

REIDUN NORVOLL (RED.)

SAMFUNN OG PSYKISK HELSE

SAMFUNNSVITENSKAPELIGE PERSPEKTIVER



2013

5d050711

© Gyldendal Norsk Forlag AS 2013

1. utgave, 1. opplag 2013

ISBN 978-82-05-40913-2

Omslagsbilde: © Jens Sølvberg / NTB scanpix

Omslagsdesign: Gyldendal Akademisk

Layout: Laboremus Prepress AS

Sats: Supernova

Figurer: David Keeping

Brødtekst: Minion 10,5/15 pkt

Papir: 90 g Amber Graphic

Trykk: Dimograf, Polen 2013

Alle henvendelser om boken kan rettes til

Gyldendal Akademisk

Postboks 6730 St. Olavs plass

0130 Oslo

www.gyldendal.no/akademisk

akademisk@gyldendal.no

Deler av boken har mottatt støtte fra Det faglitterære fond.

Det må ikke kopieres fra denne boken i strid med åndsverkloven
eller avtaler om kopiering inngått med KOPINOR,
interesseorgan for rettighetshavere til åndsverk. Kopiering i
strid med lov eller avtale kan medføre erstatningsansvar og
inndragning, og kan straffes med bøter eller fengsel.



Styring og organisering av tjenestene

Helge Ramsdal

Dette kapitlet beskriver utviklingsprosesser i psykiske helsetjenester, og drøfter de drivkreftene som har bidratt til å endre disse tjenestene i de siste tiårene. Utgangspunktet er at styring og organisering av tjenestene preges av tre viktige tendenser: en sterkere politisering av styringsformene, en økning i omfanget av tiltak og tjenester, og en økt kompleksitet i tjenestetilbudet. Et viktig trekk ved utviklingen er også at kunnskapsgrunnlaget for de ulike delene av tjenestene etter hvert er blitt mer differensierte. Det argumenteres for at det er behov for å studere tjenestetilbudet i et helhetlig perspektiv, som et «psykisk helsesystem», det vil si et samlet bilde av de mål, rammer, brukere, pasienter, tiltak og tjenester som omhandler psykiske lidelser og psykisk helsearbeid. Drøftingen bygger på tre teoritradisjoner: et kunnskaps- og profesjonsteoretisk, et organisasjonsteoretisk og et reformteoretisk perspektiv. Avslutningsvis diskuteres noen av de utfordringene psykiske helsetjenester står overfor i framtiden, med særlig vekt på behovet for å videreutvikle samhandling og brukerperspektiver.

Innledning

Dette kapitlet tar for seg hvordan psykisk helsearbeid organiseres og styres. Dette er et stort og komplekst tema, og det er derfor nødvendig å avgrense diskusjonen til noen problemstillinger som vi anser som særlig viktige. Samtidig er både styrings- og organisasjonsformer i stadig endring, og kapitlet viser de endringene

som bærer i seg prinsipielle og mer varige utviklingstrekk. Kapitlet er strukturert i fire deler: I den første delen redegjør jeg kort for noen teoretiske perspektiver på analyser av styring og organisering av tjenestetilbudet. Deretter tar jeg for meg utviklingstendenser og formelle mål og rammer for tjenestene. Så drøfter jeg spørsmål om hvilke drivkrefter som har preget utviklingen fram til dagens tilbud. Til slutt peker jeg på noen av de utfordringene en står overfor i videreutviklingen av tjenestetilbudet.

Teoretiske perspektiver

«Styring og organisering av tjenestene» er et stort og komplekst tema, og det er derfor nødvendig å avgrense diskusjonen til noen problemstillinger som vi anser som særlig viktige. Jeg tar utgangspunkt i en beskrivelse av utviklingen i det jeg kaller det «psykiske helsesystemet». Med det tenker vi på et samlet bilde av de mål, rammer, brukere, pasienter, tiltak og tjenester som omhandler psykiske lidelser og psykisk helsearbeid. Det er selvsagt umulig å gi et utfyllende bilde av dette «systemet», og vi vil derfor konsentrere oss om noen grunnleggende trekk som er mest karakteristiske for «systemets» utvikling. Utgangspunktet er at styring og organisering av tjenestene preges av tre viktige tendenser: en sterkere *politisering av styringsformene*, en økning i omfanget av tiltak og tjenester, og en økt kompleksitet i tjenestetilbudet. Et viktig trekk ved utviklingen er også at kunnskapsgrunnlagene for de ulike deler av tjenestene, og for organisatoriske løsninger som velges, etter hvert er blitt mer *differensierte*.

På samme måte som psykiatrien selv er også samfunnsvitenskapene preget av ulike – til dels motstridende – teoretiske perspektiver. Også innenfor en statsvitenskapelig og organisasjonsteoretisk tilnærming er det derfor nødvendig å presisere hvilke teoretiske innfallsvinkler som legges til grunn. Vi skal her drøfte utviklingen av «det psykiske helsesystemet» med utgangspunkt i tre teoritradisjoner: et *kunnskaps- og profesjonsteoretisk*, et *organisasjonsteoretisk* og et *reformteoretisk* perspektiv. Disse teoritradisjonene er ofte sammenvevd i empiriske studier, men ofte er de ikke sett i sammenheng. Inntil de senere år har for eksempel profesjons- og forsknings- og forvaltningsforskningstradisjoner i liten grad møttes, noe som i mange år etterlot en «blindsoner» i den samfunnsvitenskapelige forståelsen av mange prosesser som fant sted på ulike velferdsstatlige arbeidsfelter (Ramsdal, Erichsen og Michelsen 2000).

Det kunnskaps- og profesjonsteoretiske perspektivet omhandler hvordan utviklingen av kunnskapsgrunnlag, kompetanse og yrkessammensetning på feltet skjer.

Perspektivet er dypt forankret i norsk velferdsstatsforskning, der en tradisjonelt har sett på utviklingen av enkeltprofesjoner, men etter hvert også på relasjonene mellom ulike yrkes- og profesjonsgruppene. Moderne profesjonsteori har vært opptatt av det siste, ved å framheve betydningen av å ta utgangspunkt i det arbeidet som utføres på bestemte felter, og hvordan abstrakt kunnskap legitimerer yrkesutførelsen og -sammensetningen på arbeidsfeltet (Abbott 1988). En annen innfallsvinkel som danner en bro mellom profesjonsteorier og statsvitenskapelige perspektiver, er de analysene som omhandler hvordan noen vitenskapelig funderte kunnskaps- og kompetanseformer – båret fram av ulike profesjonsgrupper – legger grunnlaget for offentlig politikk på ulike felter (Johnson 1995, Erichsen 1996).

Et av de viktigste utviklingstrekkene i det moderne helsevesen er framveksten av nye, mer formaliserte og standardiserte kunnskaps- og styringsformer. Dette skjer gjennom bruk av «evidensbasert» kunnskap, og kravene om at tjenestene skal arbeide på grunnlag av evidensbasert kunnskap, er sterke (Grimen og Terum 2009, Timmermanns og Berg 2003). Her etableres det et kunnskapshierarki – noen ganger implisitt og noen ganger eksplisitt formulert – der vitenskapelig kunnskap får en forrang. Denne kunnskapsformen, som er betegnet som «vitenskapelig-byråkratisk» kunnskap, innebærer at en søker å standardisere faglig arbeid, og fokusere på «beste praksis» og logistikk («forløp») i organiseringen av tjenestene (Harrison, Moran og Wood 2004, Dent 2008, Ramsdal og Ramsdal 2007). Men i tråd med den ekspansjonen og differensieringen som skjer i psykisk helsearbeid, blir samtidig kunnskapsgrunnlaget for tjenestene endret i andre retninger – og da med sterkere vektlegging av kontekst, det vil si særtrekk ved brukere, lokalsamfunn og lokale organisasjoner, som må ivaretas i den praktiske utformingen av tjenestene. Kunnskapsgrunnlaget for psykisk helsearbeid endres derved ved at de velkjente «paradigmatiske» motsetningene som en finner innenfor psykiatri/psykisk helsearbeid, får nye former (se kapittel 2). Det oppstår brytninger mellom kunnskapsformer, til dels på tvers av etablerte profesjonsmønstre, i dagens «psykiske helsesystem». Dette har betydning for organiseringen av de ulike tiltak og tjenester generelt, men særlig for spørsmål om hvordan en skal skape «helhetlige» tilbud gjennom samordning og samarbeid. Dette skal vi komme tilbake til siden.

I vår sammenheng peker forvaltnings- og organisasjonsteoretiske perspektiver særlig på endringer i organisasjons- og ledelsesformer. Et *organisasjonsteoretisk perspektiv* innebærer at formelle og uformelle strukturer og prosesser kommer i søkelyset. Organisasjonsteori er like mangfoldig som psykiatrien selv, men er særlig opptatt av hvordan autoritet fordeles og anvendes mellom ulike aktører på

feltet, grad av sentralisering og desentralisering når beslutninger skal fattes, og hvordan «omgivelsene» påvirker organisasjonen. I forbindelse med vår drøfting kan «det psykiske helsesystemet» oppfattes som et konglomerat av organisasjoner. Det som er interessant her, er blant annet hvordan en utvikler tiltak og tjenester innenfor ulike deler av dette systemet, og særlig hvilke faktorer som fremmer og hemmer helhetlige tjenester på brukernes premisser.

Et reformteoretisk perspektiv ser utviklingen av tjenestene som ledd i en reformstrategi, der det særlig er egenskaper ved den statlige utformingen av reformer for å utvikle tiltak og tjenester, og den lokale iverksettingen, som står i sentrum. Utgangspunktet er her reformentreprenørenes ønsker om å sikre lokal iverksetting i tråd med nasjonalpolitiske intensjoner. Her er en opptatt av den politiske utformingen av reformer når det gjelder mål og målgrupper, og hvilke styringsinstrumenter (legale, økonomiske, organisatoriske, rådgivning etc.) som staten velger å benytte for å sikre lokal iverksetting (Slagstad 1998, Eliadis, Hill og Howlett 2005, Ramsdal, Michelsen og Aarseth 2002). I vår sammenheng er særlig bakgrunnen for, utformingen av og iverksettingen av Opptappingsplanen for psykisk helse et viktig inntak til å analysere utviklingen av tjenestefeltet i de senere år.

De faglige perspektivene som er presentert her, er overlappende – ikke gjensidig utelukkende. Alle perspektivene kan bidra til viktige kunnskaper om hvordan tjenestene utformes og fungerer. Dette krever imidlertid at en må ta hensyn til at forskning om tjenestene inntil nylig har vært fragmentert og sporadisk, og at det samfunnsvitenskapelige kunnskapsgrunnlaget derved er relativt tynt om en del områder. Jeg skal likevel drøfte de temaene som ble presentert innledningsvis, ved å trekke veksler på disse perspektivene – om enn på en avgrenset måte.

Utviklingstendenser og formelle mål og rammer for tjenestene

Tiltak og tjenester for mennesker med psykiske lidelser er som nevnt innledningsvis et mangfoldig og komplekst fenomen. Både i Norge og i andre vestlige land er tjenestetilbudet i stadig utvikling, og en kan trygt hevde at i de siste tiårene har feltet endret seg når det gjelder både omfanget av (det vi kan kalle *den kvantitative utviklingen*) og det faglige innhold i tjenestene (det vi kan kalle *den kvalitative utviklingen*) (Levin, Hennessy og Petrila 2010). I Norge har Opptappingsplanen for psykisk helse – som var en tiårig statlig satsing på å styrke og forbedre tjenestetilbudet for mennesker med psykiske lidelser – på mange måter vært et uttrykk for at politiske myndigheter nå er mer opptatt av styring og organisering av tjeneste-

tilbudet. Gjennom denne planen kom psykisk helse på den politiske dagsordenen på en måte som ikke tidligere var tilfellet.

Samtidig har den utviklingen i tjenestetilbudet som har skjedd, også medført nye utfordringer for styring og organisering, og har forsterket behovet for å forstå helheten i tjenestetilbudet. Tjenestetilbudet er ikke bare blitt mer omfattende og faglig avansert, men er også blitt mer preget av kompleksitet. Ulike faglige perspektiver, flere tiltak og tjenester og nye organisatoriske rammebetingelser har medført at det er vanskeligere enn noensinne å gi en helhetlig oversikt. I den internasjonale litteraturen sies det at for å forstå feltet må en se det som et svært komplekst «helsesystem» – som omfatter enkeltindivider med mentale problem/lidelser, slekt og venner av disse, organisasjoner og tjenesteytere, tjenestene selv, politiske og administrative ledere som planlegger, regulerer og leder utviklingen, og de som evaluerer de komponentene som systemet består av (Leff og Blyler 2010). Det er et gjennomgående trekk at en er svært opptatt av at dette systemet ikke bare er komplekst, men også «grenseløst». Som en av USAs fremste helsepolitiske forskere hevder, er analyser av det psykiske helsesystemet «a murky challenge» – en «skummel utfordring» (Mechanic 2008). I det ligger at egenskapene ved de psykiske lidelsene selv, sammen med kompleksiteten i tjenestetilbudet, gjør det svært problematisk å beskrive og analysere feltet, og ikke minst å skape «helhetlige» løsninger i praksis.

Hvordan skal en så nærme seg en god analyse av utviklingen i styring og organisering av disse tjenestene i Norge? Det første spørsmålet i vår forbindelse er hvordan en skal sette grensene for psykisk helsearbeid. «Psykiske lidelser» er et omfattende og uklart begrep. I et historisk perspektiv er et av de mest karakteristiske kjennetegn ved dette begrepet den *ekspansjon* og *differensiering* som har funnet sted.

«Ekspansjon» innebærer at stadig flere tilstander defineres som psykiske lidelser, slik for eksempel utviklingen av diagnosesystemer som ICD representerer. Det som tidligere ble oppfattet som livskriser og naturlige livsproblemer, er nå blitt gjenstand for psykiatriske diagnoser, slik det nå foreligger i den nye ICD 10-versjonen fra 2011. Dette skjer blant annet gjennom en såkalt medikaliseringsprosess, der tilbudet om behandlingsformer, medisiner og tiltak rettes mot stadig flere grupper i befolkningen (Frank 2011). Og det skjer ved at stadig større deler av befolkningen forventer at en skal kunne løse helseproblemer gjennom offentlige og private tiltak og tjenester, noe som medfører et forventningspress som det er vanskelig for helse-tjenestene å tilfredsstille. Dette diskuteres i detalj andre steder i denne boken (blant annet i kapittel 2), men i vår sammenheng innebærer disse prosessene at spørsmålet om hva som skal være innenfor rammene av «styring og organisering

av tjenestetilbudet», er et dilemma: På den ene siden kan en avgrensning til «psykisk helsevern og kommunalt psykisk helsearbeid» bli for snevert til å fange opp den kompleksiteten tjenestetilbudet representerer, på den annen side kan en definisjon som innbefatter alle de tiltak og tjenester mennesker med psykiske lidelser kan benytte seg av, bli så vid at det ikke er mulig å drøfte det på en realistisk måte.

Det er viktig å understreke at hvordan en avgrenser et fenomen, også dreier seg om makt. Den internasjonale utviklingen gir klare indikasjoner på hvordan en nå har en mer helhetlig forståelse av det «psykiske helsesystemet». En representativ formulering om dette kan være følgende: «Context is everything – particularly where mental health services are concerned ... The focus is no longer on the

speciality mental health services sector but on the broad array of human services sector, where people who experience a mental health disorder find themselves as they pursue their lives in their communities» (Goldman 2010: xxiiv). Denne vektlegging av kontekst, og at en søker å forbedre tjenestetilbudet ved å gå ut over de tradisjonelle rammene der psykisk helsearbeid blir oppfattet som en medisinsk spesialitet, til også å se på lokalsamfunnsbaserte tiltak og tjenester og forebyggende helsearbeid som sentrale deler av systemet, samt en oppblomstring av ulike private tjenester, reflekteres også i den norske utviklingen.

«Differensiering» dreier seg om at det skjer en spesialisering i kunnskapsgrunnlag og tjenestetilbud i ulike deler av «systemet». Denne utviklingen innebærer at stadig flere perspektiver på og kunnskaper om psykiske lidelser blir representert. Nye kunnskaper legges opp på de etablerte på en måte som skaper et mangfold av til dels motstridende kunnskapsgrunnlag – for eksempel om forklaringer på hvorfor psykiske lidelser oppstår, eller hvordan de skal lindres. Den internasjonale kunnskapsutviklingen spiller en stor rolle her, og typisk nok er mange av de sentrale globale aktørene som gir anbefalinger om utformingen av tjenestene – som EU eller WHO – opptatt av at en ikke kan «motbevise» ett kunnskapssyn ved hjelp av et annet. I stedet må en være pragmatisk og mangfoldig gjennom å integrere disse tilnærmingene i det praktiske arbeidet (WHO 2001). Samtidig er retningen i den utviklingen vi ser i Norge, i tråd med – og gjerne i forkant av – de anbefalinger som gis av slike internasjonale organer (Freeman mfl. 2012, Hansen mfl. 2009).

Utviklingen som foran er skissert i stikkordene «ekspansjon» og «differensiering», innebærer at tjenestetilbudet i Norge har endret karakter. De spesialiserte sykehus-tjenestene i psykiatriske sykehus er redusert i omfang, omorganisert og modernisert. Samtidig er det etablert nye tiltak og tjenester i spesialisttjenestene, først og fremst distriktpsikiatriske sentre (DPS), men også ulike ambulante team, noen av dem i samarbeid med kommunale tjenester. Det kommunale tilbudet er betydelig

utvidet, med en rekke nye tiltak og tjenester. Noen av disse er forbeholdt mennesker med psykiske lidelser alene, mens mange innebærer at en har lagt mer vekt på å gi tilbud til mennesker med slike lidelser innenfor etablerte tjenester, og tjenester som omfatter mange ulike brukergrupper. Et viktig trekk er at ruslidelser i økende grad blir knyttet til psykiske lidelser, og at organiseringen av tjenestene tar dette som utgangspunkt.

Differensieringen har også medført at der en tidligere kunne betegne psykisk helsearbeid som «monoprofesjonelt», er det nå blitt «multiprofesjonelt». Mens det tidligere var en profesjon – psykiaterne – som hadde en slags enerett på å definere psykiske lidelser og avgjøre behandlingsopplegg, har en nå fått et betydelig antall profesjoner og yrkesgrupper som bidrar. Kunnskapsutviklingen har vært formidabel i psykisk helsearbeid, og de profesjonsgruppene som arbeider på feltet, er ofte blitt mer selvstendige, både faglig og organisatorisk, enn det tilfellet var for bare noen tiår siden. Derved har endringsprosessene preget av økt kompleksitet og større differensiering antatt to former: fra mono- til multiprofesjonelle tjenestetilbud, og fra et fokus på spesialisttjenester i (psykiatriske) sykehus til et omfattende tilbud, der ekspansjonen særlig har skjedd gjennom utbyggingen av lokalt baserte tjenester.

Utviklingen vi har skissert foran, innebærer at tjenestene blir formet ved at politiske mål, (vitenskapsbasert) kunnskap og praktisk arbeid spiller sammen eller mot hverandre i komplekse prosesser. I historisk perspektiv kan en hevde at det var de faglige perspektiver og behandlingsmetoder som var generert innenfor fagfeltet selv, som la premissene for organiseringen av psykisk helsearbeid. Etter hvert som faglige perspektiver ble utvidet, og nye behandlingsformer kom til, var det i brytningene mellom disse perspektivene at utviklingen ble bestemt. Den politiske styringen var relativt svak, og lot seg underkaste de synspunkter og anbefalinger fagfolkene ga (Ludvigsen 1997). Men denne politiske posisjonen ble stadig vanskeligere å opprettholde. Det skyldtes først og fremst at de faglige motsetningene mellom ulike paradigmatisk forståelsesformer av psykiske lidelser og tilhørende behandlingsopplegg etter hvert ble større. Dette var et åpenbart dilemma for styringen av utviklingen på feltet: Når politikerne ikke fikk entydige faglige anbefalinger, ble retningsangivelsene for politisk styring utydelige. Flere har framhevet at faglige motsetninger i psykisk helsearbeids kunnskapsgrunnlag både førte til frustrasjoner og konflikter innad i psykiatrien, og til tap av legitimitet og oppslutning for feltet i samfunnet. Samtidig åpnet den faglige usikkerheten og uenigheten for at politisk innflytelse kunne bli større enn tilfellet er med hensyn til velferdsoppgaver der fagfeltet er mer homogent. Det potensialet for politisk innflytelse som fagfolkene hadde, ble etter hvert redusert, og medførte mange

ganger at feltet ble nedprioritert, i påvente av at «fagfolkene først må bli enige», som det het (Ramsdal 1996).

Den historiske utviklingen i de siste tiårene er preget av at perspektivene på tiltak og tjenester til mennesker med psykiske lidelser har endret seg fra sitt opprinnelige utgangspunkt. Enkelt sagt kan en tale om *tre faser i utviklingen*: 1) den historiske oppbyggingen av psykiatriske institusjoner, 2) deinstitutionalisering og nye behandlings- og organisasjonsformer, og c) utviklingen mot et omfattende, komplekst «psykisk helsesystem», som blant annet omfatter spesialisttjenester, lokalbaserte tjenester og private aktører i samspill.

- *Fase 1: Institusjonalisering (–1972)*

Psykiatrien har vært i kontinuerlig endring siden den ble etablert som en spesialisert medisinsk virksomhet på 1800-tallet. Uten å gå i detalj kan en hevde at det viktigste kjennetegnet ved norsk psykiatrisk historie var oppbyggingen av psykiatriske institusjoner, gjennom etablering av psykiatriske sykehus og senere psykiatriske sykehjem. I tillegg kom en omfattende privatforpleining for «kronikerne». Institusjonaliseringsprosessen var sterk og entydig helt fram til sitt toppunkt i 1972. I praksis ble psykiatrien i velferdsstatens oppbyggingsfase i tiårene etter 2. verdenskrig et resultat av den medisinske dominansen i norsk helsesektor. Det såkalte «evangelske system» borget for spesialisering, sentralisering og institusjonsbygging, mens de understrømmer av faglig uenighet som fantes, sjelden kom allmennheten for øre. I oppbyggingsfasen var det i hovedsak psykiatere som spilte en dominerende rolle i utformingen av behandlingstilbudet, og et fåtall psykiatere hadde i praksis sterk innflytelse på utformingen av psykiatrien, med bygging av nye psykiatriske sykehus, og valg av behandlingsopplegg der som de viktigste kjennetegn (Berg 1982, Ludvigsen 1997).

- *Fase 2: Deinstitutionalisering (1972–)*

Etter 1972 skjedde en radikal nedbygging av sengeinstitusjonene. I en tjueårsprosess ble antallet senger i psykisk helsevern redusert til 20 prosent av de som eksisterte i 1972 – som altså var toppåret. Antallet pasienter som ble behandlet, viste imidlertid ikke samme nedgang, og antallet polikliniske konsultasjoner steg kraftig. Det innebar at det nå behandles langt flere pasienter per seng på de psykiatriske institusjonene, ved at sykehusopphold er blitt kortere, samtidig som det totale antallet pasienter har økt (Hallandvik 1997). Et interessant fenomen er at den norske deinstitutionaliseringsprosessen var sterkere enn i de fleste vestlige land, og nesten like omfattende som tilfellet var i Italia og USA, der de tilsvarende

prosessene ble velkjente milepæler i den internasjonale debatten om utviklingen av psykiatrien (Skårderud 1984).

Uviklingen av sengeinstitusjonsplassene i Norge ble i ulike sammenhenger betegnet som «den tause reformen». Bakgrunnen for dette er at den omfattende nedbyggingen av institusjonspsykiatrien i den aktuelle tidsperioden ikke var omfattet med særlig oppmerksomhet, verken i det nasjonalpolitiske miljøet eller i opinionen. Nedbyggingen var en skrittvis prosess. Den var i første rekke et resultat av lokale disposisjoner, og det samlede bildet av norsk psykiatri framsto i stor grad som et uintentert resultat av lokale beslutningsprosesser. Her var det særlig de fylkeskommunale planene, og ressursfordelingen i de årlige budsjettprosessene, som la grunnlaget for utformingen av tjenestetilbudet. Mange steder var det like mye ønsket om å beskytte de somatiske sykehusene mot nedskjæringer som bevisste strategier om å nedbygge psykiatrinstitusjonene som var premissgivende for utviklingen (Ramsdal 1996 op.cit.). Nedbyggingen framsto derfor som et resultat av mange lokale beslutninger, men likevel innenfor en allmenn oppfatning om at store institusjoner var negativt. Det interessante her er at det synes som om den globale institusjonskritikken og den nasjonale kritikken av HVPU-institusjonene ble generalisert til en allmenn institusjonskritikk også i Norge, noe som i sin tur la det mentale grunnlaget for de lokale nedbyggingsprosessene i psykiatrien (Sandvin og Søder 1998). Ut fra det reformperspektivet jeg har lagt til grunn her, kan ikke «den tause reformen» kunne betegnes som en statlig reform, men snarere som en skrittvis lokalt forankret utviklingsprosess.

En av grunnene til at deinstitutionaliseringen fikk så stort gjennomslag, var også at de «indre» drivkrefter – knyttet til psykisk helsearbeid selv – la grunnlaget for å redusere nødvendigheten av lange sykehusopphold for mange pasientgrupper. Dette hadde særlig sammenheng med utviklingen i farmakologi, men også andre «raske» terapiformer fikk etter hvert gjennomslag. Derved kom deinstitutionalisering til å bli et resultat av ulike krefter som virket sammen: den generelle, «globale» institusjonskritikken, den økonomiske politikken og de faglige utviklingsprosessene.

Det var imidlertid et problem at deinstitutionalisering var en «negasjon» – en visste hva en *ikke* ville ha, men det var mye mer uklart hvilke tilbud en skulle bygge opp i stedet. Resultatet var at en i mange land opplevde at svarene på institusjonskritikken dels var en forslumming av levekår for mennesker med psykiske lidelser, dels «reinstitutionalisering» gjennom oppbygging av mindre institusjoner i lokalsamfunnet, men også utviklingen av nye faglige prinsipper for tjenesteyting (Hudson 1991). Disse nye prinsippene var basert på etablering av «anvendt sosiologi» – og innebar en

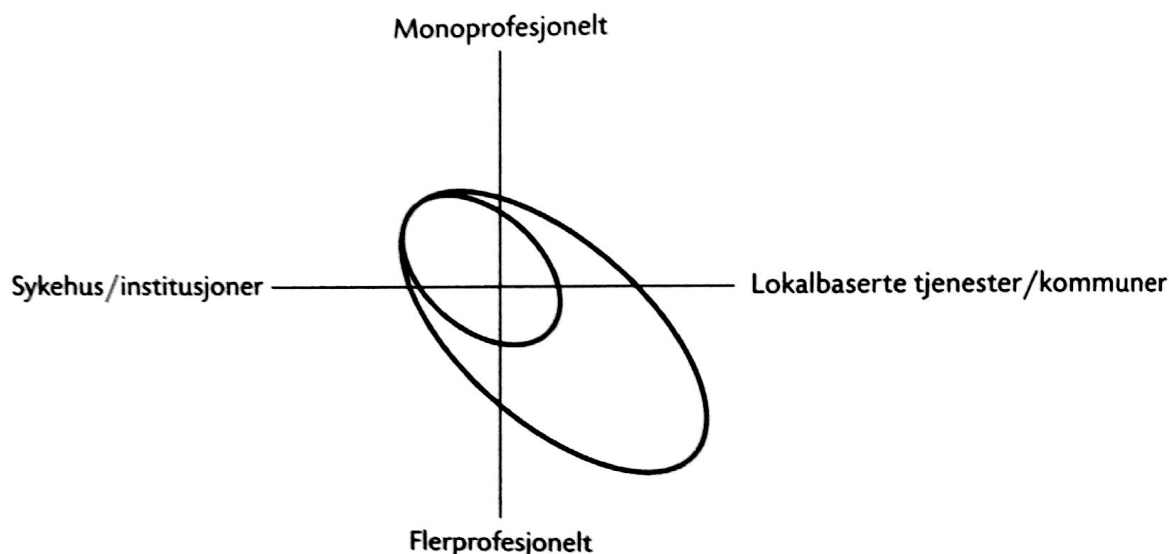
fagliggjøring av lokalbaserte tiltak og tjenester gjennom normalisering, integrering og mestring/«empowerment»-strategier (Askheim 1998, Helgesen og Hansen 2010).

- *Fase 3: Fokus på utviklingen av lokalbaserte tjenester*

Gjennom de siste årene, og særlig i forbindelse med iverksettingen av Opptrappingsplanen for psykisk helse, har en fokusert på utvikling av lokalbaserte tiltak og tjenester. Dette har skjedd både i spesialisttjenestene – der etableringen av distriktpspsykiatriske sentre (DPS) står sentralt – og i de kommunale tjenestene, som har opplevd en sterk ekspansjon i tilbudet. For spesialisttjenestenes vedkommende har utviklingen i psykiatrien på mange måter gått i motsatt retning enn tilfellet er i somatikken. Mens somatikken er under et sterkt påtrykk for sentralisering, gjennom etablering av «korte» behandlingsforløp, basert på ny medisinsk teknologi og stordriftsfordeler, er psykiatrien preget av at en har ønsket å redusere og effektivisere de psykiatriske sykehusavdelingene, og samtidig bygge opp DPS-ene i skjæringspunktet mellom sentrale og kommunale tjenester. Spesialisttjenestene utformes derfor i spenningsforholdet mellom somatikken som en «medisinsk-faglig» modell som peker mot sentralisering og effektivisering, og behovet for å kommunisere godt med fastleger og kommunale tjenester, noe som peker mot desentralisering og ivaretagelse av langsiktige relasjoner til disse tjenestene.

For utviklingen av de *kommunale* tjenestene var utgangspunktet tiden etter at kommunehelsetjenesteloven ble vedtatt i 1982. Det formelle grunnlaget for kommunenes forpliktelser overfor mennesker med psykiske lidelser ble da definert ut fra lovverket (lov om kommunehelsetjenester, lov om sosial omsorg, lov om barnevern). Det er likevel liten tvil om at kommunenes arbeid med mennesker med psykiske lidelser da ofte ble neglisjert. Den lokalpolitiske oppmerksomheten var stort sett fraværende. Noen få, relativt isolerte psykiatriske sykepleiere eller hjelpepleiere var det meste en kunne håpe å treffe på i gjennomsnittskommunen, i tillegg til at helse- og sosialsektoren for øvrig selvsagt hele tiden forholdt seg til mennesker med psykiske lidelser innenfor sine arbeidsoppgaver (Robberstad 2002). I en undersøkelse av kommunenes satsinger på psykisk helsearbeid ble det hevdet at en i små innlandskommuner hadde et uttrykk om dette: «Det presten ikke får, tar skogen» (Ramsdal 1996). Psykiske lidelser ble ansett primært som spesialisttjenestenes oppgaver. Men etter hvert som deinstitutionaliseringen innebar at kommunene mottok stadig flere utskrevne pasienter, ble presset mot de lokale ressursene stadig større. Resultatet ble de uverdige svarteperspillene om psykiatriske pasienter som preget tiden da Opptrappingsplanen ble vedtatt.

De tre fasene vi har antydnet foran, viser til en utviklingsprosess der tjenestetilbudet er blitt utvidet i volum, med flere brukere, ansatte og nye tiltak og tjenester. Samtidig er nye profesjonsgrupper blitt introdusert, og det «monoprofesjonelle» preget som psykiaterne satte på tjenestene i de første fasene, er blitt et «multi-profesjonelt» system, der psykologer, psykiatriske sykepleiere, de med videreutdanning i psykisk helsearbeid, sosionomer, vernepleiere og andre er blitt ansatt, særlig i de kommunale tjenestene. Denne utviklingen kan illustreres slik:



Figur 9.1 Utviklingen av det psykiske «helsesystemet».

Den formelle ansvarsfordelingen –spesialisttjenestenes og kommunenes ansvar

Spesialisthelsetjeneste (psykisk helsevern)

Etter 2002 er både psykisk helsevern og somatiske spesialisthelsetjenester organisert inn under helseforetakene. Da den omfattende sykehusreformen ble innført i 2002, omfattet den også psykisk helsevern, selv om det var vurderinger knyttet til somatikken som var utgangspunktet for reformen. Opptrappingsplanen var igangsatt tre år tidligere. Psykisk helsevern ble dermed gjenstand for to svært omfattende reformer samtidig.

De to reformene var på noen områder motstridende. Der sykehusreformen var en organisasjons- og ledelsesreform med implikasjoner for behandling, er Opptrappingsplanen mye mer en faglig reform med implikasjoner også for organisering og ledelse. Sykehusreformen var top-down-styrt med blant annet hurtig iverksetting av enhetlig ledelse, etablering av regionale og lokale helseforetak,

sammenslåing av avdelinger og etablering av resultatenheter (Ramsdal og Skorstad 2004, Byrkjeflot og Neby 2008). I kontrast til dette har Opptrappingsplanen vært mer «bottom-up», preget av iverksetting basert på nye faglige ideologier og behandlingsformer i en langvarig endringsprosess. Opptrappingsplanen var drevet fram av blant andre politikere, brukerorganisasjoner, profesjoner, fylkeskommuner og kommuner (St.prp. nr. 63 (1997–98), St.meld. nr. 25 (1996–97), Forskningsrådet 2009). Dette innebar økt oppmerksomhet på brukerperspektiver, og et faglig søkelys på normalisering, integrering og mestring.

Psykisk helsearbeid i kommunene

Psykisk helsearbeid i kommunene er tiltak rettet mot mennesker med psykiske problemer og lidelser og konsekvenser av lidelser hos den enkelte, deres familier og nettverk. Psykisk helsearbeid blir betegnet som både et kunnskapsfelt og et praksisfelt, og det omfatter også arbeid på systemnivå, som forebygging av psykiske lidelser, opplysningsarbeid og annet arbeid for å motvirke stigmatisering og diskriminering. Målsettingen med psykisk helsearbeid i kommunene er å bidra til å fremme selvstendighet og tilhørighet og å styrke evnen til å mestre sitt eget liv for mennesker med psykiske lidelser. Når det gjelder befolkningen som er flerkulturell, er det et overordnet siktemål å søke å redusere den samlede psykiske sykeligheten. Det skal være en målrettet, faglig fundert og samordnet innsats, og man skal fortrinnsvis gi et tilbud i brukerens nærmiljø i tråd med LEON-prinsippet (Laveste Effektive OmsorgsNivå).

I Helse- og omsorgsdepartementets presentasjon av lederansvar og organisering har en tatt hensyn til kommunelovens generelle prinsipp om at kommunene står fritt i hvordan de vil organisere tjenestetilbudet. Det viktigste, sier departementet, er å peke ut noen grunnleggende krav som må ivaretas for at det psykiske helsearbeidet skal fungere i tråd med intensjonene, uavhengig av hvilken organisasjonsmodell kommunen har valgt eller velger.

Spesialisttjenester og kommunale tjenester: Oppgaver og ansvar

(Utdrag fra Helse- og omsorgsdepartementets presentasjoner)

Gjennomføring av psykisk helsevern skjer i spesialisthelsetjenesten og er underlagt de regionale helseforetakenes ansvarsområde. Med psykisk helsevern menes spesialisthelsetjenestens undersøkelse og behandling av mennesker med psykiske lidelser. Det heter i presentasjonene av psykisk helsevern at undersøkelse og behandling kan skje i og utenfor institusjon, det vil si ved

distriktpsikiatriske sentra (DPS) eller ved sykehus. Hovedgrepet i utbyggingen av psykisk helsevern de siste årene er etablering av DPS som skal ha hovedansvaret for de generelle tilbud innen psykisk helsevern. Det er i dag ca. 75 DPS i landet. Et DPS skal ha døgntilbud, dagtilbud, poliklinikk og ambulante team herunder ambulante akutt-team. DPS skal arbeide i nært samarbeid med kommunene i opptaksområdet. Spesialisthelsetjenestetilbudet til barn og unge med psykiske problemer gis først og fremst poliklinisk ved egne poliklinikker ofte tilknyttet DPS. Sykehusavdelingene/sykehusfunksjonene skal gi et ytterligere spesialisert tilbud. Akuttpsikiatri, sikkerhetspsikiatri, pasienter med alvorlig psykisk sykdom (for eksempel alvorlig spiseforstyrrelse, rusmiddelavhengighet og psykisk lidelse, tvangslidelser, personlighetsforstyrrelser etc.) og som trenger opphold i lukket avdeling er eksempler på tilbud som bør ligge på sentral-sykehusnivå. Private spesialister, som har avtaler med helseforetakene, utgjør en vesentlig del av spesialisthelsetjenesten og er dermed en viktig del av helse-tjenesten.

Slike krav er:

- Det å sikre et tjenestetilbud som oppleves helhetlig og koordinert (innebærer godt samarbeid innad i kommunen og med andre som skal yte tjenester eller behandling)
- Det å sikre et godt fagmiljø slik at brukerne får et kvalitativt godt tilbud og at de som jobber med psykisk helse opplever fagmiljøet som stimulerende
- Det å sikre at brukeren behandles med respekt, både som individ og gruppe samt at brukeren, også som individ og gruppe, har tillit til dem som skal utøve tjenesten og opplever å bli tatt med på råd
- Det å sikre at psykisk helsearbeid skjer med basis i et felles verdigrunnlag
- Det å sikre kontinuitet for brukeren gjennom stabile relasjoner og færrest mulig å forholde seg til
- Det å sikre at personer som har behov for hjelp får hjelp – at det psykiske helsearbeidet blir tydelig nok i organisasjonen og presentasjonen av denne utad
- Det å sikre at mennesker med psykiske lidelser får et tilstrekkelig tjenestetilbud i tråd med de retter enkeltmennesker og grupper av personer har etter loven. Det er et ansvar for kommunens ledelse å sørge for at disse kravene ivaretas gjennom et kontinuerlig kvalitetsarbeid. Der kommunen har fordelt ansvaret for psykisk helsearbeid på en rekke virksomheter, må ledelsen sørge for at det skjer en god koordinering av virksomhetene, slik at brukeren får et helhetlig tilbud basert på at virksomhetene tar et felles

ansvar. I de kommunene hvor ansvaret med å definere innhold og kvalitet og selve tjenesteutøvelsen er delt, må ledelsen påse at systemet sikrer at nye brukere og brukere med endrede behov får et individuelt tilpasset tilbud. Virksomhetene som yter tjenester må også ta ansvar for psykisk lidende som ikke selv oppsøker tjenesteapparatet.

Kommunens verdigrunnlag bør reflektere at psykisk helsearbeid innebærer at møtet mellom bruker og ansatt preges av respekt og anerkjennelse. Dette kan innebære andre handlingsmønstre enn dem man ville valgt i forhold til andre brukere. Som tjenesteyter kan man måtte forholde seg til et bruker- og pårørende-forhold med innebygde konflikter. Psykisk helsearbeid for barn og unge omfatter tilbud til risikoutsatte barn og unge og forebygging for å hindre utvikling av psykiske lidelser, rusavhengighet og andre psykososiale problemer. Kommunenes ansvar til barn og unge omfatter blant annet lavterskeltilbud som tilbyr utredning, behandling og oppfølging av barn, unge og deres familier (HOD 2011: www.regjeringen.no).

Kommunalt psykisk helsearbeid for voksne

Psykisk helsearbeid omfatter utredning, behandling og rehabilitering av både lettere psykiske vansker og alvorlige psykiske lidelser. Kommunenes innsats som rettes inn mot mennesker med alvorlige eller moderate psykiske lidelser vektlegger særlig:

- Tilfredsstillende bolig med tilstrekkelig bistand
- Mulighet til å delta i meningsfylte aktiviteter, om mulig sysselsetting
- Mulighet til å delta i et sosialt fellesskap og unngå sosial isolasjon
- Nødvendige og tilpassede helse- og sosialtjenester

Brukerperspektivet. Brukermedvirkning. Selvhjelp

Mestring er en sentral verdi i psykisk helsearbeid, og det er en overordnet målsetting at Opptrappingsplanen skal bidra til å fremme selvstendighet og evne til å mestre eget liv for mennesker med psykiske lidelser. Mestring kan være et problematisk begrep om det assosieres med å vinne eller bli enda flinkere. En oppfatning av mestring kan legge stein til byrden for folk som strever med å håndtere problemene sine. Man må vektlegge mestring som mulighet og se helheten framfor å fokusere ensidig på de problematiske delene.

Hjelperen bør legge opp til at brukeren får positive mestringserfaringer og forebygge opplevelse av avmakt. Anerkjennende samhandling gir et godt utgangspunkt

Individuell plan

Sosial- og helsedirektoratet utga i oktober 2005 ny veileder for arbeid med individuell plan (INDIVIDUELL PLAN 2005 Veileder til forskrift om individuell plan IS-1253). Lovgrunnlaget ble i 2003 utvidet til også å inkludere tjenester plan IS-1253). Lovgrunnlaget ble i 2003 utvidet til også å inkludere tjenester etter sosialtjenesteloven. Ny forskrift om individuell plan forelå 1. januar 2005. Brukere som etter sosialtjenesteloven har behov for langvarige og koordinerte tjenester, har nå rett til å få utarbeidet en individuell plan.

Folkehelsearbeid og forebygging av psykiske lidelser

I 2012 kommer en ny lov om folkehelsearbeid, der det slås fast at kommunene har ansvaret for å forebygge psykisk sykdom. Det heter at en må se på psykisk helse som en integrert del av folkehelsearbeidet. Det innebærer blant annet at en må forholde seg til «kjeden av årsaker til at psykisk helse blir enten styrket eller svekket». I den nye folkehelseloven er viktigheten av et «bredt samfunnsrettet folkehelsearbeid» understreket. Alle kommunale sektorer skal involveres i arbeidet, og ta ansvar for helsefremmende og forebyggende arbeid.

Dagens situasjon

Gjennom Opptrappingsplanen for psykisk helse (1998–2008) endret organiseringen av det lokalbaserte tilbudet seg radikalt. Nå vedtok kommunene planer for utviklingen av tjenestene og mottok øremerkede tilskudd. Kommunenes formelle ansvar ble presisert og utdypet, og det ble bygd ut kommunale tjenester for psykisk helsearbeid som stort sett var klart identifiserbare, og som kunne gjenfinnes i de kommunale budsjetter. Tilbudet ble sterkt utvidet, med «rus- og psykiatriteam», nye tiltak for å bedre omsorgssituasjonen, fritids- og arbeidstilbud. Fastlegenes rolle ble også presisert, og det har skjedd en kompetanseheving også blant fastlegene med hensyn til ivaretagelse av mennesker med psykiske lidelser. Målet var normalisering, integrering og mestring. Den lokalpolitiske oppmerksomheten ble større, blant annet fordi statlige myndigheter krevde at utbyggingsplanene skulle vedtas i kommunestyret, og fordi krisen i det psykiske helsetilbudet fikk større plass i samfunnsdebatten. Det ble opprettet til sammen nærmere 9000 flere stillinger i kommunenes psykiske helsearbeid som et resultat av reformen (Norges forskningsråd 2009).

Også i spesialisttjenestene har det skjedd store endringer knyttet til mål om å redusere oppholdstider i sengeavdelinger, og en presisering av hvilke tjenester som skal legges til sykehus, og hvilke som skal ivaretas av DPS-ene. Både i spesialisttjenestene og i de kommunale tjenestene har arbeids- og organisasjonsformer

endret seg. Tilbudet er blitt mer differensiert, blant annet ved opprettelse av nye tiltak og tjenesteenheter – for eksempel spesialisttjenestenes ambulante team ved DPS-ene, ACT-team, kommunale oppsøkende team, nye måter å ivareta behov for tilpassede fritids- og arbeidstiltak på, og så videre. Det er hevdet at mens brukerne tidligere måtte lete etter tiltak og tjenester, er nå de som arbeider i tjenestene, selv på leting etter brukere som har behov for hjelp tilpasset de ulike tiltakene (Hansen og Fugletveit 2010). Selv om dette nok er en forenkling og overdrivelse, og selv om det er store variasjoner mellom kommunene, er det lokalbaserte tilbudet som nå tilbys, av en helt annen karakter, med hensyn til både omfang og kompetanse, enn tilfellet var i tiden før Opptrappingsplanen.

Arbeidsformer endres også, ofte basert på brukernes behov for tilpassede tjenester. Et eksempel er det lovpålagte kravet om individuelle planer for mennesker med omfattende, langvarige og komplekse behov for hjelp (Hansen 2007). Et annet er etablering av formaliserte samarbeidsopplegg mellom spesialisttjenestene og de kommunale tjenestene. I økende grad blir tjenestene organisert med utgangspunkt i samordning av arbeid gjennom såkalte prosessbaserte modeller – «forløp» – der det legges vekt på hvordan brukerne skal få mest mulig effektiv behandling og tjenesteyting gjennom fordeling av arbeidsoppgaver som skal utføres av ulike tjenester (Ramsdal og Ramsdal 2007, Timmermanns og Berg 2003). Mange ganger etableres dette slik at brukerne skal ha «en dør» inn til tjenestene. Dette innebærer at brukerne skal mottas av høykompetente fagpersoner, som så kan fordele til videre behandling i de enheter som kan gi best tjenester i det enkelte tilfelle. Både de reorganiseringene som skjer innenfor akuttpsykiatrien, basert på etablering av «akuttkjeder», og mange kommunale tjenester basert på prinsippet om «en dør» til tjenestene, viser til viktige organisatoriske nyvinninger som bidrar til utviklingen av et «nytt» psykisk helsearbeid (Sykehuset Østfold 2010, Ramsdal og Fineide 2010).

Drivkrefter for de endringene vi har satt søkelyset på

I utgangspunktet kan en hevde at det er to ulike drivkrefter for endringer på et arbeidsfelt: det vi (sterkt forenklet) kan kalle «indre» og «ytre» drivkrefter.

Med «indre» drivkrefter tenker vi på kunnskapsutviklingen på feltet. Her er det bestemte faglige forståelsesformer og metoder som får politisk gjennomslag, og gjennom lokale endringsprosesser eller politisk styrte beslutninger søker en å iverksette disse «på bakken» – i de lokale sammenhengene der det faglige arbeidet utføres. Utviklingen av stadig nye terapeutiske tilnærminger og farmakologiske nyvinninger, sammen med nye kunnskaper om kontekstuelle faktorerets betydning

for psykisk helse, er eksempler på at kunnskapsutviklingen har endret organiseringen av psykisk helsearbeid.

Med «ytre» påvirkning tenker vi på de politiske og administrative endringene som har skjedd, blant annet ved at psykisk helsearbeid er blitt integrert i generelle strategier for å reformere offentlig sektor og helse- og sosialsektoren spesielt. Denne drivkraften kan sies å være genuint politisk, i den forstand at det dreier seg om å endre forhold ut fra nye politiske prioriteringer, særlig knyttet til det en kan betegne som «forvaltningspolitikk». Iverksettingen skjer lokalt, gjennom beslutninger om å etablere nye tiltak og tjenester, nye organisasjons-, styrings- og ledelsesformer, noen ganger uten at de tar hensyn til særpreg ved det psykiske helsearbeidet. En viktig utordring er at mange av de forvaltningspolitiske prinsippene som er introdusert, er basert på generelle ideer om effektivisering, basert på styringsideer som ikke er tilpasset de særlige utfordringene som kompleksiteten i psykiske helsetjenester krever (Ramsdal og Hansen 2005, Almvik 2006).

I mange sammenhenger virker disse kreftene sammen, men i noen tilfeller kan en oppleve at «indre» og «ytre» drivkrefter motvirker eller balanserer hverandre.

Opptrappingsplanen for psykisk helse

I de senere år har Opptrappingsplanen for psykisk helse vært den viktigste drivkraften for denne utviklingen, ja på mange måter er de analysene, målene og tiltakene som ble iverksatt i forbindelse med denne planen, avgjørende for vår forståelse av styring og tjenesteutviklingen. Bakgrunnen for St.meld. nr. 25 (1996–97) *Åpenhet og helhet*, og den påfølgende *Opptrappingsplanen* (Ot.prp. nr. 63 (1997–98)), er knyttet til de problemstillingene som ble skissert foran: I begynnelsen av 1990-årene opplevde en at den omfattende nedbyggingen av sengeinstitusjonene førte til en motreaksjon, med en økende kritikk av det tilbudet psykiatriske pasienter fikk. Utgangspunktet var at institusjonsnedbyggingen ikke var blitt erstattet av et tilbud i lokalsamfunnet/kommunene. Det ble i mediene – og blant fagfolk – stadig oftere henvist til «den neste reformen» (etter reformen for mennesker med psykisk utviklingshemning) som ville omfatte psykiatriske helsetjenester. Lagland-regjeringen tok i 1995 initiativet til en gjennomgang av det psykiatriske tjenestetilbudet i landet, med hensyn til både omfang og organisering, og la derved til rette for en storstilt opptrapping av tjenestetilbudet som ble konkretisert av Bondevik-regjeringen i Opptrappingsplanen for psykiatrien 1999–2006.

St.meld. nr. 25 (1996–97) *Åpenhet og helhet* omfattet både en situasjonsbeskrivelse og prinsipper for den videre utviklingen. Meldingen inneholdt imidlertid ikke en plan

for de økonomiske rammene satsingen ville kreve. Ved stortingsbehandlingen ble det forutsatt at en skulle utarbeide en handlingsplan der dette framgikk. Selv om det var noen nyanser mellom de to regjeringenes oppfatninger av hvordan denne planen skulle utformes, var det tverrpolitisk enighet om diagnosen for norsk psykiatri, og om hovedlinjene i planen. Hoveddiagnosen var at nedbyggingen av institusjonspsykiatrien hadde skapt en knapphet på tjenestetilbudet som måtte avstedkomme en sterk opprustning av psykiatrien. Mange av problemene var imidlertid av organisatorisk art; hjelpeapparatet var for oppsplittet, og samordning og samarbeid mellom ulike deler av hjelpeapparatet, særlig mellom fylkeskommunene og kommunene, fungerte ofte dårlig. Pasientene ble den skadelidende part. Stortingsmeldingens formulering om at psykiske helsetjenester var preget av «svikt i alle ledd», innebar en krsedefinisjon som fikk allmenn oppslutning, og som på mange måter utløste engasjement om å styrke tjenestene. Den la også grunnlaget for tverrpolitisk enighet om mål og virkemidler i reformarbeidet.

Opptappingsplanen var preget av mål om «åpenhet» og «helhet» – det vi si at det både skulle arbeides for at befolkningens forståelse av psykiske lidelser skulle bedres, og at stigmatisering av mennesker med psykiske lidelser skulle reduseres, og at tjenestene skulle bli bedre samordnet på brukernes premisser. Målene for opptappingen ble formulert som å «styrke alle ledd i tiltakskjeden». Målet var også å skape «et helhetlig og sammenhengende behandlingsnettverk, der brukerperspektivet hele tiden skal stå i fokus» (Ot.prp. nr. 63 (1997–98), s. 6). Satsingen konkretiserte dette i tre punkter: 1) å øke det totale tilbudet av tiltak og tjenester til mennesker md psykiske lidelser innenfor spesialisttjenestene og kommunene, 2) å sikre at brukernes synspunkter og interesser ble ivaretatt («brukerperspektivet»), 3) å utforme tiltak og tjenester slik at de framstår som en helhetlig behandlingskjede. En skulle styrke brukerrettede tiltak, styrke tilbudet i kommunene med vekt på forebygging og tidlig hjelp, omstrukturere og bygge ut voksenpsykiatrien – primært ved å satse på kommunenære tiltak som distriktpsikiatriske sentre (DPS), bygge ut barne- og ungdomspsykiatrien og stimulere til utdanning og forskning på feltet.

Opptappingsplanen var den første helhetlige planen for hvordan tjenester for mennesker med psykiske lidelser skulle utformes i Norge. I internasjonal sammenheng var planen interessant fordi den både var omsluttet med tverrpolitisk enighet om mål og virkemidler gjennom hele tiårsperioden, og fordi det hvert år ble bevilget statlige midler til gjennomføringen i tråd med planen. Det er også grunn til å merke seg at iverksettingen av planen i all hovedsak fulgte opp de politiske beslutningene gjennom en tiårsperiode – noe som i internasjonal sammenheng er opp-

siktsvekkende i seg selv. Evalueringene viser også at de kvantitative målene om utviklingen av tjenestetilbudet, utdanning av personell og nye stillinger i kommunene ble oppfylt, og i noen tilfeller til og med overoppfylt. Det er beregnet at ca. 9000 nye stillinger for fagpersonell som arbeider med psykisk helsearbeid i kommunene, er opprettet. På den annen side konkluderte evalueringene med at de kvalitative målene – om helhetlige tjenester – ikke var oppfylt i samme grad. Brukermedvirkning, samordning og samhandling ble definert som de største utfordringene i tjenestetilbudet (Forskningsrådet 2009).

Opptappingsplanens kunnskapsgrunnlag

Store velferdsstatsreformer har ofte innebåret at nye faglige perspektiver og problemdefinisjoner, arbeidsmetoder og organisasjonsprinsipper har fått gjennomslag, på bekostning av etablerte ordninger. Utviklingen av norsk psykiatri ble offisielt betegnet som «eklektisk», det vil si at en «henter inn» ulike kunnskapsformer og arbeidsmetoder i en pragmatisk vurdering av hva som egner seg i det enkelte tilfelle, både for individuelle behandlingsopplegg, for den enkelte tjeneste og for det «psykiske helsesystem» som helhet (Wifstad 1998). Men samtidig har eklektismen som tilnærming en viktig sideeffekt: Den skaper borgfred mellom ulike «paradigmatiske» motsetninger om psykisk helsearbeid og organisering av tjenestene. Dette skjer ofte gjennom såkalt «negativ samordning» – det vil si at en på alle nivåer i tjenestene kan skape en tilsynelatende «fred» ved at en sier «du får gjøre som du vil, dersom jeg får gjøre som jeg vil». Innenfor psykisk helsearbeid skal det mye til å bryte den faglige borgfreden som det eklektiske prinsippet kan sikre. Men selv om det vil være svært problematisk å bryte dette mønsteret, innebærer ikke dette at det er umulig å vektlegge noen forståelsesmåter i større grad enn andre. I tråd med måten den psykiatriske diskursen generelt foregår på, skjedde dette også i den statlige utformingen av Opptappingsplanen som «psykiatrireform» – ikke gjennom å konfrontere ulike faglige perspektiver med hverandre, men indirekte og implisitt. Det som slår en under lesingen av St.meld. nr. 25 (1996–97), og i ennå større grad av Handlingsplanen, er at levekår får en framtrедende plass, mens diagnoser og behandlingsmetoder ble nedtonet (Ramsdal 2009). Samtidig er det pekt på at det er en utfordring at det rådende (biomedisinske) kunnskapssynet som særlig spesialisttjenestene preges av, står i motsetning til de politiske mål som er formulert i Opptappingsplanen (Ekeland 2011).

Opptappingsplanen innebar en volumøkning av alle deler av tjenestetilbudet, og innebar – slik det er antydnet i figuren foran – at reformen ikke dreide seg om en

ytterligere deinstitutionalisering av psykiatrien. Reformdokumentene er riktignok i stor grad opptatt av levekår, og fokuserte i liten grad på diagnoser og behandlingsformer. Det fremheves en skjerping av faglige krav og dokumentasjon av resultater på alle plan. Men krav om at bestemte fagprofesjoner skal ivareta standardisert kunnskap lokalt, ble ikke stilt. Dette prinsippet – som er videreført i samhandlingsreformen – innebærer at de klassiske velferdsstatlige reformstrategiene, der profesjonalisering av lokale tjenester er et viktig styringsinstrument for iverksetting av statlig politikk, nå er sterkt modifisert: Det dreier seg om å heve det allmenne utdanningsnivået gjennom rekruttering av høyere utdannet helse- og sosialpersonell, men uten at en er spesifikk om hvilken utdanning som kreves. Det innebærer at kommunene relativt fritt kan velge hvilken kompetanse som skal benyttes i den lokale psykiatritjenesten. Utviklingen av en tverrfaglig videreutdanning i «psykisk helsearbeid» som erstatning for den veletablerte spesialistutdanningen av psykiatriske sykepleiere var en viktig manifestasjon av denne utviklingen. En rekke faggrupper er nå sentrale i psykisk helsearbeid: sykepleiere med videreutdanning i psykisk helsearbeid, allmennpraktiserende leger (fastleger), psykologer, annet høyskoleutdannet helse- og sosialpersonell med tverrfaglig videreutdanning i psykisk helsearbeid (for eksempel vernepleiere, sosionomer, ergoterapeuter og fysioterapeuter). Også hjelpepleiere, særlig med videreutdanning i psykisk helsearbeid, omsorgsarbeidere og hjemmehjelpere er viktige. I tillegg til helse- og sosialutdannet personell bidrar også andre faggrupper.

Det siste momentet i Opptrappingsplanen dreier seg om at statlige krav til hvordan tjenestene skal organiseres, ikke lenger gjøres gjeldende. I prinsippet står helseforetakene og kommunene fritt til selv å velge hvordan tjenester og tiltak skal struktureres og kobles til overordnede kommunale organisasjonsmodeller. I kommunene kommer dette til uttrykk ved at en lokalt velger ulike organisasjonsløsninger, og organiseringen av psykisk helsearbeid varierer betydelig mellom kommunene. Ca. 70 prosent har riktignok valgt en egen identifiserbar enhet for psykisk helse, i form av psykiatriteam eller rus-/psykiatritjenesteenheter, men en slik registrering sier lite om hvordan arbeidsfeltet som helhet – forstått som de som arbeider med mennesker som har eller står i fare for å få psykiske lidelser – utformes. Det vi vet, er at feltet er plastisk, som oftest rundt en identifiserbar kjerne, og at det stadig er i omforming gjennom revisjoner av planer, nye prosjekter, rekruttering av nye medarbeidere, osv.

I spesialisttjenestene skjer det en tilsvarende utvikling ved at en finner lokale løsninger i helseforetakene. Her er det riktignok sterkere nasjonal styring med organiseringen i og med at helseforetakene skal ivareta relativt klart definerte opp-

gaver på sykehus- og DPS-nivå. En har her retningslinjer for organiseringen av akuttpsykiatri, sikkerhetspsykiatri og andre sengeposter, og for DPS-ene. Men innenfor disse rammene er det store variasjoner, som særlig kan forklares ved at de ulike regionene har sin egen «psykiatrihistorie», som ennå spiller inn i organiseringen av tjenestene.

Nye utfordringer – å skape «helhetlige» tjenester

De utviklingsprosessene vi har skissert foran, preget av volumøkning, differensiering og økt kompleksitet i tjenestene, representerer en mulighet for en kvalitetsforbedring, men også nye utfordringer for utvikling av «helhetlige» tjenester på brukernes premisser. På den ene side har en nå de fleste steder i landet et langt mer omfattende tilbud i både kommunene og spesialisttjenestene enn tidligere. Det arbeides i alle deler av «systemet» med å bedre samordning og samarbeid, gjennom generelle avtaler mellom helseforetak, kommuner og fastleger, med stor vekt på å bedre pasientflyt gjennom standardiserte retningslinjer for behandlingsforløp, og ved at en etter hvert etablerer økonomiske incentivordninger som er forutsatt å skulle bedre samhandlingen om pasienter og pasientgrupper. Likevel er det en rekke forhold som kan medføre at målet om bedre samhandling kan bli vanskelig å realisere.

Jeg skal her peke på tre slike forhold:

Det første er knyttet til det overordnede *politiske styringsperspektivet* som ble presentert foran. Her er det særlig den generelle forvaltningspolitikken som legger grunnlaget for lokale organisasjonsløsninger som kan hindre samhandling.

Det andre er *kunnskapsutviklingen*, det vil si «indre» drivkrefter som gjør at ulike deler av psykisk helsearbeid baseres på kunnskapsformer som ikke uten videre «passer sammen».

Og det tredje er *kombinasjonen av moderne styringslogikk og ulike kunnskapsgrunnlag*, som kan skape ny oppsplitting i psykisk helsearbeid på tvers av forvaltningsnivåene.

Det politiske styringsperspektivet

Opptrappingsplanen falt i tid sammen med en forvaltningspolitisk utvikling der en ønsket å «modernisere» offentlig virksomhet. Denne utviklingen påvirker utformingen av psykisk helsearbeid på to måter: For det første blir stat-kommune-relasjonene endret, ved at staten i større grad skal målstyre helseforetakene

og kommunene. I dette ligger, slik jeg antydte foran, at disse har stor grad av frihet til selv å velge hvordan de vil organisere tiltak og tjenester – så lenge dette bidrar til å nå nasjonale mål. Det innebærer også at de øremerkede tilskuddene til psykisk helse i kommunene nå er erstattet med at bevilgningene inngår i det kommunale rammetilskuddet etter at Opptrappingsplanen er avsluttet.¹

Opptrappingsplanen var den første større velferdsreformen som ble gjennomført innenfor rammen av det nye styringsregimet, der målstyring skulle erstatte detaljstyring. Ideen var basert på en «konsernlogikk», av statsvitere som forsket på lokalstyret, betegnet som ideen om «den nye kommunen» (Kjellberg 1991). Kommunene skal ha stor grad av frihet til selv å finne virkemidler for å nå statlig utformede mål på ulike samfunnsområder. Med utgangspunkt i disse forvaltningspolitiske prinsippene har en så opplevd en «reformrevolusjon» i kommunal organisering. Resultatet er en storstilt eksperimentering med nye organisasjonsmodeller for overordnet politisk og administrativ styring². Innenfor rammene av disse ulike overordnede organisasjonsmodellene skjedde utbyggingen av kommunalt psykisk helsearbeid, med de utfordringene denne utbyggingen i seg selv representerte. Utfordringen med å etablere tilbud til nye brukergrupper, innenfor et komplekst hjelpeapparat, ble derved forsterket ved at en også måtte relatere tjenestene til nye styringskrav. I mange kommuner ble det for eksempel vedtatt å etablere en «tonivåmodell» og relativt autonome resultatenheter. I tillegg til de utfordringene for samarbeid og samordning av de kommunale tjenestene som den utvidede definisjonen av målgrupper – og tilhørende utvidelse av faglige perspektiver, som psykisk helsearbeid – er preget av, kom nå de utfordringene disse nye modellene innebar. Den samme styringslogikken ble gjort gjeldende også for helseforetakene, som i prinsippet ble organisert etter konsernmodeller – med relativ stor grad av frihet til å nå mål innenfor rammer. Her var en bestiller–utfører-organisering mellom politiske myndigheter og foretak det viktigste virkemiddelet.

Kritikken som etter hvert ble framført mot disse modellene, gikk ut på at etableringen av små resultatenheter medfører store horisontale samordningsproblemer (Christensen mfl. 2004). I den grad brukerne ikke kan presses inn i folden av

-
- 1 Dette innebærer blant annet at det er en fare for at kommunalt psykisk helsearbeid blir nedprioritert, noe som tall fra de siste par årene kan tyde på at skjer.
 - 2 Selv om modellene synes svært ulike, noe som innebærer at en ofte taler om en «fragmentering» i kommunal organisering, er mange av de underliggende organisasjonsprinsippene likeartet. Det dreier seg om varianter over det en kan betegne som en «konsernlogikk». Denne kommer til uttrykk som sterk vekt på brukernes behov, mål- og resultatstyring, og strukturering i resultatenheter (Ramsdal og Skorstad 2004, Cristensen mfl. 2004).

individualiserte, predefinerte og avgrensede kjennetegn, slik disse modellene forutsetter, er det en fare for at en ikke fanger opp helheten i de problemene som presenteres. Derved blir intensjonene om å være brukerorientert kun forbeholdt de brukerne som er tilpasset produktene. Et aspekt ved dette er at de enkelte resultatene presses mot kostnadseffektivisering gjennom vekten på deres kjerneoppgaver – der de i særlig grad blir resultatmålt. Dette fører til at brukere som har diffuse og/eller komplekse problemer, risikerer å «falle mellom stolene». De vil også være lite attraktive brukere, fordi det vil ta mer tid og ressurser å forholde seg til dem enn til brukerne i resultatenshetens kjerneområde. Dette kan bli litt av et paradoks: Mens stadig flere mennesker opplever at deres problemer er av en diffus karakter, og er vanskelig å sette ord på og vanskelig kan gis enkle diagnoser, blir de dominerende organisasjonsformene nettopp basert på eksplisitte, avgrensede og entydige «kunde krav».

De utviklingsprosessene som psykisk helsearbeid har gjennomløpt, reflekterer også et grunnleggende paradoks: Etter hvert som de politiske ambisjonene har økt, nye målgrupper er definert, og nye tiltak og tjenester er etablert, har utviklingen av psykisk helsearbeid i kommunene skjedd på måter som ofte ikke «passer inn» med hensyn til organiseringen av helseforetakenes styrings- og organisasjonsformer. Når målgruppene ikke er eksplisitt og entydig avgrenset, når målene for reformarbeidet er mangetydige og komplekse, når kunnskapsgrunnlaget er usikkert eller kontroversielt, vil lokale fortolkninger og tilpasninger av tiltak og tjenester være det naturlige resultatet, samtidig som arbeidsfeltet blir mer sårbart for påvirkninger utenfra. Dette kommer blant annet til uttrykk ved at mens spesialisttjenestene baserer sitt arbeid på *diagnoser*, er *funksjon* og *funksjonsnivå* det viktigste vurderingsgrunnlaget i de kommunale tjenestene.

I spesialisttjenestene er det en utfordring å dimensjonere de ulike tjenestene slik at de tilfredsstiller de kravene som stilles når kommunale tjenester er bedre utbygd. Målet om å bygge ut lokalbaserte tjenester gjennom DPS-er, ambulante team osv. skaper spenninger overfor sykehustjenestene. Samtidig har det skjedd endringer som innebærer at en forutsetter en ny «faglig-organisatorisk» tilnærming innenfor spesialisttjenestene. For eksempel er en nå i gang med å omorganisere akuttpsykiatriske avdelinger, ved at de skal inngå som en (sentral) del av «akuttkjeden», der både DPS-ene, ambulante team og kommunale tjenester har en rolle. På samme måte er DPS-enes rolle – mellom kommunale tjenester og sykehustjenestene – en utfordring. Dette kommer blant annet til uttrykk ved at en tenker seg at DPS-ene skal arbeide med «ryggen mot sykehusene og blikket vendt mot kommunene», som det heter. Samtidig er det en utfordring å avklare forholdet

mellom DPS-ene som spesialisttjenester og deler av de kommunale tjenestene. Her kan det lett bli overlapping, med hensyn til både kompetanse og pasienter/brukere. Et eksempel på gråsoner her kan være å lese i beskrivelsen av DPS-ene som «allmenne spesialisttjenester», mens en kan betegne psykiatriteamene i kommunene som «spesialiserte allmenntjenester».

På samme måte er de kommunale tjenestene dels å anse som et nytt arbeidsfelt – med nye statlige føringer og med mange nye tilbud, i tillegg til de som har eksistert i mange tiår. Også her skjer det en dynamisk utvikling. Satsingen på psykisk helsearbeid i de siste årene har medført at feltet er blitt «større» i volum, med flere tjenester, ansatte og økonomiske ressurser. Dette har også medført at utfordringene for samordning og samarbeid er blitt tilsvarende store. Kravene om helhetlige tjenestetilbud er nå det viktigste temaet i diskusjonen om organisering av psykisk helsearbeid.

I en analyse av organiseringen av psykisk helsearbeid i en mellomstor bykommune med såkalt tonivåmodell – der virksomhetene var relativt selvstendige resultatenheter – fant vi at det der var ca. ti virksomheter som var omfattet av psykiatriplanen. Disse rettet seg dels mot voksne med psykiske lidelser, dels mot barn og unge. Kartleggingen bekreftet for det første *kompleksiteten* på arbeidsfeltet, og at det ble forankret i mange resultatenheter – også ut over de som var nevnt i psykiatriplanen. Innenfor hver av resultatenhetene var det i tillegg flere avdelinger/enheter som har ulike oppgaver, faglige perspektiver og kompetanser.

Når en skulle betegne samarbeidsrelasjonene til andre virksomheter, viste det seg at disse framsto som et svært komplekst «system» for lokalt psykisk helsearbeid. I kartleggingen oppgis de enheter/partnere en samarbeider *mest* med, til hele 28 ulike tjenester. Noen av disse er å anse som «spesialiserte» enheter ved at målgruppen er mennesker med psykiske lidelser – for eksempel psykiatriteamet og PPT – mens langt de fleste arbeider enten mot allmenne tjenester for kommunens befolkning, eller mot spesifikke tjenester til innbyggere med helse- og/eller sosiale problemer. En kan derved skille mellom tre «lag» av samarbeidsrelasjoner, og det innebærer at de spesifikke problemstillingene og faglige spørsmålene en møter i arbeidet med psykiske lidelser, i varierende grad blir forstått og tatt hensyn til, avhengig av hvilket «lag» en taler om (Ramsdal 2002).

Studier som er gjennomført i de siste årene i kommunene, viser at det er påfallende mange som bakser med å koble psykisk helsearbeid til overordnede kommunale styringsmodeller preget av «bestiller–utfører-prinsipper», «flat struktur», «outsourcing» eller lignende «moderne» organisasjonsmodeller. Overalt er det spørsmål om å ivareta det psykiske helsearbeidet som et tydelig og prioritert satsingsområde. Paradokset er at mange av disse moderne organisasjonsmodellene ikke

bare kan medføre at det psykiske arbeidsfeltet integreres i ulike resultatenheter og derigjennom mister sin selvstendige kraft, men også at disse modellene er basert på en styringslogikk som kan forsterke heller enn redusere samordningsproblemer (Christensen og Lærgreid 2007, Ramsdal 2004, Ramsdal og Hansen 2005).

Erfaringene – både i Norge og i andre vestlige land – viser at de moderne organisasjonsformene medfører samordningsproblemer horisontalt (for eksempel mellom ulike resultatenheter) og vertikalt (mellom overordnet og underordnet ledelse). Fra et organisasjonsteoretisk synspunkt er ikke dette overraskende. Men det innebærer at en etter hvert blir mer oppmerksom på de kostnadene som moderne organisasjonsformer innebærer for effektiv tjenesteyting. Og disse gjør seg i særlig grad gjeldende for de tjenestene som skal ytes overfor en målgruppe som er vanskelig å avgrense på forhånd, og der en står overfor komplekse og langvarige hjelpebehov. Faren for mennesker med slike problemer – slik mennesker med psykiske lidelser ofte har – er at de faller mellom stolene (eller resultatenhetene) fordi hver enkelt av disse enhetene vil være opptatt av sin kjernevirksomhet, og søke å unngå å forholde seg til klienter som kan redusere muligheten for å nå oppsatte mål innenfor budsjettammene. Dette skaper selvsagt etiske dilemmaer for mange helse- og sosialarbeidere. Her er imidlertid poenget at kunnskapene om svakhetene ved de moderne konsernbaserte modellene etter hvert blir utbredt.

Organisasjonsformer og kunnskapsutvikling i spesialisttjenestene og kommunale tjenester

Slik jeg ser det er den første faktoren et skisma mellom de to forvaltningsnivåene gjennom at de hver for seg utvikles med grunnlag i ulike kunnskapsgrunnlag og ulike prinsipper for organisering og styring. Det dreier seg om to delvis motstridende tendenser: Opptrappingsplanen vektla det en kan kalle et sosiologisk paradigme – normalisering, integrering og mestring – med vekt på utvikling av lokalbaserte (kommunale tjenester), DPS-ene i mellomposisjon, og en moderat utvikling, til dels nedbygging, av de etablerte psykiatriske sykehusene. Kunnskapsforståelsen var basert på betydningen av brukererfaringer innenfor et bredt tilbud av tiltak og tjenester. På den annen side er deler av spesialisttjenestene, gjennom en revitalisering av psykiatrien som fagfelt, forankret i «evidensbasert» medisin – med vekt på diagnoser og standardiserte behandlingsforløp. Disse utviklingstrekkene er vanskelige å gjenfinne i uttrykte målsettinger fra politiske organer (som i all hovedsak fastholder målene og forståelsesformene fra Opptrappingsplanen), og i faglige strategier eller policydokumenter på lokalt nivå.

Tilsynelatende er det de «sosiologiske» perspektivene, med vektlegging av brukererfaringer og empowerment, som politisk sett er de viktigste premissene for utformingen av psykisk helsearbeid. Men mye tyder på at en nå opplever at spesialisttjenestene og kommunale tjenester beveger seg i ulike retninger. Dette skyldes blant annet at premissene for arbeidet i de to delene av tjenestene forankres i ulike faglige perspektiver – et sosiologisk og et (bio)medisinsk/psykiatrisk, som paradoksalt nok begge er blitt styrket i de siste årene. Hvordan kan dette ha skjedd – til tross for at en i Opptrappingsplanen var så opptatt av å skape felles forståelse og samordnede tjenester («helhet») som utgangspunkt for ivaretagelsen av brukernes behov?

Psykisk helsearbeid kan defineres dels som en overgripende betegnelse på alle tiltak som utføres overfor mennesker med psykiske lidelser, eller som et særegent fag- og tjenestefelt som kan kontrasteres til det biomedisinske paradigmat og til psykiatri som medisinsk spesialitet. Den første fortolkningen innebærer at en søker en harmonisk sammenheng mellom de ulike kunnskaps- og tjenestefeltene, og tilrettelegger for en videreføring av den eklektiske forståelsen av dette feltet. Den sistnevnte fortolkningen innebærer at en framhever det særegne ved de ulike kunnskaps- og tjenestefeltene, og at en vektlegger betydningen av å fremme lokalbasert psykisk helsearbeid gjennom klargjøring av grensene og statusen for dette feltet.

Det (bio)medisinske paradigmat har på sin side fått ny kraft gjennom en revitalisering av psykiatrien som fagfelt i de siste årene. Slik jeg ser det, kan dette delvis oppfattes som en motreaksjon på de faglige utviklingsprosessene der sosiologiske perspektiver har fått politisk gjennomslagskraft – ikke minst gjennom Opptrappingsplanen for psykisk helse. Men samtidig er det en indre dynamikk i den biomedisinske kunnskapsutviklingen som har medført at en har en større selvsikkerhet i anvendelsen av kunnskapen innenfor tjenestefeltet, særlig i spesialisttjenestene. Dette har primært sammenheng med framveksten av evidensbasert kunnskap som grunnlag for handlingsorienterte anvendelsesformer, særlig framveksten av behandlingslinjer.

Gjennom denne utviklingen framstår denne kunnskapen som

- klar, eksplisitt og dokumentert
- entydig – med standardiserte retningslinjer for handling
- operasjonell – særlig gjennom etableringen av behandlingslinjer som formidler mellom vitenskapsbasert kunnskap og retningslinjer for tjenesteutøvelse («korte koblinger»)

- universell – det vil si basert på globale, ikke-kontekstuelle kunnskaper – for midlet som resultat av randomiserte kliniske studier (RCT)
- koblet til organisasjons- og styringssystemer (i spesialisttjenestene) som er «kompatible» med de kunnskapsformene og standardiserte (be)handlingsforløpene som evidensbasert medisin representerer

På den annen side er de koblingene mellom kunnskap og organisering som «lokalbasert psykisk helsearbeid» er fundert på, langt mer komplekse. Kunnskapen framstår som

- fragmentert, ofte udokumentert og erfaringsbasert «taus kunnskap»
- tvetydig, med vekt på de dilemmaene og den usikkerheten som preger arbeidet
- at den ofte har en lang vei til operasjonelle retningslinjer («lange koblinger»)
- at den har et legitimitetsproblem knyttet til at resultater ofte ikke er blitt dokumentert vitenskapelig
- kontekstuell kunnskap – til tross for bestrebelser på å lage universelle retningslinjer er kunnskapen ofte sterkt preget av å være knyttet til handlinger gjennom et komplekst hjelpeapparat, der lokale forhold spiller en stor rolle
- koblet til organisasjons- og styringsformer som er lokale, fragmenterte og komplekse, og ofte i disharmoni med ledelses- og styringsformer

Til tross for at det lokalbaserte tjenestefeltet har disse egenskapene, er det liten tvil om at en etter hvert har fått sterkere tro på at det er nødvendig og mulig å utvikle et selvstendig, kraftfullt kunnskapsgrunnlag for lokalbaserte tjenester. Dette kommer til uttrykk på flere måter: Gjennom studier av kommunal psykisk helsearbeid, der man har lagt vekt på koblingene mellom kunnskap og organisering av tjenestene, framgår det at lokale aktører – både politikere og ansatte – gjennom ti år med Opptrappingsplanen ikke bare har fått en forståelse av betydningen av dette arbeidet, men også større selvsikkerhet når det gjelder hvordan slike tjenester bør tilbys, og hvilke organisasjonsformer som kreves for å levere gode tjenester i lokalsamfunnet. Ikke minst er nærheten til brukerne og deres organisasjoner, og brukernes understreking av betydningen av lokalbaserte tjenester, viktige for å gi arbeidsfeltet tro på at en bør satse videre. Det er for eksempel et ganske oppsiktsvekkende utspill når rådmenn i kommunene har gått ut med henstillinger om å videreføre øremerkede tilskudd til psykisk helsearbeid etter at Opptrappingsplanen er avviklet. Etableringen av NAPHA, et nasjonalt senter for kunnskapsutvikling i kommunalt psykisk helsearbeid, vil også bidra til å skape et sikrere kunnskapsgrunnlag på dette området.

På mange måter kan det synes som om en nå, uten at dette er politisk avklart, utvikler psykiske helsetjenester med grunnlag i den førstnevnte fortolkningen. Gjennom prosesser som i all hovedsak er implisitte og skjulte, omstruktureres maktrelasjonene på feltet. Det interessante er at dette skjer uten at det er noen helhetlig politisk strategi som fører til denne utviklingen, men snarere lokale og avgrensede beslutninger i enkeltsaker. For en statsviter er det selvsagt interessant å merke seg at samtidig som slike beslutninger foretas i helseforetakene og kommunene, reflekteres denne utviklingen også i den statlige helseforvaltningen. Med tanke på de overordnede målene om helhetlige tjenester er de endringsprosessene som skjer i kjølvannet av Opptrappingsplanen, interessante fordi de illustrerer hvordan bakenforliggende – i all hovedsak skjulte – disposisjoner skjer uten overordnet politisk styring. Både helseforetak og kommuner er som nevnt relativt autonome i det norske styringssystemet, og de små skritts politikk som skjer innenfor de ulike enhetene der, kan lett bekrefte, revitalisere og endre maktforhold på måter som kan skape uuntenderte og kanskje også uønskede konsekvenser. En (ytterligere) oppsplitting av kunnskaps- og tjenestefeltet kan derfor innebære at det blir ennå sterkere behov for å fokusere på samordning og samhandling, blant annet for å unngå utviklingen av den «negative samordningen» som preget feltet for 20 år siden.

Avslutning

Jeg nevnte innledningsvis at styring og organisering av tjenestene for mennesker med psykiske lidelser preges av fire utviklingstendenser: sterkere politisering, økning i omfanget av tiltak og tjenester, økt kompleksitet og mer differensierte kunnskapsgrunnlag og tjenestetilbud. Til tross for de satsingene som er gjennomført, og til tross for at det nå brukes mer ressurser på disse tjenestene enn noen gang tidligere, er det mange utfordringer for å skape gode tjenester. Det er likevel viktig å tenke på at det ikke vil være mulig å realisere alle de mål, ambisjoner og håp om bedre tjenester til den enkelte som er uttrykt. Dette har delvis sammenheng med de psykiske lidelsenes karakter: Det dreier seg om problemer som bare delvis er forstått, og som en bare delvis har botemidler for. Psykiske lidelser er – blant annet sammen med ruslidelser – det som betegnes som «wicked problems» i velferdsstaten: problemer som en ikke kan løse en gang for alltid ved hjelp av økte ressurser eller bedre organisering. Men delvis henger det sammen med de kjennetegnene ved utviklingen som er nevnt foran. Den politiske styringen har klare

begrensninger – ikke minst ved at det er ulike hensyn som skal ivaretas også på dette politikkområdet. Jeg har særlig lagt vekt på at når kunnskapsgrunnlaget er usikkert og mangfoldig, skaper dette særlige utfordringer for politisk styring. Men også de overordnede forvaltningspolitiske hensyn som er beskrevet foran, legger begrensninger på en sterk bruk av styringsinstrumenter.

Når en har opplevd vekst, økende kompleksitet og mer differensiert kunnskapsgrunnlag, blir også samordning og samarbeid en stor utfordring. De politiske myndigheter derfor vært opptatt av å bedre samordning og samarbeid i helse-tjenestene generelt, med samhandlingsreformen som det viktigste uttrykket for det. Ettersom Opptrappingsplanen var så fokusert nettopp på samordning – særlig mellom spesialisttjenestene og de kommunale tjenester – er psykisk helsearbeid på mange måter blitt utviklet etter prinsipper for samordning og samarbeid, i tråd med de ideene som en nå søker å realisere for hele helse- og sosialtjenesten. Der-ved er organisasjon og arbeidsformer i psykisk helse endret med vekt på tre forhold: bedre samhandling mellom kommunale tjenester og spesialisttjenester, bedre samhandling mellom ulike kommunale (og interkommunale) tjenester, og bedre samhandling mellom enheter i spesialisttjenestene. Ulike teoretiske utgangspunkter smelter derfor sammen med praktiske erfaringer i utforming av organisasjons- og arbeidsformer som søker å kompensere for disse svakhetene. Noen av disse er velkjente fra før, men ved at de settes inn i nye organisatoriske rammer, innebærer det at en nå kan tale om en ny moderniseringsbølge, «beyond new public management», som det heter (Christensen og Lægreid 2008). Mye tyder på at det er nå er tre kjennetegn som vil prege styring og organisering av tjenestene i framtiden:

- vektlegging av å skape bedre kunnskapsgrunnlag for tjenestene gjennom økt bruk av samarbeidsavtaler, dokumentasjons- og kontrollsystemer
- utvikling av standardiserte pasientforløp som en tilnærming til bedre samordning på tvers av tjenester og forvaltningsnivåer
- vektlegging av ulike former for videreutvikling av oppsøkende tjenester der skillet mellom spesialist- og kommunale tjenester blir mindre vesentlig

Alle disse strategiene har innebygd nye utfordringer og dilemmaer, og for de som studerer dette arbeidsfeltet, blir det derfor stadig viktigere å forholde seg til samfunnsvitenskapelige perspektiver på tjenestene.