



UiT Norges arktiske universitet

Fakultet for humaniora, samfunnsvitenskap og lærerutdanning

Omsorg til salgs

Organiseringen av det psykiske helsevesenet i et historisk perspektiv

Tony A. Berntsen

Masteroppgave i organisasjon og ledelse, STV-3901, mai 2021

Innholdsfortegnelse

1	Innledning.....	3
1.1	Studiens formål.....	4
1.2	Problemstilling.....	4
1.2.1	Spesifisering og avgrensning	4
1.3	Oppgavens oppbygning	5
2	Et historisk tilbakeblikk	7
2.1	Den spede begynnelse	7
2.2	1800-tallet og statlig inngripen.....	8
2.3	1900-tallet og organisert oppbevaring.....	10
2.4	Eugenisk tenkning og somatisk misforståelse	11
2.5	Etterkrigstid, overbelegg og antipsykotika.....	12
2.6	1960-tallet lov om psykisk helsevern og desentralisering.....	12
2.7	1970-tallet og nedrustning av institusjonene	14
2.8	1980-tallet, kommunalt ansvar og rammefinansiering	16
2.9	1990-tallet og uklare ansvarsfordelinger	18
2.10	2000-tallet, opptrappingsplan, og nye lovverk	20
2.11	2000-tallet, sykehusreform og økt konkurranse.....	22
2.12	2010-tallet, videre samhandling og «velferdsprofitører».....	24
2.12.1	Carema-skandalen	27
2.12.2	Sammen om mestring.....	27
2.12.3	Aleris-saken.....	28
2.13	Nåtid.....	29
3	Metode.....	31
3.1	Metodevalg	31
3.2	Søkestrategi	31
3.2.1	Valg av søkemotorer	31

3.2.2	Utvalgskriterier.....	32
3.2.3	Operasjonalisering og søkeprosessen.....	34
4	Litteraturoversikt og funn.....	37
4.1	Litteraturoversikt	37
4.2	Generelt om funnene	38
4.3	Omfanget av kjøp av private tjenester	39
4.3.1	Pleie- og omsorgstjenester	39
4.3.2	For psykisk helsearbeid	40
4.3.3	Etter kommunestørrelse og sentralitet.....	41
4.4	Årsaker til kjøp av tjenester.....	42
4.4.1	Alle heldøgns pleie- og omsorgstjenester	42
4.4.2	For psykisk helsearbeid.....	42
4.4.3	Forhold hos kommuner og brukere	42
4.4.4	Forhold hos de private tjenestetilbyderne	43
4.4.5	Eksterne forhold	43
4.4.6	Årsaker til å <i>ikke</i> kjøpe tjenester	44
4.5	Oppsummering av funn	44
5	Diskusjon av funn.....	47
5.1	Lav lokal kapasitet og kompetanse.....	47
5.2	Dårlig samhandling og lav omstillingsevne	49
6	Konklusjon	51
6.1	Forslag til videre forskning.....	51
	Referanseliste	53

1 Innledning

Psykisatri er formelt et spesialfelt innenfor medisin som fokuserer på å diagnostisere, behandle og forebygge mentale, emosjonelle og adferdsmessige lidelser (Merriam-Webster, 2021). I dagligtale brukes begrepet psykiatrien som en beskrivelse av landets samlede psykiske helsevesen, men i realiteten er begrepet psykiatri en beskrivelse av alt arbeidet det psykiske helsevesenet utfører. Det psykiske helsevesenet er organisert i to ulike nivåer som er bestemt ut fra grad av spesialisering. Det laveste spesialiseringsnivået kalles for primærhelsetjenesten og betjenes av landets kommuner. Alle psykiske helsetiltak som tilbys på dette nivået blir omtalt som psykisk helsearbeid. Det er politisk bestemt at mesteparten av landets innbyggere med psykiske plager og lidelser skal avhjelpes her.

(Braut, 2019)

Dersom primærhelsetjenesten ikke innehar nok kompetanse til å behandle en pasient skal vedkommende henvises opp til neste spesialiseringsnivå. Det neste spesialiseringsnivået kalles for spesialisthelsetjenesten og betjenes av ett av fem regionale helseforetak som er eid av den norske stat. Alle psykiske helsetiltak som tilbys på dette nivået blir omtalt som psykisk helsevern. (Helse- og omsorgsdepartementet, 2020)

Kommunenes ansvar som tilbyder av primærhelsetjenestene er definert og hjemlet i helse- og omsorgstjenesteloven (2011). Ett av ansvarene er å sørge for at innbyggerne i kommunen har tilgang på pleie- og omsorgstjenester. Psykisk helsearbeid inngår også i disse pleie- og omsorgstjenestene. Måten ansvaret blir overholdt på står kommunene i stor grad fritt til å bestemme selv. De siste tiårene har mange kommuner valgt å overholde ansvaret ved å betale private kommersielle selskaper for å utføre pleie- og omsorgstjenestene i stedet for å utføre dem selv (Bogen et al., 2013)

Når private kommersielle tilbydere av pleie- og omsorgstjenester omtales i mediene er det overraskende ofte i negative ordlag. Under Aleris-saken fra 2018 oppfordret Fagforbundet Oslo kommune til å si opp alle kontrakter med Aleris (Sæther, 2018). I forbindelse med samme sak uttrykte Audun Lysbakken (SV) at det burde innføres et profittforbud, mens Bjørnar Moxnes (Rødt) gikk så langt som å si at private omsorgsaktører burde stenges ute av markedet (Tømmerås, 2019b). Både Fagforbundet- og politikernes utsagn ble ytret i mediene underveis i rettssaken før skyldspørsmålet i det hele tatt var avklart. I kampanjen *Velferd uten profitt* brukes den samme retorikken. At private omsorgstilbydere er «velferdsprofitører» og at velferd er uforenelig med profitt (Velferd uten profitt, 2019).

I et ideologisk perspektiv hentyder den negative omtalen en affiliasjon med venstre side av det politiske spektrum. I et markedsperspektiv oppleves den negative omtalen som fragmentert og ufullstendig. Private kommersielle selskaper har livets rett dersom markedet etterspør deres varer eller tjenester, og privatomsorgen er i dag en milliardindustri. I 2018 kjøpte norske kommuner helse- og omsorgstjenester fra private selskaper til erstatning for egenproduksjon for 9,3 milliarder norske kroner (Agenda Kaupang, 2019). Etterspørselen etter private omsorgstjenester er med andre ord veldig stor. Spørsmålet er hva som skaper etterspørselen?

1.1 Studiens formål

I dette litteraturstudiet er formålet å finne årsakene til at landets kommuner velger å kjøpe pleie- og omsorgstjenester fra private kommersielle tjenestetilbydere, med spesielt fokus på tjenester for brukere underlagt psykisk helsearbeid. I forlengelsen av dette er det også et ønske å finne ut om norske kommuner kan lære av de private tjenestetilbydernes organisering av pleie- og omsorgstjenester. Et sekundært formål er å gi en helhetlig beskrivelse av hvordan organiseringen av det norske psykiske helsevesenet har vokst frem. Dette gjøres i tro om at et historisk perspektiv på organiseringen av det psykiske helsevesenet kan bidra til en bedre besvarelse av problemstillingene.

1.2 Problemstilling

- Hva gjør at norske kommuner velger å kjøpe pleie- og omsorgstjenester fra private tilbydere?
- Kan norske kommuner lære av hvordan private tjenestetilbydere organiserer sine pleie- og omsorgstjenester?
- Er utviklingen innenfor organiseringen av det psykiske helsevesenet en årsak til at norske kommuner velger å kjøpe pleie- og omsorgstjenester fra private tilbydere?

1.2.1 Spesifisering og avgrensning

Denne litteraturstudien skal undersøke «kommunale kjøp av heldøgns pleie- og omsorgstjenester innenfor psykisk helsearbeid fra private tjenestetilbydere». Det vil her redegjøres for hva det innebærer.

- Med «kommunale kjøp» menes det kommunale kjøp av tjenester i erstatning for egenproduksjon.

- Med «Heldøgns» menes det at pleie- og omsorgstilbudet også inneholder et døgnbemannet botilbud.
- «Pleie- og omsorgstjenester innenfor psykisk helsearbeid» vil i litteraturstudien kun omtales som «pleie og omsorgstjenester». I realiteten inneholder pleie- og omsorgstjenestene som omtales i litteraturstudien en blandet pasientgruppe som også inneholder brukere som er underlagt psykisk helsearbeid. Det vil si at når «pleie- og omsorgstjenester» er nevnt i litteraturstudien, så vil de omhandle tjenester som tilbys til en blandet pasientgruppe og at brukere underlagt psykisk helsearbeid er inkludert i denne pasientgruppen.
- Dersom tjenestene kun tilbys til brukere underlagt psykisk helsearbeid vil de omtales som «psykisk helsearbeid»
- Private tjenestetilbydere i pleie- og omsorgssektoren kan inndeles i private kommersielle tjenestetilbydere og private ideelle tjenestetilbydere. Private kommersielle tjenestetilbydere er organisert som kommersielle virksomheter og har profitt som formål. Private ideelle tjenestetilbydere er organisert som ideelle virksomheter og har som formål å gå i balanse slik at de er selvfinansierende. Litteraturstudien tar for seg begge typene, men legger mest vekt på private kommersielle tjenestetilbydere ettersom de er hyppigst omtalt i mediene.

1.3 Oppgavens oppbygning

I kapittel 1 er det redegjort for oppgavens bakgrunn og formål. En avgrensning og problemstilling ble så presentert.

Kapittel 2 er en utredning av hvordan det psykiske helsevesenet i Norge har utviklet seg fra tidenes morgen og frem til i dag. Her blir utviklingen presentert i et historisk perspektiv med fokus på hvordan tjenestene har blitt organisert. Det gis også innsikt i årsakene bak organiseringen.

Kapittel 3 beskriver litteraturstudiens metodiske rammeverk. Det inneholder begrunnelser for valg av metode og søkestrategi, samt en beskrivelse av søkeprosessen.

Kapittel 4 presenterer funn fra litteraturstudien. Hva litteraturen sier om kommunale kjøp av private pleie- og omsorgstjenester. I hvilket omfang kjøpes det tjenester og hvorfor velger kommuner å kjøpe tjenester.

Kapittel 5 er et diskusjonskapittel. Her blir litteraturstudiens funn satt i sammenheng med utviklingen som ble gjort rede for i teorikapitlet. Det gjøres rede for årsakene til at kommunene velger å kjøpe tjenester fra private tilbydere og det suppleres med bakgrunnshistorie fra teorikapitlet. Til slutt blir det diskutert hvorvidt kommunene kan lære noe av hvordan de private tjenestetilbyderne har valgt å organisere sine tjenester.

Kapittel 6 inneholder konklusjon og forslag til videre forskning.

2 Et historisk tilbakeblikk

For å gi en dypere forståelse av hvorfor dagens kommuner velger å kjøpe pleie- og omsorgstjenester fra private tjenestetilbydere kan det være nyttig å se tilbake i tid. Her vil det gjøres rede for hvordan organiseringen av det psykiske helsevesenet har utviklet seg over tid, fra den spede begynnelse og fram til i dag.

2.1 Den spede begynnelse

Rettstradisjoner som spesifikt gjelder personer med psykiske lidelser strekker seg så langt tilbake som *tinglovene* fra 800-tallet. Tinglovene ga tinget hjemmel til å avgjøre spørsmålet om sinnssykdom samt å idømme familien til å ta seg av den sinnssyke. Hvordan den sinnssyke skulle behandles kunne i stor grad bestemmes fritt av familien selv og innesperring eller andre tvangsmidler, samt pisk og pryl ble akseptert (NOU 2011: 9). Det var også familien som sto ansvarlig for å dekke omkostningene ved behandling og legehonorar dersom den sinnssyke forvoldte skade på andre. Dette skulle betales «*av den galnes gods*» (Braut & Malt). Magnus Lagabøtes *landslov* fra 1274 videreførte synet på alvorlig sinnssyke som umyndige personer. Loven innførte derimot en presisjon om at den sinnslidende skulle ambulere fra gård til gård på legd dersom familien var ute av stand til å ivareta hen (St.meld. nr. 25, 1996-97). Det fantes også noen få geistlige hospitaler i de store byene som fungerte som kombinerte sykehus og fattighus. Disse ble drevet av kirkelige institusjoner med donasjoner fra både kongen og andre velstående innbyggere (Michael, 2017). På 1500-tallet ble hospitalene pålagt av myndighetene å motta alle typer syke, også sinnssyke. Årsaken var at omstreifere og tiggere ble sett på som et større problem enn tidligere og det var å foretrekke at disse personene ble satt i tvangsarbeid på hospitalene hvor de var under oppsyn (Kringlen, 2007). Man anslår dog at hospitalenes samlede institusjonskapasitet på 1600-tallet bare var på noen hundre plasser (Dalgard & Høyser, 2002), så familien var trolig den viktigste institusjonen for personer med sinnslidelser. Utover 1700-tallet ble det utviklet tvangsarbeidsanstalter og frivillige fattiganstalter som var underlagt fattigvesenet. Anstaltene kunne ha egne isolater kalt *dårekister* til bruk som straff for umedgjørilige innsatte. Dårekistene ble derfor også brukt til oppbevaring av de mest utagerende sinnslidende (NOU 2011: 9). I 1736 gjorde myndighetene et forsøk på å organisere ivaretakelsen av personer med sinnssykdom gjennom et kongelig dekret fra Christian VI i København. I dekretet ble fattigvesenet og veldedige stiftelser (hovedsakelig kirkelige stiftelser) pålagt å bygge egne

bygg eller avdelinger kalt *dollhus* for oppbevaring av personer som var vanskelige å håndtere (St.meld. nr. 25, 1996-97).

2.2 1800-tallet og statlig inngripen

Rundt år 1800 var det 6 *dollhus* i drift i Norge med til sammen 30-40 plasser. I 1850 hadde antallet økt til mellom 150 og 200 plasser (NOU 2011: 9). Både *dollhusene* og dårekistene kan sies å ha hatt ren oppbevaringsfunksjon da det ikke ble brukt noe særlig medisinsk behandling. I tillegg var levekårene kummerlige og de etiske retningslinjene for ivaretagelse av psykisk syke lite utarbeidet og sjelden håndhevet (Hammerborg, 2016). Dersom det ikke var plass til de sinnslidende i fattigvesenets lokaler hadde det blitt vanlig for amtet å utsette dem til den billigste *private forpleining*. Privat forpleining kunne bli tilbudt av hvem som helst, men ble oftest tilbudt av småbruksbønder på landsbygda som selv slet økonomisk og trengte de ekstra pengene en slik pleie kunne bringe inn (Kringlen, 2007). Dette var før kontrollkommisjoner var påtenkt, så av mangel på penger, kunnskap og eksternt tilsyn kunne levekårene for mange sinnslidende i privat forpleining være enda verre enn den var i *dollhusene*. De kummerlige forholdene for sinnslidende gikk dog ikke upåaktet hen hos alle. I 1809 opprettet det kongelige danske kanselli en kommisjon for å se på dårekisten i Trondheim etter initiativ fra hospitalprest Bendix Støren. Kommisjonen vurderte det dithen at gale skal kunne helbredes og at dårekisten var dårlig egnet til behandling. Kommisjonens innstilling førte dog ikke til noen praktiske endringer, men var delaktig i at stortinget opprettet *dollhuskommisjonen* i 1825. *Dollhuskommisjonen* ble ledet av stadsfysikus og medisinprofessor Frederik Holst. Professor Holst definerte «*sinnssvakhet som sykdom på fornuften*» og som annen sykdom skulle også denne kunne helbredes (NOU 2011: 9). Dette var en oppfatning som hadde begynt å slå rot i befolkningen mot begynnelsen av 1800-tallet (St.meld. nr. 25, 1996-97, s. 8). Det var også i tråd med opplysningstidens humanistiske tankegang (Vold, 1994). *Dollhuskommisjonens* vurdering var at datidens bruk av dårekister skulle avbrytes og at *dollhusene* skulle pleie helsen til de sinnslidende, behandle sinnslidelsene og ivareta sikkerheten til samfunnet. (NOU 2011: 9)

Startskuddet for den moderne psykiatrien i Norge gikk for alvor av i 1848 da *lov om sinnssyges behandling og forpleining* (sinnssykeloven) ble innført (St.meld. nr. 25, 1996-97). Lovendringen gjorde det ulovlig å sette personer med sinnslidelser i fengsel og etablerte et krav om offentlig autorisasjon for å ta imot personer med sinnslidelser. For å bli autorisert måtte anstaltene ledes av en lege og tilby medisinsk behandling etter datidens forståelse

(Braut & Malt, 2019). Loven hadde også et eget kapittel som regulerte privatpleie av sinnssyke og skulle bedre forholdene for sinnslidende som var underlagt privat forpleining (NOU 1995:14). Sinnssykeloven kom i kjølvannet av flere nye lover som en del av en større juridisk modernisering, og med de nye lovene tok den norske stat en mer aktiv rolle som forsørger for innbyggernes velferd og helse. Formålet med en mer aktiv stat var å oppnå endringer i det sosiale samfunnet slik at fattige, kriminelle og sinnssyke kunne bli produktive samfunnsmedlemmer (NOU 2011: 9).

Kort tid etter at sinnssykeloven ble innført ble Norges første statsasyl bygget. Gaustad sinnssykeasyl, som fortsatt er i drift under navnet Gaustad sykehus, hadde en total kapasitet på 300 sengeplasser fordelt mellom menn og kvinner da anlegget ble tatt i bruk i 1855. Både sinnssykeloven og opprettelsen av Gaustad kan i stor grad tilskrives én manns initiativ. En ung lege ved navn Herman Wedel Major som kom hjem til Norge i 1845 etter å ha hospitert ved flere moderne europeiske asylter. Ved sin hjemkomst kartla Major forholdene for sinnslidende i Sør-Norge og resultatet ble en rapport som beskrev forholdene med svært kritiske ordlag. I korte trekk mente Major, i likhet med Horst, at sinnssykdom måtte behandles som en sykdom. Innleggelse skulle ikke skje på grunnlag av rettslige beslutninger, men etter medisinsk anbefaling, og veien til helbredelse lå i en human behandling fri for maktbruk og tvang. Det var også viktig at pasienter fikk oppleve fred og ro, samt meningsfullt arbeid under behandlingen. Indredepartementet tok mesteparten av Majors vurderinger til betraktning da de nedfelte Sinnssykeloven, og Gaustad ble bygget etter Majors visjon. Likevel med en rekke økonomiske kompromisser, ettersom stortinget sto for regningen av utbyggingen. Det største kompromisset var kapasiteten, som til slutt ble på 300 døgnplasser. Major hadde beregnet at det reelle behovet for døgnplasser var større, men håpet at det relativt raskt kom til å bli bygget nye statsasylter for å imøtekomme dette behovet. Det skulle imidlertid gå 17 år før det neste statsasylet, *Rotvoll* ble bygget i Trondhjem i 1872. (Kringlen, 2007)

Frem mot århundreskiftet ble det bygget enda flere regionale statsasylter. Deriblant Eg asyl i Kristiansand i 1881 og Rønvik sinnssykeasyl i Bodø i 1902 (Vold, 1999). Rønvik var Nord-Norges første statsasyl og i løpet av de første månedene mottok asylet over 160 pasienter med tilhørighet i Nord-Norge. De fleste av pasientene var overflyttingspasienter som ble sendt fra de andre asylene i landet som allerede slet med overbelegg (Kringlen, 2007). Parallelt med statsasylutbyggingen ble også flere tidligere dollhus ombygget og godkjent som asylter, men kapasiteten var stadig for lav, så den store majoriteten av landets sinnslidende var fortsatt i

privat forpleining. I 1891 var 1472 pasienter innlagt på asyl, mens 6277 var under privat forpleining. I realiteten kan antallet pasienter i asyl ha vært misvisende høyt i forhold til hvor mange *faktiske sinnslidende* som var i asyl. Ansvar for sinnssykepleie var nemlig lagt til amtskommunene, og det ble hevdet at amtene forsøkte å definere flere fattige som sinnslidende for å redusere egne utgifter til fattighjelp.
(NOU 2011: 9)

2.3 1900-tallet og organisert oppbevaring

I år 1900 ble den gamle legdsordningen for privat forpleining formelt opphevet da den nye Forsorgsloven ble vedtatt. En ny ordning for privat forpleining ble innført, kalt borttvinging. Den nye ordningen innebar at kommunene, via fattigkommisjonene, inngikk kontrakter med private om forpleining mot betaling (NOU 1995:14). På begynnelsen av 1900-tallet slet statsasylene fortsatt med manglende kapasitet. Majors' behandlingsprinsipper om enerom, fred og ro hadde gradvis måtte fravikes på grunn av plassmangel og overbelegg. For å spare penger ble det bygget stadig flere flermannsrom og sovesaler på de eksisterende asylene, i stedet for å øke antallet asylter (NOU 2011: 9). Den langsomme utbyggingen i lag med en lav helbredelsesrate førte også til et prioriteringsproblem for asylene. Pasienter med langvarige sinnslidelser tok opp mer og mer plass, slik at det var vanskelig å finne rom til hastepasienter i akutt psykose. Den midlertidige løsningen ble at asylene justerte ned behandlingsmålene og begynte å fokusere mer på kontroll og pleie. (NOU 2011: 9). I mediene ble den manglende kapasiteten ved statsasylene flittig debattert og ofte omtalt som «asylnøden». For å bøte på asylnøden begynte amtene på dette tidspunktet å bygge egne asylter. Delvis på grunn av en følelse av ansvar ovenfor de sinnslidende som ikke fikk hjelp, men også på grunn av en bedring i amtsøkonomien. I løpet av en 20-års periode fra begynnelsen av 1900-tallet sto flere amtsasylter klare til bruk, deriblant Blakstad og Østmarka asyl. I 1913 ble det satt ned en ny komité for å revidere lovverket som regulerte sinnssykes rettssikkerhet. Selv om det var enighet om uverdige forhold innen sinnssykeomsorgen ble det likevel ikke gjort noen store endringer på sinnssykeloven av 1848.

(Kringlen, 2007)

Asylnøden førte også til at statsasylene etablerte egen privatpleie for å avlaste kapasitetsproblemene. Asylernes privatpleie tok hovedsakelig form som enkeltplasser i private hjem, men etter hvert vokste det frem større private forpleiningssteder som huset flere

sinnslidende. De store forpleiningsstedene ble kalt for kolonier og var under direkte tilsyn av asylene, på lik linje med enkeltplassene. Det fantes på dette tidspunktet tre finansieringsordninger for privat forpleining; Privatpleie direkte underlagt asylene og finansiert på samme måte som asylene, privatpleie administrert av fattigkommisjonene og finansiert med statstilskudd, og den gamle borttingingsordningen fra 1900 som var administrert og betalt av kommunene via fattigkommisjonene. De tre ordningene fortsatte mer eller mindre uendret frem til 1961.

(NOU 1995:14)

I 1915 åpnet landets første akuttpsykiatriske klinikkavdeling dørene. Oslo kommunes observasjonsavdeling for akutt psykiatri var tilknyttet Kristiania sykehus (dagens Ullevål sykehus) og ble utviklet for å behjelpet det økende antallet mennesker i akutt psykose som ikke fikk plass ved asylene. Avdelingen hadde kun 48 døgnplasser, men i løpet av det første året i drift tok den imot 500 pasienter. Landets øvrige 21 asyler tok imot 1400 i samme år. Selv om klinikken var en suksess ble det på denne tiden ikke åpnet noen flere klinikkavdelinger, med unntak av Universitets psykiatriske klinikk på Vinderen i Oslo i 1926.

(NOU 2011: 9)

2.4 Eugenisk tenkning og somatisk misforståelse

Begynnelsen av 1900-tallet var også tidsrommet for et fokusskifte innenfor forståelsen av sinnslidelser. Oppdagelsen av leprabasillen og sammenhengen mellom syfilis og sinnssykdom spilte arvelige og somatiske lidelser på banen som mulige årsaker til sinnssykdom. Ut fra disse teoriene vokste det frem en rekke inhumane behandlingsmetoder som skulle prege psykiatrien fra 1930-tallet og helt frem til 1970-tallet. Langbad, elektrosjokk og kirurgisk psykiatri var alle behandlingsmetoder som ble brukt ved norske asyler. De somatiske behandlingsformene gjorde pasientene mer medgjørlige og lettere å håndtere for pleiepersonellet, men var for det meste ineffektive i å behandle sinnslidelsene. I tillegg ble mange av pasientene påført livslange skader i form av traumer, smerter, angst og invaliditet. Den eugeniske tenkningen i samme tidsperiode førte også til et politisk steriliseringsvedtak i 1934. Dette vedtaket gjorde det mulig å søke om sterilisering på vegne av sinnslidende, og totalt 922 tvangssteriliseringer ble gjennomført med hjemmel i steriliseringsloven. Det ble utført enda flere *indirekte* tvangssteriliseringer med hjemmel i steriliseringsloven. Innlagte pasienter signerte en søknad for å bli utskrevet fra institusjon, for å få utført abort eller for å

ikke bli fratatt barn. Eutanasi-drap av personer med alvorlige sinnslidelser ble også drøftet av nazistregjeringen under okkupasjonen av Norge, men ble frarådet av norske asyldirektører og aldri tillatt.

(Hermundstad, 1999)

2.5 Etterkrigstid, overbelegg og antipsykotika

I etterkrigstiden forble asylene overfylte av langvarig pleietrengende pasienter. Gapet mellom behovet for hjelp og asylenes kapasitet fortsatte å vokse. Mot slutten av 1940-tallet var det 6300 døgnplasser i landet, mens helsedirektoratet anslo behovet til å ligge på rundt 10'000 plasser. Helsedirektoratets vurdering ble også gjenspeilet i det virkelige liv. Fra 1938 til 1960 økte antallet døgnplasser med 1100, mens overbelegget økte fra 12% til 24%. Mesteparten av pasientene i offentlig forpleining var å regne som fattige da så lite som 2,7% av pasientene var privatbetalende. De stadig mer overfylte asylene var kostbart for både staten og amtskommunene og de trange kårene hemmet helbredelsesprosessen til de innlagte pasientene. Observasjoner av institusjonsskader blant pasientene havnet etterhvert på dagsorden, så flere sykehusdirektører planla å redusere antall plasser slik at de kunne gi bedre tilpasset behandling til færre pasienter. Dikemark sykehus spesialiserte seg for eksempel på psykodynamisk tilnærming og utviklet det første psykiatriske *ettervernet* bygget på sosialpsykiatrisk tankegang. Opphopningen av kroniske pasienter på asylene førte også til opprettelsen av flere akuttpsykiatriske avdelinger ved sentralsykehusene, slik at flere akuttpsykiatriske pasienter kunne få rask hjelp selv om asylene slet med overbelegg.

(NOU 2011: 9)

Et av de største gjennombruddene for den moderne psykiatrien kom på begynnelsen av 1950-tallet ved oppdagelsen av antipsykotiske medikamenter. De nye legemidlene ble raskt tatt i bruk og hadde en symptomdempende effekt på pasientene. Atmosfæren på asylene ble bedre og gjennombruddet førte til ny giv og økt behandlingsoptimisme i psykiatrien som helhet.

(Kringlen, 2007)

2.6 1960-tallet lov om psykisk helsevern og desentralisering

I 1961 ble *Lov om psykisk helsevern* vedtatt (Lov om psykisk helsevern, 1961). Da hadde det gått 10 år siden en ny komité ble satt til å gjennomgå det psykiatriske helsetilbudet i Norge.

Lov om psykisk helsevern moderniserte først og fremst det psykiske helsevesenet med ny begrepsbruk, bedre regulering av tiltak og klarere krav til saksbehandling. Slik ble det psykiske helsevesenet mer sidestilt med resten av helsetjenesten. Komitéens innstilling formaliserte også flere problemer som lenge hadde blitt påpekt fra profesjonsutøvere, som at sinnssykehusenes pasientsammensetning av kronikere og korttidspasienter var uhensiktsmessig, og at langvarig opphold på institusjon kunne forverre pasienters funksjonsevne og ADL-ferdigheter (institusjonalisering). Manglende totalkapasitet ble ansett for å være den største utfordringen. Det psykiske helsevesenet måtte derfor utbygges og spesialiseres ytterligere. Spesialiseringen skjedde ved at psykisk utviklingshemming og epilepsi i stor grad ble fjernet fra pasientgruppen, mens mindre alvorlige psykiske lidelser som depresjon og angstlidelser ble innlemmet i pasientgruppen. Korttidspasienter skulle hovedsakelig behandles på klinikkene og de mer moderne poliklinikkene. De psykiatriske sykehusene forble totaltilbydere som skulle dekke alle de menneskelige behovene hos både langtids- og korttidspasienter. For lange behandlingsforløp og omsorgstjenester var privat forpleining å foretrekke, i tillegg ble det planlagt å bygge egne psykiatriske sykehjem for denne pasientgruppen. Driftsansvaret for det psykiske helsevernet ble overført til fylkene, mens staten beholdt det overordnede ansvaret. Fire av seks statlige psykiatriske sykehus ble overført til fylkene, og staten lanserte samtidig en refusjonsordning for å stimulere til fylkeskommunal utbygging av det psykiske helsetilbudet.

(NOU 2011: 9)

Komitéen mente også at privat forpleining var den sinnssykepleien som var mest helsefremmende fordi det var den som lignet mest på et normalt liv med sosial omgang, frisk luft og arbeid. Denne vurderingen representerte et sosialpsykiatrisk syn på mennesket i behandling som ble populært utover 60- og 70 tallet. Derfor foretrakk komitéen privat forpleining over behandling i institusjon, med forbehold om at pasientene var skikket til det. Forbeholdet betød at pasientene skulle utredes ved et psykiatrisk sykehus før de eventuelt kunne anbringes til privat pleie, og for øvrig var det foretrukket at all privat forpleining var direkte underlagt et psykiatrisk sykehus.

(Kringlen, 2007)

All privat forpleining ble definert som en del av spesialisthelsetjenesten og alle fremtidige private pleiekontrakter skulle inngås med fylkeskommunene. De kommunalt administrerte formene for privatpleie gikk dermed ut av det formaliserte psykiske helsevesenet. For å sikre

at pasientene hadde det godt i privat forpleining ble det innført en tilsynsordning i lovverket. Pasienter i privat forpleining skulle ha tilsyn to eller fire ganger i året, enten av lege tilknyttet et psykiatrisk sykehus, eller av offentlig lege på stedet. (NOU 1995:14)

Videre utover 1960-tallet skjedde det en positiv endring i det psykiske helsevesenet. Overbelegget forsvant for første gang på grunn av flere faktorer; Den *fylkeskommunale utbyggingen* av pleiehjem og klinikkavdelinger hadde økt totalkapasiteten, *antipsykotiske medikamenter* og *samtaletterapeutiske behandlingsformer* gjorde at behandlingstiden på nye pasienter gikk ned, noe som igjen senket liggetiden. Innførselen av *generell uførepensjon* bidro også til at mange pasienter med alvorlige kroniske lidelser kunne forsørge seg selv økonomisk og dermed bo hjemme. (Kringlen, 2007)

2.7 1970-tallet og nedrustning av institusjonene

I 1968 hadde helsedirektoratet anslått det fremtidige behovet for psykiatriske sykehussenger til å være rundt 13'000 i 1990. I «*Helseplan for 80-åra*» ble det fremtidige behovet for sykehussenger i 1990 anslått til å være 2000 (NOU 2011: 9). Imellom 1968 og 1982 hadde det altså skjedd en dramatisk endring i myndighetenes vurdering av hva som krevdes av fremtidens psykiske helsevesen. Endringen skyldtes nedrustning av de store sentrale psykiatriske sykehusene til fordel for lokale tjenester og poliklinikker. Poliklinisk behandling betyr at en helseinstitusjon utreder/behandler pasienten uten at pasienten er innlagt på sengepost (Hem, 2020).

I stortingsmelding nr. 9 om *sykehusutbygging i et regionalisert helsevesen* (1974-75) ble det varslet om ytterligere desentralisering av det psykiske helsevesenet. For å gjennomføre den desentraliserte reorganiseringen av det psykiske helsevesenet ble det introdusert nye organisatoriske virkemidler. *LEON-prinsippet* (laveste effektive omsorgsnivå) ble innført for at alle pasienter i landet skulle kunne motta behandling i sitt nærmiljø på en kostnadseffektiv måte. Med LEON-prinsippet ble *geografisk sektorisering* også innført for å utjevne forskjeller mellom psykiatriske sykehus og klinikker, og mellom geografiske områder, slik at alle landets innbyggere skulle få et likeverdig tjenestetilbud. Utvalgte institusjoner med tilhørende poliklinikker fikk ansvar for alle typer psykisk helsevern innenfor et geografisk område. Ved å inndele ansvarsområder geografisk ble også ansvarsforholdene veldig klare og vanskelig å

komme unna. Den geografiske sektoriseringsen av psykiatriske sykehusavdelinger gjorde det dog vanskelig å beholde en spesialisert arbeidsfordeling mellom avdelingene.

Årsakene bak desentraliseringspolitikken var de samme som har blitt beskrevet tidligere, men med tiden hadde det også vokst frem noen behandlingsperspektiver som er viktige å forstå for å også forstå utviklingen:

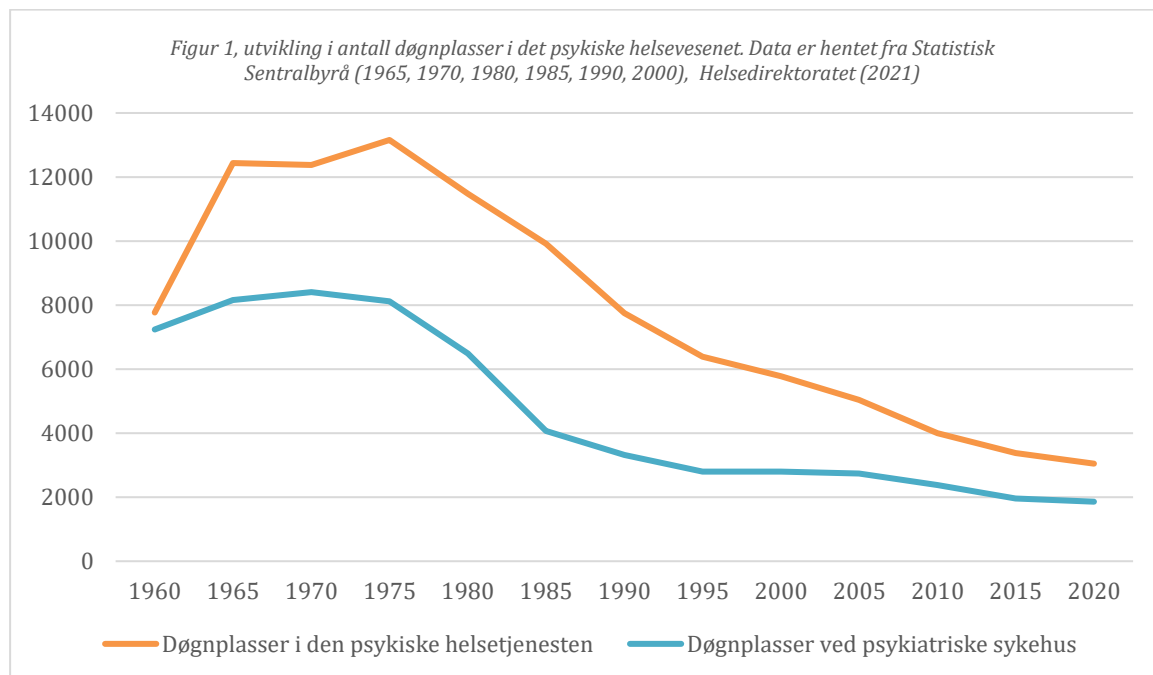
Etter at psykiatrien vokste frem som vitenskap hadde den fulgt tre hovedretninger; den psykodynamiske, den biologiske og den sosialpsykiatriske. I den psykodynamiske retningen oppdaget man at underbevisste konflikter mellom drifter og følelsesmessige behov kan lede til psykiske plager. Gjennom psykodynamisk forskning ble det etter hvert utviklet samtaleterapeutiske behandlingsformer som løste opp i de underbevisste konfliktene, slik at de psykiske plagene også kunne slippe tak. I den biologiske retningen oppdaget man at noen psykiske lidelser hadde et organisk opphav. Biologisk forskning førte etter hvert til at man utviklet antipsykotiske medisiner som dempet uro og fjernet hallusinasjoner hos de mest alvorlig psykisk syke. I den sosialpsykiatriske retningen beskuet man mennesket som en del av en større sammenheng. Menneskets kropp, tanker, og sosiale liv ble ansett som uadskillelige. Derfor kunne heller ikke menneskets problemer løses ved å behandle én av bestanddelene separat. Sosialpsykiatrien anerkjente at verken samtaleterapi eller medisiner ville ha effekt dersom menneskets psykiske plager skyldtes sosiale faktorer, som for eksempel samlivsbrudd eller en nabokonflikt. Behandlingen av psykiske plager var like avhengig av sosiale ressurser og tiltak som den var av samtaleterapi og medikamentell behandling. De sosiale ressursene mennesker har befinner seg som oftest der mennesket bor, i lokalmiljøet. Derfor er man er avhengig av å tilby psykisk helsehjelp lokalt, slik at man kan nyttiggjøre seg av de sosiale ressursene i behandlingsprosessen. Dette er behandlingsperspektivene som ligger bak desentraliseringspolitikken.

(St.meld. nr. 25, 1996-97)

Med regionalisering av det psykiske helsevesenet fulgte også en nedrustning av de sentrale psykiatriske sykehusene. På midten av 70-tallet hadde nedrustningen av de sentrale psykiatriske sykehusstilbudene allerede pågått en stund i England og USA. Nedrustningen kom i kjølvannet av en rekke amerikanske undersøkelser der noen påpekte hvor vanskelig det var å skape gode terapeutiske miljøer på store psykiatriske sykehus. Andre studier antydte at sykehusmiljøet kunne være årsak til mange av symptomene til de kronisk schizofrene. Dette

ble senere ble bekreftet (Wing & Brown, 1970). De store psykiatriske sykehusene var også så kostbare å drifte at det flere steder i landet var nødvendig å ruste dem ned for å ha råd til utbygging av andre psykiske tjenester (Kringlen, 2007). For øvrig hadde utbyggingen av de fylkeskommunale institusjonene gjort det meningsløst å sende pasienter til sentrale psykiatriske sykehus andre steder i landet, når de kunne få behandling i sitt nærmiljø (Kringlen, 2007).

I praksis nådde antallet døgnplasser i det psykiske helsevesenet et historisk høydepunkt på midten av 70-tallet. I 1970 hadde offentlig forpleining 12'377 godkjente plasser etter lov om psykisk helsevern. 8405 av disse var ved psykiatriske sykehus eller sykehusavdelinger (Statistisk Sentralbyrå, 1972). Fra dette tidspunktet begynte nedrustningen av psykiatriske institusjoner og døgnplasser i det psykiske helsevesenet (se figur 1, s. 16).



2.8 1980-tallet, kommunalt ansvar og rammefinansiering

På begynnelsen av 1980-tallet kom *kommunehelsetjenesteloven* (1982) som ga kommunene en lovpålagt plikt til å etablere et samlet primærhelsetjenestetilbud til de som oppholder seg i kommunen. Denne plikten skulle etterhvert også gjelde for psykisk helse. Formålet med loven ble oppgitt til å skape en mer helhetlig helse- og sosialtjeneste med kommunene som ansvarlig organ for planlegging og koordinering. Altså et geografisk lokalt hovedansvar for helse, i tråd med desentraliseringspolitikken fra det forutgående tiåret. På dette tidspunktet var

nedrustningen av døgnplasser i det psykiske helsevesenet godt i gang. Utbyggingen av lokale, polikliniske behandlingstilbud hadde dog gått mye langsommere enn forventet, og det begynte på nytt å bli kapasitetsproblemer i det psykiske helsevesenet (NOU 2011: 9). For å forklare årsaken til den trege utbyggingen er det nødvendig med en kort oppsummering av finansieringsordningene for psykisk helsevesen:

Tradisjonelt hadde anstalter for psykisk helse fått statlige tilskudd fra folketrygden per innlagte pasient på sengepost, en finansieringsordning kalt *liggedøgnrefusjon*, eller *kurpengeordningen*. Hvor stor andel av driftsutgiftene per liggedøgn som skulle refunderes varierte med tiden, det samme gjorde satsen per liggedøgn. Mesteparten av 70-tallet hadde de fylkeskommunale sykehusene fått refundert 75% av driftsutgifter per liggedøgn. De resterende 25% av driftsutgiftene måtte betales av eget budsjett (Nerland, 2001). Den høye refusjonssatsen hadde blitt innført for å stimulere til fylkeskommunal utbygging, men en utilsiktet konsekvens av kurpengeordningen ble at sykehusene tjente på å ha høyt sengepostbelegg. Mange psykiatriske og somatiske pasienter ble liggende på døgnopphold lengre enn det som var nødvendig, samtidig som det ga insentiver for ytterligere sengepostutbygging. Dette var dyrt for staten, i strid med LEON-prinsippet, og det var få økonomiske insentiver for videre desentralisert poliklinisk utbygging (Nerland, 2001). Utover 70-tallet hadde kurpengeordningen blitt justert flere ganger for å stimulere til raskere utskrivninger, men disse justeringene gjaldt ikke for psykiske helsevesen (NOU 2011: 9). Det polikliniske tilbudet for psykisk helse forble underutviklet og dårlige utrustet til å møte den nye desentraliserte utviklingen som staten ønsket for det psykiske helsevesenet. Ved innførselen av kommunehelsetjenesteloven (1982) ble det innført en ny finansieringsordning for å erstatte kurpengeordningen. En *Rammefinansieringsordning* der det finansielle ansvaret for psykisk helse ble delt mellom stat og fylkeskommunene. Ordningen ble utvidet til å også gjelde mellom stat og kommuner fra 1986 (NOU 1996: 1). Rammetilskuddet som fylkeskommunene mottok fra staten var basert på noen objektive kriterier som blant annet befolkningstetthet, inntekt per innbygger og alderssammensetning. Fylkeskommunen bestemte så selv budsjetttrammene for sine egne sykehus (Nerland, 2001). Rammetilskuddsordningen satte en brems på de økende fylkeskommunale sykehusutgiftene ved at det ikke lengre var like lønnsomt med høye sykehusbelegg eller mange sengeposter. Den hadde dog ikke like stor påvirkning på å fremskynde den polikliniske utbyggingen i psykiatrien. Rammetilskuddet skulle nemlig gjelde for både somatikk og psykisk helse samlet, og i tillegg bare dekke driftsutgifter. For investeringer var det en egen

refusjonsordning som psykisk helsevesen etterhvert ble tatt ut av, slik at investeringer i poliklinikker også måtte finansieres av rammetilskuddet (NOU 2011: 9).

2.9 1990-tallet og uklare ansvarsfordelinger

I stortingsmelding nr. 41 *Nasjonal helseplan. Helsepolitikken mot år 2000* (1987-88) ble det definert at kommunene skulle ha hovedansvaret for psykisk helse og at spesialisthelsetjenesten skulle ha en veiledende og rådgivende funksjon. I samme melding ble manglende poliklinisk kapasitet utpekt som hovedutfordringen i det psykiske helsevesenet. En annen utfordring var mangel på sykepleiere, spesialsykepleiere, leger og psykiatere, og store geografiske forskjeller i tilgangen på kvalifisert helsepersonell (St.meld. nr. 41, s. 211). Det ble bemerket i meldingen at det kommunale tilbudet måtte styrkes for å imøtekomme utfordringene. 1988 markerte også avslutningen på en syv år lang utredning av regelverket som regulerte det psykiske helsevesenet. Utredningens formål hadde vært å effektivisere det psykiske helsevesenet, øke pasientenes rettsikkerhet, og styrke samhandling mellom alle tjenestenivåer både horisontalt og vertikalt. Det vil si mellom kommune, fylkeskommune og stat, men også mellom psykisk helsevesen, sosialsektoren og arbeidskraftmyndighetene (NOU 2011: 9). Utredningen påpekte flere svakheter i det psykiske helsevesenet, spesielt med tanke på pasientrettigheter og rettsikkerhet, men førte ikke til noen umiddelbare lovendringer. Den la imidlertid grunnlaget for en omfattende fornyelse av lovverk litt lengre frem i tid.

Den polikliniske behandlingsvirksomheten økte jevnt og trutt gjennom 90-tallet, men det var fortsatt manglende kapasitet. Et problem var at mange utskrevne pasienter fra sengeposter ble lagt inn på nytt etter kort tid fordi det ikke fantes nok polikliniske tilbud eller ettervernstilbud (Vold, 2002). Denne gangen var det personalmangelen som ble utpekt som flaskehalsen i den videre utviklingen av et desentralisert psykisk helsevesen (Vold, 2002). Det ble iverksatt tiltak mot personellmangelen med øremerkede midler for rekruttering og utdanning av kommunalt helsepersonell i St.meld. nr. 50 (1993-94). Neste stortingsmelding viste imidlertid at personalmangelen i det psykiske helsevesenet bare var toppen av isfjellet. I stortingsmelding nr. 25 *Åpenhet og helhet – Om psykiske lidelser og tjenestetilbudene* (1996-97, s. 13) ble det advart om følgende:

- «Det er for liten kapasitet i tilbudene for pasienter med psykiske lidelser»
- «Det er for dårlig utbygde tjenester i mange kommuner»

- *«Det er for få tilgjengelige behandlingsplasser i sikkerhetsavdelinger og psykiatriske sykehus»*
- *«Det er for høye terskler for pasientene og for vanskelig å slippe til»*
- *«Det går for lang tid fra første sykdomstegn til behandling settes inn»*
- *«Det er for dårlig oppfølging etter utskrivelse fra sykehus»*
- *«Det er for mange pasienter som blir skrevet ut for tidlig»*
- *«Det er for dårlig kvalitetssikring av tjenestene»*

Bristen i det psykiske helsevesenet viste seg å være omfattende, og ansvarsfordelingen mellom fylkeskommune og kommune viste seg å være svært uklar. Før kommunehelsetjenesteloven (1982) ble innført hadde fylkeskommunene vært totaltilbydere for personer med psykiske lidelser via døgnbaserte tjenester ved sykehusavdelinger, psykiatriske sykehus eller psykiatriske sykehjem. Et totaltilbud omfatter alt en pasient behøver; bolig, pleie, omsorg, sosiale tilbud og aktivisering. Kommunene hadde derfor ingen tradisjon med å tilby disse tjenestene for denne pasientgruppen. I så måte følte kommunene en mindre grad av ansvar for denne pasientgruppen enn ovenfor andre pasientgrupper de overtok ansvaret for i 1980 (NOU 1995:14). En annen faktor som bidro til den uklare ansvarsfordelingen var at fylkeskommunene hadde beholdt ansvaret for de psykiatriske sykehjemmene, noe som befestet oppfatningen av at alvorlig psykisk syke var et fylkeskommunalt ansvar (NOU 1995:14). Det hører med til historien at helsedirektoratet i 1985 anbefalte fylkeskommunene å omstrukturere de psykiatriske sykehjemmene fra å være totaltilbud til å bli aktive behandlingssentre, men i 1990 var det bare 12,7% av de psykiatriske sykehjemmene som hadde omstrukturert (NOU 1995:14). Kommunene selv, hevdet at de ikke hadde fått tilstrekkelig med midler til å håndtere alle de nye oppgavene de hadde fått ansvaret for. En delårsak bak dette er finansieringsordningen beskrevet i kapittel 2.9 i denne oppgaven. Psykiatriske pasienter mottok kommunale tjenester fra flere forskjellige etater, og det ble ikke ført statistikk over hvor stor del av tjenesteproduksjonen som gikk til bestemte grupper. Altså fantes det heller ikke regnskap over hvor stor del av det kommunale budsjettet som gikk til psykisk helse (St.meld. nr. 25, 1996-97).

Gjennom 80 og 90-tallet ble omfanget av utfordringene for psykisk helsevesen lagt på bordet. Pasientene så ut til å falle mellom to stoler i den regionale restruktureringen, pasientrettighetene og rettssikkerheten var for dårlig, kvalifisert personell var mangelvare og finansieringen for svak. En omfattende styrking krevdes over hele linja.

2.10 2000-tallet, opptrappingsplan, og nye lovverk

Ved årtusen-skiftet begynte en omfattende reformering av det psykiske helsevesenet. I 1999 ble *opptrappingsplanen for psykisk helse* (St.prp. nr. 63, 1997-98) iverksatt. Samme år ble det lansert en ny *psykisk helsevern-lov* (Psykisk helsevernloven, 1999) som trådte i kraft i 2001 sammen med tre andre lover; *Lov om helsepersonell* (1999), *Lov om pasientrettigheter* (1999) og *Lov om spesialisthelsetjenesten* (1999).

Opptrappingsplanen (1997-98) søkte å omstrukturerte og styrke det psykiske helsevesenet. Det totale tilbudet skulle, som før, bestå av en nivå-differensiert tjeneste med desentralisert tyngdepunkt. Det kommunale psykiske helsearbeidet fikk den største opprustningen ettersom det var tiltenkt å betjene hovedandelen av personer med psykiske lidelser. 2400 omsorgsboliger skulle bygges, og i kommunehelsetjenesten ble det satt i gang tiltak innenfor områdene; hjemmehjelp, dagsentraler, støttekontakt, kultur- og fritidstilbud, kompetanse- og utdanningstiltak. Bedre horisontal samhandling mellom kommunale tjenester for å matche de tradisjonelle totalinstitusjonene var en viktig målsetning her. I tillegg ble *fastlegeordningen* innført samme år (St.prp. nr. 65, 2000-2001), så allmennlegetjenesten ble også en del av det kommunale tilbudet. På fylkeskommunalt nivå skulle tyngdepunktet ligge ved distriktpspsykiatriske sentre (DPS), en aktiv behandlende enhet med både poliklinisk-, døgn-, og ambulant virksomhet opp mot pasienter. DPS skulle også drive veiledende og rådgivende virksomhet mot de kommunale tjenestene. Hovedsatsningen i det fylkeskommunale tilbudet var en tilmålt kapasitetsøkning i DPS på 50% for dag- og polikliniske konsultasjoner. Andre instanser som skulle fortsette sin virksomhet var psykiatriske sykehusavdelinger og psykiatriske sykehus, hvis kapasitet skulle økes med 160 plasser for personer dømt til opphold i psykisk helsevern. Til slutt skulle privatpraktiserende spesialister bidra til den tilmålte polikliniske kapasitetsøkningen. Eksisterende psykiatriske sykehjem skulle enten bli omgjort til DPS, eller gradvis fases ut etterhvert som kommunene fikk sine omsorgstilbud på plass. Rekrutteringsgrunnlaget til stillinger i det psykiske helsevesenet skulle styrkes ved å øke utdanningskapasiteten i høyskolesektoren. Totalt skulle det tilføres 24 ekstra milliarder til det psykiske helsevesenet i løpet av opptrappingsplanens 8 år lange løp (Kringlen, 2007).

De nye lovendringene hadde alle som formål å styrke pasientenes rettigheter. Den nye psykisk helsevernloven var, og er fortsatt en sivil tvangslov som besørger rettssikkerheten for dem med alvorlige psykiske lidelser. Den er veldig lik psykisk helsevernloven fra 1961, men skiller seg ut ved å ha kortere tvungen observasjonstid og ved at den krever visse

tilleggskriterier for å kunne benytte makt og tvang mot pasienter. Henholdsvis §§ 3 og 5 (Psykisk helsevernloven, 1999). Pasientrettighetsloven hjemlet brukermedvirkning og retten til en individuell plan, slik at pasienter og brukere av tjenestetilbudet skulle ha innflytelse på beslutningsprosesser og utformingen av tilbudet. Den ga også innbyggere retten til selv å kunne velge sykehus, også kalt fritt sykehusvalg (Pasient- og brukerrettighetsloven, 1999) Fritt sykehusvalg ga pasientene mulighet til å velge behandling ved sykehus med lite kø og god kvalitet på tjenestene. Spesialisthelsetjenesteloven slo fast hvem som har ansvaret for spesialisthelsetjenestene og hva disse tjenestene skulle bestå av. Loven ble også utformet for å hjemle et kvalitetsmessig forsvarlig, kostnadseffektivt og likeverdig tjenestetilbud med lav terskel for brukerne (Spesialisthelsetjenesteloven, 1999).

Da opptrappingsplanen ble evaluert så man at de kvantitative målene i stor grad hadde blitt møtt. De øremerkede midlene til psykisk helse i kommunene hadde økt utbyggingen av infrastruktur, spesialisthelsetjenestens desentraliserte tilbud var styrket ved økt døgn- og spesielt poliklinisk kapasitet ved DPS. Utdanningskapasiteten ved høyskolene hadde også blitt større (Forskningsrådet, 2009, s. 132). Nedrustningen av de psykiatriske sykehjemmene skjedde derimot raskere enn forventet, og døgnplassene i de psykiatriske sykehusene hadde blitt færre, slik at det totale antallet døgnplasser var lavere enn før opptrappingsplanen (Forskningsrådet, 2009, s. 40). Dette hadde størst konsekvens for de mest alvorlig psykisk syke med behov for døgnbaserte tjenester.

Når det gjaldt utbyggingen i kommunene viste det seg at små kommuner hadde lavere utbyggingstakt enn større kommuner (Forskningsrådet, 2004, s. 36), slik at det etterhvert ble store forskjeller i det kvantitative tjenestetilbudet mellom store og små kommuner. For små kommuner og geografisk perifere DPS var det vanskelig å rekruttere kvalifisert fagpersonell (Forskningsrådet, 2009, s. 126), og pasienter fra små kommuner skilte seg ut ved at de i større grad ble søkt innlagt ved tvang (Forskningsrådet, 2009, s. 136). Brukererfaringer tilsa at det fortsatt var store forskjeller i tjenestekvalitet mellom kommuner og spesialisthelsetjenesten, og at samhandlingen mellom de vertikale tjenestenivåene var for dårlig (Bruun & Svendsen, 2011). Et annet viktig funn ved evalueringen av opptrappingsplanen var erkjennelsen om at man manglet meningsfulle kvalitetsindikatorer for tjenestetilbudene. Forskningsrådet etterlyste bruk av rutinedata for kvalitetssikring av klinisk virksomhet i det psykiske helsevesenet, slik at den kvalitative effekten av tiltak innen psykisk helsevesen kunne vurderes på lik linje med den kvantitative effekten (Forskningsrådet, 2009, s. 10).

2.11 2000-tallet, sykehusreform og økt konkurranse

I 2002, bare ett år senere, ble *sykehusreformen* (Ot. prp. nr. 66, 2000-2001) med tilhørende *helseforetakslov* introdusert (Helseforetaksloven, 2001). Sykehusreformen overførte først og fremst eierskapet for mesteparten av spesialisthelsetjenesten fra fylkeskommunene til staten. Herunder alle sykehus, psykiatriske sykehusavdelinger, DPS og avtaler med private spesialister. Pasienter som allerede var underlagt kontrakter mellom fylkeskommuner og privat forpleier kunne forlenge den eksisterende kontrakten om de selv ønsket, men det skulle ikke inngås nye kontrakter med privat forpleier.

Det andre sykehusreformen gjorde var å slå sammen de om lag 250 sykehusene og andre helseinstitusjoner til 33 lokale helseforetak (HF), som igjen ble underlagt ett av fem regionale statlige helseforetak (RHF). RHF skulle ledes av uavhengige styrer. Lovforslaget til helseforetaksloven (2001) fastholdt samme målsetninger om tilgjengelighet, kvalitet og kostnadseffektivitet i tjenestene som opptrappingsplanen, men introduserte andre virkemidler. For å forstå implikasjonene av virkemidlene og tankegangen bak sykehusreformen er vi nødt til å spole litt tilbake i tid:

I utredningen *Produktivitetsfremmende reformer i statens budsjettssystem* fra 1984 (NOU 1984:23, s. 7) ble det listet opp forslag til organisatoriske virkemidler som kunne øke produktivitet og kostnadseffektivitet i offentlige sektor. Forslagene var en avsporing fra den sedvanlige måten å organisere offentlig forvaltning på, og den nye kursen som ble staket ut pekte mot et markedsliberalistisk tanke sett kalt for *New Public Management* (NPM). NPM kjennetegnes av virkemidler som bl.a. styrket linjeledelse, brukerorientert organisering, konkurranseutsetting og deregulering (Busch et al., 2001). For helsetjenestenes vedkommende fikk denne markedsfilosofien innpass for første gang i 1997, da rammefinansieringen av somatisk spesialisthelsetjeneste ble erstattet av *innsatsstyrt finansiering* (ISF) (St.prp. nr. 47, 1999-2000). ISF er en refusjonsordning som baserer seg på sykehusenes aktivitet fremfor deres belegg eller objektive kriterier, som i henholdsvis kurpengeordningen og rammefinansieringsordningen. Kort forklart innebærer ISF at sykehusene får refundert penger for hvert enkelt pasientforløp, og det er pasientens diagnose som bestemmer refusjonssatsen, ikke behandlingstiden (Helsedirektoratet, 2015). Ved å innføre aktivitet som refusjonsfaktor øremerkes de statlige tilskuddene til spesifikke behandlinger og mottakeren av refusjonsordningen får dermed mindre frie økonomiske tøyler enn de fikk gjennom rammefinansieringsordningen (Hagen et al., 2001). I så måte skulle ISF

være et insentiv for å øke effektiviteten ved sykehusene og samtidig få kontroll over hvordan pengene ble brukt. NPM-filosofien var også tankesettet bak retten til fritt sykehusvalg i 1999. Med fritt sykehusvalg kunne pasientene selv velge et sykehus med ledig kapasitet eller bedre kvalitet på tvers av den regionale og administrative inndelingen. Fritt sykehusvalg skulle føre til økt ressursutnyttelse og kostnadseffektivitet på grunn av færre pasienter i kø, men også på grunn av konkurranse mellom sykehusene om å få pasientene. En utredning av konkurranseeksponering i offentlig sektor var allerede påbegynt før innførselen av fritt sykehusvalg. Utvalgets innstilling ble lagt frem i år 2000 (NOU 2000: 19).

Både overgangen til ISF og fritt sykehusvalg inneholdt virkemidler inspirert av NPM. Lovforslaget til helseforetaksloven og sykehusreformen videreførte den markedsliberalistiske tankegangen da virkemidlene ble introdusert. Eierskapsskiftet fra fylkeskommuner til staten betød at den folkevalgte styringen av spesialisthelsetjenesten ikke lenger bestod av 19 fylkeskommuner og stortinget. Nå ble den utelukkende styrt av stortinget. Slik kan man omgå treghetene ved demokratiske prosesser og styrke linjeledelsen. Videre skulle helseforetakene overta det praktiske ansvaret for tjenestetilbud og driftsspørsmål, også kalt sørge-for-ansvaret, mens staten skulle beholde eierskap og finansiering. Ved å skape et organisatorisk skille mellom stat og RHF ble det lagt opp til fristilling. Med andre ord sto RHF fritt til å bestemme hvordan de ville betjene sørge-for-ansvaret, slik at de kunne omstille seg hurtig og effektivt ved behov. Det ble også lagt opp til konkurranseutsetting mellom de underliggende helseforetakene ved at de ble skilt ut som individuelle foretak. Styrene i samtlige RHF valgte dog å integrere dem som underselskaper, også kalt vertikal integrasjon (Nerland & Ringard, 2017). Til slutt skulle man gå vekk fra kontantprinsippet med innbetalinger og utbetalinger som vanligvis ble brukt i offentlig sektor. I stedet skulle man innføre bruk av regnskapsloven (1998), en regnskapsform som tidligere var forbeholdt privat sektor. Dette skulle føre til bedre økonomisk kontroll, bedre målstyring og få bukt med den lave kostnadseffektiviteten i sykehussektoren (Nerland & Ringard, 2017).

Tankegodset fra NPM fant også veien til kommunene, som slet med det nyutnevnte ansvaret for psykisk helse. Våren 2000 ble driften av Hovseterhjemmet sykehjem lagt ut på anbud etter en femårig utredningsprosess i gamle Røa bydel, nå Bydel Vestre Aker. Utredningen av konkurranseutsetting innen pleie- og omsorgssektoren i Røa ga også retnings og erfaringer som resten av Oslo kommune kunne bygge videre på, og det gikk ikke lang tid før resten av kommunene fulgte etter.

(Nesheim & Vathne, 2000)

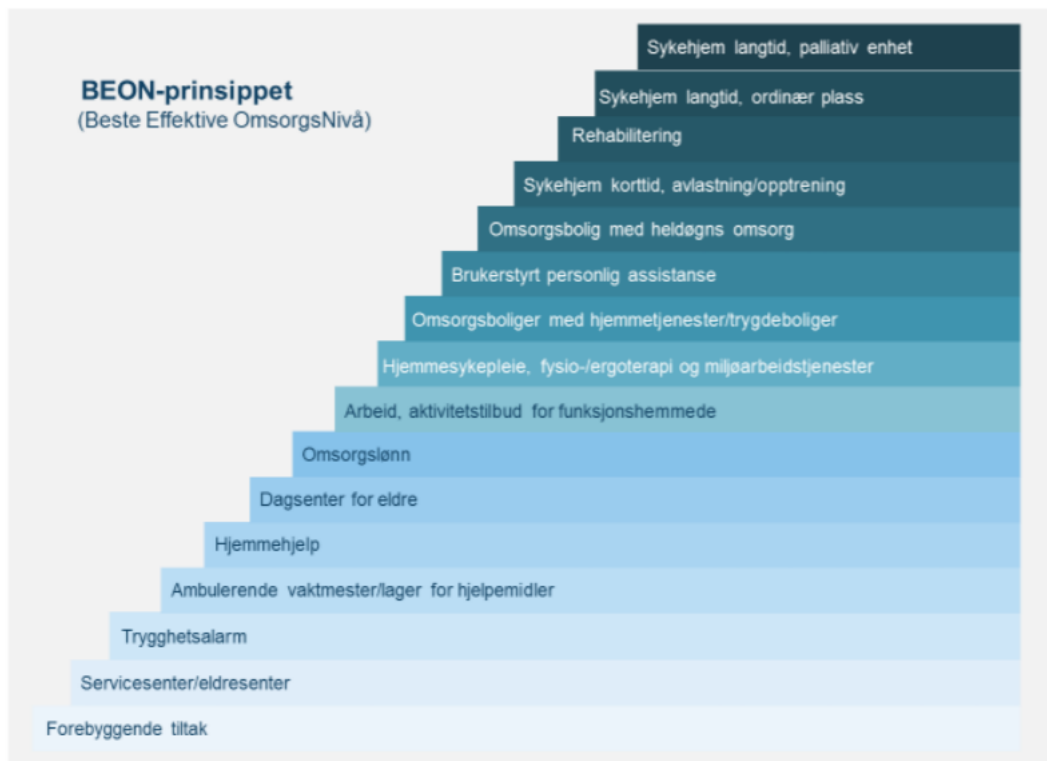
Konkurransetsetting i kommunene har for det meste blitt utført gjennom forskjellige translasjoner av en organisasjonsmodell kalt bestiller-utfører-modellen (BUM). BUM er kort fortalt en modell som muliggjør konkurransetsetting i offentlig sektor ved at den etablerer et organisatorisk skille mellom forvaltning og tjenesteproduksjon (Bogen & Moland, 2001). Med andre ord et organisatorisk skille mellom kjøperen av en tjeneste og utføreren av en tjeneste. Ettersom tjenesteproduksjonen innad i en kommune tradisjonelt sett ikke er en del av et konkurransetsatt marked, men en del av et offentlig forvaltningsorgan så er dette organisatoriske skillet nødvendig for å skape et «kunstig» marked. Dette markedet kan bli «reelt» dersom kommunen velger å konkurransetsette enkelte driftsoppgaver, men konkurransetsettelse er verken en selvfølge eller nødvendig for innføringen av BUM. Det som er nødvendig er simpelthen å avklare kommunens ansvar og på hvilke områder og i hvilket omfang kommunen kan utvide sin rolle som bestiller av tjenester fra underleverandører.

(Nesheim & Vathne, 2000)

Formålet og argumentene bak modellen har blant annet vært å øke tjenestekvalitet, sikre konkurransedyktige driftskostnader, sikre brukeres rettssikkerhet, samt å gi brukere et valg av tjeneste (Deloitte, 2012). I 2004 hadde litt under 30% av norske kommuner etablert bestiller-utfører-organisering (Kommunenenes Sentralforbund, 2004, s. 14). Siden den gang har både BUM og konkurransetsetting i økende grad blitt innført i norske kommuner, også innen helse- og omsorgssektoren. Flere private kommersielle- og private ideelle tjenestetilbydere har samtidig vokst frem for å betjene det konkurransetsatte omsorgsmarkedet.

2.12 2010-tallet, videre samhandling og «velferdsprofitører»

Samhandlingsreformen (2008-2009) ble innført i kjølvannet av opptrappingsplanen og omhandlet både somatisk og psykisk helse. Den utpekte manglende samhandling mellom kommunehelsetjenesten og spesialisthelsetjenesten som den største utfordringen i det psykiske helsevesenet. Den la vekt på at antallet innleggelser i spesialisthelsetjenesten kunne reduseres gjennom økt kommunalt fokus på forebyggende virksomhet etter BEON-prinsippet. BEON står for beste effektive omsorgsnivå (se figur 2, s. 25)



Figur 2 Omsorgstrappa. Hentet fra Helsedirektoratets rapport nr. R9272-01 (Helsedirektoratet, 2017)

Dersom pasienter hadde behov for innleggelse i spesialisthelsetjenesten skulle de overføres hjem så raskt som mulig etter avsluttet behandling. For å støtte opp under den kommunale forebyggende virksomheten fikk kommunene ekstra bevilgninger uten øremerking. For å bedre den vertikale samhandlingen ble pasientforløp konkretisert og samarbeidsavtaler mellom kommunehelsetjenesten og spesialisthelsetjenesten ble pliktige. Det kom også et nytt lovverk som erstattet den gamle kommunehelsetjenesteloven fra 1982. Den nye *helse- og omsorgstjenesteloven* (2011) slo sammen lovverket for helsetjenester og omsorgstjenester, og hjemlet kommunens plikter på området. Samhandlingsreformen innførte også kommunal medfinansiering for somatiske innleggelser i spesialisthelsetjenesten, samt kommunalt betalingsansvar for utskrivningsklare pasienter. Sistnevnte ble innført for somatiske tjenester i 2011 og utvidet til å gjelde psykisk helsevern i 2019 (Forskrift om kommunal betaling, 2011). På den måten skulle kommunene ha økonomiske insentiver for å drive med forebyggende virksomhet for å forhindre unødvendige innleggelser i spesialisthelsetjenesten. I tillegg skulle de ha økonomiske insentiver for å organisere et tilbud til innbyggere som var ferdigbehandlede i spesialisthelsetjenesten, men som fortsatt behøvde kommunal oppfølging etter utskrivning.

Selv om den kommunale medfinansieringen bare gjaldt somatiske innleggelser ble liggetiden i spesialisthelsetjenesten redusert betraktelig også for psykisk syke. Dette var ikke utelukkende samhandlingsreformens gjerning, men heller en konsekvens av fortsatt nedrustning av døgnplasser i psykisk helsevern. I tillegg hadde terskelen for å oppsøke psykisk hjelp blitt lavere enn tidligere, som følge av lokale tjenestetilbud og kommunal overtakelse. Det resulterte i at kommunene fikk ansvaret for flere alvorlig psykisk syke. Mye av de økte bevilgningene fra samhandlingsreformen som egentlig var myntet på forebyggende arbeid gikk derfor vekk til heldøgnsomsorg for denne pasientgruppen. Et økende antall eldre med behov for pleietjenester spiste også av det samme budsjettet (Jensberg et al., 2011, s. 18).

Evalueringen av samhandlingsreformen viste at kommunene opplevde en ujevn maktbalanse i samarbeidet med sykehusene rundt delte pasienter. Til tross for samarbeidsavtalene var det fortsatt sykehuslegene eller psykiatere i psykisk helsevern som hadde definisjonsmakten for når en pasient var utskrivningsklar og kommunene ble sjelden tatt med i beslutningene (Forskningsrådet, 2016, s. 6).

I 2009 lyste Helsedirektoratet ut midler til å prøve ut tverrfaglige og oppsøkende behandlingsteam kalt for ACT-team. Målgruppen for teamene var personer med alvorlige psykiske lidelser som ikke klarte å nyttiggjøre seg av eksisterende tilbud. ACT-teamene var også et tiltak for å bedre samhandlingen mellom psykisk helsevern og psykisk helsearbeid. For å oppnå dette skulle teamene bestå av et samarbeid mellom kommune og DPS som forpliktende likeverdige partnere. Tilbakemeldingene fra både brukere og pårørende var positive etter prøveprosjektet. I tillegg viste prosjektrapporten at brukerne hadde betydelig redusert antall oppholdsdøgn i psykisk helsevern etter inklusjon i ACT-teamet. (Clausen et al., 2014)

I dag tilbys ACT-team til brukere i store deler av landet, samtidig som en ny translasjon av ACT-modellen fortsatt prøves ut. Sistnevnte kalles for FACT-team og er en fleksibel tjeneste som kontinuerlig tilpasser oppfølgingen etter brukerens varierende symptomtrykk og funksjonsnivå. (Landheim & Odden, 2020)

2.12.1 Carema-skandalen

I 2011 kom private kommersielle tilbydere av pleie- og omsorgstjenester på dagsorden i Skandinavia. Det privateide selskapet Carema hadde misligholdt sin sykehjemsdrift i Sverige og befant seg i sentrum av en storm av negativ omtale. 4000 nyhetsartikler ble skrevet om selskapet på under tre måneder, i tillegg til skriftlige innlegg og interpellasjoner i Riksdagen (Persson, 2011). Sluttresultatet ble at Carema, som på det tidspunktet var Skandinavias største private pleie- og omsorgstilbyder, måtte avvikle driften av sykehjem i Norge og omstrukturere organisasjonen i mindre datterselskaper for å slippe unna det dårlige omdømmet (Velle, 2011). I tiden etter Caremaskandalen har private kommersielle tjenestetilbydere jevnlig vært gjenstand for politisk debatt, og begrepet «velferdsprofitør» har ofte blitt brukt for å beskrive dem. Spesielt av venstresiden av det politiske landskapet.

2.12.2 Sammen om mestring

Den nasjonale veilederen *Sammen om mestring* (2014) forankret en del begrepsbruk og fortsatte arbeidet med å bedre samhandlingen mellom tjenestenivåer. Den definerte at *psykisk helsearbeid* er tiltak for psykisk helse som er innenfor et kommunalt ansvarsområde, eller som organiseres og tilbys lokalt av DPS. *Psykisk helsevern* er tiltak for psykisk helse som tilbys sentralt av spesialisthelsetjenesten. *Psykiske problemer/plager* er psykiske tilstander som oppleves belastende, men som ikke nødvendigvis sammenfaller med etablerte diagnoser. *Psykiske lidelser* brukes bare når bestemte diagnosekriterier er oppfylt.

For å gi en bedre forståelse av tjenestenivåenes felles ansvar innenfor psykisk helse, skisserte veilederen tre hovedforløp som tjenestemottakere av psykisk helsearbeid- eller helsevern kunne deles inn i:

Hovedforløp 1 omfatter rusmiddelproblemer og psykiske helseproblemer som forventes å være milde og kortvarige. Det er forventet at kommunehelsetjenesten håndterer dette.

Hovedforløp 2 omfatter kortvarige alvorlige problemer/lidelser og langvarige mildere problemer/lidelser. Det er forventet at kommunehelsetjenesten håndterer dette også, men med veiledning fra spesialisthelsetjenesten.

Hovedforløp 3 omfatter alvorlige og langvarige problemer/lidelser. Her er det forventet et delt ansvar mellom kommunehelsetjenesten og spesialisthelsetjenesten.

Hovedforløpene skal i dag anvendes av kommunehelsetjeneste og spesialisthelsetjeneste både når det gjelder ansvarsfordeling og samhandling mellom hverandre, men også i innrapportering av data som omhandler psykisk helsearbeid (Hilland et al., 2019).

2.12.3 Aleris-saken

I 2018 kom private kommersielle tilbydere av pleie- og omsorgstjenester igjen på dagsorden. Denne gangen gjennom mediedekningen av Fagforbundets søksmål av det Svenskeide omsorgsselskapet Aleris Ungplan & BOI. Rettsaken omhandlet selskapets omfattende bruk av konsulenter i oppfølgingen av rus- og psykiatrispasienter, og arbeidstidsbestemmelser som saksøkende part hevdet kom i konflikt med arbeidsmiljøloven. Fagforbundet mente at flere av konsulentene hadde en kontinuitet i oppdragsmengde over tid som tilsa at de egentlig var å regne som faste ansatte. Hvis dette var tilfellet ville konsulentene ha krav på etterbetaling av blant annet feriepenger, overtidbetaling og pensjon (Aarseth & Strømman, 2019). Arbeidstidsbestemmelsen som var under lupen er kalt for *medleverturnus*. Medleverturnus innebærer at den ansatte «lever med» brukerne. I en slik arbeidstidsordning bor og sover den ansatte på arbeidsstedet flere dager i strekk for så å ha en lengre periode fri. Denne arbeidstidsordningen er hjemlet i *Forskrift om medleverordninger mv.* (2005), med formål om at den skulle bli brukt i barnevernssektoren og på asylmottaksavdelinger for enslige mindreårige. Forskriften skulle i utgangspunktet være midlertidig for å sikre kontinuitet i barnevernstjenestene, men ble etter hvert en permanent forskrift. I mediedekningen av Aleris-saken kom det frem at medleverturnus var en normal arbeidstidsordning i den private omsorgstjenestenæringen. Den vanligste turnusen var såkalt 3-7-4-7-turnus med tre dager arbeid etterfulgt av syv dager fri, etc. (Tømmerås, 2019a). Underveis i Aleris-saken oppfordret Fagforbundet Oslo kommune til å si opp alle sine kontrakter med Aleris (Sæther, 2018). Profilerte politikere som Audun Lysbakken fra SV og Bjørnar Moxnes fra Rødt oppfordret Stortinget til å stenge private kommersielle tjenestetilbydere ute av pleie- og omsorgsmarkedet (Tømmerås, 2019b). Aleris vant rettsaken i 2019, men solgte den delen av selskapet som tilbydde pleie- og omsorgstjenester før rettsaken var avsluttet (Høiness, 2018). I dag tilbyr de nye eierne de samme pleie- og omsorgstjenestene under navnet Stendi.

2.13 Nåtid

Den gjeldende regjeringsplanen for psykisk helse; *mestre hele livet* (2017-2022) har som hovedformål å gjøre psykisk helsearbeid til en del av folkehelsearbeidet. Det innebærer å snu begrepet *psykisk helse* på hodet. Tidligere har begrepet psykisk helse primært blitt brukt når det har vært snakk om *psykisk uhelse*, men i den nye forståelsen omhandler psykisk helse mestring og livskvalitet. Det innebærer også at psykisk helsearbeid ikke bare skal være helsesektorens ansvar, men også et ansvar for barnehager, skoler, arbeidsliv og frivillig sektor.

I samtid pågår også implementeringen av pakkeforløp for psykisk helse og rus.

Pakkeforløpets formål er å forsørge at brukere får et helhetlig pasientforløp uten brudd og med minst mulig motstand. Virkemidlene som benyttes i pakkeforløpet er en forløpskoordinator, økt brukermedvirkning og løpende målinger og evalueringer av tiltak. Det er også lagt stor vekt på samhandling og samarbeid mellom tjenester i implementeringen av pakkeforløpene (Helsedirektoratet, 2018).

3 Metode

Når man skal velge metode og forskningsdesign bør man stille seg selv spørsmålet om hva som skal være det «overordnede grepet» i forskningsprosjektet. Hvordan skal man få besvart sine hypoteser gjennom prosedyrer, rekkefølger og analyser. Metodevalget er både prinsipielt og praktisk, og det bør styres av spørsmålene, ikke av preferanser/fordommer om metoder (Evans & Rooney, 2008).

3.1 Metodevalg

I dette arbeidet benyttes metoden narrativ litteraturstudie. I praksis består den narrative litteraturstudien av en gjennomgang av eksisterende empirisk litteratur, slik at man kan gjøre opp kunnskapsstatus om et bestemt tema. Med eksisterende litteratur i hånd og et kritisk øye kan man så forsøke å besvare bestemte forskningsspørsmål, eller identifisere hvilke områder som krever videre forskning. Valget falt på narrativ litteraturstudie fordi tanken bak dette arbeidet var å kartlegge kunnskapsstatus på årsaker til at norske kommuner velger å kjøpe private pleie- og omsorgstjenester. Videre var ønsket å se om det var noe norske kommuner kunne lære av måten de private omsorgstilbyderne organiserte sine pleie- og omsorgstjenester. Da er formålet å komponere et narrativ rundt kommunale kjøp av private omsorgstjenester, ikke å måle konkrete effekter og tiltak. En narrativ tilnærming, siden den åpner for større frihet i litteratursøket, vil være bedre egnet til å finne «de store linjene» enn for eksempel en systematisk tilnærming. En narrativ litteraturstudie baserer seg i stor grad på subjektive skjønnsvurderinger fra den som utfører arbeidet. Godt skjønn for hvilken litteratur som er relevant og hvilke konklusjoner som synes å være gyldige, er avgjørende for litteraturstudiens empiriske verdi. Så selv om en narrativ litteraturstudie ikke stiller like strenge krav til systematikk er det hensiktsmessig å gjøre rede for fremgangsmåten rundt metodikken som helhet. Da kan arbeidet etterprøves.

3.2 Søkestrategi

3.2.1 Valg av søkemotorer

I arbeidet med denne undersøkelsen er det hovedsakelig brukt søkemotorene Helsebiblioteket, Oria og Google Scholar. I tillegg er det gjort søk i arkivet på regjeringen.no, i databasen til helsedirektoratet, og i statistikkbanken til statistisk sentralbyrå (SSB).

Ettersom forskningsspørsmålet i oppgaven omfatter både organisasjonsteori og helsefag var det nødvendig å søke i databaser som dekket begge fagfelt. Derfor ble kategoriinndelingen på

Bibsys brukt til å få oversikt over tilgjengelige statsvitenskapelige og helsefaglige databaser. I forkant var det utarbeidet utvalgskriterier, og alle internasjonale databaser ble ekskludert av hensyn til eksklusjonskriteriene. Til slutt ble det gjort pilotsøk i resterende databaser for å se hvilke en hadde tilgang til og som ga best avkastning. Helsebiblioteket ble valgt fordi det gir tilgang til kunnskapsressurser for helsepersonell og inneholder blant annet rapporter som omhandler psykisk helsearbeid og psykisk helsevern i Norge. Oria er en søkemotor som gir tilgang til universitetsbibliotekets trykte og elektroniske samlinger, deriblant artikler fra Idunn som er universitetsforlagets digitale plattform for fagtidsskrifter. Google Scholar ble valgt til slutt da treffene i de andre søkemotorene ikke var tilfredsstillende for å besvare oppgavens problemstilling. For å finne frem til offisielle nasjonale statistikker som var av nytte for problemstillingen ble det gjort søk i statistikkbanken til SSB. For å finne offentlige dokumenter (NOU, st. meld., forskrifter o.l.) innenfor utvalgskriteriene ble det gjort søk i arkivet på regjeringen sine nettsider og i databasen til helsedirektoratet. I selve søkeprosessen styrte inklusjonskriteriene valg av søkeord, og eksklusjonskriteriene ble brukt i screening av abstrakter.

3.2.2 Utvalgskriterier

I litteraturstudier benytter man seg av utvalgskriterier for å finne frem til den litteraturen som best kan besvare oppgavens problemstilling (Evans & Rooney, 2008). Utvalgskriteriene er spesifiseringer både for hva relevant litteratur skal inneholde, og hva den ikke skal inneholde. *Inklusjonskriterier* definerer hvilke kriterier som ligger til grunn for at litteratur skal kunne inkluderes i undersøkelsen. *Eksklusjonskriterier* definerer hvilke kriterier som ligger til grunn for at litteratur skal ekskluderes fra undersøkelsen. De samlede utvalgskriteriene vil være med å avgjøre hvilke søkeord som anvendes i litteratursøket og hvilke studier som blir med videre.

3.2.2.1 Inklusjonskriterier

- Private tjenestetilbydere og kommunalt psykisk helsearbeid
- Konkurransetsetting
- Psykiske lidelser
- Heldøgns omsorgstilbud
- Studien må fortsatt ha relevans for dagens organisering

3.2.2.2 Eksklusjonskriterier

- Studier som bare omhandler barne- og ungdomspsykiatri
- Studier som bare omhandler eldreomsorg

- Studier som bare omhandler psykisk utviklingshemming
- Ren rusomsorg
- Privat forpleining underlagt spesialisthelsetjenesten
- Internasjonale studier som ikke omhandler norske helse- og omsorgstilbud
- Studier som er eldre enn 5 år

3.2.2.3 Noen begrunnelser for utvalgskriteriene

Barne- og ungdomspsykiatrien er ekskludert fordi Norge har en lang tradisjon med å holde organiseringen av denne disiplinen adskilt fra organiseringen av voksenpsykiatrien (Sommerschild & Moe, 2005). Det er også andre lovverk som regulerer omsorgstjenester for barn og barnevernstjenester (Barnevernloven, 1993). *Eldreomsorgen* omfatter en demografi som riktignok inneholder innbyggere med psykiske lidelser og andre kognitive svekkelser som demens, men majoriteten av innbyggerne som er underlagt eldreomsorgen er å regne som rene pleiepasienter. En kan derfor gå ut i fra at behovene som er gjeldende for majoriteten i denne brukergruppen er av en annen art enn hos de med psykiske lidelser. *Psykisk utviklingshemming* som diagnosegruppe ble sammen med epilepsi avgrenset fra ansvarsområdet til psykisk helsevern i 1961 ved innførselen av Lov om psykisk helsevern (NOU 2011: 9). Siden den gang har organiseringen av omsorgstjenester for brukergruppen utviklet seg i egne retninger, som ikke nødvendigvis er gjeldende for problemstillingen. *Spesialisthelsetjenesten* har riktignok hatt en lang tradisjon med å anbringe pasienter i privat forpleining, men fra og med 2001 skulle det ikke undertegnes nye private forpleiningskontrakter. De pasientene som allerede var underlagt privat forpleining på det tidspunktet fikk fortsette med det (Rundskriv I-41/99), men en kan anta at det i dag er få eller ingen pasienter igjen under denne ordningen (Prop. 60 L (2017-18)). Problemstillingen i dette arbeidet omhandler norske kommuner og selskaper som driver sine virksomheter under norsk lovgivning. Derfor velges *internasjonale studier* vekk så lenge de ikke direkte omhandler norske omsorgstilbud. Organiseringen av det psykiske helsevesenet er i stadig endring så funn som er eldre enn 5 år gamle er ikke nødvendigvis valide i dag.

3.2.3 Operasjonalisering og søkeprosessen

I vitenskapen er det viktig å skille mellom dagliglivets begreper og vitenskapelige begreper som etableres gjennom forskning og teori. En kan si at fundamentet er et annet for vitenskapelige begreper enn for dagliglivets begreper. Ettersom vi innenfor organisasjonsvitenskapen studerer reelle tilstander og prosesser uten å ha direkte kontakt med dem, er vi nødt til å benytte oss av abstrakte begreper som f.eks. «organisering» eller «økonomisk styring». Slike abstraksjoner som er legitimert på faglig grunnlag kaller vi for konstrukter. Organisasjonsvitenskapens tilstander og prosesser må alltid studeres ut fra «hvordan de kommer til uttrykk i ulike sammenhenger», eller med andre ord; «konstruktets avtrykk», eller som vi oftest kaller det; «operasjonaliseringen». Hvordan andre forskere eller forfattere har valgt å operasjonalisere variablene sine dikterer i stor grad hvilke søkeord man skal bruke i litteratursøket for å finne relevant litteratur. Gjennom arbeidet med teorikapitlet ble det også klart at begrepsbruken og definisjoner innenfor psykisk helse-feltet er i konstant utvikling og ikke alltid like presist utøvet. Derfor startet søkeprosessen med å bruke søkeportalen på regjeringen.no for å søke etter regjeringens gjeldende plan for psykisk helse «mestre hele livet» (2017-2022). Ut i fra den kunne en bruke snøballmetoden til å lete gjennom forutgående regjeringsplaner for psykisk helse, for å få en bedre forståelse av hvilke begreper som oftest ble brukt og hvordan de har blitt definert. Det kom frem at ordene «bestiller-utfører», «private kommersielle», «privat tjenesteyter» og «konkurransetsetting» oftest ble brukt i omtale av private omsorgstilbydere. Omsorgstjenester for personer med psykiske lidelser ble oftest beskrevet i samme ordlag som helse- og omsorgstjenester for andre pasientgrupper. Det vil si med ordene «helse- og omsorgstjenester» eller bare «omsorg». I noen tilfeller ble ordene «psykisk helsearbeid», «psykisk helsevern» eller «psykiatri» benyttet.

Etter å ha gjort flere pilotsøk på de utvalgte ordene med bruk av boolske operatører og trunkeringer startet søket i Oria med frasen «helse- og omsorgstjenester» ELLER «omsorg» OG frasen «psykisk helse» OG frasen «private kommersielle» ELLER «bestiller-utfører» som ga 1122 treff. Antallet treff var for høyt til å lese gjennom, så treff som ikke var fra fagfelleverderte tidsskrifter ble valgt bort. Da sto det igjen 281 treff. Etter å ha sett gjennom treffene ble det klart at en fikk for mange irrelevante treff som omhandlet sykepleie og hjemmetjeneste. Det ble antatt at dette skyldtes søkeordene «helse- og omsorgstjenester» og «omsorg», slik at disse ble fjernet. Det var dog noen treff som omhandlet riktig pasientgruppe med emneordet «rus- og psykiatri tjeneste», så et nytt søk ble startet med ordene «bestiller-

utfører» ELLER frasen «private kommersielle» OG frasen «rus- og psykiatri tjeneste». Dette ga 99 treff, hvorav 15 var fra fagfelleverderte tidsskrifter. Etter å ha sett gjennom overskriftene på de fagfelleverderte treffene, ble 9 artikler tatt med videre til gjennomlesning av abstrakter. De resterende omhandlet ikke psykisk helse. Av de 9 ble 5 artikler ekskludert pga. psykisk helse bare ble omtalt som et eksempel på konkurranseutsatte tjenesteområder. Søket resulterte til slutt i 4 artikler som omhandlet møtepunktet mellom psykisk helsearbeid og konkurranseutsetting. Etter å ha lest gjennom artiklene ble det klart at ingen av dem inneholdt empirisk forskning, men var heller formulert som vitenskapelige essays. Dermed ble et nytt søk i Oria startet med ordene «konkurranseutsetting» og «psykiatri». Søket ga 8 treff, hvorav 2 av treffene var av interesse og ble beholdt. Etter nøyere gjennomlesning inneholdt heller ikke de empirisk forskning og ble dermed forkastet. Den samme søkemetoden ble så anvendt i Helsebiblioteket, men søkemotoren ga ingen treff på ordene «konkurranseutsetting» eller «bestiller-utfører». Etterhvert så en seg nødt til å benytte Google Scholar. Det ble søkt etter flere forskjellige kombinasjoner av de tidligere anvendte søkeordene, med inklusjon av søkeordene «kjøp av private tjenester» og «kommuner». Dette ga svært mange treff der noen inneholdt empirisk forskning på konkurranseutsettelse av helse- og omsorgstjenester. Mye tid gikk til å lese gjennom funnene, og underveis ble snøballmetoden benyttet for å lete etter empirisk forskning som omhandlet konkurranseutsetting av psykisk helsearbeid eller kommunalt psykisk helsearbeid. Blant annet via regjeringen.no og statistikkbanken på statistisk sentralbyrå.no. Ved hjelp av denne søkestrategien ble totalt 4 funn beholdt. Det totale antallet funn endte på studier der alle inneholdt empirisk forskning på kommunale kjøp av private helse- og omsorgstjenester.

4 Litteraturoversikt og funn

4.1 Litteraturoversikt

#	Forfatter og utgiver	Tittel	Formål	Design	Utvalg og område	Relevans
1	Kaspersen og Ose (2020) SINTEF	Kommunalt psykisk helse- og rusarbeid 2020: Årsverk, kompetanse og innhold i tjenestene	-Omfang, type og årsak til kjøp av heldøgns pleie- og omsorgstjenester innen psykisk helsearbeid	Registerdata Kvantitativ og kvalitativ spørreundersøkelse	Alle kommuner N = 295	Høy
2	(Hilland et al., 2019) SINTEF	Kommunalt psykisk helse- og rusarbeid 2019: Årsverk, kompetanse og innhold i tjenestene	-Omfang, type og årsak til kjøp av heldøgns pleie- og omsorgstjenester innen psykisk helsearbeid	Registerdata Kvantitativ og kvalitativ spørreundersøkelse	Alle kommuner N = 418	Høy
3	(Agenda Kaupang, 2019) Agenda Kaupang	Kartlegging av kommunenes kjøp av pleie- og omsorgstjenester fra kommersielle og ideelle aktører	-Omfang og type tjenesteinnkjøp -Årsaker til kjøp av tjeneste/ikke kjøp av tjeneste -Årsaker til kjøp av tjeneste/ikke kjøp av tjeneste	Regnskapsundersøkelse Kvantitativ spørreundersøkelse Kvalitativt intervju	Alle kommuner N = 314 Leder i utvalgte kommuner N = 217 Ledere i utvalgte kommuner N = 20	Høy
4	(Bergene et al., 2019) Fafo	Når velferd er til salgs – Ideelle og kommersielle leverandører av velferdstjenester	-Omfang og type tjenestekjøp -Holdninger til konkurranseutsetting og kjøp av tjenester -Effekter av private tjenestetilbydere	Registerdata Kvantitativ spørreundersøkelse Litteraturstudie	Alle typer virksomheter Alle kommuner Befolkningen N = 1000 Kommunepolitikere N = 1897 Rådmenn N=99 Norge, Sverige og Danmark	Høy

Tabell 1 artikkeloversikt

4.2 Generelt om funnene

Det kommer frem i litteraturstudien at det er gjort få undersøkelser på kommunale kjøp fra private tjenestetilbydere som spesifikt gjelder for psykisk helsearbeid. Det var kun rapportene fra SINTEF som inneholdt kvantitative data for akkurat dette. Agenda Kaupang-rapporten og Fafo-rapporten inneholdt kvantitative data på kommunale kjøp fra private tjenestetilbydere, men psykisk helsearbeid var «bakt inn» i andre pleie- og omsorgstjenester.

I Fafo-rapporten deles pleie- og omsorgstjenester inn i to tjenestetypekategorier, der den ene er «heldøgns pleie- og omsorgstjenester» og den andre er «pleie- og omsorgstjenester uten døgnopphold». Av de to kategoriene er den første mest relevant for denne oppgaven ettersom den omfatter døgntilbud. Fafo-rapporten hadde brukt næringskoder (NACE) som registerdata for å identifisere hvilke tjenester de ulike private kommersielle aktørene tilbyr. Eksempelvis er NACE 87.201 beskrevet som «psykiatriske sykehjem» i foretaks- og enhetsregisteret, mens NACE 87.909 er beskrevet som «omsorgsinstitusjoner ellers». Næringskodebeskrivelsene sier noe om type omsorgstjeneste, hvilken pasientgruppe den betjener, og om tjenestetilbudet er døgnbasert eller ei. I Fafo-rapporten ble næringskodene aggregert ut fra om det er et døgntilbud eller ei, ikke ut fra hva hvilken pasientgruppe de omhandler. I Fafo-rapporten er heldøgns pleie- og omsorgstjenester kalt for «sykehjem m.m.» og det er gjort rede for hvilke næringskoder som er inkludert i aggregeringen. Slik det fremgår er psykisk helsearbeid inkludert (Bergene et al., 2019, s. 30).

I Agenda Kaupang-rapporten er KOSTRA-data og Kommunal Rapports leverandørdatabase grunnlaget for regnskapsundersøkelsen. Kommunene ble tilsendt et skjema med leverandørtransaksjoner og bedt om å fylle ut hvilke tjenester hver leverandør hadde ytt for kommunen. Skjemaet viste også til hvilket beløp kommunen hadde levert inn til leverandørdata-basen samt hvilken KOSTRA-funksjon beløpet var ført på. I rapporten påpekes det at: «*Det er usikkerhet i flere kommuner om hva som er å betrakte som institusjonstjenester og hva som er hjemmetjenester. For eksempel er tjenester til brukere innen psykisk helse med døgnomsorg i mange tilfeller betraktet som institusjonstjeneste selv om dette teknisk sett regnes som tjenester i bolig*» (Agenda Kaupang, 2019, s. 15)

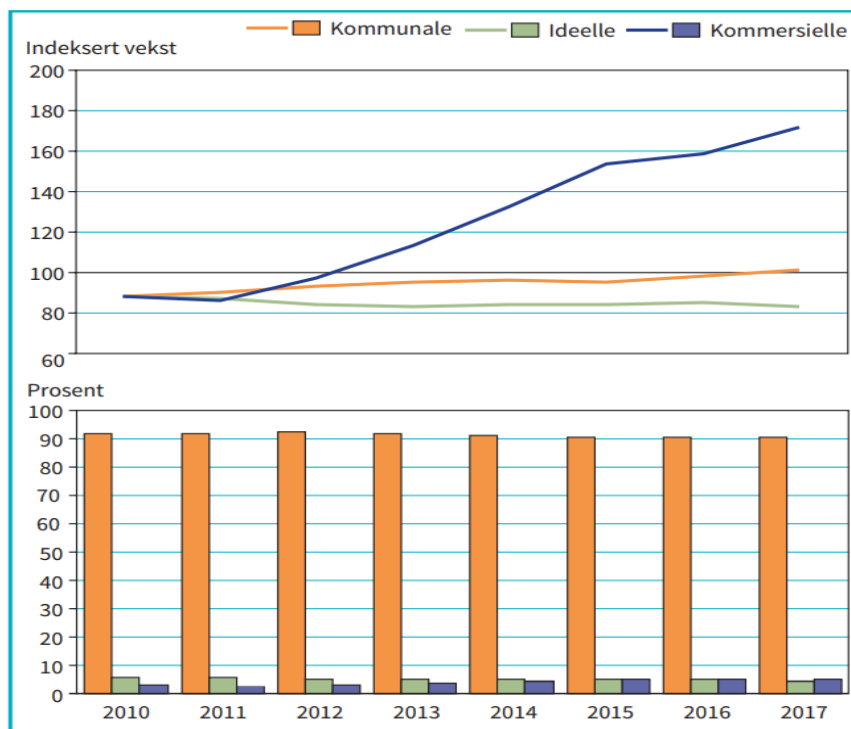
KOSTRA-funksjon 254 «omsorgsbolig/bofellesskap» skal altså i utgangspunktet omfatte pleie- og omsorgstjenester innen psykisk helsearbeid, så det tas utgangspunkt i denne funksjonen i presentasjonen av funn.

4.3 Omfanget av kjøp av private tjenester

4.3.1 Pleie- og omsorgstjenester

To uavhengige undersøkelser fra 2018 viser at private tjenestetilbydere betjener omtrent 10% av årsverkene av heldøgns pleie- og omsorgstjenester i kommunal sektor (Agenda Kaupang, 2019, s. 18) (Bergene et al., 2019, s. 88).

Bergene et al. (2019) viser også at sysselsettingen innenfor heldøgns pleie- og omsorgstjenester har økt de siste 10 årene. Ettersom eldrebefolkningen ikke har økt nevneverdig i det samme tidsrommet antar forfatterne av rapporten at mye av veksten har vært innen rus- og psykiatritjenester og sykehjemsektoren. De private kommersielle tjenestetilbyderne har doblet antall årsverk de siste 10 årene. I samme tidsrom har kommunenes andel av tjenesteproduksjonen ligget ganske stabilt, mens de private ideelle tjenestetilbyderne har tapt andel. Ut fra dette konkluderer rapporten at de private kommersielle tjenestetilbyderne har tatt mesteparten av sysselsettingsveksten innenfor heldøgns pleie- og omsorgstjenester de siste årene og har høyest indeksert vekst (se figur 3, s. 39).



Figur 3 Årsverk innenfor heldøgns pleie- og omsorgstjenester fordelt på virksomhetens eierskap. Figuren er hentet fra Fafo-rapport 2019:11 (Bergene et al., 2019, s. 93).

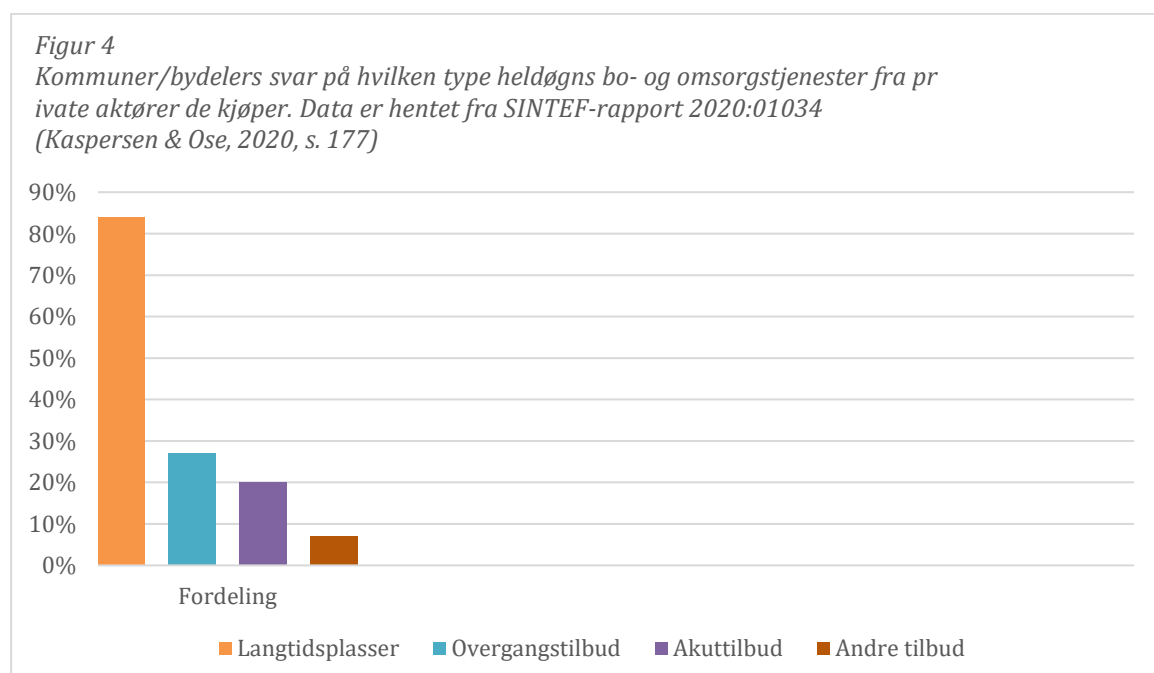
4.3.2 For psykisk helsearbeid

Når det gjelder heldøgns pleie- og omsorgstjenester innenfor psykisk helsearbeid oppga 34% av kommunene i 2020 at de har kjøpt ulike former for heldøgns pleie- og omsorgstjenester fra private kommersielle aktører, hvorav 24% var enkeltplasser, mens 10% var gjennom rammeavtaler. 23% av kommunene kjøpte ulike former for heldøgns pleie- og omsorgstjenester fra private ideelle aktører, mens 57% oppga å ikke ha kjøpt slike tjenester (Kaspersen & Ose, 2020)

I 2019 oppga 31% av kommunene at de har kjøpt ulike former for heldøgns pleie- og omsorgstjenester fra private kommersielle aktører, hvorav 22% var enkeltplasser, mens 9% var gjennom rammeavtaler. 29% av kommunene kjøpte ulike former for heldøgns pleie- og omsorgstjenester fra private ideelle aktører, mens 56% oppga å ikke ha kjøpt slike tjenester (Hilland et al., 2019).

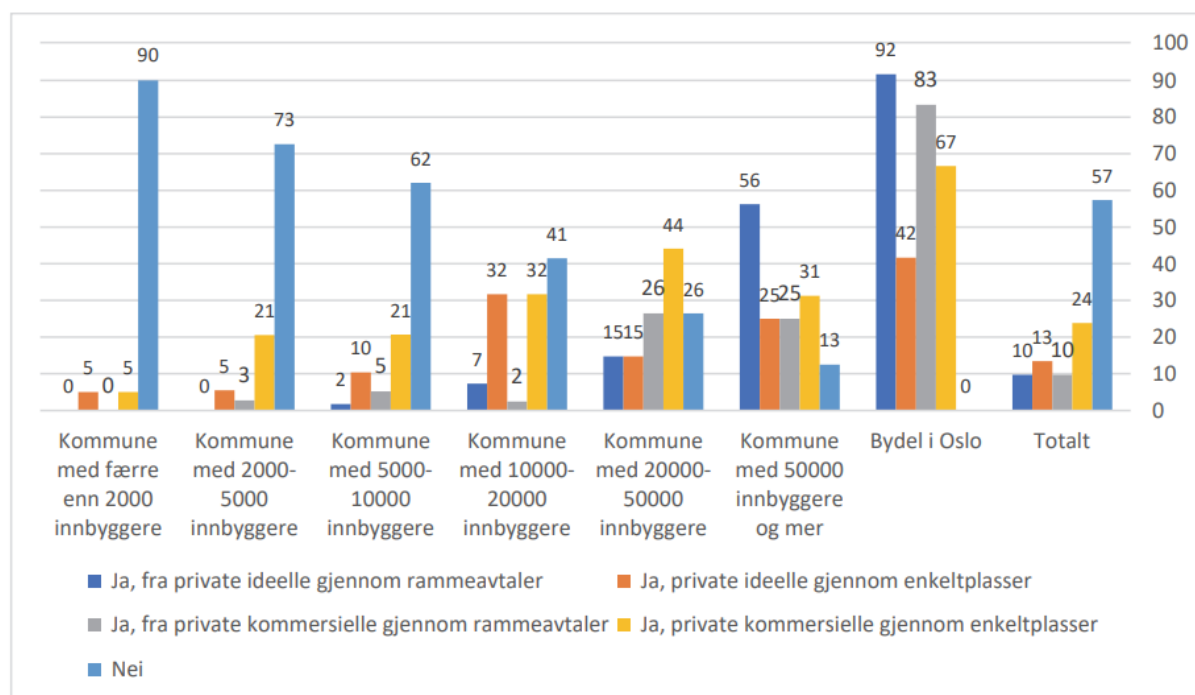
Det er en 5% reduksjon i kjøp av enkeltplasser fra private ideelle tjenestetilbydere og en liten økning i kjøp av enkeltplasser fra private kommersielle tjenestetilbydere fra 2019 til 2020, hvilket samsvarer med funnene i figur 4, s.39.

Hvilke typer heldøgns pleie- og omsorgstjenester som kommunene kjøper fra private tjenestetilbydere er fordelt slik: Langtidsplasser 84%, overgangstilbud 27%, akutttilbud 20% og andre typer tilbud 7% (Hilland et al., 2019) (se figur 4, s. 40).



4.3.3 Etter kommunestørrelse og sentralitet

I SINTEF-undersøkelsen (2020) kommer det frem at kommunestørrelse har innvirkning på kjøp av private heldøgns pleie- og omsorgstjenester, og det er de store kommunene som kjøper mest. Andelen av kommuner som oppgir å *ikke* ha kjøpt private tjenester øker ved reduksjon i antall innbyggere. Det er også de store kommunene som oppgir å ha kjøpt flest tjenester gjennom rammeavtaler, mens kjøp av enkeltplasser fra private kommersielle tjenestetilbydere er den vanligste innkjøpsformen for kommuner under 50'000 innbyggere (se figur 5, s, 41).



Figur 5 Kommuner/bydelers svar på om de kjøper heldøgns pleie- og omsorgstjenester fra private aktører. Figuren er hentet fra SINTEF-rapport 2020:01034. (Kaspersen & Ose, 2020).

Agenda Kaupang (2019) sin undersøkelse underbygger funnene i SINTEF-undersøkelsen, men nyanserer bildet ytterligere ved å vise at kommunestørrelse også har innvirkning på *måten* kommunene kjøper tjenester. De store kommunene kjøper desidert flest sykehjemsplasser, mens de små og mellomstore kommunene oftest kjøper tjenester i formatet omsorgsbolig/bofellesskap.

For å kontrollere hvorvidt det er kommunens størrelse som avgjør omfanget av private tjenestekjøp, eller om det er tilgjengeligheten på tjenestetilbydere som avgjør omfanget, kontrollerte Agenda Kaupang (2019) for kommunenes sentralitet. Det viste seg at kommunene bør ha flere enn 5000 innbyggere og i tillegg være relativt sentral før man kan

forvente at andelen private kjøp er forhøyet. Altså er ikke bare kommunestørrelse, men også kommunenes sentralitet en faktor som påvirker grad av private tjenesteinnkjøp.

4.4 Årsaker til kjøp av tjenester

4.4.1 Alle heldøgns pleie- og omsorgstjenester

I Agenda Kaupang (2019) sin kvantitative spørreundersøkelse svarte 95% (n=70) av kommunelederne at de valgte å kjøpe heldøgns pleie- og omsorgstjenester i omsorgsbolig eller bofellesskap fordi «kommunen manglet det konkrete tilbudet», for eksempel på grunn av manglende kapasitet eller kompetanse, eller fordi det gjelder spesielt krevende brukere. 11% (n=8) svarte fordi «kvaliteten på tjenestene er bedre enn det kommunen kan levere». 11% (n=8) oppga andre årsaker som i all hovedsak var knyttet til manglende kompetanse i kommunen. 83% (n=35) av kommuneledere i kommuner som hadde kjøpt sykehjemsplasser svarte at de valgte å kjøpe plassene fordi «kommunen manglet det konkrete tilbudet», for eksempel på grunn av manglende kapasitet eller kompetanse, eller fordi det gjelder spesielt krevende brukere.

I Agenda Kaupang (2019) sin intervjuundersøkelse svarer kommunelederne i kommuner som kjøper heldøgns pleie- og omsorgstjenester at brukernes behov og faglig forsvarlighet alltid kommer først når de skal vurdere hvorvidt de skal kjøpe tjenester eller levere tjenestene selv. Svarene underbygger også funnene fra spørreundersøkelsen om at akutte behov og manglende kompetanse og ressurser er de viktigste årsakene til at de velger å kjøpe tjenester.

4.4.2 For psykisk helsearbeid

I SINTEF-undersøkelsen (2020) ble ledere i kommuner som hadde valgt å kjøpe pleie- og omsorgstjenester innenfor psykisk helsearbeid bedt om å beskrive hvorfor. Svarene kan også her oppsummeres som manglende egenkapasitet og mangelfull kompetanse.

4.4.3 Forhold hos kommuner og brukere

I Agenda Kaupang (2019) sin intervjuundersøkelse oppgir ledere i små kommuner at de har rekrutterings- og bemanningsproblemer som skyldes et begrenset arbeidsmarked. De har også mindre kapasitet til å bygge opp et tilbud rundt brukere med spesielle behov. Dette får følgekonsekvenser ved at de heller ikke får bygget opp kompetanse som kan brukes på neste bruker med spesielle behov.

Én kommuneleder oppgir at de kommunale helsetjenestene har blitt mer komplisert og spesialisert over tid. Det er hyppigere innslag av vold- og trusler i omsorgssituasjoner, slik at det ikke lengre bare er helse- og omsorgskompetanse som er avgjørende for å gi et kvalitetsmessig godt tilbud. Det er også viktig med sikkerhets- og beredskapskompetanse som kommunene ikke besitter.

I samme undersøkelse oppgir kommunale ledere kombinasjonen mellom lav omstillingsevne i kommunen og stor volatilitet i tjenestebehovet som en årsak til private tjenstekjøp. En liten, usentral kommune hadde tidligere brukt tid på å bygge et omfattende tilbud rundt en bruker med svært krevende behov. Det var totalt 15 ansatte i turnus rundt denne brukeren, og da brukeren gikk bort etter kort tid satt kommunen igjen med en overtallighetsproblematikk.

4.4.4 Forhold hos de private tjenestetilbyderne

I Agenda Kaupang (2019) sin intervjuundersøkelse oppgir noen kommunale ledere at de private tjenestetilbyderne kan tilby arbeidstidsordninger med langvakter, noe som kommunene ikke kan. Med langvakter vil brukerne ha færre ansatte å forholde seg til, noe som ansees for å være kvalitetsmessig bedre.

Andre kommunale ledere påpeker at de private tjenestetilbyderne har mer erfaring med å bygge opp og ta ned kapasitet. Det blir derfor lettere for kommuner å kjøpe tjenesten enn å bygge opp et tilbud som kanskje må bygges ned igjen.

4.4.5 Eksterne forhold

I SINTEF-undersøkelsen (2020) ble ledere i kommuner som hadde valgt å kjøpe heldøgns pleie- og omsorgstjenester innenfor psykisk helsearbeid fra private tilbydere bedt om å beskrive hvorfor. Noen svarte at det hadde vært en økning i behov for antall nye boliger med heldøgns bemanning etter utskrivning fra sykehus/DPS, eller at det skyldtes kortere innleggelseser for svært alvorlig psykisk syke. Noen ledere hadde svart at ordningen «utskrivningsklar pasient» hadde medført økt kjøp av eksterne private tilbud, økte kostnader og flytting av brukere til områder de ikke hadde tilknytning til.

Også i intervjuundersøkelsen til Agenda Kaupang (2019) ble tidligere utskrivninger oppgitt som en årsak til kjøp av heldøgns pleie- og omsorgstjenester. Flere ledere beskriver at overføringer av pasienter fra spesialisthelsetjenesten og tvunget psykisk helsevern skjer raskere enn kommunen evner å omstille seg. Slike overføringer kan planlegges mellom

kommune og spesialisthelsetjeneste før de finner sted, men det påpekes at det er utskrivende enhet som har den største påvirkningen på når utskrivelser skjer.

4.4.6 Årsaker til å *ikke* kjøpe tjenester

I SINTEF-undersøkelsen (2020) ble kommunene som *ikke* kjøpte heldøgns pleie- og omsorgstjenester innenfor psykisk helsearbeid fra private tilbydere spurt om hvorfor de valgte å ikke gjøre det. Flere svarte at de ikke hadde behov, og at de heller prioriterte å bygge opp egne tjenester enn å kjøpe tjenester. Kommuner som tidligere hadde kjøpt heldøgns pleie- og omsorgstjenester innenfor psykisk helsearbeid fra private tilbydere, men som ikke gjorde det lengre ble spurt om hvorfor de hadde sluttet. Flere svarte at brukeren hadde flyttet eller fått bedre funksjonsnivå, mens andre svarte at kommunen hadde bygget opp eget tilbud.

I Agenda Kaupang (2019) sin intervjuundersøkelse ble ledere i kommuner som *ikke* hadde valgt å kjøpe pleie- og omsorgstjenester fra private tilbydere spurt om hvorfor. Noen ledere oppga at de vurderte sine egne tjenestetilbud for å være kvalitetsmessig like gode som de private. Andre svarte at de ikke trodde det var noe å spare økonomisk på å kjøpe tjenester. I noen kommuner forelå det sterke politiske føringer om å *ikke* kjøpe private tjenester. I enkelte usentrale kommuner oppga lederne at det ikke fantes tilbydere på markedet. De hevdet at arbeidsmarkedet og lange reiseavstander var lite forenelig med kjøp av tjenester. Det kom dog frem av samme undersøkelse at nabokommuner av de samme respondentene kjøpte tjenester, noe som sår tvil om riktigheten av forklaringen.

4.5 Oppsummering av funn

Private tjenestetilbydere betjener ca. 10% av pleie- og omsorgsmarkedet. Private kommersielle tjenestetilbydere har de siste årene hatt høyere indeksert vekst enn private ideelle og kommunale tjenestetilbydere. Sistnevnte funn gjelder også spesifikt innenfor psykisk helsearbeid. Små kommuner kjøper mest tjenester i omsorgsbolig/bofellesskap, mens store kommuner kjøper mest sykehjemstjenester.

Respondentene i spørreundersøkelsene og intervjuundersøkelsene svarer at forsvarlig tjenestekvalitet er vektet tyngst når det skal tas en beslutning om å kjøpe pleie- og omsorgstjenester. Økonomiske hensyn var altså sekundært.

Generelle forklaringer til kjøp av pleie- og omsorgstjenester var hovedsakelig manglende kapasitet eller kompetanse, eller at tjenestetilbudet gjaldt spesielt krevende brukere. Det samme gjelder også spesifikt innenfor psykisk helsearbeid.

Spesifikke forklaringer til kjøp av pleie- og omsorgstjenester var:

- Manglende evne til å rekruttere kompetanse på grunn av lite arbeidsmarked i en liten perifer kommune
- Manglende evne til å bygge opp kompetanse over tid på grunn av liten kommunestørrelse
- Ikke høy nok omstillingsevne til å ta imot brukere på kort varsel
- Kortere liggetid i spesialisthelsetjenesten som følge av ordningen «utskrivningsklar pasient»
- Lav påvirkning på når pasienter utskrives fra spesialisthelsetjenesten
- Mer spesialiserte pleie- og omsorgstjenester som krevde spesialkompetanse. Blant annet sikkerhet- og beredskapskompetanse på grunn av økt grad av vold i tjenesten
- Arbeidstidsordning med lange vakter hos private tilbydere hever kontinuitet og tjenestekvalitet
- Private tilbydere er raskere og flinkere til å bygge opp og ned kapasitet rundt brukere
- I noen kommuner er det sterke politiske føringer om å *ikke* kjøpe private tjenester.

5 Diskusjon av funn

Litteraturstudien danner et bilde av at kommunene som kjøper pleie- og omsorgstjenester sliter med å ivareta spesielt krevende brukere i det psykiske helsearbeidet. I de aller fleste tilfeller kommunene oppgir manglende kompetanse som årsak for tjenestekjøp er det spesialkompetanse det er snakk om. Enten det er sikkerhet- og beredskapskompetanse, kompetanse på rask opp og nedbygging av tjenestetilbud eller kompetanse for å ivareta brukere med alvorlig psykiske lidelser. En annen gjennomgående årsak til kjøp av tjenester er tidligere utskrivelser av kommunale brukere fra spesialisthelsetjenesten og en ubalanse i maktforhold mellom tjenestenivåene. Ingen kommuner i noen av undersøkelsen har svart at de velger å kjøpe pleie- og omsorgstjenester fordi det er billig eller fordi det private tilbudet er kvalitetsmessig veldig bra. Det er heller respondentenes oppfatning at deres egne tilbud er for dårlige, eller at eksterne årsaker gjør at de ikke strekker til. I diskusjonsdelen vil disse funnene kobles opp mot trekk i utviklingen av det psykiske helsevesenets organisering. Det vil også undersøkes hvorvidt kommunene kan lære noe av hvordan de private tjenestetilbyderne har valgt å organisere tjenestene sine.

5.1 Lav lokal kapasitet og kompetanse

I teorikapitlet ble det beskrevet at argumentene som talte for desentralisering av det psykiske helsevesenet hovedsakelig var økonomiske og medisinske. Det økonomiske argumentet var at store sentrale psykiatriske sykehus var dyre i drift (Kringlen, 2007). Det medisinske argumentet var tuftet på studiene av institusjonsskader (Wing & Brown, 1970) og det sosialpsykiatriske tankesettet om at behandling av psykiske lidelser hadde best effekt i pasientens nærmiljø. Med andre ord burde behandling tilbys lokalt og i mest mulig frie former (St.meld. nr. 25, 1996-97). Det kom også frem i teorikapitlet at spesialkompetanse innenfor psykisk helse har blitt etterlyst siden 90-tallet (Vold, 2002), og at det tidligere har blitt avdekket store geografiske forskjeller i tilgangen på kvalifisert personell (St.prp. nr. 63, 1997-98). I litteraturstudien oppgir kommuneledere i små kommuner at de kjøper private tjenester fordi arbeidsmarkedet er for lite til å rekruttere nok spesialkompetanse til egne tjenestetilbud. (Agenda Kaupang, 2019, s. 34-35). Samme undersøkelse påpeker at de små kommunene heller ikke har nok innbyggere til å bygge opp sin egen kompetanse. Herunder ligger desentraliseringens dilemma; hvordan kan man tilby behandling i pasientens lokalmiljø hvis det ikke fins nok kompetanse i lokalmiljøet?

Det kom frem i litteraturstudien at også små, perifere kommuner kjøper heldøgns pleie- og omsorgstjenester fra private kommersielle tjenestetilbydere (Agenda Kaupang, 2019, s. 25). Litteraturstudien viser også at tjenestekvalitet at veier tyngst når kommuner velger å kjøpe private tjenester (Agenda Kaupang, 2019, s. 34). Dermed ser ut som at de private tjenestetilbyderne har nok ressurser og kompetanse til å gi et kvalitetsmessig forsvarlig tjenestetilbud, også i små perifere kommuner. I så fall må de private tilbyderne ha funnet løsninger på desentraliseringsdilemmaet. Én respondent i SINTEF-undersøkelsen bemerket at kjøp av heldøgns pleie- og omsorgstjenester fra private tjenestetilbydere ofte medførte «flytting av brukere til områder de ikke har tilknytning til» (Kaspersen & Ose, 2020, s. 177). Det virker som at private tjenestetilbydere ikke alltid tilbyr tjenester i brukerens lokalmiljø, men heller flytter brukeren til andre områder. Hvis det er tilfellet kan også andre brukere flyttes, og om flere brukere flyttes sentralt til samme sted kan det medføre stordriftsfordeler. Stordriftsfordeler i denne sammenhengen kan være lavere grad av bemanning per pasient, større fagmiljø, erfaringsbasert kompetanse gjennom kontakt med flere brukere og brukergrupper, og økt sikkerhet for de ansatte gjennom høyere grunnbemanning. I samme undersøkelse oppga 63% av kommunene å ha inngått interkommunalt samarbeid (IKS) på psykisk helse- og rusarbeid (Kaspersen & Ose, 2020, s. 180). Ved å inngå IKS på heldøgns pleie- og omsorgstilbud vil kommunene også kunne dra nytte av stordriftsfordeler. Mange små kommuner vil på denne måten kunne løse problemet med manglende ressurser og kompetanse. På en annen side vil det også innebære at mange pasienter flyttes ut av sitt lokalmiljø. På lik linje som i de private tjenestetilbudene respondenten i SINTEF-undersøkelsen beskrev.

En respondent i Agenda Kaupang-undersøkelsen (2019, s. 34) svarte at de private tjenestetilbyderne kunne tilby andre arbeidstidsordninger, deriblant lange vakter. Da fikk brukerne færre ansatte å forholde seg til, noe som ble ansett for å være kvalitetsmessig bedre. Arbeidstidsordningen det refereres til er medlevertturnusen som ble beskrevet i avsnittet om Aleris-saken i denne oppgaven (Tømmerås, 2019a). Respondenten nevner bedret kontinuitet i pasientoppfølgingen som et salgspunkt ved denne arbeidstidsordningen, men den løser også et annet problem. En arbeidstidsordning som består av lengre perioder med fri muliggjør rekruttering av personell fra et større geografisk område, spesielt hvis den ansatte har anledning til å bo på arbeidsstedet i arbeidsperioden. Dermed kan private tjenestetilbydere drifte pleie- og omsorgstilbud i små perifere kommuner med arbeidskraft fra mer sentrale områder hvor arbeidsmarkedet er større.

5.2 Dårlig samhandling og lav omstillingsevne

I litteraturundersøkelsen oppgir flere respondenter at tidlige utskrivelser fra spesialisthelsetjenesten er en stor grunn til kjøp av pleie- og omsorgstjenester fra private tilbydere. De opplever at de ikke rekker å snu seg rundt tidsnok til å ta imot pasienten (Kaspersen & Ose, 2020, s. 177). Andre respondenter oppgir at de velger å kjøpe tjenester fordi de private tilbyderne har bedre omstillingsevne og erfaring med å bygge opp og ned kapasitet (Agenda Kaupang, 2019, s. 35).

Etter at primærhelsetjenesten gradvis overtok hovedansvaret i det psykiske helsevesenet har pleie- og omsorgstjenestene i kommunen vært nødt til å ivareta stadig flere personer med alvorlige psykiske lidelser (St.meld. nr. 25, 1996-97). Samtidig har avkortning av liggetiden i spesialisthelsetjenesten lenge vært en politisk målsetting (Nerland, 2001). Det har ført til et stort press på de kommunale pleie- og omsorgstjenestene. Etter at døgnmulker for utskrivningsklare pasienter (2011) ble innført for psykisk helsevern har bare presset økt ytterligere. Derfor har flere reformer innført tiltak for å bedre samarbeidet mellom kommunene og spesialisthelsetjenesten, slik at pasientoverføringer skal skje smertefritt. Samhandlingsreformen innførte samarbeidsavtaler (St.meld. nr. 47, 2008-2009), veilederen «sammen om mestring» innførte hovedforløp (Helsedirektoratet, 2014), pakkeforløp for rus- og psykiatri ble begynt implementert i 2018 (Helsedirektoratet, 2020). Respondentene rapporterer likevel at samarbeidet fortsatt er for dårlig og at det er spesialisthelsetjenesten som bestemmer når utskrivelser skjer. Resultatet av det dårlige samarbeidet ligner veldig på resultatet som ble beskrevet i St.meld. nr. 25 (1996-97). Nemlig at pasientene faller mellom to stoler. Forskjellen er at det i dag eksisterer private tjenestetilbydere som står klare til å ta dem imot.

Tilbakemeldinger fra respondenter i litteraturstudien gir litt innsikt i hvordan de private tjenestetilbydere evner å bygge opp tilbud og omstille seg raskt. Det samme gjorde Aleris-saken som ble beskrevet i teorikapitlet. Én respondent i SINTEF-undersøkelsen bemerket at kjøp av heldøgns pleie- og omsorgstjenester fra private tjenestetilbydere ofte medførte «flytting av brukere til områder de ikke har tilknytning til» (Kaspersen & Ose, 2020, s. 177). Det innebærer at private tjenestetilbydere har mulighet til å organisere et pleie- og omsorgstilbud geografisk fjernt fra brukerens lokalmiljø. Altså er det ikke nødvendigvis slik at de private tjenestetilbyderne bygger opp et tilbud rundt pasienten, men heller flytter pasienten dit det allerede er et tilbud. Dette er i strid med de politiske føringene som lenge har

kjempet for et regionalt behandlingstilbud, men også mulig for kommunene å gjøre dersom de inngår IKS på pleie- og omsorgstjenester. I Aleris-saken kom det frem at private tjenestetilbydere i mange tilfeller brukte konsulenter på midlertidige kontrakter i stedet for i fast ansettelsesform, og at medleverturnus var en normal arbeidstidsordning (Aarseth & Strømman, 2019). Konsulentkontrakter har den fordelen at de er midlertidige og ikke koster arbeidsgiver noe dersom oppdragsmengden er lav. Med konsulentbruk kan man raskt bygge opp og ned kapasitet uten å risikere overtallsproblematikk. Medleverturnus har en fordel ved at de private tjenestetilbyderne kan rekruttere personell fra et større geografisk område. Det vil øke tilgangen på personell, både ved rekruttering, men også ved akutt tilkalling dersom noe uforventet krever rask omstilling.

6 Konklusjon

Slik funnene i litteraturstudien tolkes så kan de umiddelbare årsakene til at kommuner velger å kjøpe pleie- og omsorgstjenester oppsummeres med mangel på kompetanse, mangelfullt samarbeid med spesialisthelsetjenesten, og stor pågang av brukere med spesielt utfordrende behov. Det kommer frem at kommunene kan lære mye om omstillingsevne, rekruttering og kompetansebygging fra de private tjenestetilbyderne. Når en ser på litteraturstudien i sammenheng med utviklingen innenfor organiseringen av det psykiske helsevesenet nyanseres de umiddelbare funnene. I et historisk perspektiv skrider uheldige kombinasjoner av politiske avgjørelser frem som bakenforliggende årsaker til at kommuner velger å kjøpe pleie- og omsorgstjenester fra private tilbydere.

6.1 Forslag til videre forskning

Etter gjennomført litteraturstudie etterlyses det mer forskning på kjøp av pleie- og omsorgstjenester som spesifikt omhandler psykisk helsearbeid. For eksempel en studie som benytter datamateriale basert på diagnosegrupper i stedet for type tjenestetilbud. Det hadde også vært interessant å se hvordan kommuner og private tilbydere bruker pengene når de skal organisere en pleie- og omsorgstjeneste. Til slutt ville det vært nyttig med valide kvalitetsindikatorer på pleie- og omsorgstjenester innenfor psykisk helsearbeid, slik at man kan måle kvalitative effekter av bestemte former for tjenesteorganisering.

Referanseliste

- Agenda Kaupang. (2019). *Kartlegging av kommunenes kjøp av pleie- og omsorgstjenester fra kommersielle og ideelle aktører* (1020640). A. Kaupang.
<https://www.agendakaupang.no/publication/kartlegging-av-kommunenes-kjop-av-pleie-og-omsorgstjenester-fra-kommersielle-og-ideelle-aktorer/>
- Barnevernloven. (1993). *Lov om barneverntjenester* (LOV-1992-07-17-100). Barne- og familiedepartementet. <https://lovdata.no/dokument/NL/lov/1992-07-17-100>
- Bergene, A. C., Bjøru, E. C., Hippe, J. M., Holte, J. H., Røtnes, R. & Trygstad, S. C. (2019). *Når velferd er til salgs: Ideelle og kommersielle leverandører av velferdstjenester* (2019:11). Fafo. <https://www.fafo.no/zoo-publikasjoner/fafo-rapporter/item/nar-velferd-er-til-salgs>
- Bogen, H., Gautun, H. & Grødem, A. S. (2013). *Konsekvenser av konkurranseutsetting Kvalitet, effektivitet og arbeidsvilkår i sykehjem og hjemmetjenester* (2013:24). Fafo. <https://www.fafo.no/images/pub/2013/20314.pdf>
- Bogen, H. & Moland, L. E. (2001). *Konkurranseutsetting og nye organisasjonsformer i norske kommuner: muligheter og begrensninger*. Fafo.
- Braut, G. S. (2019, 04.04.2019). *Kommunehelsetjenesten*. I S. m. leksikon (Red.). sml.snl.no. <https://sml.snl.no/kommunehelsetjenesten>
- Braut, G. S. & Malt, U. (2019, 17. Oktober). *Psykiatrisk Sykehus*. Store Norske Leksikon. https://sml.snl.no/psykiatrisk_sykehus
- Bruun, H. & Svendsen, E. (2011). Før og etter opptrappingsplanen - sett fra mennesker med erfaring fra psykisk helsevern. *Tidsskrift for psykisk helsearbeid*, 8(3), 237-243. <https://doi.org/https://doi-org.mime.uit.no/10.18261/issn.1504-3010>
- Busch, T., Johnsen, E., Klausen, K. K. & Vanebo, J. O. (2001). *Modernisering av offentlig sektor - New Public Management i praksis* (Bd. 1). Universitetsforlaget.
- Clausen, H., Evjen, R., Heiervang, K., Israel, P., Landheim, A., Lofthus, A.-M., Odden, S., Ruud, T., Stuen, H. K. & Weimand, B. (2014). *Utprøving av ACT-team i Norge - Hva viser resultatene?* S. I. H. Nasjonal kompetansetjeneste for samtidig rusmisbruk og psykisk lidelse (NKROP). https://rop.no/globalassets/dokumenter/sluttrapport-evaluering-act-team_.pdf
- Dalgard, O. S. & Høyer, G. (2002). *Lærebok i rettspsykiatri*. Gyldendal akademisk.
- Deloitte. (2012). *Kostnader og gevinster knyttet til bestiller-utfører-modellen* (Program for storbyretten forskning, Issue. K. Sentralforbund.
- Evans, A. N. & Rooney, B. J. (2008). *Methods in psychological research*. SAGE.
[Record #14 is using a reference type undefined in this output style.]
- Forskningsrådet. (2009). *Evaluering av Opptrappingsplanen for psykisk helse (2001 - 2009)*. Norges forskningsråd.
- Forskningsrådet. (2016). *Evaluering av samhandlingsreformen - Sluttrapport fra styringsgruppen for forskningsbasert føleevaluering av samhandlingsreformen (EVASAM)*. Norges forskningsråd.
- Forskrift om kommunal betaling, u. p. (2011). *Forskrift om kommunal betaling for utskrivningsklare pasienter* (FOR-2011-11-18-1115). Helse- og omsorgsdepartementet. <https://lovdata.no/dokument/SF/forskrift/2011-11-18-1115>
- Forskrift om medleverordninger mv. (2005). *Forskrift om arbeidstid i institusjoner som har medleverordninger* (FOR-2005-06-24-686). Arbeids- og sosialdepartementet. <https://lovdata.no/dokument/SF/forskrift/2005-06-24-686>
- Hagen, T. P., Iversen, T. & Magnussen, J. (2001). *Sykehusenes effektivitetsutvikling 1992-1999: Hvilke effekter ga innsatsstyrt finansiering?* (HERO Skriftserie, Issue. U. i. O. Helseøkonomisk forskningsprogram. <https://core.ac.uk/download/pdf/52110027.pdf>

- Hammerborg, M. (2016). "Mentalen" - fra mentalsykehus til dollhus i Bergen. *Tidsskriftet den norske legeforening*, 136(12), 1120-1124. <https://doi.org/10.4045>
- Helse- og omsorgsdepartementet. (2020, 26.08.2020). *Slik er spesialisthelsetjenesten bygd opp*. regjeringen.no. <https://www.regjeringen.no/no/tema/helse-og-omsorg/sykehus/innsikt/nokkeltall-og-fakta---ny/slik--er-spesialisthelsetjenesten-bygd-o/id528748/>
- Helse- og omsorgstjenesteloven. (2011). *Lov om kommunale helse- og omsorgstjenester m.m.* (LOV-2011-06-24-30). Helse- og omsorgsdepartementet. https://lovdata.no/dokument/NL/lov/2011-06-24-30#KAPITTEL_6
- Helsedirektoratet. (2014). *Sammen om mestring. Veileder i lokalt psykisk helsearbeid og rusarbeid for voksne* (Bd. 2076). Helsedirektoratet. <https://www.helsedirektoratet.no/veiledere/sammen-om-mestring-lokalt-psykisk-helsearbeid-og-rusarbeid-for-voksne>
- Helsedirektoratet. (2015). *En gjennomgang av finansierungsordningene i spesialisthelsetjenesten*. Helsedirektoratet. [https://www.helsedirektoratet.no/tema/finansiering/innsatsstyrt-finansiering-isf/ISF_uttalelser_2015%20%E2%80%93%2008.08.15%20En%20gjennomgang%20av%20finansierungsordningene%20i%20spesialisthelsetjenesten.pdf/](https://www.helsedirektoratet.no/tema/finansiering/innsatsstyrt-finansiering-og-drg-systemet/innsatsstyrt-finansiering-isf/ISF_uttalelser_2015%20%E2%80%93%2008.08.15%20En%20gjennomgang%20av%20finansierungsordningene%20i%20spesialisthelsetjenesten.pdf/) /attachment/inline/78f36ff3-3245-4d15-8d23-723d0073413e:f4288a6fdf507c6e84401323dceb840b661921e6/ISF_uttalelser_2015%20%E2%80%93%2008.08.15%20En%20gjennomgang%20av%20finansierungsordningene%20i%20spesialisthelsetjenesten.pdf
- Helsedirektoratet. (2018). *Nasjonal plan for implementering av pakkeforløp for psykisk helse og rus 2018-2020*. Helsedirektoratet. <https://www.helsedirektoratet.no/pakkeforlop/dokumenter-pakkeforlop%20psykisk%20helse%20og%20rus/Pakkeforl%C3%B8p%20for%20psykisk%20helse%20og%20rus%20-%20nasjonal%20plan%20for%20implementering%202018-2020.pdf/> /attachment/inline/8b6fb586-8e1c-423a-a054-376abee6827e:cd98f32681d7c5c52fad3a578d709ffcdbe744a2/Pakkeforl%C3%B8p%20for%20psykisk%20helse%20og%20rus%20-%20nasjonal%20plan%20for%20implementering%202018-2020.pdf
- Helsedirektoratet. (2020). *Pakkeforløp psykisk helse og rus: 1. tertial 2020* (IS-2917). Helsedirektoratet. <https://www.helsedirektoratet.no/rapporter/pakkeforlop-psykisk-helse-og-rus-1.tertia-2020/Pakkeforl%C3%B8p%20psykisk%20helse%20og%20rus%201.%20tertia-2020.pdf/> /attachment/inline/76117cd4-599b-486e-afa2-1f0fb44903cd:dc205b4ca1d68784f27918215da5b206758d42a2/Pakkeforl%C3%B8p%20psykisk%20helse%20og%20rus%201.%20tertia-2020.pdf
- Helseforetaksloven. (2001). *Lov om helseforetak m.m.* (LOV-2001-06-15-93). Helse- og omsorgsdepartementet. <https://lovdata.no/dokument/NL/lov/2001-06-15-93>
- Helsepersonelloven. (1999). *Lov om helsepersonell m.v.* (LOV-1999-07-02-64). Helse- og omsorgsdepartementet. <https://lovdata.no/dokument/NL/lov/1999-07-02-64>
- Hem, E. (2020, 29.07.2020). Poliklinisk. I S. M. Leksikon (Red.). sml.snl.no. <https://sml.snl.no/poliklinisk>
- Hermundstad, G. (1999). *Psykiatriciens Historie*. Ad Notam Gyldendal.
- Hilland, G. H., Kalseth, J., Kaspersen, S. L., Ose, S. O. & Ådnanes, M. (2019). *Kommunalt psykisk helse- og rusarbeid 2019: Årsverk, kompetanse og innhold i tjenesten*. SINTEF.

- Høiness, H. (2018, 16.20.2018). Omsorgsselskapet Aleris med 3000 norske ansatte selges. VG. <https://www.vg.no/nyheter/innenriks/i/m62PgL/omsorgsselskapet-aleris-med-3000-norske-ansatte-selges>
- Jensberg, H., Kaspersen, S. L., Ose, S. O. & Slettebak, R. T. (2011). *Kommunale tiltak i psykisk helsearbeid - Årsverksstatistikk og analyser av kommunal variasjon*. Sintef. <https://www.sintef.no/globalassets/upload/helse/arbeid-og-helse/kommunale-tiltak-i-psykisk-helsearbeid-2011-komprimert.pdf>
- Kaspersen, S. L. & Ose, S. O. (2020). *Kommunalt psykisk helse- og rusarbeid 2020: Årsverk, kompetanse og innhold i tjenestene (2020:01034)*. SINTEF. <https://www.regjeringen.no/no/dokumenter/kommunalt-psykisk-helse-og-rusarbeid-2020/id2787114/>
- Kommunehelsetjenesteloven. (1982). *Lov om helsetjenesten i kommunene (LOV-1982-11-19)*. Helse- og omsorgsdepartementet.
- Kommunenes Sentralforbund. (2004). *Bestiller-utfører-organisering i pleie og omsorgssektoren: en veileder*. Kommunenes sentralforbund.
- Kringlen, E. (2007). *Norsk psykiatri gjennom tidene*. N. W. DAMM & SØN.
- Landheim, A. & Odden, S. (2020). *Evaluering av FACT-team i Norge - Sluttrapport*. S. I. H. Nasjonal kompetansetjeneste for samtidig rusmisbruk og psykisk lidelse (NKROP). https://www.helsedirektoratet.no/tema/lokalt-psykisk-helse-og-rusarbeid/act-og-fact-team/Evaluering%20av%20FACT-team%20i%20Norge.pdf/_attachment/inline/8f652113-5590-4353-ac97-5b4f642cf633:1440ec6d41871d69b50eec913dd8ef66d619d05b/Evaluering%20av%20FACT-team%20i%20Norge.pdf
- Lov om psykisk helsevern. (1961). *Lov om psykisk helsevern (LOV-1961-04-28-2)*.
- Merriam-Webster. (2021). Psychiatry. I. Hentet 18.05.2021 fra <https://www.merriam-webster.com/dictionary/psychiatry>
- Mestre hele livet. (2017-2022). *Mestre hele livet: Regjeringens strategi for god psykisk helse*. Departementene. https://www.regjeringen.no/contentassets/f53f98fa3d3e476b84b6e36438f5f7af/strategi_i_for_god_psykisk-helse_250817.pdf
- Michael. (2017). "I beste hensikt, men..." Tvang i psykisk helsevern i skjæringspunktet mellom jus og psykiatri. *Michael*, 14, 19-24.
- Nerland, S. M. (2001). Kurpengeordningen før 1980 - den glemte finansieringsordningen. *Tidsskrift for den Norske Legeforening*, 25(121), 2983-2985. <https://tidsskriftet.no/2001/10/kronikk/kurpengeordningen-1980-den-glemte-finansieringsordningen>
- Nerland, S. M. & Ringard, Å. (2017). Når reformer skiller lag - en analyse av fritt sykehusvalg og sykehusreformen. *Michael*, 14, 106-118. <https://www.michaeljournal.no/i/2017/01/10-N%C3%A5r-reformer-skiller-lag-en-analyse-av-fritt-sykehusvalg-og-sykehusreformen>
- Nesheim, T. & Vathne, K. (2000). *Konkurranseutsetting og bestiller-utfører organisering i norske kommuner (SNF-Rapport Nr. 59/2000)*. K. sentralforbund.
- NOU 1984:23. (1984). *Produktivitetsfremmende reformer i statens budsjettssystem*. https://www.stortinget.no/no/Saker-og-publikasjoner/Stortingsforhandlinger/Lesevisning/?p=1984-85&paid=2&wid=a&psid=DIVL1083&pgid=a_0827&vt=a&did=DIVL1095&s=True
- NOU 1995:14. (1995). *Somatiske spesialsykehjem, psykiatriske sykehjem og psykiatrisk privatpleie*. Sosial- og helsedepartementet. <https://www.regjeringen.no/contentassets/92aad4b7e3214b93896a4c3edf6c4b7e/no/pdfa/nou199519950014000dddpdfa.pdf>

- NOU 1996: 1. (1996). *Et enklere og mer rettferdig inntektssystem for kommuner og fylkeskommuner*. Kommunal- og moderniseringsdepartementet. <https://www.regjeringen.no/no/dokumenter/nou-1996-1/id140457/?ch=5>
- NOU 2000: 19. (2000). *Bør offentlig sektor eksponeres for konkurranse? - En gjennomgang av nasjonale og internasjonale erfaringer*. Kommunal- og moderniseringsdepartementet. <https://www.regjeringen.no/no/dokumenter/nou-2000-19/id117394/?ch=3#kap2-3>
- NOU 2011: 9. (2011). *Økt selvbestemmelse og rettssikkerhet — Balansegangen mellom selvbestemmelsesrett og omsorgsansvar i psykisk helsevern*. Helse- og omsorgsdepartementet. <https://www.regjeringen.no/no/dokumenter/nou-2011-9/id647625/>
- Ot. prp. nr. 66. (2000-2001). *Om lov om helseforetak m.m.* Helse- og omsorgsdepartementet. <https://www.regjeringen.no/no/dokumenter/otprp-nr-66-2000-2001/id165010/?ch=2>
- Pasient- og brukerrettighetsloven. (1999). *Lov om pasient- og brukerrettigheter* (LOV-1999-07-02-63). Helse- og omsorgsdepartementet. <https://lovdata.no/dokument/NL/lov/1999-07-02-63>
- Misskötsel av privata vårdboenden*, (2011). https://www.riksdagen.se/sv/dokument-lagar/dokument/skriftlig-fraga/misskotsel-av-privata-vardboenden_GZ11111
- Prop. 60 L (2017-18). (2017). *Endringer i alkoholloven, atmoenergiloven, folkehelseloven, legemiddeloven, lov om medisinsk utstyr, strålevernloven og tobakksskadeloven mv. (overtredelsesgebyr mv.)* [15]. Helse- og Omsorgsdepartementet. <https://www.regjeringen.no/no/dokumenter/prop.-60-l-20172018/id2595851/?ch=15>
- Psykisk helsevernloven. (1999). *Lov om etablering og gjennomføring av psykisk helsevern* (LOV-1999-07-02-62). Helse- og omsorgsdepartementet. <https://lovdata.no/dokument/NL/lov/1999-07-02-62>
- Regnskapsloven. (1998). *Lov om årsregnskap m.v.* (LOV-1998-07-17-56). Finansdepartementet. <https://lovdata.no/dokument/NL/lov/1998-07-17-56>
- Rundskriv I-41/99. (1999). *Fremtidig ordning for pasienter i privat forpleining under det psykiske helsevernet*. Sosial- og helsedepartementet. https://www.helsetilsynet.no/globalassets/opplastinger/regelverk/rundskriv/dep_gamle_rundskriv/i-41-1999.pdf
- Sommerschild, H. & Moe, E. (2005). *Da barnepsykiatrien kom til Norge - Beretninger ved noen som var med*. Universitetsforlaget.
- Spesialisthelsetjenesteloven. (1999). *Lov om spesialisthelsetjenesten m.m.* (LOV-1999-07-02-61). Helse- og omsorgsdepartementet. https://lovdata.no/dokument/NL/lov/1999-07-02-61/KAPITTEL_3#%C2%A73-3
- St.meld. nr. 9. (1974-75). *Sykehusutbygging m.v. i et regionalisert helsevesen*. Sosialdepartementet.
- St.meld. nr. 25. (1996-97). *Åpenhet og helhet. Om psykiske lidelser og tjenestetilbudene*. Sosial- og helsedepartementet. <https://www.regjeringen.no/contentassets/b0c5168d7b574157977a877d2a68aa17/no/pdfs/stm199619970025000dddpdfs.pdf>
- St.meld. nr. 41. (1987-88). *Helsepolitikken mot år 2000 Nasjonal helseplan*. Sosialdepartementet.
- St.meld. nr. 47. (2008-2009). *Samhandlingsreformen Rett behandling - på rett sted - til rett tid*. Helse- og omsorgsdepartementet. <https://www.regjeringen.no/contentassets/d4f0e16ad32e4bbd8d8ab5c21445a5dc/no/pdfs/stm200820090047000dddpdfs.pdf>
- St.meld. nr. 50. (1993-94). *Samarbeid og styring - mål og virkemidler for en bedre helsetjeneste*. Sosial- og helsedepartementet. <https://www.stortinget.no/no/Saker-og->

- [publikasjoner/Stortingsforhandlinger/Lesevisning/?p=1993-94&paid=3&wid=e&psid=DIVL599&pgid=e_0719](#)
- St.prp. nr. 47. (1999-2000). *Om sykehusøkonomi og budsjett 2000*. Helse- og omsorgsdepartementet. <https://www.regjeringen.no/no/dokumenter/stprp-nr-47-1999-2000-/id202984/?ch=3#kap3-2-3>
- St.prp. nr. 63. (1997-98). *Om opptrappingsplan for psykisk helse 1999 - 2006 Endringer i statsbudsjettet for 1998*. Helse- og omsorgsdepartementet. <https://www.regjeringen.no/no/dokumenter/stprp-nr-63-1997-98-/id201915/?ch=1>
- St.prp. nr. 65. (2000-2001). *Om endringer i statsbudsjettet for 2001 som følge av fastlegereformen*. Helse- og omsorgsdepartementet. <https://www.regjeringen.no/no/dokumenter/stprp-nr-65-2000-2001-/id204541/?ch=2>
- Statistisk Sentralbyrå. (1965). *Psykiatriske sykehus 1965*. S. Sentralbyrå.
- Statistisk Sentralbyrå. (1972). *Psykiatriske Sykehus 1970*. https://www.ssb.no/a/histstat/nos/nos_a461.pdf
- Statistisk Sentralbyrå. (1980). *Helseinstitusjoner 1980*. S. Sentralbyrå.
- Statistisk Sentralbyrå. (1985). *Helseinstitusjoner 1985*. S. Sentralbyrå.
- Statistisk Sentralbyrå. (1990). *Helseinstitusjoner 1990*. S. Sentralbyrå.
- Statistisk Sentralbyrå. (2002). *Helsestatistikk 1992-2000*. S. Sentralbyrå.
- Sæther, J. M. (2018, 29.08.2018). Oslo må si opp kontrakten med Aleris, mener Fagforbundet. *Dagsavisen*. <https://frifagbevegelse.no/forside/oslo-ma-si-opp-kontrakten-med-aleris-mener-fagforbundet-6.158.575475.12f1c7fe06>
- Tømmerås, O. (2019a, 10.04.2019). Dette regnestykket er partene i Aleris-rettssaken rykende uenige om. Frifagbevegelse.no. https://frifagbevegelse.no/aleris/dette-regnestykket-er-partene-i-alerisrettssaken-rykende-uenige-om-6.158.610935.4ce6f0d769?app_multi=NeoDirect,NeoDirect&com_multi=6%2F158%2F610935%2F4ce6f0d769,6%2F158%2F727793%2F828123de89
- Tømmerås, O. (2019b, 12.02.2019). Lysbakken og Moxnes: - Denne rettssaken åpner folks øyne for hva vi har sluppet løs i norsk omsorg. *Fagbladet*. <https://fagbladet.no/nyheter/lysbakken-og-moxnes--denne-rettssaken-apner-folks-oyne-for-hva-vi-har-sluppet-los-i-norsk-omsorg-6.91.611557.936709ce2c>
- Velferd uten profitt. (2019, 26.04.2019). Nå skal vi sette en stopper for velferdsprofitørene! *Dagbladet*. <https://www.dagbladet.no/kultur/na-skal-vi-sette-en-stopper-for-velferdsprofitorene/71012075?fbclid=IwAR2nCg0xH41gWDOzaPQER6YSqmJG-Si4mOqmSrUKS05ypzWaYyWHMZkQmsE>
- Velle, V. (2011). Carema gir opp sykehjemsdriften i Norge. *Fagbladet.no*. <https://fagbladet.no/article-6.91.17107.38084921a0>
- Vold, B. (1994). *Fra omgangslegd til asylbehandling, Psykiatrien 1900-1920*. S. S. s. Historisk helsestatistikk. <https://www.ssb.no/a/publikasjoner/pdf/sa94/del-iv-1b.pdf>
- Vold, B. (1999). *Psykiatriens historie i Norge, del 1: Den store institusjonsoppbyggingen. Samfunnsspeilet, I*. <https://www.ssb.no/a/samfunnsspeilet/utg/9901/2.shtml>
- Vold, B. (2002). *Psykiatrien på 1990-tallet: Mer aktiv behandling* (SA, Issue). S. Sentralbyrå.
- Wing, J. K. & Brown, G. W. (1970). *Institutionalism and Schizophrenia: A Comparative Study of Three Mental Hospitals 1960-1968*. Cambridge University Press. <https://doi.org/DOI:10.1017/CBO9780511753374>
- Aarseth, T. & Strømman, O. (2019, 13.01.2019). 20'000 mulige brudd på arbeidsmiljøloven. *Dagbladet*. <https://www.dagbladet.no/nyheter/20-000-mulige-brudd-pa-arbeidsmiljoloen/70564802>

