

Psykiatriens fremtid

Fremtidens psykiatri

Keld Borup, Helle Charlotte Knudsen, Per Vendsborg

Masterafhandling
Januar 2003

Master of Public Administration
Copenhagen Business School

Forord

MPA-afhandlingen *Psykiatriens fremtid – fremtidens psykiatri* er gennemført som det afsluttende projekt under vores *MPA*-studium. Afhandlingen bygger på flere af vore tidligere undersøgelser og rapporter fra studiet.

Lektor Carl Ry Nielsen har været vores vejleder gennem de delprojekter, som danner grundlaget for herværende opgave: *Omstilling i psykiatrien – Processen i Viborg Amt, Psychiatry in Scotland and England – Current Issues* og *Dansk Psykiatrisk Selskabs strategi for at bevare den lægefaglige indflydelse på psykiatrien i Danmark*. Han har ligeledes været vores vejleder gennem den afsluttende fase af *MPA*-studiet og opgaveskrivningen.

Carl Ry Nielsen takkes varmt for den interesse, han har vist os, den engagerede vejledning og den saglige refleksion, han har ydet os undervejs. Vi har nydt de uformelle snakke, der også blev tid til.

Psykiatriens fremtid tager udgangspunkt i vore undersøgelser af psykiatriens organisation i tre amter i Danmark – Viborg Amt, Vejle Amt og Fyns Amt.

Vi er blevet taget i mod med en stor imødekommenhed, velvillighed og åbenhed, når vi har henvendt os for at få interviews i stand. Vi vil gerne takke socialdirektør Kristian Brøns Nielsen i Viborg Amt for at tage sig tid til at deltage i interview, men særligt for hans gæstfrihed, hvor vi besøgte forskellige behandlingstilbud i psykiatrien i Viborg Amt. Vi vil gerne takke de medarbejdere, der deltog ved vores besøg og særlig tak til cheflæge Inge Munk Møller og socialrådgiver Henrik Kjeldgaard.

Vi vil også gerne takke psykiatridirektør Kirsten Nielsen, souschef Torben Andersen, cheflæge/adm. overlæge Jørgen Tybjerg og oversygeplejerske Lykke Hansen, som i et veltilrettelagt besøg fik et mangefacetteret billede af psykiatrien i Vejle; og endelig vil vi takke socialpsykiatrichef Karen Thomsen i Fyns Amt for en nuanceret drøftelse af den langvarige udvikling/omstilling af psykiatriens organisation i Fyns Amt.

Sluttelig takkes folketingsmedlem, tidl. sundhedsminister Ester Larsen for med ganske kort varsel at indvilge i at deltage i interview.

I vores opgave drager vi en række dristige konklusioner af vore analyser af de informationer, vi har fået undervejs. Vi håber, at informanterne har forståelse for, at tingene nogle gange må forenkles for at få klare pointer frem. Til gengæld kan disse forhåbentlig være et bidrag til refleksion over egen organisation og proces - som endnu en måde at kunne forstå udviklingen på.

Vi har undervejs mødt megen interesse for vore studium og vore opgaver og vi har i perioder trukket store vekslers på vore arbejdspladser og vore kolleger, når vi har været fordybet i studiet eller være på studieophold og lignende. Ligeledes har vore familier måtte konstatere, at vi i perioder ikke har kunnet deltage i familielivet på grund af studiet.

Vi vil her uden navns nævnelse takke arbejdsgivere, kolleger og familie for, at dette studium har kunnet lade sig gennemføre.

Keld Borup
Kontorchef,
cand.scient.pol.

Helle Charlotte Knudsen
Lægelig blokchef, ph.d.

Per B. Vendsborg
Psykiatrichef, dr.med.

Rapportens bilag kan fås ved henvendelse til forfatterne.

INDHOLDSFORTEGNELSE

1	INDLEDNING.....	6
2	PROBLEMSTILLINGER.....	8
2.2	PROBLEMFOMULERINGER.....	12
3	METODE.....	14
3.1	ANALYSESTRATEGI.....	15
3.2	ANVENDTE TEORIER.....	17
3.3	UNDERSØGELSESDSIGN.....	18
3.4	FREMTIDENS PSYKIATRI.....	26
4	KAMPEN MELLE M PSYKIATRIRATIONALER.....	27
4.1	RATIONALER OG DISKURSER.....	27
4.2	RATIONALERNE IND TIL MIDTEN AF DET 20. ÅRHUNDREDE.....	27
4.3	RATIONALET BAG UDLÆGNINGEN TIL AMTERNE.....	28
4.4	RATIONALER OG SYGDOMSOPFATTELSE R.....	31
4.5	HUMANISME OG PROFESSIONSRATIONALER.....	36
4.6	SAMFUNDETS ÆNDREDE RATIONALE I MIDTEN AF DET 20. ÅRHUNDREDE.....	37
4.7	RATIONALET I DANSK (LÆGEVIDENSKABELIG) PSYKIATRI.....	42
4.8	RATIONALER BESKREVET SOM SOCIALE FELTER.....	48
4.9	POLITISERING AF PSYKIATRIRATIONALER.....	49
4.10	HVORDAN STÅR KAMPEN?.....	51
5	PSYKIATRIENS VEJ TIL SOCIALFORVALTNINGEN.....	56
5.1	INDLEDNING.....	56
5.2	PROFESSION, MAGT OG ORGANISERING.....	57
5.3	HOSPITALET OG DEN LÆGELIGE PROFESSION.....	62
5.4	PSYKIATRIEN SOM PROFESSION.....	64
5.5	PSYKIATRIENS ORGANISERING.....	71
5.6	UDFORDRINGERNE FOR LÆGEFAGLIGHEDENS INDFLYDELSE PÅ HOSPITALERNE..	73
5.7	ÆNDREDE RAMMER FOR PSYKIATRIEN.....	88
5.8	ÆNDRINGER I PSYKIATRIENS FORVALTNING: ERFARINGEN FRA TRE AMTER.....	91
5.9	KONKLUSION.....	100
6	YDRE KRAV TIL FORANDRING – LEGITIMITET UNDER PRES.....	103
6.1	DEN PSYKIATRISKE INSTITUTIONS INSTITUTIONELLE LEGITIMITET.....	103
6.2	LEGITIMITETEN SVÆKKES.....	104
6.3	BEHOV FOR STRATEGISK LEGITIMITET.....	107
6.4	POLITISKE ÆNDRINGER AF EN LEGITIMITETSSVÆKKET PSYKIATRI.....	111
6.5	OPSUMMERING: STRAM POLITISK STYRING AF LEGITIMITETSSVÆKKET PSYKIATRI	113
7	DISKUSSION OG LÆRING.....	114
7.1	DET ALMENE I DET SÆRLIGE.....	114

7.2	DISKUSSION AF METODEN	115
7.3	TEORIER.....	120
7.4	LÆRING MED HENBLIK PÅ FREMTIDENS PSYKIATRI	121
8	PSYKIATRIENS FREMTID – FREMTIDENS PSYKIATRI	124
8.1	PSYKIATRIENS FREMTID	124
8.2	FORUDSÆTNINGER FOR FREMTIDENS PSYKIATRI	125
8.3	SELVSKABT FORVALTNING I PRAKSIS	126
8.4	VISIONEN FOR PSYKIATRIENS POLITISKE ADMINISTRATIVE FREMTID	127
8.5	VISIONEN FOR DEN KLINISKE PSYKIATRISKE ORGANISATION	130
8.6	PSYKIATRIENS FREMTID – DE VÆSENTLIGE ELEMENTER	135
9	TANKER OM ÆNDRINGER I PROFESSIONELLE ORGANISATIONER	137
9.1	PROFESSIONELLE ORGANISATIONER OG FORANDRING.....	137
9.2	UDFORDRINGEN FOR VORES VISION	139
10	ENGLISH SUMMARY	141
11	LITTERATUR.....	143

Indledning

Amtsrådsforeningen fejrede i 2001 25-året for amternes overtagelse af statshospitalerne for sindslidende (de psykiatriske hospitaler og anstalter). Amtsrådsforeningen udgav i den anledning et temanummer af Danmarks Amtsråd *Organisering af psykiatrien i amterne* (Amtsrådsforeningen, 2001). Dette beskriver, hvordan psykiatrien aktuelt organiseres i amternes politiske udvalg og forvaltninger.

De fleste amter har enten etableret særlige politiske udvalg og forvaltninger til varetagelse af de psykiatriske behandlingstilbud i bredeste forstand, eller også er de psykiatriske behandlingstilbud, inklusive sygehusdriften, blevet en del af det sociale udvalg og dets forvaltning.

Denne udvikling i psykiatriens politiske og forvaltningsmæssige organisation står tilsyneladende i modsætning til "nytænkningen" i 1976, da amterne overtog statshospitalerne. Blandt argumenterne den gang for at overflytte psykiatrien til amterne var et ønske om at "normalisere" psykisk sygdom, det vil sige ligestille psykisk sygdom med kropslige (somatiske) lidelser (Indenrigsministeriet 1977) og et ønske om sammenlægning af det somatiske og psykiatriske sygehusvæsen. Overflytningen var desuden en konsekvens af en dårlig standard på statshospitalerne, som politikerne ønskede skulle forbedres i forbindelse med overflytningen. Ansvar for de somatiske sygehuse havde amterne overtaget i 1970.

I Amtsrådsforeningens jubilæumsskrift fra 2001 forklares den omorganisering, som psykiatrien har gennemgået politisk og forvaltningsmæssigt gennem de sidste godt ti år med, *at der har været et politisk ønske fra Folketingets og amternes side om at styrke indsatsen for de sindslidende. En styrkelse, der har betydet flere tilbud, nye tilbud og mere sammenhæng i tilbuddene, og at trenden går mod, at den samlede indsats for sindslidende sammentænkes.*

Amtsrådsforeningen har som opfølgning på det seneste amtsrådsvalg oplistet amtsrådenes politiske udvalg og de forvaltninger, de betjenes af (Danmarks Amtsråd 2002/jan. 20-21).

På ny er der sket omlægninger af psykiatriens politiske og forvaltningsmæssige organisation i flere amter. Der er ikke noget entydigt billede heraf, men med undtagelse af den sundhedsfaglige psykiatri på Bornholm og i H:S, som både forvaltningsmæssigt (H:S direktionen) og "politisk" (H:S

bestyrelse) tilhører samme forvaltning og "politiske udvalg" som somatikken, er psykiatrien på landsplan udskilt på forskellig vis fra somatikken - forvaltningsmæssigt og/eller politisk.

Dansk Psykiatrisk Selskab, som er de danske psykiateres professionelle sammenslutning, har støttet af toneangivende professorer i psykiatri argumenteret imod denne udvikling, lige siden Viborg Amt som det første amt i 1988 traf beslutning om at overføre distriktskykiatrien, inklusive de åbne psykiatriske sengeafsnit (herefter kaldt døgnhuse), fra sundhedsforvaltningen til socialforvaltningen og socialudvalget og senere i 1991 også de lukkede psykiatriske sengeafsnit.

I 1988 protesterede de faglige organisationer – Foreningen af Speciallæger og Praktiserende Lægers Organisation (begge Den almindelige Danske Lægeforening), Dansk Psykiatrisk Selskab og Dansk Sygepleje Råd til Sundhedsstyrelsen med hovedargumentet, at et hospitalsvæsen ikke i henhold til lovgivningen kunne drives af en socialforvaltning og et socialt udvalg. Synspunktet blev afvist, og siden har det altovervejende været psykiaterne, der har argumenteret imod dels den distriktskykiatriske organisation dels psykiatriens politiske og forvaltningsmæssige organisering uden for sundhedsvæsenet.

At dette også handler om en magtkamp er måske stærkest kommet til udtryk i Fyns Amt, hvor psykiatriens politiske og forvaltningsmæssige varetagelse har været meget omskiftelig og præget af gældende politiske magtforhold og førende psykiateres politiske tæft snarere end af faglige argumenter (interview med Karen Thomsen, bilag 6).

Det er dette spændingsfelt mellem samfundets (her udtrykt ved de amtslige politikere og embedsmænd) og de professionelles (speciallægerne i psykiatri) forskellige rationaler vedrørende tanker om psykiatrien og dens politiske og forvaltningsmæssige tilknytning, som er *Masterafhandlingens* genstandsfelt. Dette skal føre frem til, at vi med baggrund i vore analyser giver vores vision for fremtidens psykiatri.

Problemstillinger

Under *MPA*-studiet har vi i flere sammenhænge arbejdet med problemstillinger i forhold til psykiatriens politiske og forvaltningsmæssige organisation i Danmark gennem de seneste 20 til 30 år. Vores interesse for disse problemstillinger er oprindelig opstået hos *Master*gruppens to psykiatere.

De har gennem en væsentlig del af deres professionelle virke fulgt og i det daglige arbejde været påvirket af udviklingen og bidraget til debatten om psykiatriens politiske og forvaltningsmæssige varetagelse.

Endvidere har de drevet aktiv forskning i nogle af konsekvenserne af omstillingen i psykiatrien (Knudsen et al. 1992; Knudsen 1994; Knudsen & Thornicroft 1996; Blinkenberg, Vendsborg et al. 2002) og gennem de sidste par år som henholdsvis leder af en forvaltningsafdeling for psykiatri (psykiatrichef) og som klinisk leder af et psykiatrisk center (lægelig blokchef) deltaget aktivt i Storstrøms Amts omstillingsproces af psykiatrien fra en sygehusbaseret psykiatri til en distriktsbaseret psykiatrisk organisation og fra sygehus- til socialudvalg og -forvaltning.

Endelig har gruppens ikke-psykiater fundet feltet interessant, idet psykiatrien som et meget politiseret offentligt sektorområde giver indblik i de forhold, der generelt påvirker den offentlige sektor, samtidig som de problemstillinger, der belyses i psykiatrien, skaber refleksion i forhold til egen professionelle forståelse og vilkår i en anden del af den offentlige sektor.

Vi har ønsket at uddybe vores kendskab til og forståelse af forhold, der førte til omstillingen af psykiatrien. En omstilling, som først blev gennemført i Viborg Amt, og siden med forskellige lokale tilpasninger er foretaget i næsten alle amter i Danmark.

Kernefagsopgave: Omstillingen begyndte i Viborg

I vores kernefagsopgave *Omstilling i psykiatrien - processen i Viborg Amt* (Borup, Knudsen & Vendsborg 2002a) undersøgte vi, hvilke processer der i Viborg Amt førte til, at amtsrådet i 1988 som det første amt i Danmark traf beslutning om, at psykiatrien skulle overflyttes fra sygehusudvalg og -forvaltning til socialudvalg og -forvaltning.

Vi undrede os over, hvordan ideen til at overflytte det lægevidenskabelige speciale psykiatri fra sygehusforvaltningen til socialforvaltningen overhovedet var opstået. Hvad var det for en psykiatristforståelse, den lå til grund? Hvilken institutionel historie kunne give anledning hertil? Hvilken rolle spillede de enkelte aktørers egeninteresser? Og hvordan var de politiske og forvaltningsmæssige beslutningsprocesser forløbet?

Gennem en institutionel historisk analyse af samfundets psykiatristforståelse så vi, hvordan samfundets institutionaliserede psykiatristforståelse repræsenteret ved antipsykiatribevægelsen i 1960'erne og 1970'erne var i samspil med de diskurser, som var institutionaliseret hos en central aktør i Viborg Amt – socialforvaltningen. Heroverfor stod den anstaltspsykiatriske og lægevidenskabelige diskurs, hvor psykisk sygdom behandledes på lægevidenskabeligt grundlag i sygehuse og lægelig behandling var det centrale. Anstaltens tidligere afskærmning fra samfundet kom desuden til udtryk i en manglende refleksivitet i psykiatriens diskurs i forhold til de givne strømninger i det omgivende samfund.

Vi så også, hvordan socialektorens og anstaltspsykiatrien/sygehusforvaltningens konfliktuerende diskurser om psykiatristforståelsen og udviklingen af den distriktspsykiatriske organisation udgjorde to dominerende virkelighedsforståelser.

De politiske beslutningsprocesser belyste den politiske kamp om, hvilken diskurs der var den rigtige og skulle skabe den sociale orden. Målet for socialektoren var hele tiden en hel eller delvis overførsel af psykiatrien til socialektoren. Gennem gentagne kompromisser (man kan sige, at der har været anvendt en "salamitaktik") lykkedes det gradvist socialektoren at overvinde sundhedssektorens forsøg på at dominere psykiatridiskursen. Beslutning for beslutning fik socialektordiskursen præference over for psykiatridiskursen, indtil den endelige vedtagelse om overførsel af et lægevidenskabeligt speciale til socialforvaltningen.

Endelig viste vi, at set i et økonomisk (egennytte-)perspektiv – *public choice* – kunne den institutionaliserede anstaltspsykiatridiskurs' nederlag anskues som et monopol, Statshospitalet i Viborg/Viborg Sygehus Øst, der på grund af ændrede rammebetingelser på markedet mistede sin monopolstatus, udsattes for markedskræfterne og tabte.

Strategirapport: Da psykiaternes selskab mistede legitimiteten

Som det fremgik af vores strategirapport *Dansk Psykiatrisk Selskabs strategi for at bevare den lægefaglige indflydelse på psykiatrien i Danmark* (Borup, Knudsen & Vendsborg 2002c) har den samfundsmæssige forståelse for psykiske lidelsers opståen i en social og familiemæssig kontekst tilsyneladende ikke præget de officielle drøftelser og betænkninger om psykiatriens organisation. Derimod kan den antages at have spillet en legitimerende rolle for de politiske beslutninger om at overføre et sundhedsvidenskabeligt speciale til socialvæsenet.

I hvert fald havde de professionelle ikke legitimitet. Dansk Psykiatrisk Selskab har således ikke i den nævnte omstillingsperiode haft betydende indflydelse på diskussionen og beslutningerne om dansk psykiatri politiske og forvaltningsmæssige placering.

I vores strategirapport (Borup, Knudsen & Vendsborg 2002c) analyserede vi Dansk Psykiatrisk Selskabs strategi ud fra et legitimitetsperspektiv, og vi måtte konkludere, at Dansk Psykiatrisk Selskab i modsætning til det engelske søsterselskab, *the Royal College of Psychiatrists*, mistede sin legitimitet og indflydelse på det politisk marked i anden halvdel af det 20. århundrede. Vores forklaring var bl.a., at selskabet ikke har haft et interessentperspektiv i sin strategi for at fremme DPS' synspunkter om psykiatriens organisation og forvaltningsmæssige varetagelse.

Udlandsrapport: Udfordringerne for skotsk og engelsk psykiatri

Psykiatrien i Europa har en lang fælles udviklingshistorie og tradition. Og i dag er der fortsat væsentlige fælles træk i den psykiatriske organisation i Europa, herunder den distriktspsykiatriske organisation (Knudsen 2002, 87–96).

Da vi planlagde vores udlandsophold var det derfor naturligt for os at undersøge, hvordan psykiatriens organisatoriske forhold var i et andet europæisk land. Vi valgte at besøge repræsentanter for psykiatrien i Storbritannien, da det er et af de førende europæiske lande, hvad angår udviklingen af distriktspsykiatriske organisationsmodeller og forskning inden for samme. Det

blev til en rapport om *Psychiatry in Scotland and England. Current Issues* (Borup, Knudsen & Vendsborg 2002b).

Vi blev under vore besøg i Skotland og England og vore interviews af britiske administratorer, politikere og psykiatere overraskede over de store ligheder, der er mellem den administrative forankring af den britiske og danske psykiatriske organisation. I begge lande er psykiatrien i dag forankret i det ikke-somatiske sundhedsvæsen, for den britiske psykiatri vedkommende enten i egne *trusts* eller i *trusts* sammen med den primære sundhedstjeneste og almen praksis.

Ligeledes så vi, at der blandt britiske psykiatere ligesom blandt danske er modstand mod den betydelige udflytning af psykiatrien fra hospitalerne til *the community*, som er gennemført de senere år, ligesom der er bekymring for psykiatriens fremtid.

Vi så til gengæld også, hvordan det britiske psykiatriske selskab *Royal College of Psychiatrists* har en klar og aktiv politik med henblik på at sikre sig legitimitet hos diverse interessenter. Denne politik synes i høj grad at være lykkedes, og selskabet har dermed sikret sig indflydelse på væsentlige politiske beslutninger, som i Storbritannien træffes på centralt niveau i den britiske regering og i Underhuset.

Master-afhandlingen som syntese

I de *MPA*-rapporter, vi hidtil har skrevet, har vi fundet perspektiver, der kunne danne grundlag for *Masterafhandlingens* problemformuleringer. Efterhånden som vi har udarbejdet rapporter, har vores perspektiv ændret sig. Vore problemformuleringer udspringer af de erfaringer, vi har høstet undervejs i studiet og i vores arbejde med den psykiatriske organisation. *Masteropgavens* problemformuleringer og analyser er en syntese af vore tidligere opgaver, som er udbygget med nye interviews og analytiske synsvinkler på problemstillingerne.

I løbet af studiet og gennem vore opgavebesvarelser har vi fået stadig større indsigt i nogle af de forhold, der styrer den offentlige sektor og særligt indsigt i de forhold, der har betydning for psykiatriens politiske og forvaltningsmæssige forankring i den offentlige sektor.

Samtidig har gruppens psykiatere fået mulighed for at træde et skridt tilbage fra professionsidentiteten og -rationerne og reflektere/foretage andenordensbetragtninger godt hjulpet af gruppens ikke-psykiatriske medlem. Vi har ønsket at udnytte disse erfaringer og indsigter til afslutningsvis at give vores vision for en fremtidig psykiatrisk organisation forvaltningsmæssigt, politisk og organisatorisk med baggrund i de problemformuleringer, der er analyseret i opgaven.

Problemformuleringer

I nærværende *Master*-afhandling har vi valgt at arbejde videre med at *uddybe vores forståelse af den omstillingsproces, som psykiatrien har været igennem gennem de sidste ti til tyve år samt udvikle en fremtidig model for psykiatriens organisation med baggrund i de fremkommende analyser.*

Vi vil i afhandlingen analysere,

Hvordan forskellige psykiatريفorståelser har påvirket udviklingen i psykiatriens organisering, herunder

- hvordan samfundets opfattelser af psykiatrien har udviklet sig siden midten af det 20. århundrede,
- hvordan den lægelige psykiatriopfattelse har udviklet sig i samme periode,
- hvordan modsætningsforholdet mellem psykiatriske og samfundsmæssige opfattelser kan belyses, og
- hvordan psykiatriens organisation er blevet et politisk interessant område,

Hvordan det lægevidenskabelige speciale psykiatri er blevet flyttet fra sundhedssektoren til socialektoren, herunder

- hvordan den generelle forvaltningsmæssige udvikling i Danmark har haft betydning for organiseringen af psykiatrien,
- hvordan overflytningen er sket på trods af psykiaternes modvilje over for denne udvikling, og
- hvordan det er lykkedes socialektoren at overtage psykiatrien, samt

Hvordan den samfundsmæssige accept af den lægelige psykiatri har udviklet sig gennem de sidste ti til tyve år, herunder

- hvordan tilliden til den institutionelle psykiatri og den traditionelle psykiatriske læge har udviklet sig,
- hvordan psykiatrikritiske bevægelser eventuelt har påvirket psykiatriens situation, og
- hvordan udviklingen i den samfundsmæssige accept af den lægelige psykiatri har påvirket den politiske styring af psykiatrien.

Med afsæt i de nuværende krav til psykiatrien, vores vurdering af de kommende strukturændringer for den offentlige sektor, herunder på sundhedsområdet, gruppens samlede faglige viden samt med baggrund i vore analyser af vore problemformuleringer vil vi afslutningsvis opstille vores vision for fremtidens psykiatri.

Vi stiller altså spørgsmålet,

Hvordan fremtidens psykiatri bør udformes, herunder

- hvilke holdninger, der bør ligge til grund for fremtidens psykiatri,
- hvordan den generelle forvaltningspolitiske udvikling påvirker betingelserne for fremtidens psykiatri, og

hvordan forholdet mellem patienten og den psykiatriske organisationen bør være i fremtidens psykiatri.

Metode

Masteropgaven tager udgangspunkt i problemstillinger, som er nærværende i to af gruppens tre medlemmers dagligdag som speciallæger i psykiatri, henholdsvis som chef på forvaltningsniveau (Per Vendsborg) og chef på klinisk niveau (Helle Charlotte Knudsen), begge i Psykiatrien i Storstrøms Amt.

Begge har siden slutningen af 1980'erne arbejdet klinisk og forskningsmæssigt i og med udviklingen af den distriktpsychiatriske organisation på det kliniske niveau både i nationale og internationale sammenhænge. Således deltog de i slutningen af 1980'erne henholdsvis i den kliniske og organisatoriske udformning og i den forskningsmæssige evaluering, da Københavns Kommune i 1989 etablerede et forsøg, hvor sundhedsforvaltningen etablerede to distriktpsychiatriske forsøgscentre og et evalueringsprojekt.

På dette tidspunkt var debatten i Viborg Amt på sit højeste, og regeringen havde fokus på den kliniske psykiatriske organisations udvikling med udmeldingen af en temaplanrunde i psykiatri med fokus på distriktpsychiatri. De har derfor et førstehåndskendskab til væsentlige problemstillinger i psykiatriens organisation gennem de seneste ti til femten år set i et psykiatriprofessionelt perspektiv.

Denne baggrundsviden har præget valget af problemformuleringer, ligesom kendskabet til feltet har haft betydning for udvælgelsen af interviewpersoner, som gruppen har fundet, har haft væsentlig betydning for, indsigt i og indflydelse på psykiatriens forvaltning i perioden.

Psykiaterne i gruppen repræsenterer således en nærhed i forhold til problemstillingerne, samtidig som de med deres mange års forskningstilgang til problemstillingerne og internationale kendskab til den psykiatriske organisation kan skabe en distance til den danske debat. Det har formodentligt også lettet vores adgang til at interviewe centrale personer i amterne.

Gruppens tredje medlem, Keld Borup, er cand.scient.pol. og kontorchef i Skatteministeriet, Told og Skattestyrelsen; Keld Borup repræsenterer således centralforvaltningsmæssig viden og tænkning.

Gruppens sammensætning har central betydning for formulering af problemstillingerne, hvor især den psykiatrfaglige interesse har været dominerende. Men det har fået væsentlig betydning for valg af teorier til at belyse problemstillingerne, at der har været tale om en tværfagligt sammensat arbejdsgruppe.

Hvor gruppens psykiatere særligt har interesseret sig for de institutionel historiske perspektiver og diskursive kampe som udgangspunkt for analysen af problemstillingerne, har vi ved gruppens tværfaglige sammensætning fået et dominerende teoretisk bidrag til analysen fra de økonomiske teorier og professionsteoriene, som særligt har været fremført fra Keld Borup. Han har ved sin anden faglige forankring samtidig sikret gruppens distance til problemformuleringerne og analyserne, samtidig som han repræsenterer væsentlige centrale rationaler i sin forankring i den offentlige forvaltning.

Analysestrategi

De problemstillinger, vi ønsker at analysere, kan overordnet beskrives som *organisationsforandringer* i offentlige organisationer – her i amter, hvor psykiatriens politiske og forvaltningsmæssige organisation kan siges at være den afhængige variabel. I denne type undersøgelser anbefales *case*studiet (Andersen 1999, 163), hvilket har været udgangspunktet for vores undersøgelsestilrettelæggelse.

*Case*studiet giver mulighed for at arbejde med mange variable/faktorer samtidig, som det kan være nødvendigt i undersøgelser, hvor der ikke kan gennemføres eksperimenter til belysning af problemstillinger, og hvor de mange faktorer kan bidrage til at "kontrollere" ukontrollable forhold i organisationerne (amterne). *Case*studiet er derfor velegnet til eksplorative undersøgelser af organisationer, hvor vi ud fra undersøgelsen af få enheder (amter) med mange faktorer vil forsøge at sige noget generelt om de pågældende problemstillinger.

*Case*studiet er en empirisk undersøgelse (Andersen 1999, 164),

- som belyser et samtidigt fænomen inden for det virkelige livs rammer,
- hvor grænserne mellem fænomenet og den sammenhæng, hvori det indgår ikke er klart indlysende, og

- hvor der er mulighed for at anvende flere informationskilder til at belyse fænomenet.

Vi har som udgangspunkt valgt tre *cases* – Viborg Amt, Vejle Amt og Fyns Amt. Viborg Amt repræsenterer i sit udgangspunkt en unik situation, idet amtet som det første amt i Danmark gennemførte de organisationsændringer, som senere i varierende grad er gennemført i landets øvrige amter i de efterfølgende snart 15 år.

Vi har gennemført undersøgelser i Viborg Amt dels i forbindelse med vores kernefagsopgave, hvor vi særligt koncentrerede os om perioden frem til beslutningen om organisationsændringer, dels som et opfølgende besøg og interview af flere personer med fokus på vore nuværende problemstillinger. Vi har desuden belyst samme problemstillinger i de to andre amter – Vejle og Fyn. Vi får herved mulighed for at drage nogle mere generelle konklusioner i forhold til vore problemformuleringer.

Endelig har vi undersøgt tilsvarende forhold ved et studiebesøg i Skotland og England. Vores udlandsundersøgelse gør det muligt for os at undersøge forhold vedrørende psykiatrien, som rækker ud over nationale kendetegn og særlige forhold samfundsmæssigt, politisk, organisatorisk og professionelt.

Vores undersøgelsesmetode er en kvalitativ undersøgelse gennemført i form af interviews med udvalgte interviewpersoner og kvalitative analyser af avisartikler og lignende skriftligt materiale, som gruppen har udvalgt.

I vores analyse benytter vi os af den induktive analysemetode, som med udgangspunkt i få eller en enkelt undersøgelsesenhed forsøger at sige noget generelt om nogle problemstillinger. Vi anvender nogle samfundsteorier til med udgangspunkt i *casestudierne* at analysere vore problemstillinger om amternes forvaltning af psykiatrien. Gennem *casestudierne* og vore analyser af andet materiale slutter vi os til forhold, som har været styrende for psykiatriens aktuelle forvaltningsmæssige forankring i social- og psykiatريفorvaltninger uden for sundhedsforvaltningerne.

Afslutningsvis giver vi vores bud på fremtidens psykiatri. Fremtidens psykiatri er en vision – en normativ model for psykiatriens mulige fremtidige såvel organisatoriske, politiske som indholdsmæssige forhold. Den tager udgangspunkt i de konklusioner, vi fremdrager af vore analyser

af vore problemstillinger og inddrager fremtidsperspektiver for den samfundsmæssige udvikling på det politiske og forvaltningsmæssige plan som beskrevet i Niels Åkerstrøm Andersens bog *Selvskabt forvaltning* (1995). Han beskriver her den polycentriske og postmoderne forvaltning.

Herudover tager vi afsæt i den aktuelle debat vedrørende den offentlige sektors fremtidige struktur, hvor professor Kjeld Møller-Petersen (Politiken, 1. dec. 2002) som formand for strukturkommissionen har fremlagt forslag om fire forskellige modeller for den fremtidige offentlige sektor, der også vil have betydning for sundhedsvæsnets organisering i fremtiden.

Anvendte teorier

I vores analyse af *hvordan forskellige psykiatriforståelser har påvirket udviklingen i psykiatriens organisering*, tager vi udgangspunkt i de rationaler, der er fremherskende i samfundet, i den offentlige politik og forvaltning og i psykiatrien, idet vi ved et rationale som udgangspunkt forstår (Gyldendals fremmedordbog 1980) en *fornuft* eller *logik*. Denne forståelse er udbygget med Kurt Klausens definition: *Bagvedliggende måder at tænke på og forankre sine beslutninger på* (Klausen 2001)).

I denne afhandling definerer vi altså rationaler som *den fornuft eller logik, ud fra hvilken den enkelte profession, forvaltning, det enkelte samfund etc. vælger sine argumenter, træffer sine beslutninger og handler på*.

Herudover anvender vi den franske sociolog Bourdieu's teorier til at uddybe vores forståelse af de herskende rationaler som sociale "felter".

Centralt for vore analyser af, *hvordan det lægevidenskabelige speciale psykiatri er blevet flyttet fra sundhedssektoren til socialsektoren* er forståelsen af psykiatrien som profession og professionens betydning for udviklingen. Derfor har vi valgt at fokusere på teorier om fagbureaukratier og professionsteorier til at analysere dele af denne problemstilling.

Den generelle samfundsudvikling og dens betydning på psykiatriens organisation analyseres ud fra *New Public Management*-teorier. Endelig ser vi på psykiatriens legitimitet som en strategisk faktor i

psykiatriens organisatoriske udvikling, hvorfor vi har valgt at supplere vores analyser med en legitimitetsanalyse af den psykiatriske profession og dens fag til belysning af vores problemformulering *Hvordan den samfundsmæssige accept af den lægelige psykiatri har udviklet sig gennem de sidste ti til tyve år?*

I vores vision for fremtidens psykiatri tager vi afsæt i en del af de samme teorier, som vi her anvender normativt til at begrunde vores vision for fremtidens psykiatri.

Undersøgellesdesign

Undersøgelsen er tilrettelagt som et *case*-studie af tre udvalgte amter, hvor vi har gennemført semistrukturerede interviews af nøglepersoner i psykiatrien (på forvaltningsniveau, klinisk niveau og politisk niveau). Vi har gennemført tilsvarende interviews af nøglepersoner i Storbritannien (Borup, Knudsen & Vendsborg 2002a). Vi har desuden inddraget betænkninger, debatindlæg i tidsskrifter, avisartikler og andet foreliggende materiale i analyserne.

Undersøgelsen omfatter således:

- Udvalg af tre amter som *cases*
- Et andet europæisk land som international *case* (UK)
- Interviews af nøglepersoner i de udvalgte amter
- Interviews af *key-informants* (nøglepersoner) i Skotland og England
- Udvalg af betænkninger, tidsskrifts- og avisartikler om psykiatrien
- Vore egne erfaringer fra daglig praksis og vores kendskab til miljøet.

Amterne

Vores undersøgelse tager afsæt i amterne. Vi har valgt tre ud af landets 14 amter og H:S til at indgå i vores dataindsamling. Vi har tilstræbt at inkludere amter, der sikrer repræsentation af en tilstrækkelig grad af forskellighed til, at vi med en komparativ metode kan udlede generelle konklusioner af undersøgelsen.

Samtidig er undersøgelsen søgt begrænset i omfang i forhold til *Master*-afhandlingens overordnede rammer og den mængde data, vi vil kunne overskue at analysere.

Selektionskriterier

Vores første selektionskriterium har været amternes valg af model for psykiatriens forvaltningsmæssige og politiske varetagelse på udvælgelsestidspunktet, som var i efteråret 2001 – forud for det seneste amtsrådsvalg.

Vi har ønsket at analysere, hvilke forhold der kan generaliseres uafhængig af amternes forvaltningsmæssige og politiske udvalgsstruktur for psykiatrien. De amter, der indgår i undersøgelsen, repræsenterer forskellige modeller for den politiske og forvaltningsmæssige forankring af psykiatrien i efteråret 2001. Efter amtsrådsvalget i november 2001 foretog flere amter med virkning fra januar 2002 fornyede ændringer i psykiatriens forvaltningsmæssige varetagelse, og der er for de fleste amter i dag (med undtagelse af Bornholms Amt og H:S) kun mindre forskelle i den politiske og forvaltningsmæssige organisation (fig. 1).

Vores andet selektionskriterium har været, om amterne i 1976, da psykiatrien blev overført fra staten til amterne, havde en psykiatrisk anstalt eller ej som udgangspunkt for den fremtidige tilrettelæggelse af den psykiatriske betjening af amtets borgere. I vores kernefagsopgave (Borup, Knudsen & Vendsborg 2002a, 50) var en af overvejelserne i perspektivering, at overflytningen af distriktskykiatrien og psykiatrien i almindelighed fra sygehusforvaltningerne til socialforvaltningerne eller social- og psykiatريفorvaltningerne var forløbet forskelligt i amter, der havde et statshospital i 1976 i forhold til amter, der ikke havde en sådan; og at det kan have givet anledning til anden politisk og forvaltningsmæssig organisation af psykiatrien i dag.

Dette har muligvis fået mindre betydning efter 1. januar 2002, hvor det som nævnt tidligere har vist sig, at psykiatrien i næsten alle amter i dag er organiseret uden for sundhedsforvaltningerne og deres politiske udvalg, jf. figur 1. Derimod er der næppe tvivl om, at det kan have haft indflydelse på *processen* i amterne, om de overtog en statsanstalt eller ej.

Vi har altså udvalgt undersøgelsesamterne således, at de repræsenterer forskellige udgangssituationer, da psykiatrien blev overført til amterne i 1976.

Figur 1. Psykiatriens politiske og forvaltningsmæssige placering i amterne i 2002

<i>Psykiatriudvalg med betjening fra amtets socialforvaltning</i> Københavns Amt, Roskilde Amt, Sønderjyllands Amt, Ribe Amt, Viborg Amt
<i>Psykiatriudvalg med betjening fra amtets sundhedsforvaltning</i> Vestsjællands Amt
<i>Psykiatriudvalg med betjening fra amtets social- og psykiatريفorvaltning</i> Frederiksborg Amt
<i>Social- og psykiatriudvalg med betjening fra amtets socialforvaltning,</i> Storstrøms Amt, Nordjyllands Amt
<i>Socialudvalg og sundhedsudvalg (to udvalg), som betjenes fra psykiatريفorvaltningen (en forvaltning)</i> Vejle Amt
<i>Social- og psykiatriudvalg, som betjenes af henholdsvis socialforvaltningen og sundhedsforvaltningen</i> Fyns Amt
<i>Skole- og socialudvalg, som betjenes af psykiatريفdelingen i skole- og socialforvaltningen</i> Ringkøbing Amt,
<i>Psykiatri- og handicapudvalg, som betjenes af psykiatريفorvaltningen</i> Århus Amt
<i>Kultur- og socialudvalg og sundhedsudvalg (to udvalg), som betjenes af henholdsvis kultur- og socialforvaltningen og sundhedsforvaltningen</i> Bornholms Amt
<i>Politisk valgt bestyrelse for H:S som betjenes fra H:S direktionen for den sundhedsfaglige psykiatri og Københavns Kommunes socialudvalg som betjenes fra Familie- og arbejdsmarkedsforvaltningen (FAF) henholdsvis Frederiksberg Kommunes socialudvalg som betjenes fra kommunens socialforvaltning, hvad angår socialpsykiatrien</i> Frederiksberg og Københavns kommuner

Udvalgte amter

Viborg Amt

Amtet repræsenterer de amter, hvor psykiatrien i dag varetages politisk af psykiatriudvalget og forvaltningsmæssigt i social- og psykiatريفorvaltningen.

Da psykiatrien i 1976 blev overført til amterne, overtog Viborg Amt statsanstalten i Viborg. I 1988 traf Viborg Amt beslutning om, at de distriktpsikiatريفiske enheder skulle overføres fra sundhedsforvaltningen til socialforvaltningen og dets politiske udvalg, og i 1991 fulgte hospitalspsykiatrien efter. I forbindelse med omplaceringen blev psykiatrien decentraliseret. Der blev oprettet dag- og døgnhuse i socialforvaltningens regi i de enkelte distrikter til varetagelse af

den sundhedsfaglige psykiatri uden for de lukkede afsnit. Disse fungerer som selvstændige og uafhængige sociale institutioner, og den enkelte institution refererer direkte til forvaltningschefen.

1. januar 2002 oprettede amtet et selvstændigt politisk udvalg for psykiatrien (psykiatriudvalget) og socialforvaltningen ændrede navn til social- og psykiatriforvaltningen.

Viborg Amt var det første amt, der overførte psykiatrien fra sundhedsvæsenets politiske og forvaltningsmæssige institutioner til socialvæsenets.

Vejle Amt

Amtets psykiatri varetages politisk af henholdsvis socialudvalget (for socialpsykiatriens vedkommende) og af sundhedsudvalget (for behandlingspsykiatriens vedkommende), mens psykiatrien forvaltningsmæssigt er samlet i en forvaltning - psykiatriforvaltningen. Denne blev dannet ved en ledelsesbeslutning på forvaltningsniveau i 1998 og siden tiltrådt af politikerne.

Amtet havde ingen egen psykiatrisk anstalt i 1976. Psykisk syge borgere blev indlagt i Risskov, Århus Amt eller i psykiatrihospitalet i Augustenborg, Sønderjyllands Amt. Siden har amtet opbygget egne psykiatriske afdelinger på de somatiske sygehuse, og de distriktpsikiatriske funktioner har basis i sengeafdelingerne og disses læger. De psykiatriske afdelinger er selvstændige enheder i sygehusene og er ikke ledelsesmæssigt underlagt sygehusledelserne. De psykiatriske afdelingsledelser refererer direkte til psykiatriforvaltningen.

Fyns Amt

Amtets psykiatri har gennemgået en omskiftelig politisk og forvaltningsmæssig reorganisering, siden psykiatrien i 1989 blev udskilt fra det somatiske sygehusvæsen og underlagt en kontorchef i socialforvaltningen. Denne blev sygehuschef for de psykiatriske afdelinger under ét og var samtidig forvaltningschef for de socialpsykiatriske aktiviteter i amtet (et fællessekretariat for psykiatrien). Kontorchefen refererede til amtets socialdirektør (interview med Karen Thomsen, bilag 6). Samtidig blev psykiatrien tilknyttet to udvalg, sygehusudvalget og socialudvalget.

I 1996 tilbageførtes behandlingspsykiatrien til sundhedsudvalg og –forvaltning og blev administrativt underlagt de respektive sygehusledelser. I januar 2002 oprettede Fyns Amt et

psykiatriudvalg, som forvaltningsmæssigt betjenes af to forvaltninger, henholdsvis socialforvaltningen og sundhedsforvaltningen, mens de psykiatriske afdelinger administrativt henhører under sygehusledelserne

Fyns Amt havde i 1976 et universitetshospital i Odense med en psykiatrisk universitetsafdeling og en lille psykiatrisk afdeling på et somatisk provinspsygehus (Svendborg). I 1976 overtog amtet desuden Statshospitalet i Middelfart.

Andet europæisk land

Som mål for vores udlandsophold og studiebesøg valgte vi Storbritannien. Det har været og er fortsat et af Europas førende lande inden for udvikling af nye psykiatriske behandlingstilbud, særligt inden for den distriktspsykiatriske organisation, og der er en langvarig akademisk tradition for at dokumentere forandringerne forskningsmæssigt.

Samtidig er landets sundhedsvæsen siden 1948 offentligt finansieret (*National Health Service (NHS)*). Endelig har gruppens psykiatere langvarige forskningssamarbejder med centrale psykiatere i Storbritannien, hvilket har givet os mulighed for at identificere og skabe kontakt til centrale personer i den britiske psykiatri både klinisk og administrativt.

Interviews

Nøglepersonerne i amterne

Datamaterialet bygger på interviews af embedsmænd med indgående kendskab til de politiske og embedsmandspolitiske diskussioner og beslutningsprocesser, som fandt sted i amterne, og som har besiddet indflydelsesrige positioner i de udvalgte amter i de perioder, hvor beslutninger om ændrede organisatoriske forhold for psykiatrien blev truffet. Vi har udvalgt interviewpersonerne ud fra vores kendskab til feltet og interviewpersonerne med henblik på at opnå størst mulig oprigtighed og fortrolighed i interviewbesvarelserne.

Vi skrev til den enkelte interviewperson og forklarede vores ærinde. Vi fik hver gang accept af at gennemføre det planlagte interview. Interviewene blev gennemført med andre deltagere fra amtets psykiatri, som den inviterede interviewperson fandt var relevante til at belyse de problemstillinger, som vi havde rejst, bedst muligt.

Herudover har vi ønsket at uddybe forholdene i Viborg Amt, hvor vi i forbindelse med *Master-*afhandlingen besøgte psykiatriske institutioner i Viborg Amt (Viborg og Skive) og geninterviewede socialdirektøren, hvor interviewet var rettet mod nutiden samt nyinterviewede medarbejdere i psykiatrien i Viborg. Vi har desuden gennemført et telefoninterview ved et telefonmøde med cheflægen i Viborg.

Endelig accepterede folketingsmedlem Ester Larsen (Venstre), tidligere sundhedsminister (1989–1993) og amtsrådsmedlem i Fyns Amt 1974–1989 og igen 1993–2002, herunder i perioden 1994–1998 formand for amtets sundhedsudvalg at lade sig interviewe til projektet.

Interviewpersonerne

- Viborg Amt: Socialdirektør *Kristian Brøns Nielsen*
Cheflæge *Inge Munk Møller*
Socialrådgiver *Henrik Kjeldgaard*
- Vejle Amt: Psykiatridirektør *Kirsten Nielsen*
Souschef *Torben Andersen*
Administrerende overlæge *Jørgen Tybjerg*
Oversygeplejerske *Lykke Hansen*
- Fyns Amt: Kontorchef *Karen Thomsen* (chef for socialpsykiatrien i Fyns Amt)
Folketingsmedlem, tidl. sundhedsminister og tidligere amtsrådsmedlem
Ester Larsen

Key informants i Storbritannien

I forbindelse med vores udlandsophold ønskede vi at undersøge tilsvarende forhold i Storbritannien som i Danmark. Besøgene blev i Skotland blev tilrettelagt af Gregor Henderson, som er medicinsk sociolog og arbejder i den skotske ækvivalent til Sundhedsstyrelsen. Han er desuden leder af det en skotske udviklingscenter for psykisk sundhed (*Director of the Scottish Development Centre of Mental Health*).

Vi var blevet introduceret til ham af hans far, psykiateren John Henderson, som gruppens ene psykiater har haft et samarbejde med. Han har gennem en lang årrække arbejdet med psykiatriens organisation på internationalt plan, herunder som *Medical Director for Psychiatry, World Health Organisation, European Region* (København).

tjente som vejledning til den indledende del af interviewene og som påmindelse for interviewerens. Samtidig gav interviewerens mulighed for, at interviewene blev præget af, hvad informanterne fandt var vigtigt at fremhæve i forhold til problemstillingerne.

Interviewene tematiseredes over følgende emner (interviewguide):

- Hvordan opstod ideen første gang om, at psykiatrien kunne forvaltes i socialforvaltningen eller social- og psykiatريفorvaltningen? Hvornår var det? Og hvem præsenterede denne ide?
- Hvordan er ideen opstået - Har der været *centrale dokumenter* (fra Indenrigsministeriet, Sundhedsministeriet eller Sundhedsstyrelsen) udvalg eller lignende, der har haft betydning for, at ideen blev præsenteret og senere vandt hævd?
- Hvilke forståelser af psykiatrien har præget debatten, og hvilken forståelse var den toneangivende?
- Hvordan er forståelsen af psykiatriens forvaltningsmæssige tilknytning i dag – er der drøftelser om den fortsatte forvaltningsmæssige tilknytning?
- Er der historiske bånd eller konflikter, der har haft betydning for, hvordan psykiatrien blev forvaltningsmæssigt forankret og organiseret ?

Interviewene i Storbritannien var bygget over samme skabelon, som interviewene i Danmark (for detaljer se Borup, Knudsen & Vendsborg 2002a), og de overordnede temaer blev sendt til interviewpersonerne før vores besøg i Storbritannien. Her blev spørgsmålene suppleret med spørgsmål om psykiatriens organisation og finansiering gennem de seneste tyve til tredive år, og hvilke emner der har været i centrum for den offentlige debat.

Andet datamateriale

- ✓ Tidligere rapporter
- ✓ Betænkninger
- ✓ Avisartikler
- ✓ Tidsskriftartikler
- ✓ Bøger om processen i Viborg Amt

Herudover har vi valgt at inddrage vores egne erfaringer i analyserne.


Debatindlæg i aviser, tidsskriftartikler og lignende er dels indsamlet gennem årene af de to psykiatere i vores gruppe og repræsenterer således i nogen grad et selektivt udvalg af debatten. Dels stammer udklippene fra 2002, hvor vi (alle tre i gruppen) har været opmærksomme på debatindlæg relateret til vores emne. Debatten har været præget af indlæg særligt fra psykiatere. Artiklerne anvendes i vores opgave til at underbygge pointer i vore analyser og skal ses som holdnings- og meningstilkendegivelser i debatten om psykiatrien.

Efter analysen i afsnittene 4 til 6 drøftes i øvrigt i afsnit 7 styrker og svagheder ved de teorier og metoder, vi har anvendt.

Fremtidens psykiatri

Med udgangspunkt i de rationaler, der aktuelt er i spil i psykiatrifeltet, de samfunds- og forvaltningsmæssige udviklinger og de strømninger, der er i psykiatrien, har vi ønsket at komme med et bud på fremtidens psykiatri. Fremtidens psykiatri skal altså mødekomme de centrale temaer, der afspejles i de forskellige rationaler.

I forbindelse med analysen af vore problemstillinger har vi fremhævet centrale konklusioner, som vi finder skal løses eller inddrages i visionen for fremtidens psykiatri. Det vil sige, at vi i forbindelse med de enkelte analyser foretager en opsummering. Efterfølgende – i kapitel 7 - samler vi de konkrete læringspointer op, som vi mener er relevante for formuleringen af visionen for fremtidens psykiatri

Afslutningsvis giver vi vores bud på fremtidens psykiatri. Fremtidens psykiatri er en vision – en normativ  model for psykiatriens mulige fremtidige såvel organisatoriske, politiske som indholdsmæssige forhold. Den tager udgangspunkt i de konklusioner, vi fremdrager af vore analyser af vore problemstillinger og inddrager fremtidsperspektiver for den samfunds- og forvaltningsmæssige udvikling på det politiske og forvaltningsmæssige plan.

Kampen mellem psykiatrirationaler

Rationaler og diskurser

Vi har i vores kernefagsopgave analyseret konkurrerende psykiatriopfattelser eller -rationaler ud fra en diskursiv synsvinkel (Borup Knudsen og Vendsborg 2002a). Italesættelsen af psykiatriens begrebsmæssige grundlag eller sygdomsopfattelse har ud fra den synsvinkel spillet en central rolle for den ændrede organisatoriske placering og vil gøre det for den fremtidige organisering.

Som baggrund for diskursbegrebet ligger, at virkelighedens beskaffenhed ikke er objektiv, men et sprogligt fænomen. Det er begreberne og især sproget, som definerer virkeligheden, og ikke omvendt. Samtidig benægtes ikke eksistensen af en materielt objektiv virkelighed, men den får først eksistens, når den er sprogligt defineret. Der vil altid være en dominerende virkelighedsforståelse (diskurs) og adskillige alternative fortolkninger. Den politiske kamp står om, hvilken forståelse, der er "den rigtige", dvs. den bredt accepterede. Det er politikken, som er skaber af social orden og forandring.

Indetermineringsprincippet siger, at samfundet altid er i en vakkende udformningsproces, og hverken aktører eller strukturer definerer entydigt udviklingens retning. På et givet tidspunkt kan strukturer både fremme og hæmme aktører afhængig af, hvilken diskurs de hylder. Spørgsmålet er historisk set, både hvad der bibringer aktørernes interesser (identitet) og strukturerne en vis stabilitet, og hvad der fremkalder forandring.

Formålet med dette kapitel er at se nærmere på de forskellige rationaler, der har præget opfattelsen af psykiatrien, herunder diskussionen om dens forvaltningsmæssige placering gennem de seneste årtier.

Rationalerne indtil midten af det 20. århundrede

I sin analyse af Galskabens historie beskriver Niels Åkerstrøm Andersen (*MPA*-forelæsning sept. 2001), hvordan vore forestillinger om "gale" er opstået og har ændret sig med tiden.

I det 19. århundrede var det psykiatriske hospital en selvforsynende institution, som skulle afskærme borgerne fra de psykisk afvigende. Institutionen var afspærret fra det omgivende samfund, hvilket rent bogstaveligt kunne komme til udtryk i store mure rundt om institutionerne.

Behandlingen bestod i en asylfunktion med ro, renlighed og regelmæssighed samt afskærmning fra omgivelserne ofte på livstid. Den psykiatriske behandling og pleje udførtes autoritativt, paternalistisk og udfordret. Der var ingen tradition for at åbne institutionen ud mod samfundet, og ambulatorievirksomheden var kun sparsomt udbygget.

Rationalet bag udlægningen til amterne

I 1976 overgik ansvaret for psykiatrien fra staten til amterne. Der var ved udlægningen ikke tale om et opgør eller brud med den rådende opfattelse af psykiatrien som et lægeligt naturvidenskabeligt funderet område – snarere tværtimod.

Udlægningen var udover en konsekvens af en dårlig standard begrundet i et ønske om en ”normalisering” af psykisk sygdom, dvs. ligestilling med kropslige (somatiske) lidelser (Indenrigsministeriet 1977). Ansvaret for de somatiske sygdomme havde amterne overtaget i 1970. De psykiatriske afdelinger skulle overflyttes til de somatiske sygehuse og de sociale opgaver til kommuner (og amter).

Sygehusbaseret distriktskykiatri

I 1977 udmeldte Indenrigsministeren en særlig planlægningsrunde for planlægning af det psykiatriske sygehusvæsen. Formålet og opgaverne blev beskrevet i Vejledende retningslinier for planlægning af psykiatriske sygehusvæsen – Indenrigsministeriets cirkulære af 4. april 1977.

Formålet var, at amtskommunerne, der havde overtaget de psykiatriske institutioner i 1976, skulle iværksætte overvejelser af, hvorledes den psykiatriske sygehusfunktion på længere sigt burde organiseres og som sådan koordineres med primær sundhedstjeneste og sociale sektor. *På længere sigt skulle det imidlertid gennem planlægning være muligt at mindske noget af presset på sygehusvæsenet – det kræver, at indsatsen over for psykisk lidende uden for institutionerne intensiveres blandt andet ved at adækvat behandling i lægepraksis øges og koordineres med muligheder, som det sociale system rummer, og at sygehusindsatsen opbygges med gradueret skala af behandlingsmuligheder.*

I organiseringen af det psykiatriske sygehusvæsen bør følgende synspunkter indgå: *En af fordelene ved en decentraliseret funktion vil være, at den psykiatriske service lettere kan organiseres til at varetage et bestemt områdes behov.*

Et sådant sygehusbaseret ”distriktskykiatrisk” princip var i fuld overensstemmelse med rationalerne i den lægevidenskabelige psykiatri og en hovedtanke bag Dansk Psykiatrisk Selskabs betænkning om psykiatriens udvikling i Danmark i den nærmeste fremtid (1970).

De enkelte psykiatriske enheder skulle varetage al psykiatrisk sygehusundersøgelse og behandling over for deres distrikt. *Afdelingens personale bør anvende en væsentlig del af sin tid på ambulante opgaver og efterbehandling. Det vil også være ønskeligt at der etableres mulighed for at andre (inkl. lægerne) kan deltage i det udgående arbejde.*

Betænkningen kommer også med oplæg til amtskommunerne om overvejelser om at nedlægge store specialsygehuse (de tidligere statshospitaler) enten afvikling over en årrække eller funktionsmæssig omdannelse (til plejehjem!), hvor specialsygehuset bygningsmæssigt er af ældre dato og er afsides beliggende.

Der var ikke i årene efter udlægningen fra centralt hold tegn på, at man ville blande sig i eller reagere på den debat om de rådende psykiatrirationaler, som opstod i samfundet og i amterne. Amterne fik en øgning af bloktilskuddene med henblik på at forbedre de fysiske rammer. Mange (psykiatere) har siden følt, at de ikke-øremærkede penge blev brugt til andre (sundheds-)formål (Hemmingsen 1989).

Ifølge Bistandsloven af 1976 var der ingen tvivl om, at kommunerne havde ansvar for de sociale tilbud til mennesker, som ikke kunne klare sig selv. Det var imidlertid ikke klart for kommunerne, at dette også omfattede svært psykisk syge, og de vidste kun lidt om behovene hos disse mennesker. Nogle kommuner mente, at amtet, ligesom opgaven tidligere havde påhvilet sygehusejeren, fortsat var ansvarlig og det var også delvis opfattelsen i nogle amter.

Amterne havde erfaring med afinstitutionisering/nedlæggelse af store institutioner i forbindelse med udlægningen af åndssvageforsorgen og ville gerne bruge disse erfaringer og samtidig inddrage kommunerne:

Socialpsykiatrichef Karen Thomsen, Fyns Amt, fortæller: *Der blev derfor udarbejdet en handlingsplan a la udlægningen af særfor sorgen. Kommunerne blev presset til at samarbejde, så der blev mulighed for at udflytte patienter til såvel kommunale foranstaltninger som til varige botilbud, og Endelig havde psykiatrien det problem, at kommunerne vidste alt for lidt om området. Kommunerne var af den opfattelse, at det ikke var deres problem, når patienter havde boet på psykiatriske plejehjem i for eksempel 10 år. Men nu begyndte man systematisk at flytte patienter ud i kommunale bofællesskaber og støttecentre, og så blev det kommunernes problem (interview, bilag 6).*

Erfaringerne fra åndssvageforsorgen tilsagde også, at institutionerne skulle være små og decentrale. Psykiatridirektør Kirsten Nielsen, Vejle Amt fortæller, at *man havde en stor institution for udviklingshæmmede i Bregninge, som man overtog i 1986 og decentraliserede. Man fik i den anledning en holdning til, at institutioner skulle være små (interview, bilag 5).*

Udlægningen i 1987 af de psykiatriske H-plejehjem til socialvæsenet og dermed delvis primærkommunal betaling (finansiering 50% og 100% for over 67-årige) blev dog en øjenåbner, som bevidstgjorde mange kommuner om deres sociale ansvar.

Øget vægt på den sociale indsats

Staten begyndte først i slutningen af 1980'erne at interessere sig for forholdene, hvad de kun havde gjort i ringe grad siden deres vejledning i 1977. I 1988 kom Sundhedsministeriets *90'ernes psykiatri: Oplæg til temaplanrunde 1989-90*. Oplægget fokuserede kraftigt på distriktpspsykiatri og der foretoges en definition som "en måde at organisere den psykiatriske service på" (al psykiatrisk service).

Definitionen indeholder: Geografisk nærhed, minimum af institutionalisering, kontinuitet i patient/behandlerforholdet, sektor-samarbejde, tværfaglighed, forebyggelse og evaluering/forskning. Med hensyn til psykiatrirationalet skulle der tages hensyn til det hele

menneske: Biologi, psykologi og sociologi, sygdom og livssituation. Deri blev også den primære målgruppe defineret: de alvorligt syge (psykotiske) mennesker. Det nævnes allerede i dette sundhedsministerielle oplæg, at man kunne overveje at organisere (distrikt)psykiatri og socialpsykiatri inden for det samme "énstrengede system".

Som redegørelse for resultaterne af runden fremlagde Sundhedsstyrelsen i 1991 *Omstilling på psykiatriområdet*, en rapport udarbejdet af "Følgegruppen" (Sundhedsstyrelsen 1991).

På denne baggrund vedtog Folketinget en dagsorden D8 af 7. marts 1991, som opfordrede amterne til at udbygge distriktspsykiatrien og kommunerne de sociale tilbud. Folketinget fulgte op med puljer (15M, M=millioner) til især socialvæsenet og antydede dermed, hvilket psykiatrirationale der havde bredt sig også i Folketinget (se næste afsnit). Dette fulgtes op i en "fremrykningsrapport" fra 1993 (og 50M-puljen), der også prioriterede de sociale støtteforanstaltninger (efterhånden kaldt socialpsykiatri), og disse har da også udviklet sig betydeligt, især i 1990'erne.

Opsummering: Øget vægt på decentralisering, distriktspsykiatri m.m.

Det må altså konkluderes, at de oprindelige centrale/ministerielle rationaler for udlægning af psykiatrien til amterne (forening med de somatiske specialer), som har gjort sig gældende siden begyndelsen af 70'erne, i de forløbne 25 år har ændret sig mod øget vægt på decentralisering, distriktspsykiatri, brugervalg og opprioritering af det socialpsykiatriske tilbud.

Rationaler og sygdomsopfattelser



Der findes ingen entydig definition af sygdom. Sygdom kan være en betegnelse for patologiske enheder eller defineres som tilstande med funktionsforstyrrelser, der omfatter både det biologiske system og individets personlige og sociale funktioner (Nielsen 2002).

En sygdomsopfattelse eller model repræsenterer den opfattelse eller forklaring, som anvendes på et givet problem eller symptom vedrørende årsag, forløb, behandling og prognose samt de tilknyttede oplevelses- og følelsesmæssige elementer.




Den biomedicinske versus den bio-psyko-sociale sygdomsmodel

Den *biomedicinske sygdomsmodel* hviler på naturvidenskabelige teorier og er baseret på opfattelsen af sygdom som uønskede funktionsforstyrrelser, der lader sig erkende med objektive metoder. Der er tale om naturfænomener, som kan betragtes uafhængigt af den person, der lider af dem og af konteksten i øvrigt. Lægen skal diagnosticere og behandle og opfattes som neutral, uafhængig og objektiv observatør.

Der er i denne opfattelse en klar adskillelse mellem "sjæl og legeme", som er en del af det generelle vestlige kulturmønster. Psykiske processer (følelser og tanker) er kvalitativt anderledes end legemlige fænomener. Lægevidenskab tilstræber objektivitet og eksakthed og psykiske processer opfattes ikke som tilgængelige herfor (Holstein et al. 1997). Det er således forståeligt, at psykiatere, som bl.a. er karakteriseret ved, at de anvender psykologiske (humanvidenskabelige) forklaringsmodeller, har lav status i det lægelige hierarki. Det er også forståeligt, at psykiatere, som gerne vil anerkendes i den lægelige professionskultur, må betone en biologisk opfattelse af psykiske lidelser – "som hjernesygdomme".

De negative sider ved den lægelige (biomedicinske) professionsdannelse kan karakteriseres ved: autorisation til på "udelukkende" videnskabeligt grundlag at dømme syg/ikke-syg, på dette autoritative grundlag at vurdere patientens tilstand og derved samtidig passivisere dennes egenhelbredende potentialer, at "medikalisere" sociale problemer (fx behandling med lykkepiller) samt at skabe samarbejdsproblemer og manglende fleksibilitet ved fastholdelse af "faglighed" og faggrænser (Holstein et al. 1997).

Den *biopsykosociale sygdomsmodel* (Engel 1980) inddrager nogle dimensioner, der mangler i den biomedicinske sygdomsmodel. Sygdom betragtes som et problem med både biomedicinske, sociale og psykologiske dimensioner. Det skal forstås således, at sygdom samtidig er et biomedicinsk, et psykologisk og et socialt/kulturføhængigt problem. Dette tolkes bedst inden for en konstruktivistisk referenceramme, det vil sige samtidig tolkning i flere dimensioner. 

For at diskutere og beskrive forholdet mellem lægers og patienters opfattelse af sygdom, har man *medicinsk-antropologisk* indført begreberne *illness* og *disease*. Ved *illness* forstås man patientens subjektive oplevelse, tolkning og handling på problemer/symptomer, mens *disease* refererer til

lægens sygdomsopfattelse. *Disease* forstås ofte synonymt med den biomedicinske sygdomsmodel. Begreberne er brugt til at vise den store forskel, der kan være mellem patientens og lægens sygdomsopfattelse og specielt lægens manglende forståelse for patientens sygdomsunivers.

Der har (især inden for det almenmedicinske speciale) været en voksende opmærksomhed på sygdom som et socialt forløb under påvirkning af kulturelle forventninger og social kontekst, det vil sige inddragelse af psykiske, sociale og kulturelle faktorer i sygdomsforståelsen.

Samfundsudviklingen og det ydre pres har til en vis grad modificeret sygdomsopfattelsen hos de teknisk mindre formående læger som findes i almen praksis. *Med den postmoderne bruger er patientorienteret medicin blevet et mantra*, skriver en almen praktiserende læge (Bojlén 2002). Det fremhæves hos Bojlén, at *brugerønsker, brugersynspunkter, brugerfølelser og brugerfølelser er uomgængelige hensyn og for øvrigt altid har været i fokus i almen medicin og almenmedicinsk forskning.*

Man har således bl.a. under indflydelse af nye psykosomatiske og psykosociale lidelser (golfkrigssyndrom, træthedssyndromer, smerter uden fysisk substrat mmm.) bevæget sig mod en opfattelse af sygdomme som socialt konstruerede kategorier. Der er således en generel tendens til at forlade det biomedicinske sygdomsbegreb og nærme sig den biopsykosociale eller biokulturelle model ikke blot for psykiske lidelser, men for sygdom generelt. For mange specielt inden for lægeverdenen er biopsykosocialt stadig blot en *lip-service*, men på samfundsplan er det en virkelighed af stigende betydning (Morris 1998). Især psykiske problemer kan ikke adskilles fra de sociale fænomener og symbolsystemerne, som udgør kulturen.

Almen praksis' mere psykosociale sygdomsrationaler kunne være en medvirkende årsag til, at politikerne i England har flyttet psykiatrien over i eller tæt på almen praksis (de har ikke haft nogen socialektor af betydning at flytte den til).

Psykiatrien må ud fra en folkelig/politisk vurdering teknisk anses for at befinde sig nogenlunde på samme stadiet som almen praksis. Der er naturvidenskabeligt produceret meget nyt inden for de basale neurovidenskaber i de sidste 50 år, men ikke meget, som har haft bare moderat klinisk

betydning. Til gengæld anvendes stadig metoder, som mange synes er ”middelalderlige” som for eksempel ECT (elektrochokbehandling).

Officielt tilslutter psykiatrien (den lægelige) sig den biopsykosociale sygdomsmodel. Der er dog ingen tvivl om, at de fleste psykiatere fortsat bevidst og ubevidst i overvejende grad anvender den biomedicinske sygdomsmodel. Som tidligere nævnt, er der fremtrædende repræsentanter inden for standen, som helt klart mener, at den biomedicinske opfattelse bør være den dominerende.

I modsætning hertil har det sociale felt en sygdomsopfattelse, som i langt højere grad vægter de psykologiske og de sociale aspekter ved psykiske problemer og lidelser. Det politiske ønske om at forene de socialpsykiatriske og sundhedsfaglige tilbud til mennesker med psykiske lidelser og problemer kan utvungent ses som en tilslutning til og vægtning af den biopsykosociale sygdomsmodel.

En fremtidig psykiatri baseret på en mere ligeværdig opfattelse af de biologiske, psykologiske og sociale/kulturelle opfattelser af sygdom må forventes at ville have politisk medvind. De forskellige rationaler kan ikke forenes ved dialog, da de er indbyrdes begrebsmæssigt adskilte og findes i hvert sit felt (se senere), men ved konstruktive dialoger kunne der opnås en gensidig respekt og forståelse, som kunne danne basis for et bredt samarbejde i en ny psykiatri.

Empowerment og recovery

De socialpsykologiske elementer i den biopsykosociale sygdomsmodel afspejler sig godt i begrebet *empowerment* (Hvas og Thesen 2002). Begreberne magt, afmagt, undertrykkelse og frigørelse er centrale begreber, når det gælder *empowerment*.

Empowerment tager udgangspunkt i en kritisk forståelse af og et kritisk syn på magten, der både afspejler den ulige fordeling af ressourcer og troen på menneskers mulighed for at tilkæmpe sig mere magt over eget liv.

Man arbejder imod undertrykkelse af grupper og enkelte individer og er opmærksom på magtrelationer, hvor den ene part er i underposition. Det kan dreje sig om mennesker fra andre kulturer eller mennesker, der er præget af misbrug, psykiske symptomer, fattigdom mv. Man arbejder med det pågældende menneskes stærke sider og forholder sig til begreber som magt,

undertrykkelse og stigmatisering. Man vil tilføre den enkelte og grupper af individer større kontrol over deres egen situation, herunder deres sygdomssymptomer og adfærd.

Empowerment-begrebet er ikke udsprunget fra sundhedsvæsenet, men er blevet en del af et begrebsapparat, der er videreudviklet i protest imod det lægelige arbejde og ekspertvældet. De hjælpende professioner (også andre end læger) kan utilsigtet nedsætte menneskers egen evne til at modstå sygdomme ved at gøre dem afhængige og tage kontrollen fra dem. Der er en tro på, at mennesker har helbredende kræfter i sig selv, eller at de kan udvikle dem i samarbejde med andre i stedet for at afgive al kontrol og magt til lægerne.

I 1978 på WHO's Alma Ata konference blev det slået fast, at *health promotion is the process of enabling people to increase control over and to improve their health*. *Empowerment* handler således om to ting, dels at styrke patienternes egne kræfter og dels at modvirke undertrykkende kræfter, der bevirker afmagt.

Det er ofte fremhævet, at psykiatrisk behandling virker stigmatiserende og således i sig selv har skadeeffekter. Selvundertrykkelse kan opstå ved, at en person udskilles fra "de normale" i form af f.eks. en psykiatrisk diagnose, og medbringer "de normales" fordomme, som nu rettes mod vedkommendes eget selvbillede.

Empowerment på individplan handler om at ændre sit selvbillede, om at afvise indre og ydre, egne og andres billeder af sig selv som én, der ikke kan eller fortjener bedre. Den psykiatriske medarbejder skal således gå ind og støtte og hjælpe patienten til at få øget kontrol, dvs. en strategi for at styrke patientens kompetence og aktive medvirken ved beslutninger og målsætninger omkring behandling og støtte.


Relationen mellem læge og patient er principielt asymmetrisk og skal til en vis grad være det, da patienten har behov for lægens viden. Det handler samtidig om, at den professionelle skal aflægge sig ekspertrollen og blive en ligeværdig samarbejdspartner, som er interesseret i at dele ud af sin viden, og som tør afgive noget af sin magt. Man kunne forestille sig, at patienten oplevede at have fået en øget magt til at gøre noget; uden at lægen nødvendigvis er blevet mere magtesløs.

I de senere år har *empowerment* fået en ny udformning i *recovery*-begrebet. Dette påpeger dels, at man i for ringe grad har hæftet sig ved, at en del mennesker, som får diagnosen skizofreni, igen bliver raske. Det væsentligste indhold er dog, at mennesker, selv om de har en alvorlig psykisk lidelse, kan komme til at fungere på en rimelig og for dem selv tilfredsstillende måde i samfundet (Strauss 2002).

Strauss siger: *Grundlæggende ved vi ikke, hvad der skal til, for at det enkelte menneske kommer sig, hver enkelt må gå sin egen vej, og der er ikke én bestemt vej, der er den rigtige. Som professionel er vores opgave efter min mening at hjælpe den enkelte med at finde sin vej – ikke at komme med et program, der skal følges.*

Opsummering: Fra biomedicin til empowerment og recovery

Som vist er det tydeligt, at sygdomsmodellen generelt er ved at skifte karakter. Det kan ikke betvivles, at der er en afgørende forskel i rationale bag den biomedicinske sygdomsmodel og den sociale *empowerment/recovery*-model.

Det bliver tiltagende tydeligt, at opfattelsen i en postmoderne tidsalder kommer nærmere det konstruktivistiske og vil inddrage kulturelle (psykosociale) forhold udover biologiske. *Empowerment* og *recovery* er begreber inden for den biopsykosociale sygdomsmodel, som er kommet i centrum. 

Humanisme og professionsrationaler

Filosoffen Wackerhausen nævner i sin bog (Wackerhausen 2002), at alle er enige om at sundhedsvæsenet skal være humant og humanistisk, der er tilsyneladende et "humanistisk imperativ". Der er ikke enighed om, hvordan man definerer humanisme, men *en oplyst, tidslig og aktiv solidaritet med mennesket og en afvisning af menneskets underkuelse, tingsliggørelse eller forglemmelse er et hovedpunkt.*

Naturvidenskabens tingsliggørelse af patienten

Wackerhausen fremhæver, at mennesker i det sundhedsprofessionelle felt sædvanligvis er moralsk troværdige og tilslutter sig på det bevidste og sproglige plan det humanistiske imperativ. Alligevel

kan det godt bl.a. på grund af handlerummets kompleksitet, uoverskuelighed, tidspres mm. ske, at de ikke gør sig klart, hvilken karakter deres resulterende praksis har. Han mener således, at det ikke er særlig godt fat med humanismen i det sundhedsfaglige felt. Sundhedsarbejderen kan usynliggøre og overse patienten, opfatte ham som et tilfælde og ikke tale til ham som menneske til menneske.

Han mener, at sygdomsforståelsen er fundamentalistisk i den forstand, at den bygger på en naturvidenskabelig opfattelse, som tingsligger patienten. Det er uddannelsen og især professionaliseringen i hospitalssystemet og den deraf følgende professionsidentitet, som stiller sig i vejen for at opfatte patienten som et menneske.

Han foreslår ikke, at der skal undervises mere eller i flere humanistiske fag, men at der skal ske en bevidstgørelse: *Humanisme er noget som skal være, noget som skal optages i en selv, noget der skal indgå i at give form til blikket og aktivitetsdispositionerne. Det skal indgå i den gestalt og kontekst inden for hvilken f.eks. fysiologiske og kliniske data tilegnes og læres og patienten opfattes og behandles.* Humanismen og humanistiske elementers fortløbende dynamiske implementering i det sundhedsprofessionelle felt er en bestræbelse uden afslutning og det gør ikke bestræbelsen nytteløs, det gør kun den humanistiske fordring større og vedvarende men ikke mindre nødvendig.

Opsummering: Kulde og umenneskelighed giver socialpsykiatrien medvind


De nævnte betragtninger om naturvidenskabens tingsliggørelse af patienten fremsat af en filosof tydeliggør og forståeliggør, at der i den etablerede (psykiatriske) lægeverden kan optræde folkelig og politisk utilfredshed, som er uformuleret eller formuleret som ”kulde” og ”umenneskelighed”.


Det er på samme baggrund forståeligt, hvis socialpsykiatri med en anden mere humanistisk menneskeforståelse får politisk medvind.

Samfundets ændrede rationale i midten af det 20. århundrede

I forbindelse med at nye behandlingsformer vandt indpas i behandlingen af de psykisk syge i midten af 1950'erne og begyndelsen af 1960'erne, opstod der samfundsmæssige krav om at åbne institutionerne, en ændret samfunds-/humanvidenskabelig psykiatriopfattelse vandt frem og *community psychiatry* blev tidens samfundsmæssige mantra.

I psykiatrien skete der ikke så meget andet, end at antallet af sengepladser blev reduceret.

Der blev foretaget flere ambulante behandlinger, men dette var ikke tilstrækkeligt til at sikre de alvorligt psykisk syge en stabil tilværelse i lokalområdet. Der forekom talrige genindlæggelser på grund af tilbagefald (svingdørspsykiatri), flere hjemløse og øget kriminalitet (behandlingsdømte). Tendensen til, at psykisk syge valgte storbymiljøer, viste sig. De pårørende følte sig belastede og svigtede. 

Den eksisterende, men helt utilstrækkelige, distriktspsykiatri stod for skud. Det var uklart, hvad distriktspsykiatri var.  I mange amter var der blot tale om en - eventuelt udlagt - ambulatoriefunktion. Der var helt klart åbent for, at nye psykiatrirationaler kunne vinde fodfæste.

I sin analyse af Galskabens historie beskriver Niels Åkerstrøm Andersen (*MPA*-forelæsning sept. 2001), hvordan diskursen har ændret sig. Den beskriver de gales historie og kan bringe en tilgang til at beskrive og forstå, hvordan psykiatrien er blevet et område for magtkamp mellem lægevidenskab og samfundsvidenskab. Vi vil her begrænse os til udviklingen i det 20. århundrede.


Fra en mere end 100-årig overvejende fysisk/biologisk domineret helhedsforståelse til en opfattelse, som sætter skel mellem det fysiske (biologiske) og det sociale/psykologiske og betoner det sidstnævnte. Man søger nu at lytte til de gale, til sindssygen og begribe galskaben ud fra de gales erfaringer, og deres forvridding af virkeligheden. Målet er nu at genetablere kommunikationen, ikke blot mellem den sindssyge og de raske, men også mellem de gale og raske aspekter i den tilpassede personlighed.

Antipsykiatribevægelsen

Mennesker med sindssygdom skulle ud af hospitalssengene og integreres i samfundet.

Hvordan det skulle ske, var der ikke enighed om. Samtidig opstod en ”antipsykiatrisk” bevægelse, som i sin yderste konsekvens påstod, at der var tale om ”raske i et sygt samfund” (Kelstrup 1983). Dette skabte yderligere usikkerhed om fordelingen af opgaver mellem psykiatrien og socialvæsenet. Skulle der blot en ordentlig menneskelig omsorg og respekt til? Var afhjælpning af psykiske lidelser

i virkeligheden en social opgave? Var den psykiatrien (den lægelige) i virkeligheden til mere skade end gavn?

Det 20. århundredes holdningsændring kom klarest til udtryk i antipsykiatribevægelsen i 1960'erne – 1980'erne, hvor især psykiateren Laing med sine bøger og debatindlæg i 1970'erne prægede debatten. Laing (1970) fremlagde sine teorier om familiens patogenetiske betydning, bl.a. i bogen *Familiens Politik*, hvor han slår til lyd for, at sindslidelser opstår i den familiemæssige kommunikation. 

Denne samfundsmæssige forståelse af psykisk sygdoms årsagsforhold som socialt forårsagede kommer også til udtryk i den samfundsmæssige debat, blandt andet i film og kronikker.

I den meget toneangivende film fra begyndelsen af 1970'erne *One flew over the Cuckoo's nest* af Ken Kessey (på dansk *Gøgereden*) bygget over bogen af samme navn skildres den psykiatriske totalinstitution med dens egen indre logik og magtstrukturer. Og *indianeren, som han er blevet behandlet og isoleret i sit eget land, er overhovedet en særdeles illustrerende metafor for mennesket, der rammes af et samfund på en måde, så at det fører til en sygdom, hvis årsager forveksles med virkningen* (Lundbye 1971).

Denne almene forståelse af psykisk sygdoms årsagsforhold genfindes i samfundsdebatten i den resterende del af det 20. århundrede, bl.a. i Benny Lihmes kronik i Information den 12. marts 1986: *Udviklingspsykologien har lært os, at vi bliver til, hvad vi nu en gang bliver til gennem barndommens identifikationsprocesser, i omgangen med vigtige personer, i intime og vigtige socialiseringsprocesser. Og gennem diagnostisk udelukkelse fra kulturen gøres galskab, ensomhed og problemer med at være arbejdsløs til en god og håndterlig fjende kaldet sygdom.*

At en holdningsændring havde en bred politisk opbakning bekræftes i interviewet med folketingsmedlem Ester Larsen (bilag 7). Hun mener endda, at politikerne havde en foregangsrolle i udbredelsen af det nye psykiatrirationale: *Ester Larsen vurderer, at der generelt er sket et skifte i synet på psykisk syge. Det er sket i befolkningen, men først og fremmest har det været promoveret af visse politikere. Ifølge Ester Larsen har politikerne her for en gangs skyld påtaget sig opgaven med at gå forrest.*

Socialvæsen og afinstitutionalisering

Socialvæsenets aktiviteter tager udgangspunkt i sociallovgivningen som blev gennemgribende reformeret første gang i 1933 under Kanslergadeforliget. Grænserne mellem støttemulighederne blev defineret, så det var klart hvilken støttemulighed, man var berettiget til. Socialvæsenet er regelbaseret og rationelt i sin arbejdsform og retsprincipper er afgørende.

Socialvæsenet fik et grundlæggende nyt lovkompleks i 1976 – bistandsloven, som sikrede borgerne ydelser inden for rådgivning, serviceydelser og økonomisk støtte, og socialvæsenet fik samtidig en forvaltningsmæssig størrelse af betydning. Arbejdsgrundlaget er praksisorienteret og regelbaseret. Den enkelte borger i eget hjem er modtager af de sociale ydelser, om de nu er økonomiske eller praktiske (hjemmehjælp, hjemmesygepleje, madordninger ol.). Udgangspunktet er at støtte borgerens stærke (sunde/raske) sider med henblik på at give borgeren størst mulig autonomi.

Man ønskede at afinstitutionalisere og havde som tidligere nævnt erfaringer fra udlægningen af åndssvageforsorgen:

Som cheflæge Inge Munk Møller, Viborg Amt, udtrykker det: *Man ønskede at komme af med de store institutioner, for der var så meget negativt knyttet op på dem. Fra politisk hold mente man, at bare man nedlagde Viborg, så var det onde væk. Det var ifølge Inge Munk Møller nok lidt naivt, for hvis nissen flytter med, hjælper det hele jo ingenting! Men mange mente, at stigmatiseringen hang på Viborg, og det skyldes måske, at hospitalet var startet i det gamle tugthus og i en lang periode faktisk havde meget slemme forhold (interview, bilag 4).*

Folketingsmedlem Ester Larsen fortæller, at *til en start skulle det undersøges, hvad det egentlig var, man havde overtaget. Det var blandt andet Middelfart med 1.200 senge. Var alle de patienter virkelig nødt til at være indlagt? Nej, en stor del var lige så vel behandlet uden for hospitalet. Men der var en tradition for anbringelse på livstid.*

Der var sket en holdningsændring i befolkningen, der spillede meget ind på den politiske håndtering. Man gik fra seng til seng og vurderede, at en meget stor del af patienterne ville kunne trives på plejehjem, andre typer af institutioner og i øvrige boformer (interview, bilag 7).

Og psykiatrichef Karen Thomsen, Fyns Amt, kan fortælle, at hun *havde oplevet udflytningen af særfor sorgen. Her oprettede man miniboer, som de udviklingshæmmede efterhånden blev udflyttet til. Det betød samtidig et kraftigt opgør med de gamle normer: Tidligere havde de institutionsanbragte udviklingshæmmede for eksempel samme frisure, og de havde ikke engang deres eget undertøj – det blev udleveret! Nu kom de til frisøren og foldede sig ud som individuelle personer.*

Karen Thomsen mente, at det samme måtte kunne gøres i psykiatrien. Hun vurderer, at det var den indstilling der gjorde, at hun blev bedt om at gå ind i psykiatriområdet. Det psykiatriske område var i midten af 1980'erne meget lukket. Karen Thomsen blev i høj grad brugt til at søge ind i dette lukkede miljø og forklare politikerne, hvad der foregik (interview, bilag 6).

Socialvæsenet er orienteret mod løsning af nye opgaver og omstillingsparat. Det er præget af hjælp i lokalmiljøet på den enkeltes egne præmisser. Socialvæsenets selvforståelse og måde at udøve praksis på ligger tæt op af den samfundsmæssige forståelse af psykisk sygdom. Den tænkning som ligger i den distriktspsykiatriske organisationsform ligger således nærmere det rationale, som findes i socialvæsenet end det, som findes i sygehusvæsenet.

Distriktspsykiatrien kan for socialektoren derfor opfattes som ensbetydende med en radikal af-institutionalisering præget af den anti-psykiatridebat, hvor det psykiatriske sygdomsbegreb opgives. En distriktspsykiatri kunne således tænkes designet helt fri af hospitalssektoren og primært byggende på sociale relationer og det sociale netværks betydning for tilstedeværelsen af de psykiske lidelser (Knudsen & Seemann 1990, 115f).

Opsummering: Bred støtte til det samfundsbaserede psykosociale psykiatrirationale

Det samfundsbaserede psykosociale psykiatrirationale med bred folkelig og politisk støtte har altså været ideologisk grundlag for de hidtidige organisationsændringer på psykiatriområdet.

Det er et rationale, som kræver, at psykiatrien medinddrager den essentielle opfattelse af, at psykiske lidelser har en væsentlig/dominerende psykosocial side. Det er ikke ensidigt og måske kun i mindre grad biologisk bestemt.

Rationalet i dansk (lægevidenskabelig) psykiatri

Dansk Psykiatrisk Selskab repræsenterer den lægevidenskabelige forståelse af psykiatrien og psykiaterens rolle.

I 60'erne var man imidlertid til en vis grad præget af tidens trend. DPS fremsatte synspunkter, som var i overensstemmelse med de samfundsmæssige strømninger, der var under udvikling og blev meget markante i 1970'erne. Det gælder for eksempel årsagsforklaringer, som omfattede de sociale forholds patogenetiske betydning for psykisk sygdom, det vil sige, at man accepterede, at sociale og familiemæssige forhold kunne være grundlæggende årsag til psykisk sygdom.

Distriktskykiatri med udgangspunkt i hospitalet

Dansk psykiatrisk selskab diskuterede således allerede i 1960'erne distriktskykiatri, og formanden udtalte i et foredrag (Hoffmeyer 1966a):

Sindssygevesenet står midt i en udvikling, som startede med "dårekister" og anstalter, hvor man anbragte mennesker, der på grund af sindssygdom eller mental defekt ikke kunne tilpasses samfundet eller voldte dette skade..... Det er trods alt indlysende, at institutioner, hvis traditioner har rod i en så elementær hjælp til de alvorligst sindslidende, kun med visse besvær lader sig omstille til de moderne krav til et psykiatrisk sygehusvesen.

Om man i psykiatrien vil angribe sine problemstillinger "Holistisk" (side tillet med distriktskykiatri/comprehensive psychiatry) eller hvad man nu vil kalde det bør ikke gøres til en ideologi, men et spørgsmål der afgøres rent praktisk....Og den aktuelle problemstilling må være om vi har behov for i større omfang end hidtil at få skabt praktiske og organisatoriske muligheder for en mere helhedsmæssig behandling i hvert fald i visse psykiatriske problemstillinger..... De praktiske og erkendelsesmæssige faktorer, der i dag betinger, at vi måske i et vist omfang burde interessere os mere for en "social-comprehensive" psykiatri, kan måske opregnes på følgende måde:

- *Landets dækning med senge er internationalt set lav - medfører behov for effektiv sengeudnyttelse*
- *De moderne behandlingsmetoder kan meget vel gennemføres ambulant og i mange tilfælde erstatte indlæggelse*
- *Social og medicinsk forsorg og behandling er i alt for ringe grad koordineret. Jo mere årsagsmæssigt man tilstræber behandlingen af social og medicinsk dysfunktion, jo mere nærmer man sig fælles problemstillinger, idet det i et vist omfang er "tilfældigt", om en skade ytrer sig med social eller medicinsk (psykiatrisk symptomatologi). Et disharmonisk, patogenetisk hjem, hvor der opvokser børn kan skabe klienter til såvel sociale som medicinske, somatiske som psykiatriske institutioner."*

Der opregnes i alt ti præmisser, som kunne tale for at institutionerne åbner ud mod samfundet, og man anbefaler i DPS, *at der på forsøgsmæssig basis enkelte steder ved statshospitaler skabes team bestående af speciallæger, reservelæger, psykologer, socialrådgivere og sygeplejersker, der i et afgrænset distrikt gennemfører et distriktskykiatrisk forsøg.*

Der opstilles også en præferenceliste over, hvad et sådan team skulle foretage sig:

- *Forundersøgelse*
- *Større eller mindre efterbehandling*
- *Et samarbejde mellem hospitalet og forsøgsområdets sociale og eventuelle pædagogiske institutioner (samarbejde med omgivende samfund får på dette tidspunkt tredje prioritet).*
- *Gruppebehandling*
- *Ambulant behandling af lettere sindslidelser.*

Der tilføjes dog:

Der skal advares mod en tendens til at ville undgå indlæggelse for enhver pris.

Senere samme år debatteres distriktskykiatri på ny i DPS-regi (Hoffmeyer 1966b) *I stigende grad har man erkendt ikke alene de sociale og familiære vilkårs store betydning for ikke alene de sindslidendes gentilpasning i samfundet, men også som patogenetiske faktorer af første orden.*

Dette sidste gælder i særdeleshed for så vidt det drejer sig om de mildere stadier af de egentlige sindssygdomme eller om de mange former for de lettere sindslidelser og defekter.

Med baggrund i en erkendelse af behov for nye tiltag i den psykiatriske organisation foreslås det i indlægget, at *man på eksperimentel basis forsøgte en distriktskykiatrisk service oprettet i tilknytning til et statshospital i bypræget område. Under hensyntagen til den store betydning for hele psykiatrien, udviklingen af den psykiatriske virksomhed inden for de sociale serviceorganer har, burde sådant et forsøg.....også omfatte et samarbejde med områdets sociale institutioner.*

Principielt kunne et sådan forsøg gennemføres enten sådan at et helt hospital eller i hvert fald en enkelt afdeling som en helhed indgik i forsøget eller således, at der ved et hospital oprettedes et særligt team, som i et enkelt distrikt gennemførte et distriktskykiatrisk service.

På trods af at der på et tidspunkt var en vis anerkendelse af et socialpsykiatrisk perspektiv, har forståelsen af distriktskykiatri overvejende været dels, at der er for få senge, dels at der er et stigende behov/efterspørgsel efter psykiatriske ydelser og endelig, at distriktskykiatri skal udgå fra/være forankret i hospitalet eller den psykiatriske afdeling.

Der har også været en understregning af samarbejdet med andre instanser i samfundet, men den prioritering, som fremgår af Hoffmeyers første indlæg, hvor samarbejdet har tredje og laveste prioritet, har nok ligeledes været fastholdt langt op i 1980'erne (Lindhardt 1984).

Modstand mod sammenlægning af med socialvæsenet

Selv om nogle psykiatere i 60'erne altså var åbne over for, at sociale forhold kunne have afgørende betydning for psykisk sygdoms opståen og forløb, så var denne opfattelse langt fra dominerende, og en sammentænkning med socialvæsenet var der overvejende modstand imod. Dette blev tydeligt konstateret ved det første forsøg i Danmark på at samle al psykiatri i en amtlig socialforvaltning (Borup, Knudsen & Vendsborg 2002a).

Forsøget fandt sted i Viborg Amt i slutningen af 80'erne. Overlæger skulle her for første gang ansættes i socialforvaltningen (som andet end konsulenter). FAS havde forhandlingsretten og var tøvende over for fænomenet. DPS var direkte imod og forhandlede på møder sammen med FAS.

Argumentet fra DPS var, at planen var lægefagligt uforsvarlig. En politiker i Viborg Amt siger: *Vi fik et tårepersende brev fra DPS. Medicinaldirektøren måtte på banen, for at Viborg Amt kunne få sin overenskomst. DPS' påstand om lægelig uforsvarlighed holdt ikke, end ikke selv om der på det tidspunkt var tale om at dele psykiatrien i to forskellige forvaltninger (sygehusene blev i sygehusforvaltningen). Det lægefagligt uhensigtsmæssige i at adskille psykiatrien fra det øvrige (somatiske/biologiske) sygehusvæsen har været det dominerende argument mod organisatoriske ændringer lige siden.*

Ikke mindst i de senere år, hvor psykiatrien politisk i stigende grad overflyttes til/samles med den sociale indsats og tages ud af sygehusvæsenet, har den fagpsykiatriske holdning været udtalt negativ over for dette. Det har især været fagets biologiske professorer, som har præget modstanden. Der er formentlig en overvejende tilslutning til deres synspunkter i psykiaterkredsen.

Det fremgår af interview mod psykiatridirektør Kirsten Nielsen (interview, bilag 5), at der var de samme reservationer også i Vejle Amt: *Den sundhedsfaglige del advarer kraftigt mod en social overtagelse og det vidste man i forvaltningen og*

(overlæge)..... at det er væsentligt, at psykiatrien er i en sundhedsfaglig forvaltning, da der er store sammenhænge mellem den somatiske og den psykiatriske betjening, gensidigt tilsyn, samarbejde og kultur.

I et svar til Sundhedsstyrelsen om rapporten *Målsætninger for distriktskykiatrien* beskriver DPS (efter at de indledningsvis har beklaget, at de ikke har været medlem af arbejdsgruppen):

- *at de er glade for, at rapporten foreslår tæt kontakt mellem sygehus og distriktskykiatrien*
- *at psykiatrisk behandling er lægeligt funderet*
- *at behandling/støtte i socialvæsenet (socialpsykiatrien) har en anden karakter og skal holdes ansvarsmæssigt adskilt fra psykiatrien*
- *at DPS ud fra behandlings- forsknings- og uddannelsesmæssige hensyn kun kan anbefale en organisationsform, hvor distriktskykiatrien er en integreret del af sygehusvæsenet*

- *at decentralisering er et onde. Distriktpsykiatri skal således være tæt sammenhængende med sygehusene – også fysisk. Decentralisering vanskeliggør uddannelse og fastholdelse af viden også med hensyn til de almindelige sygdomme*
- *der er for mange opgaver ("et utal af opgaver") som ikke primært er behandlingsmæssige (dvs. socialpsykiatri) i rapportens forslag. Man burde i stedet satse på "realistisk lægefagligt begrundet behandling og forskningsopgaver". (Udformet af formand (biolog) og næstformand (psykoanalytiker) i DPS februar 1998, www.dpsnet.dk).*

Den overvejende biologisk funderede læge-/psykiaterholdning er dog ikke ganske dominerende. I en pressemeddelelse fra maj 2000 (i anledning af en kritisk artikelserie i Morgenavisen JyllandsPosten) giver formanden for DPS (en socialpsykiater valgt ved kampvalg) et lidt bredere billede. Udover psykiatrisk forskning (hvor der også nævnes epidemiologisk, psykoterapeutisk og socialpsykiatrisk foruden den biologiske) og uddannelse betones også det menneskelige miljø i afdelingen samt samarbejde med brugere og pårørende (www.dpsnet.dk).

Tendensen til sygehusbasering og specialisering er dog ret generel. I et indlæg om behandling af psykiske lidelser, som ikke er sindssygdomme, anbefaler den samme formand seks sygehusbaserede specialenheder til forskning og uddannelse, selv om der samtidigt fremføres at være 7-800.000 i Danmark, som i løbet af et år har disse lidelser. Der foreslås dog også et øget antal praktiserende psykiatere (www.dpsnet.dk, 2001).

Biologisk psykiatri

I en kommentar i DPS-medlemsbladet (september 2002) skriver formanden, der er traditionel hospitalspsykiater under overskriften *Tåbelig tanke fra Venstre* (Venstres politiske ordfører Jens Rohdes forslag om at psykiatrien skal overgå til kommunerne), at dette vil medføre:

- *isolering af psykiatrien fra de øvrige lægefaglige behandlingstilbud og deraf følgende forringede behandlingsmuligheder*
- *at psykiatrien er et lægefagligt speciale med tæt samspil med øvrige lægefaglige specialer og dette er forudsætning for udvikling, forskning og fastholdelse*
- *flytning til kommunerne vil betyde, at psykiatrien fjernes fra hospitalerne*
- *kommunerne har ingen viden om lægefaglig behandling og forskning*

- *sygehusvæsenet er under rivende udvikling med henblik på bedste kvalitet i behandlingen som psykiatrien ved overflytning til kommunerne ikke kan deltage i – dette findes skræmmende (www.dpsnet.dk 2002)*

I en korrespondance til Ugeskrift for Læger kommenterer professor i biologisk psykiatri, tidligere formand for DPS Raben Rosenberg en nylig udgivet lærebog i distriktspsykiatri (af Blinkenberg, Vendsborg, Lindhardt & Reisby).

Han finder, at bogens påstand om at arbejde udfra en biopsykosocial model ikke er særlig fremtrædende, idet "bio-aspektet" er ret så underordnet. Der tages ikke tilstrækkelig hensyn til den væsentlige udvikling, der sker indenfor neurovidenskaberne og til den farmakologiske behandling. Han finder, at psykiatrien som lægefaglig disciplin er stillet overfor væsentlige udfordringer, hvis psykiateren skal bevare sin lægefaglige identitet og sikre, at han/hun i sit arbejde tilgodeser den eksplosive udvikling, der kendetegner den biomedicinske del af psykiatrien. Den lægefaglige identitet må styrkes for at opnå præcis diagnostik og specifik behandling gennem kendskab til sygdomsmekanismer. Han konstaterer, at bogen afspejler en lægerolle, hvor lægefagligheden har lidt skibbrud og er på vej mod druknedøden (Rosenberg 2002).

Det er fremtrædende, at de biologisk orienterede psykiatere fremhæver de store fordele som biologisk baseret behandling kan tilføre de psykiatriske brugere/patienter. Disse (og deres pårørende) giver derimod udtryk for den allerstørste skepsis over for disse behandlingsmetoder. Ofte fremhæves, at behandlingen er værre end lidelsen.

Opsummering: Det biologisk dominerende sygdomsrationale en hæmsko for fortsat lægelig (hoved)rolle i psykiatrien

Der synes at være god støtte for at hævde, at den lægelige fastholden af et ret ensidigt biologisk eller i al fald biologisk domineret sygdomsrationale har været en hæmsko for en fortsat lægelig (hoved)rolle i psykiatrien.

Man har til dels accepteret en lægelig dominans i den kliniske hverdag af tradition og fordi der er behov for lægelig autorisation af bl.a. administrativ frihedsberøvelse/tvang og sygdomsrolle,

ligesom man anerkender behovet for medikamentel behandling. I de administrative og organisatoriske ændringer, som har fundet sted, er lægerne derimod blevet sat ud på et sidespor.

Rationaler beskrevet som sociale felter

En af de forfattere, som har bevæget sig inden for den diskursive formkreds, er Bourdieu, som opererer med begrebet felt (Munk 2002). Inden for et felt er der såvel en materiel som en symbolsk dimension.

Det lægeligt psykiatriske felt versus det sociale felt

Det sociale og det symbolske rum er hinandens forudsætninger i en given historisk kontekst. De agerende indtager bestemte sociale positioner og har forskellige holdninger og udtryksformer mv. Ethvert felt har sin egen logik, der ikke kan reduceres til andre felters logik. De agerendes praktiske adfærd og forestillingsverden opstår som en erfaringsmatrix, der består af tidligere erfaringer og i denne forbindelse specielt af uddannelsen og de praksiser og forholdningsmåder, der findes i ens erhvervsbetingede felt. Man kan således tale om et lægeligt/psykiatrisk felt og et socialt felt med hver sine materielle og symbolske repræsentationer.

De fremtrædende kendetegn ved et felt er, at de mennesker som virker i det, har en fælles interesse, nemlig at opretholde feltets eksistens. Man er ikke i feltet i dagligdagen bevidst om, hvilke fælles interesser, man har, og disse indgår således i en slags "kollektiv ubevidsthed". Rettighederne og magten i feltet opfattes som naturlige og legitime, uden at man i dagligdagen erkender dem.

Det er ud fra Bourdieus teori om felter ikke vanskeligt at forstå, at der kan blive tale om magtkamp, når to forskellige felter som det psykiatriske og det sociale skal beskæftige sig med det samme område (psykiatriske patienter/klienter). Det ligger implicit i feltteorien, at deltagerne i hvert felt vil opretholde og udvide deres interesseområde, ligesom de er ubevidste om de begreber og ideer, som de hver især er fanget i. Der er i høj grad behov for en kommunikativ rationalitet (dialog) som beskrevet hos Habermas (Larsen 1996), hvis der skal nås en fælles forståelse.

Janne Seemann (1999, 87) fremhæver, at sundhedsvæsenets aktuelle krav om helhed, samarbejde, tværfaglighed og fælles forståelse udfordrer de professionelles viden, deres standardiserede

færdigheder og deres hierarkiske struktur. Kravene til den professionelles rolle skal flyttes fra fagbureaukratiets autoritative ekspert til dialogpartner i sundhedsnetværk. Der stilles krav om kritisk refleksion over eget professionelt udgangspunkt. De skal optræde som reflekterende praktikere. Hun henviser også til den kommunikative rationalitet hos Habermas som et meget væsentligt element.

Der skal kommunikeres på tværs af professionsgrænser – sundhedsfaglig og socialfaglig viden – på tværs af funktioner – behandling og støtte – og på tværs af institutioner – amter og kommuner. Hun opstiller her som ideal for den gældende rationalitet, at aktørerne magter at opnå en gensidig forståelse med hinanden og omgivelserne. Hun påpeger, at ikke blot de mange aktører og institutioner skal nå til en fælles balance, men at denne må inddrage brugerne som aktive dialogpartnere i udformning og afvikling af den psykiatriske service.

Opsummering: Vanskeligt men nødvendigt med kommunikation på tværs af felter

Beskrivelsen af sociale felter belyser altså, at rationalerne som findes i henholdsvis det sundhedsfaglige og det sociale felt ikke umiddelbart er gensidigt forståelige, og at det er forventeligt, at de to felter forsøger at opretholde hver sin forståelse og sit interesseområde. Der er tale om to logikker, som ikke gensidigt kan reduceres til at omfatte hinanden. Til gengæld er det nødvendigt, at der etableres en kommunikation på tværs af professionsgrænser, funktioner og institutioner og med inddragelse af brugerne som dialogpartner.

Politisering af psykiatrirationaler


Det politiske felt er kun til en vis grad homologt med de sociale felter (Munk 2002). Via det politiske felt begrebsliggøres sociale modsætninger. Det politiske felt hos Bourdieu er feltet af politiske positioneringer – modsætninger mellem politiske holdninger.

Det er ikke sikkert, at en social konflikt bliver repræsenteret i det politiske felt, konflikten er således ikke politisk i sig selv. Forskellene mellem den sundhedsfaglige og den socialfaglige holdning til psykisk syge kan således være en konflikt, længe før den bringes ind i det politiske felt. På et vist tidspunkt kan politikere/de politiske partier begynde at politisere opfattelsen af behandlingen af

mennesker med psykiske lidelser. For at dette kan ske, må sagen først gøres politisk. En sag politiseres ikke alene af økonomiske eller sociale forhold. Det er i det politiske felt, at man kan anfægte naturligheden og legitimiteten i rationalerne i de forskellige praksisfelter.

Anti-psykiatrien og mediekritikkens politisering af psykiatrien

Det var den antipsykiatriske bevægelse og den kraftige mediekritik i 60'erne, 70'erne og 80'erne, som bragte den psykiatriske behandling ind i det politiske felt. Det er ofte medierne, som medvirker til at politisere et felt, og de havde også her en kraftig medvirken ved bestandig at sætte spørgsmålstegn ved den (lægelige) psykiatriske praksis.

Det første sted, hvor politiseringen gav praktiske resultater, var i Viborg. Efter en kraftig politisering i Viborg Amtsråd, blev psykiatrien overflyttet fra sygehus-/sundhedsudvalg til socialudvalget. At det lykkedes at politisere konflikten på det tidspunkt kan hænge sammen med, at kritikken lagde sig op af alment accepterede politiske emner som decentralisering, afinstitutionisering, frie valg og lignende begreber, som er centrale i den fremvoksende *New Public Management*-ideologi, jf. kapitel 5. 

Psykiatrien, det vil sige samfundets hjælp i form af behandling og støtte til mennesker med psykiske lidelser, fik status som sit eget politiske felt. Den har bevaret og udbygget denne status, som efter det seneste valg kom til udtryk ved, at halvdelen af amtsrådene indførte et særligt udvalg for psykiatri.

Det er inden for dette politiske felt den politiske intention at skabe sammenhæng, integration og kontinuitet mellem det sundhedsfaglige og det socialfaglige felt til glæde for brugerne. Det gælder den praktiske udførelse af psykiatrien, men også, og af langt større vigtighed, et forsøg på en forening af de sundheds- og socialfaglige rationaler – for ikke at sige en bekæmpelse eller neddæmpning af den sundhedsfaglige (lægelige) objektivisering og efter manges mening ”inhumanisering” af tilbuddet til psykisk syge. Samling i et fælles politisk felt medfører ikke umiddelbart, at de sundhedsfaglige og socialfaglige rationaler indstiller kampen. Men det giver mulighed for, at de kan indgå i en konstruktiv dialog og efterhånden få en fælles og i det mindste overlappende forståelse.

Opsummering: Det er lykkedes kritikerne at gøre psykiatrien til et selvstændigt politikområde

Som det er fremgået, er der gennem de senere år foregået en omfattende politisering af det psykiatriske område.

Det er lykkedes kritikerne af den (lægelige) psykiatri at gøre denne til et selvstændigt politikområde og der er ikke tegn på at denne interesse vil aftage i de kommende år.

Hvordan står kampen?

Samfundets psykiatriopfattelse er fortsat præget af den anti-psykiatribevægelse, som fandt, at sociale forhold var af primær ætiologisk betydning for oprindelse og vedligeholdelse af psykisk sygdom. Den sociale sektor repræsenterer denne opfattelse. Heroverfor er der hospitalspsykiatriens og den lægevidenskabelige opfattelse, hvor psykisk sygdom behandlede på et lægevidenskabeligt grundlag i sygehuse, og lægelig behandling især biologisk funderet er det centrale.

Det psykosociale rationale dominerende gennem de sidste 10 - 15 år

I de sidste 10-15 år har det psykosociale rationale blandt politikere og administratorer været dominerende i en grad, så det har kunnet understøtte organisatoriske ændringer. Det er ikke fremført som et hovedargument, men det har været italesat med tilstrækkelig styrke til, at det har kunnet undergrave den hidtidige lægefaglige ekspertises dominans inden for området. Placering i den sociale sektor og adskillelse fra det øvrige sygehusvæsen vil for alle, inklusive psykiatere, signalere en ikke lægeligt domineret forståelse af psykiske lidelser.

Som illustreret af socialdirektør Kristian Brøns Nielsen, Viborg Amt, var holdningen til, hvilke psykiatrirationaler der var gyldige, vidt forskellig i psykiatrien og i socialvæsenet ... *der taltes vidt forskelligt sprog. Sygehuspsykiatrien og primærsektoren/socialforvaltningen havde helt forskellige opfattelser af patienterne og deres situation. Distriktspsykiatri var for sygehuspsykiatrien et fyord – der var en frygt, som bl.a. stammede fra Italien* (interview, bilag 1).

I overensstemmelse hermed begyndte amterne at overveje den overordnede organisation af psykiatrien og mulighederne for ved politiske og forvaltningsmæssige organisatoriske ændringer at bedre integration og samarbejde mellem socialpsykiatri og distriktspsykiatri. Psykiatrien blev i flere

amter overflyttet til socialudvalgets ressort og socialforvaltningen udvidet til social- og psykiatريفالting. Andre valgte at gøre psykiatrien til et politisk og forvaltningsmæssigt eneområde. I Fyns Amt har man forsøgt flere modeller – fra sundhedsudvalg/-forvaltning til socialudvalg/-forvaltning og tilbage igen for senest at oprette et særligt psykiatriudvalg. Efter det seneste valg i 2001 er der opstået selvstændige psykiatriudvalg i yderligere syv amter med forskellige kombinationer af forvaltningsmæssig betjening.

At de psykosociale rationaler har vundet indpas kan blandt andet ses af sprogbrugen: *Inge Munk Møller oplevede fra begyndelsen af 1990'erne, at psykiatrien blev kompromitteret af det sociale område, og ledelsen optrådte meget distancerende i forhold til hospitalspsykiatrien. Man måtte ikke længere tale om patienter, men skulle omtale dem som brugere. Det virkede meget provokerende på lægerne, der kæmpede for befolkningens ret til at være patient. Det måtte heller ikke kaldes sygehus længere! Døgnslederne syntes, det var alle tiders, men der blev skabt betydelig modstand, og det hele var meget ukonstruktivt (interview, bilag 4).*

Det fremgår af samme interview, at man oplevede, at socialforvaltningen vendte sig mod den sociale del af psykiatrien og forsøgte behandlingspsykiatrien: *Problemet for psykiatrien i Viborg i 1990'erne var, at der var lang afstand fra forvaltningen til det faglige niveau. Forvaltningen arbejdede sammen med politikerne, men ikke med det sygehusfaglige område. Derimod var der tilsyneladende mere samspil med det sociale område (daghusene). Inge Munk Møller ved ikke, hvor meget der alene var oplevet, og hvor meget der var virkelighed. Men det blev i hvert fald oplevet således, at kontakten var langt tættere til det sociale område end til sygehusområdet i perioden 1991-96/97.*

Psykiatere har været fuldt opmærksomme på denne udvikling, for eksempel i form af udtalelser som, at *psykiatrien er "ond", hvis den ligger i sygehusvæsenet og "god", hvis den er i socialt regi og Vi møder stadig at psykiske sygdomme ikke forstås som egl. sygdomme, men som tilstande der kan helbredes med kærlighed og social forståelse (Andreasen 2001).* Man har peget på, at organiseringen har givet en meget flad magtstruktur, som især ikke har givet overlægerne en kompetence, som svarer til det lægelige ansvar. *Der har ikke været respekt om lægefagligheden (Haller 2001).*

Der har været udtalte fjendebilleder:

Hospitalspsykiatriens fjendebillede var på dette tidspunkt forvaltningen og forvaltningsledelsen. Men Inge Munk Møller blev hurtigt klar over, at der også var betydelige fejl på hospitalssiden. Da hun gav udtryk for det og for forståelse af nogle af forvaltningens synspunkter, blev hun i en periode af nogle læger og sygeplejersker anset for forræder (interview, bilag 4).

Reaktionen fra det psykiatriske miljø var negativ: Her var en økonom (Karen Thomsen), ”der sad og klogede sig”. Og hvis hendes planer blev gennemført ”ville man snart have lige så mange hospitalssenge som i Uganda”. I forhold til psykiaterne var det ifølge Karen Thomsen en ren magtkamp.

Det hjalp ikke synderligt, at resultaterne af det distriktspsykiatriske forsøg blev dokumenteret videnskabeligt af psykiateren Anders Bo Christensen. Han påviste således et faldende sengedagsforbrug, især blandt unge mænd. Men undersøgelsen blev tiet ihjel af de øvrige psykiatere.

Karen Thomsen har i øvrigt aldrig oplevet, at psykiaterne ikke stod som en samlet flok. Nok er de indbyrdes forskellige, men når de står over for systemet, står de sammen (interview, bilag 6).

Der var gensidig mistro. Socialpsykiatrien var lillebror i socialforvaltningen og følte sig ikke særlig godt behandlet, men ville alligevel ikke overføres til sundhedsforvaltningen og man læste om socialpsykiatrien i Janne Seemanns bog og fandt at det var en håbløs opgave at fusionere og frygtede at blive opslugt (interview, bilag 5).

Inge Munk Møller tilskriver socialdirektør Kristian Brøns Nielsen en stor del af æren for, at Viborg-modellen efterhånden er slået igennem på landsplan. Patient- og pårørendeorganisationer samt politikere – men ikke lægerne – er blevet overbevist om modellen. De ser den som det modsatte af ”beton-psykiatri”. Og i Viborg har man faktisk haft let ved at rekruttere til døgn- og daghuse, medens det har knebet mere for hospitalspsykiatrien (interview, bilag 4).

Det er et problem, at der iblandt de forskellige faggrupper er stor uenighed og også i psykiaterstanden indbyrdes: Ester Larsen mener ikke, at der er nogen helt oplagt model for psykiatrien, ”for så havde vi nok ikke fjollet sådan rundt!”.

Generelt mener hun, at religionskrigen mellem personalet hidtil har været et stort problem. Der er flere, som har kæmpet om psykiatrien end for psykiatrien. Kampen er foregået mellem de forskellige faggrupper, men også inden for lægegruppen – og også på det personlige plan.

Som politiker er det et problem, at man ikke kan få entydig faglig rådgivning på psykiatriområdet” (interview, bilag7).

Politisk bestræbelse på at socialisere psykiatrien

For tiden er der politisk stadig en bevægelse væk fra det biologisk dominerede rationale og mod det psykosociale, eller måske er de selvstændige psykiatriudvalg et kompromis mellem at placere psykiatrien i sygehus- og socialforvaltningen. Der er dog ingen tvivl om, at en tilbageførsel til sygehusforvaltningen ikke er forestående: *Derimod er der reelt ingen, der arbejder for at føre psykiatrien eller dele af den tilbage til sygehusvæsenet. For politikerne kan den nuværende model ikke røres, og amtets læger tror i dag grundlæggende på den distriktskykiatriske model (socialdirektør Kristian Brøns, interview, bilag 1).*

Det betyder for os at vi skal give muligheder for, at behandling tilrettelægges så tæt på den enkelte psykiatribruger som muligt og inddrage lokale løsninger tæt på familie og lokalsamfundDet der er en politisk opgave er at udstikke de overordnede rammer og værdisæt for indholdet og kvaliteten i psykiatribrugerens møde med psykiatrien..... (Margrethe Vestager 2002).

Holdningen i dag er, at hvor det er muligt, skal de sindslidende tilbydes behandling så tæt på deres eget miljø som muligt, fremhæver Bent Hansen. Derfor stiler vi efter en fortsat udbygning af distriktskykiatrien, flere bofællesskaber og flere tilbud om flex- og skånejob (interview med formanden for Amtsrådsforeningens sygehusudvalg, SIND, nov. 2001).

Et seneste meget aktuelt eksempel på, at man også fra højeste politiske niveau stræber mod at ”socialisere” psykiatrien er, at Folketinget har ønsket, at der blev udarbejdet et fælles værdigrundlag for den sundheds- og socialfaglige psykiatri. Udover den formulerede hensigt om sammenhæng og

kontinuitet kan dette utvungent tages som endnu et udtryk for ønsket om forening af de psykosociale og lægevidenskabelige rationaler m.h.p. humanisering af psykiatrien. Man har (som sædvanlig) totalt forbigået alle officielle psykiaterrepræsentationer og håndplukket en fritstående psykiater, udpeget af Sundhedsministeriet, til at indgå i dette skelsættende arbejde – der er tale om et vink med en vognstang.

Opsummering: Lægerne har ikke kunnet hindre "socialisering" af psykiatrien

Som det er fremgået, synes magtkampe inden for psykiatrien at være et af alle parter anerkendt faktum. De rådende opfattelser er tydeligvis til diskussion, om end ofte indirekte i form af "lægefaglighedens betydning", det vil sige, i hvor høj grad der er tale om sygdomme henholdsvis sociale problemer.

De konfliktuerende psykiatريفorståelser og dermed uenigheden om den fremtidige udvikling af den psykiatriske organisation eksisterer dog fortsat. Den vedholdende og nærmest stigende modstand fra lægeside har ikke kunnet forhindre bevægelsen mod "socialisering" af psykiatrien, selv om den stigende tendens til at oprette særlige psykiatriudvalg frem for at overføre psykiatrien til socialudvalg kunne tolkes som en imødekommelse af de lægelige argumenter.

Psykiatriens vej til socialforvaltningen

Indledning

Som tidligere nævnt er dansk psykiatri i dag forvaltningsmæssigt typisk placeret som en del af den amtslige *socialforvaltning* eller i en særlig *psykiatريفorvaltning*.

Derimod er psykiatrien kun ganske få steder – herunder dog endnu i for eksempel Hovedstadens Sygehusfællesskab – placeret i *sundhedsforvaltningen* sammen med de somatiske sygehuseafdelinger.

I dette kapitel vil der blive foretaget en beskrivelse og analyse af, hvordan psykiatrien efter i moderne tid altid at have været en del af sygehusvæsenet og på trods af hård modstand fra områdets læger igennem de sidste 10-15 år generelt er blevet flyttet fra sundhedsvæsenet til socialvæsenet. Til grund for analysen vil ligge et *rationaleperspektiv*.

Kapitlet tager udgangspunkt i et forsøg på at afdække psykiatrien som profession, herunder denne professions rationale – og magt, samt den faglige diskussion og fornyelse af psykiatrien igennem 1960'erne og '70'erne.

Hernæst vil det blive drøftet, hvad der sker, når den psykiatriske profession, herunder dennes rationale og magt, i 1970'erne bliver stillet over for det økonomiske styrings- og planlægningsrationale i forhold til den offentlige sektor, der ikke mindst kommer til udtryk i perspektivplanlægningen, og i 1980'erne og '90'erne konfronteres med et *New Public Management*-inspireret rationale med yderligere krav til den offentlige sektor, herunder til sygehusene, i form af effektivisering, modernisering og ikke mindst brugerresponsivitet og markedsliggørelse.

Udviklingen vil blandt andet blive belyst ved gennemgang af *cases* fra Viborg, Fyns og Vejle amter.

Profession, magt og organisering

Inden forsøget på at afdække psykiatrien som profession, herunder denne professions rationale og magt, vil det være hensigtsmæssigt nærmere at undersøge professionsbegrebet mere generelt, herunder den organisationsform, hvor professionerne dominerer – fagbureaukratiet – samt professionsrationaler og professionsmagt.

Det er formålet med dette afsnit.

Fagbureaukratiet og professionen

Bureaukratiske organisationer er ifølge Henry Mintzberg (1983, 189-213) effektive, når det drejer sig om at udføre opgaver, som er stabile. Adfærden i den bureaukratiske organisation er således *predetermined or predictable, in effect, standardized* (Mintzberg 1983, 189).

Er opgaverne tillige simple og omgivelserne tilsvarende enkle og stabile, vil *maskinbureaukratiet* præget af blandt andet standardisering af arbejdsprocesser, en udbygget teknostruktur, formaliseret adfærd, vertikal og horisontal job-specialisering, funktionel arbejdsdeling samt vertikal centralisering og kun svag horisontal decentralisering være den bedst egnede organisationsform.

Men er de stabile opgaver derimod komplekse og omgivelserne stabile, men komplekse, er det nødvendigt at lade disse kontrollere direkte af de medarbejdere, der udfører dem. Den professionelle arbejder typisk ret uafhængigt af sine kolleger og i tæt samspil med klienterne. Arbejdsprocesserne kan ikke standardiseres oppefra, og der bliver derfor behov for en koordinationsmekanisme, der kan sikre standardisering og decentralisering på samme tid. Løsningen er standardisering af *færdigheder* – og hermed er *fagbureaukratiet* opstået.

Fagbureaukratiets væsentligste medarbejdergruppe er uddannede og ”indoktrinerede” specialister fra universiteter, andre læresteder m. fl., der i modsætning til i det hierarkiske maskinbureaukati gives en høj grad af kontrol over deres eget arbejde. Det betyder, at medens maskinbureaukratiet ved hjælp af teknostrukturen fastsætter sine egne normer og standarder, fastlægges fagbureaukratiets normer i høj grad uden for organisationen, nemlig på de højere læresteder, i de fagligt-kollegiale/professionelle sammenslutninger mv. Der eksisterer med andre ord en *profession* på tværs af de enkelte fagbureaukratier.

Henry Mintzberg's beskrivelse af den professionelle og professionen svarer i meget vidt omfang til George Strauss' klassiske idealtyper.

Strauss opregner således følgende karakteristika for en profession (Blegen & Nylehn 1969, 76ff):

1. Den omfatter alle personer inden for en erhvervskategori (selvstændige og privat-/offentligt ansatte)
2. Medlemskab af professionen er betinget af en bestemt uddannelse, fortrinsvis akademisk
3. Uddannelsen baseres på teorier og kundskaber inden for bestemte grene af videnskaben
4. Professionen søger efter at få kontrol over selve uddannelsesprocessen
5. Der vil udvikle sig en speciel erhvervsetik inden for professionen – genspejler et ansvarsforhold over for klienter eller hele samfundet

Tilsvarende kan den enkelte professionelle ifølge Strauss (Strauss 1969, 8f) karakteriseres ved, at denne

1. hævder, at erhvervet kræver en *ekspertise*, det vil sige specialiseret viden og specialiserede færdigheder, som kun kan opnås gennem uddannelse (sædvanligvis akademisk), og som derfor er forbeholdt den pågældende profession,
2. ønsker *autonomi* i erhvervsudøvelsen, det vil sige være fri for indblanding fra ikke-professionelle i sine faglige dispositioner,
3. føler *commitment* i forhold til sit kald og er sandsynligvis *kosmopolit* frem for *lokalt orienteret*. Det vil sige, at han eller hun er mere tilbøjelig til at identificere sig med medlemmerne af den pågældende professionen i andre organisationer end med hans eller hendes egen organisation,
4. føler *ansvar* over for samfundet med hensyn til opretholdelsen af de professionelle arbejdsstandarder. Han eller hun er således tilhænger af professionel selvdisciplin og etiske standarder.

I en analyse af den professionelle, i dette tilfælde forvalterens, etiske dilemmaer påpeger også Øjvind Larsen (Larsen 1996, 77) *fagets* betydning i forhold til *loven* og til *den overordnede*. Ifølge

Øjvind Larsen er faget en vigtig reference for forvalteren, og det er af en anden karakter end de to øvrige referencer.

Den faglige reference har således en relativ autonomi i forhold til forvaltningen og lader sig ikke umiddelbart indordne under loven eller de mål, som fastsættes af forvaltningens ledelse.

Den faglige reference repræsenterer nemlig en selvstændig forståelsesform, der er forankret i nogle institutionelle og systemiske sammenhænge, som ikke har nogen nødvendig forbindelse til forvaltningen. Derfor har den særlige faglige diskurs en autonomi, som må ses i sammenhæng med den faglige diskurs' forankring i den videnskabelige institution, og denne forankring giver den faglige diskurs en kommunikativ karakter, for så vi som al videnskab grundlæggende må bygge på en ligeværdig og fri samtale mellem de implicerede parter.

George Strauss fremhæver endvidere de fagligt-kollegiale/professionelle sammenslutninger (*occupational associations*), som – oftest på en anden måde end fagforeningerne – repræsenterer deres medlemmers interesser (Strauss 1963, 9).

De professionelle sammenslutninger strækker sig ifølge Strauss' typologi på et kontinuum fra det lærde selskab (som kun eksisterer for at fremme viden) som det ene ekstrem til den økonomisk orienterede fagforening som det andet.

Blandt sammenslutningernes funktioner er at gøre det muligt at 1) fremme social omgang, 2) skabe professionel identitet, 3) øge professionens status i organisationen og i samfundet, 4) bidrage til at nå professionelle mål ved hjælp af selv-regulering og restriktion af adgangen til professionen samt 5) fremme de økonomiske interesser hos medlemmerne, for eksempel ved højere lønninger og honorarer (Strauss 1963, 10).

Professionsmagten

Ovennævnte karakteristika for de professionelle betyder ifølge Strauss (1963, 9), at de kommer i konflikt med traditionelle (Weber'ske) bureaukratiske værdier. Det gælder kravene om, 1) at ledelsen suverænt skal bestemme, hvem der er kvalificeret til et job, 2) at ledelsen skal bestemme,

hvorledes jobbet skal udføres, 3) at den enkelte ansattes loyalitet skal være rettet mod virksomheden, og 4) at kun ledelsen skal være ansvarlig for disciplinen.

Udtrykt i Minzberg'ske termer forlader maskinbureaukratiet sig på hierarkisk autoritet – embedets (formelle) magt – medens det i fagbureaukratiet er den professionelle magt eller professionsmagten – ekspertisens magt – der dominerer.

Anderledes udtrykt kan topledelsen i maskinbureaukratiet (med bistand fra teknostrukturen) udøve en betydelig *direkte magt* over organisationen, det vil sige magt, der udøves (direkte) i beslutningsprocessen.

I fagbureaukratiet ligger magten derimod i meget høj grad hos den operative kerne (de professionelle), for eksempel hos lægekollegiet på et hospital. Fagbureaukratier kan således ifølge Mintzberg og Quinn (1992, 131) i en vis forstand beskrives som omvendte pyramider med den operative kerne øverst, og hvor i hvert fald visse dele af organisationen – det vil især sige de normalt lavere uddannede støtteenheder – magt- og statusmæssigt ligger under den operative kerne.

Snarere end direkte magtudøvelse udøvet af enkeltpersoner er der i fagbureaukratiet med et begrebsapparat, der bl. a. anvendes af Søren Christensen og Poul-Erik Daugaard Jensen (2000, 13f), dels tale om professionsrationalets *bevidsthedskontrollerende magt*, det vil sige den magtudøvelse, som kommer til udtryk ved, at nogle aktører, in casu professionskollegiet, påvirker andre aktørers forestillinger om, hvad deres interesser er, og hvordan disse interesser legitimt kan søges fremmet, samt ikke mindst *strukturel magt*, det vil sige den magt, som ligger i en ureflekteret accept af samfundsskabte, in casu professionsdefinerede, rammer og dermed forbundne rutiner, vaner og normer.

En anden måde at se professionsmagten på er at anvende Niels Dechow og Klaus Majgaards (1996/97) to (analytiske) dimensioner af magt. Tankegangen – som stammer fra Foucault – er her, at magt udøves af alle, men ikke er i nogens besiddelse. Og *magt er ikke kun midler eller ressourcer, som aktører kan besidde i større eller mindre mængder og bruge til at gennemsatte deres vilje med. Magten er også evnen til overhovedet at kunne konstituere et felt, hvor man på meningsfuld vis kan optræde som aktør* (Dechow & Majgaard 1996/97, 87).

I den første dimension – *magt som ressource* – søger aktørerne ifølge Dechow og Majgaard hver især at mobilisere magt for at sikre opfyldelsen af deres individuelle præferencer. Her handler det om gennem en strategisk dialog at fastlægge bytteforhold og forpligte modparten på modbydelser.

I en prioriteringsdiskussion vil eksempelvis lægerne således tage udgangspunkt i hensynet til patienten og hævde, at patienten *skal* behandles. Socialrådgiverne vil tilsvarende særligt udtrykke omsorgshensyn for deres klienter og hævde, at klienter *skal* have omsorg. De pågældende faggrupper mobiliserer ifølge Dechow og Majgaard magt ved at udlægge fakta – og det med så stor pondus, at afsenderen tilsyneladende forsvinder bag de objektive hensyn og den faktiske situation. Men pointen er, at dette ikke er tilfældet, men at *mobiliseringen af magt som ressource afspejler, at rollerne er defineret givet tilhørsforholdet i faggrupper* (Dechow & Majgaard 1996/97, 87).

I magtens anden dimension – *magt som konstitutivt medium* – er magtspillet aktører og præferencer ikke længere givne. Her drejer spillet sig om, hvad det vil sige at være aktør og stille krav om at blive taget alvorligt – at kunne konstituere et felt, der muliggør bestemte aktørpositioner. De enkelte professioner vil således hævde, at der eksisterer urørlige zoner for faglige vurderinger, hvorfor de har privilegeret adgang til at udtale sig om visse emner.

Som Dechow og Majgaard slår fast, er magt som konstitutivt medium grundlaget for overhovedet at kunne legitimere sig og agere som aktør i forhandlingsspillet. Ingen magt ingen aktør (Dechow & Majgaard 1996/97, 88).

5.2.3 Opsummering: Professionens særlige autonomi og magtposition

Som det er fremgået, optræder professionelle som afgørende aktører i alle fagbureaukratier. Det er karakteristisk, at de professionelle indgår i professioner med andre tilsvarende professionelle i andre organisationer, og at deres loyalitet nærmere er rettet mod professionen end mod den enkelte organisation.

De professionelle påberåber sig på baggrund af deres ekspertise en særlig *autonomi* i forhold til den enkelte organisation og dennes ledelse.

Det giver i mange tilfælde en særlig *magtposition* i organisationen. Den er dels knyttet til, at den professionelle i kraft af sin ekspertise er særlig gunstigt stillet, for så vidt angår bytteforholdet i en forhandlingssituation. Men ikke mindst bygger den på, at professionen har tilkæmpet sig den privilegerede ret til at udtale sig autoritativt om bestemte spørgsmål.

Hospitalet og den lægelige profession

Hospitaler nævnes ofte – og måske oftest - (bl. a. hos Strauss (1963, 9) og Mintzberg (1983, 189)) som eksempel på fagbureaukratier og med den lægelige profession som den dominerende (Mintzberg 1983, 190; Borum 2002, 5).

I dette afsnit vil der blive set nærmere på lægerne som profession, herunder lægernes relative autonomi og magtposition samt den medicinske faglige rationalitet, der kendetegner professionen og dens såkaldte ekspertise.

Lægerne på et hospital udfører højt komplicerede og specialiserede opgaver, men de er alligevel for den indviede principielt velordnede og forudsigelige. Der er således eksempelvis inden for hvert medicinsk speciale et ofte stort, men dog altid endeligt antal veldefinerede og fagligt anerkendte diagnoser. Det velordnede og forudsigeligheden betyder, at der er tale om et *bureaukrati* – de højt komplicerede og specialiserede opgaver indikerer, at det er et *fagbureaukrati*.

Peter Kragh Jespersen (1999, 145) identificerer i litteraturen to opfattelser af lægerne som profession:

I den traditionelle opfattelse betones især den funktion, som professionen udøver i samfundet og den faglige autonomi, som den opnår i kraft af specialiseret viden.

Den anden opfattelse, den såkaldte neo-weberianske tradition, betoner især de professionelles særlige magtposition. Den lægger vægt på at beskrive forholdet mellem professionel og borger som en magtrelation og betoner professionernes organisatoriske og samfundsmæssige magtposition.

Begge traditioner udsiger efter Peter Kragh Jespersens vurdering noget centralt om professionerne. På den ene side betones afhængigheden af de professionelles særlige viden i forbindelse med selve opgavevaretagelsen og dermed det dilemma, som sygehusledelsen står overfor, når de i deres styring kommer tæt på den lægefaglige vurdering. Dette aspekt af lægeprofessionen kommer tæt på Dechow og Majgaards magt som ressource, det vil sige som afgørende for bytteforholdet i en forhandlingssituation. Her er spørgsmålet, om og i hvilken grad det er nødvendigt at lade den professionelle have en teknisk faglig autonomi for at opnå en effektiv opgavevaretagelse.

På den anden side betones netop virkningen af lægernes store autonomi. Hvis lægerne i kraft af autonomien opnår særlige og privilegerede positioner på det samfundsmæssige og organisatoriske plan samt i forholdet til patienterne – og dermed i Dechow og Majgaards terminologi opnår konstitutiv magt - udgør disse historisk etablerede magtpositioner et yderligere styrings- og forandringsproblem i det moderne sygehus.

Peter Kragh Jespersens udgangspunkt er, at der faktisk er tale om et dobbeltproblem, idet styrings- og udviklingsproblematikken i forhold til lægerne både handler om den teknisk faglige autonomi knyttet til den daglige opgavevaretagelse og om ændring af historisk etablerede magtpositioner.

Lægernes professionelle autonomi kombineret med deres privilegerede samfundsmæssige position har ifølge Peter Kragh Jespersen betydet, at det moderne sygehus' historie er tæt knyttet til lægeprofessionens interne faglige udvikling, herunder ikke mindst specialiseringen.

Den centrale drivkraft var den medicinske faglige rationalitet, hvis kerne kan formuleres således:

1. Den medicinske udvikling følger sin egen logik styret af videnskabens metoder og opdagelser.
2. De videnskabelige fremskridt i form af nye behandlingsmetoder bør tages i brug så hurtigt som det er teknisk muligt.
3. Specialiseringen må fortsat udvikles for at lægerne kan mestre de nye behandlingsformer på et teknisk forsvarligt niveau.
4. Lægeetikken er en pligtetik, hvor hensynet til patienternes behov for behandling står over andre hensyn. Den enkelte læge har et personligt ansvar for behandling af patienterne.

Opsummering: Lægeprofessionens rationale har bestemt udviklingen af hospitalerne

I kraft af deres ekspertise har lægerne altså ligesom andre professioner en særlig *autonomi* og *magtposition*.

Magtpositionen er kommet til udtryk i afhængigheden af lægernes viden i forbindelse med den daglige administration og ledelse af hospitalerne. Men den er også blevet udstrakt til, at lægerne traditionelt har haft en særlig privilegeret samfundsmæssig position, for så vidt angår den samfundsmæssige drøftelse af sundhedsmæssige spørgsmål.

Det betyder, at den *lægelige professions rationale* – den medicinsk-faglige rationalitet – med udgangspunkt i naturvidenskab, specialisering og individuel lægeetik *har haft stor betydning for udviklingen af hospitalerne*.

Psykiatrien som profession

Finn Borum ser den lægelige profession som opsplittet i subkulturer i form af mindre samfund af praktikere og forskere inden for specialiserede områder (Borum 2002, 5). Disse subkulturer, der hver anvender forskellige medicinske teknologier, kan ifølge Borum være i konkurrence og prestige og kun finde sammen i løse koalitioner omkring fælles problemer i forhold til regulerende myndigheder, politikere m. fl.

Eksempler på subkulturer er kirurgi, intern medicin og *psykiatri*.

I dette afsnit vil der blive set nærmere på psykiatrien som profession.

Som det vil fremgå, er det i høj grad (opretholdelsen af) psykiatrien som en *lægelig* profession (subkultur)/et medicinsk speciale, der gennem de senere år har præget psykiaternes ytringer om psykiatriens aktuelle tilstand og fremtidige udfordringer. Og det er den lægelige rationalitet, der skinner igennem i argumentationen.

Den psykiatriske professions rødder - hospitalet

Psykiatrien har som andre medicinske specialer sine rødder på hospitalet – og det i den særlig lukkede udgave, der blev beskrevet i afsnit 4.2.

Den daværende formand for Dansk Psykiatrisk Selskab, Henrik Hoffmeyer, var godt klar over tyngden af den historiske arv. I 1966 udtalte han således i et debatindlæg: *Sindssygevæsenet står midt i en udvikling, som startede med "dårekister" og anstalter, hvor man anbragte mennesker, der på grund af sindssygdom eller mental defekt ikke kunne tilpasses samfundet eller forvoldte dette skade... Det er trods alt indlysende, at institutioner, hvis traditioner har rod i en så elementær hjælp til de alvorligst sindslidende, kun med visse besvær lader sig omstille til de moderne krav til et psykiatrisk sygehusvæsen" (Hoffmeyer 1966).*

På trods af det institutions-/hospitalsbaserede udgangspunkt diskuterede Dansk Psykiatrisk Selskab allerede i 1960'erne de nye idéer om distriktpsychiatri (Hoffmeyer 1966) og var positive over for at åbne de psykiatriske institutioner ud mod samfundet. Man anbefalede således, at der på forsøgsmæssig basis enkelte steder ved statshospitaler skabtes teams bestående af speciallæger, reservelæger, psykologer, socialrådgivere og sygeplejersker, der i et afgrænset distrikt gennemførte et distriktpsychiatrisk forsøg.

I takt med ændrede behandlingsformer og antipsykiatribevægelsen i samfundet i 1960'erne og '70'erne skete der også en ændring i lægernes holdning til psykisk sygdom. Hoffmeyer fremhævede således, at man i stigende grad havde erkendt ikke alene de sociale og familiære vilkårs store betydning for de sindslidendes gentilpasning i samfundet, men også som *patogenetiske faktorer af første orden* (Hoffmeyer 1996a). Det vil sige, at sociale og familiemæssige forhold ansås som en af årsagerne til psykisk sygdom.

Men professionens hospitalsbaserede rationale kommer alligevel klart til udtryk i diskussionen om distriktpsychiatri. Selv om det var forudsat, at der nok skulle samarbejdes med forsøgsområdets sociale og eventuelle pædagogiske institutioner, var der således ikke tvivl om, at forsøgene skulle tage udgangspunkt i hospitalerne – som man i øvrigt mente i international sammenligning havde for få senge. Og man advarede eksplicit om at ville undgå indlæggelse for enhver pris. Tankegangen hos psykiaterne var, at mange patienter – både skizofrene og manio-depressive – nyder godt af den

beskyttelse, som hospitalet yder dem og har i mange tilfælde behov for midlertidig eller varig aflastning (Hoffmeyer 1966a).

Bekymring for psykiatriens status som lægevidenskab

Denne opfattelse af psykiatrien, herunder distriktpspsykiatrien, har tilsyneladende i høj grad præget den psykiatriske profession – bl. a. repræsenteret ved Dansk Psykiatrisk Selskab – lige siden (Borup, Knudsen og Vendsborg 2001, 17f).

Og under overskriften *Psykiatri er stadig lægevidenskab* skriver overlæge Merete Nordentoft og lægelig direktør Søren Bredkjær, begge fra Dansk Psykiatrisk Selskab, i Dagens Medicin (Bredkjær & Nordentoft 2002, 24), at de finder det ubegribeligt, hvorfor så mange amter har valgt forvaltningsmæssige løsninger, der isolerer psykiatrien fra de øvrige lægevidenskabelige specialer.

De to psykiatere mener, at det i dag mere end nogensinde er tydeligt, *at psykiatrien har en lang række vigtige berøringspunkter med de øvrige lægelige specialer. Det biologiske grundlag for sindslidelser kan med de nye molekylærbiologiske metoder udforskes langt mere præcist. Denne udvikling er et tværdisciplinært biomedicinsk projekt* (Bredkjær & Nordentoft 2002, 24).

De understreger også, at medicinsk behandling af psykiske lidelser bør leve op til de samme høje kvalitetskrav, som gælder for behandlingen af fysiske sygdomme. *Det er derfor væsentligt, at man har adgang til tæt kontrol af behandlingen og eventuelle bivirkninger af den, blandt andet ved brug af blodprøver og ekspertise vedrørende komplikationer ved brug af flere typer af lægemidler samtidig* (Bredkjær & Nordentoft 2002, 24).

Endelig er forskningen ifølge de to psykiatere i fare. Der er nemlig en lovende udvikling i gang inden for biologisk og epidemiologisk forskning, som kræver øget rekruttering til specialet, fortsat kvalitetsudvikling og fortsat vækst i forskningsaktive miljøer. *Og inden for socialsektoren er traditionerne for journalføring, analyse og forskning langt svagere end i sygehusvæsenet, og på længere sigt må man frygte at forskningstraditionerne i psykiatrien svækkes* (Bredkjær & Nordentoft 2002, 24).

Merete Nordentoft og Søren Bredkjær konkluderer i artiklen, at de fleste amter altså ikke har valgt at lægge psykiatrien i den forvaltning, hvor der er det største opgavefællesskab. De mener derfor, der snarere er tale om en *ideologisk opfattelse af at psykiske lidelser ikke er rigtige sygdomme og at psykiatrisk behandling ikke er rigtig lægevidenskab*.

Også den århusianske professor i psykiatri, Raben Rosenberg, ser med bekymring på lægefagligheden i psykiatrien, in casu lægefagligheden uden for hospitalsverdenen (Rosenberg 2002).

Som nævnt i afsnit 4.7.3 er han meget skeptisk over for lægerollen i den moderne distriktskykiatri *og den psykiatrifaglige identitet i det tværdisciplinære decentrale kliniske arbejde*.

Det er Raben Rosenbergs opfattelse, at uden en styrkelse af den lægefaglige identitet får lægerollen ensidigt fokus på omsorgs- og plejeaspektet frem for mod præcis diagnostik og specifik behandling gennem kendskab til sygdomsmekanismer. Og det er en stor fare for lægefagligheden (Rosenberg 2002).

Den psykiatriske professions grundlæggende lægevidenskabelige rationale med tilhørende skepsis over for en socialvæsens-tankegang samt mistanken om, at der er kræfter i samfundet, der ikke betragter psykiatri som en egentlig videnskab og psykisk sygdom som rigtig sygdom, er – i bogstavelig overensstemmelse med George Strauss' betragtninger om den professionelle som kosmopolit (Strauss 1963, 8) – ikke udelukkende noget *dansk* fænomen. Vi har således fundet noget helt tilsvarende i vore studier i Skotland og England (Borup, Knudsen & Vendsborg 2002b):

I Skotland er psykiatrien fortsat en del af det nationale sundhedsvæsen (*NHS*), men den er blevet flyttet fra *Acute Boards* til *Primary Care*. Denne flytning går ifølge den medicinske sociolog Gregor Hendorson fra *the Scottish Development Centre* direkte tilbage til diskussionen om, hvad der er videnskab, og hvad der ikke er det. Og i den diskussion har det ifølge Gregor Hendorson været meget vanskeligt for psykiaterne at hævde sig i forhold til de somatiske læger (Borup, Knudsen & Vendsborg 2002b, 13).

John Loudon, der selv er psykiater og psykiatrisk rådgiver for *the Scottish Executive*, vurderer, at *the psychiatric tribe* i dag ikke er glad. Psykiaterne blev ifølge John Loudon født på *sindsygehospitalerne*. De har et *college*, hvor man bliver uddannet (ligesom de somatiske læger). Men alt dette betyder ikke noget særligt, når man kommer ud i *the community* uden for hospitalsverdenen. Psykiaterne er rasende over at være blevet flytte til *Primary Care*. De mener, de er blevet tvunget ud i et ægteskab med socialvæsenet og de praktiserende læger af politiske korrekthedsgrunde (Borup, Knudsen & Vendsborg 2002b, 14).

Denne opfattelse bekræftes til dels af to kliniske skotske psykiatere, Linda J. Watt, som er lægelig direktør for *the Glasgow Provider Organisation* og Denise Coia, som er formand for den skotske division af de britiske (og irske) psykiateres professionelle sammenslutning, *the Royal College of Psychiatrists*. De ser psykiatriens fremtidsplan – *the Joint Futures Agenda* – med en sammenlægning af socialområdet og psykiatrien som en trussel mod hospitalspsykiatrien. For dem ligger der bag planerne en naiv opfattelse af, at hvis man er god over for mennesker og de har gode omgivelser, så vil de ikke blive syge. Konsekvensen af en sådan opfattelse er, at der ikke behov for psykiatri på hospitalerne.

Linda J. Watt og Denise Coia mener, at distriktspsykiatrien var et vigtigt skridt fremad for ti år siden. Men nu er der en fare for, at det hele opluges af *a huge public agenda*, alt i medens der er mangel på investeringer og infrastruktur på hospitalerne. Så deres konklusion er, at der i de næste 3-4 år vil komme til at foregå en kamp om at forsvare eksistensen af det medicinske speciale, der hedder psykiatri (Borup, Knudsen & Vendsborg 2002b, 15)!

Også den engelske professor i psykiatri og lægelig direktør for *the Mental Health Trust of the St. George Hospital's Catchments Area* i London, Tom Burns, udtrykker en vis bekymring på den psykiatriske professions vegne. Men i England ser han mere regeringen og det politisk-administrative styringsrationale som truslen (Borup, Knudsen & Vendsborg 2002b, 16f).

Ifølge Tom Burns var afinstitutionaliseringen af psykiatrien for tyve år siden ledet af læger. Og der var respekt for de professionelle. I dag har regeringen taget over og er blevet besat af kontrol og central styring, selv om der ikke er nogen *evidens* for effekten af mange af de nye regeringsinitiativer.

Alligevel er Tom Burns fortrøstningsfuld med hensyn til britisk psykiatris fremtid. I de større byer har psykiatrien nu fået sine egne *trusts*, og han forudser mere differentierede behandlingsformer, mindre central regulering, flere penge og mere evidens-baseret behandling. Tom Burns nævner i den forbindelse, at den videnskabelige kultur blandt britiske psykiatere er mere akademisk, end det generelt er tilfældet blandt europæiske psykiatere (Borup, Knudsen & Vendsborg 2002b, 50).

Specialisering som fremtiden for psykiatrien?

Som påpeget af Peter Kragh Jespersen er det en central antagelse i den dominerende medicinske rationalitet, at fortsat specialisering er afgørende for, at lægerne på tilfredsstillende vis kan mestre nye behandlingsformer (Jespersen 1999, 146).

Den skotske medicinske sociolog Gregor Hendorson fremhæver da også, at engelsk psykiatri – i modsætning til skotsk – har satset og satser på specialisering. Formålet er ifølge Gregor Hendorson at forblive i første division, det vil sige sammen med de øvrige læger i hospitalssektoren.

Specialiseringen bekræftes af *the Royal College of Psychiatrists'* organisation og aktiviteter (Borup, Knudsen & Vendsborg 2002a).

Også herhjemme ser fremtrædende psykiatere specialisering som (en del af) fremtiden for psykiatrien:

Ifølge Dagens Medicin (7. november 2002) har formanden for Dansk Psykiatrisk Selskab, Søren Bredkjær, efterlyst et kursskifte, hvor de psykiatriske afdelinger samler patienterne inden for bl. a. de store sygdomsområder skizofreni og depression, så behandlingen kan skræddersys til de forskellige grupper.

Ifølge bladet støttes forslaget om specialisering af et stort flertal af landets professorer i psykiatri. Det er især professorerne inden for depressionsområdet – Per Vestergaard, Per Kragh-Sørensen og Tom Bolwig – der har presset på. Men også professorerne Poul Munk-Jørgensen, Nordjyllands Amt og Raben Rosenberg, Århus Amt, har efterlyst større specialisering. Professor Thorkil Sørensen, der er specialist i psykoterapi og administrerende overlæge på Odense Universitetshospital, mener, at specialiseringen også vil være en stor fordel for de skizofrene og psykotiske patienter.

I Odense har man ifølge Dagens Medicin gennemført den første gennemgribende specialisering på psykiatriområdet herhjemme. Thorkil Sørensen fortæller, at man *begyndte med at lave nogle omfattende patientforløb inden for skizofreni, det affektive område (depression og mani-depressiv sygdom) og ældreområdet, og konklusionen var entydigt, at alle grupperne ville kunne få en bedre behandling med en subspecialisering* (Dagens Medicin, 7. november 2002).

Professor Ralf Hemmingsen, dekan på Københavns Universitets sundhedsvidenskabelige institut, peger på, at den hastige udvikling i den biologiske og genetiske forskning må føre til en specialisering: *Den molekylærbiologiske udvikling vil få stor betydning både i uddannelsen og i det daglige arbejde. Vi har endnu ikke den genetiske profil på de enkelte sygdomme, men det vil komme. Og det vil kræve lægevidenskabelig specialekspertise at kunne tolke analyserne og styre den individualiserede medicinske behandling, som den ny viden giver mulighed for* (Dagens Medicin, 7. november 2002).

I Viborg Amt mener cheflæge for psykiatrien Inge Munk Møller (interview, bilag 4), at sygehuset er et væsentligt element i den fremtidige psykiatri. Men hvis der ikke skal "males for tyndt ud" som i dag, det vil sige, at hvis der skal ske en ordentlig vurdering, udredning og behandlingsplan, så kræver det, at lægebemandingen bliver bedre, men også at der *skal satses på mere specialisering*.

Opsummering: Psykiatere er læger (ifølge psykiaterne)!

Som det er fremgået af ovenstående, er et af hovedelementerne i den psykiatriske professions selvforståelse i såvel Danmark som i Skotland og England, at *psykiatere er læger*.

I takt med ændringerne i de forvaltningsmæssige rammer for psykiatrien, det vil i Danmark især sige overflytningen af psykiatrien fra sundhedsforvaltningen til socialforvaltningen og i Storbritannien overflytningen af psykiatrien fra *Acute Boards* til *Primary Care* samt planerne om *Joint Futures* med socialområdet, er der følgelig i den psykiatriske profession en stærk bekymring for psykiatriens fremtid som lægevidenskab.

I overensstemmelse med den generelle medicinske faglige rationalitet ser den psykiatriske profession *specialisering* som et af midlerne til at sikre psykiatriens fremtid.

Psykiatriens organisering

Før de administrative reformer i 1970'erne og 1980'erne var de psykiatriske hospitaler i Danmark statslige og organisatorisk underlagt Indenrigsministeriet, Direktoratet for Statshospitalerne.

I dette afsnit vil der blive set lidt nærmere på, hvordan psykiatrien var organiseret i årene op til og umiddelbart efter udlægningen af statshospitalerne for sindslidende fra staten til amterne.

De lukkede totalinstitutioner

Statshospitalerne bar som Pia Knudsen og Janne Seemann udtrykker det (Knudsen & Seemann 1990, 37) stort præg af totalinstitutionernes lukkede verden. Foruden at sørge for indlæggelse og behandling rådede statshospitalerne inden for deres beskyttede mure nemlig også over interne skoler, beskyttede værksteder, forskellige boformer mv.

Mange af statshospitalerne var meget store. For eksempel kunne Statshospitalet i Viborg i 1950'erne rumme ikke færre end 1.200 patienter (Knudsen & Seemann 1990, 39).

For en stor del af patienterne var hospitalerne deres hjem, idet disse patienter aldrig blev udskrevet. Og det blev hverken anset for nødvendigt eller ønskværdigt at lade disse patienter komme i berøring med det omgivende samfund.

Ifølge Knudsen og Seemann var statshospitalernes fokus da også organisationsinternt, det vil sige på egne forhold, herunder ledelse, ressourceudnyttelse, afdelingsopdelinger osv. Derimod var der ikke megen interesse for organisationseksterne problemer som samarbejde med primærkommunernes social- og sundhedsvæsen eller de praktiserende læger.

Distriktpsychiatri i sygehusregi

Kritik af de lukkede institutioner og livsvarige institutionsophold kombineret med nye behandlingsformer inden for psykofarmaka, psykoterapi og socialpsykiatrisk behandling betød dog en gradvis åbning af de psykiatriske hospitaler (Knudsen & Seemann 1990, 38).

Begrebet distriktspsykiatri kom ind i debatten, først i Betænkning nr. 382 (Betænkning I vedrørende statens hospitalsvæsen for sindslidende) fra 1965 og siden i 1970'erne blandt embedsmænd og politikere.

1965-betænkningen definerede distriktspsykiatri som *en integration af behandlingsindsatsen både hvad angik det ambulante og det hospitalsmæssige*. I begyndelsen af 1970'erne anvendtes begrebet ifølge Knudsen og Seemann først og fremmest i forbindelse med *en decentraliseret, geografisk afgrænsning af den psykiatriske service*.

En af landets store gamle psykiatriske institutioner, Statshospitalet i Viborg – der i parentes bemærket efter en gennemgribende modernisering i slutningen af '60'erne ifølge Knudsen & Seemann (1990, 39) fremstod som et af de mest *moderne* psykiatriske hospitaler i Danmark – definerede i en rapport fra 1973 distriktspsykiatri som *en fortsat udvikling af psykiatrien funktionelle integration i et defineret geografisk områdes kommunale og amtskommunale social-, sundheds- og skolevæsen*.

Det er værd at bemærke, at distriktspsykiatrien efter denne sidste opfattelse ikke er udtryk for noget brud med den traditionelle institutionaliserede struktur. I en rapport 13 år senere, i 1986, gav sygehusledelsen således sit eget bud på hospitalets (nu Viborg Sygehus Østs) fremtidige struktur.

Ifølge dette skulle der til stadighed udbygges og udvikles distriktspsykiatriske aktiviteter i amtskommunens lokalområder *med baggrund i Viborg Sygehus Øst som stationær afdeling* (Knudsen & Seemann 1990, 19). De distriktspsykiatriske teams skulle således udgå fra hospitalet og primært bestå af læger, sygeplejersker og terapeuter, som med udgangspunkt i Viborg Sygehus Øst skulle følge patienterne i de enkelte kommuner (som for visse kommuners vedkommende var op til 100 kilometer væk fra sygehuset).

Opfattelsen af distriktspsykiatri i Viborg Sygehus Øst var ifølge Knudsen og Seemann mest, at *distriktspsykiatri var en administrativ reform*, hvor den psykiatriske service blev decentraliseret, blandet andet ved hjælp af fremskudte ambulatorier. Modellen måtte efter sygehussektorlogikken nødvendigvis designes med udgangspunkt i stationære sengeafdelinger, fordi *psykiatriske*

sygdomme kan have en sådan sværhedsgrad og kompleksitet, at sygehusvæsenets ressourcer og ekspertise er nødvendige forudsætninger (Knudsen & Seemann 1990, 115).

Opsummering: Etablerede institutioner og lægefagligt rationale

Alt i alt var psykiatrien før de administrative reformer i 1970'erne og '80'erne således typisk organiseret i store (statsdrevne) institutioner/hospitaler.

De relativt få og forsigtige administrative/behandlingsmæssige forsøg, der foregik, tog udgangspunkt i de eksisterende institutioner og i det lægefaglige/hospitalsbaserede rationale.

Udfordringerne for lægefaglighedens indflydelse på hospitalerne

Op gennem 1970'erne, '80'erne og '90'erne skete der i Danmark (og i lang række andre lande) betydelige ændringer i den måde, hvorpå den offentlige forvaltning – i vid forstand – blev tænkt og indrettet. Det er ændringer, som det vil blive søgt påvist i det følgende, i høj grad var med til at ændre betingelserne for driften og ledelsen af de offentlige institutioner, herunder i sundhedssektoren, og herunder igen på psykiatriområdet.

For sundhedssektorens vedkommende betød de tre årtier et brud med tidligere tiders lægefaglige monopol på ledelse, og indtrængning af nye professionelle administrative rationaliteter på den lægefaglige rationalitets tidligere enemærker.

Det vil være tesen i dette kapitel, at kimen herved blev lagt til, at hovedparten af landets amtsråd mv. i løbet af 1990'erne og op til i dag har besluttet at overføre psykiatrien fra sundhedssektoren til socialektoren.

Den forvaltningspolitiske udvikling i Danmark

Som beskrevet af Dorthe Pedersen (199x) kan den forvaltningspolitiske udvikling i Danmark fra 1970'erne op gennem 1980'erne og '90'erne beskrives som en moderniseringsstrategi i tre trin.

Det *første trin* har rødder tilbage i 1970'ernes besparelspolitik. Det formulerede problem var udgiftspolitisk. Det vil sige, at udfordringen var at styre og kontrollere den offentlige sektors vækst

og ressourceforbrug. Den løsning, der valgtes, var en stram udgiftsstyring (og lønstyring), der gennemførtes fuldt ud i 1980'erne med budgetreformen og rammestyningen af de offentlige budgetter efterfulgt af en række stramme budgetaftalerne mellem regeringen og kommunerne.

I en gennemgang af dansk forvaltningspolitik historie betegner Niels Åkerstrøm Andersen tilsvarende perioden 1970-81 som den *planlægningspolitiske periode* (Andersen 1995, 75ff).

I den foregående periode fra 1952 til 1964 – den rationaliseringspolitiske periode – hvor driftsøkonomisk effektivitet var idealet, hvor politikken var monocentrisk (rettet mod den enkelte institution), og hvor forandringsprocessen var interne elementer i institutionen, var stærkt præget af rationaliseringstiltag, medens samfundsøkonomiske overvejelser slet ikke blev inddraget og planlægningshensyn næsten heller ikke.

I den planlægningspolitiske periode var samfundsøkonomi og planlægning derimod nu sammen med rationalisering blevet bærende elementer i de forvaltningspolitiske overvejelser. Idealet var nu afstemning af administrative dele med sektorielle helheder. Planlægningspolitikken var decentral (orienteret mod den enkelte sektor (som en helhed)), og forandringselementet var forvaltningens organisation, herunder fordeling af opgaver og ansvar.

Det *andet trin* i moderniseringsstrategien indledtes ifølge Dorthe Pedersen med lanceringen af moderniseringsprogrammet i begyndelsen af 1980'erne. Det formulerede problem var nu et internt effektivitetsproblem. Der lagdes nu ikke bare vægt på styring og begrænsning af de offentlige udgifter (input-siden), men også på, at der kom noget ud af skattekroneerne (output-siden).

Udfordringen var altså at forbedre den interne effektivitet og omstillingsevne, og der iværksattes en række tiltag til økonomisk, administrativ og løn- og personalepolitisk regelforenkling og decentralisering.

Dette trin svarer i Karin Hansens analyse af den danske *NPM*-model til management- dimensionen, hvor udviklingen går fra regel-/planstyring til fritstilling (Hansen 1999, 34)

I Niels Åkerstrøm Andersen forvaltningspolitiske gennemgang kaldes perioden fra 1982 *grænsefasen*. Planlægningen af planlægningen i 1970'erne var blevet til bureaukrati og brudt sammen, og den nye periodes betegnelse henviser til det forhold, at der nu blev udformet en politik, der sigtede på at omdefinere grænserne for den offentlige sektor.

Det drejer sig om grænserne mellem offentlig og privat – privatisering mv. – grænsen mellem politik og forvaltning – for eksempel adskillelse af politik og drift på en ny måde gennem Fristyrelsesforsøg – samt grænsen mellem forvaltning og borger – service over for borgerne, selvforvaltning og selvregulerende mekanismer (Andersen 1995, 70ff).

Dorte Pedersen identificerer først det *tredje trin* med et skift i moderniseringsstrategien fra omkring 1990. Hun lægger ligesom Niels Åkerstrøm Andersen vægt på, at det interne effektivitetsproblem blev udvidet til at omfatte den offentlige sektors grænser. Udfordringen var nu at sikre, at offentlige institutioner ikke bare var internt effektive, men også eksternt konkurrencedygtige. Midlerne hertil blev indførelse af private organisations-, finansierings- og reguleringsformer som øget konkurrence, brugerinddragelse, frit forbrugsvalg, resultatkontrakter og udlicitering.

Trinet svarer i Karen Hansens typologi til markedsmæssiggørelsesdimensionen, hvor hierarki (politisk styring) afløses af markedsmekanismer (Hansen 1999, 321).

Som Niels Åkerstrøm Andersen påviser, betød grænsefasen, at de samfundsøkonomiske overvejelser blev helt dominerende i tilrettelæggelsen af forvaltningspolitikken. Men emner som serviceorientering, decentralisering, ledelse og målstyring samt privatisering og markedsstyring havde også fået væsentlig betydning. Derimod var rationalisering og planlægning næsten blevet fraværende som principper i forvaltningspolitikken.

Forvaltningspolitikken var blevet polycentrisk (rettet mod hele den offentlige sektor), og idealet er en offentlig sektor, hvor de enkelte forvaltninger er i stand til at omstille sig selv efter skiftende samfundsøkonomiske vilkår.

Begyndende opgør med lægefaglige profession

Som påvist af Peter Kragh Jespersen (Jespersen 1999, 146) var lægernes position som ledende altdominerende for de danske sygehuse i efterkrigsperioden helt frem til 70'erne. Det var specialiseringens, centraliseringens og udgiftsstigningens periode.

Sygehusene var med en terminologi hentet fra Karsten Vrangbæk præget af et *klinisk/professionelt styringsrationale* (Vrangbæk 1999, 37ff).

Dette rationale har ifølge Karsten Vrangbæk – og her er han i god overensstemmelse med Strauss' klassiske opfattelse af professionen og den professionelle – sit udgangspunkt i en opfattelse af behandleren (den professionelle) som advokat for den enkelte patient. Fokus er på helbredelse frem for profit, og behandleren besidder autoritet på grundlag af videnskabelig objektivitet samt kollegial kontrol og regulering af professionen.

Behandlingsorganisationen skal ifølge dette klinisk/professionelle styringsrationale sikre faglig klinisk udvikling og autonomi i behandlingsorganisationen samt tilbyde den bedst mulige behandling for den enkelte patient.

Forvaltningen og sygehusledelsen har ifølge rationalet til opgave at understøtte den faglige udvikling og opgaveløsning uden unødigt indblanding og med respekt for den klinisk-faglige autoritet ved planlægning og udførelse.

For *behandlerne* betyder hensynet til forskningen og den individuelle behandling ifølge Karsten Vrangbæk, at der skal sikres en vis autonomi og et vist ressourcemæssigt *slack* ud fra den betragtning, at man ikke nødvendigvis kan måle eller standardisere og effektivisere forskning og individualiseret behandling.

Endelig indtager *patienterne* i det klinisk/professionelle styringsrationale den ”traditionelle patientrolle” med accept af de professionelle faglige autoritet og beslutningskompetence.

Peter Kragh Jespersen finder det påfaldende, at fortalene for specialiseringen og centraliseringen af sygehusene alene begrundede den med den lægefaglige udvikling. De få modstandere, som

problematiserede, at alene den medicinske logik skulle diktere antallet af specialafdelinger samt størrelsen, antallet og beliggenheden af sygehusene, blev defineret som gammeldags og tilbagestående.

I forbindelse med kommunalreformen gennemførtes en vis central planlægning af sygehusudbygningen. Men ifølge Kragh Jespersen var der alene tale om at styre tempoet og omfanget af udbygningen, ikke om at stille spørgsmålstegn ved den dominerende medicinske logik.

Begyndelsen til et opgør med den medicinske logik, den lægefaglige profession eller det kliniske/professionelle styringsrationale kan dog spores tilbage i begyndelsen 1970'erne. Det gælder i hvert fald, hvis man anlægger Dorthe Pedersens perspektiv (Pedersen 199x) og ser 1970'ernes planlægnings-, styrings- og besparelspolitik som første trin i en moderniseringsstrategi i forhold til den offentlige forvaltning.

Med Niels Åkerstrøm Andersens briller var det forvaltningspolitikens planlægningsfase, hvor der ikke længere kun var tale om formelle forvaltninger defineret ved en helt bestemt type forvaltningsprocesser, nemlig "forvaltningsafgørelser" [på sygehusene "behandlinger"] (Andersen 1995, 94). Nu blev der tillige dannet sektorielle forvaltninger, der tematiserede og reflekterede præmisserne for de formelle forvaltningers forvaltningsafgørelser og præmisserne for, hvad der kunne være sager. Det er det, der i Åkerstrøm Andersens terminologi kaldes planlægning (Andersen 1995, 96).

Det væsentligste dokument i planlægningsfasen er nok Perspektivplanredegørelse II fra 1973.

Perspektivplanredegørelsen indvarslede i Danmark generelt ændrede vilkår for den offentlige sektor, herunder dens fremtidige vækstmuligheder. Den påviste således en betydelig konstateret og forventet ikke holdbar stigning i det offentlige forbrug på en lang række områder, herunder sundhedsområdet.

Med sit økonomiske planlægnings- og styringsrationale lagde planen mere specifikt op til et opgør med den dominerende lægefaglige indflydelse på sygehusvæsenet (Perspektivplanredegørelse II 1973, 488f), hvis bærende synspunkt ifølge redegørelsen havde været *at sikre den bedst mulige*

sygehusbehandling ud fra en formodning om, at befolkningen er villig til at bære selv store omkostninger herved.

Selv om som så godt som hele sygehusvæsenet gennem lang tid havde været under offentlig (primært kommunal) ledelse, havde den lægefaglige indflydelse ifølge redegørelsen været den dominerende.

Det var således lægekollegiet, der i sygehusenes daglige drift fastlagde arten og omfanget af ydelserne. Lægerne disponerede meget frit over de forhåndenværende ressourcer. Også i budgetforhandlingerne med de enkelte amtslige sygehusudvalg var overlægerne ifølge redegørelsen stærkt placeret som forslagsstillere og eksperter. De mange nye speciallæger betød derfor et øget pres på de bevillende myndigheder for nye afdelinger, mere apparatur og hjælpepersonale.

Ifølge redegørelsen misbruges lighedsprincippet i sygehuslovgivningen reelt også til at kræve, at bedst mulig service skal kunne ydes på det sygehus, der ligger nærmest patientens bopæl uden hensyntagen til eventuelle økonomiske fordele ved at udnytte kapaciteten på allerede eksisterende specialafdelinger. Og med sit økonomiske rationale – og hermed udgangspunktet om, at behovene er umættelige (medens ressourcerne er begrænsede) – konstateredes det lakonisk i redegørelsen, at nye aktiviteter ét sted i landet sjældent medfører en varig aflastning andetsteds, men tværtimod har en stærk afsmitningseffekt (Perspektivplanredegørelse II 1973, 490).

Det anerkendtes i Perspektivplanredegørelsen, at de menneskelige og i mange tilfælde også samfundsøkonomiske gevinster ved de fleste former for sygehusbehandling utvivlsomt er store i forhold til omkostningerne. Men situationen var ifølge redegørelsen nu den, *at det samlede ressourceforbrug [stiger] så hastigt, at holdningen til sygehusbehandling gradvist er ved at ændres. Det er ikke længere tilstrækkelig motivation, at en foreslået aktivitet har sundhedsfremmende virkninger; man må også overveje, om lignende resultater kan opnås på en mere økonomisk måde* (Perspektivplanredegørelse II 1973, 488).

Problemet var imidlertid, at de færreste læger eller andet sundhedspersonale var trænet i denne (økonomiske) tankegang. Hertil kom, at de eksisterende sygehusregnskaber ikke gav tilstrækkeligt grundlag for at sammenligne omkostninger ved forskellige behandlingsformer.

Endelig udtryktes der i perspektivplanredegørelsen direkte tvivl om, hvorvidt hospitalerne (læs: lægerne med deres lægefaglige logik) var villige til at deltage i de nødvendige planlægningsbestrebelse på sundhedsområdet, idet et sådant brud med den hidtidige tradition foruden et betydeligt politisk mod ville kræve tillid til, *at sygehusvæsenet loyalt tilpasser sig, så påtrængende opgaver bliver løst det mest velegnede sted i systemet* (Perspektivplanredegørelse II 1973, 506).

Den administrative professionelle rationalitets indtrængen på hospitalerne

Som påpeget af Peter Kragh Jespersen (Jespersen 1999, 146) lykkedes dette tilsyneladende ikke. I hvert fald medførte perspektivplanredegørelsen ikke i sig selv nogen egentlig debat om prioritering i sundhedsvæsenet. Overordnede forsøg på at prioritere ressourcerne anderledes og sætte spørgsmålstejn ved nytten af fortsat specialisering blev ignoreret i praksis.

Alligevel må man sige, at rationalet i perspektivplanredegørelsens behandling af sygehus- og sundhedsområdet i høj grad foregriber *den nye administrative professionelle rationalitet*, som Peter Kragh Jespersen stiller op over for den medicinske rationalitet (Jespersen 1999, 148). Kernen i den er:

1. Den lægefaglige udvikling på sygehusene kan ikke tages som given. Den må påvirkes og prioriteres i forhold til andre ønskede udviklinger i og uden for sundhedssektoren.
2. Nye behandlingsformer må prioriteres i forhold til kendte ud fra kendskab til *costs* og *benefits*.
3. Ledelse, produktivitet og organisation på sygehuse adskiller sig principielt ikke fra tilsvarende spørgsmål i andre organisationer.
4. Etikken hos de nye professionelle er en nytteetik. Indsatsen i sundhedsvæsenet skal prioriteres efter *cost-benefit*-betragtninger.

Ifølge Peter Kragh Jespersen (Jespersen 1999, 147f) sætter den nye administrative professionelle rationalitet sig for alvor igennem i sygehusledelserne i løbet af 1970'erne og '80'erne.

Det sker dels med ansættelse af akademisk uddannede administratorer med økonomisk, juridisk og politologisk baggrund i sygehusledelserne og i de amtslige sundhedsforvaltninger. Dels bliver det

stadig mere tydeligt, at eksterne kræfter, det vil sige ledende embedsmænd i centrale og decentrale forvaltninger og de folkevalgte politikere, ønsker at blande sig i sygehusenes ledelsesforhold.

Kragh Jespersen beskriver temaerne i denne udvikling som produktivitet og effektivitet samt organisation og ledelsesforhold, altså temaer som stammer fra en (drifts)økonomisk professionel forståelse. Og den nye professions medlemmer ser sig selv som bærere af helhedens og samfundets interesser (Jespersen 1999, 147f).

Som påpeget af Peter Kragh Jespersen, er det nye ikke ønsket om en bedre fungerende og mere effektiv offentlig serviceproduktion, for det er blot en videreførelse af en lang historisk udvikling. Det nye er derimod fremkomsten af en række nye styringsredskaber, der bygger på *cost-benefit*-betragtninger, hvorved etiske og moralske spørgsmål søges afgjort *relativt* ud fra beregnede kvantitative *costs* eller *benefits*.

Denne nye tankegang støder fundamentalt an mod den traditionelle lægelige rationalitet, ifølge hvilken der er et *absolut* krav om at hjælpe patienter, der kan hjælpes. Inden for dette etiske princip rammer er det, som Kragh Jespersen udtrykker det, *ikke acceptabelt at afveje hofteoperationer mod hjertetransplantationer, unge liv mod gamle liv, i hvert tilfælde ikke hvis prioriteringerne fører til, at alvorligt syge ikke bliver tilbudt en eksisterende behandling* (Jespersen 1999, 148).

I takt med den nye professions indtrængen bliver situationen på sygehusene nu den – i modsætning til tidligere, hvor der var tale om konflikt/samarbejde mellem læger og administratorer inden for en dominerende lægefaglig rationalitet – at der optræder en konflikt mellem to principielt forskellige og konkurrerende rationaler (Jespersen 1999, 149).

At der er tale om to *professions*-rationaler i Strauss'sk forstand (jf. ovenfor) bekræftes af, at begge rationaliteter, som Kragh Jespersen udtrykker det, *trækker på eksterne autoriteter i det organisatoriske felt, der omgiver sygehusene*. Lægernes rationalitet baserer sig således på den internationale lægevidenskab og dennes naturvidenskabelige grundsyn. De nye administratorers rationalitet bygger tilsvarende på velfærdsøkonomien og virksomhedsbaserede organisations- og *management*teorier (Jespersen 1999, 149).

For Preben Melander (Melander 1999, 178f) er de to rationaler fundamentalt uforenelige:

Lægernes snævre og ofte elitære *målopfattelse* (1) står over for den økonomisk-administrative verdens brede materielle ressourcebetingede effektivitetsmål som kollektiv ambition.

Produktionens succeskriterier (2) er for lægerne relateret til det enkelte behandlingstilfælde og de faglige skøn i den forbindelse, medens succes for administratorerne er knyttet til organisationens samlede materielle produktionssammenhænge.

Ifølge den lægelige opfattelse skal *lægens effektivitet* (3) vurderes på de objektive resultater, hvorimod administratorerne hellere vil se på evnen til at skabe et maksimum af faglige værdier pr. indsat ressourcekrone.

Lægerne mener, at *styringsinformation* (4) skal være logisk, konsistent og gerne kvantitativ (naturvidenskab). Administratorerne mener derimod, at den skal belyse flere sider af værdiskabelsen, både de hårde og bløde sider (samfundsvidenskab).

Organisationen (5) opfattes af lægerne som et bureaukratisk hierarki, der vil begrænse deres faglige udfoldelse, medens administratorerne ser den som et middel til at skabe helhed og koordination mellem mål, aktiviteter og ressourcer.

Personaleledelse (6) går for lægerne ud på at vejlede yngre fagfolk gennem gode eksempler og ”mestervejledning”. Administratorerne mener derimod, at ledere baseret på økonomiinformation skal kontrollere resultater og inspirere til bedre *performance*.

Endelig mener lægerne om forholdet mellem *faglighed og økonomi* (7), at den faglige meritering og skabelse af faglige resultater står i modstrid med de økonomiske mål. For administratorerne må de faglige mål afvejes med de økonomiske i en optimeringslogik.

New Public Management-udfordringen

På det andet og tredje trin i moderniseringsstrategien i forhold til forvaltningen (jf. Dorthe Pedersen ovenfor) i slutningen af 1980'erne sker der som antydnet ovenfor og med Karsten Vrangbæks typologi og definitioner (Vrangbæk 1999, 38) efterhånden en yderligere udvikling i den

professionelle administrative rationalitet fra et politisk/offentligt styringsrationale til en markedsbaseret rationalitetsform.

Det traditionelle *politisk/offentlige styringsrationale* har sit udgangspunkt i forestillingen om det politiske niveau som autoritativ fordeler af offentlige midler (jf. Easton's klassiske politikdefinition). Beslutninger træffes ideelt set på baggrund af krav og ønsker fra borgere og organiserede interesser, og det hele forventes gennemført af en neutral og rationel forvaltning (jf. Webers idealmodel for bureaukratiet).

Udgangspunktet er altså den forvaltning, som Niels Åkerstrøm Andersen betegner som *fremmedrefererende* – fordi samtlige forudsætninger for denne forvaltnings virke tilvejebringes uden for den selv (primært af folketing og regering) – og *formel*. (Andersen 1995, 92f). Men det politisk/offentlige styringsrationale indeholder også planlægnings- og sektortankegangen fra den *sektoriserede* forvaltning, der er i stand til at være selv-refleksiv, hvad angår policy-problemer – autonomi af første orden (Andersen 1995, 95-99).

På sundhedsområdet er *forvaltningens* opgave nemlig ifølge dette styringsrationale (Vrangbæk 1999, 39) at sikre, at de politiske beslutninger bliver implementeret mest effektivt gennem planlægning og koordinering af sundhedsudbud samt gennem kontrol med de udførende organisationers anvendelse af de tildelte ressourcer.

Sygehusledelsens opgave er tilsvarende at koordinere den daglige drift, herunder at formidle beslutninger ovenfra og information nedefra.

Sygehusmedarbejdernes opgave er så at udføre de faglige opgaver bedst muligt inden for de udstukne rammer. Øvrige enheder bliver ifølge Karsten Vrangbæk i det traditionelle politisk/offentlige styringsrationale primært opfattet som kolleger eller eventuelt som konkurrenter i spillet om den centrale tildeling af ressourcer. De opfattes derimod ikke som konkurrenter i forhold til tiltrækning af ”kunder”/patienter.

Politiske beslutninger opfattes i dette styringsrationale som legitime, fordi de er forankret i den formelle demokratiske proces. Faglighed retter sig herved mod de udstukne opgaver og er dermed

underlagt kravet om ”befolkningens almene helbredstilstand” i modsætning til fokusering på den enkelte patients præferencer. Den enkelte behandler er altså et instrument for implementering af de politiske prioriteringer.

Endelig er *patienters* handlingsrolle i det politisk/offentlige styringsrationale som vælgere (ved valg til amtsråd og folketing) og som påvirkere af beslutningstagere gennem artikulering af interesser.

Den *markedsbaserede rationalitetsform*, der på sundhedsområdet i 1980’erne og ’90’erne udfordrer (supplerer eller søger at erstatte) både det oprindelige klinisk/professionelle styringsrationale og det traditionelle administrative politisk/offentlige styringsrationale har ifølge Karsten Vrangbæk sit udgangspunkt i 1980’ernes *New Public Management*-idéer (Vrangbæk 1999, 39ff). Der er tale om en række styringsredskaber, som med udgangspunkt i økonomisk baserede forestillinger om rationalitet og incitamentet anbefaler brug af styringsmekanismer fra private virksomheder og brug af markedsbaserede incitamentsstrukturer i offentlige organisationer. De overordnede ideer i *NPM* og de dertil knyttede redskaber er beskrevet hos Christoffer Hood (1995).

I Åkerstrøm Andersens terminologi er forvaltningen blevet *polycentrisk*. Det vil sige, at forvaltningen udgøres af mange autonomiserede enheder, der er refleksive om sig selv som refleksive, og derfor ikke blot kan stille spørgsmålstejn ved interne forhold i forvaltningen, men også ved sine egne grænser – autonomi af anden orden (Andersen 1995, 100ff).

Det første nye styringsredskab på sundhedsområdet, der nævnes af Karsten Vrangbæk, er *markeds- og konkurrenceorientering* udmøntet i frit sygehusvalg og udlicitering af service- og behandlingsopgaver.

Et andet redskab i den markedsbaserede rationalitetsform er *autonomisering af driftsformer/delegering af beslutningsmyndighed og decentralisering*. Det har ifølge Karsten Vrangbæk konkret givet sig udtryk i kontraktstyring, centerdannelse, afdelingsbudgettering med styringsautonomi til afdelinger samt ledelsesreform.

Et tredje element er *brug af økonomiske incitamentssystemer* som præstationsbetinget betaling, overførsel af overskydende midler fra år til år og lade pengene følge patienten.

Som det fjerde kan nævnes *kvantitative præstationsmål* udmøntet i målostilling og præstationskrav for afdelinger samt kontraktstyring.

Brug af styrings- og udviklingsprincipper fra private virksomheder er det femte punkt i Karsten Vrangbæks gennemgang af midlerne i den markedsbaserede rationalitetsform. Det kan være kvalitetssikring (*TQM*) og økonomistyring samt *management*-uddannelse af afdelings- og sygehusledere.

Det sjette element er *fokus på effektivitet og omkostningsreduktion* ved hjælp af standardiserede behandlingsprogrammer og udvikling af *best practice*, måling samt konsulentanalyser.

Endelig kan nævnes *service-/klientorientering* via patientråd, styrkelse af patienters retsstilling, *booking*-systemer og øget information til patienter og praktiserende læger om ventetid, service mv. samt frit sygehusvalg.

Lægerne mister magten

Som fremhævet af Finn Borum (2002) førte udfordringen fra det stigende ressourceforbrug til en stærk fokusering på *ledelse* i sygehusvæsenet.

Inden for det lægefaglige rationale kræver ledelse af læger en særlig lægelig ekspertise, idet ledelse ikke er noget i sig selv – den skal altid ses i sammenhæng med og som en støtte til udviklingen af fagligheden.

I den administrative rationalitet adskiller ledelse (samt produktivitet og organisation) på sygehuse sig derimod principielt ikke fra tilsvarende spørgsmål i andre organisationer.

Fokuseringen på ledelse kom ifølge Finn Borum til udtryk i den første sygehuskommission, der i 1984 afgav en betænkning med fire forskellige modeller for modernisering af sygehusledelse. Resultatet heraf blev, at trojkaledelsen gennem det efterfølgende årti blev adopteret som den danske standardmodel for sygehusledelse, og fælles afdelingsledelser omfattede en administrerende overlæge og en oversygeplejerske indført fra begyndelsen af 1990'erne.

Også Indenrigsministeriets *betænkning Amtskommunalt udgiftspres og styringsmuligheder* fra 1987 beskæftigede sig med problemerne i den lægelige ledelsesstruktur. Blandt disse var ifølge betænkningen fraværet af det entydige hierarki, de administrerende overlægers manglende specielle kompetence vedrørende ressourcer og økonomi på afdelingsniveau, udvælgelse af lægechefer udelukkende på basis af faglige meriter og behovet for uddannelse af overlæger i ledelse og administration (*Amtskommunalt udgiftspres og styringsmuligheder* 1987, 48f, 95-98, 166f).

Fokuseringen på ledelse og styring er ikke specielt forbeholdt sundhedsvæsenet, men må – med Finn Borums udtryk – ses som et led i den *New Public Management*-reformbevægelse, der siden den sidste del af 80'erne havde sat den offentlige sektor under pres. Den er dermed heller ikke noget specielt dansk fænomen, idet reformer med introduktion af *General Management* kan findes tilsvarende – og måske endnu markant – i andre lande, eksempelvis *the National Health Service (NHS)* i Storbritannien (Borup, Knudsen og Vendsborg 2002b).

Finn Borum ser de igangværende ændringer af styringen af sygehusvæsenet – med styrkelse af både markedsmekanismer og det ledelsesmæssige hierarki som væsentlige elementer – som en fundamental ændring af den arketypiske sygehusorganisation (Borum 2002, 4). Der er tale om en ændring af det professionelle bureaukrati (fagbureaukratiet) til en ny kvasi-markeds-arketype.

De nye forestillingsrammer om sygehusorganisation og -ledelse giver ifølge Borum *i disse år betydelige brydninger i forhold til lægegruppens klanregime, og anfægter både lægegruppens kontrol over udvælgelsesprocesser og -kriterier for deres ledere*. Han anvender her klan i betydning som et alternativt regime til marked og hierarki, baseret på fælles værdier og traditioner, omhyggelig udvælgelse og socialisering af medlemmerne og høj grad af tillid internt i klanen.

Men hvad er det, der har gjort, at lægerne og den lægelige profession op igennem 1980'erne og '90'erne angiveligt har mistet magten eller i hvert fald magtmonopolet i den daglige drift af de danske sygehuse, og at det heller ikke er lægerne, der alene har præget den samme periodes samfundsmæssige debat om udviklingen af sundhedsvæsenet?

Med udgangspunkt i Dechow og Majgaard kan det fastslås, at lægernes relative magtmonopol hele tiden har bygget på 1) magten som ressource (bytteforhold) i det daglige spil om magten på hospitalet – det er det, som Kragh Jespersen kalder ekspertmagt, samt 2) endnu mere grundlæggende magten som konstitutivt medium, det vil sige magten til (in casu som profession) at monopolisere retten til at udtale sig om bestemte emner – det er det, som Kragh Jespersen med en neo-weberiansk tankegang kalder de professionelles særlige magtposition i samfundet.

Med de nye administrative rationalers fremmarch mister lægerne grundlaget for deres magtposition.

Først og fremmest forsvinder deres magt som konstitutivt medium. Behovet for kontrol med og styring af de offentlige udgifter betyder, at det traditionelle administrative politisk/offentlige styringsrationale og efterhånden også det markedsbaserede rationale generelt sætter sig igennem i diskussionen om den offentlige forvaltning i Danmark (og i andre lande), herunder i de traditionelle fagbureaukratier. Det mærkes i høj grad også på sundhedsområdet, hvor Perspektivplanredegørelsen indvarsler, at økonomerne og planlæggerne i højere grad vil komme sætte til at sætte den politiske dagsorden.

Men også lægernes magt som ressource i dagligdagen på hospitalerne (deres ekspertmagt) svækkes. Sygehusledelserne professionaliseres, og lægerne bliver underkastet diverse ledelsesmæssige og organisatoriske teknologier, der udtænkes inden for det administrative rationale.

Set i et Mintzberg'sk perspektiv er det heller ikke overraskende, at lægernes magt er blevet betydeligt svækket i den nævnte periode.

Som det fremgik af afsnit 5.2 er fagbureaukratiet ifølge Mintzberg velfungerende, når omgivelserne er komplekse, men samtidig *stabile*. Og det er den sidste forudsætning, der bliver brudt med de nye krav til den offentlige sektor i 1970'erne, '80'erne og '90'erne og med indmarchen af nye konkurrerende styringsrationaler.

Fagbureaukratiet eller den professionelle organisation har simpelthen generelt vanskeligt ved at forholde sig til dynamiske omgivelser og har specifikt vanskeligt ved at reagere på helt nye eksterne udfordringer.

Som Mintzberg & Quinn gør opmærksom på (1992, 138), er det meget svært at formulere og arbejde med strategier i professionelle organisationer, fordi aktiviteterne er fragmenterede og beslutningsprocesserne politiske og skraldespandsprægede. Men samtidig er den professionelle organisation oversvømmet med strategi forstået som mønstre i de handlinger, den foretager! Standardiseringen af færdigheder og det kollegiale fællesskab sikrer og fremmer nemlig konsistensen i de professionelles adfærd.

I den professionelle organisation er en lang række forskellige mennesker involveret i strategiskabelsesprocessen, herunder administratorer og de forskellige professionelle, individuelt og som kollektiv. Det medfører, at de strategier, der kommer ud af processen, kan være meget differentierede, idet de for eksempel afspejler, at hver profession forfølger sin egen aktuelle produkt-/markedsstrategi.

Det betyder ifølge Mintzberg & Quinn, at den professionelle organisation på det snævraste niveau er under evig forandring. Hver profession eller hvert speciale arbejder inden for sit eget snævre område [og inden for sit rationale] med hele tiden at tilpasse strategien.

Men på det bredeste niveau – når det gælder den samlede overordnede strategi – er den professionelle organisation ekstrem stabil. De fragmenterede aktiviteter og indflydelsen fra de enkelte professionelle og deres eksterne professionelle sammenslutninger forhindrer reelt større strategiske re-orienteringer eller strategiske revolutioner [rationalebrud].

Det gør utvivlsomt, at den professionelle organisation som udgangspunkt er klædt dårligt på til at manøvre i en - med Niels Åkerstrøm Andersens terminologi - administrativ grænsefase med polycentrisk forvaltningspolitik.

Her tildeles den enkelte forvaltning nemlig autonomi af anden orden med krav om, at den ikke alene er i stand at reflektere over sig selv, for så vidt angår policy-problemer – det vil i Karin Hansens *NPM*-termer sige, at manøvrere som fritstillet og som ikke regel-/planstyret. Den skal også kunne reflektere over sig selv som reflektiv, det vil sige at reflektere over egne grænser – at operere på et marked frem for i et hierarki.

Opsummering: Lægernes magtmonopol forsvinder med moderniseringen af den offentlige forvaltning

Som det er fremgået, ændrede 1970'erne, '80'erne og '90'ernes danske moderniseringsstrategi i forhold til den offentlige forvaltning i høj grad betingelserne for driften og ledelsen af de offentlige institutioner, herunder i sundhedssektoren, og herunder igen på psykiatriområdet.

For sundhedssektorens vedkommende betød de tre årtier et brud med tidligere tiders lægefaglige monopol på ledelse, og indtrængning af nye professionelle administrative rationaliteter.

Lægerne mistede magten – både som konstitutivt medium og som ressource i forhold til den daglige ledelse af hospitalerne. Den professionelle organisation var simpelthen ikke *gearet* til at reagere strategisk på væsentlige ændringer i omgivelserne.

Hermed var vejen banet for, at amtsrådene kunne overflytte en professionssvækket psykiatri fra sundhedsvæsenet til socialvæsenet.

Ændrede rammer for psykiatrien

Medens sygehus-/sundhedsvæsenet således generelt gennem de seneste årtier er blevet stillet over for en række udfordringer først i forhold til den lægelige profession og det klinisk/professionelle styringsrationale og siden hen også til det traditionelle administrative politisk/offentlige styringsrationale, har psykiatrien som antydning oplevet, at de tilsvarende udfordringer har ført til vidtgående ændringer i psykiatriens organisering, herunder vedrørende dens tilhørsforhold til det somatiske sundhedsvæsen.

I det følgende vil disse ændringer blive beskrevet nærmere.

For mange senge i psykiatrien?

Medens Dansk Psykiatrisk Selskab så sent som i 1966 med udgangspunkt i sit lægelige rationale gav udtryk for, at der i Danmark i international sammenligning var for få psykiatriske hospitalssenge (jf. ovenfor), slog perspektivplanredegørelse II fra 1973 med udgangspunkt i sit

administrative planlægningsrationale fast, at der på det psykiatriske område – i modsætning til i den langtidsmedicinske blok og den pædiatriske blok, hvor der angiveligt var for få senge i forhold til de vejledende retningslinjer for sygehusvæsenets planlægning – er *et udtalt behov for nedlæggelse af eller dog uddynding i den bestående sengemasse* (Perspektivplanredegørelse II 1973, 498).

Om det højere niveau for antallet af sygehussenge i andre europæiske lande (generelt, og altså ikke specielt på det psykiatriske område) bemærkede redegørelsen, at man der typisk ikke har en så velfungerende primær sundhedstjeneste som i Danmark (Perspektivplanredegørelse II 1973, 498f).

Redegørelsen har i det hele taget en forkærlighed for den primære sundhedstjeneste, idet det, som det udtrykkes, *ud fra et almindeligt økonomisk skøn må [det] være berettiget at antage, at sygdomsbehandling og -undersøgelse ambulant og på det mindst specialiserede niveau er billigere end på det institutionaliserede og/eller højere specialiserede niveau og derfor må foretrækkes i det omfang, den faglige kvalitet og service er fuldt tilfredsstillende for befolkningen* (Perspektivplanredegørelse II 1973, 495f).

Redegørelsen vover endda tillige at begrunde brugen af den primære sektor lægefagligt, idet der ved øget anvendelse af den primære sundhedstjeneste udover *besparelsesmuligheder, hvis størrelsesorden man ved meget lidt om*, vil være fordele ud fra et sundhedsmæssigt synspunkt, *idet en række sygdomme i højere grad bør ses i lys af sociale og medicinske forhold under ét* (Perspektivplanredegørelse II 1973, 496). I redegørelsen nævnes specielt den alment praktiserende læge som en central aktør i den forbindelse. Men på psykiatriområdet retfærdiggør synspunktet tilsvarende afinstitutionisering, distriktpsychiatri og involvering af den sociale sektor.

Udlægningen af psykiatrien

Det (for) store antal sengepladser på det psykiatriske område betød i øvrigt ifølge redegørelsen, at de besluttende myndigheder stod forholdsvis frit i overvejelserne om en eventuel fremtidig integration i det almindelige sygehusvæsen. Det blev i den forbindelse påpeget, at hospitalerne for sindslidende havde et antal pladser for plejepatienter med kroniske psykiatriske sygdomme, som *falder uden for den sædvanlige afgrænsning af sygehuspatienter* (Perspektivplanredegørelse II 1973, 498).

Psykiatriens forventede integration i det almindelige sygehusvæsen blev påbegyndt i 1976 med overførselen af statens hospitaler for sindslidende til amtskommunerne.

I fortsættelse af Perspektivplanredegørelsens overvejelser er det karakteristisk, at Pia Knudsen og Janne Seemann i deres analyse først nævner to *politisk/administrative* hovedbegrundelser for udlægningen.

Den første er, at det var et led i decentraliseringen af statslige opgaver til amtskommunerne. Den anden begrundelse – som ligger fint i forlængelse af synspunkterne i Perspektivplanredegørelsen – er, at man fandt det uhensigtsmæssigt, at det somatiske og psykiatriske sygehusvæsen kørte med hver sin organisation. Derfor skulle det psykiatriske sygehusvæsen integreres i det somatiske sygehusvæsen, *så de begge kunne underlægges de samme regler for planlægning og administration* (Knudsen & Seemann 1990, 51).

Ligesom i Perspektivplanredegørelsen nævner Pia Knudsen og Janne Seemann dog også behandlingsmæssige begrundelser for udlægningen og integrationen af de to hospitalsvæsen, hentet fra betænkning nr. 826 fra maj 1977 om grundlaget for planlægning af psykiatrisk sygehusvæsen (Knudsen & Seemann 1990, 51f).

Det drejer sig blandt andet om

- opblødningen af tidligere tiders skarpe sondring mellem legemlige og psykiske sygdomme,
- stigende behov for integration af psykiatriske specialviden i behandlingen af legemlige sygdomme, dels muliggjort behandling af sindslidelser, som før underdrog sig effektiv behandling samt
- behovet for at sikre et mere fordomsfrit syn på sindslidelser (normalisering af psykisk sygdom)

Overførselen af statshospitalerne for sindslidende til amterne blev fulgt op af et statsligt (indenrigsministerielt) krav om en særlig planlægningsrunde for psykiatrien.

Ifølge de vejledende retningslinjer fra Indenrigsministeriet fra 1977 var der på det psykiatriske område nogle særlige problemer, som skulle gøres til genstand for mere langsigtede overvejelser. En af disse – og i denne sammenhæng mest interessante – var, hvordan den psykiatriske sygehusfunktion på længere sigt burde *organiseres og som sådan koordineres med primær sundhedstjeneste og socialsektor* (Knudsen & Seemann 1990, 53f).

Fra begyndelsen af 1970'erne var der altså på psykiatriområdet en diskussion af antallet af sengepladser, det vil i realiteten sige af eksistensberettigelsen af de relativt mange store psykiatriske institutioner. Desuden var der løbende overvejelser om at udlægge psykiatrien til amterne, således at denne ud fra både administrative og holdningsmæssige betragtninger kunne blive integreret i det "normale" (somatiske) sundhedsvæsen.

Udflytningen fra staten skete i 1976. De modtagende amter stod nu med den dobbelte udfordring at få reduceret antallet af sengepladser og at få koordineret den psykiatriske behandlingsindsats med det sociale område, herunder kommunernes socialvæsen.

Opsummering: Udlægning, færre senge og samarbejde med socialvæsenet

Medens opfattelsen i den psykiatriske profession så sent som i slutningen af 1960'erne var, at der var for få sengepladser i psykiatrien, slog Perspektivplanredegørelsen fast, at der var for mange, og at psykiatrien burde udlægges til amterne og integreres med det somatiske sundhedsvæsen.

Psykiatrien blev udlagt i 1976, og amterne stod over for den dobbelte udfordring af nedlægge sengepladser og at koordinere den psykiatriske indsats med socialsektoren.

Ændringer i psykiatriens forvaltning: Erfaringen fra tre amter

I dette afsnit vil det blive drøftet, hvad der skete med psykiatrien i tre udvalgte amter, efter at den var blevet udflyttet fra statsligt regi.

Det drejer sig om Viborg, Fyns og Vejle amter. De tre amters overtog vidt forskellige psykiatriske strukturer, og de har også siden hen valgt at organisere psykiatrien forskelligt.

Viborg Amt som pionér

Viborg Amt var det første, som besluttede at overføre psykiatrien fra sundhedsforvaltningen til socialforvaltningen. Det skete i 1988 (Borup, Knudsen & Vendsborg 2002a).

Som tidligere omtalt havde Viborg Amt ved udlægningen af psykiatrien arvet et af landets store gamle psykiatriske institutioner, Statshospitalet i Viborg. Hospitalet var som nævnt efter en gennemgribende modernisering i slutningen af '60'erne ifølge Knudsen & Seemann på det tidspunkt et af de mest *moderne* psykiatriske hospitaler i Danmark (Knudsen & Seemann 1990, 39).

Ifølge amtets socialdirektør, Kristian Brøns Nielsen (interview 2001, bilag 1), der var en af de drivende kræfter i overflytningen af psykiatrien fra sundheds- til socialforvaltningen, var hovedbegrundelsen for beslutningen, at der i den etablerede sygehusorganisation overhovedet ikke var nogen vilje til at udlægge ressourcer, og planlægningsarbejdet i forbindelse med distriktskykiatrien var derfor gået i stå.

De ressourcer, som var blevet sparet ved psykiatriske nedlukninger, var angiveligt blevet overført til somatikken, som havde en højere status og var bedre i stand til at tiltrække ressourcer.

Og de forsøg, som var blevet gennemført på psykiatriområdet – det vil sige fremskudte hospitalsbaserede ambulatorier – kunne Brøns Nielsen slet ikke anerkende som distriktskykiatri. De nåede ikke ud over sygehusrationalen.

Kristian Brøns Nielsen ser altså de organisatoriske ændringer som nødvendige for at sikre midler til psykiatrien og især at til at bruge ressourcerne på det psykiatriske område bedre gennem samarbejde mellem sygehusene og socialområdet, herunder ved udvikling af en egentlig distriktskykiatri. Det var ifølge Brøns Nielsen nødvendigt at samle psykiatrien under én hat, og den, der var bedst til at drive de psykiatriske institutioner, var socialektoren.

Heri ligger vel en opfattelse af, at socialektoren i hvert fald var bedre til at tænke og arbejde inden for et markedsbaseret rationale – i modsætning til eksempelvis et klinisk/professionelt eller et politisk/offentligt styringsrationale – hvad angår institutionsdrift.

Socialrådgiver Henrik Kjeldgaard, som er ansat ved en af disse institutioner i Viborg Amt (nemlig den udlagte Industriterapi Nørremarken), tvivler således på, at sundhedssektoren ville have kunnet skabe en institution som den, han arbejder ved: Man har en *dialog med samfundet udenfor*, og der er en meget større bevidsthed om, at kommunerne er *kunder*, der *har ønsker og stiller krav*. Et hospital har ifølge Henrik Kjeldgaard mere tendens til [ud fra en lægefaglig ekspertise] at *fortælle/diktere, hvad der er rigtigt* (interview, bilag 3).

Brøns understreger tilsvarende, at der efter udflytningen af institutionen er sket en *kulturrevolution* i personalegruppen. Man ser nu *muligheder i stedet for problemer* som i de gamle institutioner, det vil sige det bureaukratiske sygehusvæsen. Nu har man fået *overblik og selvforvaltning* (interview, bilag 1).

At hospitalerne havde vanskeligt ved at forstå/acceptere det markedsbaserede *NPM*-rationale bekræftes indirekte af cheflægen for psykiatrien i Viborg Amt, Inge Munk Møller. Hun oplevede det sådan, at psykiatrien blev kompromitteret af det sociale område, og at ledelsen optrådte meget distancerende i forhold til hospitalspsykiatrien.

Man måtte ikke længere tale om *patienter*, men skulle omtale dem som *brugere*. Det virkede meget provokerende på lægerne [det vil sige i forhold til det lægefaglige rationale], der kæmpede for befolkningens ret til at være patient. Det måtte heller ikke kaldes *sygehus* længere.

Til gengæld mener Inge Munk Møller, at lægegruppen helt forsømte at give forvaltningen (og socialektoren) et konstruktivt modspil. Hovedparten af lægerne mente således indadtil, at tingene skulle bevares som de var, men gjorde i øvrigt ikke meget aktivt udadtil (interview, bilag 4). Set ud fra et lægeprofessionelt (naturvidenskabs- og evidensbaseret) rationale forekommer det ikke overraskende, at lægerne brugte mest tid på at beklage sig til og skændes med fagfæller og havde svært ved at se, at det kunne være relevant at gå ind i en politisk-administrativ diskussion for i sidste ende at gå på kompromis med fagligheden.

Der er næppe tvivl om, at det er lykkedes for Viborg Amt i socialforvaltningsregi at skabe en velfungerende distriktspsykiatri og socialpsykiatri, herunder en række decentrale psykiatriske tilbud

med stor åbenhed i forhold til det omgivende samfund og med stor responsivitet i forhold til brugerne.

Til gengæld er det mere usikkert om, *the psychiatric tribe* i Viborg er glad. Noget kunne tyde på, at den administrative tankegang, det vil især sige det markedsbaserede *NPM*-rationale er blevet så dominerende, at lægerne med deres fagprofessionalisme føler sig fremmedgjort fra og dekoblet den samlede psykiatri som sådan.

Frem og tilbage i Fyns Amt

Institutionsmæssigt stod Fyns Amt efter udlægningen af psykiatrien ifølge folketingsmedlem og tidligere sundhedsminister Ester Larsen, der dengang var medlem af Fyns Amtsråd, med den store institution i Middelfart, som var meget plejedomineret, Odense, som var universitets- og forskningsorienteret og Svendborg, som var mere flakkende, men også plejeorienteret (interview, bilag 7).

Da de forvaltningsmæssige overvejelser gik i gang, ønskede Odense at være en del af sygehussektoren, medens Middelfart orienterede sig mere mod socialpsykiatrien. I Svendborg blev det første forsøg med distriktspsykiatri – defineret som efterbehandling – gennemført.

Ligesom der i Viborg i 1980'erne var foregået forsigtige distriktspsykiatriske forsøg med udgangspunkt i hospitalet, var der ifølge chefen for socialpsykiatrien i Fyns Amt, Karen Thomsen (og et gammelt notat, hun har fundet), i samme periode på Fyn tænkt tanker om psykiatriens udvikling, det vil sige om distriktspsykiatri samt behovet for samarbejde med socialområdet (interview, bilag 6).

Tankerne blev dog aldrig udmøntet, og ifølge Karen Thomsen må det generelt slås fast, *at det ikke er sygehusvæsenet, der har bidraget til fornyelsen af psykiatrien på Fyn*. Men så eksploderede tingene med ”affæren” i Middelfart og man blev af politikerne (amtsborgmesteren) tvunget til at gøre noget.

Ester Larsen mener ikke, at Middelfart-sagen i sig selv var afgørende for, at man tog fat på ændringer (interview, bilag 7). Hun vurderer, at det hang sammen med den ændrede holdning til psykisk sygdom i befolkningen – en holdning som heldigvis blev promoveret af en del politikere.

Ester Larsen indrømmer, at der også var økonomiske overvejelser med i spillet, *idet man jo ikke kunne lade patienterne ligge unødigt på hospitalerne, når det oven i købet var dyrere.*

Og da Fyns Amtsråd i 1988 efter indstilling fra centralforvaltningen besluttede, at der skulle ske en nærmere samordning mellem sundheds- og socialområdet kom initiativet til arbejdet ifølge Karen Thomsen blandt andet, fordi embedsmændene havde fortalt, at der var *god og nødvendig økonomi for psykiatrien i at arbejde sammen med socialområdet.*

Karen Thomsen og Ester Larsen er enige om, at en af de største udfordringer, psykiatrien stod over for i begyndelsen og midten af 1980'erne, var at få udskrevet de mange færdigbehandlede patienter, som lå på de store institutioner, det vil især sige Middelfart. Det krævede et nært samarbejde med kommunerne, som ikke umiddelbart var klar med botilbud mv.

En anden udfordring var at få løst problemet med de mange svingdørspatienter. Det skulle ske ved hjælp af opbygning af en effektiv distriktspsykiatri i amtet.

Uanset om det var økonomiske overvejelser eller holdningsmæssige ændringer, der lå bag ønskerne om at ændre psykiatriens organisering, og om Middelfart-sagen havde nogen selvstændig betydning, er der næppe tvivl om, at de centrale elementer i projektet – åbning af institutioner, udskrivning af patienter, udlægning af opgaver, decentralisering mv. – i langt højere grad passede ind i et markedsbaseret *New Public Management*-rationale end i et traditionelt lægefagligt rationale.

Det er således karakteristisk, at psykiatrien [den psykiatriske profession] ifølge Karen Thomsen slet ikke var involveret i processen (selv om en enkelt fremtrædende psykiater faktisk sagde højt, at han nu begyndte at forstå behovet for en indsats, når folk kommer ud fra et sygehus).

De daværende psykiatriske plejehjem var indrettet i overensstemmelse med det lægefaglige rationale som *halehæng* til de psykiatriske sygehusafdelinger. Det vil sige, at de havde flersengsstuer, hvor hver patient kun havde sin hospitalsseng og sit sengebord, og der førtes kardex.

Det psykiatriske område var med andre ord i midten af 1980'erne meget lukket. Karen Thomsen blev efter egen vurdering i høj grad brugt til at søge ind i dette lukkede faglige miljø og forklare politikerne, hvad der foregik.

Da der blev startet et distriktspsykiatrisk forsøg i Svendborg i 1987, var reaktionen fra det psykiatriske miljø da også negativ: Her var en økonom, *der sad og klogede sig*. Og hvis hendes planer blev gennemført, *ville man snart have lige så mange hospitalssenge som i Uganda*.

Karen Thomsen fortæller i øvrigt, at hun aldrig har oplevet, at psykiaterne [den psykiatriske profession] ikke stod som en samlet flok. *Nok er de indbyrdes forskellige, men når de står over for systemet, står de sammen*.

For at få sygehusområdet og socialområdet til at samarbejde blev der i 1989 etableret en *midlertidig* psykiatrisk organisation, således at de psykiatriske sygehusafdelinger, distriktspsykiatrien og socialpsykiatrien fik samme chef (Karen Thomsen), der refererede til socialdirektøren.

Psykiatriområdet blev tilknyttet to udvalg, nemlig sygehusudvalget (behandlingspsykiatrien) og socialudvalget (socialpsykiatrien). Distriktspsykiatrien skulle være brobygger mellem det sociale område og sygehusene. Hvert team fik en socialfaglig leder, men lægerne i teamet refererede til lægerne på sygehuset og sygeplejerskerne til sygeplejerskerne på sygehuset.

Sundhedsdirektøren og socialdirektøren syntes ifølge Karen Thomsen, at den midlertidige organisationsmodel skulle fortsætte. Men politikerne sagde nej. Så i 1996 *røg strukturen* med Karen Thomsens udtryk *på gulvet*. De psykiatriske afdelinger blev lagt tilbage til sygehusene og blev en del af sygehusforvaltningen.

Spørgsmålet er, om denne nye (gamle) struktur er holdbar på lidt længere sigt.

Ester Larsen finder det vigtigt, at den videnskabelige/forskningsmæssige del af psykiatrien er med, når fremtiden skal formes, og den varetages nok mest seriøst i sundhedsforvaltningen. Men psykiatrien fylder ifølge Ester Larsen – og her er hun på linje med socialdirektør Kristian Brøns Nielsen i Viborg Amt – langt mere i socialektoren og bliver bevillingsmæssigt bedre stillet her.

Ifølge Karen Thomsen er det ikke noget særligt problem i det daglige samarbejde mellem de to forvaltninger, at toppen af psykiatrien er blevet skilt ad. Problemet er snarere, at der ikke sker den tilstrækkelige nytænkning på området, eksempelvis i forhold til det ændrede indhold i distriktpspsykiatrien, som man ser i andre amter. Det lægefaglige rationale sætter med andre ord grænser for, hvordan psykiatrien kan tænkes og forstås.

Karen Thomsen mener eksempelvis, at der i høj grad er behov for at få integreret socialpsykiatrien og resten af psykiatrien. Og den udvikling, som foregår på landsplan, går ifølge hende desværre i øjeblikket hen over hovedet på Fyns Amt.

En af konsekvenserne er, at der ikke er nok opmærksomhed på de nysyge (unge mennesker). Når først tingene har udviklet sig til en kronisk lidelse, er der ikke meget at gøre. Ifølge Karen Thomsen er det nødvendigt at fokusere både på det behandlingsrettede og det sociale. Tidlig intervention over for begyndende psykotisk tilstand er nødvendig, og der er gode erfaringer at hente fra Århus og København.

Konsensus i Vejle Amt?

Det er karakteristisk for Vejle Amt, at man, som psykiatridirektør Kirsten Nielsen gør opmærksom på, aldrig har haft et statshospital. Den første psykiatriske indsats begyndte således med et lille ambulatorium i 1967 i Vejle. Horsens startede i det små i 1972 og Kolding i 1975 (Interview, Kirsten Nielsen m.fl., bilag).

Vejle Amt stod altså efter udlægningen af psykiatrien ikke med samme udfordring som Viborg og Fyn, hvor man indenamtsligt havde en lang række færdigbehandlede psykiatriske patienter, som skulle udskrives og have botilbud mv. Tilsvarende var psykiatrien ikke på samme måde som i de to øvrige amter lukket i forhold til omverdenen. Der var derfor ikke samme akutte behov for at opbygge en distriktpspsykiatri som alternativ til eller brud med hospitalspsykiatrien.

Eller med andre ord var der på psykiatriområdet i Vejle i udgangspunktet ikke det stærke modsætningsforhold mellem et veletableret klinisk/professionelt styringsrationale (lægerne), et traditionelt politisk/offentligt styringsrationale (f.eks. sygehusledelserne og sygehusforvaltningen)

og et fremvoksende markedsbaseret rationale (f. eks. centralforvaltningen og politikerne), som man har kunnet se andre steder i landet.

Men i 1998 var det erkendt, at den måde, psykiatrien i Vejle var organiseret på, efterhånden var blevet forældet. Der blev derfor truffet en ledelsesbeslutning om at etablere en særskilt psykiatريفorvaltning samt at udarbejde en samlet plan for den sundhedsfaglige psykiatri på tværs af de tre psykiatriske sygehuse (Vejle, Kolding og Horsens) og ambulatoriet i Fredericia.

Oversygeplejerske Lykke Hansen fortæller, at man var inspireret af regeringens planer om distriktpsikiatri, men også – og dette adskiller sig vel nok fra de to andre amter – eksplicit af planerne om funktionsbærende enheder i somatikken. Den samlede psykiatriplan på tværs af sygehuse blev altså set som en funktionsbærende enhed. Det vil sige, at der blev tænkt inden for et (ganske vist progressivt) *sygehusrationale*.

Allerede fra 1996 arbejdede man ifølge den nuværende souschef for psykiatريفorvaltningen, Torben Andersen, der dengang var beskæftiget i socialforvaltningen, med en strategiplan for socialpsykiatrien. Der var ingen overvejelser om sammenlægning med den sundhedsfaglige psykiatri, idet man var bekymret for at blive opslugt af denne.

Tilsvarende ønskede man i behandlingspsykiatrien ifølge cheflæge Jørgen Tybjerg under ingen omstændigheder at flytte fra sundhedsforvaltningen. Skræmmebilledet var ”spøgelset fra Viborg”.

Man har en distriktpsikiatri, men den er sygehusbaseret, og det er ifølge Jørgen Tybjerg godt for kontinuiteten, da det er de samme læger, som behandler ude og inde. Og han finder det væsentligt, at psykiatrien er en sundhedsfaglig forvaltning, da der er store sammenhænge mellem den somatiske og den psykiatriske betjening, gensidigt tilsyn, samarbejde og kultur.

Kirsten Nielsen fremhæver, at 1998-reformen har medført, at de sundhedsfaglige afdelingsledelser på psykiatrimrådet har fået langt større selvstændighed (à la situationen på socialområdet og i modsætning til det somatiske sundhedsområde). Tilsvarende har psykiatrien fra 1998 og frem til i dag ifølge Jørgen Tybjerg fået tilført betydelig flere ressourcer end før.

Men er der så konsensus på psykiatri-området i Vejle Amt, sådan som Kirsten Nielsen siger, der generelt er det i amtet på politisk niveau (mellem Venstre og Socialdemokratiet)?

Torben Andersen antyder, at der i hvert fald på et tidspunkt var en opfattelse (i socialpsykiatrien) af, at distriktspsykiatrien, som lå på hospitalsafdelingerne, var usynlig for omgivelserne, selv om man *angiveligt arbejdede både ude og inde*. Tilsvarende mener han, at der fortsat kan være nogle betænkeligheder blandt nogle af forstanderne (på det sociale område) med den nuværende situation.

Udefra betragtet og når man sammenligner med andre amter, kan man spørge, hvor fremtidsrettet og langtidsholdbar den sygehusbaserede distriktspsykiatri i Vejle er – Er der i det hele taget tale om distriktspsykiatri i den forstand, man forstår det i dag de fleste andre steder? Man kan i den forbindelse undre sig over det store antal socialpsykiatriske døgnpladser.

Opsummering: Socialvæsen, sundhedsvæsen eller psykiatriforvaltning?

Som det er fremgået, overtog Viborg, Fyns og Vejle amter meget forskellige psykiatriske strukturer fra staten. Men de tre amter har også efterfølgende håndteret psykiatrien forskelligt.

I Viborg Amt, hvor man overtog det store gamle statshospital i Viborg, var man *pionér* og flyttede allerede i 1988 psykiatrien til socialforvaltningen. Man var angiveligt træt af at vente på fornyelse i den etablerede sundhedsorganisation, og mente at socialforvaltningen og dens institutioner var bedre egnede til de nye (NPM-)tanker på psykiatriområdet. Man har utvivlsomt fået opbygget en velfungerende distriktspsykiatri mv. Men lægerne er måske blevet fremmedgjort?

I Fyns Amt med den store institution i Middelfart, universitetshospitalet i Odense samt Svendborg er *psykiatrien flyttet frem og tilbage*. Efter en vanskelig, men angiveligt spændende periode med tidlige distriktspsykiatriske forsøg og en efterfølgende midlertidig samling af psykiatrien under én chef under socialforvaltningen er socialpsykiatrien og behandlingspsykiatrien nu igen skilt ad. Betyder det, at Fyn er ved at blive koblet af den videre udvikling af distriktspsykiatrien mv.?

I Vejle Amt, hvor man ”slap for” at overtage store institutioner, er der tilsyneladende *konsensus* om en hospitalsbaseret distriktspsykiatrimodel funderet i en selvstændig psykiatriforvaltning. Der er dog visse tegn på, at enigheden (blandt andet fra socialområdet) ikke er fuldstændig. Er det et tegn

på, at den nuværende model måske ikke er helt så fremtidsrettet og holdbar – ja, at der måske slet ikke er tale om distriktpspsykiatri som den forstås andre steder?

Konklusion

Som nævnt i indledningen til afsnittet (*afsnit 5.1*) har *formålet med afsnit 5* været at beskrive og analysere, hvordan psykiatrien igennem de sidste 10-15 år generelt er blevet flyttet fra sundhedsvæsenet til socialvæsenet.

Når det overhovedet har været interessant at beskæftige sig med denne forvaltningsmæssige overflytning, er det *dels*, fordi psykiatrien i moderne tid ellers altid har været en del af sygehusvæsenet, og *dels fordi* overflytningen er sket på trods af hård modstand fra områdets læger.

Udgangspunktet for beskrivelsen/analysen var forsøget på at afdække psykiatrien som profession med henblik på blandt andet at se nærmere på dens rationale og magtposition. Herefter skulle nærmere undersøges virkningerne på den psykiatriske profession og dennes indflydelse af fremvæksten af konkurrerende administrative rationaler i diskussionen om og udviklingen af den danske offentlige forvaltning.

Udviklingen skulle blandt andet belyses ved *cases* fra Viborg, Fyns og Vejle amter.

Beskrivelsen/analysen blev i *afsnit 5.2* indledt med en undersøgelse af *fagbureaukratiet og professionsbegrebet* mere generelt. Pointen var her, at professionelle karakteriseret ved blandt andet i højere grad at være loyale over for deres profession end over for deres organisation optræder som afgørende aktører i alle fagbureaukratier. I kraft af deres ekspertise påberåber de professionelle sig en særlig autonomi i forhold til organisationen, og de har i mange tilfælde en særlig magtposition byggende på denne ekspertise og på en tilkæmpet privilegeret ret til at udtale sig om bestemte emner.

I *afsnit 5.3* blev *lægeprofessionens særlige autonomi og magtposition* påvist. Det blev fastslået, at lægerne traditionelt har haft stor indflydelse på den daglige administration og ledelse af hospitalerne, men også på den samfundsmæssige drøftelse af sundhedsmæssige spørgsmål.

Konklusionen var, at udviklingen af hospitalerne har været nært knyttet til den lægelige professions rationale.

Drøftelsen blev i *afsnit 5.4* indsnævret til *psykiatrien som profession*. Det fremgik af afsnittet, at psykiatriens rødder er hospitalet, og at det indgår med betydelig vægt i den psykiatriske professions selvforståelse, at psykiatere er læger. Følgelig er der i den psykiatriske profession i takt med den organisatoriske adskillelse af psykiatrien fra de øvrige lægelige specialer en stærk bekymring for psykiatriens fremtid som lægevidenskab. Specialisering ses dog som et af midlerne til at sikre denne fremtid.

Psykiatriens organisering før de administrative reformer i 1970'erne og '80'erne var emnet for *afsnit 5.5*. Det blev her fastslået, at psykiatrien indtil 1970'erne typisk var organiseret i store (statsdrevne) institutioner/hospitaler, og at de få og forsigtige administrative/behandlingsmæssige forsøg, der foregik, tog udgangspunkt i de eksisterende institutioner og i det lægefaglige/hospitalsbaserede rationale.

I *afsnit 5.6* blev det hævdet, at 1970'ernes, '80'ernes og '90'ernes offentlige moderniseringsstrategi i høj grad ændrede betingelserne for forvaltningen af det psykiatriske område. Argumentet var, at de tre årtier betød et brud med tidligere tiders lægefaglige monopol på ledelse ved indtrængning af nye professionelle administrative rationaliteter. Hermed var kimen ifølge afsnittet lagt til, at en professionssvækket psykiatri kunne overflyttes fra sundhedsvæsenet til socialvæsenet.

I *afsnit 5.7* om *ændrede rammer for psykiatrien* kunne det konstateres, at medens den psykiatriske profession i slutningen af '60'erne mente, at der var for få psykiatriske sengepladser, slog perspektivplanredegørelsen få år senere fast at der var for mange, og at psykiatrien burde udlægges til amterne og integreres med det somatiske sundhedsvæsen. Udlægningen skete i 1976 og amterne kunne nu begynde at nedlægge sengepladser og – efter direktiv fra Indenrigsministeriet – at samordne psykiatrien med socialsektoren.

Af *afsnit 5.8* om *ændringer i psykiatriens forvaltning* fremgik det, at amternes overtagelse af psykiatrien blev grebet forskelligt an i tre forskellige amter. Situationen er også i dag i de tre amter forskellig, men der kan argumenteres for, at de i hvert fald har organisatorisk labilitet til fælles.

Kampen mellem rationalerne foregår fortsat, og den ideelle distriktpsychiatriske organisation er tilsyneladende ikke fundet!

I Viborg overførte man allerede i 1988 psykiatrien til socialforvaltningen, men til gengæld tyder noget på, at amtets og socialforvaltningens progressive *NPM*-inspirerede tankegang i nogen grad har fremmedgjort lægerne. I Fyns Amt er man efter at have flyttet psykiatrien lidt frem og tilbage endt med (?) en adskillelse af socialpsykiatrien og behandlingspsykiatrien, der truer med at isolere Fyn fra den igangværende videreudvikling af distriktpsychiatrien mv. Endelig er Vejle Amts officielle konsensus om en sygehusbaseret distriktpsychiatri i en selvstændig psykiatريفorvaltning måske alligevel ikke udtryk for fuldstændig enighed om psykiatrien i amtet, ligesom modellen eventuelt ikke er langtidsholdbar – og måske slet ikke kan kaldes distriktpsychiatri.

Ydre krav til forandring – legitimitet under pres

En organisation må for at bevare sin legitimitet – sin eksistensberettigelse - reagere på pres fra omgivelserne ved at forsøge at tilpasse sig dette pres. Vælger den at ignorere presset, vil der være stor sandsynlighed for at den ændres/nedlægges af udefra kommende kræfter (Suchman 1995; Berg og Jonsson 1991; Karlsson 1991).

Når det drejer sig om en offentlig institution, vil det ofte være en forandring, som dikteres fra det politiske niveau. Den psykiatriske institution har historisk tradition for kraftig kritik og krav om ændringer fra brugere, pårørende, borgere, politikere og andre interessenter. Den har igennem historien været udsat for et pres mod sin legitimitet.

Det er det, som vil være temaet for dette kapitel.

Den psykiatriske institutions institutionelle legitimitet

De første psykiatriske institutioner blev etableret i begyndelsen af 1800-tallet som store totalinstitutioner, der lå i landlige omgivelser isoleret fra det omgivende samfund. Denne organisationsform og de behandlingstilbud dominerede psykiatrien frem til midten af det 20. århundrede, og der var i denne periode god overensstemmelse mellem samfundets psykiatريفorståelse og den psykiatriske professionsforståelse. Rationalet var, at psykiske lidelser var fysiske/biologiske sygdomme, som blev bedst behandlet i rolige landlige omgivelser afsondret fra samfundet på store institutioner og ofte ved livslang indlæggelse.

Ud fra et legitimitetsprincip kan man sige, at den psykiatriske profession havde *institutionel legitimitet*. Der var god overensstemmelse mellem den måde, den psykiatriske profession forstod og organiserede det psykiatriske behandlingstilbud på og samfundets psykiatريفorståelse og normer i bredere forstand.

Ved institutionel legitimitet er det det omgivende samfund og dets institutioner, der "ser ind" i organisationen, konstruerer og fortolker organisationen. Kulturelle definitioner bestemmer, hvordan organisationen er forstået og værdsat. I denne forståelse er legitimitet og institutionalisering stort set

synonyme begreber (Suchman 1995, 576). De gør organisationerne naturlige og meningskabende/meningsfyldte. Adgang til ressourcer er nærmest et biprodukt.

I denne situation var der ikke behov for en strategi for at få legitimitet. Problemerne i psykiatrien blev henført til enkeltpersoner og førte ikke til et pres, som for alvor truede hele organisationen.

Den første danske psykiater (Seidelin) blev eksempelvis afskediget i 1831 efter kritik af hans behandling af patienterne. Den "første antipsykiatriske bevægelse" i 1890'erne med Amalie Skram mv. var begrundet i kritik af vilkårlig magtudøvelse, tvang og umyndiggørelse. Den førte til, at professoren gik af.

I 1936 blev dannet foreningen "Nervøses og Sindslidendes værn" mod den "frygtelige behandling" på de psykiatriske afdelinger (Kelstrup 1983, 287). Psykiatrien var imidlertid stadig i overensstemmelse med de dominerende rationaler i samfundet, og legitimiteten var ikke for alvor truet.

Legitimiteten svækkes

I sidste halvdel af århundredet, især i 1960'erne og 70'erne blomstrede kritikken af psykiatrien op og den har siden da har været meget kraftig.

Galebevægelsen mv.

I 1960 stiftet foreningen Landsforeningen Sindslidendes Vel (LSV) stiftet. Det er en kritisk organisation, der vil forbedre de eksisterende forhold for sindslidende.

Galebevægelsen, som dannedes i slutningen af '70'erne, var udtryk for en helt anderledes radikal kritik, som sigtede mod en fuldstændig ændring af menneskesyn og metoder i psykiatrien. Galebevægelsen er "gal" over den måde, psykiatrien og samfundet behandler psykisk syge. Den havde dengang mange udløbere, også blandt professionelle, som ønskede store ændringer. Den allerførste "galefestival", "Verdenshistoriens første galefestival", blev afholdt i Viborg i sommeren 1979 i samarbejde med kritiske grupper på hospitalet, bl.a. ergoterapeuter. Det er tankevækkende, men formentlig en tilfældighed, at det på samme tidspunkt var i Viborg, at de første praktiske tegn

på svigtende legitimitet hos den eksisterende psykiatriske institution og afgørende organisatoriske ændringer viste sig (Borup, Knudsen & Vendsborg 2002a). Vi har i al fald ikke fundet materiale som bekræfter en sådan sammenhæng.

Arrangementet påkaldte sig omfattende mediemæssig og offentlig bevågenhed. Dette fortsatte i de følgende år bl.a. inspireret af den distriktskykiatriske bevægelse i USA og "Demokratisk Psykiatri" bevægelsen i Italien. Der var mange professionelle (herunder psykiatere), som indgik i aktiviteterne og flere, som deltog i møder og studiekredse med udgangspunkt i en stærkt kritisk holdning til den etablerede psykiatri. Galefestivaler og et blad "Amalie" opkaldt efter Amalie Skram blev i en lang årrække bevægelsens samlingspunkter (Kelstrup 1983, 292-300).

På Fyn var der megen kritik af behandlingen på Middelfart Psykiatriske Sygehus (et lidt tilfældigt mål) og Galebevægelsen var meget aktiv mht. at fastholde pressens og offentlighedens interesse på dette ved demonstrationer og festivaler.

"Men så eksploderede tingene med "affæren" i Middelfart og man blev af politikerne (amtsborgmesteren) tvunget til at gøre noget" (socialpsykiatrichef Karen Thomsen, interview, bilag 6).

I de senere år er galebevægelsens aktivitet blevet suppleret af andre ikke mindre kritiske aktører. Der blev som en slags efterfølger og fornyelse i 1999 stiftet en ny forening LAP, Landsforeningen af nuværende og tidligere Psykiatribrugere. Ved stiftelsen var der en del som talte for, at navnet skulle være "psykiatrioverleverne" i stedet for brugere. En betegnelse, som i sig selv siger en del om brugernes/patienternes opfattelse af institutionen. LAP kræver afskaffelse af psykiatriloven (tvang), medicinfri behandling, mere alternativ medicin og mere psykologhjælp samt bedre sociale forhold med hensyn til arbejde, uddannelse og økonomi. Psykiatere skal ikke lede den psykiatriske behandling (www.LAP.dk).

Kritiske patient- og pårørendeforeninger

Der er flere pårørendeforeninger – udover at LSV (nu kaldet SIND) indeholder en stor (dominerende) procentdel af pårørende og kritiske behandlere. For eksempel er "Bedre Psykiatri"

stærkt kritisk over for det psykiatriske tilbud og især over for, at man ikke informeres og inddrages bedre: "Behandlere kommer og går, familien består" (www.bedrepsykiatri.dk).

De somatiske behandlingstilbud har ofte patient- og pårørendeforeninger (interessenter) som støtter deres aktiviteter politisk og økonomisk. Det har forsorgen for udviklingshæmmede også. Derimod har psykiatrien tilsyneladende formået at få motiveret til dannelse af adskillige initiativer, som generelt er overordentlig kritiske over for tilbuddet og har stor mediemæssig og politisk bevågenhed.

Den psykiaterstyrede behandlings legitimitet er altså udsat for et hårdt og konstant pres. Det giver amterne en stadig tilskyndelse til politiske initiativer, da der så åbenbart er stærke befolkningsmæssige interesser, man kan varetage ved at ændre betjeningen af psykisk syge.

Sindssyge mordere

Området er modsætningsfyldt og følelsesladet. Det kan ses af udviklingen i England (Borup, Knudsen & Vendsborg 2002b; www.pages.zdnet.com). I Danmark har den politiske bevågenhed overvejende støttet patient- og pårørendesynspunkter og patientrettigheder. Derimod har aviskaMPA gner (www.news.independent.co.uk) i England blæst historier om mord begået af sindssyge op.

Den engelske regering har reageret ved at fremsætte lovforslag om øget adgang til tvangsindlæggelse, tvangstilbageholdelse og tvangsbehandling i samfundet. Det er sket i en grad, så ikke blot patienter og pårørende, men også professionelle af alle kategorier (psykiatere, humanister, jurister mv.) samt mange politikere har forenet sig i protest.

Når strammingerne rammer den psykiatriske behandling synes årsagen at være, at der i en række af de omtalte tilfælde, hvor der er begået et mord af en psykisk syg, har været tale om afbrudt kontakt med det psykiatriske behandlingssystem. Det har medført, at man i den statsstyrede engelske psykiatri fra centralt hold har pålagt den psykiatriske institution at indføre en særlig opsøgende og fastholdende behandlingsmetode, de såkaldte opsøgende psykoseteams (Vendsborg et al. 1999). Sådanne centrale statslige direktiver falder ikke i alle fagligt bevidste engelske psykiateres smag (Borup, Knudsen & Vendsborg 2002b). I et legitimitets- og magtperspektiv kan både loven og

centrale administrative direktiver ses som ydre reguleringer, der må accepteres af en på grund af legitimitetstab svækket organisation (Karlsson 1991, 70).

Psykiatrien er således et område, som bestandig må kæmpe for sin legitimitet på flere modsatrettede fronter og er udsat for et krydspres mellem patientrettigheder og befolkningens påståede sikkerhed, som frister til politiske initiativer. Der har dog endnu ikke i Danmark – bortset fra enkeltstående personer – været forsøg på at delegitimere den psykiatriske institution ved at fremføre fareaspektet for den almindelige borger.

Det er således fortsat sådan, at danske politikere, når de udtaler sig om tvang i psykiatrien primært tænker på at reducere denne. For eksempel siger Ester Larsen, at *et [andet] område, der kunne blive udsat for centrale retningslinjer, er anvendelsen af tvang i psykiatrien. Danmark topper internationale lister over anvendelse af tvang. Men inden man griber til indgreb, bør det dog undersøges nærmere, om det afspejler et reelt forhold, eller det er, fordi man i højere grad registrerer tvangsindgrebene i Danmark* (interview, bilag 7).

Tilsvarende siger folketingsmedlem Margrethe Vestager, at *i perioder hvor psykotiske patienter har behov for at blive beskyttet mod sig selv, er tvang nødvendig. For at dæmme op for overdreven brug af tvang er der behov for et hurtigere arbejdende ankesystem* (LAP-Bladet juli-sep. 2002)

Behov for strategisk legitimitet

Fra midten af det 20. århundrede begynder samfundet at ændre sig – samfundet/markederne politiseres. Der kommer et pres fra *New Public Management*-bevægelsen, samtidig med at opfattelsen af psykiatriens rationaler ændres, og der opstår konkurrerende opfattelser af, hvad psykisk sygdom er udtryk for. Det betyder, at den psykiatriske institution for at operere og overleve som organisation på markedet må berettige sin eksistens (legitimere sig). Organisationen får behov for strategisk kompetence. Den må forsøge at aktivere de berørte dele af samfundet – sine interessenter - for sin sag (Suchman, 1995).

Fravær af strategisk kompetence i den psykiatriske institution

En organisation siges at have strategisk kompetence, når den kan aflæse organisationen, det vil sige iagttage sig selv. Organisationen udøver da iagttagelseskraft. Den anden komponent i en organisations strategiske kompetence udgøres af organisationens evne til at handle eller besidde handlekraft, det vil sige, at organisationen er i stand til at handle på de iagttagelser, den gør sig.

Strategisk legitimitet er et administrativt/ledelsesperspektiv, der fremhæver hvordan organisationer kan manipulere eller anvende suggestive symboler for at opnå omgivelsernes støtte. Strategisk legitimitet kan forstås som en operationel ressource, som organisationer ekstraherer fra deres kulturelle omgivelser, og som de tager i brug i forfølgelse af deres mål. Organisationens ledere "ser ud". Den lukkede psykiatriske institution har kun i meget begrænset omfang udvist en sådan strategisk kompetence og hermed forsøgt at opretholde sin legitimitet.

Den psykiatriske institutions legitimitetstab

Den (lægeligt ledede) psykiatriske institution er blevet svækket gennem legitimitetstab i de sidste 10-20-30 år med hensyn til flere forskellige former for legitimitet.

Man kan som tidligere nævnt tale om institutionel legitimitet, som gives til en institution af samfundet fordi institutionen er klassisk og i tæt overensstemmelse med sine omgivelser. I modsætning hertil er den strategiske legitimitet noget, som institutionen må kæmpe for at få, opretholde og evt. genvinde. Den kan have pragmatisk, moralsk og kognitiv karakter (Suchman, 1995).

Pragmatisk legitimitet baserer sig på organisationens pragmatiske vurdering af interessenters relationer. Den tager udgangspunkt i en organisations umiddelbare omgivelser og disses egeninteresse. Relationen bygger på et i nogen grad generaliseret og konventionel, materialistisk styrke-afhængighedsforhold.

Den psykiatriske institution har ikke i særlig høj grad besiddet denne legitimitet i forhold til den embedsmandsmæssige/politiske omverden. Den har kun sparsomt været medspiller i den udvikling, der gennem 1980'erne i forskellige vejledninger og anbefalinger fra politisk hold førte til, at psykiatrien forvaltningsmæssigt blev overført til anden forvaltning end sygehusforvaltningerne.

Der har også langtfra været tale om, at omverdenen eller borgerne støtter organisationen, fordi de ser den som responderende på deres mere overordnede interesser. Organisationen har ikke berørt borgere (interessenter) integreret i organisationens (fx bruger/pårørende inddragelse) politikskabende strukturer eller tager omverdenens kvalitetsbegreber som en del af organisationens kvalitetsstandarder.

I 1966 var der i dele af psykiatrien holdningsmæssige sammenfald med den samfundsbaseerede anti-psykiatriholdning, som det bl.a. kom til udtryk i udtalelser fra overlæge Hoffmeyer om familiære og sociale vilkårs store betydning for ikke alene de sindslidendes gentilpasning i samfundet, men også som patogenetisk (sygdomsvoldende) faktor af første orden. Dette var imidlertid en forbigående og ikke dominerende holdning til psykiske sygdomme i den lægelige psykiatriske behandlingsinstitution, hvor der fastholdes en væsentlig anden opfattelse end den, der synes at være samfundets forståelse af de psykiatriske problemstillinger.

Det tog psykiatrien lang tid at få formuleret den nu officielle psykiatriske forståelse, nemlig at psykisk sygdom skal ses i bio-psyko-social sammenhæng. Fortsat fremhæver førende psykiatere i stigende grad de biologiske forskningsresultater og en politik, der tager udgangspunkt i en sygehusbaseret psykiatrisk behandling. Det sker, selv om disse påstande er fremsat gennem mange år, og at resultaterne af de biologiske behandlingsmetoder næppe er meget bedre end for 50 år siden.

Troværdigheden er truet. Der er ikke dialog med patienter og pårørende eller inddragelse af dem i arbejdsgrupper mv. Der er betydelig diskrepans mellem befolkningens og pårørende/patientorganisationer og de holdninger, der er de dominerende i psykiatrien.

Her har vi andre erfaringer fra vort besøg i England (Borup, Knudsen & Vendsborg 2002b), hvor den lægelige psykiatri repræsenteres af *the Royal College of Psychiatry (RCP)*. Denne knytter i sin målsætning eksplicit an til og ønsker at fremme alle emner, discipliner og interessentsynspunkter, der er relateret til psykiatrien og stiller således en bred ekspertviden til rådighed.

Det er vanskeligt at forestille sig, at den britiske sundhedsstyrelse eller andre embedsmænd/politikere kunne nedsætte en arbejdsgruppe om psykiatriens forhold uden deltagelse af *RCP*. Endelig udgiver selskabet årligt en stribe pressemeddelelser om både centrale og mere perifere temaer relateret til psykiatrien. Pressemeddelelserne bemærkes i medierne.

Moralsk/normativ legitimitet er baseret på moralske egenskaber, hvor der er overensstemmelse mellem de sociale normer og værdier, som associeres med eller er indeholdt i en organisations aktiviteter og normerne for acceptable aktiviteter i samfundet generelt eller i den sociale kontekst, som organisationen refererer til. Moralsk legitimitet afspejler en positiv normativ vurdering af en organisation og dens aktiviteter, om at aktiviteterne er det rigtige at gøre.

Der er moralsk legitimitet i spil for psykiatrien, f. eks. i form af de psykiatriske biologiske behandlingsmetoder – psykofarmakologisk behandling (medicin) og *ECT (ElectroConvulsive Therapy)* eller elektrochokbehandling) - som begge i et samfundsperspektiv er mindre accepterede end den psykoterapi, som psykiatrien har været tøvende overfor at acceptere som et relevant behandlingstiltag i faget.

Således mener Margrethe Vestager, at *den udbredte brug af el-chock-behandling i Danmark er dybt betænkelig, og indikationerne bør undersøges nærmere, eventuelt med en lovgivning der begrænser anvendelsen. Hvor det er muligt bør samtaleterapi hos psykolog eller psykiater erstatte farmakologisk terapi* (LAP-Bladet, juli-sep. 2002).

Det svækker også den lægelige psykiatris generelle anseelse i samfundet, at den er så kraftigt i opposition til de organisationsformer, som efter de politiske og embedsmandspolitiske tiltag i dag dominerer psykiatriens politiske og forvaltningsmæssige forankring. Ligeledes er de socialpsykiatriske tiltag væsentlige i et politisk og befolkningsmæssigt perspektiv, mens de oftest behandles stedmoderligt og modvilligt af behandlingspsykiatrien med de kendte store vanskeligheder, der er i samspillet mellem de sundhedsfaglige og de socialfaglige psykiatriske institutioner.

Psykiatrien havde gennem mere end et århundrede institutionel legitimitet, men tabte den på det politiske marked i anden halvdel af det 20. århundrede.

Den har mistet pragmatisk legitimitet og indflydelse, idet den ikke har tænkt strategisk i forhold til det omgivende samfund – politikere, patienter og pårørende, og andre udbydere af tilbud til psykisk syge. De behandlingsmetoder, der primært fremhæves (de biologiske metoder) og den langsommelige tilgang til at integrere psykoterapi og socialpsykiatriske behandlingsmetoder som accepterede behandlingstiltag, har gjort det vanskeligt at påstå, at psykiatrien i samfundets vurdering har en velfunderet moralsk legitimitet. Der forfægtes standpunkter, som i væsentlig grad synes at være i uoverensstemmelse med samfundets holdninger og normer.

Politiske ændringer af en legitimitetssvækket psykiatri

Den manglende legitimitet og den dermed følgende svækkelse af den lægeligt ledede psykiatriske institution har gjort det politisk ønskeligt og muligt at ændre på psykiatriens organisation. Der har politisk været et ønske om mere indflydelse, som kunne nås ved at flytte psykiatrien tættere på det politiske niveau.

Ved udflytningen af de psykiatriske institutioner (afdelinger, sygehuse, centre) fra sygehusforvaltningen til socialforvaltningen sker der samtidig et afgørende organisatorisk løft af ledelsen af den enkelte institution/afdeling. De psykiatriske afdelinger/afdelingsledelser har typisk været under en sygehusledelse, som en ud af mange (somatiske) afdelinger. I nogle tilfælde har der været et psykiatrisk sygehus, hvor de enkelte afdelinger har været under en sygehusledelse. De har været underlagt et sygehus' styringsrationaler.

De psykiatriske institutioner løftes nu op til at være direkte underlagt det politiske niveau, som hermed får mulighed for mere direkte indflydelse (ligesom de psykiatriske institutioner får øget muligheden for direkte kommunikation med politikerne).

For Vejle Amts vedkommende fortæller psykiatridirektør Kirsten Nielsen, at *reformen medførte, at der blev langt større selvstændighed i de sundhedsfaglige afdelingsledelser. De fik fuld kompetence som forstanderne i de sociale institutioner, dvs. de fik også de opgaver, som normalt var overladt til sygehusledelsen på de sygehuse, hvor de var en afdeling*" (interview, bilag 5).

Afstanden til det politiske magtniveau mindskes, og det giver øget mulighed for politisk indflydelse. Flytningen kan således tolkes som et politisk ønske om mere direkte indflydelse og

overflytningen til socialforvaltningen som et ønske om at påtvinge psykiatrien en mere "social" tilgang til psykiske lidelser og problemer. Formanden for Amtsrådsforeningen socialudvalg udtaler: *Vort ønske (med overflytningen) er at skabe mere kontinuitet og sammenhæng (til socialpsykiatrien) i det psykiatriske tilbud.*

Overflytningen af psykiatrien til et andet udvalg er således ledsaget og betinget af et stærkt politisk ønske om ændringer i det psykiatriske tilbud. Det kan bl.a. vise sig ved, at der i forbindelse med overflytningen som regel vil være en politisk proces omkring udarbejdelse af psykiatriplaner med udmøntning af de politiske ønsker. Denne proces vil foregå i en mere direkte kontakt med det politiske niveau, end hvis de psykiatriske institutioner er en lille del af et større somatisk hospital.

Før eller som en del af processen med at udarbejde en psykiatriplan kan der udarbejdes interessentundersøgelser, som forsøger at kortlægge utilfredshed og behov for forandringer. Flytningen af psykiatrien kan forstås som betinget af en politisk reaktion på det ydre pres, som den vedvarende kritik af det psykiatriske behandlingstilbud udgør og det deraf følgende tab af legitimitet.

Samtidig kan det ses som et politisk forsøg på at gengive psykiatrien en større om end anden legitimitet. For eksempel mener cheflæge i Viborg Amt, Inge Munk Møller generelt, *at psykiatrien er på vej til at få et bedre image. Og hun er selv meget udadvendt (foredrag mv.). Patienterne synes, det er dejligt at være i døgnhusene, der ikke har sygehus-stigmaen. Men er der også mange, der godt kan lide hospitalet. Der arbejdes i øvrigt aktivt på at komme væk fra nogle af de gamle plejerholdninger i Viborg – og ånden er efterhånden blevet en anden* (interview, bilag 4).

Tilsvarende fortæller formanden for Amtsrådsforeningens sundhedsudvalg, amtsborgmester Bent Hansen: *... mærkede jeg det som et chock, da jeg for tyve år siden – i min egenskab af nyvalgt amtsrådsmedlem – stiftede bekendtskab med den psykiatriske del af sygehusvæsenet. Der var en verden til forskel fra i dag. Amterne havde få år inden overtaget sygehusvæsenet fra staten..... forholdene virkede næsten i enhver retning håbløse. Bygningerne var forældede og triste, og hele miljøet var utroligt lukket og gammeldags. Amtsborgmesterens glæde over, at det fortidsagtige system er blevet ændret fuldstændigt, mærkes tydeligt* (interview, SIND, nov. 2001).

Opsummering: Stram politisk styring af legitimitetssvækket psykiatri

Sammenfattende kan man sige, at psykiatrien (den lægefaglige) ikke har kunnet tilpasse sig de i omgivelserne rådende psykiatrirationaler hverken med hensyn til sygdomsforståelse og -modeller eller med hensyn til *New Public Management*.

Den har derfor mistet sin legitimitet og er følgelig blevet underlagt direkte og stram politisk styring, som har gennemtvunget de ændringer, som samfundet/politikerne har ønsket.

Diskussion og læring

Det almene i det særlige

Psykiatrien har, så længe der har været psykiatriske institutioner, haft befolkningens og politikernes bevågenhed.

Befolkningens utilfredshed med forholdene på de store psykiatriske institutioner betød, at der gennem hele det 19. århundrede blev bygget flere og nye institutioner. Prominente personers krænkelse over den behandling, de modtog under indlæggelse på psykiatriske institutioner, har betydet afskedigelse af anerkendte psykiatere fra deres offentlige hverv.

Denne bevågenhed over for psykiatrien er ikke blevet mindre gennem det 20. århundrede. Særligt gennem de seneste 20 til 30 år har psykiatrien været genstand for mediernes og politikernes interesse, og samtidig har psykiatrien været præget af skandaler, magtkampe og omstillingsprocesser, som på få andre områder i offentlige sektorer.

Med denne *Masteropgave* har vi ønsket at få en forståelse for psykiatriens særlige vilkår som del af den offentlige sektor og de samfundsmæssige forhold, området er underlagt. Samtidig ser vi psykiatrien som et sundhedsfagligt område af stor samfundsøkonomisk betydning, der rækker ud over det snævert behandlingsmæssige, og feltet har derfor mere almen interesse.

Endelig repræsenterer psykiatrien en række forhold, der også karakteriserer andre områder i den offentlige sektor. Vi har fundet træk i den psykiatriske organisation, som kan genfindes i andre offentlige sektorer; det er andre faggrupper, der dér udgør de professionelle og fagbureaukratiet, det er andre områder af det offentlige liv der italesættes (f.eks. selvangivelsen og skatteprocenten eller skatteregionernes størrelse og ledelse) og det er til dels andre interessenter. Men de bagvedliggende processer og den samfundsmæssige udvikling i og af den offentlige sektor, som har været medvirkende til udviklingen, er fælles, om det er psykiatri eller skat.

Blandt psykiatriens kendetegn, som i forskellig grad også gør sig gældende i andre dele af den offentlige sektor, kan nævnes:

- Området er konfliktfyldt og ofte i et modsætningsforhold til den generelle samfundsudvikling – *New Public Management*

- Omstillingen er præget af professionskampe
- Fagbureaukratier er fremherskende
- Området er præget af diskursive kampe
- Mange interessenter
- Høj kompleksitet

Diskussion af metoden

"Det sete afhænger af øjet der ser"

Når vi beskæftiger os med et område, som to af gruppens tre medlemmer arbejder med til daglig, vil gruppens forforståelse af dette felt påvirke, hvilke problemstillinger og formuleringer som bliver beskrevet. Gruppens tredje medlem befinder sig ikke inden for de sundhedsvidenskabelige fagområder, men repræsenterer en af de faggrupper som er mest udskaeldt af lægerne -DJØF'erne.

Gruppens tværfaglige sammensætning har haft betydning for problemformuleringerne og især for valg af teorier til analysen. Særligt har de økonomiske teorier herunder, *New Public Management*-teoriene fået en fremtrædende plads på baggrund af denne gruppesammensætning, mens forståelsen af rationaler og den diskursive forståelse samt legitimitetsanalyserne er faldet mere naturligt for de sundhedsvidenskabelige repræsentanter.

Gruppens sammensætning har således præget valg af temaer og teorier, dog med interesse for at gennemføre analyser af almindennende karakter, som samtidig kan danne grundlag for visionen for fremtidens psykiatri. Her står *MPA*-studiet for alvor står sin prøve som uddannelsen af os til forandringsagenter, der med baggrund i analyser af identificerede problemstillinger og ved at inddrage mulige fremtidige udviklinger i samfundet fremkommer med forslag til forandring og udvikling.

Det har været de to psykiatere, der har kendt de undersøgte miljøer, og som har skabt kontakterne til de interviewede personer både i Danmark og i Storbritannien. Heri ligger en betydelig selektionsbias – for da det er kollegaer, som vi i forskellige sammenhænge har arbejdet sammen med over en årrække, repræsenterer de måske særligt interesseområder og holdninger, der er i overensstemmelse med vore egne.

For eksempel har vi ikke interviewet kollegaer fra den biologiske psykiatri, men alene inddraget deres debatindlæg i vore analyser. Herved har vi unddraget os muligheden af en større nuancering af de synspunkter, som ligger til grund for de professionelles holdninger, ligesom vi heller ikke har interviewet embedsmænd, som er fortalere for, at psykiatrien forbliver i sundhedsforvaltningerne. Det sidste er imidlertid ikke udtryk for en selektion, men alene for, at vi ikke har mødt sådanne.

Endelig havde vi næppe kunnet analysere Dansk Psykiatrisk Selskabs strategi for at opnå legitimitet uden vores indgående kendskab til Dansk Psykiatrisk Selskab og vores kendskab til centrale aktører på området.

De debatindlæg, vi har udvalgt, er udvalgt selektivt med henblik på at underbygge vores pointer. Udvalgelsen af datamateriale er nødvendigvis foretaget ud fra vores forforståelse af, hvilke problemstillinger der har været relevante, og hvilke aktører der har været centrale, ligesom tidligere undersøgelser har været en væsentlig guide i udvælgelsesprocessen.

Styrken i opgavebesvarelsen har været, at vi som en tværfagligt og tværsektorielt sammensat gruppe har haft mulighed for såvel at have *det nære*, identifikation af problemstillinger, og herefter i vores forskellige forståelser og tilgange i diskussioner kunnet dannet en *distance* til problemstillinger, reflektere over vore iagttagelser i fællesskab for at kunne lade dem indgå i en ny forståelse af *det nære* – psykiatrien og dens forvaltning. Kun metoder, teorier og datamateriale samt konklusioner, vi har kunnet tiltræde i enighed, har fundet plads i herværende undersøgelse og analyse.

De udvalgte amters repræsentation af forskellighed

Da vi valgte tre amter som *case*-amter, var det med et koMPArativt sigte, idet det ved en sammenlignende analyse af de tre amter skulle være muligt at drage visse generelle konklusioner om psykiatriens organisering i Danmark. De tre amter, er altså udvalgt, fordi de hver for sig/alt i alt repræsenterer de centrale organisationsmodeller for den amtslige psykiatri på politisk og forvaltningsniveau.

Viborg, Vejle og Fyns amter repræsenterer således tre forskellige organisationsmodeller for psykiatrien i dag og de repræsenterer tre forskellige vilkår for at etablere psykiatriske behandlingstilbud i amtet i 1976.

Viborg Amt tog først beslutning om overførsel af psykiatrien til den sociale forvaltning og dets politiske udvalg (1988); psykiatrien er fortsat forankret i socialforvaltningen, mens der i januar 2002 etableredes et psykiatriudvalg; Vejle Amt har organiseret psykiatrien i en psykiatريفorvaltning (1998), der refererer til henholdsvis det sundhedspolitiske udvalg, hvad angår behandlingspsykiatrien og det social udvalg, hvad angår socialpsykiatrien, mens Fyns Amt repræsenterer flere forskellige forvaltningsmæssige løsninger, siden psykiatrien i 1989 blev udskilt fra de somatiske sygehusvæsen og underlagt en kontorchef i socialforvaltningen.

Samtidig er de tre amters udgangspunkt for de psykiatriske behandlingstilbud meget forskelligt i 1976.

Viborg Amt overtog en stor statsanstalt, Vejle Amt skulle bygge det amtslige psykiatritilbud op fra bunden og Fyns Amt havde i 1976 tre forskellige modeller for psykiatriske institutioner – universitetssygehuset med dets stærke professionsidentitet; statsanstalten Middelfart og endelig en model for den psykiatriske behandling, som blev anbefalet i tidens betænkninger – integrationen af psykiatrien og somatikken i samme sygehus.

De tre *case*-amter repræsenterer således i alt væsentligt de forvaltningsmæssige og politiske forandringer, der har fundet sted i amterne i de sidste ti til tyve år og repræsenterer på forskellig måde de vilkår, amterne havde i 1976. Der er ikke repræsentation af amter, hvor den forvaltningsmæssige og politiske organisation er uforandret (Bornholms Amt og til dels H:S, hvor sygehusforvaltningsstrukturen til gengæld er gennemgribende omlangt i 1995 og forskellig fra amternes).

Storbritannien

Når vi valgte Storbritannien som det land, vi ville sammenligne os med, skyldes det til dels de mange fællestræk der er i det danske og det britiske sundhedsvæsen. Dette giver os gode forudsætninger for, at de fælles træk og forskelle, vi finder, vil kunne tilskrives genuine ligheder og forskelle snarere end forskelle i for eksempel finansiering offentlig<>privat.

I begge lande er sundhedsvæsenet offentligt finansieret – i Storbritannien siden 1948, hvor også psykiatrien blev integreret i det somatiske sundhedsvæsen, mens det danske sundhedsvæsen grundlæggende altid har været offentligt finansieret.

Storbritanniens finansieringsmodel er til forskel fra Danmarks centraliseret; sundhedsvæsenet er også i højere grad centralt reguleret, hvor skatteudskrivningen sker på statsniveau og uddeles efterfølgende til *health regions* eller nu *trusts* efter særlige beregningsprincipper for sundhedsvæsnets belastningsgrad, afhængig blandt andet af sociale forhold.

Herudover har vi valgt at gennemføre sammenligningen med Storbritannien, fordi landet anses for et af de førende lande inden for udvikling af psykiatriens organisation (herunder distriktpsychiatriske modeller) og behandlingsindhold, ligesom det forskningsmæssigt er ligger i front på området.

Vore danske og udenlandske (skotske og engelske) *cases* har alt i alt givet os gode muligheder for at fremhæve generelle udviklinger i psykiatriens organisation, ligesom de har givet os mulighed for at fremhæve særkender i forhold til de forskellige organisationsmodeller, der var de danske amters forudsætning, da de overtog ansvaret for den psykiatriske behandling.

Komparationen med Storbritannien har endvidere gjort det muligt for os at se de forskellige *rationaler* – samfundsmæssige, læge-/psykiatrifaglige og administrative – i et større og mere generelt perspektiv. Tilsvarende har vi på frugtbar vis kunnet sammenligne *legitimitet* og *legitimitetsstrategier* for psykiatrien i Danmark og Storbritannien.

Nøglepersoner/Informants

Vi har som udgangspunkt valgt personer, der som embedsmænd har været centralt placeret i de amter, der udgjorde vore *case*-amter.

De har bidraget med en intern viden og indsigt, som vi ikke på anden måde ville kunne få adgang til. Samtidig har det selvfølgelig givet vores datamateriale en vægtning af de økonomiske og forvaltningsmæssige *rationaler*, som imidlertid har fundet modvægt i arbejdsgruppens

sammensætning. Og vi har kunnet spørge ind til udtalelserne ud fra andre synsvinkler og med en tilsvarende intern viden, men set ud fra de professionelles synsvinkel.

Vi har kun interviewet én dansk politiker. Til gengæld har den pågældende (folketingsmedlem og tidligere sundhedsminister Ester Larsen) været ganske centralt placeret i en væsentlig periode af psykiatriens reorganisering nemlig i slutningen af 1980'erne og begyndelsen af 1990'erne. Hun har gennem næsten 30 år deltaget i den amtslige politik på Fyn og har været formand for sundhedsudvalget i Fyns Amt. Den enlige politiske repræsentant er således central for de holdninger, der fra politisk side har ligget bag udviklingen.

Endelig fik vi interviewet enkelte speciallæger i psykiatri, som sidder på centrale poster i to af amterne. Det er speciallæger i psykiatri, der har valgt at arbejde administrativt i en decentraliseret distriktsorienteret psykiatri, og de må således formodes at være præget af en accept af den organisationsstruktur, der i dag er gældende i Danmark. Havde vi valgt andre speciallæger i psykiatri, ville den professionelle vurdering af problemstillingerne formodentlig have været anderledes. Det har vi forsøgt at kompensere for ved de debatindlæg, vi har inddraget i analyserne i de professionelles (psykiaternes) holdning til organisationsforandringerne.

I vore udlandsinterviews er det ligeledes personer, der har siddet centralt i udviklingen (Europaparlamentsmedlemmet og forhenværende sundhedsminister John Bowis), og som nu sidder på centrale administrative poster både som embedsmænd og som administrerende ledende psykiatere, dels akademisk ledende (professorerne) dels organisatorisk ledende.

På denne måde er der en stor overensstemmelse i de danske og britiske interviewpersoners ståsted i forhold til deres vurderinger af de organisatoriske forandringer, psykiatrien har gennemgået i Danmark og Storbritannien.

Vi har tilrettelagt interviewene som semistrukturerede interviews, hvilket har sikret en standardisering af de temaer, vi har ønsket at belyse i interviewene og en standardisering af de informationer, vi samlede ind.

Samtidig er det en kvalitativ undersøgelse, som skal levne mulighed for andre indfaldsvinkler på problemstillingerne, hvilket netop det semi-strukturerede interview levner mulighed for. Vi finder også, at vi med den samme interviewer til at gennemføre alle interviews (både danske og udenlandske) og overvejende den samme referent i alle interviews har sikret en standardisering af dataindsamlingen og dermed en stor pålidelighed i de indsamlede besvarelser og stor sammenlignelighed i de besvarelser, vi har opnået.

Den herværende undersøgelse af psykiatriens organisation kan generaliseres, hvad angår de fælles træk, vi identificerer med baggrund i amternes repræsentation af forskellighed og sammenligningen med et andet europæisk land med relativt tilsvarende forhold i sundhedsvæsenet, ligesom den standardiserede semi-strukturerede interviewteknik sikrer undersøgelsens reliabilitet.

Teorier

Det centrale i vores analyse har været at se på psykiatrien, dens historie, aktuelle situation, organisering mv. i et *rationale-/rationalitetsperspektiv*. Vi har ikke givet os af med nogen lang teoretisk diskussion af rationalitetsbegrebet, men taget udgangspunkt i en kort definition hos Kurt Klaudi Klausen. Til gengæld har vi undervejs i analysen inddraget forskellige teoretikere og forfatteres rationale-/rationalitetsbegreber og deres anvendelse.

Supplerende har vi inddraget Bourdieu's teorier om sociale felter til at belyse de forskelle og kommunikationsvanskeligheder, som kan ligge i forskellige interessenters kommunikation (sociale felter). Vi kunne alternativt have valgt en mere stringent diskursanalytisk tilgang, som indbefatter tilsvarende teoretiske tilgange eller Luhmanns kommunikationsteorier, som ligeledes tager udgangspunkt i lukkede systemer, der på autopoetisk vis kommunikerer med sig selv og højst kan irritere andre lukkede kommunikationssystemer. Med Bourdieu har vi imidlertid fået et forklaring på *politisering* af rationaler med i købet.

I analysen af den psykiatriske forvaltningsmæssige og politiske forankringsudvikling har *New Public Management*-teoriene naturligt stået centralt, idet de har været bærende teorier til at beskrive nogle vigtige generelle samfundsmæssige udviklinger gennem de seneste tyve til tredive år. De lidt spredte og meget sammensatte *NPM*-teorier (som jo i virkeligheden er en

samlebetegnelse for en række – ofte praktisk orienterede og ateoretiske – styringsværktøjer) er søgt nuanceret ved Dorthe Pedersens og Niels Åkerstrøm Andersen analyser af den forvaltningsmæssige udvikling i Danmark.

Synsvinklen har i denne opgave været at se på de rationaler, der ligger bag *NPM*-tankegangen og konfrontere disse med de læge-/psykiatrifaglige rationaler. I analysen af de sidstnævnte professionelle rationaler har det været uomgængeligt at tage udgangspunkt i organisationsteoretiske klassikere som Henry Mintzberg (for så vidt angår fagbureaukratiet/den professionelle organisation) og George Strauss (for så vidt angår den professionelle, professionen og den professionelle sammenslutning).

Legitimitetsteori – primært med udgangspunkt i Suchman – er anvendt som et forsøg på at forklare den lægedominerede psykiatris nederlag på det politiske marked gennem de sidste 20-30 år ud fra en tankegang om tab af accept fra det omgivende samfund. Via begreberne strategisk legitimitet og strategisk kompetence kan legitimitetsteorien samtidig bidrage til den normative afklaring af fremtidens psykiatri.

Læring med henblik på fremtidens psykiatri

Som det fremgik af problemformuleringen, har et af formålene med analysen af psykiatrien, herunder dens rationaler, organisatoriske flytning og legitimering været at kvalificere en drøftelse af fremtidens psykiatri.

Det vil vi forsøge at gøre i dette afsnit.

Vores vision for fremtidens strategi er selvfølgelig påvirket af alle de observationer, vi har foretaget og af alle de konklusioner, vi har draget undervejs i analysen. Men i det følgende er søgt uddraget *læringspointer* fra de forskellige analyser, som vi har anset for særlig relevante ved opstillingen af en vision for fremtidens psykiatri.

Drøftelsen af *kampen mellem psykiatrirationaler* i kapitel 4 viste, at det ”officielle” (politisk/samfundsmæssige) psykiatriske rationale siden begyndelsen af 1970’erne har ændret sig *fra* et ønske om normalisering af psykisk sygdom og integration af psykiatrien med det somatiske sygehusvæsen *mod* øget vægt på decentralisering, distriktskykiatri, brugervalg og opprioritering af det socialpsykiatriske tilbud.

Med mindre man ønsker en revolution af psykiatrien og en konfrontation med generelle samfundsmæssige opfattelser, må disse begreber derfor nødvendigvis i et eller andet omfang danne udgangspunktet for fremtidens psykiatri.

En yderligere læring fra kapitlet må være, at den gamle biomedicinske sygdomsmodel med den autoritative objektgørelse af patienten samt medikalisering af sociale problemer ikke længere nyder samfundsmæssig anerkendelse, især ikke på det psykiatriske område. Fremtidens psykiatri må følgelig bygges på en mere ligeværdig opfattelse af de biologiske, psykologiske og sociale/kulturelle opfattelser af sygdom og med humanistisk inspirerede begreber som *empowerment* og *recovery* som centrale værdier og arbejdsredskaber.

Læringen fra kapitel 5 om *psykiatriens vej til socialforvaltningen* må være, at det læge-/psykiatrifaglige rationales dominans i psykiatrien i dag er endelig brudt. Det er nu ”i bedste fald” i konkurrence med administrative rationaler, herunder især det markedsbaserede *NPM*-rationale. Det har imidlertid ikke været uden omkostninger for den samlede psykiatri.

En fremtidig psykiatri må nødvendigvis etableres i samklang med de aktuelle administrative rationaler. Men hvis den skal bevare sin videnskabelige forankring, herunder undgå at fremmedgøre de professionelle (lægerne) og opretholde forbindelsen mellem forskning, sygehusbehandling, distriktskykiatri og socialpsykiatri, må det ske med skyldig hensyntagen til, hvordan fagbureaukratier/professionelle organisationer styres og udvikles, hvordan de professionelle ledes og hvordan professioner påvirkes til forandring.

Af kapitel 6 om *ydre krav til forandring – legitimitet under pres* fremgik det, at den lægefaglige psykiatri som følge af manglende tilpasning til de i omgivelserne rådende rationaler med hensyn til

sygdomsopfattelser og *New Public Management* mistede sin legitimitet og svækket blev underlagt en stram politisk styring.

Læringen herfra må være, at en fremtidig psykiatri med et væsentligt lægeligt element, også på ledelsesplan, forudsætter, at lægerne som profession forlader gamle ideologiske positioner og kommer mere differentierede og nuancerede opfattelser af sygdom i møde. Tilsvarende er der behov for, at lægerne bliver bevidst om, at det naturvidenskabelige udgangspunkt ikke (alene) er egnet som grundlag for overordnet at styre og udvikle psykiatrien og for at træffe de daglige ledelsesbeslutninger. Hvis lægerne skal spille med, må de lære også at kunne tænke inden for administrative rationaler, herunder det markedsbaserede *New Public Management*-rationale.

Psykiatriens fremtid – fremtidens psykiatri

Psykiatriens fremtid

Har psykiatrien en fremtid?

Ser vi på forekomsten af psykisk sygdom i befolkningen, angiver Dansk Psykiatrisk Selskab i overensstemmelse med internationale undersøgelser (Thornicroft & Szmulker 2001, 84), at et sted mellem 600.000 og 800.000 personer i den danske befolkning i løbet af et år vil få en psykisk lidelse. Heraf vil 40–50.000 personer i befolkningen lide af skizofreni, mani-depressiv psykose eller andre sindssygdomme. Alment praktiserende læger oplyser normalt, at en tredjedel af deres konsultationer i almen praksis handler om personer, der lider af psykiske sygdomme.

Ud fra sådanne befolkningsprognoser må man sige, at psykiske symptomer har en fremtid. Men har psykiatrien en fremtid? Eller vil psykiatrien i fremtiden udvikle sig til et neurovidenskabeligt speciale, der på linie med neurologi behandler en række hjernesygdomme, hvis sygdomssymptomer finder udtryk i psykologiske fænomener og sociale adfærdsfænomener snarere end i kropslige symptomer?

Skal man tro nogle af de toneangivende psykiatere, vil psykiatrien ikke have en fremtid som et selvstændigt lægeligt speciale, der integrerer såvel (neuro)biologiske, psykologiske og sociale forståelse af sygdommene, men være en neurovidenskab, som undersøger hjernens anatomiske, fysiologiske og biokemiske forhold og fejlfunktioners psykiske udtryk. Psykiatrien som et psykosocialt adfærds- og omsorgsspeciale vil dermed overgå til socialvæsenets varetælgelse.

Vi tager et andet udgangspunkt end de *hard core* biologiske fagprofessionelle psykiatere. Vi ser psykiatri, som et lægeligt speciale, der integrerer såvel de biologiske, psykologiske som sociale aspekter af en række sygdomme, hvis fremmeste symptomer ses i de psykiske fænomener. Vi ser også psykiatrien som et lægeligt speciale, der påtager sig at samarbejde ligeværdigt med økonomer med henblik på en overordnet og daglig styring af ressourceforbrug og produktion. Og så har psykiatrien i bredeste forstand en fremtid.

Men hvordan skal fremtidens psykiatri – inden for et tidsperspektiv på en halv snes år - da se ud?

Vi giver vores vision for fremtidens psykiatri. Først beskriver vi nogle af de samfundsmæssige forudsætninger, som vil danne den politisk/administrative og den samfundsmæssige ramme for psykiatriens fremtid. Herefter giver vi vores bud på psykiatriens fremtid dels ud fra en politisk-administrativ udgangsvinkel, hvor vi ser på den overordnede struktur af den psykiatriske organisation, dels ud fra en klinisk organisation af det psykiatriske behandlingstilbud. Desuden inddrager vi i visionen den læring, som vore analyser har givet os.

Forudsætninger for fremtidens psykiatri

Strukturkommissionen og fremtidens organisering af sundhedsvæsenet/amterne

Regeringen har i 2002 nedsat dels Regeringens Rådgivende Sundhedsudvalg, som i løbet af januar 2003 skal afgive indstilling om fremtidens sygehusdrift og dels Strukturkommissionen, som inden udgangen af 2003 skal afgive indstilling om den fremtidige struktur for de statslige, amtskommunale og kommunale opgaver og deres finansiering.

Udvalget og kommissionens forslag og Folketingets forventede efterfølgende vedtagelse af en reform for den amtskommunale og kommunale struktur i Danmark vil også få betydning for psykiatriens fremtidige organisation på det overordnede regionale (amtskommunale eller kommunale) niveau.

Det rådgivende sundhedsudvalg anbefaler angiveligt større sygehusregioner og større samarbejde mellem offentlige og private udbydere af sundhedsydelser. Desuden anbefaler det, at amterne får flere muligheder for at drive sygehusene som selvstændige enheder med egen bestyrelse (Politiken, 2. januar 2003).

Formanden for det rådgivende sundhedsudvalg, Kjeld Møller Pedersen har i et indlæg i Politiken omtalt fire mulige forslag til fremtidig finansiering/struktur af amter og kommuner (Politiken 1. december 2002). Forslagene omfatter:

- Færre og større sygehusregioner, der som amterne er skatteudskrivende
- Nedlæggelse af amterne og større kommuner, som køber ydelser til deres borgere i større sygehusregioner

- Udvidelse af de nuværende amters samarbejde uden ændringer i at der er tre skatteudskrivningsniveauer
- At lade staten drive sygehusene

Vi forestiller os, at den kommende reform af den kommunale og amtskommunale struktur medfører, at der vil blive to (staten og (stor)kommuner) og ikke som nu tre skatteudskrivningsniveauer, idet der synes at være et politisk momentum i retning af nedlæggelse af amterne. Til gengæld tror vi ikke på, at man vil lade staten drive sygehusene. Dertil er den danske tradition for decentralisering for stærk. Vi forestiller os altså, at sundhedsvæsenet/sygehusvæsenet organiseres i regioner, som drives i fællesskab af regionens storkommuner, og hvor kommunerne køber sundhedsydelser til kommunernes borgere i regionen.

Forvaltningspolitikken i fremtiden

Den psykiatriske administrativ-politiske organisation vil også blive præget af den forvaltningspolitiske udvikling i de kommende år.

I kapitel 5.6.1 gjorde vi rede for forvaltningspolitikken udvikling i sidste halvdel af det 20. århundrede og *NPMs* betydning for sundhedsvæsnets udvikling og organisation.

I forvaltningspolitikken tredje fase – grænsefasen i Niels Åkerstrøm Andersens terminologi, som er i forsat udvikling – er forvaltningens grænser sat på spil, og serviceorientering, decentralisering, ledelse og målstyring, samt privatisering og markedsorientering kommet i fokus.

Centralt i fremtiden står forvaltningens evne til selv at skabe forvaltning, det vil sige at definere skæbnefællesskab med andre forvaltninger, offentlige og private organisationer og danne fælles forestillingsrum til at definere de politiske områder og udviklings og magtbaser. Forvaltningen er blevet polycentrisk.

Selvskabt forvaltning i praksis

I fremtidens psykiatri betyder de nye forvaltningspolitikker og -praktikker, at psykiatriens forvaltningsmæssige forankring vil være mindre betydende, idet de snævre forvaltningsmæssige

skel, som vi fortsat opfatter forvaltningen som værende præget af (sektorforvaltningstænkning), opløses.

I fremtiden vil det være væsentlig mere afgørende for psykiatrien, at den forvaltning, som psykiatrien er forankret i, evner at danne strategier og formulere skæbnefællesskaber med andre relevante samfundsmæssige områder, ligesom forvaltningerne i fremtiden også i langt højere grad skal indgå i fællesskab med frivillige organisationer og patientforeninger.

Visionen for psykiatriens politiske administrative fremtid

Regioner med psykiatrisk behandling på alle specialistniveauer

Af hensyn til samarbejdet med somatikken bør de kommende regioner i psykiatrien følge regionsopdelingen for resten af sundhedsvæsnet. Vi antager, at hver region vil have en befolkningsmæssig størrelse, der muliggør, at regionen kan tilbyde psykiatrisk behandling på alle specialiseringsniveauer, også det højeste specialistniveau. Det kan forekomme, at visse meget specialiserede funktioner kun oprettes i én region og købes af de andre (fx Sikringsanstalten i Nykøbing Sjælland).

Hvis der efter Strukturkommissionens arbejde kun bliver tre sygehusregioner, vil hver region have en universitetsforankring for den sundhedsfaglige præ- og postgraduate uddannelse samt grundforskning.

Vi vil i det følgende tage udgangspunkt i en gennemsnitlig regionsstørrelse på cirka 800.000 indbyggere.

Regionens psykiatri

Det samlede psykiatriske behandlingstilbud for borgere i en region omfatter dels et højt specialiseret center, regionscenteret, dels almen psykiatriske centre.

Organisationen af psykiatrien skal omfatte alt personale, som specifikt behandler mennesker med både psykotiske og ikke-psykotiske sygdomme og lidelser. Det gælder såvel sundhedsfagligt personale på det primære sundhedsfaglige niveau som for eksempel praktiserende psykiatere og det

sekundære niveau som for eksempel psykiatriske teams, som personale i skærmede sengeafsnit i sundheds eller socialt regi. Det gælder også sociale medarbejdere, som i dag yder psykosocial/pædagogisk behandling.

Højtspecialiseret regionscenter og alment psykiatriske centre

Et regionscenter, eventuelt universitetscenter med et befolkningsunderlag på cirka 800.000 indbyggere bør omfatte højtspecialiserede afdelinger, som behandler patienter med særligt vanskeligt behandlelige psykiatriske tilstande, præ- og postgraduat uddannelses- og forskningsafdeling og formaliseret samarbejde med somatiske specialer såvel behandlingsmæssigt som forsknings- og uddannelsesmæssigt.

De almenpsykiatriske centre med et befolkningsunderlag på 250-300.000 indbyggere skal omfatte både sundhedsfaglig og socialpsykiatrisk/pædagogisk indsats (§73 og §80 i opdrag fra kommunerne i bestyrelsen eller efter lov).

Det almenpsykiatriske behandlingstilbud til borgerne i et centers geografiske område skal omfatte såvel akut som planlagt almenpsykiatriske behandlingstilbud inden for det sundhedsfaglige og sociale område for alle aldersgrupper, og omfatte såvel ambuante som døgnbehandlingstilbud. Centeret skal indgå i samarbejde med alment praktiserende læger, kommuner, frivillige og patient- og pårørende organisationer og private behandlingstilbud.

Regionscenteret og de almenpsykiatriske centre udgør til sammen de psykiatriske tilbud til regionens borgere og centrene indgår i fælles ledelsesmæssigt kollegium for regionens psykiatri.

En politisk valgt ledelse for regionen

Regionens overordnede psykiatriudvikling og organisation kunne styres af en selvstændig politisk valgt eller udpeget psykiatristestyrelse/-udvalg/-kommunegruppe, som et selvstændigt øverste "udvalg" for psykiatrimrådet i bred forstand, og som tilgodeser de beskrevne overordnede værdirationaler og omfatter al psykiatri, som på faglig basis specifikt retter sig mod at behandle og støtte mennesker med psykiske lidelser.

Amterne opretter i stigende omfang særlige politiske udvalg (psykiatriudvalg), hvor der kan ske en integration af sociale og sundhedsfaglige rationaler. Denne udvikling ser vi fremmet i en fremtidig regionsbaseret psykiatri.

Integrationen af de opgaver, som i dag er delt mellem amter og kommuner, kunne ske ved, at det var kommunerne i regionen, som havde hele eller en væsentlig del af det overordnede økonomiske ansvar for det samlede psykiatriske tilbud til kommunens borgere. De kunne så tvangfrit pålægge deres psykiatrisystem at løse hele opgaven i *sammenhæng* – årtiers oftest udtalte politiske ønske til psykiatrien ville være opfyldt.

Et ledelsesmæssige fællesskab for regionen

Vi forestiller os, at regionscenteret og de alment psykiatriske centre indgår i et ledelsesmæssigt fællesskab for psykiatrien i regionen i en direktion eller forvaltningsstruktur, som igen i sin ledelsesstruktur repræsenterer de rationaler, der er i spil, ikke mindst de sundhedsfaglige, sociale og administrativt økonomiske rationaler.

Forvaltningens ledelseskollegium skal afspejle bio-psyko-sociale psykiatrifaglige og økonomiske rationaler. Vi forestiller os, at der i regionernes psykiatريفorvaltninger er chefer, som er speciallæger i psykiatri, og som samtidig har en bred ledelsesmæssig uddannelse. I den fremtidige forvaltning er det væsentligt, at de forvaltningsmæssige rationaler udfordres af de sundhedsfaglige rationaler, dels for at styrke (læge)fagligheden og forvaltningens strategiske muligheder, og dels for at psykiatriprofessionen ikke de-kobles eller fremmedgøres i organisationen.

I fremtidens polycentriske og selvskabte forvaltning er det væsentligt, at de centrale rationaler og professioner er repræsenteret, for at forvaltningen kan operere strategisk i forhold til sine omgivelser og for at kunne være aktiv i skabelsen af og erobringen af forestillede rum og skæbnefællesskaber.

I fremtidens psykiatri vil det være væsentligere, hvordan forvaltningen ledelsesmæssigt er sammensat, hvad angår professioner, end om den aktuelt er placeret i den ene eller anden forvaltning. I fremtidens kamp om ressourcer, magt og indflydelse er det forvaltningens evne til at gøre sig strategiske overvejelser om psykiatriens samarbejdsflader og alliancer snarere ned den

forvaltningsmæssige indplacering, der vil være afgørende for psykiatriens fremtidige vilkår som lægefagligt speciale og for dets ressourcer.

I en polycentrisk forvaltning kan dette være skæbnefællesskaber både med de øvrige lægevidenskabelige specialer i sundhedsforvaltningerne, hvor der udvikles fælles forestillede rum og strategier for feltet, ligesom psykiatri kan have skæbnefællesskab med socialforvaltninger og der udvikle fælles forestillede rum. Det væsentlige i den fremtidige forvaltningsmæssige forankring er, at der udvikler disse fælles forestillede rum.

I en polycentrisk selvskabt forvaltningsstruktur vil det være uden problemer at knytte de nødvendige tværgående kontakter til andre systemer, fx det somatiske sundhedsvæsen, undervisnings- og uddannelsessystemet mv.

Visionen for den kliniske psykiatriske organisation

Borgerens psykiatriske tilbud

Vores vision for den kliniske psykiatriske organisation tager afsæt i et par af de senere års væsentlige samfundsmæssige rationaler. De vil være centrale elementer i den psykiatriske organisation og tilrettelæggelse af behandlingstilbuddet. Det er:

- *empowerment*, som handler om at styrke patienternes egne kræfter og at modvirke undertrykkende kræfter, der bevirker afmagt, og
- *recovery*, som handler om, at vi grundlæggende ikke ved, hvad der skal til, for at det enkelte menneske kommer sig; hver enkelt må gå sin egen vej. Opgaven for den professionelle er at hjælpe den enkelte med at finde sin vej – og ikke at komme med et program, der skal følges.

Vores vision for fremtidens kliniske psykiatriske organisation er derfor en organisation, der tager udgangspunkt i den enkelte borger med psykisk lidelse/psykisk sygdom i dennes lokalmiljø, og som tager udgangspunkt i dennes behandlingsbehov i videste forstand og ønsker hertil.

I fremtidens psykiatri vil det være den enkelte psykisk syge borger, der er "ejer" af sin behandling, og de professionelle vil være vejledere og ansvarlige for den behandlingsvejledning, der gives. Det psykiatriske behandlingstilbud vil i fremtiden i højere grad blive tilrettelagt med patienten som

koordinator af sin egen behandling og som integrator af de mangeartede behandlings- og støttetilbud såvel i den offentlige sektor, private behandlingstilbud, selvhjælpsgrupper og frivillige organisationer, som den enkelte måtte have behov for eller ønsker.

Inden for denne ramme vil vi se en mere fragmenteret psykiatrisk organisation, hvor vores vision er, at de almenpsykiatriske teams vil fungere som koordinator for de offentlige psykiatriske behandlingstilbud.

Håndtering af lægemangel

Fremtidens psykiatriske organisation må også tage afsæt i en generel mangel på læger, særligt speciallæger; en mangel, der vil blive udtalt i de kommende ti år. Den lægelige indsats må derfor målrettes specifikke lægefaglige opgaver og en ledelsesmæssige indsats. Samtidig må der ske en ansvars- og opgaveforskydning og vidensdeling til andre faggrupper inden for sundhedsvæsenet.

Ligeledes må de akutte lægedækkede døgnberedskaber begrænses til få sengeafdelinger eller steder med lægelig døgndækning. Det vil give mulighed for at indføre døgnbemandede senge, som ikke er underlagt sygehusloven og ikke har lægeligt døgnberedskab, men betjenes lægeligt af de lokale psykiatriske *teams*.

Det regionale tilbud

Med baggrund i det regionaliserede sundhedsvæsen med ganske store regioner, hvor der er forskellige specialiseringsgrader af psykiatrien og integrationer af sociale tilbud uafhængig af de nuværende kommunal/amtskommunale niveau, er vores vision for almenpsykiatrien, at det bærende element i dette behandlingstilbud er almenpsykiatriske teams, som integrerer såvel den lægefaglige specialistviden, de skærmende funktioner, som findes såvel på psykiatriske afdelinger som socialpsykiatriske boliger og aflastningspladser og nuværende kommunale sociale ydelser som hjemmehjælp, madudbringning, uddannelse, arbejde og fritidsaktiviteter i et sammenhængende tilbud til den enkelte psykisk syge.

Der vil være et snævert samarbejde mellem patienten og den sundhedsfagligt forankrede *case manager*, der dels har det egentlige behandlingsansvar, dels har det egentlige koordinerende ansvar sammen med den psykisk syge.

Det almenpsykiatriske team som omdrejningspunkt

Det almenpsykiatriske behandlings-*team* skal være det offentlige psykiatriske behandlingstilbuds omdrejningspunkt og sparringpartner for den enkelte psykisk syge. *Team*'ene vil tilbyde såvel akut som planlagte interventioner i lokalmiljøet, og koordinerer den psykiatriske indsats i offentligt regi, samt vejleder patienten gennem de mange andre tilbud om psykiatrisk behandling og støtte, der ydes uden for det offentliges regi.

Team'ene skal være forankret i de almenpsykiatriske centre og stå for det sammenhængende behandlingstilbud såvel ambulant som under en døgnbehandling.

Team'et består af sundhedsfagligt og socialfagligt personale, eventuelt også omfattende personer enten aktivt i psykiatrisk behandling eller tidligere i psykiatrisk behandling, som en del af *team*'et. *Team*'et vil være ledet af sundhedsfagligt personale med et vist selvstændigt behandlingsansvar i tæt dialog og koordination med speciallæger i psykiatri

I centeret vil *team*'ene specialisere sig inden for nogle få større sygdomsgrupper som for eksempel akutte psykiatriske tilstande med korterevarende behandlingsbehov eller psykiatriske tilstande med langvarigt behandlingsbehov. Og *team*'ene målrettes også forskellige aldersgrupper.

Medarbejderne i *team*'ene vil have ansvaret i forhold til en afgrænset gruppe patienter og være integratorer og koordinatore i den offentlige psykiatri.

De sundhedsfaglige *teams* vil have kompetence til at indlægge deres patienter i skærmede senge tilknyttet centeret og have behandlingskompetence for patienten såvel under ambulant som under indlæggelse.

Vi forestiller os, at den sundhedsfaglige psykiatri fortsat vil være overordnet lægeligt ledet, men i daglig praksis, og i en lægelig mangelsituation vil lægerne indgå på mere konsultativ i *team*'ene i

forhold til behandlingstilrettelæggelsen. Lægernes opgaver vil primært være diagnostisk vurdering, udredning og igangsætning af behandling for patienter i de psykiatriske *teams*.

I denne model kan den alment praktiserende læge i høj grad være den lægelige sparring for de sundhedsfaglige *teams*. Han eller hun arbejder i forhold til patienterne og kan vejlede i, hvornår der er behov for speciallægetilgang til den enkelte patient med henblik på vurdering og regulering af den psykiatriske behandlingsindsats ud over et alment psykiatrisk niveau. Det almentpsykiatriske niveau kan den alment praktiserende læge varetage på lige fod med, at han eller hun varetager en almenmedicinsk opgave i forhold til specialet intern medicin.

Døgntilbuddene som en integreret del af det samlede behandlingstilbud

De almenpsykiatriske teams vil have centerets døgnbehandlingstilbud som en integreret del af teamets behandlingstilbud. Døgntilbuddene skal ses som en integreret del af det samlede behandlingstilbud, hvor vægten på behandlingen er i lokalmiljøet under ambulante former.

Der etableres et differentieret tilbud af døgnindlæggelse. Disse vil være enten døgnbemandede senge uden lægetilsyn uden for sygehuslovgivningens område (det vil sige, der ikke kan finde tvangsindgreb sted i henhold til psykiatrilovgivningen), skærmede senge med lægetilsyn på almenpsykiatrisk afsnit inden for sygehuslovgivningens område eller regionale senge på specialistniveau.

Behandlingen vil for døgnpladserne i centerets regi blive varetaget af lægerne og det øvrige sundhedsfaglige personale i *team*'ene. Herudover vil sengeafsnittene have en mindre fast stab af personale.

Sengebehovet vil være beskedent både på centerniveau og på regionalt niveau.

Specialiseret behandling uden postnummerpsykiatri

Regionscenterets psykiatriske behandlingstilbud vil i alt væsentligt være hospitalsbaseret.

I de hidtidige organisationer af den sundhedsfaglige psykiatri har udgangspunktet for organisationen være hospitalsafdelingens geografiske optageområder – idet der hidtil har været en

forventning om, at personalet på hospitalsafdelingerne skulle kende lokalområdet for at skabe sammenhæng mellem indlæggelse og ambulantbehandling i en distriktpsychiatri. Herved har vi fået det, som nogle (biologiske) psykiatere kalder "postnummerpsychiatri", hvor de selv taler for en specialisering af den biologiske sundhedsfaglige psychiatri i afdelinger, som specialiserer sig mod behandling og udredning inden for særlige diagnoseområder, snarere end inden for befolkningsgrupper.

Når omdrejningspunktet for sundhedsfaglige psychiatri flyttes til *team*'ene i lokalsamfundene, er der ikke det samme behov for, at personale på hospitalsafdelingerne kender lokalmiljøet og dets forhold. De skal i fremtidens psychiatri alene kende patientens *case manager* i *teamet*, som står for det udvidede kendskab til patienten og til lokalmiljøet og også under patientens eventuelle indlæggelse har ansvaret for at koordinere patientens samlede behandlingstilbud.

Herved behøver den højt specialiserede sengebaserede psychiatri ikke at være postnummerpsychiatri, men kan specialisere sig i forhold til diagnoseområde på regionsniveau, hvor den sundhedsfaglige profession (dog med faglig modifikation) kan behandle patienten i den sengebaserede psychiatri. Lægerne her giver den højt specialiserede udredning og diagnostik, og igangsætter den relevante behandling, som ofte er en kombination af medicin og psykologisk intervention, mens *case manager*'en har den koordinerende funktion i forhold til tiltag i lokalmiljøet og andre samarbejdspartnere.

Selvvalgt behandling

I fremtidens psychiatri vil den enkeltes behandlingstilbud i højere grad end i dag være sammensat af delelementer med flere forskellige behandlere, hvor patienten "plukker" behandlingstilbud fra det offentlige med et lægeligt behandlingsansvar. Det kan også være fra private behandlingstilbud med flere behandlingsansvarlige og fra frivillige organisationer og selvhjælpsgrupper, hvor den enkelte selv er ansvarlig for sit forløb.

Organisation af de almen psykiatriske teams

De almenpsykiatriske *teams* vil organisatorisk være en del af de almenpsykiatriske centre. De vil organisatorisk dække et antal storkommuner, hvor de alment psykiatriske *teams* orienterer sig mod

en eller flere kommuner og indgår i en matrixlignende organisation med de kommunale sociale og socialpsykiatriske tilbud samt med alment praktiserende læger og eventuelt privatpraktiserende speciallæger i psykiatri. De alment praktiserende læger vil have det lægelige behandlingsansvar for en række af *team*'ets patienter, som overvejende har behov for rutinemæssige almenpsykiatriske behandlingstiltag, og vil varetage den medicinske behandling.

Disse sundhedsfaglige *teams* vil kunne dække større geografiske områder, hvor det nok snarere er de geografiske områders distance end indbyggertallet, der vil være afgørende for *team*'enes operationsradius.

Vi ser således, at der er en klar organisatorisk forankring af de almenpsykiatriske teams, men at de indgår i mange forskelle behandlingsmæssige relationer, hvor kompetencer, der som følge af behandlingsansvaret tidligere ikke kunne uddelegeres, nu uddelegeres til såvel andre sundhedsfaglige grupper som til almenpraktiserende læge.

Psykiatriens fremtid – de væsentlige elementer

Afslutningsvis vil vi opsummere de væsentligste elementer i fremtidens psykiatri. De er,

- at behandlingstilbuddet og den psykiatriske organisation tilrettelægges med afsæt i den enkelte psykisk syges behandlingsbehov og ønsker,
- at den enkelte psykisk syge kan have flere samtidige behandlingstilbud eventuelt både i det offentlige og i de frivillige organisationer samt private behandlingstilbud,
- at det alment psykiatriske behandlingstilbud ydes i lokalmiljøet,
- at det almenpsykiatriske *team* integrerer ambulante, højt og lavtspecialiserede døgntilbud og sundhedsfaglige og sociale behandlingstilbud i *team*'et,
- at det almenpsykiatriske team koordinerer og sikrer kontinuitet mellem de decentrale, lokalforankrede behandlingstilbud, de almen psykiatriske center og de specialiserede tilbud på regionsniveau,

- at det almenpsykiatriske *team* deler behandlingsansvar med privatpraktiserende speciallæger, almenpraktiserende læger, privatpraktiserende psykologer, private støttekontaktpersoner m.fl.,
- at centerets døgnbemandede behandlingstilbud består af pladser både med og uden lægedækning,
- at regionen har højt specialiserede behandlingstilbud,
- at regionens psykiatri omfatter al offentlig psykiatrisk behandling,
- at der etableres politiske strukturer og forvaltningsmæssige strukturer, der afspejler de forskellige psykiatri- og ledelses-/administrative rationaler i psykiatrien,
- at den samlede psykiatri organiseres som netværk eller matrix - organisationsformer, som er egnede til at fungere under den selvskabte forvaltnings vilkår.

Tanker om ændringer i professionelle organisationer

Vi ved, at organisationer ændrer sig som reaktion på deres omgivelser, herunder også deres ledelser. Men de ændrer sig sjældent på en måde, der realiserer en enkelt aktørgruppes bevidste plan (March 1995, 31).

Vores vision for fremtidens psykiatri i et tiårig perspektiv har taget udgangspunkt i en samfundsmæssig og politisk-administrativ forandringsproces, som allerede har stået på i ti til femten år. Inden for rammerne af denne samfundsmæssige udvikling skal ændringerne i psykiatriens organisation finde sted.

Men hvad skal der til, for at vores vision for fremtidens psykiatri kan realiseres?

I dette kapitel skal ikke forventes nogen fuldkommen strategi for ændring af psykiatrien i retning af vores vision – alene rammerne for denne afhandling forhindrer det. Men vi har dog gjort os et par tanker.

De professionelle – lægerne – har hidtil udgjort modstanden mod forandringen af psykiatrien. Det må forventes, at det også vil være tilfældet i de kommende års omstilling.

Vi har derfor fundet det vigtigt at foretage nogle overvejelser om, hvordan man skaber ændringer for og i professionelle organisationer.

Professionelle organisationer og forandring

Man kan næppe fortænke amtslige politikere og embedsmænd, der har udgangspunkt i en professionel administrativ rationalitet – uanset om den bygger på et traditionelt politisk/offentligt styringsrationale eller har et mere markedsbaseret rationale som udgangspunkt – i at forestille sig hospitaler uden *de besværlige læger*.

Med udgangspunkt i Henry Mintzberg og James Brian Quinn (1992) må det imidlertid fastslås, at man ikke kan have højt uddannede eksperter (professionelle) – in casu læger – der udøver højt specialiserede, men standardiserede opgaver – som inden for psykiatrien - uden at få et

fagbureaukrati eller en professionel organisation. Og med den professionelle organisation følger uomgængeligt professionerne med deres rationaler og magtpositioner.

Spørgsmålet er imidlertid, hvordan man ændrer den professionelle organisation, det vil blandt andet sige, hvordan man bevarer og beskytter de værdifulde og nødvendige elementer i den professionelle organisation, samtidig med at man modificerer og begrænser de negative.

Den professionelle organisationer mangler ifølge Mintzberg & Quinn som udgangspunkt innovationsevne. Den høje grad af professionalismisme fører til konvergerende tænkning med deduktive ræsonnementer, der har udgangspunkt i den etablerede tænkning. Divergerende tænkning med induktive ræsonnementer, der går på tværs af etablerede professionelle standarder, har trange vilkår.

Mange professionelle administratorer ser de nævnte problemer ved den professionelle organisation som et udtryk for manglende ekstern kontrol. De forsøger derfor at kontrollere arbejdet ved hjælp af mere traditionelle midler.

Et af disse midler er direkte overvågning, som typisk gennemføres ved at skyde et mellemliderniveau ind oven på den professionelle. Det dur bare ikke, når opgaverne er komplekse.

Men hvad er så løsningen på at styre de professionelle?

Man kan ikke forvente, at professionelle organisationer pludselig ændrer sig som følge af, at nye administratorer tager over og proklamerer administrative reformer eller på grund af embedsmænd, der er ude på at bringe de professionelle under teknokratisk kontrol.

Derimod kan forandring sive ind gennem en langsom forandring af de professionelle. Det drejer sig om, hvad de professionelle lærer i deres professionelle skoler (normer såvel som færdigheder og viden) og herefter i deres videreuddannelse.

Hvis der er modstand mod de ønskede ændringer, kan en strategi ifølge Mintzberg & Quinn være at appellere til de professionelles samfundsmæssige ansvar eller eventuelt lægge pres på de professionelle sammenslutninger (snarere end på de professionelle bureaukratier).

Udfordringen for vores vision

Vores vision for fremtidens psykiatri, hvor flere rationaler er på spil, vil utvivlsomt udfordre de professionelle (lægerne). Det gælder såvel de læger, der deltager i den ledelsesmæssige opgave som de læger, der udgør fagbureaukратиernes (hospitalernes) operative kerne.

Janne Seemann (1999, 87) fremhæver da også i en artikel om netværk som forandringsstrategi og strategier i netværk, at sundhedsvæsnets aktuelle krav om helhed, samarbejde, tværfaglighed og fælles forståelse udfordrer de professionelles viden, deres standardiserede færdigheder og deres hierarkiske struktur.

Der må stilles krav til den professionelle om at skifte rolle fra fagbureaukратиets autoritative ekspert til dialogpartner i sundhedsnetværk. Det kræver kritisk refleksion over eget professionelt udgangspunkt. Den professionelle må optræde som reflekterende praktiker.

Dialog som redskab

Vores vision for fremtidens netværksbaserede og selvskabte psykiatri gør det altså nødvendigt, at de forskellige professioner, interessenter og øvrige spillere bringes i en situation med refleksion som beskrevet af Dechow og Maigaard (1996/97).

Dechow og Maigaard skildrer med udgangspunkt i konfrontationerne mellem lægeprofessionens rationaler og de økonomiske rationaler en læreproces, hvor der under givne forudsætninger om at ville dialogen opnå læring og vækst i organisationer, professionelle grupper m.fl.

Indgangsvinklen til at etablere en dialog ligger ifølge de to forfattere i evnen til at reflektere over forskelle på metaniveau. Det kan eksempelvis være forskellige økonomiske, retlige og faglige tilgange til, hvordan prioritering kan defineres, tilrettelægges og begrundes.

Det er igennem forståelsen af de grundlæggende forskelle på økonomiske, retlige og faglige tilgange, at man må forholde sig til faggruppernes individuelle konceptualisering af objektniveauet. Det kan f. eks. være forskellige syn på, hvordan prioritering mest hensigtsmæssigt bør gennemføres.

Vi er tiltalt af Dechow og Maigaards tanker om modsætningsforholdet mellem argumenter som dialogens drivkraft. Dialogen gives indhold ved refleksionen og form ved kampen. Dialogens afgørende spørgsmål er, *i hvilken grad aktørerne kan sætte eget regelsæt [rationaler] på spil, såvel i den ydre kamp om anerkendelse, som også igennem egen refleksion.*

Dette er også essensen af *Master of Public Administration*-uddannelsen.

English Summary

This Master of Public Administration Thesis about a future Mental Health Care Organisation (in Denmark) is written by two qualified psychiatric doctors, Per Vendsborg who is Head of the Mental Health Service of the County of Storstrøm and Helle Charlotte Knudsen who is Head of Department of General Psychiatry, also in the County of Storstrøm, and a civil servant, Keld Borup, MSc (Pol. Sc.) who is Head of the Personal Income Tax Systems Division in the Danish Ministry of Taxation, Central Customs and Tax Administration.

The purpose of the thesis has been to examine the transformation process which has taken place in the field of mental health care in Denmark during the last ten to twenty years in order to develop a vision for a future mental health organisation.

Since 1976 mental health care has been the responsibility of the 14 Danish counties plus a separate entity (Hovedstadens Sygehusfællesskab) for the Greater Copenhagen Area.

Three Danish counties (Viborg, Fyn and Vejle) were selected as *cases*, and interviews were conducted with key informants (civil servants, doctors and a politician). For the purpose of *coMPArison* a study was also done in Scotland and England and similar interviews were conducted.

The fundamental perspective of the thesis is a perspective of *rationalities*.

Chapter 4 examines the different rationalities which have influenced the perception of mental health during the last decades, including the discussion about the organisation of mental health – health or social sector?

It is shown that the "official" Danish rationality about mental health has changed since the 1970s *from* a wish to normalise mental illness and to integrate mental health care with the somatic health service *towards* stressing decentralisation, community psychiatry, consumer choice and social psychiatry.

It is also shown that the bio-medical model of illness with its authoritative reification of the patient and its medicalisation of social problems is no longer generally accepted, especially not in the field of mental health. A balance between the biological, psychological and social/cultural perceptions of illness with concepts like *empowerment* and *recovery* is, therefore, necessary.

In *Chapter 5 about mental health moving from the health sector to the social sector* it is shown that the dominance of the professional medical/psychiatric rationality in mental health care has now finally been broken. Today, it is *at best* in competition with administrative rationalities, not least the market based New Public Management rationality.

From *Chapter 6 about the environment's demand for change – legitimacy under pressure* follows that the medical psychiatry has, as a result of its lack of adaption to the rationalities of the environment regarding illness and administrative matters (NPM), lost its legitimacy. Consequently, it has been considerably weakened and exposed to tight political control.

According to *Chapter 9 a future mental health care organisation* should start with the needs and wishes of the individual mentally ill person; offer him or her a range of different publicly, voluntarily and privately based services in the local community; integrate out-patient, specialised and general 24-hour services and mental health and social services within the general mental health team; ensure co-ordination and continuity between local services, the general mental health care centre and the specialised regional centre; share responsibility of treatment with private psychiatrists, G.P.s., private psychologists, private care persons etc.; and be able to offer all services, including highly specialised treatments, within the region.

Besides, the political and administrative structures of the future organisation should reflect the different professional psychiatric and administrative rationalities regarding mental health; and the mental health care organisation should be network or matrix based.

Litteratur

Andersen, Ib (1999). *Den skinbarlige virkelighed om valg af samfundsvidenskabelige metoder*. Samfundslitteratur.

Andersen, Niels Åkerstrøm (1995). *Selvskabt forvaltning. Forvaltningspolitikens og centralforvaltningens udvikling i Danmark 1900 – 1994*. Nyt fra Samfundsvidenskaberne.

Andersen, Jørgen Goul (2000). *Politik og samfund i forandring*, bind 2. København, Columbus.

Andersen, Niels Åkerstrøm (1994). *Institutionel historie – en introduktion til diskurs- og institutionel analyse*. COS-rapport nr.10/94. ISSN 0903-6695.

Andreasen Jørgen (2001). ”Fra statshospital til helhedspsykiatri” i *Ugeskrift for Læger*; 163: 5247-9.

Andreasen Jørgen (2001). ”Det er vigtigt at styrke fagligheden i tværfagligheden” i *Ugeskrift for Læger*; 163: 5250-1

Berg, Per Olof og Christer Jonsson (1991). *Strategisk ledning på politiska marknader*. Lund, Studentlitteratur.

Blinkenberg Søren, Per B. Vendsborg, Anne Lindhardt og Niels Reisby (eds.) (2002). *Distriktspsykiatri – en lærebog*. Hans Reitzels Forlag.

Bojlén, Sybille (2002). ”Det patientorienterede perspektiv, klinikerens og den postmoderne patient” i *Ugeskrift for Læger*; 164: 5365-7.

Borup, Keld, Helle Charlotte Knudsen og Per B. Vendsborg (2002a). *Omstilling i psykiatrien. Processen i Viborg Amt*. Upubliceret kernefagsopgave, MPA-studiet, Handelshøjskolen i København

Borup, Keld, Helle Charlotte Knudsen og Per B. Vendsborg (2002b). *Psychiatry in Scotland and England. Current Issues*. Upubliceret udlandsrapport, MPA-studiet, Handelshøjskolen i København.

Borup, Keld, Helle Charlotte Knudsen og Per B. Vendsborg(2002c). *Dansk Psykiatrisk Selskabs strategi for at bevare den lægelige indflydelse på psykiatrien i Danmark*. Upubliceret strategirapport, MPA-studiet, Handelshøjskolen i København.

Borum, Finn (2002). ”Ledelse blandt læger” i *Ledelse og Erhvervsøkonomi*; 1, 15-27.

Bredkjær, Søren og Merete Nordentoft (2002). ”Psykiatri er stadig lægevidenskab” i *Dagens Medicin*; nr. 6, 28. februar, p. 24.

Christensen, Søren og Poul-Erik Daugaard Jensen (2002). *Kontrol i det stille. Om magt og deltagelse*. Samfundslitteratur, Frederiksberg.

Dechow Niels og Klaus Maigaard (1996/97). "Dialog: Støj og konfrontationer – om at anvende konflikter som løftestang i læreprocesser" i *Økonomistyring & Informatik*, 12 (2): 75-105.

Donaldson, Thomas & L. E. Preston. "Stakeholder theory of the corporation: concepts, evidence, and implications" i *Academy of Management Review*, Vol. 20, No. 1, 65-69.

Enderud, Harald (1976). *Beslutninger i organisationer i adfærdsteoretisk perspektiv*. Fremads Forlag.

Engel, George L. (1977). *The need for a New Medical Model: A Challenge for Biomedicine*. *Science*; 196: 129-36.

Foucault, Michael (1977). *Galskabens historie i oplysningens tidsalder*. Gyldendal.

Halden, Eva & Peter Kjær (1994). *Politik och institutionalisering. Det institutionella perspektivet inom statsvetenskapen*. COS-forskningsrapport; 6. ISBN 0903-6695.

Haller, Jørgen (2001). "Skrøbeligt remis i Viborgs psykiatri" i *Ugeskrift for Læger*; 163, 4427-9.

Hansen, Bent (2001). "Psykiatrien skal være mere offensiv" i *SIND*, nov.

Hansen, Karen (1999). "New Public Management på det kommunale niveau. En dansk NPM-model" i *Nordisk Administrativ Tidsskrift*; 80 (4): 320-338.

Helweg, H. (1915). *Sindssygeværnets udvikling i Danmark*. København.

Hemmingsen Ralf (1989). "Overflytning af psykiatrien til amterne" i *Medicinsk Årbog*.

Hoffmeyer Henrik (1966a). "Distriktspsykiatri". Foredrag holdt i Dansk Psykiatrisk Selskab (upubliceret manuskript), 1. april.

Hoffmeyer Henrik (1966b). "Distrikts"-psykiatrisk virksomhed; Isolationen brydes". Debatindlæg i Dansk Psykiatrisk Selskab (upubliceret manuskript), oktober.

Holstein, Bjørn Evald, Lars Iversen & Tage Søndergård Kristensen (2001). *Medicinsk sociologi*. FADL's Forlag, København.

Hood Christopher (1995). "The "New Public Management" in the 1980s: Variations on a Theme" i *Accounting, Organizations and Society*; 20 (2/3): 93-109.

Hvas, Anne Charlotte & Janecke Thesen (2002). "At styrke patientens egne kræfter og modvirke undertrykkende kræfter: "Empowerment" i et medicinsk perspektiv" i *Ugeskrift for Læger*; 164: 5361-5.

Jacobsen, Michael Hviid, Mikael Carleheden & Søren Kristiansen (eds.) (2001). *Tradition og fornyelse*. Aalborg Universitetsforlag, Aalborg.

Jespersen, Peter Kragh (1999). "New Public Management reformers betydning for den administrative og lægefaglige profession i sygehusorganisationen" i Bentsen, Eva Zeuthen, Finn Borum, Guðbjörg Erlingsdóttir, Kerstin Sahlin-Andersson (eds.): *Når styringsambitioner møder praksis – den svære omstilling af sygehus- og sundhedsvæsenet i Danmark og Sverige*. København, Handelshøjskolens Forlag, 143-69.

Karlsson, Agneta (1991). *Om strategi og legitimitet*. Lund University Press, Lund.

Kelstrup, Anders (1983). *Galskab, psykiatri, galebevægelse*. Amalie.

Klausen, Kurt Klaudi (2001). *Skulle det være noget særligt? - Organisation og ledelse i det offentlige*. Børsens Forlag.

Knudsen, Helle Charlotte, Birgit Jessen-Petersen, Vibeke Klitgaard, Allan Krasnik, Merete Nordentoft & Henrik Sælan (1992). *Distriktspsykiatri i København – En evaluering af de første to år*. Københavns Sundhedsvæsen.

Knudsen, Helle Charlotte (1994). *Kontakt- og ydelsesmønstre i et regionalt sundhedsvæsen før og efter reorganisering af den psykiatriske service*. Afdelingen for Social Medicin, Københavns Universitet (Ph.d. – afhandling).

Knudsen, Helle Charlotte, Graham Thornicroft (eds.) (1996). *Mental Health Service Evaluation*. Cambridge University Press.

Knudsen, Helle Charlotte (2002). "Distriktspsykiatrien i Europa" i Blinkenberg, Søren, Per B. Vendsborg, Anne Lindhardt og Niels Reisby (eds). *Distriktspsykiatri – en lærebog*. Hans Reitzels Forlag a/s, København, 87–96.

Knudsen, Pia og Janne Seemann (1990). *Distriktspsykiatri i Viborg amtskommune – beskrivelse og analyse af planlægningsprocessen. Når socialsektor brydes med sygehussektor og omvendt*. Forskningsgruppen vedr. Arbejds- og Levemiljøer, AUC.

Laing, Ronald D (1970). *Familiens politik*. Rhodos, København.

Larsen, Øjvind (1996). *Forvaltning, etik og demokrati*. København, Hans Reitzels Forlag A/S.

Lindhardt, Anne og Niels Reisby (1984). "Distriktspsykiatriske projekter i Danmark udgående fra sygehusvæsenet. Beskrivelse og aktuel status" i *Ugeskrift for Læger*, 23.

Lundbye, Vagn (1971). *Gøgereden*. Politikens kronik, 27. oktober.

March, James (1995). *Fornuft og forandring. Ledelse i en verden uklarhed*. Samfundslitteratur

Melander, Preben (1999). "Økonomistyring og organisatorisk skizofreni – om fattige sprog, løse koblinger og onde cirkler" i Bentsen, Eva Zeuthen, Finn Borum, Guðbjörg Erlingsdóttir, Kerstin Sahlin-Andersson (eds.). *Når styringsambitioner møder praksis – den svære omstilling af sygehus- og sundhedsvæsenet i Danmark og Sverige*. København, Handelshøjskolens Forlag, 265-90.

Mintzberg, Henry (1983). *Structure in Fives: Designing Effective Organizations*. Prentice-Hall, Englewood Cliffs, New Jersey.

Mintzberg, Henry and J. B. Quinn (1992). *The Strategy Process. Concepts and Contexts*. Prentice-Hall, Inc.

Morris, David B. (1998). *Illness and Culture in the Postmodern Age*. University of California, California.

Munk, Martin D (2002). "Socialpolitisk logik og praktisk logik – en modsætning?" i *Social Kritik*; 82: 17-21.

Nielsen, Jette Møller, Birgitte Dehlholm-Lambertsen, Margareta E. Maunsbach & Frede Olsen (2002). "Sygdomsopfattelser i almen praksis – i relation til patienter med somatiserende lidelse" i *Ugeskrift for Læger*; 164: 5372-6.

Olsen, Ole Jess (1998). "Deregulering af offentlig virksomhed"; i Bregm K, (ed). *Omstilling i den offentlige sektor*. København, Jurist & Økonomforbundets Forlag, 153-175.

Olson, Mancur (1971). *The Logic of Collective Action. Public Goods and the theory of Groups*. Cambridge, Massachusetts, USA/London, England, Harvard University Press 1971.

Pedersen, Dorte (2001). Politologi – 1. Undervisningsnote: Teoretiske perspektiver; *MPA*.

Pedersen, Dorte (19XX). *Mod forhandlet ledelse. Resultatet af en dansk moderniseringsstrategi. Arbejdspladser og medarbejdere i amter og kommuner – en antologi om kvalifikationer og kompetencer*. Det Personalepolitiske Forum, 108-122.

Reisby Niels (2000). "Sygdomsforekomst og organisatoriske forhold" i Hemmingsen Ralf, Parnas Josef et al. (eds.). *Klinisk Psykiatri*. Munksgaard.

Rosenberg, Raben (2002). "Lægerollen i distrikpsykiatri" i *Ugeskrift for Læger*, 30. september.

Seemann Janne (1999). "Netværk som forandringsstrategi" i Bentsen, Eva Zeuthen, Finn Borum, Guðbjörg Erlingsdóttir, Kerstin Sahlin-Andersson (eds.): *Når styringsambitioner møder praksis – den svære omstilling af sygehus- og sundhedsvæsenet i Danmark og Sverige*. København, Handelshøjskolens Forlag, 87 –115.

Strauss, George (1963). "Professionalism and Occupational Associations" i *Industrial Relations*, No. 3; 7-31, Berkeley, California.

Strauss, John (2002). "Recovery: At finde sin vej" i *Socialpsykiatri*, august.

Suchman, Mark C. (1995). "Managing Legitimacy: Strategic and Institutional Approaches" i *Academy of Management Review*, Vol. 20, No. 3, 571-610.

Thornicroft, Graham & George Szukler (2001). *Textbook of Community Psychiatry*. Oxford, London.

Wackerhausen, Steen (2002). *Humanisme, professionsidentitet og uddannelse – i sundhedsområdet*. Hans Reitzel, København.

Vendsborg Per B., Merete Nordentoft, Anne Hvenegaard og Jes Søgaard (1999). *Opsøgende psykoseteam*. DSI, København.

Vestager, Margrethe (2002). "Det radikale venstre har en holdning til psykiatri" i *LAP bladet*, juli-sep.

Vrangbæk, Karsten (1999). "New Public Management i sygehusfeltet – Udformning og konsekvenser" i Bentsen, Eva Zeuthen, Finn Borum, Guðbjörg Erlingsdóttir, Kerstin Sahlin-Andersson (eds.): *Når styringsambitioner møder praksis – den svære omstilling af sygehus- og sundhedsvæsenet i Danmark og Sverige* (København, Handelshøjskolens Forlag), 33-56.

Betænkninger og cirkulærer

Betænkning om amtskommunalt udgiftspres og styringsmuligheder. Indenrigsministeriet 1987.

Betænkning om psykiatriens udvikling i Danmark i den nærmeste fremtid. Ugeskr Læger 1970; 132: 225 – 48.

Fremrykning af indsatsen for sindslidende. Sundhedsministeriet og Socialministeriet, 1993.

90'ernes psykiatri. Oplæg til temaplanrunde 1989-90. Sundhedsministeriet, 1998.

Indenrigsministeriets cirkulære af 4.april 1977. Vejledende retningslinier for planlægning af psykiatrisk sygehusvæsen.

Indenrigsministeriet. Betænkning fra psykiatriudvalget. Betænkning om grundlaget for planlægning af psykiatrisk sygehusvæsen afgivet af et udvalg nedsat af indenrigsministeren. Betænkning nr. 826, 1977; København.

Indsatsen for psykisk syge. En faglig redegørelse. Afrapportering af temaplanrunde 1989-91. Delrapport. Sundhedsstyrelsen, 1991.

Omstilling på psykiatriområdet. Afrapportering af temaplanrunde 1989-91. Delrapport. Sundhedsstyrelsen, 1991.

Perspektivplanredegørelse 1972-1987 (PPII). Statens Trykningskontor, København 1973.

Øvrige tidsskrifter, dagblade mv

Amtsrådsforeningen

Dagens Medicin

DPS-Nyt (Dansk Psykiatrisk Selskabs medlemsbrev)

LAP (Landsforeningen Af Psykiatribrugere)

Politiken
SIND
Ugeskrift for Læger