

SWOT – analyse

Fekjær psykiatriske senter

*Fekjærs styrker, svakheter,
muligheter og trusler*

Tor Anders Perlestenbakken



Erfaringsbasert masterstudium i helseadministrasjon (MHA)
Avdeling for helseledelse og helseøkonomi

Institutt for helse og samfunn

UNIVERSITETET I OSLO

November 2012

SWOT – analyse av Fekjær psykiatriske senter

Fekjær psykiatriske senters

indre styrker

indre svakheter

og

ytre muligheter

ytre trusler

© Tor Anders Perlestenbakken

År 2012

Tittel SWOT – analyse av Fekjær psykiatriske senter. Fekjærs styrker, svakheter, muligheter og trusler

Forfatter Tor Anders Perlestenbakken

<https://www.duo.uio.no>

Trykk: Reprosentralen, Universitetet i Oslo

Sammendrag

Bakgrunn: Studien er en analyse av de strategiske ledelsesutfordringer Fekjær psykiatriske senter står overfor. Studien benytter analyseverktøyet SWOT og analyserer indre styrker og svakheter, og ytre muligheter og trusler for institusjonen. Fekjær psykiatriske senter er en privat institusjon som har hatt driftsavtale med Oppland fylkeskommune siden 1971. Avtalen ble overført til psykose- og rehabiliteringsavdelingen i Sykehuset Innlandet fra 2004.

Problemstilling: Studien skal analysere hvilke strategiske ledelsesutfordringer Fekjær psykiatriske senter står overfor dersom bedriften skal fortsette å utvikle seg og bestå som en psykiatrisk institusjon innenfor spesialisthelsetjenesten.

Metode: Denne studien har valgt kvalitativt forskningsintervju som metode for innsamling av data. Respondentene ble forelagt en intervjuguide for å gi sine vurderinger av institusjonen ut fra begreper i SWOT – analysen. Intervjuene er gjennomført med to sentrale aktører innenfor psykiatritilbudet i Sykehuset Innlandet: Det første med avdelingsoverlegen i psykose- og rehabiliteringsavdelingen samt psykiater ved Fekjær gjennom to år. Det andre intervjuet er av avdelingssjef for psykose- og rehabiliteringsavdelingen i Sykehuset Innlandet som Fekjær tilhører. I studien benyttes også litteratur om institusjonen og annet dokumentarisk materiale. Metode kapitlet inneholder også en vurdering av forfatterens habilitet i analysen og en vurdering av hvordan dette etisk kan tas hensyn til i studien.

SWOT – analyse: Dataene fra intervjuene blir presentert i SWOT – analysen og drøftes i lys av relevant teori. Analysen munner ut i strategiske anbefalinger. Respondentene er valgt ut med bakgrunn i at de har mye erfaring og kjenner godt til det psykiatriske helsevesenet og dets utfordringer. De er dermed godt egnet til å kunne belyse de viktigste utfordringene Fekjær psykiatriske senter står overfor. I analysen belyses følgende temaer: *Indre styrker*; (særpreg, liten institusjon, innovasjon, omdømme, personalkultur og attraktivitet). *Indre svakheter*; (spesialistdekning, beliggenhet, sårbarhet og ventetid for innleggelse). *Ytre muligheter*; (særtrekk i behandlingstilbudet, etterspørsel etter psykiatriske spesialisthelsetjenester, behandlingstilbud i ulike markeder og forskning og utvikling). *Ytre trusler*; (avtale om levering av helsetjenester, spesialistdekning, ledelse og for anonym institusjon).

Konklusjon: Analysen konkluderer med råd om strategiske veivalg som kan virke styrkende og utviklende for Fekjær psykiatriske senter som en institusjon innenfor spesialisthelsetjenesten i fremtiden.

Forord

Formålet med studien er å analysere Fekjær psykiatriske senters indre styrker, indre svakheter, ytre muligheter og ytre trusler. Videre er formålet å se bedriften i et strategisk utviklingsperspektiv, og konkludere med råd om strategiske valg for bedriften i fremtiden. Studien er avsluttende masteroppgave i erfaringsbasert masterstudie i helseadministrasjon avdeling for helseledelse og helseøkonomi ved Universitetet i Oslo.

Grunnlaget for prosjektets opprinnelse var interessen for å gjennomføre en SWOT analyse av Fekjær psykiatriske senter, for å kunne belyse bedriftens organisering og peke på viktige strategiske valg videre. Å arbeide med studien har vært en krevende og svært lærerik prosess for meg, hvor jeg har fordypet meg i strategisk- og ledelsesteori sammen med metodelære om kvalitative intervjuer. Det har også vært svært spennende å gjennomføre en analyse av Fekjær psykiatriske senter på bakgrunn av kvalitative intervju av to respondenter som kjenner fagfeltet, Fekjær og Sykehuset Innlandet godt.

Først og fremst vil jeg takke min arbeidsgiver Fekjær psykiatriske senter som har gitt meg muligheten til å gjennomføre masterstudiet og analysere institusjonen. Jeg ønsker også å takke de to respondentene jeg har intervjuet i studien. I tillegg vil jeg takke min veileder Ole Berg, som har fulgt meg tett underveis i prosessen, for god veiledning og godt samarbeid.

Hedalen, 11.11.12

Tor Anders Perlestenbakken

Innholdsfortegnelse

Sammendrag	V
Forord	VII
Innholdsfortegnelse	IX
Liste over figurer og tabeller	XIII
1 Innledning.....	1
1.1 Bakgrunn for valg av oppgave.....	1
1.2 Valg av problemstilling	1
2 Presentasjon av Fekjær psykiatriske senter	3
2.1 Dagens Fekjær psykiatriske senter	3
2.2 Mål og virkemidler	4
2.3 Historikk	6
3 Metode.....	7
3.1 Kvalitative data.....	7
3.2 Dokumentarisk materiale.....	8
3.3 Habilitet	8
4 Teori	10
4.1 Strategisk ledelse	10
4.2 Strategiske analyser	14
4.2.1 Trusler og muligheter	15
4.3 Realisere strategien.....	15
4.4 Entreprenørfunksjon	17
4.5 Kundenes forhandlingsstyrke	17
4.6 Nasjonale føringer for psykisk helsevern	17
4.7 Relasjoner	18
4.8 Prioriteringsforskriften	19
4.9 Strategisk analyse, SWOT – analyse.....	21
5 SWOT – analyse Fekjær	23
5.1 Styrker / Strengths – Indre.....	23
5.1.1 Særpreg – faglige særtrekk.....	23
5.1.2 Særpreg – beliggenhet.....	25
5.1.3 Liten institusjon – ledelse.....	26

5.1.4	Innovasjon – aktiv institusjon	28
5.1.5	Omdømme – relasjoner	31
5.1.6	Personalkultur.....	33
5.1.7	Attraktivitet	34
5.2	Svakheter / Weaknesses – Indre	40
5.2.1	Spesialistdekning.....	40
5.2.2	Beliggenhet.....	41
5.2.3	En sårbar – liten institusjon	42
5.2.4	Sårbar – avhengig av dagens eier Elling Fekjær?	43
5.2.5	Ventetid innleggelse	44
5.3	Muligheter / Opportunities – Ytre	44
5.3.1	Særtrekk i behandlingstilbudet.....	44
5.3.2	Etterspørsel etter psykiatriske spesialisthelsetjenester.....	46
5.3.3	Behandlingstilbud i ulike markeder – modeller og avtaler	47
5.3.4	Forskning og utvikling	50
5.4	Trusler / Treaths – Ytre	52
5.4.1	Avtale – levering av helsetjenester.....	52
5.4.2	Spesialistdekning.....	53
5.4.3	Ledelse	53
5.4.4	For anonym institusjon.....	55
6	Oppsummering og drøfting av SWOT – analysen	57
6.1	Hvordan benytte bedriftens styrker i møtet med de fremtidige muligheter?.....	58
6.2	Hvordan benytte bedriftens styrker for å redusere fremtidige potensielle trusler? ...	60
6.3	Hvordan kan bedriften komme over svakhetene i møte med fremtidens muligheter?.....	60
6.4	Hvordan forholder bedriften seg til sine svakheter i møte med fremtidige trusler?..	61
7	Strategiske anbefalinger	63
7.1	Godt faglig behandlingstilbud – videreutvikle faglige særtrekk	65
7.2	Forskning og utvikling.....	65
7.3	Personalutvikling – spesialistdekning	66
7.4	Redusere sårbarhet – større institusjon – knytte seg til et større fagmiljø – institusjonalisere Fekjær?	66
7.5	Avtale med bestiller – ut ifra gjeldende organisering i helsevesenet	67

7.6 Markedsføring – aktiv utadrettet	69
Litteraturliste	71
Vedlegg	75
Vedlegg 1: Intervjuguide – SWOT analyse Fekjær – Masteroppgave UIO	75

Liste over figurer og tabeller

Tabell 1: Forståelse av muligheter og opplevd dyktighet (Dutton og Duncan 1987 i Grønhaug 2001).....	16
Tabell 2: Beleggsoversikt Fekjær 2009 – 2012, prosent.....	35
Tabell 3: Antall søknader til døgnbehandling Fekjær 2009 – 2012.....	35
Tabell 4: Søknader om innleggelse etter henvisende instans, Fekjær 2010, prosent.....	36
Tabell 5: Søknader om innleggelse etter henvisende instans, Fekjær 2011, prosent.....	36
Tabell 6: Bostedskommune for pasienter søkt til Fekjær 2010, prosent.....	37
Tabell 7: Bostedskommune for pasienter søkt til Fekjær 2011, prosent.....	38
Tabell 8: Belegg pr fylkeskommune for 2009, prosent.....	39
Tabell 9: Modeller for forsikringssystem i helsevesenet (Hagen 2008).	49
Tabell 10a: Skjematisk oppsummering av SWOT – analysen, interne styrker og svakheter ..	57
Tabell 10b: Skjematisk oppsummering av SWOT – analysen, eksterne muligheter og trusler	58
Tabell 11: Strategiske anbefalinger.....	64
Tabell 12: Strategiske anbefalinger i ulike modeller for organisering av helsevesenet.....	68

1 Innledning

1.1 Bakgrunn for valg av oppgave

Dette er avsluttende masteroppgave i studiet i helseledelse og helseadministrasjon ved Universitetet i Oslo. Studiet ble gjennomført 2008 - 2009, og oppgaven fullføres nå, høsten 2012. Oppgaven er en analyse av de strategiske ledelsesutfordringer Fekjær psykiatriske senter står overfor. Studien benytter analyseverktøyet SWOT og analyserer indre styrker og svakheter, og ytre muligheter og trusler for institusjonen. Fekjær psykiatriske senter er en privat institusjon som har hatt driftsavtale med Oppland fylkeskommune siden 1971. Avtalen ble overført til psykose- og rehabiliteringsavdelingen i Sykehuset Innlandet (SI) fra 2004. Fekjær var tilknyttet Hadeland distrikts psykiatriske senter (DPS) fra innføringen av foretaksreformen i 2002 og frem til 2004. Studien skal analysere hvilke strategiske ledelsesutfordringer Fekjær psykiatriske senter står overfor hvis det skal fortsette å utvikle seg og bestå, som en psykiatrisk institusjon innenfor spesialisthelsetjenesten.

Det er gjennomført to kvalitative intervjuer som benyttes i analysen av institusjonen.

Respondentene ble forelagt en intervjuguide for å gi sine vurderinger av institusjonen ut fra begreper i SWOT – analysen. Intervjuene er gjennomført med to sentrale aktører innenfor psykiatritilbudet i Sykehuset Innlandet: Det første med en psykiater og avdelingsoverlege i psykose- og rehabiliteringsavdelingen samt overlege ved Fekjær gjennom to år, og det andre med avdelingssjefen for den psykose- og rehabiliteringsavdelingen som Fekjær tilhører.

Dataene fra intervjuene blir presentert i SWOT – analysen og drøftes i lys av annen teori for å komme frem til strategiske råd og anbefalinger i oppgavens konklusjon. Intervjupersonene er valgt ut med tanke på at de kjenner godt til det psykiatriske helsevesenet og dets utfordringer, og at de dermed skulle være i stand til å peke på de viktigste utfordringene for Fekjær psykiatriske senter.

1.2 Valg av problemstilling

Denne studien fokuserer på hvilke strategiske utfordringer og muligheter som Fekjær psykiatriske senter har. Det skjer kontinuerlige endringer i omgivelsene rundt alle bedrifter. På bakgrunn av kontinuerlig forandringer i omgivelsene til bedrifter, brukes ulike

analyseverktøy for å håndtere de utfordringer disse forandringene skaper. De vanligste analyseverktøy er de som går under betegnelsene SOFT (Strength, Opportunity, Failure, Threat) og SWOT (Strength, Weakness, Opportunity, Threat) (Kunnskapssenteret 2012).

Studien benytter analyseverktøyet SWOT for å drøfte de styrkene, svakhetene, mulighetene og truslene Fekjær nå står overfor. Analysen skal ende med råd om strategiske valg videre for bedriften. Oppgaven er altså et forsøk på å diagnostisere bedriften, dens situasjon og anbefale strategier for ikke bare å overleve, men for også å vokse og utvikle seg videre.

2 Presentasjon av Fekjær psykiatriske senter

2.1 Dagens Fekjær psykiatriske senter

Fekjær psykiatriske senter er en privateid institusjon som har driftsavtale med Sykehuset Innlandet HF. Fekjær er med dette en del av behandlingstilbudet i spesialisthelsetjenesten og omfattes dermed også av ordningen med fritt sykehusvalg. Fekjær er organisert som en del av psykose- og rehabiliteringsavdelingen til Sykehuset Innlandet og er slik en del av sentralsykehusfunksjonene. Det tilhører altså ikke et DPS. Fekjær psykiatriske senter består av en døgnenhet, en poliklinikk, overgangsboliger og et ambulant team. Døgnenheten har 18 behandlingsplasser. Fekjærtunet overgangsboliger har i tillegg egne leiligheter til seks brukere. Fekjær har årlig ca 100 utskrivelser fra døgnenheten (Bråthen 2011).

Behandlingstilbudet bygger på miljøterapi i samspill med medisinsk behandling og individualterapi. Fekjær er bygd opp rundt en fjellgård med et internat og flere småhus som bokollektiv, noe som gir den miljøterapeutiske behandlingen mange arenaer og muligheter. Målgruppen til Fekjær er voksne ungdommer i alderen 18 til 35 år med alvorlige psykiske lidelser, ofte i kombinasjon med rusproblematikk (Bråthen 2011).

Blant sine tilsatte har Fekjær psykiatriske senter én psykiater, tre psykologer/psykologspesialister, flere psykiatriske sykepleiere og sykepleiere, én vernepleier, flere sosionomer, én pedagog og flere andre med annen relevant treårig høgskoleutdanning, videreutdanning og mastergrad.

Overgangsboligene brukes av pasienter som er utskrevet, men som er inne i en langtidsrehabilitering. Fekjærtunet ble opprettet på bakgrunn av blant annet funn i forskning utført av Høgskolen i Gjøvik og Universitetet i Karlstad, (Juvkam, R., Magnussen, S., Lian, R., Johansson, I. og Hedelin, B. 2004). I samarbeid mellom Fekjær psykiatriske senter, Husbanken, Fylkesmann i Oppland, Sykehuset Innlandet, Sør-Aurdal kommune og NAV, ble overgangsboliger med oppfølgingstilbud opprettet. Dette er et tilbud til mennesker som har hatt behov for lengre tids innleggelse i psykiatrien. De har vært ”svingdørs – pasienter” som har forsøkt ulike behandlingstilbud både i kommune, DPS og spesialisthelsetjeneste. Pasientene har behov for behandling og oppfølging i en grad som kommunene ikke har gitt

etter endt behandling og innleggelse i spesialisthelsetjenesten. Fekjærtunet overgangsboliger ble åpnet 01.09.2009 av, den gang, statssekretær Rigmor Aaserud, som uttalte at dette er ”samhandlingsreformen i praksis”. Oppfølging og behandling i Fekjærtunet overgangsboliger forutsetter at det foreligger en avtale mellom innleggelseskommunen og oppholdskommunen (Sør-Aurdal) om tilbudet. Pasientene flytter ut i ordinære utleieboliger eid av en ideell stiftelse. Beboerne mottar bo- og omsorgstjenester fra Sør-Aurdal kommune, blir fulgt tett opp av NAV – Valdres og får videreført sin spesialistbehandling av poliklinikken og ambulant team ved Fekjær psykiatriske senter (Bråthen 2011).

2.2 Mål og virkemidler

Fekjær har som målsetting å yte spesialisthelsetjenester til befolkningen. Dette setter store krav til ledelsen av virksomheten. Institusjonen må tilpasse seg endringstakten i samfunnet til enhver tid, og må være i forkant av de rammefaktorer som foreligger. Målsettingen innebærer å gi faglige gode helsetjenester som samfunnet til enhver tid etterspør, innenfor de områder det offentlige selv ikke gir tilstrekkelige tjenester. Det skal ytes spesialisthelsetjenester som prioriteringsdebatten mener skal være på sentralsykehusnivå og innfor målgruppen til dem som skal ha prioritert helsehjelp. Fekjærs verdiforankring og visjon bygger på et nøytralt livssyn og en ide om behandling som hjelper unge mennesker til å takle sin psykiske lidelse og rusproblematikk bedre i hverdagen etter endt behandlingsopphold.

Nedenfor er mål og virkemidler for Fekjær psykiatriske senter, som de er presentert av institusjonen selv, i sin helhet gjengitt:

MÅL OG VIRKEMIDLER FOR FEKJÆR PSYKIATRISKE SENTER

1. Fekjær psykiatriske senter (FPS) har som formål å utføre spesialisthelsestjenester innen psykisk helsevern, basert på lover og forskrifter for spesialisthelsetjenesten og i samsvar med avtalen inngått med Sykehuset Innlandet HF.
2. FPS er en selvstendig institusjon. Den inngår som en del av Sykehuset Innlandet HF, psykose- og rehabiliteringsavdelingens behandlingstilbud, gjennom en forpliktende samarbeidsavtale.
3. FPS skal til enhver tid ha kvalifisert personell med den faglige kompetanse som lover og forskrifter krever, og med spisskompetanse innenfor de områdene av psykiske lidelser Fekjær er spesialisert på.
Institusjonen skal stimulere til fagutvikling gjennom relevante videreutdannelser, kurs, seminar og kontinuerlig internundervisning. Fekjær skal drive forskning og utviklingsarbeid for virksomheten og behandlingstilbudet.
4. FPS består av psykiatrisk døgnenhet, psykiatrisk poliklinikk, ambulant team organisert under poliklinikken samt Fekjærtunet overgangsboliger. Senteret har egen skole.
5. Døgnenheten skal yte et aktivt miljøterapeutisk behandlingstilbud for unge personer med psykiske lidelser som lar seg behandle innenfor den miljøterapi døgnenheten kan gi. Vårt mål er å ha spisskompetanse i behandling av personer som har personlighetsforstyrrelser, psykoser og psykiske lidelser ofte i kombinasjon med rus. Behandlingstilbudet er individuelt tilrettelagt og derfor av ulik varighet for den enkelte.
Døgnenhetens bygningsmessige utforming - gårdspreg med fjøs, seter, småhus, treningsleiligheter, bofellesskap samt institusjonens størrelse og beliggenhet - utgjør en viktig ramme for et miljøterapeutisk behandlingsopplegg. Opplegget legger vekt på struktur, medansvar, læring og utvikling gjennom praktiske gjøremål, fysisk trening og friluftsliv.
6. Psykiatrisk poliklinikk skal yte poliklinisk behandling individuelt og i grupper. I tillegg yter poliklinikken ettervern for pasienter fra døgnenheten og Fekjærtunet overgangsboliger. Deler av behandlingen skal ytes av ambulant team som er underlagt poliklinikken. De skal også veilede kommunalt ansatte ved Fekjærtunet overgangsboliger.
7. FPS har egen skolestue og gir skoletilbud gjennom Oppland fylkeskommune. Tilbudet skal tilpasses øvrig behandlingstilbud og kan bestå av:

Kartlegging av skole- og realkompetanse/ erfaring, dokumentering av rettigheter til skole og undervisning, ulike former for undervisning og planer for videre oppfølging i hver enkelt hjemkommune.

Mål og virkemidler for Fekjær Psykiatriske Senter er sist revidert 18.12.2009.

2.3 Historikk

Fekjær psykiatriske senter i Hedalen har gradvis utviklet seg til en institusjon innenfor spesialisthelsetjenesten og, langt på vei, Sykehuset Innlandet. Det har vært en lang vei fra de første pasientene kom til Fekjær og frem til i dag. De første pasientene kom til gården Fekjær i ca 1942, som pasienter i privatpleie. Privatpleien utviklet seg, og utover på 50- og 60-tallet kom flere pasienter til gården Søre Fekjær, og flere hus ble bygget. I 1971 overtok dagens eier gården og i samarbeid med fylkeskommunen ble Fekjær psykiatriske sykehjem dannet. Fra den tid skjedde all drift i sterk tilknytning til Oppland fylkeskommune, inntil staten overtok spesialisthelsetjenesten (2002). Psykiatrisk helsetilbud i Oppland har hatt en desentralisert behandlingsstruktur. Flere psykiatriske sentre, tidligere kalt psykiatriske sykehjem, har vært en del av det fylkeskommunale helsetilbudet, og flere av disse var private institusjoner. I deler av Oppland, eksempelvis i Hedalen og i Lier i Buskerud, var det mye privatpleie. Fekjær ble gjennom samarbeidet med Fylkeskommunen rustet opp til å bli en moderne institusjon, både bygningsmessig, personellmessig og faglig. Fekjær ble fra 1971 tildelt et budsjett hvor overskuddet ble tilbakeført til fylkeskommunen og eventuelle underskudd kunne søkes dekket. Fekjær ble hele tiden drevet på samme vilkår som andre avdelinger i fylkeskommunen og Fekjær utviklet seg til Fekjær psykiatriske senter slik navnet er i dag. Den løpende avtalen med fylkeskommunen ble revidert i flere omganger. Ansvaret for institusjonen ble overtatt av Sykehuset Innlandet ved foretaksreformen i 2002 (Bråthen 2011).

3 Metode

Denne studien har valgt kvalitativt forskningsintervju (Friis og Vaglum 2002) som metode for å samle inn data. Det velges SWOT metodikk som bakgrunn for de to kvalitative intervjuene som er semistrukturerte, og intervjuguiden ligger vedlagt oppgaven (vedlegg 1). Intervjuene skal gi kvalitative data om institusjonen ut fra hvilke interne styrker og svakheter, samt ytre muligheter og trusler intervjuobjektene ser ut fra deres ståsted. I studien benyttes også litteratur om institusjonen og annet dokumentarisk materiale. Metode kapitlet avsluttes med en kort drøfting av forfatterens rolle ved Fekjær psykiatriske senter og hvordan den kan påvirke analysen. Mer om analyseverktøyet SWOT kommer senere i studien.

3.1 Kvalitative data

Analysen bygger på to kvalitative forskningsintervjuer. Det ene intervjuet er gjennomført med psykiater Bjørg Torgersen. Torgersen er for tiden avdelingsoverlege i psykose- og rehabiliteringsavdelingen ved Sykehuset Innlandet. I tillegg var hun overlege ved Fekjær fra september 2010 til september 2012. Intervjuet er gjennomført 02.05.12, da hun fortsatt var overlege ved Fekjær. I tillegg til at hun var avdelingsoverlege var hun overlege på 3B, en psykiatrisk, åpen døgnpost for unge schizofrene. Torgersen har vært psykiater siden 2004. Gjennom spesialistutdanningen og i arbeid som spesialist har hun jobbet i ulike avdelinger innen psykiatrien ved Sykehuset Innlandet. Hun kjenner derfor til Fekjær fra ulike ståsteder i sykehuset. Tidligere arbeidet Torgersen som allmennpraktiker, og hun kjenner derfor Fekjær også som fastlege, fordi hun i perioder hadde flere pasienter innlagt der.

Det andre kvalitative forskningsintervjuet er gjennomført med avdelingssjef Alf Skar, avdelingssjef for psykose- og rehabiliteringsavdelingen fra etableringen av Sykehuset Innlandet. Alf Skar har bakgrunn som spesialsykepleier og har jobbet i langtids- psykose avdelingen ved Reinsvoll sykehus over flere år, først som enhetsleder, og deretter som avdelingssjef. Intervjuet med Alf Skar ble gjennomført som telefonintervju 17.07.12.

Respondentene er valgt fordi de begge kjenner Fekjær og Sykehuset Innlandet godt over tid. Avdelingsoverlege i psykoserehabilitering, psykiater Bjørg Torgersen, er valgt ut på bakgrunn av hennes kjennskap til psykiatrien, men også fordi hun er spesialist i psykiatri. Spesialister, særlig psykiatere, er nøkkelpersonell institusjonen må ha. Spesialister er det imidlertid en

utfordring å rekruttere og beholde. Psykiater Torgersen er intervjuet ikke minst fordi hun har god innsikt i hva som skal til for å rekruttere og å beholde psykiatere. Avdelingssjef Alf Skar sitter med god kjennskap til Fekjær, har god innsikt i dagens sykehusstruktur og har viktige tanker om hvilke utfordringer divisjon for psykisk helsevern i Sykehuset Innlandet står overfor. En kunne tenke seg flere respondenter for å vide ut analysen ytterligere, men av kapasitetshensyn er kun disse to valgt.

3.2 Dokumentarisk materiale

I studien trekkes det inn dokumenter og annen faktainformasjon om Fekjær. De senere år er alle nye henvisninger til Fekjær registrert, og dette materialet presenteres i studien. Her kommer det frem opplysninger om hvem som søker pasientene til behandling og hvilke kommuner pasientene kommer fra. Denne pasientinformasjonen er nokså nøyaktig registrert og må anses som både pålitelig og fullstendig. I studien brukes også litteratur som er relevant for problemstillingen: Strategisk ledelseslitteratur og litteratur som gir faktainformasjon om Fekjær psykiatriske senter.

3.3 Habilitet

Studien er avsluttende masteroppgave ved avdeling for helseledelse og helseøkonomi ved Universitetet i Oslo. Forfatteren av oppgaven er til daglig assisterende enhetsleder ved Fekjær psykiatriske senter. Undertegnede ble første gang ansatt ved Fekjær i 1998 og har arbeidet fulltid som sykepleier fra 2001 med avbrekk for videreutdanning i psykisk helsearbeid ved Høgskolen i Oslo, videreutdanning i rus ved Diakonhjemmet høgskole samt helseledelse studiet ved Universitetet i Oslo. Fra 2006 har undertegnede innehatt stillingen som assisterende enhetsleder og stedfortreder for enhetsleder.

Denne bakgrunnen gir undertegnede god innsikt i organisasjonen. Ved lang fartstid og god kjennskap i egen organisasjon, kan det være mye en ”vet” om organisasjonen som ikke er like lett å oppdage for konsulenter, eller forskere, som kommer utenfra for å gjennomføre en analyse.

Undertegnedes innsideposisjon gir altså fordeler. Den skaper imidlertid også noen problemer. Som ansatt har en interesser knyttet til institusjonens både nåværende og fremtidige situasjon. Han har dog ikke spesielle økonomiske interesser knyttet til institusjonen, utover

ansettelsesforholdet. Som innsideperson kan han tolke indre styrker og svakheter og ytre muligheter og trusler, på en måte som gagnar hans interesser som ansatt. Spesielt kan han bli preget av at han vil ha lett for å dempe betydningen av ”skumle” tegn og betone betydningen av håpefulle tegn. Han er seg det bevisst, og ved å minne leseren på sin ”innsideposisjon” skaper han også et press på seg selv om å bestrebe seg på å være nøytral. Forfatteren preges også av at en strategisk analyse bare vil være av virkelig verdi, også for institusjonen, dersom den er åpen og ærlig. Det er allikevel en utfordring å gjennomføre analysen på en virkelig nøytral måte. Leserene får bedømme i hvilken grad forfatteren har lyktes.

4 Teori

Analysen skal gå inn i strategiske problemstillinger institusjonen, Fekjær psykiatriske senter, står overfor. I dette kapitlet presenteres ulike strategisk teori og annen ledelse teori. Dette drøftes senere i oppgaven i lys av data fra kvalitative intervju og annet materiale ved bruk av analyseverktøyet SWOT. Analysens konklusjoner skal komme fram til strategiske råd for en fremtidsrettet endring av Fekjær psykiatriske senter.

4.1 Strategisk ledelse

Sentrale oppgaver i strategiarbeid er å vise og skape veien organisasjonen skal følge, treffe beslutninger og iver sette tiltak for at institusjonen skal nå sine mål. Organisasjoner er åpne system, dvs. de lever ikke et liv uavhengig av andre, men påvirkes av ytre forhold.

Påvirkningene kan komme fra markedet, fra aktuelle og mulige konkurrenter og fra kundene (brukerne), eller fra myndighetene og deres underliggende institusjoner (helseforetak (HF), regionale helseforetak (RHF)) (Pfeffer og Salancik 1978). Organisasjoner er gjerne opprettet for å vare over tid, men de fleste organisasjoner lever sjelden eller aldri svært lenge. Deres overlevelse, og kanskje blomstring, er blant annet en funksjon av deres endringsvillighet og -evne. Kun de organisasjoner som henger med i samfunnsutviklingen, og helst "ser" hva som kommer litt før andre, vil overleve og utvikle seg videre.

Organisasjoner må være effektive og må være i stand til å tilfredsstillere eksterne kravstillere. Dette må bedriftene gjøre på en slik måte at de makter å beholde tilstrekkelige ressurser til videre oppgaver og utvikling (Pfeffer og Salancik 1978). Organisasjoner som er effektive har fortrinn, for de har ressurser til videreutvikling av bedriften. For de aller fleste bedrifter er det avgjørende hvordan en imøtekommer kundenes behov, og slik beholder dem fornøyde. Det er ulike kravstillere til bedrifter. De offentlige og private sykehusene har pasienter, bevilgende myndigheter og politikere, som kravstillere. En helsebedrift som Fekjær har blant annet Sykehuset Innlandet, pasientene og pårørende som kravstillere. Kravene fra SI er formalisert gjennom en løpende rammeavtale og en årlig driftsavtale. Organisasjoner kan påvirke sine omgivelser. Spesielt gjelder dette områder hvor en bedrift har patent(er). Patenter gir en bedrift midlertidige særfordele overfor mulige konkurrenter i markedet.

Organisasjonenes omgivelser er mer eller mindre stabile. Omgivelsene bedriftene arbeider i, endrer seg stadig raskere, og endringene er ofte vanskelige å forutse. Disse forhold har også hatt betydning for strategifaget. På begynnelsen av 1900-tallet forutså man en stabil utvikling og la planer for en lengre framtid. Etter 2. verdenskrig holdt langtidsplanleggingen en tid stand. Man trodde stadig på en stabil utvikling, og den interne ressursfordeling ble vektlagt. I 1960- 70 årene kom begrepet strategisk planlegging inn, mens strategisk ledelse og strategiutvikling er begreper først fra ca 1980. Dette hang sammen med den raske endringen i teknologi og produksjonsforhold, ikke minst som følge av den nye informasjonsteknologien, med utvidelsen av markedene og med skjerpelsen av konkurransen. Bedriftene må være kontinuerlig ”på vakt” og innstilt på hele tiden å måtte omstille seg, i alle henseender.

Strategi er en plan en bedrift legger for hvordan den skal nå sine mål. En plan inneholder slik en oppstilling av et samordnet sett av beslutninger. Planlegging tvinger altså bedriften til å se fremover på en systematisk måte. En strategi oppfattes ofte som en manøver en bedrift tyr til for å benytte en mulighet som oppstår. Muligheter og trusler oppstår, og bedrifter må handle raskt ikke bare for å ha suksess, men også for å overleve. Fordi endringstakten i samfunnet er økende, øker kravene til rask omstilling. Samtidig kan bedrifter forsøke å beskytte seg mot den raske og truende utviklingen ved å skape stabilitet i egne omgivelser og egne markeder. Den amerikanske økonomen Michael Porter (1980) og andre strategiteoretikere diskuterer hvordan dette kan gjøres ved å redusere trusselen fra konkurrerende bedrifter, altså ved å redusere konkurransen. Han peker på at det kan skje blant annet ved stadig å være på offensiven når det gjelder produktutvikling: Ligger en bedrift foran i produktutviklingen har den hele tiden ”unike” produkter. Han nevner også at bedrifter kan redusere konkurransen ved å skape mer lojale kunder, både gjennom å ”binde” dem til bedriftens produkter og ved å skape produkter som blir ”merkevarer”, altså produkter kunder blir lojale overfor. Strategi kan altså være et perspektiv, eller en måte å se ting på. Et klart perspektiv bidrar til å styre oppmerksomheten og aktiviteter mot de forhold som ansees som viktige. Det samler oppmerksomheten i bedriften og skaper både en løpende samordning og et motivasjonsgrunnlag (Pfeffer og Salancik 1978). Etersom strategiske beslutninger er beslutninger om en bedrifts veivalg, har de avgjørende betydning for bedriftens sannsynlighet for å overleve og for å vokse.

Det er ulike perspektiver i strategifaget. Det kan være hensiktsmessig å skille mellom to hovedperspektiver, posisjoneringsperspektivet og ressursperspektivet. Michael Porter (1980)

argumenterer sterkt for at det er forhold ved næringer som avgjør fortjenestemulighetene for en bedrift. Spesielt legger han vekt på antallet bedrifter i en bransje eller et marked, og hvor intenst de konkurrerer. Videre legger han vekt på hvor stor faren er for ”inntrengere”. I markeder hvor det er lett å komme inn, kan det komme mange konkurrenter til dersom etterspørselen og fortjenestemulighetene er store. I markeder hvor det finnes tilbud som lett kan erstatte de varer/produkter som nå dominerer, vil også konkurransen være sterk. Porter peker videre på hvordan viktige faktorer, som hvor stor leverandørers og kunders forhandlingsstyrke er, har betydning for bedrifters konkurranseutsatthet: En bedrift blir sårbar dersom den er avhengig av råvarer fra få og store bedrifter. Bedrifter som tilbyr produkter til få og store kunder, blir også avhengig av kundenes forhandlingsstyrke. I følge Porter er det viktig for bedrifter å finne, utvikle og utnytte mulighetene der hvor konkurransen, innen bedriftens relevante arbeidsområde, er liten eller moderat og her skape seg en mest mulig beskyttet stilling.

En bedrifts ressurser er selvsagt svært viktig for hvordan en bedrift vil klare seg i fremtiden. Noen strategiteoretikere legger mesteparten av vekten på denne faktoren. Utgangspunktet for denne tenkningen er at ressursene bedriften opparbeider seg er heterogene/unike fra andre tilbydere, og derfor kan gi konkurransefordeler. Ressurser kan være av mange slag, som særegne teknikker, et spesielt personale, særlige kunnskaper, en god arbeidskultur, gunstig lokalisering eller et veletablert varemerke. Eksempler på hvordan ressurser kan gi konkurransefordeler er ifølge Barney at de er verdifulle og kan gi et positivt bidrag for kunder, er sjeldne og har noe som ikke alle kan tilby og at de er vanskelige å etterligne. Det er imidlertid ikke nok at produktene er verdifulle, sjeldne, eller vanskelig å imitere, men ressursene som brukes til å skape dem må også være godt organisert og utnyttet på en god måte (Barney 1991 i Grønhaug, Hellesøy og Kaufmann 2001).

Det er lett å oppfatte ressurser som noe gitt. Ressurser kan imidlertid også være dynamiske. De utvikles ved bruk. Et eksempel på dette er kunnskap. Det ressursbaserte perspektiv innebærer at ressurser gir opphav til konkurransefordeler. Utfordringene blir å skaffe tilveie og utvikle ressursene. Endrede krav gjør at ressursenes betydning vil tilta eller avta. Likeledes vil verdiene til ressursene endres etter endringene i samfunnet. Bedrifter som vil henge med i utviklingen må tilpasse og utvikle ressursene slik at de helst er i forkant av hva samfunnet trenger. Dette vil gjøre at egenskapene ved ressursene fortsetter å gi bedriften konkurransefortrinn.

Strategiutvikling er en ”obligatorisk” oppgave for alle bedrifter (Strand 2007).

Organisasjoner er, med få unntak, trege mekanismer og har lett for å oppføre seg som om fremtiden vil være som nåtiden. De fleste organisasjoner vil hevde at de driver med strategisk ledelse. De fleste har langtidspaner, strategiske planer eller andre strategi dokumenter. Strategi handler om organisasjonens tilpasning til omgivelser ut ifra mål og om dens konkurranseevne og lønnsomhet. Bedrifter har tradisjonelt definert strategiutvikling som å velge de produkt- og markedskombinasjoner som gir bedriften best mulighet til å lykkes i fremtiden (Ansoff 1981). I dagens strategiplanlegging må også virksomhetens kompetanse og fortrinn analyseres. Dette gjelder hele konkurransearenaen med inntrengere, og mulige substitutter. Man kan tale om at strategiutviklingen har både en intern og en ekstern side. Bedriften må forstå omverden den skal konkurrere i, som de ulike markeder, med ulike kundegrupper, konkurrenter mv. Bedriften må også forstå sin egen kompetanse, hva den er særlig sterk til og hvordan bedriftens kompetanse kan utnyttes i konkurransen (Lund og Lorenzen 1978). Strategisk innstilte virksomheter posisjonerer seg for varige konkurransefortrinn og det kan over tid gi, hvis de har ”truffet” riktig, et betydelig bedre resultat enn gjennomsnittet i de ulike bransjene (Besanko 1999 i Strand 2007). I det indre strategiarbeidet må en analysere bedriftens kjernekompetanse. Denne må forvaltes slik at den skal gi størst mulig konkurransefortrinn overfor konkurrentene. Skal det skje, må kjernekompetansen bidra til at kundene oppnår større verdier ved å kjøpe bedriftens produkter enn ved å kjøpe fra konkurrenter. Kjernekompetansen bør i tillegg ifølge Strand (2007) ha muligheter for å utvikle seg i ulike markeder, være vanskelig å kopiere, eliminere eller substituere.

Verdikjedetanken introdusert av Michael Porter (1985) bygger på tankegangen om at et eller flere ledd i en virksomhet er særlig godt eller verdiskapende. Sannsynligvis er det de leddene en bedrift bør holde fast ved og utvikle videre. Ved å analysere alle leddene i virksomheten fra råstoffinnhenting til ferdigstillingen av produktet eller ytelsen av tjenesten til kunden, kan en identifisere hvor virksomheten har sin styrke og hvor noe eventuelt bør overlates til andre for at virksomheten skal kunne bruke sine ressurser og energi på det som gir best uttelling. Ved verdikjedetanken får virksomheten et kart over sammenhengen mellom de forskjellige delene av virksomheten. Analyse gir svar på hvor stor verdiskapning de enkelte leddene gir virksomheten. Poenget med en slik analyse er altså å identifisere virksomhetens egne styrker, hvor en har størst konkurransemessige fordeler, målt i verdiskapningsevne og dermed fortjenestemarginer, for så å satse på disse. Analysen viser en

samtidig hva bedriften får mindre godt til og derfor hvilke deler av kjeden bedriften bør vurdere å selge og altså overlate til andre å stå for. Hamel og Prahalad (1990 i Strand 2007) bruker treet som et bilde på hva de mener med kjernekompetanse. De ser på stammen og de kraftigste greinene som bedriftens kjerneprodukter, de tynne greiene er avdelinger og bladene sluttproduktene. Røttene tilfører energi og næring og utgjør kjernekompetansen. Den representerer alt som er varig styrke og fortrinn fremfor andre. Det er imidlertid ikke alltid like lett å bestemme hva som er bedriftens fortrinn. Det krever grundig analyse. I SWOT – analysen av Fekjær vil intervjuene med de to personer som kjenner institusjonen godt, bidra til å gi premisser for å identifisere Fekjærs fortrinn og begrensninger.

Michael Porter (1980 1985 1998) ser for seg at en virksomhets konkurransearena er påvirket av leverandører, kunder, mulige inntrengere og mulige substitutter for den tjenesten virksomheten leverer. Gjennom analyse av disse faktorene, sammen med analyse av konkurrentene, forstår en virksomhetens konkurransesituasjon. Porter peker også på at analyse av konkurrentene selv er viktig i analysen av konkurransearenaene. Virksomhetene kan på denne måten se etter muligheter for å ordne konkurransen ved å dele markedet, ved å gå inn i et strategisk samarbeid, ved å fusjonere med konkurrenter (og leverandører) eller ved å kjøpe opp konkurrenter (og leverandører). Konkurrentene er potensielle leverandører av den kunnskap som skal til for å bli best i det aktuelle marked.

4.2 Strategiske analyser

I strategiarbeidet kan man benytte ulike analysemetoder. Analyser av bedriftens indre og eksterne forhold gir bedriften viktig informasjon for å treffe strategiske beslutninger. Eksempler på analyser er næringsanalyse/industrianalyse, hvor en analyserer strukturutviklingen i næringen og dens fortjenestemuligheter. Andre eksempler er analyse av eksterne forhold med en kunde- og konkurrentanalyse, og analyse av interne forhold med en verdikjede-, kompetanse- og ressursanalyse. Analysene gir informasjon til arbeidet med bedriftens valg av strategi. Toppledelsen i bedriften gjør sine vurderinger og beslutninger på bakgrunn av blant annet analysene og velger så bedriftens strategi.

En kunde- og konkurrentanalyse er spesielt viktige analyser i konkurranseutsatte bedrifter. Verdikjedeanalyse ser på hva organisasjoner gjør og hvor godt de gjør de rette aktivitetene. Dette er avgjørende for hvor godt bedriften klarer seg. Aktiviteter koster, og det er derfor

viktig at bedriften prioriterer de aktivitetene organisasjonen kan utføre like godt som, eller helst bedre enn, konkurrentene. Slike analyser kan danne utgangspunkt for en mer effektiv organisering av aktivitetene.

Strategiarbeidet krever både prosedyrekunnskap og kontekstspesifikk kunnskap.

Prosedyekunnskap er kunnskap om hvordan en løser en bestemt utfordring og man lærer igjennom akademiske studier. Strategier utvikles og realiseres i en kontekst, ikke i et vakuum. Kunnskaper om den aktuelle konteksten, altså domenespesifikk kunnskap, er derfor nødvendig. Dette er kunnskap som er vanskelig og tidkrevende å tilegne seg. Et eksempel på slik kunnskap kan være kunnskap om en næring som man ikke lett, eller fullt ut, kan tilegne seg gjennom utdanning, men som krever lang praktisk erfaring. Denne kunnskapen gjelder både produksjonslogikken, næringens måte å virke på og, ikke minst, kulturen og nettverkene som preger næringen (Pfeffer og Salancik 1978).

4.2.1 Trusler og muligheter

Muligheter og trusler er viktig i strategiarbeidet. Denne studien benytter analyseverktøyet SWOT som beskrives senere i kapitlet. Alternativt kan en bruke SOFT – analyse (Strength, Opportunity, Failure, Threat). Hva som er styrker og svakheter er relativt. Det er like viktig å oppdage muligheter og trusler. Data som registreres og tolkes er strategiske stimuli. Det er viktig å skape informasjonstilgang som letter registreringen av disse. Minst like viktig er det å bygge opp kompetanse som muliggjør relevante tolkninger av de ulike stimuli. De strategiske beslutningene må bygge på realistiske og korrekte vurderinger, og ikke basere seg på feiltolkninger.

4.3 Realisere strategien

En visjon for en bedrift er en forestilling om en attraktiv fremtidig tilstand. For at en visjon skal bli realisert, må ledelse og medarbeidere tro på og jobbe mot den. Visjonen må kommuniseres og tydeliggjøres på en slik måte at alle medarbeidere blir involvert og engasjert i arbeidet med å nå visjonen. Det å formulere, formidle og vinne oppslutning om bedriftens visjon, er en av topplederens viktigste oppgaver. Et prominent eksempel på en realisert visjon er Henri Dunants visjon om en organisasjon som kunne yte hjelp til

skadelidende i forbindelse med krig og ufred. Visjonen ble til Røde Kors (Pfeffer og Salancik 1978).

Skal den strategiske diagnosen føre til endring, må toppledelsen skape engasjement og vilje til å satse. Ledelsen må skape en strategisk offensiv og endringsvillig organisasjon. Bedriften må utvikles til å bli besjelet av den visjon som ligger til grunn for strategien. Det er krevende å skape en slik organisasjon. Endringer krever omstilling i den måten de fleste arbeider på. Ansatte kan lett føle at endringer truer grunnlaget for ens arbeid og inntekt. Noen vil få mer ansvarsfulle posisjoner etter en endring, mens andre vil få mindre ansvarsfulle posisjoner. Noen kan også miste alt, for eksempel i form av oppsigelse. Endringsledelse vil slik også bli å kjempe mot endringsmotstand, ofte alvorlig endringsmotstand. Tabell 1 viser forholdet mellom opplevd forståelse av mulighet og opplevd dyktighet i en bedrifts kultur.

Tabell 1: Forståelse av muligheter og opplevd dyktighet (Dutton og Duncan 1987 i Grønhaug 2001)

	Forståelse (opplevd) Lav	Forståelse (opplevd) Høy
Dyktighet (opplevd) Lav	1. Makteløs	2. Fanget
Dyktighet (opplevd) Høy	3. Forvirret	4. Oppildnet

Bedrifter kan oppfatte den strategiske situasjonen på ulike måter. Bedriftskulturen kan være preget av lav strategisk forståelse og evne. Dette gir ekstra store ledelsesutfordringer. Ledelsen må i slike organisasjoner legge stor vekt på kulturutvikling, et arbeid som er krevende både sosialt og tidsmessig. I bedrifter hvor kulturen er endringspositiv, og der de ansatte er både endringsvillige og endringsdyktige, blir derimot ledelsesutfordringen en annen. Den handler om å koordinere og styre medarbeidernes engasjement i riktig retning og, ikke minst, i samme retning.

Skal en bedrift lykkes strategisk er det viktig at den utvikler et kompetent lederteam, et team som både kan utvikle en visjonær, men realistisk, strategi, og som kan lede realiseringen av strategien gjennom stor synlighet og årvåkent realiseringsarbeid. Lederteamet må kontinuerlig overvåke, analysere, se og benytte alle tilgjengelige muligheter for å utvikle bedriften videre. Det må også kontinuerlig arbeide med å tilpasse strategi og kultur.

4.4 Entreprenørfunksjon

Verdier knyttet til entreprenørfunksjonen er innovasjon, tilpasning, endring, støtte fra omverdenen, tilegnelse av resurser og vekst. Strategisk ledelse innebærer å ivareta entreprenørfunksjonen i bedriften. Organisasjoner som ikke evner å fornye seg, stagnerer og legges ned. Alle bedrifter som i fremtiden skal ha en eksistensberettigelse, må i dag drive strategisk langtidsplanlegging. Organisasjoner må forholde seg aktivt til omverdenen, ledes strategisk og utarbeide en visjon og forretningsidé med mål og verdier (Strand 2007). Bedrifter, og ledelsen i bedrifter, må holde fast ved kravet om fornyelse, aktiv tilpasning og vellykket forståelse av endrede rammebetingelser og nye muligheter. Ledere kan ikke være tilfreds med god produksjon, administrasjon og integrasjon alene. Bedriftens ledelse må strekke seg mot fremtidsrettet entreprenørskap. Kjerneverdier i entreprenørfunksjonen er innovasjon, tilpasning og endring (Strand 2007).

4.5 Kundenes forhandlingsstyrke

Teorien om entreprenørskap må settes inn i den konteksten hvor Fekjær befinner seg. Fekjær har som tidligere nevnt en avtale med Sykehuset Innlandet. Den er videreført fra Oppland fylkeskommune. Fekjær har vært og er en integrert del av psykiatritilbudet til fylkeskommunen og i dag SI. Det er i dag svært få institusjoner som har direkte avtale med et helseforetak. De fleste private institusjoner har avtale med et regionalt helseforetak, i vår region Helse Sør - Øst RHF. For Fekjær sin del, er det i dag kun mulig, innefor det offentlige, å ha avtale med Sykehuset Innlandet eller de regionale helseforetakene. Kundenes forhandlingsstyrke er svært stor overfor Fekjær, i et marked som er preget av noen få store ”bestillere”. For at Fekjær skal utvikle behandlingstilbudet tilpasset samfunnets behov, er en analyse av strategidokumentene og bestillingsdokumentene fra helse- og omsorgsdepartementet til RHF viktig i tillegg til den utviklingen som skjer innenfor samfunn og helsepolitikk.

4.6 Nasjonale føringer for psykisk helsevern

DPS-veilederen gir tydelige signaler om resursfordeling mellom sentralsykehus og DPS. Fordelingen anslås til å burde være 50/50, men antakelig større i favør DPS på lengre sikt (DPS - veileder 9/2006). Prosjektrapporten fra prosjektet psykisk helsevern 2011-

2013(Rapport prosjekt psykisk helsevern Sykehuset Innlandet 2012) i SI går sterkt inn for nasjonale føringer i ressursfordelingen mellom sentralsykehus og DPS. De prioriterte områdene til sentralsykehuset skal være øyeblikkelig hjelp, innleggelse i lukket avdeling, sikkerhetspsykiatri, behandling av vanskelige og kompliserte spiseforstyrrelser, rusmiddelavhengighet og psykisk lidelse, selvskading, tvangslidelser, personlighetsforstyrrelser og andre kompliserte tilstander. I tillegg skal kompliserte alderspsykiatriske lidelser behandles på sentralsykehus nivå (DPS - veileder 9/2006). Oppdragsdokument 2012 til Helse Sør - Øst RHF (2012) gir overordnede mål om at sykehusene ivaretar oppgaver som bare kan utføres på sykehusnivå. Dette er sikkerhetsavdelinger, lukkede akuttavdelinger og avdelinger som skal ivareta enkelte avgrensede funksjoner. Oppdragsdokumentet fra helse- og omsorgsdepartementet sammen med DPS veilederen gir tydelige signaler om hva som skal prioriteres innen sykehusavdelinger i psykisk helsevern, nemlig spesialavdelinger som tar seg av den vanskeligste problematikken som DPS ikke er i stand til å utføre. Hovedstadsprosessen (Helse Sør - Øst Hovedstadsprosessen psykisk helsevern 2008) slår fast at tjenester på sentralsykehusnivå skal gjelde pasienter med lidelser og kombinasjoner av sykdommer som krever spesiell og sjelden kompetanse. Eksempler på lidelser som krever et slikt kompetansenivå kan være kompliserte spiseforstyrrelser, alvorlige personlighetsforstyrrelser og omfattende selvskading.

4.7 Relasjoner

Ledere og organisasjoner er avhengig av andre for å utøve sin gjerning, og organisasjoner er avhengig av relasjoner til sine omgivelser. Spørsmål knyttet til relasjonene med omverdenen blir aktualisert ved hyppige endringer og økende tendens til nettverksorganisering. Ledere av organisasjoner har betydelig frihet til å velge å påvirke relasjonene, noe som er sentralt i ulike lederstiler og viktig i strategisk ledelse av bedrifter (Strand 2007). Relasjonsbetraktningene gir en rekke viktige utfordringer for ledere og ledelse i organisasjoner, alt fra å gjøre et godt førsteinntrykk (Bårdsen 1990) til å velge korrekte samarbeidsformer for å utvikle relasjoner med parter som kan ha betydning for virksomhetens overlevelse og utvikling. De viktigste relasjonene en leder av en bedrift har, går til seks ulike parter; nemlig kunder og klienter, de andre i ledergruppen, leverandører av eksperttjenester, fagforeninger og tillitsvalgte, styret og oppdragsgiverne og strategiske partnere og nettverk (Strand 2007). Dette er relasjoner

bedriften og dens leder må forholde seg til på en klok måte. Bedriftens kunder og brukere, altså dens markeder, er selvfølgelig de viktigste ”partnere” for en bedrift. Varme og tillitsfulle relasjoner gir det beste grunnlag for å vurdere kundenes behov, noe som igjen gir bedre mulighet til å følge opp de daglige møtepunktene på en fruktbar måte. Tett og tillitsfull kontakt med kundene gir også grunnlag for lettere å bli oppmerksom på nye tendenser i markedet (Strand 2007). Forholdet til eksperter innen fagfeltet er svært betydningsfullt for organisasjoner. Ledere innehar sjelden de beste ekspertkunnskapene innen feltet. I tillegg er alle fagfelt i kontinuerlig forandring. Gode fruktbare relasjoner til ekspertene, enten internt i organisasjonen eller utenfor (eksterne konsulenter eller anerkjente fag og forskningsmiljø), er sentralt for utviklingen av bedrifter. En stadig mer komplisert og omskiftelig organisasjonsverden stiller nye krav til nettverksrelasjoner og alliansebygging. Ledelsesteknikker som ”total quality management” krever tydelige relasjoner til leverandører og kunder. Internasjonalisering krever direkte og indirekte kontakter med omgivelsene. Nettverksorganisering blir mer aktuell som organisasjonsform i en omskiftelig og krevende verden. Kommersielle virksomheter står oftere overfor spørsmål om fusjon, allianser og ulik nettverksbygging, i sine strategiske beslutninger (Strand 2007).

Positiv relasjonsadferd er viktig i dialogen med samarbeidspartnere. Bedrifter må bruke og skape seremonier og sosiale anledninger. Anledningene samler viktige personer og gir mulighet for å pleie kontakten med strategisk viktige partnere. Bedriftens ledelse bør søke medlemskap eller deltakelse i miljøer som gir kontaktmuligheter. Ledelseskulturen bør stimulere til å gi folk tjenester uten forbehold om betingelser samt vise anerkjennelse av bedriftens samarbeidspartnere. Bedriftskulturen bør vektlegge raushet, høflighet, aksept for andre og bidra til positiv oppmerksomhet. En bør innrette seg som en verdifull samarbeidspartner for viktige relasjonspartnere. Nettverksbygging og regelmessig konstruktiv kontakt er god nettverksadferd. Organisasjoner bør tilrettelegge tid og ressurser for å pleie gode relasjoner og nettverk (Strand 2007).

4.8 Prioriteringsforskriften

Et av samhandlingsreformens mål er å organisere helsetjenesten mest mulig effektivt både av hensyn til pasientene og for å maksimere det samfunnsøkonomiske utbyttet (Hansen 2009). De siste årene har prioriteringsdebatten blitt mer og mer sentral. Eksempelvis gikk i februar/mars 2010 direktør i helsedirektoratet Bjørn Inge Larsen ut i media og fortalte at

samfunnet må tørre å snakke om prioritering i helsevesenet (Larsen 2010). Det er ikke lenger mulig å gjøre alt som er medisinsk mulig innenfor de økonomiske rammer helsetjenesten har i dag og enda mer de rammer den vil ha i morgen. Den rivende medisinske utviklingen gir stadig flere muligheter for behandling, og samtidig er de nye medisinske metodene og medisinene svært kostbare. Pasientene forventer den nyeste og beste teknikken som er tilgjengelig, i forsøk på å bli friske. Norge er et av verdens rikeste land og befolkningen blir ikke tilfreds før helsevesenet gir ”verdens beste” behandling. Det betyr imidlertid at den også blir stadig dyrere, også relativt sett. Både borgerne som pasienter og som samfunn stiller stadig høyere krav til helsetilbudets tilgjengelighet og kvalitet. Samtidig forventer fortsatt ”alle” at all helsehjelp i hovedsak skal være gratis. Kristiansen (2012) setter i aftenposten 13.11.12 søkelyset på prioritering i helsevesenet og hva et forlenget leveår er verdt. Dette viser aktualiteten av prioriteringsdebatten som vil bli viktig i utformingen av fremtidens helsevesen.

Det norske helsevesenet er finansiert av et obligatorisk skattebasert system. Likhets og solidaritet er sentrale verdier bak utviklingen av det. At opptattheten av prioritering i noen tid har økt, er et uttrykk for at likhetsverdiene utfordres: Når noe gis lavere, eller ”ingen”, prioritet, betyr det at tjenesten får en høyere eller lavere privat pris. Prioritering på ny (NOU 1997: 18), også omtalt som Lønning II utvalget, laget et system for prioritering, der ulike tjenester ble plassert i ulike prioriterte kategorier. I første kategori plasserte utvalget det den kalte ”grunnleggende helsetjenester”, i kategori to ”utfyllende helsetjenester” i kategori tre, ”lavt prioriterte tjenester” og i kategori fire ”tilbud som ikke hører hjemme innenfor det offentlige finansierte helsetilbud”. Utvalget spesifiserte også i noen grad hvilke pasientgrupper det mener burde ha ”rett til nødvendig helsehjelp”, nemlig de pasientene som faller i kategori én og to. Utvalget mente at store deler av de pasienter som kommer i kategori tre, ikke bør ha rett til nødvendig helsehjelp (NOU 1997: 18). Utvalgets forslag førte frem til den såkalte Prioriteringsforskriften (2000). Alle spesialistinstitusjoner prioriterer i dag på bakgrunn av denne.

Pasientrettighetsloven § 2.1 angir hvem som har rett til nødvendig helsehjelp. Rettigheten vurderes ut ifra tre kriterier, a. Om pasientens tilstand gjør det nødvendig med helsehjelp, b. Om det er forventet nytte av behandlingen, og c. Om kostnadene ved hjelpen står i rimelig forhold til tiltakets effekt (Molven 2006). Etter prioriteringsforskriften får pasienter med rett til nødvendig helsehjelp en frist for når behandlingen skal være påbegynt. Dersom ikke det

ordinære norske helseapparatet klarer å gi en pasient behandlingen innen den angitte frist, kan pasienten søke NAV som hjelper ham/henne med å få behandling et annet sted, om nødvendig i utlandet. Regningen for behandlingen blir i første omgang betalt av NAV, men refunderes fra det helseforetak pasienten tilhører. Forskriften brukes også av Nasjonalt råd for prioritering og kvalitet i helsetjenesten til å avgjøre hvilke tjenester det offentlige helsevesen ikke skal betale for i det hele tatt, altså hvilke tjenester som skal ha en privatfinansieringsandel på 100 prosent.

Prioriteringspolitikken kan bli av betydning for utviklingen av behandlingstilbudet på Fekjær. Fekjærs planer må derfor ta hensyn til hvordan prioriteringspolitikken kan påvirke tilbudene innen psykiatrien, og spesielt innenfor den del av psykiatrien hvor Fekjær arbeider.

4.9 Strategisk analyse, SWOT – analyse

Studien skal analysere strategiske problemstillinger institusjonen Fekjær står overfor, og på bakgrunn av den strategiske analysen gi råd til en fremtidsrettet utvikling av institusjonen. SWOT – analyse er et verktøy for å få oversikt over indre styrker og svakheter, og ytre muligheter og trusler for en organisasjon. De fire bokstavene ”SWOT” representerer forbokstaven i de engelske ordene **S**trengths (styrker), **W**eaknesses (svakheter), **O**pportunities (muligheter) og **T**hreats (trusler). SWOT brukes gjerne for å kartlegge og analysere status som del av en plan- og strategiutviklingsprosess. (Kunnskapscenteret 2012).

Analysen tar utgangspunkt i den virkeligheten en bestemt organisasjon befinner seg i, altså i de krav og forventninger organisasjonen er stilt overfor, og i det fremtidsbildet som sees realistisk. Analysemetoden skal altså brukes både til å vurdere organisasjonen som den nå er og til å vurdere mulige endringer. Analysen kan gjennomføres av spesialiserte eksterne planleggere. Vanligere er det imidlertid å bruke analyseformen slik at organisasjonens planlegging demokratiseres ved at alle i bedriften, eller en gruppe, utfører analysen. I denne oppgaven er det på ett vis en ”konsulent” som står for analysen, nemlig undertegnede. Undertegnede kommer imidlertid innenfra, og analysen har slik også et lite ”demokratisk” innslag. Man kan kanskje si at dette styrkes ved at respondentene, som er en slags med-analytikere, også har (hatt) en viktig fot innenfor organisasjonen. De habilitetsproblemer det skaper er omtalt tidligere (se pkt 3.3).

Det første analysen ser på er organisasjonens styrker, altså egenskaper, blant annet ressurser, som kan hjelpe organisasjonen til å møte de utfordringene den står overfor. Videre analyseres organisasjonens svakheter, egenskaper, som kan være til hinder for at organisasjonen klarer å møte de utfordringene den står overfor. Styrkene og svakhetene tar utgangspunkt i her og nå-situasjonen til virksomheten. Den andre delen av analysen ser på muligheter og trusler i fremtiden. Analysen grupperer nøkkelinformasjon i to hovedkategorier, interne faktorer og eksterne faktorer.

Målet med en SWOT – analyse er å identifisere de viktigste interne og eksterne faktorene som har betydning for organisasjonens nåværende og fremtidige suksess. Faktorene kalles styrker og svakheter, muligheter og trusler, men skal ikke forstås for ”dichotomt”. Man ser således hvordan en organisasjons styrker og svakheter gjerne er de samme. Om de skal bli det ene eller det andre i en bestemt situasjon, avhenger gjerne av hvordan de utnyttes. Man ser også hvordan muligheter, for eksempel i et marked, både kan være nettopp det i form av gevinst, men også hvordan de kan bli trusler i form av tap. Man kan identifisere interne svakheter og sterke sider ved å se på finansielle-, kompetansemessige- eller bygningsmessige- ressurser som verdiforankring, visjoner, metoder, service, materiell, effektivitet, tilgjengelighet, kvalitet, ansatte/personell, ledelse, ventetid, kapasitet, informasjon, endringsevne/- vilje og omdømme. Muligheter eller trusler kan man identifisere ved blant annet å se på politiske og lovmessige rammer og betingelser, økonomiske rammer, utviklingsmuligheter, for eksempel tilgang på prosjektmidler, forventninger fra samarbeidsparter, teknologiutvikling, brukernes behov/ etterspørsel, arbeidsmarked og befolkningens forventninger.

Til slutt diskuteres hvordan man kan utnytte en gitt organisasjons styrker i møtet med de utfordringene den står overfor. Dernest ser man på hvordan man kan håndtere eller kompensere for organisasjonens svakheter. Videre drøfter man hvilke muligheter organisasjonen står overfor. Endelig ser man på hvordan man kan forebygge eller håndtere de farene man ser. Analysen krever at man setter konkrete mål for organisasjonen, og tydeliggjør ansvar og frist for de tiltak som skal iverksettes. Det er viktig at man også i diskusjonen snur ting på hodet og spør hvilke muligheter som ligger i organisasjonens svakheter, hvilke farer som ligger i organisasjonens styrker, hvilke muligheter som ligger i de truslene organisasjonen står overfor og endelig hvilke trusler som ligger i de muligheter organisasjonen står overfor.

5 SWOT – analyse Fekjær

5.1 Styrker / Strengths – Indre

5.1.1 Særpreget – faglige særtrekk

Fekjær psykiatriske senter har 15 godkjente institusjonsplasser. De fysiske forutsetningene gjør at Fekjær kan ha 18 pasienter innlagt. Institusjonen er bygd opp rundt en fjellgård og utgangspunktet var, som nevnt, privatpleie av psykiatriske pasienter. Psykiater Bjørg Torgersen peker på institusjonens historie og gode kultur. Hun nevner spesielt at holdningen til å ønske å hjelpe dem som ikke har fått det helt til, er typisk for behandlingskulturen ved Fekjær. Torgersen ser på dette som en betydelig styrke ved Fekjær. Ser en dette i lys av strategisk teori, kan holdning og kultur være noe av kjernekompetansen til Fekjær. Lund og Lorenzen (1978) understreker at kjernekompetansen må forvaltes slik at den må bidra til at kundene oppnår større verdier hos ens egen bedrift enn hos konkurrentene.

Disse utsagnene kan ses i lys av strategisk teori fra Porter, om viktigheten av å skape seg ”patenter” eller et spesielt produkt som vanskelig kan kopieres eller skapes av andre. Kulturen er Fekjærs ”patent”. Den gir organisasjonen et særpreget det er vanskelig å etterligne. Den er også et særpreget av stor betydning uavhengig av hvilke pasienter Fekjær behandler: Denne bekræftelses- og mobiliseringskulturen er en ressurs spesielt innen psykiatrisk behandling. Man kan imidlertid legge til at den er av særlig betydning for behandling av yngre pasienter, den gruppen Fekjær konsentrerer seg om.

Miljøterapien er basis i behandlingstilbudet ved Fekjær. Avdelingssjef Alf Skar uttrykker i sitt intervju at han mener ”faglige særtrekk” er noe av styrken til Fekjær. Det faglige behandlingstilbudet innebærer noe mer og er annerledes enn behandling i sykehuset. Han sier at ”Fekjær ser og møter pasientene på en litt annerledes måte enn ellers i sykehuset”.

Behandlingen benytter seg av de særegenhetene som ligger i fjellgården og omgivelsene. Miljøterapien ved Fekjær bygger på Gundersons fem prinsipper for miljøterapi; beskyttelse, støtte, struktur, engasjement og gyldiggjøring (Bratheland, Dahle, Henriksen, Hammersvold, Nijkamp, Smedvig, Stokka, Torgrimsen, Tytlandsvik, Vevatne, Østebø og Aandreaa 2004). Miljøet skal ifølge Gunderson være gjennomsyret av disse prinsippene, og de ulike elementene skal tilpasses og individualiseres i hver enkelts behandling. En kan tenke seg at

pasienter i starten av behandlingen trenger større grad av beskyttelse og struktur, mens det i utskrivningsfasen er riktig å øve seg på realistiske situasjoner en kan møte i hverdagen. Da blir da faktorer som engasjement og gyldiggjøring spesielt viktig å vektlegge. Pasientene må utfordres i realistiske hverdagssituasjoner og trenes behandlingsmessig på å takle hverdagen med sin psykiske lidelse og sårbarhet (Bratheland et al. 2004).

Miljøterapeutisk behandling er altså noe av særpreget til Fekjær. Det er få institusjoner, i alle fall tilhørende Sykehuset Innlandet, som tilbyr dette som en del av behandlingsformen.

Pasientene er positive til et aktivt miljø med trening i realistiske livssituasjoner. Flere har opp gjennom årene uttrykt at de er glade for den miljøterapeutiske behandlingen. Pasientene sier at det ved Fekjær ikke er som ved mange andre behandlingsinstitusjoner, hvor en gjerne sitter og venter på røykerommet til neste samtale. Det store innslaget av miljøterapi er således også noe av det som gir Fekjær et særpreg; det blir en del av ”patentet”. Kanskje kan man også si at det at miljøterapien er nøye integrert med det som i dag er tradisjonell psykiatrisk behandling, altså gruppe- og individualsamtaler, og medisinsk- psykiatrisk oppfølging, er en del av det fekjærske særpreg. Alle pasientene har en behandlingsplan som regelmessig evalueres og endres, hvor den enkelte får tilrettelagt et individuelt behandlingstilbud.

Bratheland et al. (2004) omtaler miljøterapi slik:

”Miljøet skapes av personalets holdninger, handlinger, ytringer, tanker og følelser, slik disse viser seg i samspill med pasientene og oppleves av disse. Miljøet skapes også av bidrag fra pasienter og personalet innenfor bygningsmessige og rommessige rammer, hvor også bygningens beliggenhet og fysiske omgivelser er en virksom faktor. For mennesker med psykisk sykdom er miljøterapi å være og handle i og utenfor postmiljøet over tid”.

Det er også slik Fekjær forstår miljøterapi og forsøker å praktisere den. Det er på slike premisser Fekjær forsøker å skape sitt ”patent”.

Jan Kåre Hummelvold, professor ved Høgskolen i Hedmark, (Hummelvold 2002) uttalte ved et besøk på Fekjær at svært få institusjoner egentlig jobber etter de reelle miljøterapeutiske prinsippene. Kun de institusjoner som har hatt gode kulturbærere i sin organisasjon, har klart å holde på miljøterapi som behandlingsform. Han mente Fekjær var et eksempel på nettopp dette, en institusjon som har klart å holde grunntankene bak miljøterapien i hevd, samtidig som institusjonen tilbyr moderne psykiatrisk terapi.

Miljøterapien ved Fekjær handler om å bruke dagligdagse aktiviteter som terapeutiske virkemidler. Torgersen peker på at aktivitetene på institusjonen er en styrke for behandlingen. Hun presiserer at det er mange pasienter som har nytte av å bygge opp selvtillit og selvfølelse ved å mestre oppgaver. Pasientene får tilbakemeldinger på det de gjør, tilbakemeldinger som alltid skal ha et konstruktivt siktemål. Læringen, og selvtillitsutviklingen, skjer innen en fastlagt struktur. En slik struktur skaper en forutsigbar og trygg ramme rundt de konkrete læringsoppgavene. Alle pasientene har også, som nevnt, regelmessig kontakt med og behandling av psykiater og andre individualterapeuter. Alle pasientene blir også kartlagt av psykologspesialister og tilbys psykologisk oppfølging etter en avtalt behandlingsplan. Torgersen bemerker spesielt det særegne behandlingstilbudet, med dagsturer og flerdagsturer for pasientene, som noe svært positivt. Dette skiller seg fra hva andre behandlingstilbud tilbyr, og er svært positivt for behandlingen til den enkelte, ifølge Torgersen. Dette understreker hvordan livet på Fekjær i sin alminnelighet gjør institusjonen terapeutisk og helsebringende. Fekjær gjør livet til terapi og livsbekreftelse. Fekjærs ”patent” har slik et særdeles bredt innhold. Verdikjedetenkningen introdusert av Porter (1985) bygger på at et eller flere ledd i en virksomhet er særlig godt eller verdiskapende. Disse leddene bør sannsynligvis bedriften holde fast ved og utvikle videre. Miljøterapien, i kombinasjon med individualterapi, er det spesielt verdiskapende ved tilbudet til Fekjær.

Når pasienten eller foreldre og pårørende kommer til Fekjær for første gang, blir mange positivt overrasket. Ofte har de forventninger om å finne nærmest en sykehusavdeling i et stort hvitt hus. I stedet finner de et Fekjær som er bygd opp rundt en fjellgard med småhus, og som har ”personlighet”.

Fekjær vektlegger at alle som kommer dit, skal bli godt mottatt. Til alle vurderingssamtaler serveres det ferske påsmurte rundstykker og kaffe eller te. Også andre som kommer til Fekjær på besøk tas imot slik. Alf Skar underbygger dette når han sier at pasientene blir møtt på en litt annerledes måte på Fekjær enn ellers i spesialisthelsetjenesten.

5.1.2 Særpreg – beliggenhet

Alf Skar peker på Fekjærs beliggenhet både som en styrke og en svakhet. Den er en styrke for en del pasienter fordi et opphold på Fekjær også kan innebære en ”time out” fra en vanskelig hverdag i pasientenes hjemmemiljø. Gjennom et opphold på Fekjær kan pasientene få sine vanskeligheter tilstrekkelig på avstand til at en kan jobbe profesjonelt med dem.

Torgersen ser beliggenheten som en styrke for dem som trenger å skjerme seg fra rusmiljøet for å kunne bearbeide sine problemer. Både hun og Skar peker på at samtidig som beliggenheten gjør at pasientene skjermes fra et uheldig hjemmemiljø, gjøre den at de får lang reisevei hjem, med de uheldige sider det har med tanke på permisjoner og lignende.

Psykiatere som har arbeidet ved Fekjær tidligere, har imidlertid ment at den lange reiseveien for mange pasienter kan være en fordel. Den gir dem sosial trening, spesielt hvis de må ha flere bussbytter. Når pasienter mestrer den busstreningen de får på reisen mellom Fekjær og hjemmemiljøet, mestrer de kanskje også bedre hverdagens krav til det å bruke offentlig kommunikasjon.

Fekjærs særpreg bygningmessig, med internat, småhus, setrer og en hjemlig atmosfære, er en styrke for institusjonen. Dette inngår i ressursperspektivet som innebærer at spesielle resurser gir fortrinn og konkurransefordeler (Grønhaug, Hellesøy og Kaufmann 2001). Beliggenheten er kanskje mer en ulempe for Fekjær med hensyn til personellet. Den gjør det vanskeligere både å rekruttere og beholde fagpersoner. Dette forhold blir nærmere kommentert senere.

5.1.3 Liten institusjon – ledelse

Det er i flere henseender en styrke at Fekjær er en liten institusjon. Det gjør den oversiktlig, beslutningsdyktig og handlekraftig. Fekjær har som kjent en samarbeidsavtale med Sykehuset Innlandet, og er slik sett inkludert der, men fungerer allikevel i de fleste henseender som en liten, svært fleksibel, institusjon. Fekjær er en dynamisk organisasjon som raskt kan tilpasse seg føringer fra statsrådsnivå, Sykehuset Innlandet, Helse Sør - Øst og endrede behov i samfunnet.

Omgivelsene og rammebetingelsene bestemmer handlingsrommet til institusjonen, og den setter ikke selv premissene. Slik sett blir den sårbar, men samtidig har den som liten muligheter til raskt å tilpasse seg endringer i omgivelsene. Skal en liten organisasjon bli tilpasningsdyktig, må den imidlertid ha en årvåken ledelse og en indre kultur preget av offensiv tilpasningsdyktighet. Pfeffer og Salancik (1978) påpeker, som nevnt i teorikapitlet, at organisasjoners overlevelse og utvikling avhenger av deres endringsvillighet og - evne. Fekjær har så langt vist seg å ha begge deler.

Fekjær er den eneste institusjon i Oppland som ikke har hatt en klage til fylkeslegen (Fekjær 2012), og det til tross for over 40 års drift. Noe av grunnen til det kan være at Fekjær er en

liten og oversiktlig institusjon, hvor ledelsen både har kunnet føre god kontroll med alt som skjer, og har gjort det. Dette underbygges også av Alf Skar når han peker på at Fekjær har god drift og ledelse.

Fekjær psykiatriske senter er drevet som en stiftelse, og eventuelle overskudd har blitt tilbakeført til Sykehuset Innlandet eller fylkeskommunen. Underskudd kan søkes dekket, men i praksis har imidlertid det siste vært svært vanskelig å få til. Fekjærs finansieringssituasjon gjør den derfor sårbar.

Da Fekjær fikk sitt oppdrag fra fylkeskommunen, var det et styre for driften av institusjonen. I dag er avdelingssjef for psykose- og rehabiliteringsavdelingen til Sykehuset Innlandet Fekjærs faglige og administrative overordnede. Eierskapet til bygningene og anleggene har derimot alltid vært privateid. Forholdet mellom driftselskap og eier av bygningsmassen har blitt regulert gjennom faste avtaler utarbeidet av fylkekommunen, og videreført av Sykehuset Innlandet som i sin helhet står for driften av Fekjær. Dersom Fekjær ønsker å investere, bygge nytt og utvikle bygningsmassen, kan institusjonen søke om midler fra sykehuset til dette. Søknader om påbygging vil imidlertid alltid komme nederst i prioritetsrekken fordi Sykehuset Innlandet prioriterer sine egne prosjekter først. Fekjær kan derfor se bort fra å søke om midler til utvikling av bygningsmassen gjennom sykehuset, og er også slik sett sårbar.

Investeringer i private institusjoner som Fekjær, er altså avhengig av de private eierne. De har alle muligheter til å investere og realisere utviklingsprosjekter, men avtalepartneren kan altså ikke garantere for driften. Nye investeringer og realisering av nye prosjekter er derfor avhengig av de private eiernes risikovillighet, og eventuelt bankenes ditto. Styrken med dette er at det innenfor organisasjonen Fekjær, kan investeres så mye eieren tør og kan. Enheter som eies fullt og helt av helseforetaket, må få bevilgninger til sine investeringer av ledelsen i helseforetaket og styret. Det er, som sagt, vanskelig for Fekjær å nå frem med sine investeringsbehov innenfor Sykehuset Innlandet i dag.

Fekjær har, som nevnt, avtale med Sykehuset Innlandet og er prisgitt denne avtalen, slik tilhørigheten er i dag. Dette gjør Fekjær sårbar, men det representerer også positive muligheter. Fekjær holdes på denne måten løpende à jour med fagutviklingen i psykiatrien og tilgrensende fag og med utviklingstendenser i helsepolitikken. Tilhørigheten til SI gjør slik at Fekjær i sin planlegging og strategiske tenkning bedre kan "treffe" morgendagens behov for psykiatriske spesialisthelsetjenester enn den kanskje ellers ville kunnet gjøre. Som nevnt sier

jo også teorien at tett og tillitsfull kontakt med kundene gir bedre grunnlag for en bedrift for å bli oppmerksom på nye tendenser i markedet (Strand 2007).

5.1.4 Innovasjon – aktiv institusjon

Fekjær har siden ca år 2000 kontinuerlig hatt forskningsprosjekter gående. Forskningen har bekreftet mye av den faglige styrken ved behandlingstilbudet.

De første forskningsprosjektene ble drevet i samarbeid med Høgskolen i Gjøvik og Universitetet i Karlstad. Det aller første gjaldt behandlingstilbudets effekt for tidligere pasienter. Prosjektet bestod av tre faser. Fekjærprosjektet – fase 1: ”En studie av pasienttilfredshet – betydningen av det miljøterapeutiske behandlingssopplegget ved Fekjær psykiatriske senter ” (Juvkam, Magnussen, Lian, Johansson og Hedelin 2004). Den første rapporten inneholder data og konklusjoner fra en kvantitativ studie som inkluderte 46 personer (tidligere pasienter) som var innlagt i perioden 010198 - 311202, samt 12 respondenter som stilte opp til kvalitativt intervju. Forskningen gav gode resultater. De fleste pasientene hadde fått bedret sin livskvalitet etter innleggelsen og behandlingen ved Fekjær. Mange hadde kommet ut i arbeidslivet og fortalte at de fungerte godt. En del av de utskrevne pasientene sa at de hadde fått bedret sin livskvalitet, men at de fortsatt slet psykisk i perioder. Noen få respondenter hadde fått tilbakefall og hadde ikke hatt varig effekt av behandlingen. Forskningsstudiene pekte på at behandlingen i all hovedsak så ut til å ha virket godt for de fleste pasientene.

Fekjærprosjektet – fase 2: ”Beskrivelse av utviklingsprosess og forslag til tiltak for å styrke det miljøterapeutiske behandlingstilbudet.” (Juvkam og Lian 2005). Rapporten beskriver en utviklingsprosess og gir forslag til endringer og forbedringer ved institusjonen med utgangspunkt i resultatene fra fase 1. Materialet, basert på synspunkter fra inneliggende pasienter samt personalgruppens erfaringer, ble systematisert og bearbeidet i en prosess hvor tre arbeidsgrupper deltok høsten 2004 og våren 2005. Prosjektet ble videreført i fase 2b og omfattet iverksetting, refleksjon, dokumentasjon og analyse av tiltakene.

Fekjærprosjektet – fase 3: ”En sosiologisk studie av samspillet mellom Fekjær psykiatriske senter og lokalsamfunnet, i en historisk, kulturell kontekst” (Juvkam og Magnussen 2006). Denne studien belyser hvilke betydning Fekjær psykiatriske senter har hatt for innbyggerne og miljøet i en avsideliggende kommune, herunder hvordan institusjonen har samhandlet med

bygda og kommunen. Studien gir kunnskap om bygdemiljøets betydning for institusjonen og dens brukere. Studien benytter kvalitative intervjuer med personer som har kjennskap til institusjonen som ansatt, eller fra samhandling med nærmiljøet.

Institusjonen har i de siste årene hatt stor og økende vekt på å vise omverdenen at den er i utvikling og har et engasjement for å forsøke å løse helsemessige oppgaver i samfunnet. De siste årene har institusjonen spesielt lagt vekt på arbeidet med et overgangsboligprosjekt. Dette prosjektet ble åpnet 01.09.2009, og er i dag et godt fungerende tilbud, Fekjærtunet overgangsboliger. Under arbeidet med å lage overgangsboligene involverte Fekjær Fylkemann, fylkeslegen, Sykehuset Innlandet, Husbanken, Sør-Aurdal kommune i tillegg til noen av pasientenes hjemkommuner. Samarbeidet med de første instansene var viktig ikke bare for å lykkes med prosjektet, men også for å bygge opp tillit hos, for Fekjær, viktige beslutningstagere. Samarbeidet med sykehus og kommuner var viktig for å kunne skape best mulige behandlingsløp for pasientene.

Ideen om Fekjærtunet overgangsboliger ble unnfanget med bakgrunn i de nevnte forskningsprosjektene ved Høgskolen i Gjøvik og Universitetet i Karlstad. Statssekretær Rigmor Aaserud åpnet Fekjærtunet uttalte under åpningen at dette prosjektet var i ”forkant av samhandlingsreformen”. Fekjærtunet overgangsboliger har vært med på å sette institusjonen på kartet som en aktør som faglig tenker offensivt og som virkelig gjør noe for å løse noen av de vanskeligste oppgavene helsevesenet står overfor. Dette er eksempler på FOU – aktivitet som viser innovasjonsviljen og - evnen til Fekjær. Det er, som vi så i forrige kapittel, denne innovasjonsviljen og - evnen som bestemmer en bedrifts, eller institusjons, sannsynlighet for å overleve og vokse (Pfeffer og Salancik 1978).

Ved oppstart av Fekjærtunet overgangsboliger ble det iverksatt følgeforskning av SINTEF – helse. Den fullstendige rapporten for SINTEF ble offentliggjort våren 2012 (Steihaug, Hjort og Husum 2012). Hovedforfatter og forsker Sissel Steihaug har fulgt opp aktuelle brukere de første årene i Fekjærtunet overgangsboliger. Forskningsprosjekt er initiert av NAV og består av evaluering av prosjektet Mestringsveier til arbeid som er knyttet til Fekjærtunet overgangsboliger. SINTEF konkluderer med at for unge brukere som ikke tidligere har lyktes i voksen livet med aktivitet, bolig, fritidsaktiviteter og for øvrig et rusfritt liv, har Fekjærtunet hatt en avgjørende betydning for deres utvikling, fungering i samfunnet og psykiske helse etter endt botid. Botiden i Fekjærtunet overgangsboliger er inntil to år.

Brukerundersøkelsen av utskrevne pasienter fra Fekjær døgnerhet til Fekjærtunet overgangsboliger, av Rannveig Aure Juvkam ble utført parallelt med forskning fra SINTEF – helse. Brukerundersøkelsen var en kvalitativ studie av de aktuelle beboerne i Fekjærtunet overgangsboliger (Juvkam og Hummelvold 2011). Studien konkluderer med at tilbudet ved Fekjærtunet overgangsboliger egner seg spesielt godt til unge brukere som ikke tidligere har vært etablert og som trenger kunnskaper og ferdigheter for å lykkes i en selvstendig bo- og arbeidssituasjon.

Fekjær arbeider for tiden med å utvikle forpliktende samhandlingsmodeller med institusjonskommunen Sør-Aurdal, (andre) innleggelseskommuner, døgnerinstitusjon, Fekjær boligstiftelse og ambulante og polikliniske behandlingstilbud. Utviklingen av forpliktende samhandlingsmodeller ved Fekjær er støttet av Helsedirektoratet. Et nytt FOU-prosjekt er iverksatt høsten 2012. Det er et forprosjekt om Fekjærmodellen. Tanken er at prosjektet etter hvert skal gi grunnlag både for egen forskning om kvalitet og om overføring av forskningen til praktisk kvalitetsutvikling ved institusjonen. Fekjær samarbeider med Innovasjon Norge og Norges forskningsråd om dette.

Disse prosjektene viser at det er faglig nysgjerrighet og innovasjonsvilje ved Fekjær. Det er ikke tilfeldig at Fekjær selv med stramme økonomiske rammer, har prioritert forsknings- og utviklingsarbeidet høyt. Helseklynge samarbeidet Helse I Valdres, er også et uttrykk for den fornyelsesvilje som preger Fekjær. Helse i Valdres er en næringsklynge av helsebedrifter som samarbeider om blant annet forskning og utvikling i bedriftene. Helse I Valdres er deltaker i innovasjon Norge sitt Arena – prosjekt. Dette prosjektet gir mulighet for finansiell og faglig støtte til forsknings- og utviklingsprosjekter. Det kan legges til, som Alf Skar understreker, at klynge samarbeidet også er et uttrykk for Fekjærs opptatthet av å styrke samarbeidet med lignende institusjoner i institusjonens nærområde. Gjennom Helse I Valdres samarbeider Fekjær med blant annet Beitostølen Helse sports senter.

Fekjær har som en del av sin visjon, å være aktiv og tilpasset samfunnets behov. Fekjær har de siste årene forsøkt å ligge i forkant og utvikle behandlingstilbudet ut fra samfunnets behov. Kontakten med fylkesmann og fylkeslege, departementet, direktoratet, husbanken, kommunene, Sykehuset Innlandet, Helse Sør - Øst, høgskolemiljøer og andre forskningsmiljøer er uttrykk for hvordan institusjonen styrker og utvider sin samfunnskontakt.

5.1.5 Omdømme – relasjoner

Som Alf Skar sier, er det en stor en styrke for Fekjær at institusjonen har et godt renommé. Det er spesielt godt i innlandet, hvor hovedtyngden av pasientene kommer fra. Fekjær begynner også, viser søkningen, å bli kjent over resten av Østlandet, samt på Sørlandet og Vestlandet. ”Ryktet” sprer seg åpenbart. Ja, Fekjær er iferd med å bli kjent over store deler av landet. Det har vært radioprogrammer om Fekjær, blant annet i ”Sånn er livet” på P2. Fekjær omtales regelmessig i lokalavisene på grunn av nye tiltak, som forskningsprosjektene, åpningen av overgangsboligene eller andre hendelser ved Fekjær.

Pasienttilfredshetsundersøkelsene som blir gjennomført viser at pasientene er fornøyd med behandlingen ved Fekjær. Resultatene viser god skåre på kvaliteten av det sosiale miljøet, behandlingstilbudet, kontakten med personalet og involveringen av familien. Den positive medieoppmerksomheten og fornøyde pasienter og pårørende, er viktige elementer i omdømmebyggingen. Det gode omdømmet bidrar i neste omgang til god etterspørsel av behandlingstilbudet.

Institusjonen har, som nevnt, et godt omdømme lokalt. Dette kommer særlig frem i den sosiologiske studien, Fekjærprosjektet – fase 3: ”En sosiologisk studie av samspillet mellom Fekjær psykiatriske senter og lokalsamfunnet, i en historisk, kulturell kontekst.” (Juvkam og Magnussen 2006). Senteret tilfører dessuten kommunen og bygdemiljøet mange arbeidsplasser. Historisk sett har mange gårder i Hedalen drevet med privatpleie og innbyggerne har, i stor grad, blitt vant til å omgås psykiatriske pasienter akkurat slik som andre mennesker. Alle blir inkludert i bygdemiljøet og pasientene merker dette. De opplever seg verdsatt i bygdemiljøet og føler seg ikke annerledes fordi de er innlagt ved Fekjær (Juvkam og Magnussen 2006).

En annen styrke Fekjær har, er den gode relasjonen institusjonen tidligere hadde til fylkeskommunen. Fekjær har alltid vært en del av Oppland fylkes helseplan fram til ny sykehusstruktur ved innføringen av foretaksreformen i 2002. Samarbeidet med Sykehuset Innlandet har utviklet seg til å bli særdeles godt og tillitsfullt. Dette samarbeidet medfører muligheter for felles bruk av ressurser som veiledningstjeneste, skolering og utviklingsarbeid. Fekjær er med på ledermøter og kvalitetsrådsmøter i Sykehuset Innlandet og er en del av all faglig utvikling som skjer i psykiatridivisjonen. Det er svært viktig for Fekjær at institusjonen kan være en del av, og ta del i, den samlede faglige utviklingen innenfor det området

institusjonen jobber. Fekjær bidrar til sykehusmiljøet med den faglige utvikling og forskning ved institusjonen. Dette gjør forskningen og fagutviklingsarbeidet på Fekjær både mer interessant og solid. Fekjærs forskning og fagutvikling blir slik også en del av et langt større prosjekt. Fekjærs forskningsinnsats tilføres ellers ytterligere dimensjoner gjennom samarbeidet med høgskolene i Oppland.

I tillegg til forskningssamarbeidet med Høgskolen i Gjøvik, har Fekjær et samarbeid med denne skolen om utdanning. Fekjær har avtale med høgskolen om praksisplasser for studenter. Til enhver tid er det således fem sykepleiestudenter på Fekjær. I perioder mottar Fekjær også andre studenter, som sosionomstudenter, vernepleierstudenter eller studenter i videreutdanning i psykisk helsearbeid. Dette undervisningssamarbeidet gjør at Fekjær får kunnskap fra utdanningsinstitusjonene og blir kjent i høgskolemiljøene, både blant studentene og høgskolelektorene. Gjennom studentene gjøres Fekjær dessuten kjent som en interessant arbeidsplass for sykepleiere.

Fekjær har hatt besøk av flere representanter for det offisielle Norge. En av dem er biskopen i Hamar bispedømme. Hun kom i forbindelse med psykiatriens dag i 2001, hvor Fekjær arrangerte åpen dag med stor pressedekning. Fylkesmannen og fylkeslegen i Oppland, statssekretæren i helse- og omsorgsdepartementet med flere, har besøkt Fekjær. I nettutgaven til Helse Sør - Øst stod det nylig å lese at helseminister Jonas Gahr Støre hadde besøkt Modum Bad i forbindelse med psykiatriens dag 2012 (Modum Bad 2012). Modum Bad er en institusjon som har sett betydningen av og har lyktes med å ta direkte kontakt med stortinget og politikere generelt. Modum Bad var også den eneste (private) psykiatriske institusjonen som over flere år hadde finansiering direkte gjennom statsbudsjettet. Dette viser viktigheten av god og konstruktiv dialog med de bevilgende og utøvende myndigheter.

Fekjær har, som tidligere skrevet vært mye omtalt i lokalmedia. Fekjær har et godt forhold til den lokale presse. Mental helse er en annen god samarbeidspartner. Brukernes behov er viktig for utviklingen av psykiatritilbudet ved Fekjær. Organisasjonene Mental helse og Rusmiddelbrukernes interesse organisasjon (RIO) var med i referansegruppen til forskningsprosjektene som har vært drevet på Fekjær. Mental helse er også representert i kontrollkommissjonen, en kommisjon Fekjær alltid har hatt et utmerket samarbeid med.

5.1.6 Personalkultur

I strategisk teori betones, som vi har sett, viktigheten av en god personalkultur. Personale er den viktigste resursen i behandlingsmiljøet. Mange idealister jobber ved Fekjær.

Personalkulturen vektlegges ved blant annet årlige personalseminar. Torgersen nevner i sitt intervju den grunnleggende positive holdningen til og respekten for mennesker og menneskeverdet som preger Fekjær og institusjonens ansatte. Institusjonen stimulerer personell til videreutdanninger innen sine fagfelt.

Fekjær har lav bemanningsfaktor sammenlignet med lignende institusjoner. Det betyr at den enkelte behandler blir ekstra viktig for pasientene. Ja, det betyr at alle ansatte blir kritisk viktige. I praksis har det også ført til at de ansatte både blir svært pasientorienterte og får et nært forhold til pasientene. Slik blir for så vidt også pasientene en del av det behandlende miljøet, av det terapeutiske fellesskap. Dersom én ikke er med, enten det er personell eller pasienter, merkes det. Det er som om fellesskapet da mangler noe. Fekjær blir slik, men i god forstand, det Goffman i sin tid kalte en "total institusjon" (Goffman 1961).

En kan dele personalet i tre hovedkategorier – akademiske spesialister, høgskoleutdannet personell og personell med ulike andre fagutdanninger. Fekjær har i dag psykiater i ca 60 % stilling. Psykiateren er tilstedet på Fekjær to dager pr uke. I tillegg er han tilgjengelig telefonisk gjennom uka. Selv om psykiaterdekningen slik er, og har vært relativ lav, har den også vært preget av stabilitet. Fekjær har fra 1971 fram til i dag kun hatt fire psykiatere. Dette har vært avgjørende for kontinuiteten og langsiktigheten i utviklingen av behandlingstilbudet.

Fekjær har de siste årene rekruttert godt blant vanlige psykologer og har i dag tre psykologer, hvorav en er spesialist. Det har imidlertid vært vanskelig å rekruttere psykologspesialister. Hun som er psykologspesialist har jobbet flere år ved Fekjær og har fullført spesialistutdanningen i samarbeid med institusjonen. I forhold til størrelsen på institusjonen anser Fekjær det som bra å ha tre dyktige psykologer. Ja, å ha gode psykologer, og for så vidt nok psykologer, er iferd med å bli et kjennetegn for institusjonen. Generelt er det en stor utfordring å rekruttere og beholde spesialister i psykiatrien i dag. Fekjær har også denne utfordringen. En liten institusjon som Fekjær blir svært utsatt hvis den får mangel på nøkkelpersonell. Den geografiske plasseringen av Fekjær, gjør at slik mangel lett kan oppstå. Vi kommer tilbake til dette.

Fekjær har mange ulike yrkesgrupper med treårig høgskoleutdanning innen helsefag. Av høgskoleutdannet personell har Fekjær i dag flere psykiatriske sykepleiere, sykepleiere, vernepleiere, ergoterapeuter, barnevernspedagoger, sosionomer, idrettspedagoger og en lærer (lektor). De fleste har videreutdanning i psykisk helsearbeid, familierapi og/eller rusbehandling. Fekjær har til enkelte tider rekruttert godt blant høgskoleutdannet personell, til andre tider dårligere.

Det er fortsatt noen hjelpepleierstillinger igjen ved Fekjær. Alle hjelpepleierstillinger som har blitt ledige er imidlertid blitt omgjort til sykepleierstillinger. Hjelpepleierne ved Fekjær vet derfor at dersom de sier opp, vil det nærmest ikke være mulig for dem å få en fast ansettelse ved Fekjær igjen. De hjelpepleiere som er igjen har derfor meget lang erfaring med Fekjær og er gode kulturformidlere overfor alle nye medarbeidere. De kjenner veldig godt til alle praktiske og dagligdagse gjøremål som er viktig i et miljøterapeutisk samfunn.

Den siste tiårsperioden har Fekjær rekruttert mye nyutdannet personell. De har blitt lært opp, har fungert godt, men så kommer den tid da de skal finne seg en partner og da har mange flyttet fordi arbeidsmulighetene for samboer eller ektefelle, ofte med høgskoleutdanning, har vært dårlige i nærområdet til Fekjær. Personellet på Fekjær har derfor generelt hatt høy turnover. Nå er nok høy mobilitet blant fagansatte blitt mer vanlig enn før. Det skaper spesielle utfordringer for en ”perifer” institusjon som Fekjær, men for så vidt også muligheter: Når Fekjær ikke ses på som en ”endelig” arbeidsplass, kan det være lettere å få folk. Fekjær driver jo et særegent behandlingstilbud, et tilbud som kan være interessant for en del mer mobile arbeidstakere. Den høye utskiftingstakten skaper imidlertid både usikkerhet og store omkostninger. Det siste skyldes at opplæring av nye medarbeidere krever ressurser og tar tid. Vi kommer tilbake til også dette forholdet.

5.1.7 Attraktivitet

Fekjær deltar i ordningen med fritt sykehusvalg og tar imot søknader om behandling fra hele landet. Tidligere, da Fekjær lå under Oppland fylkeskommune, kom alle henvisningene og pasientene fra Oppland. Fekjær har de siste årene hatt ca 100 utskrivelser hvert år, og en beleggprosent på ca 103 – 110 % (tabell 2). Gjennomsnittlig behandlingstid for de inneliggende pasientene er ca 3 – 6 måneder. Aldersgruppen for henviste pasienter er hovedsakelig under 35 år. Tabell 3 viser antall søknader til døgnbehandling de siste fire år.

Tabell 2: Beleggsoversikt Fekjær 2009 – 2012, prosent.

År	Belegg %
2009	103
2010	106
2011	110
2012 (01.01.12 – 31.10.12)	110

Tabell 3: Antall søknader til døgnbehandling Fekjær 2009 – 2012.

År	Antall
2009	167
2010	173
2011	119
2012 (01.01.12 – 31.08.12)	102

Tabellene 4 og 5 viser henvisende instanser for søknadene til innleggelse i 2010 og 2011. Vi ser av tabell 4 at over halvparten av pasientene det søkes innleggelse for i 2010 er henvist fra DPSene og 10 prosent fra sykehus. Av tabell 5 ser vi at den andelen som kommer fra spesialisthelsetjenesten i 2011 har økt til 82 prosent, og at økningen kommer fra DPSene. For så vidt som DPSene skal ha en portvaktfunksjon for all behandling i spesialisthelsetjenesten, er ikke disse tallene overraskende. I de tilfellene hvor søknadene kommer fra fastleger, ser en, og det er heller ikke overraskende, at mange av de pasientene det gjelder nylig har vært til behandling i spesialisthelsetjenesten. Den høye andelen henvisninger som kommer fra DPSene er et uttrykk for at Fekjærs behandlingstilbud tilhører sentralsykehusnivået, og således en suksessindikator.

Tabell 4: Søknader om innleggelse etter henvisende instans, Fekjær 2010, prosent.

Hvor søknadene kommer fra	%
Fastlege	16
Fastlege (kort tid etter behandling i spesialisthelsetjenesten)	20
DPS	54
Sykehusavdeling	10
Totalt (n)	100 (173)

Tabell 5: Søknader om innleggelse etter henvisende instans, Fekjær 2011, prosent.

Hvor søknadene kommer fra	%
Fastlege	6
Fastlege (kort tid etter behandling i spesialisthelsetjenesten)	12
DPS	72
Sykehusavdeling	10
Totalt (n)	100 (119)

Tabellene 6 og 7 viser bostedskommune for de pasientene som er søkt til døgnbehandling i 2010 og 2011. Som det fremgår av tabellene kommer de aller fleste det søkes om plass for på Fekjær, mer enn tre av fire, fra Sykehuset Innlandets opptaksområde, og spesielt fra byene i dette området. Flesteparten av de øvrige pasienter det søkes plass for kommer fra østlandet for øvrig. Her merker vi oss at det særlig er antallet søknader fra Vestfold som øker.

Tabell 6: Bostedskommune for pasienter søkt til Fekjær 2010, prosent.

Bostedsfylke / kommune	Søknader %
Oppland	
Gjøvik	13
Lillehammer	8
Nordre Land	4,5
Gran	4
Jevnaker	4
Lunner	3
Søndre Land	3
Østre Toten	2
Vestre Slidre	1
Nord Fron	1
Nord Aurdal	1
Gausdal	1
Vestre Toten	1
Totalt Oppland	46,5
Hedmark	
Hamar	14
Elverum	5,5
Løten	3
Grue	2
Rena	1
Tynset	1
Åsnes	1
Ringsaker	1
Sør Odal	1
Totalt Hedmark	29,5
Akershus	
Hurdal	1
Nesodden	1
Hemnes	1
Fet	1
Totalt Akershus	4
Oslo	2
Vestfold	
Larvik	2
Tønsberg	2
Re	2
Andre kommuner i Vestfold	3
Totalt Vestfold	9
Søknader fra andre kommuner	
Notodden	2
Gol	2
Bærum	1
Karmøy	1
Arendal	1
Herøy	1
Våler	1
Totalt andre kommune	9
Totalt (n)	100 (173)

Tabell 7: Bostedskommune for pasienter søkt til Fekjær 2011, prosent.

Bostedsfylke / kommune	Søknader %
Oppland	
Lillehammer	13,3
Gjøvik	8,1
Vestre-Toten	6,8
Søndre-Land	4
Jevnaker	4
Østre-Toten	4
Lunner	2,7
Etnedal	1,3
Gran	1,3
Nord-Aurdal	1,3
Dovre	1,3
Vestre-Slidre	1,3
Nordre-Land	1,3
Totalt Oppland	50,7
Hedmark	
Ringsaker	8,1
Hamar	5,4
Elverum	4
Løten	4
Grue	1,3
Stor-Elvdal	1,3
Stange	1,3
Totalt Hedmark	25,4
Oslo	2,7
Akershus	
Asker	1,3
Bærum	1,3
Totalt Akershus	2,6
Vestfold	
Tønsberg	5,4
Horten	4
Re	1,3
Nøtterøy	1,3
Tjøme	1,3
Totalt Vestfold	13,3
Finnmark	
Porsanger	2,7
Totalt Finnmark	2,7
Buskerud	
Ringerike	1,3
Røyken	1,3
Totalt Buskerud	2,6
Antall (n)	100 (119)

Antall liggedøgn Fekjær 2009

Tabell 8 viser belegg i form av antall liggedøgn ved Fekjær etter fylkeskommune for 2009. Belegget for 2009 var 103 %.

Tabell 8: Belegg pr fylkeskommune for 2009, prosent.

Fylke	Belegg %
Oppland	60
Hedmark	12
Sogn og Fjordane	9
Vestfold	8
Oslo	5
Akershus	3,5
Buskerud	2
Telemark	0,5
Totalt	100

Mye av året 2009 fulgte Fekjær retningslinjer om ikke å ta inn pasienter utenfor Sykehuset Innlandet sitt opptaksområde. Pasienter utenfor SIs område ble kun innlagt i de tilfeller der innleggelsen ble godkjent for gjestepasientoppgjør fra de respektive helseforetak. Flere gjestepasienter stod derfor på venteliste gjennom året 2009. Imidlertid har praksis for fritt sykehusvalg endret seg. For Fekjær sitt vedkomne fører dette til at alle søknader i dag blir prioritert ut ifra prioriteringsforskriften, uavhengig av bosted. Begrensningen av pasientinntak utenfor SI sitt opptaksområde for deler av 2009, viser plantenkningen som gjelder i dagens modell for helsevesenet. Fekjær har siden 2009 blitt ytterligere inkludert i Sykehuset Innlandet og er i dag inkludert i ordningen med fritt sykehusvalg på lik linje med andre enheter i sykehuset. Fritt sykehusvalg gjør at Fekjær står sterkere og gjør Fekjær mindre sårbar for plantenkningen innenfor dagens modell. Det kan se ut som om Fekjær står sterkere i det vanlige pasientmarkedet. Den geografiske spredningen i søknadsmengden er et uttrykk for det. Men utviklingen viser også dobbeltheten i Fekjærs situasjonen. Fekjær har mange fordeler av å være en integrert del Sykehuset Innlandet og slik bli en del av det planstyrte helsetilbud sykehuset representerer. Samtidig er det fristende for Fekjær å ”prøve seg” i ”fritt-

sykehus-markedet” og slik frigjøre seg litt fra det innlandske planstyret. I øyeblikket rir altså, og for så vidt i økende grad, Fekjær begge hester, men glir med det for så vidt litt ut av Innlandets stramme hierarkiske styre.

5.2 Svakheter / Weaknesses – Indre

5.2.1 Spesialistdekning

Fekjær har en utfordring i å rekruttere og holde på akademisk utdannet personell. En liten institusjon som Fekjær har også en utfordring dersom de viktigste fagfolk ikke fungerer godt (sammen), eller det oppstår konflikter eller lignende. I slike tilfeller kan konsekvensene for virksomheten bli påtagelige. I større organisasjoner kan en redusere konflikter ved å flytte ansatte til andre avdelinger. Den muligheten har man ikke ved en liten institusjon som Fekjær.

Alf Skar sier at en svakhet med Fekjær er forholdet til kompetanse og spesialistdekning. Han sier at ”psykiaterdekningen er sårbar”. Blir den for lav, vil det føre til faglig svakhet. Han framholder at behandlingstilbudet i dag er faglig godt, men at institusjonen er sårbar ved eventuell sykdom eller vakanser. Torgersen viser til det samme, at psykiaterdekningen er sårbar og at psykiaterstillingen burde vært en hel stilling. Dagens psykiater har en større stillingsandel enn Torgersen hadde, men sårbarheten og fagmiljøet for spesialistene er lite. Torgersen legger til at økningen i antallet psykologer har redusert behovet for henne som psykiater noe. Kontinuiteten i spesialistmiljøet har så langt kamuflert noe av den sårbarhet den beskjedne spesialistbemanning har representert. Som nevnt, har også stabiliteten og kompetansen i den øvrige stab, kompensert noe for den litt tynne spesialistbemanning.

Av andre svakheter er det noe sirkulasjon blant personalet ved Fekjær som tidligere nevnt. Det er mange fagprofesjoner, men nyansettelser og turnover tar energi gjennom opplæring og rekruttering. Fekjær rekrutterer godt med fagfolk til alle ledige stillinger, og de fleste gode fagfolk trives og liker godt arbeidssituasjonen de har ved Fekjær. Imidlertid finner en del ansatte seg ikke til rette i et lite bygdemiljø og ønsker seg til et større miljø for å utvide sitt faglige nettverk.

5.2.2 Beliggenhet

Som tidligere nevnt ligger Fekjær psykiatriske senter i Hedalen i Valdres. Hedalen ligger ca 120 km fra Oslo og ca 70 km fra Hønefoss og Fagernes. Hedalen ligger rett ved Vassfaret og mulighetene er derfor gode for fiske og friluftsliv. Bygda Hedalen har ca 900 innbyggere og Sør-Aurdal kommune totalt ca 3200 innbyggere. Beliggenheten gir muligheter, men også begrensninger. I rekrutteringen til Fekjær er en avhengig av å hente inn utdannet personell utenfor lokalmiljøet. En er avhengig av at de som flytter til området trives slik at de blir værende på Fekjær en viss tid. Rekruttering av fagspesialister er en utfordring for en kompetansebedrift som ligger i et område med et lite befolkningsgrunnlag, og Fekjær har på bakgrunn av beliggenhet og det faktum at mye personell flytter til Hedalen for å jobbe, bygget egne personalboliger. Dette er et boligkompleks med 12 boenheter, inklusive boenheter for studenter.

Men beliggenheten kan også være en styrke for rekrutteringsarbeidet. Naturen og aktivitetene er viktige i behandlingstilbudet ved Fekjær. Personale med interesse for natur, aktiviteter og friluftsliv søker seg til Fekjær nettopp av den grunn.

I et ”metropoliserende” samfunn er universitetsutdannede den gruppen det er mest krevende å rekruttere. Befolkningen i ”utkant” Norge blir eldre og ungdom etablerer seg i stor grad i tettsteder eller byer. En vet også at utdanningsnivået generelt i distriktsnorge er lavere enn i bykommuner og på større steder. På bakgrunn av dette deltok Fekjær i et regionalt prosjekt i Valdres hvor målet var å tiltrekke seg innflyttere fra Nederland, noe som har gitt resultater. Fekjær har de siste årene rekruttert psykolog/psykologspesialist og psykiatriske sykepleiere fra Nederland. Flere står klare for å emigrere. Mange som kommer fra ”overbefolkede” områder i Europa ønsker seg en tilværelse hvor en har bedre plass. Nederland har ca 17 millioner innbyggere på et landareal som er tilnærmet like stort som Oppland og Hedmark fylke. Dette gir en befolkningstetthet som er svært høy, og deler av befolkningen i eksempelvis Nederland ser derfor på distriktskommuner i Norge som attraktive. Dette er noe institusjonen har forsøkt å nyttiggjøre seg av i rekrutteringen av medarbeidere med kompetanse og erfaring. I perioder har Fekjær også rekruttert flere danske og svenske sykepleiere på grunn av dårlig arbeidsmarked i våre naboland. Beliggenheten er på den ene siden en svakhet når det gjelder rekruttering, men på den andre siden viser eksemplene overfor at beliggenheten kan være attraktiv for fagpersoner i Nord – Europa som nettopp søker seg til noe annet enn en urban tilværelse.

Beliggenhet har også betydning når det gjelder behandlingstilbudet. Styrkene ble, som vi har sett, pekt på både av Skar og Torgersen. Skar mener at beliggenheten kan være en svakhet for pasientflyten mellom ulike behandlingssteder. Videre peker han på at beliggenheten kan gjøre det vanskeligere å få nok pasienter, selv om han understreker Fekjær ikke har merket det ennå. En ser av søknadene til behandling at pasienttilstrømningen kommer fra et stort opptaksområde Det kan faktisk se ut som om pasienter og henvisere (DPS) søker til Fekjær på grunn av det særegne behandlingstilbudet, og her er beliggenheten nærmest en del av ”tilbudet”. Torgersen ser beliggenheten som en svakhet fordi den gjør at mange pasienter får stor avstand til hjemmet. Hun nevner at mange har lang reisevei hjem når de skal ha permisjon. Det gjelder også i innlandsfylkene: Kommunikasjonen på tvers i fylkene Hedmark og Oppland er ofte dårlig. Den lange reiseveien kan gå ut over pasienters rehabiliteringsløp, mener Torgersen. På den andre siden sier hun at dårlig kommunikasjon gjør det vanskeligere å avbryte behandlingen impulsivt, noe hun mener er en styrke for behandlingstilbudet til denne gruppen pasienter.

5.2.3 En sårbar – liten institusjon

Skar mener det er viktig at institusjonen knyttes til et nettverk som reduserer institusjonens sårbarhet. Dagens tilknytning til Sykehuset Innlandet mener Skar gjør at Fekjær er knyttet til et stort og godt nettverk. Dersom Fekjær blir skilt ut fra Sykehuset Innlandet mener han institusjonen blir svært sårbar. Da må Fekjær være beredt til å skaffe seg andre oppdragsgivere og samarbeidspartnere. Fekjærs relasjonsbygging overfor en rekke offentlige myndigheter må sees i dette lys. Fekjærs offentlige ”forbindelser” gjør det vanskeligere for bevilgende myndigheter å legge ned institusjonen.

De ulike regionene og dalførene på Østlandet har fått muligheter til å styrke de næringsklyngene som finnes i dag. Studien har tidligere vist til næringsklyngen, Helse I Valdres. De mest fremtredne helsebedriftene i Valdres er Beitostølen Helsesportsenter, Tonsåsen Rehabilitering og Fekjær psykiatriske senter. Bedriftene er ulike, det samme er kontraktene og avtalene de ulike aktørene har til helseforetakene. Beitostølen Helsesportsenter og Tonsåsen Rehabilitering har avtale med Helse Sør - Øst RHF. Felles for alle helsebedriftene er at de produserer helsetjenester innenfor det offentlige segmentet. Helse I Valdres har fått innvilget et Arena – prosjekt gjennom Innovasjon Norge. Dette gir bedriftene muligheten i prosjektperioden til ulike utviklingsprosjekter og til å bygge relasjoner med

andre helsebedrifter som har liknende utfordringer. Klyngesamarbeidet arbeider for tiden overfor Norges forskningsråd for å utvikle forskningsprosjekt. Samarbeid med interesseorganisasjonen Helse I Valdres kan være med å redusere sårbarheten til Fekjær som liten institusjon.

Skar peker på viktigheten av at Fekjær er knyttet til et nettverk som reduserer sårbarheten. Han peker eksempelvis på de hyppige nye faglige retningslinjer som kommer, strømmen av veiledere fra Helsedirektoratet og en generell utfordring med å holde tritt med utviklingen i helsesektoren. Skar understreker hvor viktig det er for Fekjær å ha sykehustilknytningen for å ”henge med” i fagutviklingen og utviklingen av den overordnede styringen av helsetjenesten.

5.2.4 Sårbar – avhengig av dagens eier Elling Fekjær?

Fekjær er svært nært knyttet til dagens eier, Elling Fekjær. Fekjær psykiatriske sykehjem ble etablert av Elling Fekjær i 1971. Elling Fekjær har vært institusjonens leder og ansikt utad gjennom hele dens liv. Hans visjoner og ideer gjennomsyrrer bedriften.

Situasjonen Fekjær står overfor kan sammenlignes med den Modum Bad stod overfor de siste årene Gordon Johnsen var leder på Modum: Til det siste stod og falt mye med Johnsen. Det er en sårbar fase Fekjær står overfor når Elling Fekjær i løpet av senest de neste 10 - 15 årene vil trekke seg ut av driften av institusjon. I denne fasen er det viktig hvilken jobb Elling Fekjær selv gjør for å legge til rette for å unngå at Fekjær får lignende problemer som Modum Bad fikk. Det dreier seg om å finne en ny eier, eller eiere, og leder. I denne forbindelse blir det viktig at Fekjær finner en mer robust, institusjonalisert eiertilknytning og ledelsesform.

At Fekjær er så preget, og avhengig av, en person, har vært en styrke – ja, det har vært avgjørende, for at institusjonen ble etablert og har vokst og ”blomstret”. Men den personlige avhengigheten er også noe som gjør institusjonen sårbar. Små institusjoner lykkes gjerne på grunn av spesielle ledere. Men dette gjør institusjonene svært sårbare på lengre sikt.

Parallellen til Modum Bad og Gordon Johnsen er igjen åpenbar. Det hadde ikke blitt noe Modum uten Johnsen. Men Modum var mindre sårbar enn Fekjær fordi institusjonen også hadde en institusjonell forankring i et kristent miljø og hadde et styre som støttet sterkt opp om institusjonen. Fekjær er mer ensidig knyttet til Elling Fekjær, og det vil slik kunne bli mer kritisk for Fekjær når Elling Fekjær slutter enn det var for Modum Bad da Gordon Johnsen sluttet.

Modum Bad har hatt sine tre ”storhetstider”. Modum Bad ble grunnlagt av legen Thaulow i 1857 og gikk nærmest i oppløsning etter Thaulows død i 1894. Dette banet vei for legen og psykiateren Gordon Johnsen som gjorde institusjonen om fra bad til nervesanatorium og ledet og utviklet institusjonen fra 1957 til 1976. Etter dette fikk Modum Bad, som nevnt, igjen en vanskelig tid før Ole Johan Sandvand ble direktør i 1991 (Berg 2012). De tre ”storhetstider” viser hvor avhengig Modum Bad har vært av sine ledere. Små institusjoner som er avhengig av en spesiell leder, blir sårbare ved lederskifter. På et eller annet tidspunkt må de institusjonalisere både eierskap og ledelse for å overleve, og enda mer for å blomstre.

5.2.5 Ventetid innleggelse

Fekjær har lang ventetid for innleggelse, og en del pasienter må vente et halvt til ett år før de får innleggelse. Det kan gå ut over nytten av behandlingen; behovene er jo ofte akutte. Lang ventetid gjør også at vurderingssamtalene mister noe av sin betydning. Mens pasientene venter på å bli lagt inn, får de ofte hjelp av kommunen som imidlertid ikke kan hjelpe like effektivt som spesialisthelsetjenesten kan. Kommunen må på denne måten bruke ressurser pasienten hadde trengt etter utskrivelse før innleggelse, ressurser kommunen kanskje ikke i nødvendig grad har. Slik kan det lett oppstå onde sirkler både for pasientene og for hjelpeapparatet.

5.3 Muligheter / Opportunities – Ytre

5.3.1 Særtrekk i behandlingstilbudet

Alf Skar sier at mulighetene for Fekjær ligger i å utvikle videre de særtrekk som institusjonen har som behandlingsinstitusjon. Som vi har nevnt ovenfor, det er særtrekkene som gir Fekjær ”merverdi”. Særtrekkene skal imidlertid ikke bare være ”sære”. De skal være knyttet til tilbud myndighetene, RHFene inkludert, er spesielt opptatt av å gi. For Fekjær betyr det at institusjonen må spesialisere seg noe, men slik at den forholder seg offensivt til de nasjonale føringer som er gitt for DPS-tjenesten og sykehusavdelingene (DPS Veileder 9/2006), deriblant de prioriteringer som fremgår av Prioriteringsforskriften.. En slik spesialisering og tilpasning representerer også farer; man kan basere seg for mye på dagens politikk og overse de farer det representerer, samtidig som man blir ”blind” for de muligheter morgendagens ”marked” (pasienter) representerer.

Døgnerheten ved Fekjær har i dag et behandlingstilbud for unge pasienter, 18 -35 år, som har sammensatte alvorlige psykiske lidelser ofte i kombinasjon med rusproblematikk.

Behandlingstilbudet ved Fekjær legger til rette for at alle pasienter får bruke sine ressurser samtidig som behandlingen innebærer tradisjonell psykiatrisk behandling med psykoterapi, kognitiv terapi, medikamentell behandling eller ulike former for gruppebehandling. En idrettskonsulent er med i de daglige aktivitetene og tilrettelegger for at pasientene skal få fysisk utbytte av aktivitetene og oppleve mestring. Dette kan sies å være noe av det som er særegent for, eller ”patentet” til, Fekjær. Pasientene ved Fekjær er unge funksjonsfriske mennesker. De sliter med alvorlige sammensatte psykiske problemer, men er fysisk friske. Miljøterapien og aktivitetene legger til rette for at den enkelte kan bruke og utvikle sine ressurser. Ressursene disse unge funksjonsfriske menneskene har, er store, men de psykiske problemene på hjemmebane har kommet i veien for det potensialet de har. Fysisk aktivitet og opplevelsen av å mestre og å lykkes, gir overskudd og energi. Aktivitetene har i tillegg et siktemål med at de skal være givende og meningsfulle, slik at de unge menneskene opplever seg selv som nyttige. For mange er dette en ukjent opplevelse, da de sammensatte psykiske problemene alltid tidligere har kommet i veien for at de kunne lykkes.

Behandlingstilbudet ved Fekjær er dokumentert via forskningsprosjektene fra Høgskolen i Gjøvik, men en kan tenke seg at dette ytterligere bør dokumenteres ved akademisk forskning. Fremtidige muligheter kan ligge i systematisk utprøving og dokumentasjon av ulike miljøterapeutiske tiltak, kvalitetsforbedring, utvikling av behandlingsmetodikken og dynamikken i miljøterapien. Det spesielle ved behandlingstilbudet gir altså viktige muligheter for Fekjær. Men særtrekkene i behandlingen kan også bli en trussel dersom miljøterapien forklares for ”banalt”, eller en ikke prioriterer den akademiske forskningen høyt nok og at miljøterapien slik mister sin anseelse.

Behandlingstilbudet ved Fekjær for unge pasienter med alvorlige sammensatte lidelser, er allerede til en viss grad spesialisert. Institusjonen behandler ikke de pasienter som tas hånd om av sikkerhetspsykiatrien eller pasienter med aktive psykoser. Rehabilitering og videre behandling etter den mest aktive psykosefasen, har imidlertid Fekjær god erfaring med. Behandlingstilbudet er slik sett allerede spesialisert, selv om Fekjær tar seg av de mest hyppige forekomstene av psykisk sykdom. Ut fra de muligheter Alf Skar mener det ligger i videre spesialisering, kan en tenke seg spesialisering innenfor ulike sykdomsgrupper, gjerne knyttet til egne enheter. En kan tenke slik tenke seg spesialisering i en enhet for psykisk

sykdom og rus (ROP – lidelser), en enhet for traumer og overgrep, en enhet for psykoserehabilitering, en enhet for angst og en enhet for personlighetspsykiatri. Dette kan i prinsippet bane vei for at institusjonen kan vokse. En større organisasjon vil ikke være så sårbar som dagens institusjon er. Den vil, om man gikk denne veien, bli mer robust både hva gjelder spesialistdekning og fagmiljø. Flere enheter, ved Fekjær, innebærer muligheter for større volum og for ansettelse av flere psykiatere og psykologer.

5.3.2 Etterspørsel etter psykiatriske spesialisthelsetjenester

Dagens samfunn har et stort behov for psykiatriske tjenester. Torgersen peker på den store søknadsmengden til Fekjær og mener at den viser at det er et stort behov for psykiatrisk døgnbehandling innenfor spesialisthelsetjenesten. Hun påpeker det store antallet søknader både fra DPS, fastlege og sykehusavdelinger, og mener behovet fremover er stort for døgnplasser som har fagfolk. Videre peker hun på viktigheten av at pasientene har mulighet for litt lengre behandlingstid, og mulighet for å komme bort fra sine problemfylte miljø for en periode. De trenger å komme bort for å få redusert stressnivået nok til å være i stand til å bearbeide sin sykdom. Torgersen sier at hun ikke er i tvil om at behovet for psykiatriske behandlingstilbud for unge mennesker i den gruppen som Fekjær har spesialisert seg på, er svært stort. På den andre siden hjelper det lite med et godt faglig tilbud dersom behandlingstilbudet ikke samsvarer med hva samfunnet etterspør av offentlige spesialisthelsetjenester. Skar mener at det er et stort behov for psykiatriske tjenester i samfunnet fremover, selv om psykiatrien i innlandet for tiden skal reduseres. Skar uttrykker at økte nedskjæringer i Sykehuset Innlandet og andre steder i sykehussektoren, gir Fekjær større muligheter. Behandlingstilbudene blir færre, men behovet for behandling er ikke mindre. Mulighetene for Fekjær forutsetter imidlertid at institusjonen får en avtale med ”en bestiller” som er villig til å betale for behandlingstilbudet.

Stor etterspørsel og lange ventelister til behandling, skulle gjøre at institusjonen kan vokse og utvides ytterligere. Behovet og etterspørselen fra pasientene er der, men utfordringene ligger i at en bestiller må være interessert i å finansiere behandlingstilbudene. Statistisk sentralbyrå (2012) viser til reduksjon av døgnplasser i psykisk helsevern og en økning innenfor tverrfaglig spesialisert rusbehandling. Ved at denne trenden fortsetter, kan en tenke seg muligheter for utvidelse av behandlingstilbudet innenfor spesialisert rusbehandling eller ROP – pasienter (rus og alvorlig psykisk sykdom). Den økende endringstakten i samfunnet, med de

raske skifter og omstillinger det ofte fører med seg, blant annet flere brutte familierelasjoner, ser ut til å gi ikke bare et stort, men et stadig større, behov for den type behandling Fekjær gir unge mennesker. Men de økende omkostningene helsevesenet opplever, også relativt sett, kommer til å gjøre dragkampen om ressursene hardere. Fekjær har en stor utfordring her, spesielt av politisk-pedagogisk art. Men det hjelper institusjonen at den har behovstallene stadig tydeligere på sin side og at dem behovene gjelder, er unge mennesker.

5.3.3 Behandlingstilbud i ulike markeder – modeller og avtaler

Fekjær har som nevnt en avtale og et godt samarbeid med Sykehuset Innlandet. Avtalen og det gode samarbeidsforholdet ser ut til å gi Fekjær gode muligheter til faglig- og administrativ støtte og utvikling. Dette er viktig for en liten institusjon. Begge respondentene peker på ulike muligheter fremover for Fekjær. Torgersen er inne på muligheten Fekjær har til å bli definert som et DPS. Hun forteller at hennes fagmiljø i Sykehuset Innlandet oppfatter pasientgruppen Fekjær behandler som pasienter som etter dagens politikk skal behandles i DPS. Det er tidligere henvist til prosjektet Psykisk helsevern (i Sykehuset Innlandet) som skal bidra til at organisasjonen tilpasses nasjonale føringer og føringer i DPS-veilederen. Veilederen legger opp til 50/50 ressursfordeling mellom DPS og spesialisthelsetjenesten. Dette skal ytterligere endres til 60/40 fordeling i favør DPS (DPS – veileder 9/2006). Torgersen spør i denne sammenheng om det kan være en mulighet for Fekjær å definere seg innenfor DPS-nivået, eller om Fekjær kan få avtale med et regionalt helseforetak. Inngangsport og utgangsport for spesialisthelsetjenesten skal være et DPS som skal være lokalisert i nærområdet til pasientene. Fekjær rekrutterer pasienter fra store deler av Østlandet, men det ser ut til at en svært liten del av pasientene kommer fra lokalmiljøet i Valdres. Det er, allikevel, en mulig tanke at Fekjær bør forsøke å definere seg som et DPS eller utvikle en enhet ved Fekjær med DPS-funksjon (som Modum Bad har gjort for sitt nærområde). Torgersen ser at Fekjær kan bli en salderingspost i sykehuset, når budsjettet til sykehusfunksjonene skal reduseres betraktelig. Derfor stiller hun spørsmålet om det er mulig for Fekjær å definere seg som et DPS, eller om det er en mulighet å inngå avtale med Helse Sør - Øst (a la den avtalen Modum Bad har).

Alf Skar peker på mulighetene Fekjær har i det private markedet. Selv om Fekjær i dag har en avtale med Sykehuset Innlandet, tror han Fekjær også har muligheter i andre markeder. Dette henger nært sammen med utviklingen i det norske helsevesen. Norge har i dag et 100 % offentlig planstyrt helsevesen. Dette styres fra politikere og storting gjennom helse – og

omsorgsdepartementet til de ulike regionale helseforetak. Innenfor det offentlige planstyrte helsevesen kan en tenke seg at fortsatt integrering av behandlingstilbudet til Fekjær kan være en mulighet. Relasjonen til sykehuset er således svært viktig. Utviklingen av behandlingstilbudet i tråd med nasjonale føringer og sentralsykehusoppgaver blir i denne modellen sentral.

En kan imidlertid tenke seg andre modeller for hvordan sykehusetjenestene vil utvikle seg. Helsevesenet kan for eksempel utvikle seg mer mot en mer rendyrket bestiller – utfører modell enn hva sykehusene har i dag, for eksempel i retning av den modellen man finner i det britiske helsevesen. I Storbritannia har man i over 20 år forsøkt å lage et tydeligere skille mellom bestillere og utførere av helsetjenester. En kan tenke seg en modell i Norge hvor RHFene er bestillere, mens de ulike HF, eller andre tilbydere, konkurrerer om å levere helsetjenester. I denne modellen kan en legge til rette for konkurranse på kvalitet og pris. I et slikt marked vil mulighetene for private tilbydere bli større enn i dag. Innenfor det planstyrte offentlige helsevesen vil tilbydere av helsetjenester måtte skaffe seg en ”plass” i planverket. En bestiller – utfører modell vil gi tilbydere større mulighet i konkurransen med andre aktører. De ulike HF, eller andre leverandører, kan i prinsippet ha hvilken som helst organisasjonsform. De ulike HF eller tilbydere, kan gjerne være statlige, men de må være organisert slik at de kan være reelle konkurrenter. Fordelen med en slik modell vil være at staten bestiller helsetjenestene, og legger til rette for konkurranse om pris og kvalitet, og dermed gir mulighet for å hente ut en konkurransegevinst. Norge har en svært annerledes geografi og derfor også et annet bosettingsmønster enn andre europeiske naboland. Dette kan ha stor betydning for i hvilken grad og eventuelt i hvilken form, en slik modell vil være mulig innenfor det norske helsevesen.

Vi har så langt beskrevet en planstyrt modell og en bestiller – utfører modell med større innslag av konkurranse på systemnivå mellom ulike tilbydere av helsetjenester. En annen form for bestiller – utfører modell kan man tenke seg hvor den enkelte pasient selv blir bestiller. De offentlige pengene følger da den enkelte pasient, og hver enkelt velger selv leverandør. Det vil i en slik, markedspreget, modell være konkurranse på brukernivå.

Andre europeiske land har andre modeller. I Nederland har man de senere år innført et forsikringssystem som er obligatorisk premiebasert, mens det norske systemet er basert på et obligatorisk skattebasert system. Begge systemene har sine styrker og sine utfordringer. I

andre land og samfunn har man igjen andre modeller for å finansiere helsetjenesten. Alle modeller har sine kjerneverdier og styrker og svakheter.

Tabell 9: Modeller for forsikringssystem i helsevesenet (Hagen 2008).

	Premiebasert forsikring	Skattebasert forsikring
Frivillig forsikring	USA	
Obligatorisk forsikring	Tyskland, Nederland	Norge (USA, de eldste og yngste)

Det obligatorisk premiebaserte forsikringssystemet i Nederland innebærer at den enkelte selv velger sin forsikring mellom ulike forsikringsselskaper som finnes i markedet. En forsikringsgrunnpakke inneholder et sett av helsetjenester som er regulert av staten. Regulerende myndighet har avgjort hvilke helsetjenester de mener skal være for alle. Ut over dette kan innbyggerne i Nederland velge tilleggsforsikringer fra de ulike selskapene. Mer enn 90 % av den nederlandske befolkningen har frivillig tilleggsforsikring ut over grunnpakken (Varkevisser, 2009). I Norge har man frem til i dag hatt lite innslag av tilleggsforsikringer.

De senere år har etterspørselen etter private forsikringer økt sterkt også i Norge. Et eksempel på det stod å lese i Oppland Arbeiderblad, 29.03.10: Moelven industrier hadde fornyet sin avtale om helseforsikring med et forsikringsselskap. Moelven industrier hevder at selskapet gjennom avtalen ville spare både samfunnet og bedriften for millioner av kroner samtidig som den ville bidra til å redusere de ansattes lidelser. Forsikringen gjør at de ansatte slipper å stå i offentlig helsekø, de kommer raskere til spesialist og får raskere behandling (Oppland Arbeiderblad 2010). NRK1 nyheter presenterte 01.11.12 et tilsvarende nyhetsoppslag om det norske forsvaret. Forsvaret har inngått en privat forsikringsavtale som innebærer at soldater skal få raskere behandling. På denne måten slipper soldatene å havne på en del av de ordinære ventelistene i helsevesenet (NRK1 01.11.2012).

Landene på Kontinentet har i stor grad beholdt den gamle forsikringsfinansierte finansieringsmodellen for sine helsetjenester, ofte omtalt som Bismarck-modellen, etter det samlede Tysklands første rikskansler, Otto von Bismarck (1883). Pionerlandet Tyskland har

et system med obligatorisk kontraktsbasert forsikring gjennom arbeidsgiver (Hagen, 2008). Obligatorisk forsikring gjennom arbeidsgiver er et utbredt system i Europa. Dette systemet har sine ulike fordeler og ulemper. Blant annet passer det ikke så godt for dem som ikke er i arbeid.

Dersom Norge skulle velge en forsikringsmodell lik den man har i Nederland, eller et annet av landene på Kontinentet, ville det gi større konkurranse mellom ulike tjenestetilbydere i helsevesenet. Skulle vi velge for eksempel den nederlandske modell ville man også få konkurranse mellom forsikringsselskapene.

Noe av bakgrunnen for forsikringssystemet i Nederland ble gjort mer konkurransepreget, var ønsket om å begrense utgiftsveksten i helsetjenestene. I Norge har utgiftene til spesialisthelsetjenesten økt fra ca 50 milliarder kroner i 2002, ved innføringen av sykehusreformen, til ca 112 milliarder kroner i statsbudsjettet for 2013 (statsbudsjett 2013). Andelen av BNP til helse i Norge var i 1980 6,4 %, i 2003 10,3 % (Magnussen 2009). Nå er det litt lavere. De demografiske framskrivninger, spesielt hva gjelder befolkningens alderssammensetning, viser at etterspørselspresset, og med utgiftspresset, vil øke. Den stadige tilbudsutviklingen vil også bidra til å øke utgiftspresset. Dette betyr at det vil bli en stadig større utfordring å tilby gode ”gratis” helsetjenester og andre offentlige tilbud til befolkningen. Det vil det for så vidt også fordi aldersutviklingen gjør at andelen som skal bære velferdsbyrdene synker. Dette gjør at norske politikere om kanskje ikke så mange år vil måtte vurdere å gå over fra det hovedsakelig skattebaserte og nesten helfinansierende helsevesen til et noe mer privatbetalt forsikringsfinansiert helsevesen.

5.3.4 Forskning og utvikling

Vi har sett at Fekjær har vært og er, engasjert i fagutviklings- og forskningsprosjekter. Forskningen har vist at behandlingen på Fekjær har gitt gode resultater. Den har også påvist svakheter ved Fekjærs tilbud, svakheter institusjonen så har kunnet rette på. Fekjærprosjektene, har også lagt grunnlag for utviklingen av både Fekjærtunet overgangsboliger og det ambulante team.

Fekjærprosjektet viste imidlertid også at det var et behov for å styrke ettervernet og oppfølgingen av pasientene. Det førte til opprettelsen av Fekjær poliklinikk i 2004. En spesialistoppgave, skrevet av psykologspesialist Gunhild Haug Blakstvedt (Blakstvedt 2009),

dokumenterer at poliklinikken ved Fekjær ble opprettet ut fra behov hos pasientene, og ikke som andre poliklinikker, som er opprettet på bakgrunn av pålegg og planer som er kommet ovenfra. Spesialistkomiteen for psykologer har vist stor interesse for nettopp denne bakgrunnen for opprettelsen av Fekjær poliklinikk.

Poliklinikken gir Fekjær muligheter fremover. Det er en styrke for institusjonen å ha en godkjent poliklinikk i tillegg til døgninstitusjonen. Ved en eventuell utvidelse til flere behandlingseinheter vil poliklinikken være en styrke for det faglige tilbudet. Samtidig vil eventuelle nye enheter danne grunnlaget for en større virksomhet i poliklinikken.

Basisfinansieringen til Fekjær består av en rammebevilgning fra Sykehuset Innlandet, slik som finansieringen i psykiatrien i all hovedsak er. Poliklinikken gir imidlertid Fekjær muligheter til inntekter ut ifra aktivitet: Klinikken får en rammebevilgning fra sykehuset, men hvor aktivitetstall fra fjoråret legges til grunn for bevilgningen.

Det særegne behandlingstilbudet gir, som vist, dokumentert behandlingmessig effekt, og ”patentet” til Fekjær virker slik styrkende for institusjonen. Dette både krever og gir muligheter for videre forskningsaktivitet. Dersom et særegent behandlingstilbud ikke dokumenteres og synliggjøres gjennom akademisk forskning, kan det særegne, men udokumenterte behandlingstilbudet bli en fare for institusjonen. En ytterligere satsing på forskningsaktivitet ved Fekjær kan legge til rette for et større og mer interessant fagmiljø, og i større grad gjøre det mulig å dokumentere ”Fekjær-patentets” verdi.

En utfordring med et fagutviklings- og forskningsprosjekt er å skaffe finansiering. Gjennom utvikling av samhandlingsmodeller har Fekjær fått innvilget en søknad om tilskudd til forskning fra Helsedirektoratet. Dette forskningsprosjektet er et treårig prosjekt som nå er inne i sitt siste år. Høsten 2012 er det oppstart for forprosjektet om å beskrive Fekjærmodellen. I tillegg er det en god dialog mellom Fekjær og Norges forskningsråd om mulige nye forskningsprosjekter. Ett alternativt forskningsprosjekt omhandler telemedisin. Det vil eventuelt være et prosjekt hvor de menneskelige sidene ved telemedisin blir studert. Et annet aktuelt forskningstema er sammenhengen mellom fysisk aktivitet, friluftsliv og psykiatriske behandlingsmetoder. Dette prosjektet jobbes det aktivt med og målet er oppstart av et forskningsprosjekt i 2013, hvor en skal se på det faglige tilbudet ved Fekjær. Alf Skar mener pågående forskningsprosjekt er viktige for Fekjær.

5.4 Trusler / Treaths – Ytre

5.4.1 Avtale – levering av helsetjenester

En forutsetning for driften av Fekjær psykiatriske senter er at senteret har en avtale med en ”bestiller” av helsetjenester. Dagens avtale har, som tidligere nevnt, hele tiden vært knyttet til Oppland fylkeskommune og Sykehuset Innlandet. Alf Skar uttrykker bekymring for Fekjær dersom avtalen med Sykehuset Innlandet blir sagt opp, men han viser samtidig til muligheten for å inngå avtaler med andre. Markedet Fekjær opererer i er preget av ”dominerende” bestillere, og kundenes forhandlingsstyrke er enorm, som vist til i teorikapitlet. Fekjær er avhengig av en avtale med et HF eller RHF for å eksistere som helseinstitusjon i spesialisthelsetjenesten. Alf Skar ser også farer ved å miste den sterke tilknytningen til det faglige og administrative miljøet i sykehuset. Han tror det blir en utfordring å holde seg oppdatert både faglig og administrativt for Fekjær som en liten selvstendig institusjon. Skar viser til den store administrasjonen SI har for å fange opp samfunnsendringer, behandlingsmetoder, nye retningslinjer og føringer fra helsedirektorat og departement. Torgersen peker på økonomi og nedskjæringer i offentlige budsjett som den største trusselen for Fekjær. Hun viser til at fagtilbudet kan være svært godt og ha stor etterspørsel, men noen må være villig til å betale for det. Dette uttrykkes også av Alf Skar, som tror økonomiske nedskjæringer i det offentlige generelt er en fare for pasienttilbudet ved Fekjær og at en forutsetning for drift er avtale med en bestiller som vil betale for behandlingstilbudet.

Alf Skar tror den tette tilknytningen Fekjær har til Sykehuset Innlandet på et eller annet tidspunkt vil ta slutt. Et viktig spørsmål som må stilles er, ifølge Skar, hvor aktiv Fekjær skal være for å stå på egne bein og drive privat. Skar tror den valgte strategi om fortsatt å satse på tett tilknytning til Sykehuset Innlandet, er klok. Han peker på at faglig profil og nettverket til Fekjær blir avgjørende ved en eventuell overgang til en annen avtalepartner.

Bygningene og anlegget anses som strategisk viktig fremover. Det er avgjørende at institusjonen til enhver tid er godt vedlikeholdt, opprustet og for øvrig tilfredsstillende samfunnets fremtidige krav. Institusjonen er de siste år rustet opp bygningsmessig. Alle pasienter har enerom med bad. Nytt funksjonelt hovedkjøkken er ferdigstilt og generell oppussing er gjennomført. En godt oppusset og vedlikeholdt institusjon er mye vanskeligere å legge ned enn en utslitt institusjon. Dette var også en del av strategien til Ole Johan Sandvand

som rustet opp Modum Bad, i en tid med usikkerhet knyttet til finansiering og drift fremover (Sandvand 2009).

5.4.2 Spesialistdekning

Som tidligere nevnt kan en for lav spesialistdekning, være en fare i fremtiden. Skar peker på at det er grunnleggende for Fekjær å ha god dekning av spesialister; psykologspesialister og psykiatere. Skar viser til krav om god spesialistdekning i spesialisthelsetjenesten. Dette er viktig både ved poliklinikken og døgnenheten. Sårbarheten knyttet til det å være en liten institusjon er tidligere omtalt. Denne sårbarheten gjelder i høy grad tilgangen på spesialister som ved sykdom eller annet fravær eller i forbindelse med nyansettelser (det tar tid før nye er fullt ut på plass).

Befolkningsgrunnlaget er, som tidligere nevnt, lite i nærmiljøet til Fekjær. Institusjonen trenger derfor å rekruttere personell med den rette kompetansen fra områder utenfor Valdres. Spesialister er høyt utdannede ressurspersoner og akademikere, og som altså i stor grad kommer flyttende, eller pendler, til Valdres. Institusjonen har en utfordring i hvordan den kan legge til rette for å få og beholde nøkkelpersonell.

5.4.3 Ledelse

Fekjær har de siste årene utviklet ei ledergruppe, som foruten enhetsleder består av to assisterende enhetsledere som representerer hver sin gruppe ved døgnenheten, samt assisterende enhetsledere for poliklinikk, FOU og for økonomi og administrasjon. Lederskapet har et spesielt ansvar for å utarbeide målsetting og visjon, og for å motivere, engasjere og inspirere ansatte til å arbeide for å oppnå bedriftens målsettinger. Dette krever at ledelsen må sette seg ned for å drøfte og utvikle strategier fremover (Strand 2007). God ledelse, en godt fungerende ledergruppe og god ressursutnyttelse gir bedriften et fortrinn, slik at bedriften evner å bruke ressurser på videreutvikling og strategisk ledelse. Institusjonen kan ikke bare utføre kjerneoppgavene, men må også forholde seg strategisk til bedriftens framtid. En trussel for institusjonen er at den ikke evner å utføre annet enn kjerneoppgavene, og ikke har ressurser til nytenkning og strategiutvikling: Den forblir en driftsorganisasjon. Hele lederteamet må være aktive i strategiarbeidet for å integrere strategisk tenkning i organisasjonens daglige virke. En toppleder alene kan ikke gjøre dette arbeidet. Lederne må dyrke lederkulturen og utvikle strategiarbeidet. Dette må innarbeides i bedriftens kultur

(Strand 2007). Slik analysen viser, er ledelsesfilosofien ved Fekjær preget av strategiutvikling. Viktigheten av strategisk tenkning i organisasjoner underbygges i strategisk teori, som tidligere omtalt i studien. Visjonen fra Henri Dunant om å skape en organisasjon som skulle yte hjelp til skadelidende i forbindelse med krig og ufred, Røde Kors, er et prominent eksempel på realisering av en visjon.

Fekjær er i stadig utvikling og er en mer kompleks organisasjon nå enn tidligere. I dag drives behandling og virksomhet ved flere enheter. Ansvarsfordelingen og fordelingen av oppgaver kan bli mer utydelig i mer komplekse organisasjoner. Fekjær har vært en liten organisasjon hvor topplederen har hatt stor grad av kontroll over alle deler av virksomheten. Det er ifølge Strand (2007) viktig at alle klart kjenner sine arbeidsoppgaver og aktivt identifiserer seg med virksomhetens overordnede visjon, filosofi og målsetting. Det er en fare for institusjonen dersom organisasjonen endres raskere enn ledelsesstrukturen er i stand til å følge opp. Kontrollspennet for lederne må til enhver tid tilpasses organisasjonen. Fekjær har hatt en sterk leder, Elling Fekjær, som har hatt kontroll og oversikt over alle deler av virksomheten. Det kan være en fare for Fekjær at ledelsen blir for anonym, eksternt og internt, når en sterk leder trekker seg tilbake. En fremtidig mulighet for institusjonen, er som tidligere nevnt, vekst og utvikling. En utfordring med dette er at lederskapet og ansvarsfordelingen mellom ledere og ulike deler av organisasjonen, må endres i takt med organisasjonsutviklingen.

Skar trekker frem at renomméet til Fekjær kan bli en trussel, men understreker at det per i dag er godt. Skar mener det er en fare ved at spesialister søker pasienter til Fekjær, og i stor grad blir møtt av høyskoleutdannet helsepersonell med videreutdanninger, og ikke spesialister. En faktor i denne sammenhengen er, som tidligere nevnt, spesialistdekningen. Noe annet er hvordan den stedlige ledelse, enhetsledere og assisterende enhetsledere ivaretar den utadrettede virksomheten. Kvaliteten samfunnet forventer av spesialisthelsetjenesten må institusjonen sørge for å gi. Elling Fekjær mener toppledelsen må være faglig sterk. Faglig tyngde gir institusjonen bedre slagkraft både i og utenfor organisasjonen. Ut ifra dette er spesialistdekningen til institusjonen sentral. Sentralt er det imidlertid også hvor sterkt lederteamet er faglig, både innad i teamet og utad i resten av organisasjonen.

5.4.4 For anonym institusjon

Fekjær er avhengig av å følge med i den generelle samfunnsutviklingen. En trussel for institusjonen kan være at den blir for anonym i samfunnet. Institusjonen har prioritert god og nær dialog med aktuelle samarbeidspartnere. Dette gjelder dialogen med kommunen (Sør-Aurdal), med Sykehuset Innlandet, med Oppland fylkeskommune, med Fylkesmannen i Oppland, med politikere og med andre aktører som er viktige for samfunnsutviklingen. Jonas Gahr Støre sitt besøk på Modum Bad, som vi har nevnt tidligere, er et eksempel på et viktig besøk. Gjennom dette besøket ble helseministeren gjort personlig kjent med hva den enkelte private helseinstitusjon står for. Å være for anonym, er en fare for private helseinstitusjoner. Modum Bad er et eksempel på en institusjon som har lyktes i sin dialog med politikere og som har fulgt godt med i den generelle samfunnsutviklingen. Et eksempel på endrede samfunnsbehov, og som private institusjoner må være oppmerksom på, er de behovene som Forsvaret de siste månedene har eksponert. Forsvaret har, sier det, behov for et bedre helsetilbud for sine veteraner enn det som finnes i dag. På Modum Bad sine internettsider 12.10.12 kan en lese at Ole Johan Sandvand har invitert generalmajor Roobert Mood til Modum Bad (Modum Bad 2012 b). Forsvaret og generalmajor Mood har behov for et lavterskeltilbud til hjemvendte veteraner. Denne utfordringen har Modum Bad tatt, og institusjonen har kommet i dialog med Mood om mulige behandlingstilbud ved institusjonen. Dette er i tråd med strategisk teori som peker på viktigheten av gode relasjoner til mulige kunder. God dialog med mulige kunder er viktig for å gjøre den tjenesten leverandøren selger, tilpasset kundens behov (Strand 2007). Helsetilbudet kan på denne måte skreddersys til kundens behov. Bedriften kan slik utvikle et produkt som oppnår en særstilling sammenlignet med konkurrenter; jamfør posisjoneringsperspektivet til Porter (1980 1985 1998). Den type positiv oppmerksomhet og nyhetsoppslag som Modum har fått, viser at Modum Bad er en offensiv og fremtidsrettet institusjon. Den viser evne og vilje til å tilby svar på noen av de samfunnsproblemer som til enhver tid oppstår. På denne måten blir, og forblir, Modum kjent og bygger opp under et godt renommé. Badet bygger et "varemerke" på en måte som har åpenbar relevans for Fekjær.

Fekjær har som tidligere nevnt hatt Elling Fekjær som daglig leder og eier av virksomheten. Alf Skar peker på viktigheten av at institusjonen fortsatt har et bredt kontaktnett overfor dem som skal utvikle sykehustjenestene. Relasjonene må bygges opp mot dem som kommer til å være sentrale aktører i fremtiden, og ikke bare dem som har vært sentrale i utviklingen av

helsetjenesten de senere årene. Skar mener gode relasjoner til bygda, Sør-Aurdal kommune, Sykehuset Innlandet, politikere og andre blir viktig for utviklingen av institusjonen.

6 Oppsummering og drøfting av SWOT – analysen

Tabell 10a og 10b viser en skjematisk oppstilling av vår SWOT – analyse. I dette kapitlet drøftes de ulike egenskapene sett i forhold til hverandre.

Tabell 10a: Skjematisk oppsummering av SWOT – analysen, interne styrker og svakheter

	Styrker	Svakheter
Interne	<ul style="list-style-type: none"> - Særpreget – faglige særtrekk - Særpreget – beliggenhet - Liten institusjon – nær ledelse - Innovasjon – aktiv institusjon - Gode, og godt dokumenterte resultateter - Omdømme – relasjoner - Bekreftende personalkultur 	<ul style="list-style-type: none"> - Rekruttering – spesialistdekning - Beliggenhet - Sårbar – liten institusjon - Sårbar – avhengig av dagens eier Elling Fekjær - Sårbar – avhengig av beslutninger på HF- og RHF-nivå - Ventetid innleggelse

Tabell 10b: Skjematisk oppsummering av SWOT – analysen, eksterne muligheter og trusler

	Muligheter	Trusler
Eksterne	<ul style="list-style-type: none"> - Utvikle særtrekk i behandlingstilbudet - Stor/voksende etterspørsel etter psykiatrisk spesialisthelsetjeneste for Fekjærs målgrupper - Behandlingstilbud i ulike markeder – modeller – avtaler - Forskning og utvikling 	<ul style="list-style-type: none"> - Avtale – levering av helsetjenester - Spesialistdekningen usikker - Ledelse: usikker fremtid - Litt anonym institusjon – begrenset kontakt med omverdenen – relasjoner

6.1 Hvordan benytte bedriftens styrker i møtet med de fremtidige muligheter?

De faglige særtrekk ved Fekjær er beskrevet av begge respondentene, og styrkene ved behandlingstilbudet kommer frem i intervjuene. Skar mener særtrekkene i behandlingen er et viktig grunnlag det bør bygges videre på i møte med fremtidige muligheter innen psykisk helsevern. Dette innebærer å videreutvikle behandlingstilbudet overfor unge pasienter, behandling av ROP – lidelser, og å møte pasientene på en annen måte enn sykehus vanligvis gjør. Dette skjer blant annet gjennom en miljøterapi som knapt kan drives slik på andre steder enn ved Fekjær.

Årsrapporten fra Statistisk sentralbyrå (2012) viser at antall liggedøgn i psykisk helsevern for året 2011 har gått noe ned sammenlignet med tidligere år. Derimot har behandling innenfor tverrfaglig spesialisert rusbehandling hatt en svak vekst både i liggedøgn og utgifter, og det har vært en betydelig vekst de siste fem år. I hvilken grad dette er en utvikling som fortsetter i fremtiden, sier imidlertid ikke denne statistikken noe om. Nasjonale føringer tilsier at mest mulig psykiatrisk behandling skal skje poliklinisk og ikke i døgnavdeling. Noe av nedgangen

i antall liggedøgn i psykisk helsevern skyldes en overflytting av døgnplasser fra psykisk helsevern til tverrfaglig spesialisert rusbehandling (TSB). Dersom denne trenden fortsetter, kan en mulighet være å styrke særtrekkene ved behandlingstilbudet til pasienter med rus og psykiske lidelser. I følge nasjonale føringer skal behandlingstilbudet til ROP – pasienter fortsatt styrkes. Dette viser innsparingsprosjektet i SI, prosjekt psykisk helsevern 2011 – 2013, også til. Oppdragsdokumentet for Helse Sør - Øst fra helse- og omsorgsdepartementet inneholder for 2012 et mål om å styrke det samlede tilbud innen tverrfaglig spesialisert rusbehandling, og et mål om at flere pasienter skal fullføre behandling innen TSB (Oppdragsdokument 2012 Helse Sør - Øst RHF 2012). Disse føringene kan gi muligheter for Fekjær ved økt satsing på og utvikling av miljøterapien tilrettelagt for ROP - lidelser.

Analysen peker på styrker som faglige særtrekk, innovasjonsvilje og omdømme, og fremtidige muligheter i forskning og utvikling. Dette er egenskaper som bør sees i sammenheng med hverandre. Nasjonale føringer setter krav til spesialisthelsetjenesten om forskning og fagutvikling. De faglige særtrekk som respondentene fremholder, bør styrkes og utvikles da respondentene mener det faglige tilbudet i seg selv kan gi fremtidige muligheter. Dette må anses som Fekjærs kjernekompetanse, og den må forvaltes slik at kundene oppnår større verdier ved bedriftens tjenester enn ved andre bedrifters tjenester (Strand 2007). Kjernekompetansen bør dokumenteres og utvikles. For Fekjær som institusjon kan dette gi synergieffekter ved hjelp av et fag- og forskningsarbeid som styrker, dokumenterer og forbedrer det særegne faglige behandlingstilbudet og samtidig legger til rette for et større fag- og spesialistmiljø. I diskusjonen om videre faglig spesialisering må en også ha med farene som er beskrevet tidligere i analysen. Spesialiseringen må skje innenfor de krevende oppgaver som spesialisthelsetjenesten skal løse.

Styrker som faglig attraktivitet, godt omdømme og særpreget behandlingstilbud er viktig for Fekjær å benytte i møte med de mulighetene ulike modeller for avtaler kan gi. I det planstyrte helsevesenet, og ved en bestiller – utfører modell som er planstyrt, må styrkene formidles til beslutningstakerne i helseforetakene, de regionale helseforetakene og andre utøvende myndigheter og politikere. I en modell hvor pasientene selv er bestillere, selv om det offentlige er betalere, vil markedsføringen av styrkene til Fekjær også måtte rettes mer direkte mot potensielle ”kunder”.

6.2 Hvordan benytte bedriftens styrker for å redusere fremtidige potensielle trusler?

Det er viktig for Fekjær å bygge videre på sine sterke sider. Dette blir understreket i strategisk teori (Pfeffer og Salancik 1978). Det blir således viktig å styrke og videreutvikle det faglige særpreget, uansett hvilken modell som legges til grunn; en planstyrt offentlig eller en bestiller - utfører modell. Å gjøre det, understrekes av posisjoneringsperspektivet til Porter.

En kan tenke seg at styrken ved de faglige særtrekkene, kan bidra til å motvirke en av hovedfarene institusjonen har, nemlig faren for mangel på spesialistkompetanse. Det faglige særtrekket bør benyttes for å stimulere spesialister til å komme til Fekjær. Det bør også det gode omdømmet Fekjær har som en forskningsorientert og innovativ institusjon gjøre. Anerkjennelse gjennom forskerstillinger kan også være en mulighet Fekjær kan benytte seg av for å tiltrekke seg spesialister.

Fekjær må fortsette å utnytte fordelene ved å være en liten institusjon, som at beslutninger kan fattes raskt og at det er kort vei fra ledelse til realisering. For dyktige spesialister gir dette muligheter: De kan lansere ideer og kan se at ideene raskt kan omsettes til praksis. Her har Fekjær et stort fortrinn framfor store sykehus, hvor både beslutnings- og iverksettingsprosesser er svært omstendelige, så omstendelige at fagfolk ofte mister motivasjonen til å være ideskapere og blir, mer eller mindre resignerte, ”driftsfagfolk”. Fekjær kan bli, enda mer, et sted for folk som vil sette faglige spor etter seg, og som blir både oppmuntret til og belønnet for å gjøre det.

6.3 Hvordan kan bedriften komme over svakhetene i møte med fremtidens muligheter?

Fekjær er altså en liten, og derfor, sårbar institusjon. Som Alf Skar påpeker, vil det være viktig for Fekjær som liten institusjon å fortsette med å bygge ut kontakten med et større fagmiljø. Dette er godt ivaretatt gjennom dagens avtale med Sykehuset Innlandet. Dersom Fekjær i fremtiden må forholde seg til andre avtalepartnere, kan det knyttes nye bånd til andre sterke fagmiljøer for å redusere sårbarheten ved det å være en liten institusjon. Dette kan skje i dialog med bestilleren eller et annet fagmiljø. Fekjær er med i Virke, hovedorganisasjon for handel og tjenester, tidligere HSH. Denne tilknytningen kan brukes mer aktivt enn det gjøres i dag, eller man kan sammen med andre helsebedrifter bygge opp interesseorganisasjoner som

reduserer sårbarheten til de aktuelle institusjonene. Interesseorganisasjoner kan gjøre institusjonene mindre sårbare både faglig og administrativt. Dette kan virke styrkende når det gjelder trusselen Alf Skar peker på. Et samarbeid med andre private helsebedrifter vil kunne føre til at man samlet står sterkere overfor store bestillere som Helse Sør - Øst eller andre ”dominerende” bestillere av helsetjenester.

En svakhet ved organisasjonen i dag kan som nevnt være at den i så stor grad er knyttet til sin eier, Elling Fekjær. Fremtidige muligheter finnes hos ulike bestillere og i markeder hvor institusjonen kan levere helsetjenester. I møte med disse mulighetene kreves en bedrift som opptrer utadrettet og kan selge sitt behandlingstilbud. Fra institusjonens side kreves en løsningsorientert holdning i møte med samfunnets behov for helsetjenester. De utadrettede egenskapene til Elling Fekjær er gode. Men hvor avhengig er egentlig bedriften av at han alene selger og representerer institusjonen utad? Institusjonen kan trekke flere fra ledelsen inn i dette arbeidet for å komme styrket ut av det når Elling Fekjær ikke lenger leder bedriften. Dette kan gjøre institusjonen mindre avhengig og sårbar. Små institusjoner lykkes gjerne på grunn av spesielle egenskaper og ressurser hos lederen, slik eksemplene fra Modum Bad har vist. Ved å institusjonalisere Fekjær, altså gjøre institusjonen mindre personavhengig, kan den også gjøres mer robust.

6.4 Hvordan forholder bedriften seg til sine svakheter i møte med fremtidige trusler?

Det er pekt på at egenskapen ”liten institusjon” både er en styrke og en svakhet. I denne sammenheng blir et sentralt spørsmål hva bedriften selv kan gjøre for å gjøre styrken mer, og svakheten mindre, betydningsfull. Selv om litenheten gjør institusjonen sårbar, gjør litenheten den også lett bevegelig overfor endrede behov i samfunnet. Om litenheten i praksis blir en styrke eller en svakhet for bedriften, er altså avhengig av i hvilken grad den klarer å utnytte styrkene litenheten gir i en slik grad at svakheten nærmest forsvinner, eller i alle fall ”glemmes”. Ja, ved å utnytte litenheten offensivt kan man faktisk bli litt større, og slik få et større spesialistmiljø, men ikke bli så stor at institusjonen blir stiv og mindre tilpasningsdyktig.

I denne sammenheng er det viktig for institusjonen å jobbe for en utvidelse av behandlingstilbudet. Ved å utvide behandlingstilbudet med flere spesialenheter vil dette legge

til rette for en mindre sårbar spesialistdekning og en større og mer hardfør institusjon. I dag er nesten all drift konsentrert om avtalen med Sykehuset Innlandet. I tillegg forutsetter Fekjærtunet overgangsboliger en avtale med de aktuelle kommunene. Behandlingstilbudet knyttet til overgangsboligene er bygget opp rundt poliklinikken ved Fekjær. Dette tilbudet bygger slik opp under den eksisterende poliklinikk og det ambulante team. Poliklinikken kan imidlertid ikke alene eksistere på grunnlag av beboerne i Fekjærtunet. Poliklinikken er også avhengig av avtalen som døgninstitusjonen har med Sykehuset Innlandet. Sårbarheten til institusjonen som helhet vil reduseres dersom en bygger opp flere tilbud enn de som er i dag, tilbud som har andre bestillere enn sykehuset. Potensielle kundegrupper kan eksempelvis være Forsvaret, ulike medlemsorganisasjoner, hvor medlemmer kan benytte seg av tilbudet mot en egenandel, eller andre kundegrupper som er villige til å finansiere tilbudet selv.

Dersom det bygges opp et eller flere parallelle behandlingstilbud, vil de kunne omfatte polikliniske tjenester. Dette kan føre til økt aktivitet og dermed legge til rette for et større fagmiljø med flere spesialiststillinger. Søkningen til behandling ved Fekjær er stor, og etterspørselen i samfunnet etter behandlingstilbud for unge mennesker med sammensatte psykiske lidelser ser ut til å være økende. Dette er faktorer som kan gi Fekjær muligheter for å videreutvikle behandlingstilbudet til for eksempel flere avdelinger innenfor de fagområder Fekjær i dag har spesialisert seg.

I følge analysen er det en svakhet ved Fekjær at institusjonen er så sterkt avhengig av og knyttet til dagens eier, Elling Fekjær. En fremtidig trussel for institusjonen er faren for å bli anonym og ikke ha tilstrekkelig kontakt med viktige aktører i de relevante omgivelser. I intervjuet påpeker Alf Skar at Elling Fekjær har gode strategiske og relasjonelle evner. De som skal føre hans arbeid videre må ha de samme egenskaper, men de må være flere. Det er viktig at Fekjær som bedrift jobber for ikke å komme i samme situasjon som Modum Bad etter Gordon Johnsen. Vi har i denne sammenheng pekt på at Fekjær må institusjonaliseres, gjøres mindre personavhengig og få en bredere og tydeligere forankring både i politikk, helseforvaltning, organisasjonsliv og aktuelle markeder.

7 Strategiske anbefalinger

Avslutningsvis skal vi gi forslag til strategiske anbefalinger for Fekjær psykiatriske senter.

De strategiske valgene må selvfølgelig sees i sammenheng med samfunnsutviklingen. Et sentralt spørsmål er hvilke behov morgendagens samfunn vil ha for den psykiatriske behandlingen Fekjær tilbyr. Samfunnsendringene går i dag raskere enn tidligere. Det er mer omskiftelige omgivelser, store strukturendringer i næringslivet og flere familieoppløsninger. Alt peker i retning av at behovene for den psykiatriske behandlingen som Fekjær tilbyr unge mennesker med sammensatte behov, ikke vil bli mindre. Tilbudssiden blir også viktig å analysere. Tendensene i behandlingen har beveget seg mot en mer kompakt, strukturert behandling og mer automatiserte og spesialiserte behandlingstjenester. Sosialpsykiatrien, som behandlingstilbudet ved Fekjær i stor grad tilhører, har kommet på defensiven innen fagfeltet. Denne fagutviklingen kan virke truende for Fekjær. Men psykiatrien har vært preget av ”motesvingninger”. Forskingen ved Fekjær har dokumentert at det behandlingstilbudet institusjonen har, virker. Det blir viktig for Fekjær å fortsette både å utvikle sitt miljøterapeutiske tilbud, men kanskje i større grad tilpasse det til de tilbud som utvikles innen medikamentelt orientert psykiatri og kognitiv psykologi. Hele tiden blir det viktig at den behandling som gis blir fulgt opp med forskning: Kravene til dokumenterte resultater er høye i dag, men vil bli høyere i morgen.

En viktig faktor fremover blir hvordan helsevesenet utvikler seg. Omkostningene ved helsevesenet øker relativt sett, og helsebudsjettene gir større samfunnsøkonomisk belastning. Finansieringsutviklingen blir derfor stadig viktigere. I dag dominerer den planbaserte finansieringen: Pengene kommer ovenfra og er, eller skal komme, på et mest mulig objektivt grunnlag. Med et skille mellom bestiller, som kommer ovenfra, og utfører, kan den finansielle styringen bli enda strammere og mer resultatorientert. Hvis tilbudssiden etter hvert ”pluraliseres”, og private tilbydere kan konkurrere om oppdrag på like vilkår som offentlige, vil den finansielle styringen kunne fortsette å bli strammere og mer resultatorientert. Hvis Fekjær følger de strategiske råd som ovenfor er gitt, kan institusjonen ha fordel av en slik utvikling. Hvis bestillerne så også i større grad blir pasienter, ved at pengene i noen grad følger dem, kfr. den nederlandske modellen, kan det ytterligere gi muligheter for et resultatorientert og utviklingsbevisst Fekjær. På kort sikt vil vi nok fortsatt en tid ha et offentlig planstyrt helsevesen, men kanskje med en adskillelse av bestiller- og utførerrollene.

Fekjær må planlegge på kort sikt ut fra dette, men også se lenger inn i fremtiden og være beredt på en større omlegning av finansieringsformen.

Utfallet av stortingsvalget høsten 2013 kan føre til endringer i organiseringen av helsevesenet. Høyre har signalisert at de vil legge ned RHF - nivået, men det er noe uklart hva som kommer i stedet. Et regjeringsskifte kan være det som gjør at vi får et klarere skille mellom bestiller og utfører. Om et regjeringsskifte også vil innebære en begynnende pluralisering av tilbydersiden er usikkert, men ikke helt usannsynlig. De økte offentlige finansieringsproblemer vil imidlertid på litt lengre sikt sannsynligvis føre til en større grad av liberalisering av hele den finansielle styringen av helsevesenet. Det vil nok mer bety en mulighet enn trussel for Fekjær.

Flere av de strategiske anbefalingene som ovenfor er gitt, er imidlertid uavhengig av hvilke fremtidige helse(finansierings)modeller vi får. Det vil si, de blir antagelig viktigere jo mer liberale modellene blir. I tabell 11 er det gitt en oversikt over de strategiske anbefalingene som er lansert i det foregående.

Tabell 11: Strategiske anbefalinger.

Strategiske anbefalinger (pkt: 1 – 5, uavhengig av helsemodell)
1. Stadig utvikle det faglige behandlingstilbudet – med vekt på Fekjærs særtrekk
2. Institusjonalisere forsknings- og utviklingsvirksomheten, som en nødvendig parallell til behandlingsvirksomheten
3. Gjør personalpolitikken mer og mer dynamisk, både slik at rekrutteringen bedres og at de ansatte ”alle” blir proaktive fag- og institusjonsutviklere
4. Redusere sårbarheten på personalsiden ved å bygge ut institusjonen og knytte tettere bånd til andre og stadig flere fagmiljøer
5. Institusjonalisere Fekjær? Gjøre institusjonen mindre avhengig av en bestemt eier og en eneleder
6. Gjøre forholdet til dagens bestillere tettere og bedre, samtidig som man ”leter” etter nye bestillere, inkludert pasienter
7. Styrke arbeidet med å gjøre institusjonen kjent ”oppover”, ”utover” og ”nedover”

7.1 Godt faglig behandlingstilbud – videreutvikle faglige særtrekk

Grunnleggende for Fekjær fremover er selvsagt at institusjonen har et godt faglig behandlingstilbud. I oppsummeringen av analysen og valg av videre strategi vil det være sentralt å fortsette å styrke og utvikle det særegne behandlingstilbudet. Skar sier, som tidligere nevnt, at Fekjær bør fortsette å konsentrere seg om unge pasienter med psykiske lidelser i kombinasjon med rus, og gjøre det på den fekjærske, spesielt tilpassede, miljøterapeutiske måte. I tillegg må Fekjær svare på de bestillinger som kommer ovenfra, ikke minst fra Sykehuset Innlandet, men også det på fekjærske fagpremisser, altså med en kombinasjon av aktiv miljøterapi og individualterapi og annen anerkjent behandling som kognitiv behandling, medikamentell behandling, gruppeterapi, psykoterapi, eksponeringstrening, endringsfokusert rådgivning eller andre anerkjente behandlingsteknikker.

7.2 Forskning og utvikling

Behandlingstilbudet må så å si følges av forsknings- og dokumentasjonsvirksomhet som en skygge. Det er avgjørende for å kunne fortsette å ”selge” Fekjærs tilbud, enten ”salget” skjer ”oppover” eller ”nedover”. Denne følgeforskningen skal gi premisser for institusjonens egen ”produktutvikling”. Den skal være garantisten for at institusjonen beholder og styrker sitt faglige særpreg, og ”forsprang”.

Fekjær må også knytte sin forskning til den videre generelle fagutvikling. Skal institusjonen klare det må den også knytte seg til et sterkt og stort forskningsmiljø. En slik tilknytning kan også legge grunnlaget for at ansatte kan gjennomføre eksempelvis doktorgradstudier. Ja, en slik tilknytning er avgjørende for å vedlikeholde og bygge ut forskningstrykket ved institusjonen. På lengre sikt kan slik Fekjær selv utvikle en egen forskningsavdeling, noe som kan være med på å øke størrelsen på institusjonen og også slik redusere sårbarheten. For å være i stand til å gjennomføre forskningsaktivitet, må institusjonen være kostnadseffektiv (Pfeffer og Salancik 1978). Fekjær må i tillegg utvikle kompetanse på å skaffe finansiering gjennom tilgjengelige prosjekt-, forsknings- og utviklingsmidler.

7.3 Personalutvikling – spesialistdekning

De som skal bære og utvikle det særegne behandlingstilbudet er det til enhver tid tilgjengelige personalet. De ansatte må utvikles, stimuleres og motiveres til å gjennomføre og utvikle behandlingstilbudet. Personale må stimuleres til fagutvikling i alle ledd. Det er viktig at Fekjær jobber med å redusere sårbarheten når det gjelder spesialistdekningen. I denne sammenhengen har vi pekt på muligheter for blant annet økende grad av forskning som middel til å rekruttere dyktige spesialister.

Vi har sett at Fekjærs personalkultur er en styrke ved institusjonen: Den er preget av engasjement og offensivitet. Det er viktig å ta vare på og utvikle denne kulturen videre, og legge til rette for god rekruttering. Alle faktorer som kan bidra til å redusere turnover, vil også være viktige bidrag i personalstabiliteten, og dermed til kulturell vekst. Fagmiljøet trenger å styrkes for å redusere sårbarheten til institusjonen, som bør vokse i volum for å redusere sårbarheten. For å kunne lykkes med dette er det viktig med spesialisering i ulike fagenheter. Viktige satsingsområder bør derfor være kompetanseheving og utvikling av personalet. Personalet må til enhver tid stimuleres til fagutvikling, og ledelseskulturen må tilpasses personalets opplevelse av dyktighet og forståelse av situasjonen (Dutton og Duncans 1987 i Grønhaug 2001).

7.4 Redusere sårbarhet – større institusjon – knytte seg til et større fagmiljø – institusjonalisere Fekjær?

Fekjær har, som vi har sett, et lite fagmiljø for spesialister. Det gjør spesialistmiljøet svært sårbart. Helseforetakene kan komme i tvil om det er en fordel å inngå avtaler med for små og sårbare institusjoner. Det å redusere sårbarheten ved institusjonen ansees derfor som et viktig strategisk tiltak for Fekjær. Institusjonen kan, som tidligere beskrevet, redusere sin sårbarhet ved å utvikle flere behandlingstilbud innenfor målgruppen til pasienter i spesialisthelsetjenesten. Et annet alternativ er å utvikle andre behandlingstilbud som styrker institusjonen. Fekjær kan eventuelt knytte seg til en større institusjon med et større fagmiljø. I dag er Fekjær nokså ensidig knyttet til Sykehuset Innlandet. Institusjonen kan eventuelt søke samarbeid ved andre institusjoner gjennom interesseorganisasjoner, som vist i analysen. Fekjær er medlem av Virke, og kanskje kan dette være en organisasjon som Fekjær kan benytte seg mer av fremover. Institusjonen kan eventuelt ta initiativ selv til å danne andre

interesseorganisasjoner i samarbeid med andre institusjoner, hvor alle kan ha gjensidig nytte av hverandre, faglig og administrativt. Viktigheten av nettverksorganisering er presentert i teorikapittelet, hvor Strand (2007) hevder at nettverksorganisering blir stadig mer aktuelt i en omskiftelig og krevende verden.

Bedriften bør, har vi sagt, institusjonaliseres for å redusere avhengigheten til én person. I denne sammenhengen er videreutvikling av en dyktig ledergruppe et viktig virkemiddel. Studien har, til en viss grad, drøftet det fremtidige eierskap og hvilken driftsform institusjonen bør velge. Fremtidig eierskap og selskapsform bør avklares. Usikkerhet ved fremtidig eierskap og driftsform bør unngås. En eventuell endring av bestiller vil i seg selv skape usikkerhet i en overgangsfase. Institusjonen bør derfor ha så få andre eksistensielle usikkerheter som mulig. Fekjær kan fusjonere med en annen organisasjon, men uten en forankring i lokale interesser og eierskap er faren stor for at institusjonen flyttes fra dagens beliggenhet. Strategiske råd og anbefalinger er derfor å institusjonalisere driften og å finne et bredere fremtidig eierskap med lokal forankring.

7.5 Avtale med bestiller – ut ifra gjeldende organisering i helsevesenet

De strategiske anbefalingene hittil har vært uavhengig av hvilken modell som velges i helsevesenet. De to siste anbefalingene, ”avtale med bestiller” og det å gjøre institusjonen mer kjent (”markedsføring”), er avhengig av hvilken modell morgensdagens helsevesen får. I tabell 12 oppsummeres de strategiske anbefalingene ut fra ulike modeller for helsevesenet.

Tabell 12: Strategiske anbefalinger i ulike modeller for organisering av helsevesenet

A: Offentlig planstyrt modell	B: Bestiller – utfører modell (bare offentlig bestiller)	C: Bestiller – utfører modell (pasientene bestiller, i større eller mindre grad)
<ul style="list-style-type: none"> - Integrering i offentlig helsetilbud - Markedsføring – aktiv utadrettet 	<ul style="list-style-type: none"> - Avtale med offentlig bestiller, økt markedsføring overfor kundene (pasientene) - Markedsføring – aktiv utadrettet 	<ul style="list-style-type: none"> - Økt markedsføring overfor pasienter, pårørende og interesse – organisasjoner - Markedsføring – aktiv utadrettet

Innenfor det offentlig planstyrte helsevesen, slik vi kjenner det i dag, vil det være naturlig å anbefale en fortsatt integrering og utvikling av behandlingstilbudet innenfor de høyest prioriterte pasientgrupper. Fekjær bør fortsette å utvikle særtrekkene i behandlingen for unge pasienter, pasienter med ROP - lidelser, og i tillegg fortsette å møte pasientene på en annerledes måte, enn andre sykehusavdelinger, ikke minst gjennom miljøterapien. Innenfor den offentlige planstyrte modell er det fortsatt viktig å se institusjonen som en del av de offentlige planene for behandlingstilbud. Innenfor Sykehuset Innlandet pågår i dag, som tidligere nevnt, en stor omstillingsprosess. I denne prosessen bør Fekjær forsøke, i dialog med sykehuset, å integrere behandlingstilbudet ved Fekjær i planverket for SI. På denne måten vil Sykehuset Innlandet selv ha et tilbud til denne pasientgruppen og trenger ikke kjøpe behandlingsplassene fra andre helseforetak.

Dialogen med Sykehuset Innlandet vil avklare mulighetene for en fortsatt integrering av behandlingstilbudet ved Fekjær i sykehuset, eller om Fekjær bør orientere seg mot en avtale med Helse Sør - Øst. Ved en orientering mot avtale med Helse Sør - Øst, har alle avtalene med private helseinstitusjoner en § 2-bakgrunn (Helse Sør - Øst 2011). Bakgrunnsparagrafen sier at Helse Sør - Øst anser de private leverandører av spesialisthelsetjenester som verdifulle bidragsyttere til den offentlige helsetjenesten. Dette gjelder innenfor de områder der det ikke er tilstrekkelig kapasitet innenfor det offentlige, hvor de private har tilbud som ikke finnes i det offentlige eller som et korrektiv/alternativ til offentlig virksomhet med hensyn til kvalitet og pris. Fekjær må tilpasse sitt behandlingstilbud slik at dette kan komme inn under Helse Sør

- Øst sine behov for avtaler med private. Det er viktig å videreutvikle tilbudet innenfor områder hvor det offentlige ikke har tilstrekkelig kapasitet eller manglende tilbud og innenfor oppgaver spesialisthelsetjenesten skal ta seg av. Behandlingstilbudet ved Fekjær må i tillegg ha konkurranse dyktige egenskaper både med hensyn til kvalitet og pris.

Samfunnsendringene peker i retning av en utvikling mot tydeligere skille mellom bestiller og utfører, slik modell B og C i tabell 12 viser. Fekjær bør, i tillegg til en fortsatt integrering av behandlingstilbudet i sykehuset, forberede seg på at det kan komme et større skille mellom bestiller og utfører. Ved en eventuell endring av bestiller, vil dette åpne for usikkerhet. Institusjonen bør derfor forberede seg på og bygge opp beredskap for å forhandle med Helse Sør - Øst eller en annen offentlig bestillerorganisasjon. Fekjær bør også forberede seg på en mer åpen konkurransesituasjon hvor pasientene i stor grad er de reelle bestillerne. Man bør også forberede seg på modeller hvor ulike, endog konkurrerende, forsikringsselskap, kan komme til å spille en rolle på finansieringssiden, selv om vi da taler om en litt fjernere fremtid.

7.6 Markedsføring – aktiv utadrettet

Vi har understreket hvor viktig det er med et godt omdømme og gode relasjoner til ulike samarbeidspartnere. En trussel for Fekjær er at institusjonen skal bli for anonym. Dette betyr at den utadrettede aktiviteten vil bli stadig viktigere for Fekjærs fortsatte eksistens. Flere fra ledelsen bør være synlige utad og et nytt kontaktnett bør bygges opp overfor dem som skal være med å utvikle helsetjenesten fremover. Institusjonen må være synlig i media, ta del i å løse de samfunnsutfordringer som til enhver tid oppstår, og være i kontakt med bevilgende myndigheter, politikere og andre samfunnsaktører. På denne måten kan behandlingstilbudet i større grad skreddersys etter samfunnets behov. Det er slik, som Porter sier, man ”posisjonerer” seg (Porter 1980 1985 1998).

Ved modeller hvor det offentlige er bestillere, blir relasjonene til de offentlige bestillermyndighetene avgjørende. Dialogen med Sykehuset Innlandet, styre og politikere i innlandet samt ”allmennheten”, blir da avgjørende. En annen viktig ”partner” for Fekjær blir massemedia. Det er ikke minst gjennom disse Fekjær blir allment synlig og kjent. Relasjoner til mulige alternative bestillerorganisasjoner blir i tillegg viktig ved en eventuell overgang fra Sykehuset Innlandet til nye samarbeidspartnere. Uavhengig av modell er pasientenes

tilfredshet og behandlingstilbudets faglige og allmenne anseelse avgjørende: Mye av markedsføringen, god som dårlig, av institusjonen, skjer gjennom pasienter og fagfolk. Ordningen med fritt sykehusvalg gjør at pasientene i realiteten allerede i dag kan betraktes som (litt) bestillere. Markedsføringen rettet mot pasientene blir imidlertid mer sentral hvis modellene for helsetjenesten beveger seg mot at pasientene blir mer ”formelle” bestillere. Fekjær må være opptatt av markedsføringen overfor alle potensielle bestillere, Sykehuset Innlandet, Helse Sør - Øst og pasientene selv. Markedsføring i samfunnet generelt, samt mer spesielt overfor lokale og sentrale politikere, forblir også viktig for Fekjær.

Litteraturliste

Ansoff, Igor H. (1981) *Strategisk ledele*. Oslo: Bedriftsøkonomenes forlag.

Berg, Ole (2012) *Modum Bad en eksistensiell historie*. Gordon Johnsens minneforelesning. Modum Bad: 05.09.12

Blakstvedt, Gunhild Haug (2009) *Refleksjoner over en poliklinisk praksis i forhold til lavterskelkriterier*. Spesialistoppgave innen klinisk voksenpsykologi. 2009.

Bratheland, O., Dahle, A. S., Henriksen, A. T., Hammersvold, U. E., Nijkamp, S., Smedvig, K., Stokka, M., Torgrimsen, C., Tytlandsvik, M., Vevatne, K., Østebø, G. og Aandreaa, M. (2004) *Miljøterapi en modul for tenkning, holdning og handling i en psykiatrisk institusjon*. Stavanger: Stiftelsen psykiatrisk opplysning.

Bråthen, Eldor. (2011). *Fekjær – i psykiatriens tjeneste gjennom generasjoner*. Hedalen: Fekjær psykiatriske senter.

Bårdsen, Berit. (1990) *Omsorg i det korte møtet: En studie av hvilke behov strålepatienten har i møte med stråleterapeuten*. Hovedoppgave i helsefag. Bergen: Universitetet i Bergen.

DPS – veileder 9/2006, IS-1388 *Distriktpsikiatriske sentre – med blikket vendt mot kommunene og spesialiserte sykehusfunksjoner i ryggen* Oslo: Sosial og helsedirektoratet.

Fekjær, Elling (2012) ”Fekjærmodellen”. Prosjektgruppemøte Fekjærmodellen. 1.september 2012.

Friis, Svein og Vaglum, Per (2002) *Fra ide til prosjekt – en innføring i klinisk forskning*. Otta: Tano Aschehoug.

Goffman, Erving (1961) *Asylums*, new York: Anchor Books.

Grønhaug, K., Hellesøy, O. og Kaufmann, K. (2001) *Ledelse i teori og praksis*. Oslo: Fagbokforlaget.

Hagen, Terje P. (2008) *Handouts*.

Hansen, Bjarne Håkon (2009) ”Samhandlingsreformen”. Norsk Forum for helseledelse – Årskonferanse 2009. 9 – 10 januar 2009.

Helse Sør – Øst Hovedstadsprosessen psykisk helsevern (2008) Helse Sør – Øst Hovedstadsprosessen psykisk helsevern. Hamar: URL: www.helse-sorost.no/omoss/strategier/innsatsomrader/pasientbehandling/pasientbehandling-i-oslo/hovedstadsprosessen/omstillingsprogrammet/SLUTTRAPPORTPSYKHELSEVERN.pdf

Lesedato: 23.10.12

Helse Sør – Øst (2011) Avtale om leveranse av behandlingstjenester innenfor psykisk helsevern for 1.1.2011 til 31.12.2014, inngått mellom Modum Bad – Gordon Johnsen Stiftelse og Helse Sør – Øst RHF. Saksnr. 10/01226

Hummelvold, Jan Kåre (2002) ”Fekjærprosjektet”. Introduksjon med ansatte FPS – Fekjærprosjektet. Januar 2002.

Juvkam, R., Magnussen, S., Lian, R., Johansson, I. og Hedelin, B. (2004) Fekjærprosjektet, fase 1. En studie av pasienttilfredshet. Betydningen av det miljøterapeutiske behandlingstilbudet ved Fekjær psykiatriske senter. Gjøvik: Høgskolen i Gjøvik -rapport nr.3-2004, ISSN 0806-3176

Juvkam, R., Magnussen, S., Lian, R. (2005) Fekjærprosjektet, fase 2. Beskrivelse av utviklingsprosess og forslag til tiltak for å styrke det miljøterapeutiske behandlingstilbudet. Gjøvik: Høgskolen i Gjøvik notatserie nr. 2 – 2005, ISSN 1501 – 3162

Juvkam, R. og Magnussen, S. (2006) En sosiologisk studie av samspillet mellom Fekjær psykiatriske senter og lokalsamfunnet – i en historisk, kulturell kontekst. Gjøvik: Høgskolen i Gjøvik 2006 ISSN 0806-3176

Juvkam, R. og Hummelvold, J. K. (2011) Brukerundersøkelse ved Fekjærtunet overgangsboliger. Et kvalitetssikringsprosjekt basert på brukererfaringer. Gjøvik og Hamar: Fekjær psykiatriske senter Rapport 01/2011

Kunnskapssenteret (2012). ”Strategisk analyse (SWOT – analyse)”. http://www.ogbedreskaldetbli.no/metoder_verktoy/Verktoykasse/Forankre_og_organisasjon

Lesedato: 26.10.12

Kristiansen, I. S.(2012) Takket nei til dyr behandling, døde av kreften. Aftenposten. Lesedato: 13.11.12.

Larsen, Bjørn Inge. (2008) Behandler ikke alle pasienter. Aftenposten. Lesedato: 02.12.08.

Lov om pasientrettigheter (2001) Lov av 2. juli 1999 nr 63 om pasientrettigheter (pasientrettighetsloven) vedtatt 21. desember 2000. (i kraft 1.januar 2001) Oslo: Cappelen Akademiske Forlag

Lund, Jan F. og Lorenzen, Reidar (1978) Strategisk ledelse. Oslo: Universitetsforlaget.

Magnussen, Jon. (2009). Handouts, forelesningsnotater.

Modum Bad (2012) a, – Moum Bad har et dyktig fagmiljø som blir lyttet til i helse – Norge.

URL: http://www.modum-bad.no/nyheter_cms/2012/oktober/stoere-besoekte-modum-bad/422

Lesedato 23.10.2012

Modum Bad (2012) b, Soldater kan utvikle angst og traumer etter utenriktjeneste. URL:

http://www.modum-bad.no/nyheter_cms/2012/oktober/mood-vurderer-tilbud-for-krigsveteraner Lesedato: 23.10.12

Molven, Olav. (2006) Helse og jus. En innføring for helsepersonell. Diakonhjemmets høgskole:Gyldendal Norsk Forlag AS

NOU 1997: 18. (1997) Prioritering på ny. Gjennomgang av retningslinjer for prioriteringer innen norsk helsetjeneste. Oslo: Sosial og helsedepartementet.

Nordhaug, Odd. (2004) Strategisk kompetanseledelse. Oslo: Universitetsforlaget

NRK1 (2012) Forsvaret har privat helseforsikring. NRK1 TV nyheter. 01.11.2012.

Oppdragsdokument 2012 Helse Sør – Øst RHF (2012)Oppdragsdokument Helse Sør – Øst RHF 2012. Oslo: Helse og omsorgsdepartementet.

Oppland Arbeiderblad (2010) Moelven industrier. Gjøvik: Oppland Arbeiderblad 29.03.10.

Pfeffer, Jeffrey og Salancik, Gerald R. (1978) The external control of organizations: A resource dependence perspective. New York: Harper & Row.

Porter, Michael E. (1980) Competitive Strategy. Techniques for analyzing industries and competitors. New York: The free press.

Porter, Michael E. (1985) Competitive advantage. Creating and sustaining superior performance. New York: The Free Press.

Porter, Michael E. (1998) What is strategy. I: Susan Segal – Horn (red.) The strategy reader. Oxford: Blackwell.

Prioriteringsforskriften (2000) <http://www.lovddata.no/cgi-wift/ldles?doc=/sf/sf/sf-20001201-1208.html> Lesedato: 10.12.12

Rapport fra prosjekt psykisk helsevern Sykehus Innlandet 2011 - 2013. (2012) Sykehuset Innlandet HF – divisjon Psykisk helsevern Prosjekt Psykisk helsevern 2011 – 2013. Brumunddal: Sykehuset Innlandet.

Sandvand, Ole Johan. (2009) Omvisning og orientering om Modum Bad. Vikersund.

Statsbudsjett 2013. <http://www.regjeringen.no/nb/dep/fin/dok/regpubl/prop/2012-2013/prop-1-s-20122013--20122013/3/8.html?id=703400>. Lesedato: 30.10.2012.

Steihaug, S., Hjort, H. og Husum, T. L. (2012) Evaluering av ”Mestringsveier til arbeid – psykisk helse og rus”. Oslo: SINTEF Teknologi og samfunn

Statistisksentralbyrå (2012) URL: <http://www.ssb.no/speshelse/main.html> 29.10.2012.

Lesedato: 20.10.12

Strand, Torodd (2007) Ledelse, organisasjon og kultur. Bergen: Fagbokforlaget.

Varkevisser, Marko. (2009) Manage competition reforms in Dutch health care. Handout fra Varkevisser 24.03.09.

Vedlegg

Vedlegg 1: Intervjuguide – SWOT analyse Fekjær – Masteroppgave UIO

Oppgaven skal gjennomføre to kvalitative intervjuer. Et intervju av en sentral person innenfor Sykehuset Innlandet som representerer kundene/bestiller til Fekjær. Det andre kvalitative intervjuet er psykiateren på Fekjær. Hun representerer spesialist i psykiatri med universitetsutdanning som Fekjær er helt avhengig av for å leve og utvikle seg videre.

I tillegg er hun avdelingsoverlege på psykose rehabiliteringsavdelingen som Fekjær er organisert som en del av.

Denne oppgaven skal benytte analyseverktøyet SWOT for å analysere styrkene, svakheten, mulighetene og truslene Fekjær står ovenfor i øyeblikket. Oppgaven skal ende ut med råd om strategiske valg videre for bedriften. Dette er et forsøk på å diagnostisere bedriften og dermed komme med anbefalinger om dens videre prosess for å utvikle seg og eksistere i fremtiden.

Spørsmål til intervjuobjektene:

Målet med SWOT-analysen er å gjøre en vurdering av Fekjærs egne styrker, svakheter, muligheter og farer som institusjonen har å spille på i møtet med de utfordringer den vil møte fremover.

1. List opp Fekjærs styrker som vil hjelpe institusjonen til å møte de utfordringene den står overfor fremover, ut ifra ditt syn/utgangspunkt.
2. List opp svakhetene du mener vil være til hinder i å møte de utfordringene Fekjær står overfor.
3. List opp de mulighetene som fremtiden vil gi Fekjær (evt. som institusjonen allerede har).
4. List opp de farene dere mener institusjonen må være mer på vakt mot i fremtiden.

Nåsituasjonen

**Fremtiden
(på 2-4 års sikt)**

Styrker	Muligheter
Svakheter	Trusler

Utdypende interne og eksterne faktorer, ved behov for mer konkretisering i intervjuet

SWOT -analysen grupperer nøkkelinformasjon i to hovedkategorier:

- Interne faktorer
 - Potensielle interne **sterke** sider. Sterke sider eller styrker er positive egenskaper, noe organisasjonen er god til og som kan gi trygghet internt i organisasjonen i forhold til måloppnåelse.
 - Potensielle interne **svakheter**. Svakheter er det organisasjonen mangler eller utfører dårlig i forhold til måloppnåelsen.
- Eksterne faktorer
 - Potensielle eksterne muligheter som bør ivaretas i fremtiden.

- Potensielle eksterne trusler eller hindringer som organisasjonen kan støte på hvis man søker å realisere foreliggende muligheter.

	Styrker	Svakheter
Interne		
	Muligheter	Trusler
Eksterne		

Målet for en SWOT-analyse er å identifisere de viktigste interne og eksterne faktorene som er avgjørende for å nå organisasjonens mål.

Man kan lete etter mulige interne *svakheter* og *sterke* sider bl.a. ved å se på:

- Ressurser: finansielle, kompetansemessige eller bygningsmessige
- Verdiforankring
- Visjoner
- Metoder
- Service
- Materiell

- Effektivitet
- Tilgjengelighet
- Kvalitet
- Ansatte / personell
- Ledelse
- Ventetid
- Kapasitet
- Informasjon
- Endringsevne/ -vilje
- Omdømme

Man kan lete etter *muligheter eller trusler* bl.a. ved å se på:

- Politiske og lovmessige rammer og betingelser
- Økonomiske rammer
- Utviklingsmuligheter, for eksempel tilgang på prosjektmidler
- Forventninger fra samarbeidsparter
- Teknologeutvikling
- Brukernes behov/ etterspørsel
- Arbeidsmarkedet
- Befolkningens forventninger
- Andre organisasjoner eller avdelingers handlinger

Supplerende spørsmål, for å få respondenten til å drøfte styrkene/svakhetene og mulighetene/truslene opp mot hverandre.

Nyttige spørsmål kan være:

- Hvilke muligheter ligger i Fekjærs svakheter?
- Hvilke farer ligger i institusjonens styrker?
- Hvilke muligheter ligger i de truslene Fekjær står overfor?
- Hvilke trusler ligger i de muligheter institusjonen står overfor?

Oppfølging av denne analysen kan være å ha en kreativ prosess hvor man utvikler muligheter og handlingsstrategier fremover. Det vil være interessant å få respondentenes vurderinger av følgende spørsmål:

- Hvordan mener dere Fekjær kan bruke deres sterke sider?
- Hvordan mener dere Fekjær kan kompensere for deres svakheter?
- Hvordan mener dere Fekjær kan utnytte de ulike muligheter?
- Hvordan mener dere Fekjær best bør møte de ulike utfordringene/ ”truslene”?

Intervjuobjektene kan gjerne komme med konkrete forslag til strategiske veivalg for Fekjær Psykiatriske Senter fremover.