk fra Stortinget sin side, mens noen hevder at dette har vært riktig fremgangsmåte; ” (...) *det er aldri lurt å bare pøse på med penger, man skal jo bygge opp ting, så det å bare pøse ut penger, det fører bare til høyere lønninger til legene eller et eller annet sånt* ” (intervju Pol.Adm.). Flere av respondentene fra politisk - administrativt hold er tydelige på at de opplever at det har eksistert en manglende politisk vilje på Stortinget til å prioritere dette feltet, til tross for den vedtatte Opptrappingsplanen. Det vektlegges at man hele tiden har ligget på etterskudd med bevilgninger fra Stortinget i henhold til intensjonene; ”*så ressursmessig har det hele tiden vært et gap*” (intervju Pol.Adm.). Det er ikke før med statsbudsjettet for 2005 at man reelt sett har fulgt opp planene om økonomiske bevilgninger i takt med planene (intervju Pol.Adm.). På spørsmål om hvorfor bevilgningene har latt vente på seg fra Stortinget, svarer en respondent dette; ”(...) *politikerne er jo i villrede når det gjelder i hvor stor grad det som bevilges faktisk brukes til det det er ment å være bevilget til, og det er et stort problem. (...) og det er veldig vanskelig å komme utenifra og si hva som er god og hva som er dårlig medisinsk behandling; for politikere er det nærmest umulig*” (intervju Pol.Adm.). En

¹⁴ Målet for bevilgninger i Opptrappingsplanen var 24 milliarder 1998 – kroner innen 2006.

annen respondent sier det slik; *”Psykiatrien er mye mer kompleks enn somatikken, ikke engang fagfolkene er jo enige om hva som skal til. Hvordan skal politikerne vite med sikkerhet hva som er lurt å satse på da? Så det har vært mye intern uenighet om strategier fra de ulike politiske miljøene, for man spør seg selv; ”Hva får vi egentlig igjen for disse ressursene?””* (intervju Pol.Adm.).

3.3.6 Oppsummering

Som denne redegjørelsen viser, ble det fra Helse – og sosialdepartementets side opprinnelig vektlagt at psykiatrimidlene og ressursbruken knyttet til disse, nøye skulle følges opp og evalueres underveis i reformprosessen. Denne oppfølgingen skulle gjelde alle ledd i tjenestene. Men tre år etter at Opptappingsplanen var satt i verk, altså halvveis ut i den opprinnelige planperioden, kom det massiv kritikk fra både Riksrevisjonen, brukerorganisasjonene, de pårørende, opposisjonspolitikere og mediene, av at tiltakene som var nedfelt i Opptappingsplanen, i stor grad uteble; til tross for at en del øremerkede psykiatrimidler hadde blitt bevilget til fylkeskommuner og kommunene i denne tre års perioden. Hovedkritikken av implementeringen av reformen ble rettet mot Helse – og sosialdepartementet fordi de ikke hadde fulgt opp bruken av de bevilgede psykiatrimidlene, i tillegg fikk Stortinget sterk kritikk for at de ikke hadde bevilget midler i tråd med målsettingen i Opptappingsplanen.

3.3.7 Overgang til statlige helseforetak – Opptappingsplanen taper?

I 2001 overtok staten det samlede ansvaret for spesialisthelsetjenesten som fylkeskommunen tidligere hadde hatt. Fem statlige helseforetak ble opprettet; Helse Sør, Helse Øst, Helse Vest, Helse Midt Norge og Helse Nord. Helseforetakene fikk egne styrever og budsjetter, og fikk nå sine bevilgninger over statsbudsjettet. Helseministeren ble den politisk ansvarlige overfor Stortinget (Aftenposten 17.01.2005) Reformen skjedde midt under implementeringen av Opptappingsplanen for psykisk helse, der DPSer, utbygging av omsorgsboliger i kommunene, nyorganiseringer og nye samarbeidsordninger fremdeles lå i støpeskjeen. Helseforetakene fikk frihet til å velge egen organisering, og de fleste foretakene organiserte psykisk helsevern og somatiske enheter i store, felles foretak. Bortsett fra

psykiatrien i Vestfold, var alt psykisk helsevern i 2004 samorganisert med somatikken ("Verdig Liv"- utvalget 2004:31).

I 2004 fremla Rådet for psykisk helse en omfattende rapport; "Verdig Liv – velferd, medvirkning og helhet ved psykiske lidelser". Rapporten var utarbeidet av et uavhengig fagutvalg ledet av tidligere sosialminister, Guri Ingebrigtsen.¹⁵ Rapporten fastslo at til tross for at det psykiske helsevernet hadde blitt tilført friske midler de siste årene, hadde ikke tjenestetilbudene i psykiatrien vokst i takt med bevilgningene. Derimot mente utvalgte at de kunne dokumentere at den somatiske delen av helsevesenet hadde økt på bekostning av psykiatrien, og at dette hadde blitt forsterket etter sykehusreformen i 2001, hvor de statlige helseforetakene tok over driften av sykehusene fra fylkeskommunene.

I Dagbladet i januar 2002 kunne man lese følgende; "(...) i dag sitter styret på Aker sykehus i Oslo samlet og vedtar et kutt i psykiatribudsjettet på 30 millioner kroner for å tette igjen hull i somatikkbudsjettet, enda helseminister Dagfinn Høybråten har sagt at han ikke vil finne seg i at noen stjeler penger fra psykiatrien. I praksis er altså psykiatrimidlene bare øremerket til sykehusstyrene får kloa i dem" (Dagbladet 30.01.2002). Rådet for psykisk helse krevde i "Verdig Liv" – rapporten at Stortinget måtte sette i verk en granskning av situasjonen: "I 2002 var det en vekst i psykiatriens driftsutgifter uten at det medførte flere stillinger. Derimot økte årsverkene i den somatiske delen like raskt som før; "(...) på denne måte blir alle parter lurt, også politikerne, som tror de bevilger stadig mer til psykisk helse" uttalte generalsekretær for Rådet for psykisk helse, Tor Øystein Vaaland (Psykisk Helse 3/2004). "Sykehusreformen i 2001 har forsterket kravet om effektivisering og markedstenkning. Jeg kan ikke forestille meg at andre pasientgrupper kunne blitt fratatt midlene på en slik måte som alvorlig psykisk syke opplever nå uten at det hadde blitt et enormt ramaskrik" uttalte Vaaland videre (Psykisk Helse 3/2004) (mine understrekninger). "Verdig Liv" – rapporten konkluderte altså med at foretaksreformen hadde slått negativt ut for mennesker med psykiske lidelser. Selv i en opptrappingsperiode hadde psykisk helsevern tapt budsjettkampen mot somatikken.

¹⁵ Utvalget besto videre av blant annet: Seniorforsker ved SINTEF Helse, Trond Hatling, Professor dr.med. ved Universitetet i Oslo, Inger Sandanger, Strategi – og kompetansesjef ved Ullevål universitetssykehus, Hildegunn Bomnes og leder i Landsforeningen for pårørende innen psykiatri (LPP), Bjørg Njaa.

Dette hadde skjedd trass i styringssignaler fra helseministeren, hevdet utvalget ("Verdig Liv" – utvalget 2004:32).

I mine intervjuer fremkommer det en bred enighet fra de politisk – administrative respondentene om at de opplever at implementeringen av den nye statlige helseforetaksmodellen parallelt med Opptrappingsplanen, har ført til forsinkelser i implementeringen av de ulike målsettingene i Opptrappingsplanen, fordi foretakene trengte tid til å organisere seg i en "ny setting". Spesielt vektlegger flere av respondentene at dette nok har forsinket utbyggingen av en del DPSer (intervju Pol. Adm.). I tillegg vektlegger flere politisk – administrative – og medisinsk – faglige representanter at de mener at den nye helseforetaksorganiseringen har vært uheldig for psykiatrien; "(...) jeg må si jeg er veldig usikker på om det har vært positivt å samle somatikk og psykisk helse i en felles organisering" (intervju Pol. Adm.). Det vektlegges fra flere hold at det tradisjonelt sett innenfor helsevesenet har vært vanlig å prioritere somatikk foran psykiatri, og at denne kulturen har blitt tydeliggjort gjennom helseforetaksreformen, flere respondenter gir uttrykk for at somatikken alltid har stått svært sterkt i helsevesenet; "(...) så psykiatrien taper, det har jo vært så store utfordringer i somatikken, og somatikken er et tungt lokomotiv. Det er vanskelig å være leder for et helseforetak, det krever ledere med moralsk integritet i så stor grad at de tør å sette grenser for somatikken, mener jeg" (intervju Pol. Adm.). Andre respondenter fremhever at det nok i mange tilfeller har vært vanskelig å få gehør for psykisk helse – feltet internt i de nye helseforetakene, fordi helseforetaksdirektørene tradisjonelt sett ikke har bakgrunn fra psykisk helsevern, men enten vært somatikere, eller hentet fra militæret¹⁶. Det vektlegges fra respondentene at topplederne i liten grad har kommet fra psykisk helsevern – sektoren. Som sådan hevdes det at lederne ofte har kjent somatikken best, og vært mer lydhøre for utfordringene fra somatikken. Flere av respondentene vektlegger også at det har vært så mange utfordringer og mye press fra somatikken i løpet av helseforetaksreformen, at man i praksis ikke har kunnet vie psykiatrien så mye oppmerksomhet. "Så psykiatrien har nok ofte i stor grad fått "seile sin egen sjø"" (intervju Pol. Adm.). Det er også full enighet blant mine medisinsk – faglige respondenter om at det er ikke er høy – status innenfor medisinen å jobbe med

¹⁶ Og nå også oftere og oftere er utdannet statsvitere eller økonomer

psykiatri; ”(...) og at det er mange sterke krefter innenfor foretakene som kjemper for somatikken det er jo en kjent sak ” (intervju Med.Fag.).

3.3.8 Sterkere økonomistyring

I mine intervjuer deler mine respondenter seg i ”to leire” når det gjelder synet på helseforetakenes fokus på økonomistyring av helsetjenestene både innenfor somatikken og innenfor psykisk helse. Alle respondentene fremhever at fokuset på økonomistyring har blitt sterkere etter at helseforetakene ble dannet, men i svarene fra mine respondenter finner jeg her et ideologisk skille mellom de som mener at dette er en riktig vei å gå for å forbedre effektiviteten og dermed det de mener vil bli et bedre tjenestetilbud innenfor psykiatrien, og de som mener at det sterke fokuset på effektivisering, rasjonalisering og økonomisering har bidratt til å skape et dårligere helsetilbud for psykisk syke. En respondent sier det slik; ”(...) jeg tenker at foretakene har vært flinkere til å drive økonomistyring, enn å sørge for å ta ansvaret for de psykisk syke i denne perioden” (intervju Pol.Adm.). Flere av respondentene både fra den politisk – administrative ”leieren” og fra den medisinsk – faglige ”leieren”, gir sterkt uttrykk for at de mener at psykisk helse krever en helt annen måte å tenke på når det gjelder helsemodeller. Det vektlegges at psykisk helse ikke er så kvantifiserbar – og målbar som somatikk. Og i mitt materiale fremkommer det en sterk motstand fra flere hold om at de anser det som meningsløst og feil å benytte de samme økonomiske helsemodellene innenfor psykisk helse som i somatikk; ”(...) det ligger jo i psykiatriens natur at den aldri kan bli lønnsom” (intervju Pol.Adm. og Med.Fag.). Men dette ideologiske skillet kommer tydeligst frem som en skarp uenighet mellom de politisk – administrative respondentene og de medisinsk – faglige respondentene; ” (...) mitt bestemte inntrykk er at man blant kollegene mine er forferdelig trøtte av økonomenes inntogsmarsj i psykiatrien. Jeg er veldig kritisk til den fagprofesjonen som nå sitter og styrer Helse – Norge, den domineres av statsvitere, økonomer og bedriftsrådgivere, og jeg synes de signaliserer stor kunnskapsløshet på det området de er satt til å styre” (intervju Med.Fag.). Flere av de medisinsk – faglige respondentene gir uttrykk for at de opplever at det foregår en intern kamp i helse – Norge for tiden. En kamp som karakteriseres som en strid mellom lønnsomhet og rasjonalitet på den

ene siden og god faglig psykiatrisk/medisinsk behandling på den andre siden. En respondent formulerer det såpass sterkt; ” (...) i begynnelsen trodde jeg *Opptappingsplanen oppriktig var basert på en humanitær tankegang, det har jeg ingen forestilling om lenger. I denne Opptappingsplanen er det kun kostnader og sparing av penger på budsjettene som gjelder, og tilbudet til de psykisk syke blir dårligere enn det var fordi man hele tiden velger de rimeligste løsningene. Jeg opplever at de humanistiske perspektivene i reformen er et skalkeskjul for en økonomisk tankegang; ”Blårussen” har tatt over*” (intervju Med.Fag.).I ”Verdig Liv ” – rapporten heter det også; ”*Kravene fra blant annet somatikken er åpenbart så sterke at kostnadene ved å holde psykisk helse øverst på prioriteringslisten, slik politikerne sier, ser ut til å være for store. I tillegg ser vi at stadig flere typer oppgaver defineres inn under Opptappingsplanen uten at det tilføres friske penger.*” Utvalget mente at en løsning på denne problematikken ville være å pålegge helseforetakene en mer separat budsjettering og regnskapsførsel(”Verdig Liv” - utvalget 2004:24).

Videre beskriver denne rapporten at flere regioner og fylker i store deler av planperioden ikke har hatt noen opptapping av tjenestetilbudet i det psykiske helsevernet i det hele tatt, til tross for at det har blitt overført statlige øremerkede midler. Utvalget mener de kan dokumentere at helseforetakene har benyttet følgende mekanismer for vridninger fra psykisk helsevern til somatikk: 1) systematisk underbudsjettering av inntekter og overbudsjettering av utgifter, og 2) endret bruk av interne overføringer. Ett eksempel på dette mente utvalget at de fant ved Nordlandssykehuset i Lofoten; ”(...) gjennom fem år har man ved den psykiatriske poliklinikken her systematisk underbudsjettert inntektene og overbudsjettert utgiftene. Dette medfører at sykehuset ved årets slutt sitter igjen med ubrukte psykiatrimidler. Disse midlene har ifølge rapporten blitt brukt til å dekke underskudd ved somatiske sykehusavdelinger. Dermed kommer sykehusene ut med et bedre sluttresultat” (”Verdig Liv” - utvalget 2004:25-26). Utvalget krevde dermed at Stortinget nøye måtte granske i hvor stor grad somatikken hadde vokst ved hjelp av opptappingsmidlene, og gikk inn for at det måtte kreves separate budsjetter for regnskaper for psykisk og somatisk helsevern i lys av de påviste vridningsmekanismene og effektene av dem, samt at rapporteringssystemene for bruken av opptappingsmidlene måtte granskes og

eventuelt endres for å sikre at myndighetens styringsinformasjon ble gjenspeilet i aktivitetsnivået i helseforetakene ("Verdig Liv" – utvalget 2004:27).

I mine intervjuer med flere respondenter fra sentralt administrativt hold vektlegges det at påstandene om "kreativ regnskapsførsel" og "vridning" av øremerkede psykiatrimidler til somatikken er omstridte og ikke godt nok dokumentert. Imidlertid gir flere av respondentene uttrykk for at de ikke ser bort i fra at dette kan ha skjedd. Som en respondent uttrykte det; *"Hvis dette har skjedd, har vi ikke kunnet bekrefte at det skjer, men vi har heller ikke kunnet avkrefte det"* (intervju Pol.Adm.). En annen respondent sier det slik; *"(...) når det gjelder kontrollen med midlene, så er det vel ingen som kan sitte og være trygge på at det har skjedd eller ikke skjedd, i så fall i hvilket omfang det har skjedd. Men det har helt sikkert skjedd noen ganger, men det er umulig å si omfanget. Det er det kanskje bare de administrerende direktørene ved de enkelte helseforetakene som egentlig vet "* (intervju Pol.Adm.).

3.3.9 Opptappingsmidler i kommune – Norge

I en Kommunenes Sentralforbund – undersøkelse fremlagt i 2002, fremkom det at 19 % av de 182 kommunene som var involverte i Opptappingsplanen, oppgav at de ville ta fra psykiatrimidlene når sparekniven skulle brukes på en trang kommuneøkonomi for neste års budsjett (Dagbladet 10.06.2002). I "Verdig Liv" – rapporten hevdes det også at flere kommuner har brukt opptappingsmidlene til å finansiere "gamle" tiltak i det psykiske helsevesenet, slik at de nye midlene ikke fører til en reell vekst i tilbudet til psykisk syke (Psykisk Helse 3/2004). Etter seks år med Opptappingsplanen hadde kommunene fortsatt ikke nådd halvparten av driftsnivået som ble satt som mål for 2006 (SINTEF Unimed Rapport 2003: 32). I "Verdig Liv" - rapporten påpekes det at dette skjer til tross for at Sosial – og helsedirektoratet har vært informert om at enkelte kommuner bruker opptappingsmidler til tiltak som ikke fullt ut er for målgruppen¹⁷ (Sosial – og helsedirektoratet, Rapport IS 1127 2003:16); *"Vi mangler kunnskap om hvordan kommunene bruker opptappingsmidlene, og som i de statlige helseforetakene er det vanskelig å følge bruken av midlene fra år til år"*. Utvalget konkluderer med at

¹⁷ Fra Arendal og Kristiansand kommune ble det for eksempel rapportert at øremerkede opptappingsmidler til psykiatrien ble brukt til "søvnkurs for foreldre med friske barn". Fra en annen kommune ble det rapportert at en helsesøsterstilling ble lagt ned ett år, og en tilsvarende stilling ble opprettet året etter for øremerkede opptappingsmidler (Dagbladet 21.02.2002).

brudd på forutsetningene knyttet til opptrappingsmidlene måtte sanksjoneres både overfor helseforetak og kommuner ("Verdig Liv" - utvalget 2004:28).¹⁸

I mine intervjuer fremkommer det at det er bred enighet på tvers av de ulike forvaltningsnivåene om at et av de områdene hvor flest respondenter mener at "skoen har trykket mest" ad implementeringen av denne reformen er på kommuneplanet. En respondent sier det slik; " (...) for å si det sånn; slike reformer gjør seg bedre i tider hvor man ikke samtidig har så stramme kår for den generelle velferden i kommunene" (intervju Pol.Adm.) En annen respondent uttrykker det slik "(...) det var veldig mange reformer som har skjedd samtidig i kommune – Norge, Opptrappingsplanen kom liksom litt etter alle de andre reformene som skulle iverksettes samtidig. Dessuten fulgte det jo ikke nok penger med i forhold til behovet" (intervju Pol.Adm.). Flere respondenter fra den politisk – administrative gruppen hevder på sin side at kommune – Norge har fraskrevet seg ansvaret for psykiatriske pasienter i mange år, og at det er liten vilje i store deler av kommune-Norge både blant politikere og rent administrativt til å "ta tak" for å bygge opp et tilbud til denne pasientgruppen lokalt. Flere respondenter beskriver dette slik som denne respondente; " På mange måter har kommune-Norge vist en passiv motstand mot endring i denne prosessen. Kommunene har tillatt seg å fraskrive seg ansvaret for sin rolle i denne prosessen, men så har det da heller ikke fått noen konsekvenser for dem" (intervju Pol.Adm.). Andre forklarer imidlertid kommunenes manglende oppfølging av reformen med at det vil være "historieforfalskning" å hevde at kommunene har "fraskrevet seg ansvaret sitt for denne pasientgruppen", "(...) tradisjonelt sett så har jo ikke kommunene hatt dette ansvaret, det har vært spesialisthelsetjenesten sitt ansvar, og samfunnets holdning har jo vært at disse pasientene skulle lukkes inne på institusjoner ute på landet" (intervju Pol.Adm.). Men uansett ståsted til de ulike respondentene angående årsakene til kommunenes handling, eller mangel på handling i denne reformen, finner jeg stor grad av enighet blant respondentene fra både politisk – administrativt og medisinsk – faglig hold om at kommunene har manglet tradisjon og kultur for å sørge for et helsetilbud for denne pasientgruppen. Flere vektlegger at kommunene nå må skaffe seg en

¹⁸ I et intervju med NRK.no 10.10.2004 uttaler Helse – og omsorgsminister, Ansgar Gabrielsen (H), at han nå vil "gjøre det som er nødvendig for å skjerpe kommunenes bruk av penger til psykisk helse, slik at disse pengene blir brukt til de tiltakene de er ment til"(NRK.no 10.10.2004).

kunnskap om fagområdet som de ikke har hatt i samme omfang tidligere; ” (...) *det er jo ikke bare snakk om penger her, man må jo også ha fagfolk og kompetanse til å mestre de nye oppgavene kommunene har fått, og det tar tid*” (intervju Pol.Adm.). Flere respondenter hevder at målsettingen i Opptappingsplanen om å klare å bygge 3400 nye omsorgsboliger i kommunene, samt bemanne dem med kompetent personell¹⁹, i utgangspunktet har vært svært naivt og for ambisiøst i henhold til tidsplanen; ”(...) *det er jo snakk om en helt ny form for tenkning, akkurat som man hadde det med de psykisk utviklingshemmede. Så jeg synes at det har vært litt for enkelt å bare tømme deler av institusjonene og overføre disse pasientene til kommunene. Kommuneledelsen rundt omkring signaliserer jo massivt at de bare blir påført oppgaver som de ikke har dekning for å gjøre. Jeg tror de [departement og regjering] ikke har tenkt over hva slike tiltak faktisk krever av ressurser og hva det faktisk vil koste*” (intervju Pol.Adm.).

3.3.10 Oppsummering

Med bakgrunn i innsamlet empiri fremkommer det sterke påstander om at øremerkede opptappingsmidler ofte ikke har nådd målgruppen fordi: 1) Opptappingsmidler har blitt brukt til generelt helsefremmende arbeid i kommunene, 2) fordi de statlige helseforetakene i flere tilfeller har benyttet øremerkede psykiatrimidler til somatikkdelen av helsetjenestene i stedet for til psykiatrien, 3) det har kommet endrede og utvidede ansvarsområder, slik at andre tjenestefelt legges inn under psykisk helsearbeid, og 4) ofte rapporteres gjenoppretting av nylig nedlagte stillinger i kommunene som opptapping. I tillegg får styrene i de nye statlige helseforetakene sterk kritikk fordi øremerkede psykiatrimidler har blitt ”ombudsjettert” til andre områder innenfor helsevesenet enn psykiatrien. Den samme kritikken blir fra flere hold rettet mot store deler av kommune-Norge.

3.3.11 Nedbygging før oppbygging

I ”Verdig liv” – rapporten dokumenteres det også at nedbyggingen av psykiatriske behandlingsplasser ved de sentrale psykiatriske sykehusene har skjedd raskere enn

¹⁹ Ett av målene i Opptappingsplanen er at 800 nye årsverk skal opprettes i kommunene i løpet av planperioden for å styrke psykososiale tjenester, støttekontakttilbud og kultur – og fritidstiltak. Halvveis ut i implementeringsperioden er bare 206 nye årsverk opprettet (NRK.no 10.10.2004).

oppbyggingen av et nytt desentralisert behandlingstilbud²⁰. Utvalget hevder at det er grunn til å anta at man her ser det samme som har skjedd i Italia over flere år, nemlig at de pårørende har måttet ta økt ansvar og at brukerne av de psykiske helsetjenestene må bære en uforholdsmessig stor byrde på grunn av manglende oppbygging av tilbud lokalt ("Verdig Liv" - utvalget 2004:29). Det er samtidig interessant å merke seg at nettopp den italienske modellen som innebar full nedleggelse av de store, sentrale institusjonene for pasienter med psykiske lidelser, for så å desentralisere disse helse-tjenestene, er en modell det henvises mye til som inspirasjonskilde for den norske reformen fra ledende politisk – administrativt hold " (...) *der hvor man har lyktes i Italia, så har man lyktes så til de grader*" (intervju Pol.Adm.).

"Verdig Liv" - utvalget konkluderer med at forutsetningene i Opptrappingsplanen synes å være brutt når helseforetakene får bygge ned de resterende psykiatriske sykehjemsplassene før gode alternativer er på plass (ibid.). "(...) *vi får enormt mange henvendelser hit fra pårørende som er gjennomfortviltet over at det ikke finnes et reelt bo – og behandlingstilbud for psykisk syke mange steder i landet. (...) intensjonene om å bygge opp bo – og behandlingstilbud i kommunene er jo bra, men når man ikke følger opp, og særlig gjelder det boligspørsmålet, synes jeg det er et uttrykk for manglende politisk vilje til å gjennomføre noe av det som er aller viktigst*" (intervju Intr.Org.). I min empiri kommer det tydelig frem at det er store forskjeller i hvor langt de ulike kommunene har kommet per i dag når det gjelder å implementere kravene i psykiatireformen²¹. Det finnes flere kommuner som er "*ganske gode*" (intervju Pol.Adm.). Men svært mange kommuner har ikke, syv år ut i implementeringsfasen, implementert tiltakene i noen særlig grad. Spesielt kommer dette til syne ad bygging av omsorgsboliger for denne pasientgruppen i kommunene. Nåværende helseminister Ansgar Gabrielsen (H), gav da også i september 2004 samtlige fem statlige helseforetak i landet, ordre om å stanse nedbyggingen av psykiatriske døgnbehandlingsplasser, før disse plassene var blitt erstattet med alternative desentraliserte bo – og behandlingsplasser. Samtidig lovet han fortgang i etableringen av bo – tilbud med

²⁰ I et intervju med Dagbladet uttaler Helse – og omsorgsminister Ansgar Gabrielsen at "dette er en reform som har gått for fort. Byggingen av psykiatriske boliger i kommunene er ikke symmetrisk med reduksjonen i antallet sengeplasser ved institusjonene. Gabrielsen lover samtidig at bevilgningene til psykisk helse i statsbudsjettet for 2005 blir "all time high" (Dagbladet 03.09.2004).

²¹ Opplysninger fra SINTEF Helse viser at det ikke finnes noen statistikk over hvor mange omsorgsboliger for psykiatriske brukere kommunene faktisk har bygget opp (Psykisk Helse 5/2004).

dagbehandling til psykiatriske pasienter i kommunene, samt et gigantisk økonomisk løft for psykiatrien i statsbudsjettet for 2005 (NTB 23.09.04). Flere respondenter fra politisk – administrativt hold gir tydelig uttrykk for at det har vært svært problematisk for både helseforetakene og kommunene å klare og bygge bygningsmassen som kreves både til DPSer²² og de kommunale planlagte omsorgsboligene i løpet av den opprinnelige fastsatte planperioden, fordi det har vært lite forutsigbarhet i henhold til de statlige bevilgningene; ”(...) *Stortinget bevilger jo bare for ett år av gangen, så det har vært vanskelig å vite når man ville få pengene som var lovet i Opptrappingsplanen*” (intervju Pol.Adm.). Etter planen skulle det i 2004 ha vært om lag 1 400 døgnbehandlingssplasser i landet, men på grunn av misforholdet mellom nedbygging og nybygging var det ikke flere enn snaut 500 (NTB 23.09.04). I mine intervjuer med sentrale administrative aktører i denne reformen kommer det frem at satsningen i kommunene fremdeles anses for å være en av de store utfordringene når det gjelder den videre implementeringen av tiltakene i Opptrappingsplanen. Flere av respondentene fra sentralt politisk – administrativt hold, sier at de i ”etterpåklokskapens lys” ser at man nok skulle ha brukt mer tid på å utvikle grunnlagsdokumenter for arbeidet med implementeringen av de ulike tiltakene, slik at det forelå en felles konsensus for hvordan dette arbeidet skulle organiseres i stedet for å ta alle diskusjonene om dette underveis i implementeringsfasen (intervju Pol.Adm.). Flere respondenter fra administrativt hold gir også uttrykk for at man nok har vært for naive når det gjaldt hvor resursskrevende omstruktureringene av tjenestetilbudet fra sentraliserte til desentraliserte enheter ville være. Det understrekes at denne reformen er svært sammensatt fordi den involverer så mange forvaltningsnivå og store endringer i organisering og arbeidsmetoder. En respondent ser det slik; ”*Det har vært for mange ting som skulle endres samtidig. Man kunne nok heller hatt fokus sånn etappevis, og sagt at ”Ok, nå gjør vi dette; Nå bygger vi boliger!”*” (intervju Pol.Adm.). Som et eksempel viser flere av respondentene til at man i ”Handlingsplanen for eldreomsorg” fikk ros i evalueringen fra Stortinget for at den hadde vært veldig konkret på gjennomføringen av de kvantitative målene for boligbygging, mens man i Opptrappingsplanen

²² I en rapport fra SINTEF Helse (2004) avdekkes det også at det er store forskjeller i bemanningen og andelen fagfolk ved de ulike DPSene som har blitt etablert. Mens det er god bemanning noen steder, er bemanningen høyst mangelfull andre steder (NRK.no 20.09.2004).

nok har fokusert mer på de kvalitative og mer abstrakte målene som ”menneskeverd”, ”brukermedvirkning” og ”humanitet”, men som en kilde uttrykker det; ”Hvor ble det av boligene?” (intervju Pol.Adm.).

3.3.12 Oppsummering

Empirien viser at det gjennom hele implementeringsfasen har vært et misforhold mellom nedbyggingen av døgn – og behandlingsplasser ved de sentrale psykiatriske sykehusene/institusjonene, og oppbyggingen av nye døgn – og behandlingsplasser ved de distrikts psykiatriske sentraene og i kommunene. Fra politisk – administrativt hold blir spesielt byggingen av de planlagte omsorgsboligene i kommunene, med tilhørende kvalifisert personell, karakterisert som et av de områdene hvor ”skoen fremdeles trykker” i implementeringen av tiltakene i Opptappingsplanen. Flere av respondentene gir uttrykk for at målsettingene i Opptappingsplanen når det gjelder oppbygging av nye, desentraliserte bo – og behandlingssenheter har vært for ambisiøse. I tillegg mener mange av respondentene fra administrativt hold at en av hovedårsakene til at man har ligget på etterskudd med å implementere de kvantitative målene i Opptappingsplanen, er at reformen ikke har vært godt nok planlagt i utgangspunktet og at for mange endringer skulle bli implementert samtidig.

3.3.13 Helsetilsynets devaluering av reformen – mangel på samhandling

I mars 2004 fremla Helsetilsynet en rapport hvor de beskrev ”en systematisk svikt i tilbudet til de tyngste psykiatriske pasientene”. Hovedkonklusjonen i rapporten var at Helsetilsynet mente tilbudet til psykiatriske pasienter over hele landet i liten grad hjalp de alvorligste syke pasientene, til tross for den pågående Opptappingsplanen i psykiatrien. Hovedproblemet slik Helsetilsynet ser det i denne rapporten er at de akutt – og distriktspsykiatriske sentrene som var etablert ikke klarte å samarbeide, og dette gikk utover pasientene som dermed ikke fikk den hjelpen de hadde krav på, uttalte Helsedirektør Lars A. Hansen (NRK.no/PULS 08.03.2004)²³ (min understrekning). Disse samarbeidsproblemene forklarer Helsetilsynet med at omorganiseringene i

²³ Tilsynet har også avdekket at mange av døgnavdelingene i DPS mangler lege og psykolog. Det gjør at de alvorlig syke pasientene ikke kan tas imot. Dette medfører at det er DPSer som ikke gir tilbud til de alvorligste syke pasientene. Ved ett DPS ble det påvist at pasienter har vært innlagt uten at de i løpet av oppholdet hadde hatt kontakt med lege eller psykolog (NRK.no/PULS 08.03.2004).

Opptrappingsplanen ikke er godt nok gjennomført. Dette medfører uklar oppgavefordeling og manglende samhandling. I rapporten understrekes det videre at det er alvorlig at Helsetilsynet finner en hyppig svikt i oppgavefordeling og samhandling mellom de ulike nivåene/1. og 2. linje tjenesten, slik at systemet ikke sikrer en faglig oppfølging for mennesker med alvorlige psykiske lidelser (diagnoser som schizofreni, manisk depressive lidelser, spiseforstyrrelser o.l) (ibid). I ”Verdig Liv” – rapporten fra 2004 vektlegges også manglende samhandling som et stort problem i reformprosessen; ” (...) fortsatt sliter disse tjenestene med en oppsplittet ansvarsdeling som spesielt rammer de dårligste brukerne” (”Verdig Liv”- utvalget 2004:30) (mine understrekninger). I mine intervjuer fremheves også ”manglende samhandling” og ”manglende kultur for samhandling” mellom de ulike forvaltningsnivåene av helsetjenestene, altså mellom 1. – og 2. linjetjenesten i denne reformen, anses som en av hovedårsakene til at implementeringen av tiltakene i Opptrappingsplanen har vært vanskelig. Mangelen på samhandling mellom primær – og spesialisthelsetjenesten/1. – og 2. linjetjenesten blir beskrevet som et problem ”begge veier”. En respondent formulerer det slik; ” (...) man kan på mange måter hevde at 2. linjetjenesten [spesialisthelsetjenesten] fraskriver seg sitt ansvar, de bare skriver ut fordi de sier at de ikke har noe tilbud lenger. Og mange steder finnes det jo ikke noen samhandling, det ligger store samhandlingsproblemer mellom 1. – og 2. linjetjenesten spesielt knyttet til de tyngste brukerne” (intervju Pol.Adm.). En annen sier det slik; ”(...) mange steder opplever kommunene at det er svært vanskelig å få til et godt samarbeid med spesialisthelsetjenesten. Mange kommuner gir uttrykk for at det er vanskelig å få spesialistene ut av kontorene sine, slik at det er mulig å få til et brukbart samarbeid om et behandlingstilbud for brukerne lokalt” (intervju Pol.Adm.).

Respondentene fra det medisinsk – faglige miljøet/spesialisthelsetjenesten gir på sin side uttrykk for at de mener at intensjonene om økt desentralisering av behandlingstilbudet til psykisk syke på mange måter er gode, men at den reelle situasjonen per i dag ikke er god nok; ” (...) jeg opplever en stor kunnskapsløshet om hva de ulike psykiske lidelsene innebærer fra mange ansatte i primærhelsetjenesten i kommunen. Mange kommuner klarer ikke å skaffe nok skolert bemanning. Mange av dem jeg har skrevet ut forkommer ofte ute i kommunene på grunn av manglende

oppfølging, så blir de lagt inn igjen etter en kort stund fordi de blir dårlige igjen” (intervju Med.Fag.). En annen respondent opplever situasjonen slik; ” (...) *kommunene har jo ingen særlig kultur eller apparat for å ta seg av de nye oppgavene de har fått tildelt gjennom Opptappingsplanen. Jeg mener at det er håpløst at man ikke har satset på å bygge opp et apparat, med kompetent personale, før man begynte å legge ned mange av døgn – institusjonsplassene”* (intervju Med.Fag.) (mine understrekninger). Funnene om mangel på samhandling mellom de ulike nivåene finner man også støtte for i Wisløff – utvalgets rapport ”Fra stykkevis til helt – En sammenhengende helsetjeneste”, NOU 2005:3. Dette utvalgets mandat var å vurdere samhandlingen mellom den kommunale helsetjenesten og spesialisthelsetjenesten, altså mellom 1.- og 2. linjetjenesten, samt å ”vurdere endringer i rammebetingelsene for å bedre samhandlingen” (ibid:11). Wisløff-utvalget påpeker at Opptappingsplanens målsettinger fordrer en sterk samhandling mellom de ulike nivåene, men at; ” (...) *mange pasienter skrives ut fra psykiatriske sykehus uten videre avtalt oppfølging fra 1. linjen, det finnes en hyppig svikt i samhandlingen mellom akuttavdelinger og distriktspsykiatriske sentra, kommunene klarer ikke å ta imot ferdigbehandlede pasienter, en høy andel pasienter mangler individuell plan og fortsatt er det mange steder lange ventelister og ventetider for å få behandling”* (ibid:59). Wisløff – utvalget kommer med følgende forslag for å forsøke å bedre samhandlingen mellom 1.- og 2. linjetjenesten; 1) utvalget mener at det har stor verdi at helseforetakene og kommunene utarbeider en formalisert avtale som ivaretar samhandlingsbehovet mellom tjenestnivåene, både på overordnet – og spesifikke områder, 2) samhandling som tema bør være en del av grunnutdanningen, videre – og etterutdanningen for alle grupper av helsepersonell. Utdanningen bør ha fokus på samhandling og kulturbygging slik at den fungerer fellesskapsbyggende, 3) helsepersonell i ulike deler av tjenesten bør hospitere hos hverandre. Dette kan bidra til å forbedre relasjoner og skape felles holdninger. Wisløff – utvalget foreslår at kommuner og foretak etablerer gjensidige hospiteringsordninger (ibid:18 – 19) (mine understrekninger).

3.3.14 Oppsummering

To år etter at Riksrevisjonen leverte sin devalueringssrapport, altså fem år ut i implementeringsprosessen av reformen, fremla Helsetilsynet sin evaluering av

implementeringen av Opptrappingsplanen. Helsetilsynet konkluderte med at omorganiseringen i de psykiatriske helsetjenestene ikke var godt nok gjennomført, og at mange pasienter med psykiske lidelser fremdeles ikke fikk den nødvendige behandlingen de hadde krav på. Helsetilsynet mente at hovedårsaken til dette var at de ulike aktørene i 1.- og 2. linjetjenesten i reformarbeidet ikke hadde evnet/evner å samarbeide/samhandle, og at oppgavefordelingen i forbindelse med reformarbeidet hadde vært uklar og uryddig.

3.3.15 ”Det sitter i veggene, vet du”

I mine intervjuer med politisk – administrative respondenter fra både Helse – og omsorgsdepartementet, helseforetakene og Stortinget, fremkommer det sterk enighet om at en av årsakene til at det har vært vanskelig å implementere en rekke av tiltakene i Opptrappingsplanen, er den *”blytunge organisasjonskulturen som sitter i veggene ved de store, sentraliserte institusjonene”* (intervju Pol.Adm.). Flere av respondentene vektlegger at spesielt legene og psykiaterne ved sykehusene ikke har vært samarbeidsvillige nok når det gjelder DPS – tankegangen. Flere hevder at hvis det etablerte behandlingssystemet i sterkere grad hadde støttet oppbyggingen av DPSer, ville etableringen av disse gått raskere. Motstanden mot desentraliseringstankegangen, beskrives som *”en passiv motstand”* mot desentraliserings-ideene; i tillegg vektlegger flere politisk – administrative respondenter at de mener at motstanden mot endring, skyldes redsel fra de ansatte ved de psykiatriske sykehusene, være seg leger, psykiatere, psykologer eller psykiatriske sykepleiere o.a, for å miste jobbene sine, privilegier og faglige posisjoner (intervju Pol.Adm.). En respondent sier det slik; *”(…) Høybråten snakket alltid om ”motkreftene”²⁴, så han var veldig klar på det. Han anså det for å være den største utfordringen for å få til målsettingene i Opptrappingsplanen”* (intervju Pol.Adm.) (min understrekning).

Tirsdag 3. august 2004 knivstakk en 40 år gammel mann av somalisk opprinnelse fem personer på 17 – trikken i Oslo. En 23 – åring døde som følge av skadene han ble påført. 40 – åringen som knivstakk trikkepassasjerene, ble utskrevet fra psykiatrisk

²⁴ Dette er et syn som også vektlegges av Høybråtens etterfølger: ”De største utfordringene er nå å få til (...) sterkere evne og vilje til omstilling innen psykiatrien. Dette var helseminister Ansgar Gabrielsens hovedbudskap under hans redegjørelse for psykisk helsevern i Stortinget denne uken” (Aftenposten 13.04.2005).

avdeling på Ullevål universitetssykehus bare fire dager før han gikk løs på passasjerene, til tross for at han ikke hadde noe sted å bo eller pårørende til å ta seg av ham (Dagbladet 30.10.2004). Denne tragiske hendelsen fikk på nytt fart på psykiatridebatten her i landet. I etterkant av debatten ble det hevdet fra flere hold at denne hendelsen kunne ha skjedd flere steder i landet, og at det var tilfeldig at personen som knivstakk passasjerene hadde innvandrerbakgrunn. Etter den tragiske trikkehendelsen gikk flere overleger i psykiatri ved Aker sykehus i Oslo ut i Dagbladet med sterk systemkritikk av psykiatrien. Mellom 1996 og 2003 ble for eksempel halvparten av de psykiatriske døgnplassene til Aker sykehus nedlagt; ” *Vi er lovpålagt å ta inn nye pasienter som henvises selv om det er smekkfullt. Så hver morgen spør vi oss: Hvem kan vi skrive ut i dag? Så vi må skrive ut de minst syke. Det er fantastisk at dette skjer samtidig som myndighetene snakker så fint om en opptrappingsplan. Vi lurere på hvilken verden de lever i? Denne opptrappingen har ikke vi sett noe til*” uttalte legene (Dagbladet 02.09.2004). Den nye foretaksmodellen i helsevesenet har gitt næring til en ukultur, mente overlegene. Karrieretenkning og lojalitet oppover er blitt så viktig at det går på bekostning av fagtenkning og pasientbehandling: Den ”flinke” er de som skriver ut fort; ” *Ingen spør hvordan det går. Ingen spør oss om pasientene. Vi vet at det sitter noen i hovedkvarteret til Helse Øst på Hamar og bestemmer. Men det er alt*” (Dagbladet 02.09.2004). I mine intervjuer med de medisinske – faglige respondentene kommer en sterk misnøye med ledelsen av helseforetakene tydelig frem. Flere respondenter fra denne gruppen vektlegger at de opplever at ledelsen i løpet av reformprosessen ikke har vært lydhøre nok overfor ” *vi som jobber her*”. Det vektlegges at man har opplevd en sterk fjernstyring av sykehusene, og en ledelsesfilosofi som verken har tatt hensyn til pasientene eller personalet ved de etablerte institusjonene. Det fortelles om vedtak som man bare har fått ” *tredd nedover hodet*”; spesielt nedleggelse av sengeposter for å få budsjettene til å gå opp (intervju Med.Fag.). Flere av respondentene gir uttrykk for at det er stor avstand og ”fremmedgjøring” mellom helseforetaksbyråkratene/lederne og personalet ved de psykiatriske sykehusene; ” *(...) jeg har jobbet her i mange år, og det har aldri kommet noen fra helseforetaket og lurt på hvordan det går, eller hvordan vi ser på tingene. Men de sitter altså og bestemmer. Jeg kjenner at jeg har mye frustrasjon mot*

dette lederskapet, og det er jeg ikke alene om” (intervju Med.Fag.). Flere av respondentene fra det medisinsk – faglige miljøet gir også uttrykk for at det nok stemmer at det eksisterer motstand ved de sentraliserte psykiatriske sykehusene mot omstruktureringene som Opptrappingsplanen vil medføre, men respondentene mener at denne motstanden ikke handler om redsel fra personalet for å miste prestisje og jobber, en respondent uttrykker det slik; ”(...) de fleste i psykiatrien mener at tankegangen om økt desentralisering er god, men (...) hvis man skal snu en organisasjons måte å arbeide på, en organisasjon som har eksistert i 150 år, så kan man ikke innføre 15 nye baller på en gang. Da får man ikke med seg de som jobber med pasientene i det daglige, og da oppstår det motstand og da setter folk seg ned og sier ”Hva i all verden er det som skjer her?”. Jeg mener motstanden mot flere av de nye måtene å arbeide på skyldes at det har vært for mange endringer på en gang til at man får velvilje fra personalet” (intervju Med.Fag.). En annen respondent uttrykker det slik; ”(...) all motstand mot endring er ikke nødvendigvis av det vonde. Motstand mot en annen måte å arbeide på og å utvikle en mer helhetlig arbeidsmetode, er negativ. Men den motstanden som tar utgangspunkt i at det nye tilbudet som bygges opp for denne pasientgruppen er dårligere enn det som allerede eksisterer, den motstanden er bra og helt nødvendig” (intervju Med.Fag.). Det kommer frem gjennom intervjuene at mange i det medisinsk – faglige miljøet opplever at DPSene som har blitt opprettet, ofte blir for små, og innehar for dårlige fagmiljøer (intervju Med.Fag.).

3.3.16 Oppsummering

Empirien viser at man fra politisk – administrativt hold opplever at en av årsakene til at det har vært vanskelig å implementere tiltakene i Opptrappingsplanen, er kulturell motstand fra den medisinske fagekspertisen ved de store psykiatriske sykehusene/institusjonene. Det hevdes at de ulike fagprofesjonene ved de psykiatriske sykehusene, er redde for å miste jobbene sine, og for å miste sine privilegier. Flere respondenter hevder at det hadde gått raskere å bygge opp DPSer hvis fagfolkene ved institusjonene hadde vært mer samarbeidsvillige og villige til å endre sine arbeidsmetoder i henhold til den økte desentraliseringstankegangen. Fra medisinsk – faglig hold blir det derimot vektlagt at omfattende nedleggelse av sengeplasser ved institusjonene, sterkere vekt-

legging av økonomi og rasjonalisering, fremmedgjøring og stor avstand til ledelsen ved helseforetakene, samt for mange endringer som har skullet finne sted på samme tid, er årsakene til at det har oppstått motstand mot endringer og liten motivasjon til å være med på nye arbeidsmetoder ved institusjonene og utenfor. I tillegg opplever det medisinsk – faglige miljøet at det tilbudet som nå bygges opp til de psykisk syke, på mange områder, per i dag, ikke er faglig godt nok, blant annet fordi de nye, desentraliserte fagmiljøene blir for små.²⁵

Tabell 3.3.17: Implementeringsfasen (1999 – sommeren 2005)

Oversikt over hvilke målsettinger og problemer de ulike forvaltningsnivåene har hatt/møtt i løpet av implementeringsprosessen.

Sentrale aktører:	Stortinget	Helse – og omsorgsdepartementet	Helseforetakene	Kommunene	De sentrale psykiatriske sykehusene
Målsetting for de ulike aktørene ifølge Opptrappingsplanen:	- Bevilge midler.	- Følge opp hvordan de bevilgede/øremerkede midlene ble brukt. - Følge opp implementeringene av Opptrappingsplanen ulike mål.	- Lede og styre både somatikk og spesialisthelsetjenesten i psykiatrien. - Bygge opp DPSer. - Bygge opp samhandling med primærhelsetjenesten.	- Bygge kommunale omsorgsboliger. - Utvide kulturtiltak, støttekontakttiltak etc. - Bygge opp samhandling med spesialisthelsetjenesten.	- Omdannes til mindre enheter. - Nye arbeidsmetoder - Øke samhandlingen med primær – helsetjenesten.
Problemer som de ulike aktørene har møtt/hatt i løpet av implementeringsfasen:	-Komplekst saksfelt/ Hvilke tiltak burde man implementere?/ I hvilket tempo burde man bevilge midler?	- Vanskeligheter med å følge de øremerkede midlene - Sterk kritikk fra Riksrevisjonen for manglende kontroll med implementeringen av målene i reformen.	- Flere helseforetak på etterskudd med å bygge opp DPSer - De medisinsk – faglige miljøene kritiske til ledelseskulturen i helseforetakene - Kritikk fra Wisløff – utvalget for mangelfull samhandling med primærhelsetjenesten	- Mange kommuner på etterskudd med å bygge omsorgsboliger - Bygge opp kunnskap om psykiatri - Vanskelig å skaffe kompetent personell - Mangelfulle bevilgninger fra Stortinget frem til 2005 - Mangelfull samhandling med spes.helsetjen.	- Nedleggelse av behandlingsplasser - Omstrukturering av institusjonen - Krav om nye arbeidsmetoder - Sterkere krav til økonomistyring og effektivitet - Styrte av helseforetakene/ opplevelse av større avstand til ledelsen

²⁵ Flere psykiatere hevder at "DPSene innehar for dårlig spisskompetanse, fordi fagmiljøene blir så fragmenterte med denne strukturen. DPSene klarer da ikke ansvaret for de dårligste langtidspasientene. Disse pasientene klarer ikke å bo alene uten heldøgn – oppfølging. Familiene, og særlig barna til disse pasientene, blir derfor sterkt skadelidende" (Psykiater Otto Steinfeldt – Foss, medlem av Kontrollkommissjonen for psykiatrisk akutthinstitusjon i Osloregionen, til Aftenposten 22.02.2005).

Kapittel 4: Analyse av implementeringsprosessen - Psykiatrien mellom medisin, økonomi og politikk.

4.1 Innledning

I empirikapittelet, kapittel 3, i denne oppgaven ble det *kort* redegjort for hovedlinjene i initiativfasen til psykiatrireformen, men *hoveddelen* av den empiriske fremstillingen omhandler selve implementeringsfasen av reformen. I dette kapittelet, vil som tidligere beskrevet, min analyse i all hovedsak omhandle det empiriske materialet ad *implementeringsprosessen* av ”Opptappingsplanen for psykisk helse 1999 – 2006”. Denne empirien vil nå bli analysert opp mot de organisasjonsteoretiske bidragene som er fremstilt i kapittel 2. Dette kapittelet vil bestå av tre analyser. Første del vil være en instrumentell analyse, andre del vil være en kulturteoretisk analyse og tredje del vil gi en myteteoretisk analyse. Jeg har valgt en slik inndeling fordi jeg anser forklaringene på hvorfor implementeringsprosessen av ”Opptappingsplanen for psykisk helse 1999 – 2006” for å ha vært vanskelig, for å være *svært sammensatte*. Mitt formål er at inndelingen av analysen, etter de utvalgte perspektivene, vil gjøre fremstillingen så oversiktelig som mulig.

Intensjonene i denne analysen vil forsøksvis være å gi ulike forklaringer på den beslutningsatferden man finner i implementeringsprosessen av reformen, dokumentert i empirikapittelet, kapittel 3. Jeg vil se nærmere på hvordan de predikerte uavhengige variablene, knyttet til de ulike teoretiske perspektivene skissert i modell 1.3.1 i kapittel 1, kan tenkes å ha påvirket beslutningsatferden i implementeringsprosessen av psykiatrireformen. Som redegjort for i innledningskapittelet, er denne oppgavens avhengige variabel; ”*verdien lav score på implementeringen av psykiatrireformen*”. De uavhengige variablene som er skissert som mulige forklaringsfaktorer ad den avhengige variabelen, er hentet fra de ulike organisasjonsteoretiske perspektivene jeg har skissert i kapittel 2, og omhandler *endringer i; fysisk struktur (FYS), formell normativ struktur (FNS) og i organisasjonsdemografi*. Samt endringer i *organisasjonshistoriske kulturelle/institusjonelle faktorer og organisasjonsmoter - og myter i omgivelsene*. I de følgende del – analysene, vil jeg nå forsøke å begrunne de skisserte uavhengige variabelenes forklaringskraft på denne oppgaves formulerte avhengige variabel. Dermed vil jeg forsøke å fastsette hvor stor forklaringskraft de ulike

organisasjonsteoretiske perspektivene ser ut til å ha hatt ad denne oppgavens hovedproblemstilling.

4.2 En instrumentell analyse

Som empirien viser vedtok et enstemmig Storting i 1998 ”Opptappingsplanen for psykisk helse 1999 – 2006”. Reformen ble fremmet fra aktører fra politisk hold, etter mangeårig press fra ulike bruker – og interesseorganisasjoner for mennesker med psykiske lidelser. Som figur 3.2.5 i empirikapittelet viser, innebar denne reformen en sterk tankegang om økt desentralisering av behandlingstilbudet til psykisk syke mennesker i Norge. De ulike tiltakene i Opptappingsplanen ville innebære omfattende endringer i det psykiske helsevernets fysiske struktur (FYS); fra en sterk sentralisert struktur til en økende grad av desentralisert organisasjonsstruktur. Deler av de eksisterende sentraliserte psykiatriske sykehusene skulle opprettholdes ”i noen grad”, men den nye modellen ville innebære en stor omstrukturering i form av anskaffelse av ny fysisk bygningsmasse til implementeringen av distriktpsikiatriske sentra (DPSer) og kommunale bo – og omsorgssentra. Denne omorganiseringen ville *også* innebære endringer i den formelle normative strukturen (FNS); defineringen av arbeidsoppgaver – og metoder ville nødvendigvis måtte endre seg for mange av de ansatte i psykiatrien i henhold til de omfattende endringene i den fysiske strukturen.

Parallelt med de strukturelle endringene som skulle implementeres i Opptappingsplanen, ble det i 2001 vedtatt at fem statlige helseforetak skulle ta over organiseringen av psykiatrien; en oppgave som fylkeskommunene tidligere hadde hatt. Helseministeren skulle nå være øverste leder av helseforetakene, og dermed spesialisthelsetjenestene. Tidspunktet for implementeringen av denne reformen, innebar at to store endringer i fysisk struktur (FYS) innenfor helsesektoren skulle foregå samtidig. Rent instrumentelt viser empirien at helseforetakene brukte tid på å organisere seg i en nyopprettet fysisk (FYS) – og formell normativ struktur (FNS), som skulle ha ansvaret for å lede *både* spesialisthelsetjenestene innenfor somatikk og psykiatri. Empirien viser at implementeringen av helseforetaksreformen parallelt med psykiatrireformen, dermed medførte at implementeringen av tiltak i psykiatrireformen ble forsinket, spesielt byggingen av distrikts psykiatriske sentra (DPSer).

Da Stortinget vedtok ”Opptappingsplanen for psykisk helse 1999 - 2006”, ble Helsedepartementet samtidig gitt i oppgave å følge og kontrollere implementeringen av psykiatireformen. Det ble vedtatt at planer og prosjektsøknader i henhold til Opptappingsplanen skulle behandles og godkjennes av daværende Sosial – og helsedepartement. Det skulle opprettes et særskilt sekretariat for å dekke denne funksjonen (St.prp.nr. 63 (1997-98):28). Departementet vektla at de nøye ville følge ressursbruken og produktivitetsutviklingen i implementeringsprosessen (St.prp.nr. 63 (1997-98):29). I utgangspunktet skulle det altså være en sterk målstyring av implementeringen av psykiatireformen. Men i 2002 fremla Riksrevisjonen sin devalueringssrapport av Opptappingsplanen halvveis ut i reformperioden. Riksrevisjonen konkluderte i denne rapporten med at kapasitetsøkningen i det psykiske helsevesenet frem til dette tidspunktet hadde vært alt for svak, og at kapasitetsutviklingen på ulike områder måtte øke for å klare å nå Opptappingsplanens måltall innen 2006. Helsedepartementet fikk derfor sterk kritikk for at de ikke hadde utviklet noen form for resultatindikatorer for å måle utviklingen av flere av de psykiatriske helsetjenestene, dette til tross for at departementet hadde lovet å følge implementeringen av de ulike tiltakene i Opptappingsplanen nøye (Dokument nr 3:5 (2002-2003):25).

I henhold til Egebergs virkemiddel – modell (Egeberg 1989), vil jeg hevde at empirien viser at *målstyringen* av de ulike tiltakene i reformprosessen i de første tre årene av implementeringsprosessen *ikke ble ”stramt styrt”* fra ledelseshold, det vil si fra departementshold. I tillegg viser denne empirien at *den formelle kontrollen* med implementeringen av flere av tiltakene i Opptappingsplanen, ikke ble utført i samsvar med den opprinnelige defineringen av departementets rolle i henhold til denne arbeidsoppgaven. Fra flere politisk – administrative respondenter fra ulike forvaltningsnivå, bekreftes det at Riksrevisjonenes kritikk av *manglende kontroll og målstyring* var legitim. Imidlertid blir det påpekt fra respondentene at det har vært problematisk å implementere den økte desentraliseringen av tjenestetilbudet, ikke bare på grunn av manglende økonomisk bevilgninger fra Stortinget, men også fordi det har vært *vanskelig å lokalisere egnet bygningsmasse* eller nye tomter for å kunne etablere den nye fysiske strukturen (FYS) som reformen har krevd (intervju Pol.Adm.). Empirien viser da også at nedbyggingen av institusjonsplasser i stor grad har foregått før et nytt

desentralisert tilbud, rent fysisk, har blitt bygget opp. Denne problematikken har gjort seg gjeldene både for de tiltakene de statlige helseforetakene har hatt ansvaret for, og det tilbudet kommunene har hatt ansvaret for å bygge opp. I tillegg til at det har vært vanskeligere enn antatt å klare å bygge ut den nye fysiske strukturen/bygningsmassen, hevder flere respondenter at det har vært svært vanskelig å skaffe den mengden skolert bemanning, som det er behov for, altså *vanskeligheter med å endre variabelen organisasjonsdemografi*. Ut i fra et instrumentelt perspektiv kan det etter min mening hevdes at Opptappingsplanens mål, og implementeringen av disse, delvis har vært *mangelfullt definert* i utgangspunktet. Det hevdes fra flere respondenter, fra både politisk – administrativt, medisinsk faglige og interesseorganisasjoners hold, at målsettingene i Opptappingsplanen i ettertid har vist seg å være for ambisiøse og en smule naive til å klare å implementere i henhold til den opprinnelige planperioden, når man på forhånd ikke hadde de nye fysiske bygningene ”oppe og stå”. Flere respondenter henviser til at man i større grad burde organisere Opptappingsplanen som HVPU – reformen på begynnelsen av 1990 – tallet, når de store, sentraliserte institusjonene for psykisk utviklingshemmede ble tømt. Den gang ble de desentraliserte omsorgsboligene bygget i kommunene *før* institusjonsplasser ble bygget ned.

Den nye organiseringen av de psykiske helsetjenestene innebærer også en *endring i arbeidsmetoder – og struktur*, det vil si omfattende endringer i den formelle normative strukturen (FNS). Blant annet fordrer reformen at 1.- og 2. linjetjenesten/spesialist - og primærhelsetjenesten i langt større grad må samhandle og samarbeide om tjenestetilbudet til psykisk syke. Men empirien viser, spesielt konklusjonen til Wisløff-utvalget (2005), at opprettelsen av den nye formelle normative strukturen (FNS) mellom de to tjenestenivåene har bydd på problemer ad *definering* av hvilket behandlingsnivå som skal utføre hvilke arbeidsoppgaver. I tillegg hevder flere politisk-administrative respondenter at det har vært svært vanskelig å rekruttere nok kompetent personale til nye stillinger i de desentraliserte enhetene som er bygget opp, samt vanskelig å få spesialisthelsetjenesten fra de sentraliserte institusjonene til å endre sin FNS, det vil si endre sine arbeidsmetoder til å arbeide mer desentralisert.

4.2.1 Hovedtrekk: Det instrumentelle perspektivets forklaringskraft

Psykiatrireformen blir av flere sentrale politisk – administrative respondenter beskrevet som en av ”*de mest omfattende og komplekse reformer i helsevesenet i norsk etterkrigstid*” (intervju Pol.Adm.). Reformen omfatter svært mange statlige og kommunale forvaltningsnivå. Tradisjonelle sentraliserte institusjoner skal omdannes til mindre enheter og ny bygningsmasse/fysisk struktur (FYS) opprettes i løpet av implementeringsperioden. Etter min mening viser empirien at implementeringen av den økte desentraliseringstankegangen i Opptrappingsplanen ville ha vært enklere å implementere hvis både boliger og kompetanse på forhånd i større grad hadde vært skaffet. Flere respondenter fra administrativt hold gir uttrykk for at man nok har vært for naive når det gjaldt hvor resursskrevende omstruktureringene av tjenestetilbudet fra sentraliserte til desentraliserte enheter ville være. Flere respondenter vektlegger at det har foregått for mange endringer samtidig, og at man i stedet skulle hatt fokus etappevis og gjennomført noen få endringer av gangen. I henhold til det instrumentelle perspektivet mener jeg man ser at implementeringen av Opptrappingsplanen, spesielt i de første tre årene av implementeringsprosessen, *ikke var stramt styrt fra departementshold*. Som empirien, og den instrumentelle analysen viser, har reformen vært *preget av både mangel på målstyring og resultatoppfølging/kontroll*. Jeg vil hevde at det instrumentelle perspektivet derfor har gyldighet til å bidra til å forklare denne oppgavens avhengige variabel; ”verdien lav score på implementeringen av Opptrappingsplanen”. Spesielt mener jeg det instrumentelle perspektivet har sterk forklaringskraft i de tre første årene av implementeringsprosessen frem til Riksrevisjonens devalueringssrapport av implementeringsprosessen forelå. Det at både selve lokaliseringen av bygningsmasse (FYS) og defineringen av nye arbeidsmetoder (FNS) ikke ble godt nok *definert før* selve *aktiviseringsprosessen* av reformen ble satt i verk, ser ut til å ha bidratt til at implementeringen av en rekke ulike tiltak i reformen ble ”hengende etter” den opprinnelige vedtatte tidsplanen for implementeringen, og man har kanskje i for stor grad ”tatt ting som det kommer” i løpet av implementeringsprosessen, noe som blant annet ser ut til å ha bidratt til at det ikke har vært et samsvar mellom antallet institusjonsplasser som har blitt bygget ned,

og antallet kommunale omsorgsboliger og DPSer som skulle bygges opp i samme tidsrom.

4.3 En kulturteoretisk analyse

Som den instrumentelle analysen av implementeringen av ”Opptappingsplanen for psykisk helse” viser, innebærer psykiatireformen store og omfattende endringer både i den fysiske strukturen (FYS) av organiseringen av tjenestetilbudet til psykisk syke, samt endringer av arbeidsmetoder – og arbeidsstruktur for mange ansatte i psykiatrien, det vil si endring i formell normativ struktur (FNS). En av hovedtankene i reformen er at de store, tradisjonelle og sentraliserte psykiatriske sykehusene skal omdannes til mindre enheter og at tilbudet til mange grupper av de psykisk syke i større grad skal desentraliseres. Dette skal implementeres ved å bygge ut distriktpsikiatriske sentra (DPSer) og ulike bo - og behandlingstilbud i primærkommunene. Kort sagt kan man si at den ideologiske essensen i Opptappingsplanen om økt desentralisering av tjenestetilbudet, fordrer et sterkt og økende samarbeid mellom spesialisthelsetjenesten/2.linjetjenesten og primærhelsetjenesten/1.linjetjenesten. Men empirien viser tydelig at det nettopp på dette området har eksistert store problemer ad implementeringen av de ulike tiltakene i Opptappingsplanen, samt store samhandlingsproblemer på tvers av de ulike forvaltningsnivåene som er involvert i implementeringsprosessen. Jeg finner at Selznicks perspektiv ad ledelse og institusjoners ”distinkte identiteter”, som jeg redegjorde for i kapittel 2, er interessant å analysere opp mot ulike deler av empirien jeg har presentert i kapittel 3:

4.3.1 ”Motkreftene” ved de sentrale psykiatriske sykehusene

En av de sentrale aktørene i denne reformen er de store, sentraliserte psykiatriske sykehusene som eksisterer i hvert enkelt fylke. Svært mange av disse tradisjonelle psykiatriske sykehusene skal i følge målene i Opptappingsplanen bygges ned til mindre enheter, og deler av fagekspertisen ved disse sykehusene må regne med at de, i følge innholdet i psykiatireformen, i fremtiden må endre sine måter å arbeide med psykisk syke mennesker på. Dette vil blant annet innebære og jobbe mer desentralisert ved de nye, desentraliserte bo – og behandlingseenhetene som skal bygges opp, i tillegg til for eksempel å arbeide mer i ”ambulante team”. I henhold til Selznicks definisjon

av begrepet ”institusjon”, vil jeg hevde at de store og sentraliserte psykiatriske sykehusene uten tvil må kunne betegnes som veletablerte ”institusjoner”; altså et ”foretak” som gjennom år har hatt en evolusjonær utviklings – og tilpassningsprosess, som har ført til institusjoner med en sterk institusjonell integritet blant de ansatte ved de psykiatriske sykehusene. De psykiatriske sykehusene er også det Selznick betegner som foretak med en ”sterk institusjonell integritet i sine omgivelser” (samfunnet for øvrig). Svært mange av de psykiatriske institusjonene har en historikk som strekker seg 150 – 200 år tilbake i tid. Historisk sett har disse institusjonene hatt ”monopol” på å behandle mennesker med psykiske lidelser. Institusjonene har fysisk sett blitt plassert ”ute på landet”, og den gamle arkitektoniske bygningsmassen som fremdeles eksisterer flere steder, som ”fordums asyl” med egen villa til ”Overlegen”, vitner om et miljø som har eksistert som små, egne samfunn på siden av storsamfunnet. Selznick hevder at ”testen” for om man har en virksomhet som inneholder ”verdier”, er om verdiene kan skiftes ut. Hvis en organisasjon kun er et instrument, kan den lett endres eller legges ned når et mer effektivt redskap blir tilgjengelig. Dermed kan de fleste ”organisasjoner” skiftes ut. Men *”ved innføringen av verdier, oppstår det motstand mot forandringer. Folk får en følelse av personlig tap, gruppens eller samfunnets ”identitet” later på et vis til å være krenket, det er med den største motvilje og med beklagelse at de bøyer seg for økonomiske eller tekniske hensyn”* (Selznick 1997:27).

De psykiatriske sykehusene har i tillegg vært preget av det Selznick betegner som ”sterke profesjoner”. Selznick definerer profesjoner som *”yrkesmessige eliter”*. Elite – begrepet til Selznick indikerer et yrkes unikhet; en profesjon er dermed ”eksklusiv”, der andre ikke kan overta dens arbeidsoppgaver. Dette gjenkjennes ved at en rekke yrker krever offentlig godkjenning for å kunne utøve det (Selznick 1997:79). Ved de psykiatriske institusjonene arbeider en rekke slike profesjoner; psykiatere, psykologer og psykiatriske sykepleiere. Innen det institusjonelle perspektivet, vektlegges profesjoner som ”bærere av verdier”, og Selznick hevder at disse gruppenes styrke er av spesiell interesse i en omorganiseringsprosess, på grunn av de ulike gruppenes divergerende interesser; *”Ordet ”omorganisering” forbindes gjerne med både angst og muligheter for gruppene og for enkeltindividet”* (ibid.). Som empirien viser var tidligere helseminister Høybråten svært opptatt av ”motkreftene” ved de store,

sentraliserte psykiatriske sykehusene. Han vektla at dette var en sterk faktor som den politisk – administrative delen av helseapparatet ville komme til å møte ved implementeringen av psykiatrireformen. I mine intervjuer med politisk – administrative respondenter kommer det tydelig frem at flere av respondentene opplever at den medisinsk – faglige ekspertisen ved de store psykiatriske sykehusene, har vært lite samarbeidsvillige, og har vist en ”passiv motstand” mot endringer, som en respondent uttrykte det; ”*Dette er en blytung snuoperasjon*” (intervju Pol.Adm). Flere av de politisk – administrative respondentene hevder også at implementeringen av de ulike målene i Opptappingsplanen kunne ha gått raskere, hvis den medisinsk – faglige ekspertisen ved de etablerte psykiatriske sykehusene hadde vist større samarbeidsvilje i henhold til desentraliseringstankegangen. Den manglende samarbeidsviljen forklares med at flere profesjoner innenfor psykiatrien er redde for å miste privilegiene sine. Empirien viser også at det fra medisinsk – faglig hold blir innrømmet at det har eksistert motstand mot endring i løpet av implementeringsprosessen, men at dette i all hovedsak skyldes at departementet og helseforetakene har innført alt for mange tiltak ovenfra samtidig. Det er et gjennomgående tema fra de medisinsk – faglige respondentene at de opplever at ”den institusjonelle integriteten” ikke har blitt tatt hensyn til fra ledelseshold, det vil si fra departementet - og helseforetakene, ved implementeringen av de ulike tiltakene i Opptappingsplanen. Flere informanter gir uttrykk for at de synes at den nye helseforetaksorganiseringen, hvor psykiatri og somatikk har fått en felles organisering, har ført til et ”uklokt lederskap” som innehar svært liten kunnskap om det fagområdet [psykiatrien] de er satt til å styre. Denne opplevelsen av et lederskap som er ”uklokt og inkompetent”, begrunnes med at de fleste lederne av dagens helseforetak ikke har bakgrunn fra psykiatrien, men at lederne som regel er rekruttert fra somatikken eller at de ofte er utdannet bedriftsøkonomer eller statsvitere.

I henhold til disse synspunktene kommer det tydelig frem i empirien det jeg vil betegne som et ”*kulturelt – ideologisk skille*”. Det fremkommer i mine intervjuer et ”spenningsfelt” mellom de statlige helseforetakenes ledelseskultur og store deler av den medisinsk – faglige ekspertisen og behandlingsapparatet. Det medisinsk – faglige behandlingsapparatet opplever at den nye helseforetaksorganiseringen har ført til et

sterkere fokus på ”rasjonalitet”, ”effektivitet” og ”økonomistyring” i en slik grad at de ansatte mener at en forsvarlig medisinsk – faglige behandling av pasienter med psykiske lidelser, og spesielt av de sykeste psykisk syke, er truet. Selznick er opptatt av at når man skal gjennomføre en omorganisering viser flere studier innenfor organisasjonsteorien at man er avhengig av ”goodwill” og samarbeidsånd blant de ansatte for å få et best mulig resultat (Selznick 1997:13). I henhold til den foreliggende empirien vil jeg hevde at man finner dekning for at de ansatte ved de sentraliserte institusjonene i omfattende grad har følt seg ”overkjørt” i løpet av implementeringsprosessen, dette indikerer at de opplever at man fra ledelseshold, det vil si fra departementshold og fra de statlige helseforetakenes side, ikke har tatt nok hensyn til ”den institusjonelle integriteten”; spesielt kommer dette til uttrykk ved av de medisinsk – faglige respondentene opplever at det har blitt en større ”fremmedgjøring” til ledelsen etter at helseforetakene ble etablert, samt at for mange endringer har skulle finne sted på samme tid. I henhold til Selznicks perspektiv ad ledelse, kan man hevde at empirien viser at man fra sentralt politisk – administrativt hold i så måte ikke har utvist ”klokt lederskap”; *”Den kloke lederen godtar sin institusjons egenart, om det så kun er som et utgangspunkt for å forme en strategi som vil forandre den”* (Selznick 1997:42).

4.3.2 ”Helseforetaksreformen” implementert parallelt med ”Opptappingsplanen for psykisk helse” – to ulike medisinske kulturer møtes

En annen del av empirien hvor jeg mener det kulturelle perspektivet er relevant å benytte, er knyttet til at den nye ”Helseforetaksreformen” ble implementert parallelt med ”Opptappingsplanen for psykisk helse”. I 2001 overtok staten det samlede ansvaret for spesialisthelsetjenesten, som fylkeskommunene tidligere hadde hatt. Fem statlige helseforetak ble opprettet, som beskrevet i empirikapittelet. Helseforetakene fikk velge sin egen organisering, og de fleste foretakene organiserte psykisk helsevern og somatikk i store, felles foretak (”Verdig Liv”- utvalget 2004:13). Implementeringen av helseforetaksreformen foregikk parallelt med implementeringen av ”Opptappingsplanen for psykisk helse 1999 – 2006”; der utbygging av DPSer, utbygging av omsorgsboliger i kommunene, nyorganiseringer og nye samarbeidsordninger fremdeles lå i støpeskjeen. To nye, store reformer i helse –

Norge, skulle dermed implementeres samtidig. I min empiri fremkommer det at det ikke har vært ”smertefritt” å organisere somatikk og psykiatri i felles foretak. Flere politisk – administrative respondenter gir uttrykk for at det til tider har foregått en ”kamp” mellom somatikken og psykiatrien internt i helseforetakene, om hvilket medisinsk – faglige område som bør prioriteres. Rådet for psykisk helse har hevdet at man ved flere tilfelle har dokumentert ”en vridning av øremerkede psykiatrimidler” til somatikken internt i de ulike helseforetakene, til tross for målsetningen om en opptrapping av det psykiske helsevernet i samme periode. Rådet for psykisk helse hevder at dette har medvirket til at den somatiske delen av helsevesenet har økt på bekostning av øremerkede midler til psykiatrien. Rådet krevde i 2004 at Stortinget nøye måtte granske i hvor stor grad somatikken hadde vokst ved hjelp av opptrappingsmidlene til psykiatrien (”Verdig Liv”- utvalget 2004). I mine intervjuer blir påstandene om ”vridning” av øremerkede psykiatrimidler møtt med sterk kritikk fra ledende politisk – administrativt hold. Det vektlegges at påstandene om ”kreativ regnskapsførsel” av øremerkede psykiatrimidler til somatikken er omstridte og ikke godt nok dokumentert²⁶. Imidlertid gir flere av respondentene uttrykk for at de ikke ser bort i fra at dette kan ha skjedd. Det er umulig for meg å kunne dokumentere i hvor stor grad Rådet for psykisk helse har rett i sin dokumentasjon ad ”vridning” av øremerkede psykiatrimidler, imidlertid merker jeg meg at flere av de politisk – administrative respondentene konkluderer ad denne påstanden med at *”det sikkert har skjedd, men at det er vanskelig å si noe sikkert om omfanget”*. Striden mellom ressurser til somatikken versus psykiatrien, blir både fra politisk – administrativt - og medisinsk - faglig hold forklart med at ledelsen i de ulike helseforetakene i hovedsak er rekruttert fra somatikken, eller at de innehar bedriftsøkonomisk eller statsvitenskapelig bakgrunn/kompetanse, og at somatikken tradisjonelt sett har innehatt en høyere status enn psykisk helsevern innenfor helsevesenet. Empirien viser at den ulike medisinske statusen til de to fagområdene, dermed ser ut til å ha blitt overført til helseforetakene, selv om dannelsen av helseforetakene skulle innebære en felles, *likeverdig* og ny organisering av både somatikk og psykiatri. Igjen vil jeg hevde

²⁶ I 2005 gikk imidlertid helse – og omsorgsminister Ansgar Gabrielsen ut og påla helseforetakene å sørge for en høyere prosentvis vekst både til rusbehandling og psykiatri enn til den somatiske delen av behandlingstilbudet i løpet av 2005 (Aftenposten 12.01.2005).

at man her ser to kulturer som ”kolliderer”, men nå mellom to *interne* medisinske system. I henhold til et kulturelt perspektiv kan man anta at det vil ta mange år før psykiatrien vil få en likestilt status med somatikken, selv om de to fagområdene siden 2001 nå er samorganisert og formelt sett skal være likeverdige. Man må anta at det ikke bare er å ”vedta” en likestilling mellom to fagområder som i generasjoner har innehatt ulik status; helseforetakene er fremdeles nye organisasjoner som over tid må danne sin egen ”institusjonelle integritet”, i henhold til Selznicks terminologi. Empirien tyder da også på at implementeringen av flere tiltak i Opptappingsplanen, spesielt byggingen av DPSer, ble forsinket fordi den nye helseforetaksreformen ”krevde sitt”. Dannelsen av de nye organisasjonene (foretakene) krevde tid og ressurser, i tillegg må man i henhold til det kulturelle perspektivet anta at den interne ”tautrekkingen” mellom de to medisinske kulturene som nå skulle organiseres under ett, også har bidratt til å hemme implementeringen av psykiatireformens ulike tiltak.

4.3.3 Manglende kultur for psykisk helse i kommune – Norge?

Empirien viser også at Rådet for psykisk helse hevder at de kan dokumentere at man i tillegg finner de samme ”vridningsmekanismene” ad øremerkede psykiatrimidler i svært mange kommuner, som i helseforetakene. I ”Verdig Liv” – rapporten hevdes det også at flere kommuner har brukt opptappingsmidlene til å finansiere ”gamle” tiltak i det psykiske helsevesenet, slik at de nye midlene ikke fører til en reell vekst i tilbudet til psykisk syke (Psykisk Helse 3/2004). Igjen finner jeg det interessant å knytte det kulturteoretiske perspektivet opp mot empirien. Historisk sett er det spesialisthelsetjenesten som har hatt behandlingsansvaret for mennesker med psykisk sykdom, men den sterke desentraliseringstankegangen i psykiatireformen har betydd at primærkommunene nå i sterkere grad skal overta bo – og omsorgstilbudet for ”kronikerne”, det vil si til personer med de alvorligste psykiatriske diagnosene²⁷. Flere av mine respondenter, både fra det politisk – administrative – og det medisinsk – faglige miljøet, gir uttrykk for at det tilbudet som de ulike kommunene har bygget opp i løpet av implementeringsperioden for Opptappingsplanen, er svært varierende, og i svært mange tilfeller ikke godt nok. Flere kommuner har sågar ikke bygget opp noe bo – og omsorgstilbud til denne pasientgruppen i det hele tatt i løpet av

²⁷ Schizofreni, maniske depressivitet/bipolare lidelser, alvorlige spiseforstyrrelser o.a.

implementeringsperioden frem til nå. Informantene tilkjennegir at de mener at spesielt det å få bygget opp et apparat for psykisk helse i primærkommunene har vært, - og fremdeles er, en av de største utfordringene i henhold til implementeringen av psykiatrireformen, hvis desentraliseringstankegangen skal lykkes. Den manglende implementeringen av ulike tiltak i kommunene, forklares av flere respondenter fra den politisk – administrative gruppen med at kommune – Norge har fraskrevet seg ansvaret for psykiatriske pasienter i mange år, og at det er liten vilje i store deler av kommune – Norge både blant politikere og rent administrativt til å ”ta tak” for å bygge opp et tilbud til denne pasientgruppen lokalt. Andre forklarer imidlertid kommunenes manglende oppfølging av reformen med at det vil være ”historieforfalskning” å hevde at kommunene har ”fraskrevet seg ansvaret sitt for denne pasientgruppen”, fordi kommunene verken historisk eller tradisjonelt sett har hatt ansvaret for denne gruppen. Dette har vært spesialisthelsetjenesten sitt ansvar, og samfunnets holdning har vært at disse pasientene skulle ”plasseres” ved avsidesliggende institusjoner. Men uansett ståsted til de ulike respondentene angående årsakene til kommunenes handling, eller mangel på handling i denne reformen, finner jeg stor grad av enighet blant respondentene fra både politisk – administrativt og medisinsk – faglig hold om at kommunene har manglet tradisjon og kultur for å sørge for et helsetilbud for denne pasientgruppen. Flere respondenter hevder at målsettingen i Opptappingsplanen om å klare å bygge 3400 nye omsorgsboliger i kommunene, samt bemanne dem med kompetent personell, i utgangspunktet har vært svært naivt og for ambisiøst i henhold til tidsplanen. Igjen vil jeg hevde at man her ser elementer av det Selznick beskriver i sin fremstilling; *Institusjonaliseringsprosessene foregår som uintenderte og uplanlagte prosesser over tid, og avviker ofte fra den formelle normative strukturen (FNS)* (Selznick 1997:27). Det tar tid å innføre nye arbeids – og ansvarsoppgaver for en etablert institusjon²⁸ for at den skal føle at disse arbeidsoppgavene er en del av dens ansvarsområde og en del av institusjonens ”institusjonelle integritet”. Flere respondenter vektlegger at kommunene nå må skaffe seg en kunnskap, fagfolk og kompetanse knyttet til et fagområde som man ikke har innehatt i samme omfang tidligere. I tillegg har kommunene også stått ovenfor en reell problemstilling ad

²⁸ Jeg hevder i denne oppgaven at de norske kommunene kan defineres som godt etablerte ”institusjoner” i henhold til Selznicks terminologi.

manglende bevilgninger av midler fra Stortinget, som beskrevet i empirikapittelet og i den instrumentelle analysen. Når da både den politiske - og den administrative toppledelsen i kommunene i tillegg ikke har vist samarbeidsvilje, med begrunnelse i argumentasjon om generell trang kommuneøkonomi, vil det selvfølgelig være krevende å få implementert Opptappingsplanens ulike tiltak i kommunene. ”Motkreftene” vil være sterke.

4.3.4 ”Resept” – ”kulturbygging” mellom 1.- og 2. linjetjenesten?

Som empirien viser fremla Helsetilsynet i mars 2004 en rapport som dokumenterte ”en systematisk svikt i tilbudet til de tyngste psykiatriske pasientene”. Hovedkonklusjonen i rapporten var at Helsetilsynet mente tilbudet til psykiatriske pasienter over hele landet i liten grad hjalp de alvorligste syke pasientene, til tross for den pågående Opptappingsplanen i psykiatrien. Hovedproblemet slik Helsetilsynet ser det er at de DPSene som var blitt etablert ikke klarte å samarbeide, og dette gikk utover pasientene som dermed ikke fikk den hjelpen de hadde krav på (NRK.no/PULS 08.03.2004). Disse samarbeidsproblemene forklarer Helsetilsynet med at omorganiseringene i Opptappingsplanen ikke er godt nok gjennomført, og at dette har medført en uklar oppgavefordeling og manglende samhandling. I rapporten understrekes det videre at det er alvorlig at Helsetilsynet finner en hyppig svikt i oppgavefordeling og samhandling mellom de ulike nivåene/1.- og 2. linjetjenesten, slik at systemet ikke sikrer en faglig oppfølging for mennesker med alvorlige psykiske lidelser. Mangelen på samhandling mellom primær – og spesialisthelsetjenesten blir beskrevet som et problem ”begge veier” spesielt knyttet til de tyngste brukerne.

Funnene om mangel på samhandling mellom de ulike nivåene finner man også støtte for i Wisløff – utvalgets rapport (NOU 2005:3). Utvalget påpeker at dagens kapasitetsmangel innenfor psykisk helsevern er synlig på flere måter til tross for at Opptappingsplanens målsettinger fordrer en slik samhandling mellom de ulike nivåene; ” (...) mange pasienter skrives ut fra psykiatriske sykehus uten videre avtalt oppfølging fra 1. linjen, det finnes en hyppig svikt i samhandlingen mellom akutt-avdelinger og distriktskykiatriske sentra og kommunene klarer ikke å ta imot ferdigbehandlede pasienter”(ibid:59). Wisløff – utvalget konkluderer med følgende

forslag for å forsøke å bedre samhandlingen mellom 1.- og 2. linjetjeneste: 1) Utvalget mener at det har stor verdi at helseforetakene og kommunene utarbeider en formalisert avtale som ivaretar samhandlingsbehovet mellom tjenestenivåene, både på overordnet og spesifikke områder, 2) samhandling som tema bør være en del av grunnutdanningen, videre – og etterutdanningen for alle grupper av helsepersonell, utdanningen bør ha fokus på samhandling og kulturbygging slik at den fungerer fellesskapsbyggende og 3) helsepersonell i ulike deler av tjenesten bør hospitere hos hverandre. Dette kan bidra til å forbedre relasjoner og skape felles holdninger (ibid:18).

Som denne empirien viser kommer det her tydelig frem at implementeringen av Opptappingsplanen i liten grad har lyktes i å få de ulike ”institusjonelle integritetene” (Selznick 1997) ved de ulike forvaltningsnivåene til å evne og samhandle. Dette kan skyldes flere faktorer, men tydeligst i empirien fremkommer uklare ansvars – og samhandlingsområder mellom 1.- og 2. linjetjenesten. Tiltakene i Opptappingsplanen fordrer nye samarbeidsmetoder mellom spesialist - og primærhelsetjenesten og langt mer omfattende samhandling enn tidligere. Problemene knyttet til manglende samhandling blir grundig dokumentert i Wisløff – utvalgets rapport, og det er interessant å merke seg at utvalget konkluderer med tiltak som ”kulturbygging” og konkrete ”hospiteringsordninger” mellom 1.- og 2. linjetjenesten for å bedre samhandlingen i henhold til den nye organiseringen. Dette er forslag til løsninger på ”problemet” som direkte kan knyttes til det kulturelle – institusjonelle perspektivet.

4.3.5 Hovedtrekk: Det kulturteoretiske perspektivets forklaringskraft

Jeg vil hevde at det innsamlede empiri - materialet viser at det kulturteoretiske perspektivet har stor/signifikant forklaringskraft når det gjelder vanskelighetene som har eksistert ad implementeringsprosessen av ”Opptappingsplanen for psykisk helse 1999 - 2006” gjennom *hele den tidsperioden* som min empiri dekker. Empirien viser at man finner trekk fra det kulturelle perspektivet ved alle de forvaltningsmessige nivåene som har vært/er involvert i implementeringsprosessen av reformen; svært ulike, distinkte ”foretaks – kulturer” ble påtvunget å møtes/integreres via vedtaket i Stortinget om å iverksette en opptappingsplan for psykiatrien. Men empirien viser

tydelig at både de ulike politisk – administrative nivåene, de ulike medisinsk faglige nivåene/1. – og 2. linjetjenesten, samt de politisk – administrative nivåene i møte med de ulike medisinsk – faglige nivåene, har hatt store kulturelle vanskeligheter med å ”forenes” i løpet av reformperioden. I henhold til det kulturelle perspektivet indikerer disse funnene at implementeringen av psykiatireformen har inneholdt en innføring av for mange nye tiltak på samme tid slik at det har oppstått sterk motstand mot endring fra flere hold, samt at det kan hevdes at denne omfattende reformen ikke har blitt ”klokt nok” ledet fra både det øverste politisk – administrative nivået, samt fra ledelsen i de nyopprettede helseforetakene. Jeg vil hevde at empirien her tydelig viser at man fra ledelseshold har tatt for lite hensyn til ”den institusjonelle integriteten” i de ulike institusjonene, være seg medisinske eller politisk - administrative; ”(...) organisasjoner kan administreres, institusjonelle prosesser må ledes” (Selznick 1997:8). I henhold til psykiatireformens kompleksitet, med så mange ulike aktører involvert, vil jeg hevde at det er relevant å stille spørsmålsteget ved om reformen i utgangspunktet opererte med en for ambisiøs målsetning? Den opprinnelige planperioden er nå da også utvidet med to år. Utvidelsen av implementeringsperioden er i henhold til Selznicks teori både strategisk, nyttig og nødvendig for å evne og omorganisere godt etablerte institusjoner, og deres arbeidsmetoder; ”Den kloke lederen godtar sin institusjons egenart, om det så kun er som et utgangspunkt for å forme en strategi som vil forandre den” (Selznick 1997:42).

4.4 En myteteoretisk analyse

Denne analysedelen vil i hovedsak knytte den foreliggende empirien opp mot Brunssons teoretiske utgangspunkt som redegjort for i kapittel 2. I henhold til Brunssons to idealtyper av organisasjoner skissert i artikkel ”*The Organization of Hypocrisy – Talk, Decisions and Actions in Organization*” (1989), definerer Brunsson ”den politiske organisasjonen”²⁹ som et kommunestyre, en nasjonalforsamling, en

29 Som redegjort for i kapittel 2 er den andre idealtypen av organisasjon Brunsson skisserer ”handlingsorganisasjonen”; ”En handlingsorganisasjon er spesialisert; den kan begrense seg til for eksempel å selge en type av produkter eller henvende seg kun til ett marked; for eksempel konsentrere seg om å selge kompetanse på en type teknikk. En fabrikk ligger nært opptil handlingsorganisasjonen som idealtipe” (Brunsson 1989:18). Ideologien man finner i en handlingsorganisasjon er instrumentell; Handlingen vil derfor i stor grad stemme overens med organisasjonens ideologiske ståsted. Handlingen i en slik organisasjon vil dermed reflektere snakk/prat og beslutninger i organisasjonen. Denne type av organisasjon har en entusiastisk grunnholdning, i stedet for en kritisk (Brunsson 1989:19).

regjering og ulike styrever og topp - ledelser, *altså organisasjoner som er dypt involvert i politisk atferd og beslutninger* (Brunsson 1989: 20). I henhold til denne definisjonen vil jeg hevde at flere av de forvaltningsnivåene som har vært involvert i implementeringen av Opptappingsplanen for psykiatrien utvilsomt kan defineres som ”politiske organisasjoner”. Den organisasjonen som aller tydeligst fremstår som en slik politisk organisasjon, er Stortinget; en organisasjon bestående av representanter for ulike politiske partier. Brunsson karakteriserer den politiske organisasjonen som ”intellektuell” fordi: 1) Den omfavner flere ideologier samtidig, 2) den følger ”beslutningsrasjonalitet” ikke ”handlingsrasjonalitet” og 3) den er opptatt av problemer. *Problemer*, ikke løsninger, er den politiske organisasjonens styrke (ibid.). Den politiske organisasjonen har en forkjærlighet for problemer som er ”uløselige” (Brunsson 1989: 22 -24). *Intellektualiseringen* av den politiske organisasjonen fører til at organisasjonsmedlemmene får mye praksis i å analysere og diskutere vanskelige problemer, og derfor ofte er gode til det. Da St. meld. nr. 25 (1997 – 1998); ”Åpenhet og helhet” ble fremlagt for Stortinget, var det sterk konsensus i ”den politiske organisasjonen” om at ”noe måtte gjøres” med situasjonen i det psykiske helsevesenet. I Stortingsmeldingen ble situasjonen beskrevet som uholdbar, og at ”hard lut” måtte til. I 1998 ble dermed ”Opptappingsplanen for psykisk helse 1999 – 2006”, enstemmig vedtatt. Ønsket om å løse problemene i psykiatrien fremstår i henhold til empirien, som genuint, og intensjonene ble av omgivelsene, blant annet interesseorganisasjonene, oppfattet som gode. Men som empirien viser, har det fra både politisk – administrativt hold (spesielt fra kommunene), fra medisinsk – faglig hold og fra interesseorganisasjonene, blitt rettet sterk kritikk mot Stortinget for at bevilgningene som ble lovet i Opptappingsplanen i løpet av hele implementeringsprosessen helt frem til statsbudsjettet for 2005, har ligget ”på etterskudd”. Pengene som skulle følge de ulike tiltakene har dermed i flere dokumenterte tilfeller latt vente på seg. Flere av respondentene fra politisk - administrativt hold er tydelige på at de opplever at det har eksistert en manglende politisk vilje på Stortinget for å prioritere dette feltet, til tross for den vedtatte

Opptappingsplanen og de gode intensjonene. I henhold til empirien ser det ut til at man kan hevde at dette er en reform som har vært preget av ”mye prat, og lite handling” på flere områder. Flere av de sentrale politisk – administrative respondentene vektlegger at politikerne har vært i villrede når det gjelder i hvor stor grad det som bevilges faktisk benyttes til det det er ment å være bevilget til. I tillegg vektlegges det at det er svært vanskelig for politikerne å vite hva som er den rette behandlingsformen for denne pasientgruppen, siden det eksisterer sterk uenighet internt i fagmiljøene om dette. Brunsson hevder videre at den politiske organisasjonen produserer abstrakte ”produkter”, så som ideologier, prat og avgjørelser. En nasjonalforsamling eller et kommunestyre gjør veldig lite annet enn å prate og å fatte beslutninger. Ofte vil den politiske organisasjonen forsøke å møte inkonsistente normer ved å tilby inkonsistente produkter, altså inkonsistente handlinger, prat og beslutninger. Dette kan foregå *bevisst* eller *ubevisst* fra den politiske organisasjonen sin side. Det er dette Brunsson kaller ”*double talk*” eller ”*doble standarder*”/”*hykleri*” (Brunsson 1989:26). I henhold til denne delen av Brunssons teori, vil jeg hevde at man kan se elementer av ”double talk” og ”hykleri” når det gjelder Stortingets handling, eller manglende handling, til å følge opp løftene som ble vedtatt i Opptappingsplanen. I henhold til empirien mener jeg at man kan finne dekning for å si at Stortinget, som ”en politisk organisasjon”, ser ut til å ha opplevd spørsmålet om en reform innenfor det psykiske helsevesenet som komplisert. Psykiatrireformen blir av flere politisk – administrative respondenter karakterisert som en meget omfattende og sammensatte helsereform. I tillegg vektlegges det at psykiatrien er mye mer kompleks enn somatikken. Dermed blir det svært vanskelig for politikerne å vite hvilke tiltak som bør fremmes på området. Brunsson hevder at det moderne samfunnet i økende grad fragmenteres i grupperinger og spesialinteresser som krever oppmerksomhet fra staten (Brunsson 1989:1). Disse kravene fra omgivelsen kan være omfattende og inneholde svært vanskelige problemstillinger. Derfor hevder Brunsson, vokser det frem mekanismer som ”double talk” og ”hykleri” fordi dette er mekanismer som representerer måter å håndtere inkonsistens mellom institusjonelle normer og det gjeldende *kravet om effektivitet* fra omgivelsen (Brunsson 1989:8). For å reflektere inkonsistens i omgivelsene kan den politiske organisasjonen

derfor prate på en måte som tilfredsstillt ett krav, for så å beslutte på hvilken måte man kan tilfredsstille et annet krav, og levere ”produkter” som tilfredsstillt et tredje krav. Det er dette Brunsson definerer som ”organisatorisk hykleri”. Handlinger finner sted ”her og nå”, mens prat og beslutninger i den politiske organisasjonen ofte knyttes til fremtiden (Brunsson 1989:28). Dette er også en mekanisme jeg mener man finner dekning for at Stortinget har benyttet seg av i henhold til empirien; Opptrappingsplanen har hele tiden operert med langsiktige målsetninger, løsningene på ”problemet” skal komme i fremtiden. I henhold til Opptrappingsplanen skulle det endelige implementeringstidspunktet være 2006, men implementeringsperioden er nå utvidet med to år til 2008³⁰, men flere politisk – administrative - og medisinsk – faglige respondenter gir uttrykk for at dette er en så omfattende reform, at man neppe er i mål i 2008 heller. Hvis ”dagens handling” tilfredsstillt noen krav, men ikke andre, kan man alltid snakke om noen ”fremtidige handlinger” som vil møte de kravene som per dags dato *ikke* er tilfredsstilt; ”*Det å love forbedringer kan være en måte å håndtere inkonsistens på*”(Brunsson 1989:28). Ved å hele tiden opprettholde disse argumentene og løftene, fremstår Stortinget allikevel som ”handlekraftig”, selv om problemstillingen som skal løses er kompleks. I hvor stor grad denne atferden er et produkt av en bevisst eller ubevisst politisk ”taktikk/strategi” i henhold til Brunssons teori, er det umulig for meg å kunne dokumentere ut i fra min empiri. Men den mest sannsynlige forklaringen er at denne strategien er *ubevisst* fra Stortingets side, siden Opptrappingsplanen i sin tid ble enstemmig vedtatt. Ønsket om å bedre tjenestetilbudet til psykisk syke mennesker i Norge antar jeg har vært genuint; man vet bare ikke *hvordan* man skal gjøre det i praksis. Det er et stort, tungt og komplekst apparat som skal endres. Brunsson hevder videre at man i den politiske organisasjonen også vil finne et element av ”depresjon”, fordi den er involvert i problemer den opplever som ”uløselige”. Organisasjonsmedlemmene blir dermed ofte usikre, de vet ikke helt hva som bør gjøres (Brunsson 1989:22 – 24). Denne delen av Brunssons teori vil jeg også hevde at jeg finner ”symptomer på” i mitt materiale. Empirien viser at det har vært mye intern uenighet om strategier fra de ulike politiske miljøene i etterkant av at

³⁰ Planperioden er nå utvidet med to år. Psykiatireformen skal være ferdig implementert i 2008. Bevilgningene til reformen er ikke utvidet utover de opprinnelige vedtatte 24 milliardene.

Opptappingsplanen ble vedtatt. Spesielt vektlegger de politisk - administrative respondentene i min empiri, signalene om at de øremerkede psykiatrimidlene som reelt sett *har* blitt bevilget til helseforetakene og kommunene, ikke skal ha gått til det formålet det var tenkt. Dette har bidratt til å skape usikkerhet og en viss pessimisme i henhold til implementeringen av psykiatireformen. Empirien viser indikasjoner på at et visst element av nettopp ”depresjon” eller ”maktesløshetsfølelse” har spredt seg i den politiske organisasjonen i løpet av selve implementeringsprosessen.

Empirien viser også at noen av de samme mekanismene, både ”double talk” og ”hykleri”, også kan ”spores” i empiri - materialet ad både helseforetakenes og kommunenes håndtering av implementeringen, eller manglende implementering, av ulike tiltak ad psykisk helsevern som ble pålagt dem gjennom Opptappingsplanen. Dog kan man i henhold til signalene om vridning av øremerkede psykiatrimidler til andre formål, reise spørsmålet om man ved disse forvaltningsnivåene har spekulert mer *bevisst* ad å benytte ”double talk” og ”hykleri” for å møte inkonsistente krav fra omgivelsene?

4.4.1 Omgivelsenes betydning; ”tidsånden” og ”det rasjonelle hegemoniet”

I empirien fremkommer det også at ”Opptappingsplanen for psykisk helse 1999 – 2006” er sterkt inspirert av lignende reformer i andre europeiske land, spesielt henvises det til det ”italienske eksempelet”, hvor desentraliseringstankegangen har vært svært fremtredende; alle de sentrale institusjonene for mennesker med psykiske lidelser ble i løpet av noen år der lagt fullstendig ned. Når det henvises til den italienske reformen fra sentralt politisk – administrativt hold i Norge, karakteriseres den som ”*svært vellykket*”, mens det i ”Verdig Liv” – rapporten fra Rådet fra psykisk helse (2004), hevdes at nedbyggingen av alle de sentrale institusjonene i Italia ikke har ført til et bedre tilbud til personer med psykiske lidelser, fordi det desentraliserte tilbudet man i stedet har bygget opp ikke fungerer godt nok. Men til tross for at det finnes svært motstridene informasjon om hvor vellykket den italienske reformen har vært, brukes denne modellen som inspirasjon for å implementere ulike tiltak i Opptappingsplanen fra sentralt politisk – administrativt hold. I henhold til Meyer & Rowans teori om hvordan omgivelsene bidrar til å legitimere hvilke

organisasjonsmetoder som er best egnet, passende, rasjonelle og nødvendige (Meyer & Rowan 1991:45), vil jeg hevde at man i empirien kan hevde at man finner spor av det Meyer & Rowan beskriver som *isomorfi/formlikhet*. I henhold til Røviks perspektiv, kan man også hevde at psykiatireformen ser ut til å være en reform ”i tiden”, lignende reformer har blitt implementert i flere europeiske land, samt i USA, spesielt i løpet av 1990 – tallet. Selv om det finnes motstridende informasjon om hvor vellykket denne typer av reformer innenfor psykisk helse har vært i de andre landene, vil jeg hevde at mye av den argumentasjonen man finner fra politisk – administrativt hold i Norge i henhold til min empiri, indikerer en viss ”ta - for - gitt” - distinksjon; ”*At en organisasjonsoppskrift er ”institusjonalisert” betyr at den ”innenfor en periode, av mange blir oppfattet og gjerne omtalt, som den riktige, den hensiktsmessige, den effektive, den moderne – og sogar den naturlige måten å organisere på*” (Røvik 1998:13). Den oppfattes altså som en ”standard for sin tid”, og det er dette Røvik betegner som ”organisasjonsmoter/myter på reise” (ibid). Som empirien viser vil jeg hevde at mye av den retorikken og legitimitetshandlingen som har blitt benyttet fra politisk – administrativt hold i løpet av implementeringsprosessen, lar seg forklare ved hjelp av dette perspektivet. Det henvises til at lignende reformer har blitt iverksatt i ”hele Europa og i USA”, og at ”det er på tide” at dette også gjøres i Norge. Flertallet av mine medisinsk – faglige respondenter gir imidlertid støtte til at de mener desentraliseringstankegangen er god, men de vektlegger at man også i fremtiden vil ha behov for døgnbehandlingsplasser ved sentraliserte institusjoner for mennesker som for eksempel utvikler akutte psykoser. De mener derfor at mye av fokuset i psykiatireformen ad sterk desentralisering eller sterk sentralisering, heller bør dreie mer mot en diskusjon som i større grad omhandler et behandlingstilbud som i langt sterkere grad omfatter et ”både og”.

I empirien fremkommer det også at et flertall av de medisinsk – faglige respondentene gir sterkt uttrykk for at de er lei av det de betegner som ”økonomenes inntogsmarsj i psykiatrien”. Så langt i implementeringsprosessen av psykiatireformen viser empirien at flertallet av de ansatte i psykiatrien opplever at psykiatireformen og implementeringen av denne har vært preget av mye retorikk; reformen skal bidra til ”økt effektiviseringsgevinst”, ”rasjonalitet”, samt ”sterkere brukermedvirkning”. I

henhold til Røviks terminologi ser man at flere av disse begrepene er preget av det han betegner som den rådende "tidsånden". I løpet av 1990 - tallet har spesielt NPM – pregede reformer preget offentlig sektor i Norge. I den sammenheng er det interessant å merke seg at flere av de *politisk – administrative* respondentene i mine intervjuer også gir uttrykk for skepsis ad det sterke fokuset på økonomistyring som den nye helseforetaksorganiseringen i henhold til empirien har bidratt til. Flere kilder hevder at det ligger i "psykiatrien natur" at den aldri kan bli lønnsom, og at den sterke rasjonalitetstankegangen fra helseforetakenes side går på bekostning av et godt behandlingstilbud til de psykisk syke. Jeg vil hevde at Røviks teori om "det rasjonelle hegemoniet", kan bidra til å forklare mye av den kulturelle motstanden de politisk-administrative respondentene gir uttrykk for at de har opplevd i denne implementeringsprosessen fra medisinsk - faglig hold. Det rasjonelle hegemoniet er i liten grad forenelig med den medisinsk - faglige behandlingslogikken.

4.4.2 Hovedtrekk: Det myteteoretiske perspektivets forklaringskraft

I henhold til empirien finner man at Brunssons teori om "double talk" og "hykleri" også kan sies å ha en reell forklaringskraft ad denne oppgavens avhengige variabel. Spesielt vil jeg hevde at Brunssons teori har størst gyldighet noen år "ut i " implementeringsprosessen, da kritikken fra de ulike aktørene ad manglende resultater og effekter har blitt sterk. Problemstillingen om hvordan man skal forbedre helse – og omsorgstjenestene til psykisk syke, er et sammensatt felt, hvor også de medisinske fagfolkene er uenige. Empirien indikerer at Stortinget som "en politisk organisasjon" har opplevd denne problemstillingen som avansert, et problem som krever flere og sammensatte løsninger. Problemet skal dermed løses ved at man lover forbedringer på området i "fremtiden".

Empirien viser også at det i løpet av implementeringsprosessen ser ut til å ha oppstått det Brunsson beskriver som et "element av depresjon" fra politisk hold, fordi problemstillingen virker "uløselig". Man opplever at de tiltakene man faktisk har satt i verk "ikke monner". Fra politisk - administrativt hold gir man til tross for disse vanskelighetene uttrykk for at det har skjedd betydelige forbedringer av tjenestetilbudet til psykisk syke i løpet av implementeringsprosessen av reformen. Men

etter min mening er det vanskelig å vurdere effektene av endringene i tjenestetilbudet i det psykiske helsevernet så langt i reformprosessen. Empirien viser at det per dags dato finnes for dårlige rapporteringsrutiner spesielt ad hvor mange kommunale omsorgsboliger som faktisk er bygget/etablert i løpet av implementeringsperioden. I henhold til empirien og det ”generelle myteperspektivet” til Meyer & Rowan, vil jeg hevde at man kan reise spørsmålstegn ved om implementeringen av psykiatireformen foreløpig bærer mer preg av å være et ”*ferniss*” på en del områder, spesielt kan dette hevdes når det gjelder kommunenes utbygging av bo – og omsorgsboliger³¹.

Empirien viser også at man kan hevde at ideene som ligger til grunn for Opptappingsplanen kan sies å være preget av det Røvik beskriver som den rådende ”tidsånden”, det vil si ”den riktige måten å organisere på”. Dette til tross for at empirien viser at det finnes faglig uenighet om i hvor stor grad lignende type reformer som har blitt implementert i andre land, har vært vellykket. Psykiatireformen inneholder elementer fra New Public Management – reformer, hvor fokuset på liberalistisk markedstankegang og økonomistyring står sentralt; en ideologi som på mange områder ikke lar seg forene med det medisinske ståstedet om at ”behandling må ta den tiden det tar”. Flertallet av de medisinsk – faglige respondentene gir uttrykk for at de opplever at ”det rasjonelle - instrumentelle hegemoniet” (Røvik 1998:40) har dominert i implementeringen av psykiatireformens nye, ulike tiltak, og det hevdes at dette på mange områder medfører dårligere faglig behandling av de psykiske syke. På den annen side hevder flertallet av de politisk – administrative respondentene at ”motkreftene” mot endringer i organiseringen av psykiatrien er svært sterke, ”bakstreverske” og skyldes redselen for å miste egne privilegier. Disse to synspunktene står i empirien steilt mot hverandre. Jeg vil hevde at Røviks teori om ”det rasjonelle hegemoniets” dominans bidrar med forklaringskraft knyttet til hva som ligger til grunn for denne uenigheten mellom de to ulike faglige logikkene, som igjen bidrar til å underbygge funnene om vanskeligheter ad å forene de ulike ”institusjonelle integritetene” i den kulturteoretiske analysen.

³¹ Jmfr. fotnote side 55.

Kapittel 5: Oppsummering og avsluttende betraktninger

5.1 En kort oppsummering av oppgavens hovedfunn

Mitt formål i denne oppgaven har vært å forsøke å finne mulige forklaringer på hvorfor implementeringen av ”Opptappingsplanen for psykisk helse 1999 – 2006” har vært vanskelig på flere områder. Mine empiriske funn viser at det er *flere og svært sammensatte forklaringer* knyttet til denne oppgavens avhengige variabel³²:

1) I henhold til mine empiriske funn finner jeg at det *instrumentelle perspektivet* har størst forklaringskraft på denne oppgavens avhengige variabel i *begynnelsen* av implementeringsfasen, spesielt frem til Riksrevisjonenes devalueringssrapport av implementeringsprosessen forelå i 2002. Mangelen på stram målstyring, manglende resultatoppfølging og kontroll av de ulike tiltakene i reformen, spesielt fra departementshold, fremkommer i det empiriske materialet som dekker de tre første årene av implementeringsprosessen.

Empirien viser altså at implementeringen av reformen kom ”skjevt ut” i utgangspunktet. Dermed ble iverksettingen av flere av reformens tiltak ”hengende etter” fra begynnelsen av i implementeringsprosessen.

2) I henhold til det *myteteoretiske perspektivet* finner jeg at dette perspektivet også kan hevdes å inneha *signifikant* forklaringskraft ad denne oppgavens avhengige variabel. Spesielt vil jeg hevde at Brunssons teori om ”double talk” og ”hykleri”, i henhold til empirien, viser seg å ha gyldighet ”noen år” ut i implementeringsprosessen, når vanskelighetene ved implementeringen av reformen ble tydelige for Stortinget, helseforetakene og kommunene; ”*For å reflektere inkonsistens i omgivelsene kan den politiske organisasjonen prate på en måte som tilfredsstillende ett krav, beslutte på en måte som tilfredsstillende et annet krav, og levere ”produkter” som tilfredsstillende et tredje krav; handlingen finner sted ”her og nå”, mens prat og beslutninger i den politiske organisasjonen ofte knyttes til fremtiden*” (Brunsson 1989:28). Denne taktikken vil jeg hevde har blitt benyttet, både bevisst og ubevisst, fra de ulike politiske organisasjonene som har vært/er involvert i denne

³² Denne oppgavens avhengige variabel er ”verdien lav score på implementeringen av psykiatireformen”.

implementeringsprosessen³³. Den politiske organisasjonen viser seg allikevel på den måten tilsynelatende ”handlekraftig” selv om problemstillingen man forsøker å løse, og som omgivelsene krever at man skal løse, er svært kompleks. På mange områder vil jeg hevde at empirien viser at dette har vært en reform som har inneholdt ”mye prat, og lite handling”. Ett eksempel er at de økonomiske bevilgningene som er nedfelt i Opptrappingsplanen, spesielt til kommunene, på flere områder har latt vente på seg. Dermed kan det hevdes at psykiatireformen inneholder element av å være et ”ferniss” i henhold til Meyer & Rowans (1991) terminologi.

3) Mine empiriske funn viser imidlertid at det er det *kulturteoretiske perspektivet* som innehar den *sterkeste* forklaringskraften på denne oppgavens avhengige variabel, gjennom *hele implementeringsfasen* som min empiri dekker. Det har vært svært mange ulike forvaltningsnivå og aktører involvert i denne reformen, og empirien viser tydelig at det ikke bare er ”å vedta” en ny organisering og nye arbeidsmetoder innenfor dette fagfeltet.

Etter min mening viser empirien at man i denne omfattende reformprosessen i liten grad har tatt hensyn til de ulike ”institusjonelle integritetene” som har vært involvert, og at man i henhold til Selznicks (1997) terminologi derfor kan hevde at denne reformen ikke har blitt ”klokt ledet”; verken fra departements - eller helseforetakshold. Empirien viser at svært få tiltak ble gjort for å forberede de ulike involverte aktørene på å skulle *samhandle* på nye måter **før** implementeringen av psykiatireformen ble påbegynt. Heller ikke i løpet av selve implementeringsprosessen, har det blitt arbeidet i noen særlig grad med å konkret skulle forene de ulike ”institusjonelle integritetene”/kulturene til de mange ulike involverte aktørene i reformen, slik at de best mulig skal kunne samarbeide om å bedre behandlings – og botilbudet til mennesker med psykiske lidelser.

Avslutningsvis vil jeg hevde at empirien viser at implementeringen av flere av de ulike tiltakene i reformen bærer preg av å være ”kaotisk”; ett eksempel er den mangelfulle utbyggingen av omsorgsboliger i kommunene, parallelt med at behandlingsplasser ble nedlagt ved de sentraliserte psykiatriske institusjonene. Jeg vil hevde at empirien tyder på at denne implementeringsprosessens ”kaotiske elementer”

³³ Jmfr. 4.4 og 4.4.1

kunne ha vært mindre, hvis reformen hadde vært grundigere planlagt og definert fra både Stortings - og departementshold fra begynnelsen av, og at ikke så mange tiltak skulle implementeres samtidig. Som en av de politisk-administrative respondentene uttrykker det; "(...) jeg tror ikke at det private næringslivet ville ha satt i gang en så stor reform som Opptrappingsplanen tross alt er, uten å ha bygget opp en større organisasjon til å kjøre dette igjennom" (intervju Pol. Adm.).

Empirien viser imidlertid at man i tillegg kan hevde at kultur for helhetstenkning står svakt også innenfor den spesialiserte medisinen. Empirien tyder på at det å endre organiseringen og arbeidsmetodene innenfor et spesialisert medisinsk fagfelt byr på omfattende problemer, og tar tid. Dette funnet stemmer også med det Kjekshus fant i sin hovedoppgave i 1995 (Kjekshus 1995:107).

*Men til syvende og sist viser empirien at implementeringsprosessen så langt har båret preg av at spesielt de sykeste psykiatriske pasientene, som reformen i utgangspunktet skulle bidra til å bedre forholdene for, i stor grad ser ut til å ha "druket" i den **kulturkollisjonen** og **"tautrekkingen"** som har funnet sted i løpet av disse årene; mellom medisinsens spesialiserte logikk, politikkenes "double talk" og "hykleri" og økonomistyringens "rasjonelle hegemoni". Det er denne oppgavens alvorligste funn. Det er å håpe at de endelige effektene av "Opptrappingsplanen for psykisk helse" i langt større grad når både sine kvalitative og kvantitative mål innen implementeringen av psykiatireformens ulike tiltak skal være slutført ved utgangen av 2008. Men dette vil uten tvil fordre at: Stortinget bevilger de midlene de skal, at departementet følger opp og kontrollerer at midlene blir brukt til det de er øremerket til, og at kommunene og helseforetakene bygger opp de desentraliserte enhetene som man har vedtatt skal på plass. I tillegg til at alle de ulike involverte aktørene/nivåene i denne reformen må vektlegge økt samhandling seg imellom, og arbeide aktivt og bevisst med å forene de ulike institusjonelle integritetene. Spesielt viser mine funn at dette gjelder for primær – og spesialisthelsetjenesten/1.- og 2. linjetjenesten. Det er å håpe at disse hemmende faktorene kan overvinnes med tiden, for å kunne skape et bedre helse – og omsorgstilbud spesielt for mennesker med *alvorlige* psykiske lidelser. Man kan i alle fall håpe.*

Litteratur

- Andersen, Svein S. (1997): *Case – studier og generalisering. Forskningsstrategi og design*. Bergen: Fagbokforlaget.
- Brunsson, Nils (1989): *The Organization of Hypocrisy. Talk, Decisions and Actions in Organizations*. Chichester: John Wiley & Sons Ltd.
- Brunsson, Nils og Olsen, Johan P. (1993): "Organizational forms: Can We Choose Them?", i N. Brunssons og J.P. Olsen (red.) *The reforming organization*. London and New York: Routledge.
- Christensen, Tom (1991): *Virkomhetsplanlegging: Myteskaping eller instrumentell problemløsning?* Oslo: Tano Forlag.
- Christensen, Tom (1994): *Politisk styring og faglig uavhengighet. Reorganisering av den sentrale helseforvaltningen*. Oslo: Tano Aschehoug
- Christensen, Tom og Lægreid, P. (2001a): *New Public Management: the transformation of ideas and practice*. Aldershot: Ashgate.
- Egeberg, Morten (1984): *Organisasjonsutforming i offentlig virksomhet*. Oslo: Aschehoug/Tanum-Norli.
- Egeberg, Morten (1989): "Mot instrumentelle modeller i statsvitenskapen" i Egeberg, M. (red): *Institusjonspolitikk og forvaltningsutvikling – Bidrag til en anvendt statsvitenskap*. Oslo: Tano Aschehoug
- Egeberg, Morten (1992): "Konstruktiv statsvitenskap og forvaltningspolitikk". *Norsk Statsvitenskapelig Tidsskrift*, (8):185-204.
- Esping – Andersen, Gøsta (1990): *The Three Worlds of Welfare Capitalism*. Cambridge: Polity Press.
- Grønmo, Sigmund (1996): "Kvalitative metoder i samfunnsforskningen". i Holter, Harriet & Kalleberg, Ragnvald (red): *Forholdet mellom kvalitative og kvantitative tilnæringer i samfunnsforskningen*. Universitetsforlaget.
- Kjekshus, Lars Erik (1995): *Mellom medisin og politikk – En organisasjonsteoretisk analyse av beslutningsprosessen i forbindelse med Nytt Rikshospital*. Oslo: Universitetet i Oslo, Institutt for statsvitenskap. Hovedoppgave.
- Krasner, Stephen D. (1988): "Sovereignty. An Institutional Perspective", i *Comparative Political Studies*. Sage publications Ltd.
- March J. G. og Olsen, J.P. (1989). *Rediscovering Institutions: The Organizational Basis of Politics*. New York: Free Press.
- Meyer, J.W. & Rowan, B. (1977): "Institutionalized Organizations: Formal Structures as Myth and Ceremony" *American Journal of Sociology*, 83,340-63.
- Mordal, Tove L. (1989): *Som man spør får man svar – Arbeid med surveyopplegg*. Oslo: Tano.

- Peters, B.Guy (1999): *Institutional Theory in Political Science. The "New Institutionalism"*. London og New York: Pinter.
- Roness, Paul G. (1997): *Organisasjonsendringer – teoriar og strategiar for studiar av endringsprosessar*. Bergen: Fagbokforlaget.
- Røvik, Kjell Arne (1998): *Moderne organisasjoner. Trender i organisasjonstenkingen ved tusenårs – skiftet*. Bergen: Fagbokforlaget.
- Scott, W. R. (1995): *Institutions and Organizations*. London: Sage.
- Selznick, Philip (1997): *Lederskap*. Oslo: Tano Aschehoug. (Orginalens tittel: Selznick, P. (1957) *Leadership in Administration*).
- Wieberg Klausen, Siri (2002): *"To infuse with value" – En analyse av de NRK – ansattes reaksjoner på NRK – ledelsens planer om å slå sammen distriktskontorene*. Kursoppgave i institusjonell teori, høst 2002; STV – 707, Institutt for statsvitenskap, UIO.
- Yin, Robert K. (1989): *Case study Reserach - Design and Methods*. London: Sage publications.

Offentlige dokumenter og utredninger:

- Bondevik – regjeringens tiltredelseserklæring (2001): Dokument fra Statsministerens kontor 23.10.01.
- Rapport fra Helsetilsynet 4/2004: *"Oppsummering av tilsyn i 2003 med spesialisthelse-tjenester til voksne med psykiske problemer"*
- Riksrevisjonen, dokument nr. 3:5 (2002-2003): *"Riksrevisjonens undersøkelse av psykisk helsevern – opptrappingsplanen 1999 – 2006"*
- SINTEF Unimed Rapport 2003: *"Måling av brukererfaringer blant voksne i det psykiske helsevernet"*.
- Sosial – og helsedirektoratet, rapport IS 1127 2003: *"Opptrappingsplanen etter fem år – utviklingen i helseregionene"*.
- St.meld. nr. 25. (1996 -1997): *"Åpenhet og helhet – Om psykiske lidelser og tjenestetilbudene"*
- St. prp. nr 63 (1997-98): *"Om opptrappingsplan for psykisk helse 1999 – 2006. Endringer i statsbudsjettet for 1998"*
- "Verdig Liv" – utvalget (2004): *"Velferd, medvirkning og helhet ved psykiske lidelser"*, Rådet for psykisk helse.
- Wisløff – utvalget (NOU 2005:3): *"Fra stykkevis til helt - En sammenhengende helsetjeneste"*.

Avis – og magasinartikler:

- Aftenposten (2002). "Psykiatriens nye voktere". 18. oktober.
- Aftenposten (2005). "Psykiatri og politisk mot". 13. april.
- Aftenposten (2005). "Klar tale". 12. januar.
- Alver, Vigdis og Schjerve, Hilde (2002). "Bryter psykiatriløfter", *Dagbladet* 10. juni.
- Benneche Osvold, Sissel (2002). "Fattigmanns trøst", *Dagbladet* 30. januar.
- Dagbladet (2002). "De viktigste pasientene". 22. september.
- Dagbladet (2002). "Høybråtens framdrift". 18. oktober.
- Dagbladet (2004). "Sviker de sykeste". 5. september.
- Ergo, Thomas (2004). "Sviker de sykeste totalt", *Dagbladet* 2. september.
- Ergo, Thomas (2004). "Han blir syndebukken", *Dagbladet* 30. oktober.
- Gabrielsen, Ansgar (2005). "Psykisk helse og befolkningens tillit", *Psykisk Helse* 3/2005.
- Hafstad, Anne (2005). "Vekk med alle helseforetakene", *Aftenposten* 17. januar.
- Hafstad, Anne (2005). "Rapportsvikt fra sykehusene", *Aftenposten* 22. februar.
- Høybråten, Dagfinn (2002). "Psykiatireformen akselererer", *Aftenposten* 24. oktober.
- Høyem, Ane (2004). "Avslører stor svikt i psykiatrien", *NRK.no/PULS* 8. mars.
- Høyem, Ane (2004). "Krever granskning av psykiatripenger", *NRK.no/PULS* 24. mai.
- Johansen, Anders H. (2004). "Helseministeren på besøk i virkeligheten", *Dagbladet* 3. september
- NRK Innenriks (2004). "Ulikt tilbud til psykisk syke", *NRK.no* 20. september.
- NRK Innenriks (2004). "Psykiatripenger ute av kontroll", *NRK.no* 10. oktober.
- NTB Innenriks (2004). "Stopper nedlegging av psykiatriplasser", *NTB* 23. september.
- Olaussen, Lise M. (2005). "Kritiserer psykiaterne", *Aftenposten* 12. april.
- Paulsen, Cathrine T. (2004). "DPS-er uten fagpersoner og tilbud", *Psykisk Helse* 5/2004.
- Skard, Kristian (2002). "Pengene har uteblitt", *Dagbladet* 18. februar.
- Skard, Kristian (2002). "Er milliarder bak skjema", *Dagbladet* 21. februar.
- Skogstrøm, Lene (2005). "Tildelt prestisjetung psykiatripris", *Aftenposten* 22. februar.
- Thoresen, Bente (2004). "Stortinget må sette i gang granskning", *Psykisk Helse* 3/2004.

Websider:

Rådet for psykisk helse (1998), "Velferdsstatens forsømte gruppe", tilgjengelig via URL: www.psykisk.org/tema/forsomte.html (sist tilgjengelig 14.12.2004)

Respondenter:

Ballo, Olav Gunnar (Stortingets sosialkomite, (SV))	Intervju 07.04.05
Bie, Frode (Helse Øst)	Intervju 18.03.05
Fixdal, Trude (Gaustad psykiatriske sykehus)	Intervju 07.04.05
Høye, Bent (Stortingets sosialkomite (H))	Intervju 17.03.05
Kolbjørnsrud, Ole Bjørn (Helse Sør)	Intervju 07.04.05
Kvarme, Inger Johanne (Helse – og omsorgsdepartementet)	Intervju 10.06.05
Marstein, Ola (Norsk Psykiatrisk Forening)	Intervju 19.05.05
Njaa, Bjørg (Landsforening for pårørende i psykiatrien, LPP)	Intervju 08.04.05
Rogan, Thor (Helse – og omsorgsdepartementet)	Intervju 15.03.05
Rolstad, Kari (Kommunenes Sentralforbund)	Intervju 05.04.05
Skuterud, Anders (Norsk Psykolog Forening)	Intervju 04.04.05
Svardal, Siv (Kommunenes Sentralforbund)	Intervju 20.05.05
Vaaland, Tor Øystein (Rådet for psykisk helse)	Intervju 17.03.05
Aars, Haakon (Aker Universitetssykehus)	Intervju 13.05.05