

Implementering av pakkeforløp i psykisk helse- og rus

Audun Eskeland og Unn Karin Dahle

Erfaringsbasert master i ledelse juni 2017



Innholdsfortegnelse

Forord.....	4
Sammendrag.....	5
1 Innledning.....	1
1.1 Bakgrunn for oppgaven.....	2
1.2 Problemstilling.....	3
1.3 Forskningsspørsmål.....	4
2 Teori.....	4
2.1 Pakkeforløp.....	4
2.2 Ledelsens ulike roller i organisasjonen.....	5
2.3 Psykisk helse og rus, hvordan fungerer det i dag?.....	8
2.4 Implementering og translasjon.....	12
2.5 Brukermedvirkning.....	15
2.6 Samhandling i lys av pakkeforløpene.....	17
2.7 Informasjon.....	18
3 Metode.....	19
3.1 Problemstillingen.....	19
3.2 Valg av metode.....	20
3.3 Datainnsamling.....	20
3.4 Den praktiske gjennomføringen.....	21
3.5 Utvalg/deltakere.....	22
3.6 Forskningsdesign.....	23
3.7 Undersøkelsens kvalitet.....	24
3.8 Forskningsetiske betraktninger.....	25
4 Presentasjon av funn, analyse og drøfting.....	26
4.1 Ivaretagelse av de ansattes faglige autonomi.....	27
4.1.1 Fortolkning.....	30
4.1.2 Drøfting ivaretagelse av ansattes autonomi.....	31

4.2	Brukermedvirkning og brukertilfredshet i et pakkeforløp.....	36
4.2.1	Fortolkning	39
4.2.2	Drøfting av brukermedvirkningens sentrale plass	41
4.3	Ledelsesutfordringer ved implementering av pakkeforløp.....	48
4.3.1	Fortolkning	51
4.3.2	Drøfting av ledelsesutfordringer i implementeringsfasen	52
5	Oppsummering	63
6	Referanseliste.....	65
	Vedlegg	70

Figurliste

Figur 1	6
Figur 2.(2015).....	11
Figur 3,	13
Figur 4, (2017a).....	16

Forord

Det å skrive denne masteroppgaven har vært både krevende, lærerikt og inspirerende. Det skal ha vært sagt at «å skrive er å oppdage», noe vi stadig har erfart i den pågående prosessen. Vi har lært at det å holde en stø kurs fort kan ta oss ut på ville veier når forutsetningene endrer seg i lys av ny viten. Mangt et utkast har vært forkastet, men nye har kommet til. Det vi har endt opp med er vi begge stolt over. En stor takk går til våre informanter som stilte opp og gav av sin viten og erfaring slik at denne studien kunne bli mulig. Takk også til vår veileder Hilde Nordahl Pedersen, som har inspirert oss og guidet oss igjennom oppturer og nedturer. Vi vil også takke vår to familier som har holdt oss ut i den lange skriveprosessen.

Unn Karin Dahle og Audun Eskeland, Harstad 30. mai 2017

Sammendrag

Helse- og omsorgsdepartementet har gitt Helsedirektoratet i oppdrag å innføre pakkeforløp for fagfeltet psykisk helse- og rus. Fra 2018 innføres og implementeres det til sammen 22 pakkeforløp for dette fagfeltet. Den nye modellen vil innebære at spesialisthelsetjenesten går mot en standardisering av tjenestene og det skal satses på å strukturere utredning og behandling i større grad enn dagens praksis. En av målsettingene med denne nye modellen har vært å gi brukerne en større plass i behandlingen samtidig som det skal satses på samhandling mellom de ulike nivå og aktører i helsetjenestene. Nyheten om pakkeforløpene har vakt både begeistring og skepsis i så vel fagmiljøer som i brukerorganisasjoner. Det er delte meninger i begge leirene. Helsedirektoratet har satt sammen arbeidsgrupper som skal utarbeide rammene i de ulike pakkeforløpene. Gruppene er satte sammen av medlemmer fra både brukerorganisasjonene, fagmiljøer, fastleger, helsedirektoratet og representanter fra universitet og høyskoler. Det er Helsedirektoratet som står for den formelle informasjonen som er gjort tilgjengelig frem til nå. Etter det vi kjenner til er dette den første studien som tar for seg innføringen av pakkeforløp i fagfeltet psykisk helse- og rus. Siden vi skriver denne studien før pakkeforløpene er innført, har vi satt fokus på hvordan fagmiljøene og brukerne ser for seg at den nye organiseringen vil slå ut for dem når pakkeforløpene kommer. Vi har vært heldig å intervjuer både ledere, terapeuter og tidligere brukere av helsetjenesten.

Vi hadde lyst til å undersøke hvilke forventninger ledere, terapeuter og brukere hadde til det nye som kommer. Vi valgte følgende problemstilling til vår masteroppgave;

«Hvilke utfordringer kan ledere, terapeuter og brukere møte ved implementering av pakkeforløp i psykisk helse og rusomsorg?»

Når en ny organisasjonsidé skal implementeres vil det naturlig nok berøre hele fagfeltet. Vi valgte i rammen av en kvalitativ studie å intervjuer både ledere, terapeuter og brukere av tjenestene i vår studie. Vi fant at det foreligger både positive og negative forventninger til det som skal skje. Motstand i fagmiljøet kan bli en av de største utfordringene lederne vil stå over for. Høy grad av autonomi i hos fagpersoner finner vi gjerne i en ekspertorganisasjon. Vi har undersøkt hvilke holdninger ledere og terapeuter har til innskrenkning av autonomi. Vi har også undret oss over om pakkeforløpene vil kunne gi økt brukermedvirkning og brukertilfredshet, slik intensjonen er.

1 Innledning

I Norge har vi sett et økt fokus på psykisk helse de senere årene. Den samme trenden har vi også sett i det internasjonale samfunnet (Rapport IS-2314). I Norge fikk vi det største løftet for psykisk helse gjennom «Opptrappingsplanen for psykisk helse 1999-2008». Satsningen skulle resultere i en tjeneste som var både kvalitativ og kvantitativ bedre for mennesker med psykiske lidelser. «Lønning II»-utvalget satte et spesielt fokus på at det var behov for å oppprioritere psykiatrien (NOU 1997:18, 1997). Når regjeringen nå på nytt har bestemt at psykisk helsevern skal ha et løft, bygger dette videre på en erkjennelse om at psykiske helseproblemer fortsatt er en stor samfunnsutfordring i Norge (Rapport IS-2314). Tall fra helse- og omsorgsdepartementet viser at psykiske lidelser årlig ligger an til å koste samfunnet nærmere 70 mrd. kroner i året. Norge følger stort sett internasjonal trend når det gjelder forekomst av psykiske lidelser i befolkningen. Sammenligner vi oss med andre OECD-land, skiller likevel Norge seg ut med en relativt høy andel unge i aldersgruppen 15-24 år med psykiske lidelser. Sammenligner vi med land som Østerrike og Sveits, har Norge en nesten dobbelt så høy forekomst av moderate psykiske lidelser i denne aldersgruppen og nesten fire ganger så mange unge med alvorlig psykisk lidelse (Rapport IS-2314)(2015). Da helseminister Høie i 2014 gjeninnførte helse-Norge for «den gylne regel» kan det tolkes som et forsøk på å få helseforetakene til å ta psykisk helse mer på alvor(helsedirektoratet, 2009). Regelen innebærer at psykisk helse og tverrfaglig spesialisert rusbehandling (TSB) skal ha en større prosentvis vekst enn somatisk helsevesen. Med somatisk helsevesen menes den delen av helsevernet som undersøker og behandler fysiske sykdommer (Helsenett.no, 2017). Hensikten med regelen var å innføre et styringsredskap som skulle hindre at somatisk spesialisthelsetjeneste skulle vokse på bekostning av psykisk helsevern og TSB. Sommeren 2015 kunngjorde helseministeren at Helsedirektoratet hadde fått i oppdrag å utarbeide pakkeforløp for psykisk helse- og rusbehandling i Norge (Helsedirektoratet, 2017b). Pakkeforløp i den norske helsetjenesten er ikke et ukjent fenomen i Norge, selv om de er av relativ ny dato. De første pakkeforløpene, «kreftpakkeforløpene» så dagens lys i 2015 og har siden vært en viktig del av den somatiske helsetjenesten. I kreftomsorgen har pakkeforløpene bidratt til større forutsigbarhet og trygghet hos pasientene. Helsedirektoratet har formulert klare målsettinger med forløpene og i disse er det pasienten som står i sentrum. I

målsettingene kommer det frem «at pasienter skal oppleve et godt organisert, helhetlig og forutsigbart forløp uten unødvendig ikke-medisinsk begrunnede forsinkelser i utredning, diagnostikk, behandling og rehabilitering» (Helsedirektoratet, 2017a). Men vil det la seg gjøre å overføre de gode erfaringene som foreligger fra f.eks. kreftforløpene, til fagfeltet psykisk helsevern og rus? Hvilke utfordringer kan vi forvente å møte på og hvordan skal ledere på ulike nivå klare å overbevise fagfeltet om at dette er veien å gå? Argumenter fra både skeptiker -og tilhengersiden blir trukket frem i den offentlige debatten. Våre styrende politikere har allerede bestemt seg for at pakkeforløp for psykisk helse og rus er en god ide. I 2015 fikk altså Helsedirektoratet i oppdrag fra Helse –og omsorgsdepartementet å utarbeide og implementere pakkeforløp for psykisk helse og rus. Tanken om å effektivisere tilbudet innen psykisk helse og rus gjennom å korte ned ventetiden, gi et bedre og mer likeverdig og standardisert behandlingstilbud, høres forlokkende ut. Men skeptikerne kommer med argumenter som lager et litt mer komplekst bilde av hvordan dette vil kunne slå ut for pasientene. De spør blant annet om hva som vil skje når «uønsket variasjon» i behandlingen skal erstattes med «ensartethet» eller «beste praksis»? Hva vil det i så fall bety for klinikerne at de skal jobbe ensartet? Det har også vært hevdet at benevnelsen «beste praksis» kan kobles til industriell logikk. Eller hvordan vil de ledelsesmessige utfordringene bli dersom det viser seg å være stor skepsis i fagmiljøene? I denne masteroppgaven skal vi forsøke å finne svar på noen av disse spørsmålene.

1.1 Bakgrunn for oppgaven

Tema i denne masteroppgaven er implementering av pakkeforløp i fagfeltet psykisk helsevern og rus. Vi som skriver denne masteroppgaven jobber begge innenfor feltet psykisk helse og er av den grunn interessert i hvorfor og hvordan pakkeforløp er tenkt implementert i arbeidet med psykisk helse. Pakkeforløp innebærer at pasientene skal få et like godt og tilnærmet likt behandlingsforløp avhengig av diagnoser men uavhengig av hvor de bor.

Et pakkeforløp er et standardisert pasientforløp, som betyr at forløpet er forutsigbart og planlagt på forhånd. Formålet er å unngå ikke-faglig begrunnet ventetid ved utredning og behandling. Innføring av pakkeforløp er det viktigste tiltaket for å bidra til at Norge blir et foregangsland for gode pasientforløp Helsedirektoratet (2017b).

Implementering av pakkeforløp er en integrert del av utarbeidelse av helhetlig pasientforløp. Pakkeforløp er i utgangspunktet tenkt som et redskap som skal sikre at pasientene får en lik

og god behandling over hele landet. Det er helsedirektoratet som har fått i oppdrag av helse og omsorgsdepartementet å utarbeide og implementere pakkeforløpene for psykisk helse og rus. Helsedirektoratet har bygd på erfaringer fra implementeringen av kreftpakkeforløpene når prosessen med å utvikle pakkeforløp for psykisk helse- og rus ble satt i gang i 2015. Selve implementeringen er ventet å komme i gang i første halvdel av 2018. Grunnlaget for de nye pakkeforløpene legges i de nasjonale arbeidsgruppene som er satt ned av departementet. Arbeidsgruppene er satt sammen med representanter fra brukerorganisasjoner, kommuner, helseforetak, fastleger og representanter fra universitet og høyskoler. Gruppene skal jobbe frem retningslinjer for de ulike pakkeforløpene Helsedirektoratet (2017b).

Psykiske lidelser handler om kompleksitet og sammensatte utfordringer. Følelsesmessige store variasjoner i livet tilslører og vanskeliggjør en innsiktsfull og sammenhengende rasjonalitet. Mennesket kastes ut i et eksistensielt virvar der oversikt blir borte, prosesser forstyrres og tidsaspektet i «behandlingsforløpet» forkludres og blir uforutsigbart. Dette var nok noe av bakgrunnen for at statsråd Høie ønsket en kursendring for disse pasientene. Høie presenterer en rekke argumenter for at pakkeforløpene vil gi en bedring for pasientene. Han hevder det vil gi en bedre forutsigbarhet for pasientene slik at de vet hva som skal skje og når det skal skje. Intensjonen er mindre forskjellsbehandling når det innføres nasjonale standarder for hva de ulike pakkene skal inneholde. Det vises til at behandling skal skje basert på evidensbaserte retningslinjer og metoder som har best statistisk grunnlag. Det vises også til at det skal være en større likhet i det faglige innholdet og at samhandlingen mellom fastleger og spesialisthelsetjenesten skal bli bedre. Det siste argumentet statsråden nevner er at det vil bli enklere valg for pasientene siden pakkeforløpene skal være fleksible og tilpasses pasientens behov.

I Danmark har det vært forsket en del på feltet men det har vært utfordrende å finne forskning knyttet til forventinger til effekten av pakkeforløp i fagfeltet psykisk helse- og rus i Norge, og vi ønsker av den grunn å sette søkelyset på det og bidra til kunnskapsutvikling innenfor dette området.

1.2 Problemstilling

Vi har i denne oppgaven valgt følgende problemstilling:

«Hvilke utfordringer kan ledere terapeuter og brukere møte ved implementering av pakkeforløp i psykisk helse og rusomsorg?»

1.3 Forskningsspørsmål

Vi har valgt tre forskningsspørsmål som hjelp til å belyse og gi oss noen svar underveis i oppgaven.

Spørsmål 1) Hvilke utfordringer vil implementering av pakkeforløp gi i forhold til ivaretagelse av de ansattes faglige autonomi?

Spørsmål 2) Hvilke utfordringer vil implementering av pakkeforløp gi i forhold til ivaretagelse av brukermedvirkning og brukertilfredshet?

Spørsmål 3) Hvilke utfordringer kan lederne anta å møte ved implementering av pakkeforløp?

2 Teori

I denne delen av oppgaven vil vi presentere ulike teorier opp mot det som vi ønsker å undersøke i vårt prosjekt. Vi vil først presentere teori om pakkeforløp før vi ser nærmere på hvilke roller lederne kan ha i forbindelse med implementering av pakkeforløpene. Deretter ønsker vi å gi et innblikk i hvordan psykisk helse og rus feltet jobber i dag og hvilke utfordringer de står overfor samt gi et kort tilbakeblikk på historien. Når det gjøres endringer i en organisasjon vil det alltid være utfordringer i implementeringsfasen. Vi vil komme inn på hva det innebærer å implementere og de ulike fasene i det. Ved implementeringen er det fokus på at det skal være høy grad av brukermedvirkning og vi ønsker derfor å ta med teori om brukermedvirkning. Til slutt i dette kapitlet vil vi presentere teori knyttet til samhandling og informasjon sett i lys av pakkeforløpene.

2.1 Pakkeforløp

Behandlingsmetoden med pakkeforløp har sin opprinnelse fra Danmark som allerede i 2007 startet utarbeidelsen av pakkeforløp innen kreftbehandling. De lå dårligst an blant de nordiske

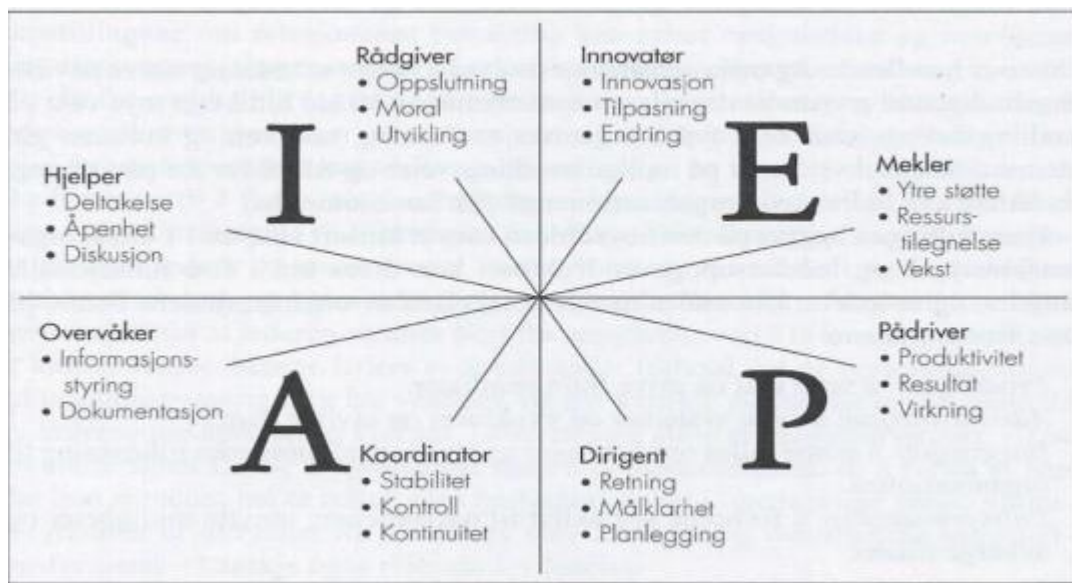
landene når det gjaldt overlevelse av kreft og innførte standardiserte behandlingsopplegg som skulle gi en bedre pasientbehandling (Legekunsten, 2015). Innenfor fagfeltet psykisk helse og rus har Danmark hatt pakkeforløp siden 2013. Erfaringer derfra viser imidlertid at det har ikke vært like enkelt å innføre pakkeforløp innenfor psykisk helse som tilfellet var innenfor kreftbehandling. De danske psykiaterne Torben Heinskou, Francisco Alberdi og Henning Jordet sier i en artikkel i Morgenbladet 21. september 2015, at det har vært umulig å forske på effekten av pakkeforløpene da de har blitt endret tre ganger på grunn av at det var dimensjonert for lite behandlingstid til de ulike diagnosene. De kommer med anbefalinger til helseminister B. Høie at det ikke blir satt ned helt konkret antall timer de ulike pakkene skal inneholde. I Norge var det kreftbehandling som var først ute med pakkeforløpene og de første pakkene var klare i 2015. Vi kan på mange måter si at pakkeforløpene stammer fra det som for noen år siden ble omtalt som helhetlige standardiserte pasientforløp. I samhandlingsreformen som varte fra 2012-2016 var det et stort fokus på at overgangen mellom spesialisthelsetjenesten og kommunen skulle være så smidig som mulig for pasientene (Meld. St. 47 (2008-09), 2009). Da begrepet pakkeforløp bli innført omhandlet det i større grad at det var en standardisering av forløpstider og det skulle innebære større trygghet og forutsigbarhet for pasientene. Og ikke minst så skulle pasientene lyttes til i mye større grad.

Hos fagfolkene som får nye retningslinjer å forholde seg til har det til nå vært ganske stille. Med den kjennskapen vi har til fagfeltet har det vært lite informasjon om hva som er i vente og hva både pasienter, terapeuter og ledere kan forvente seg.

2.2 Ledelsens ulike roller i organisasjonen

Ledelse er noe vi finner overalt i samfunnet, og det har opp gjennom historien vært mange og ulike former for ledelse som har vært ansett som de mest hensiktsmessige. «*Ledere er handlende organisasjonsmennesker med videre mandat og større påvirkningsmuligheter enn andre organisasjonsmedlemmer*» (Strand 2007:433). Å lede kan bety så mangt og for å forstå hva ledelse innebærer har ledelsesforskeren Fayol, ifølge Strand (2007), kommet med en beskrivelse av hva en leder gjør. Å planlegge, bemanne, organisere, koordinere, dirigere, rekruttere og budsjettere er viktige funksjoner som en leder gjør. Strand (2007) gjør en ytterligere inndeling i fire funksjonelle områder; produksjon, administrasjon, integrasjon og entreprenørskap, som vist i figur 1. De lederne som innehar produsentfunksjonen er opptatt av

mål og resultater. I denne rollen er det også fokus på det å være dirigent og pådriver. Dirigenten står for mye av planleggingen, setter mål og motiverer de ansatte til å jobbe i samme retning. Pådriveren er opptatt av resultater og jobber godt under stress og tidsfrister. I administratorrollen finner vi lederen som overvåker og koordinator. Lederen som overvåker er opptatt av dokumentasjon og informasjonsstyring, mens koordinatoren sørger for kontroll, stabilitet og kontinuitet. I rollen som integrator anses det som viktig for lederen å være rådgiver og hjelper. Hos hjelperen er åpenhet, deltakelse og diskusjon viktig. Hos rådgiveren står det moralske sterkt og det er ønskelig med høy oppslutning og utvikling av organisasjonen og dens ansatte. Den siste rollen er entreprenør. Her er fokuset på innovatør og å være mekler. Innovatøren er opptatt av tilpasning til markedet, innovasjon og er klar og beredt til endringer. Mekleren er opptatt av ytre støtte, vekst og ressurstilegnelse (T. Strand, 2007). I PAIE modellen i Strand (2007:434) illustreres det nærmere ulike roller og hva en leder kan bidra med i organisasjonen.



Figur 1

Inndelingen av de fire rollene som nevnt ovenfor viser til fire ulike lederfunksjoner som kan plasseres i ulike organisasjonsformer. Integratorroller kan være en fremtredende rolle i gruppeorganisasjonen. Entreprenørrollen finnes gjerne i entreprenørorganisasjonen, administratorroller er nært tilknyttet byråkratiorganisasjonen mens produsentrollen kan knyttes sammen med ekspertorganisasjonen.

Å utøve ledelse av profesjonsutøvere kan være utfordrende, og kulturen i organisasjonen kan være en avgjørende faktor for resultatet ved implementering av nye organisasjonsideer. Vi

kan skille mellom lederkultur og organisasjonskultur. Bang (2013) definerer det på denne måten: *«ledelsens kultur i organisasjonen (...) beskriver hvilke verdier, normer og virkelighetsoppfatninger som råder blant ledere, og hvordan disse kommer til uttrykk i organisasjonen»* (Bang 2013:19). *«Organisasjonskulturer (...) er kulturelle systemer, og som derfor fokuserer på organisasjonen som helhet, ikke bare på enkeltdeler av den»* (Bang 2013:19). Kulturbegrepet kan omhandle så mye mer enn en enkelt definisjon. I Bang (2013) finner vi en rekke definisjoner sett fra ulike perspektiv, blant annet fra et sosialpsykologisk perspektiv, et antropologisk perspektiv og et sosiologisk perspektiv. En av de mest populære definisjonene har Deal & Kennedy, (1982) ifølge Bang (2013:21) *«Kultur er måten vi gjør tingene på her hos oss»*. Blant de ulike definisjonene og perspektivene finner vi en oppsummering hos Bang (2013:23): *«Organisasjonskultur er de sett av felles verdier, normer og virkelighetsoppfatninger som utvikler seg i en organisasjon når medlemmene samhandler med hverandre og omgivelsene»*.

Å være leder i en ekspertorganisasjon som skal gjøre til dels omfattende omlegginger i strukturen på pasientbehandling kan være en krevende prosess. Det stilles høye krav både fra ledelsen over, og fra behandlerne. I Strand (2007) kan vi se at å være leder i en ekspertorganisasjon, f.eks. sykehus, bygger i stor grad på sin yrkesmessige status, erfaring og integritet. Det er ikke uvanlig at det er overlegene som har det øverste ansvaret både når det gjelder fag og personal, og ledelse utover det som bygger på faglig autoritet har ifølge Strand (2007) liten plass. Historisk sett er dette noe som legene fikk nettopp på bakgrunn av stilling og sin faglige autoritet, og ikke fordi de var spesielt gode leder emner.

Noe av intensjonen til pakkeforløpene er ønsket om en god og effektiv behandling. Kaufmann og Kaufmann (2009) har brukt denne definisjonen på effektivitet: *«med effektivitet mener vi i hvilken grad et individ, en gruppe eller en organisasjon er i stand til å nå sine mål»* (Kaufmann og Kaufmann, 2009:31). For å oppnå god effektivitet påløper det en del kostnader, omtalt som effisiens. Med effisiens menes: *«de kostnadene som går med til å nå virksomhetens mål»* (Kaufmann og Kaufmann 2009:31). Kostnader kan vi i denne sammenhengen forstå både som penger, tid og ansatte til å utføre jobben. Prinsippet om effektivitet gjenspeiler ideologien til New public management (heretter forkortet ved NPM) som vokste frem på 80 -tallet. NPM er en fellesbetegnelse for en rekke prinsipper og metoder for organiseringen og styringen av offentlig virksomhet og tjenesteyting. I Lian (2007) defineres det på følgende måte: *«NPM går blant annet ut på å skape markedslignende omgivelser for offentlige institusjoner, og styre disse institusjonene som om de var private*

profittorienterte bedrifter. Nøkkelementene i denne ideologien er bruk av konkurranse, økonomiske insentiver og mål- og resultatstyring, og hovedmålet er å fremme økt effektivitet» (Lian 2007:11). Effektivitet omtales i mange sammenhenger, men er ikke alltid like lett å måle. I Martinsen (2013) kan vi se at ledereffektivitet kan sees på ulike måter. Blant annet viser han til at ledere som klarer å motivere de ansatte til økt innsats, fører kontroll med kostnadene, aktiv jobb med HMS og fokus på sykefravær, kan være indikatorer som viser ledereffektivitet. Effektivitet i behandlingen av pasienter kan ifølge Bryn (2015) måles på forskjellige måter. Antall konsultasjoner pr. dag, epikrisetid og antall pasienter er målbare parameter som kan gi en pekepinn på effektivitet i behandlingen.

I Strand (2007) kan vi se at det kan oppstå ulike lederparadokser i en ekspertorganisasjon. Det vises til tre ulike ledelsesparadokser; det første er spørsmålet om kollegial popularitet versus organisatorisk oppgaveløsning. Dette forstår vi som at lederen må tørre å vise mot og lederskap og må vise sin faglige legitimitet. Det er også viktig å ha faglige argumenter bak avgjørelsene som tas. Det andre dilemmaet som Strand (2007) viser til er forholdet mellom kyndighet og myndighet. Her vises det til et eksempel hvor lederen har lavere faglig kompetanse enn de han er satt til å lede, noe som er en aktuell problemstilling i dagens sykehus. Beslutninger tatt på bakgrunn av krav om effektivitet og økonomisk innsparing kan være vanskelig å formidle til dem som har den kliniske ekspertisen. Det tredje og siste dilemmaet Strand (2007) viser til, er om de som er rekruttert inn som ledere skal fortsette sin lederkarriere eller om de skal velge fagkarriere. Her kan det være mange ulike faktorer som spiller inn på valget som skal tas, og hver enkelt må tenke igjennom hvilke ønsker som ligger til grunn for den videre karrieren.

2.3 Psykisk helse og rus, hvordan fungerer det i dag?

Arbeidet innen psykisk helse og rus har i løpet av de siste 100 årene gjennomgått store endringer. Fra tiden med store og lukkede institusjoner som var plassert i sentrale strøk, har det de siste tiårene vært et større fokus på at behandlingen skal foregå nært der du bor med distrikts psykiatriske sentre (DPS).

Det er i dag et mål at alle pasienter som får hjelp fra spesialisthelsetjenesten i psykisk helsevern, skal ha en diagnose av sin behandler så raskt det lar seg gjøre. Med spesialisthelsetjeneste menes: *«Spesialisthelsetjenesten i Norge er den delen av Norges helsevesen som har ansvar for somatiske og psykiatriske sykehus, andre institusjoner*

samt ambulansetjenesten (Wikipedia, 2016). Kravet om en rask diagnose er ikke lovfestet men har sin forankring i finansieringssystemet, som vi vil komme nærmere inn på senere i oppgaven. Diagnosesetting i psykiatrien har vært og er fortsatt en omdiskutert sak. Årsaken til dette er bl.a. at diagnoser ikke oppfattes som treffsikre nok til å beskrive en pasients problemstilling. Diagnosesystemet ICD-10 er et internasjonalt klassifikasjonssystem for sykdommer og relaterte helseproblemer som har røtter helt tilbake til 1893. Behovet for å lage et klassifikasjonssystem som satte ord på samlet og ordnet typiske tegn på sykdom, ble lansert allerede på midten av 1800 tallet. Det hele startet med «*The Bertillion Classification*», også kalt Den internasjonale listen over dødsårsaker (Store medisinske leksikon). Emil Kraepelin, tysk psykiater som tidlig på 1900-tallet ble regnet som en av de ledende psykiatere i Europa, videreførte tanken om å klassifisere symptomer i bestemte grupper. Han satte i gang et arbeid der målet var å lage et system som ved hjelp av symptomsjekklistene skulle gjøre det mulig å komme frem til hva som feilte den enkelte pasient. Klassifisering dreier seg i denne sammenheng om å lage en sammenstilling av symptomer. En bestemt sammenstilling av symptomer gav opphavet til en bestemt diagnose. «Manisk depressiv-psykose», i dag omtalt som «bipolar lidelse», er et eksempel på en diagnose som Kraepelin «skapte» igjennom sitt arbeid. I 1948 kom den første versjonen av ICD (international classification of diseases) og var en videreutvikling av disse og andre klassifikasjonssystemer.

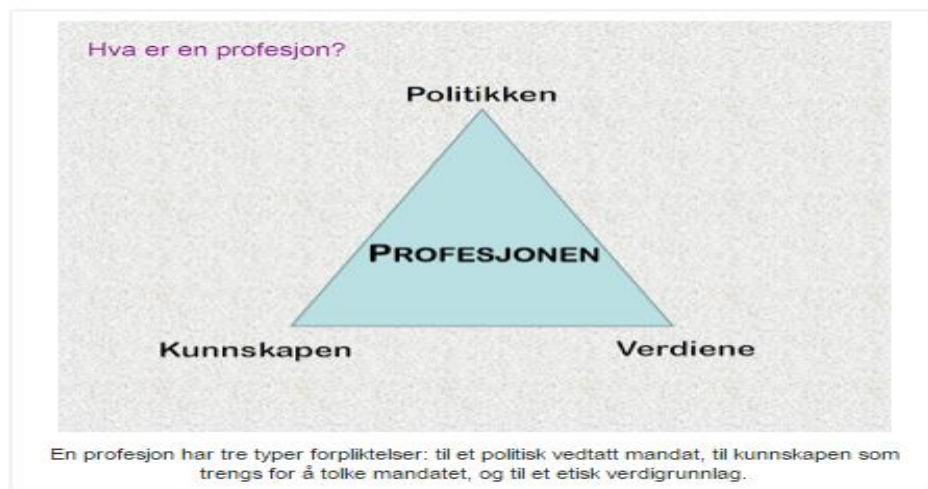
Fagfeltet psykisk helse og rus har historisk sett blitt viet lite oppmerksomhet og til dels vært tabubelagt å snakke om. De siste 20 årene har det skjedd en endring på det og i Stortingsmelding nr. 25 1996-97 (1995) ble det lagt frem en oversikt som viste hvilke utfordringer feltet sto ovenfor og pekte på hovedlinjene for tilbudet videre. Dette resulterte i opptrappingsplanen som varte fra 1999-2008 (St. Pr. P. nr. 63 (1997-98), 1998). Og i stortingsproposisjon nr. 63 (1997-1998) pekes det også på svakhetene som skal utbedres og målet er en bedre tjeneste både kvalitativt og kvantitativt. Den viser til flere områder som måtte utbedres. Blant annet ble det forebyggende arbeidet sett på som for svakt og det var for dårlig tilbud ute i kommunene. Det ble også pekt på at det var for få døgnplasser i psykiatriske sykehus og at det førte til at det var for høy terskel for pasientene å få hjelp. De pasientene som mottok hjelp i sykehusene fikk imidlertid for lite hjelp i utskrivingsfasen, det var for dårlig planlagt og mange følte at de ble skrevet ut alt for tidlig, noe som førte til en dårlig kvalitetssikring av tjenesten.

I opptrappingsplanen som fulgte kunne vi se at en del av målsettingen var å redusere sykeliggjøringen og styrke fokus på funksjon, brukermedvirkning, forebygging, mestring og

bruk av egne ressurser. Det var også vektlagt at det er brukerens behov som skal avgjøre hvilken behandling som gis utfra et helhetlig menneskesyn. I etterkant av opptrappingsplanen hadde riksrevisjonen en gjennomgang og utarbeidet ifølge Andersen (2009) en rapport som han mener ensidig fokuserer på diagnoser og en medisinsk modell. Han hevder videre at *«riksrevisjonens rapport bidrar til å forsterke den medisinske diskurs innen psykisk helsefeltet, og blir et innlegg i den nødvendige pågående samtalen om hvordan vi som samfunn og en- keltmennesker (sic) skal forholde oss til hverandre, og hvilket ansvar vi har for hverandre»* (Andersen, 2009:2-3).

Poliklinikkene jobber den dag i dag på ganske ulike måter. Poliklinikkene består av ulike faggrupper, blant annet psykiatere, psykologer, sosionomer, vernepleiere og sykepleiere. De ulike faggruppene kan ha forskjellige tilnærminger til fagfeltet men alle har sine faglige retningslinjer og nasjonale veiledere som de må følge. Dette presiseres i Helsepersonelloven *«Helsepersonell skal utføre sitt arbeid i samsvar med de krav til faglig forsvarlighet og omsorgsfull hjelp som kan forventes ut fra helsepersonellens kvalifikasjoner, arbeidets karakter og situasjonen for øvrig»* (Lovdata, 1999). Et fellestrekk ved poliklinisk behandling inne vårt fagfelt er terapeutenes sterke faglige autonomi. Autonomi kan forstås på ulike måter. I denne sammenhengen snakker vi spesielt om psykologene sin faglige autonomi da de historisk sett og gjennom sin utdanning utvikler en stor grad av autonomi. I Ekeland (2004) står det at klinisk autonomi kan forstås som det handlingsrommet en psykolog har i behandlingsrelasjonen til en pasient. Det understrekes at psykologen trenger sin kliniske autonomi for å kunne ta gode avgjørelser som er til det beste for pasienten.

Å være profesjonsutøver kjennetegnes ifølge Østrem (2015) ved at det vises til tre områder: Kunnskap, etikk og forpliktelse til myndighetene. Dette kan vi se illustrert i modellen under.



Figur 2.(2015)

Modellen illustrerer godt hva som ligger i det å være en profesjonsutøver. Man blir å en måte et bindeledd mellom samfunnet for øvrig og enkeltindividet. Profesjonsutøveren er satt til å utføre en jobb basert på de kunnskapene vedkommende har og med etikken som et bakteppe. Herunder peker Østrem (2015) på metodefrihet og profesjonell autonomi som viktige redskaper for å kunne utøve sin profesjon. Hun hevder videre at kunnskapsbaserte profesjonsutøvere ikke kan detaljstyres med bakgrunn i at det er dem som sitter med kunnskapen, og ikke noe som kan vedtas politisk.

Forståelsen av enkeltindividet har endret seg opp gjennom årene. Fra å ha en større medisinsk forståelse av individet har det beveget seg over mot en mer humanistisk forståelse. Denne dreiningen skjedde på 2000 tallet og spesielt under opptrappingsplanen da også flere begreper innenfor psykisk helse gikk fra begrepet psykiatri til psykisk helsevern. Begrepet psykiatri blir betegnet som den medisinske spesialiteten i fagfeltet. Man beveget seg bort fra det som ble sett på som en sykdomsmodell og mot et mer holistisk syn på mennesket, og hva var årsakene kontra symptomene på pasientens plager.

Evidens og kunnskapsbasert praksis er to omstridte begreper innen psykisk helse og rus. Dette med bakgrunn i utfordringene med å fastslå hva som virker i en behandling eller ikke. Johannesen (2004) diskuterer hvordan evidensbasert medisin (EBM) kan forstås i sammenheng med kunnskapsbasert praksis, heretter kalt EBP. Der hvor EBM krever randomiserte studier for å fastslå om en behandling virker eller ikke, har EBP større innslag som et redskap for å kunne ta kliniske avgjørelser.

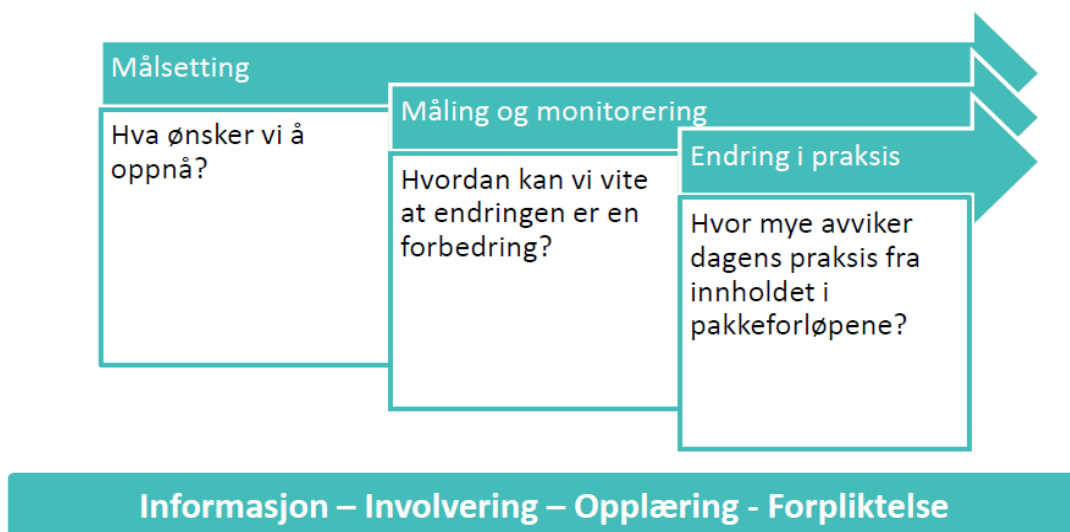
Evidens kan ifølge Bøe (2007) forstås som den praksis man møter pasienten med skal være forankret i forskning og vitenskapelige undersøkelser. I forhold til psykisk helsearbeid betyr det at det skal tilstrebes å utvikle en praksis basert på den til enhver tid beste tilgjengelige kunnskap (Bøe 2007).

2.4 Implementering og translasjon

Å implementere, iverksette eller realisere er tre begreper som i enkelte sammenhenger blir oppfattet å bety det samme (Leksikon, 2017). I forhold til pakkeforløp vil implementeringsfasen starte når arbeidsgruppene er ferdig med sin innstilling og departementet har godkjent innstillingen. Implementeringen vil måtte foregå på flere nivå samtidig, igjennom en gradvis prosess og ved en trinnvis innføring av de ulike pakkene. Alle deler av den offentlige helsetjenesten i Norge som gir tilbud til psykisk syke- og ruspasienter, vil måtte tilpasse seg den nye modellen (Helsedirektoratet, 2017a). I praksis betyr det at spesialisthelsetjenesten får i oppgave å implementere modellen, men primærhelsetjenesten og den kommunale psykiatrien vil også bli berørt fordi samhandling mellom tjenestene skal vektlegges.

Helsedirektoratet vil utarbeide en nasjonal implementeringsplan etter modell fra kreftpakkeforløpene, som skal beskrive bakgrunnen for oppdraget (Helsedirektoratet, 2017a). Danmark har som tidligere nevnt begynt å høste erfaring fra sine pakkeforløp og arbeidsgruppene er bedt om å se til disse når de utarbeider forslag til norsk standard.

Implementering av pakkeforløp



Figur 3,

Figuren viser hvordan de tre hovedlinjene i implementeringsarbeidet gradvis overlapper hverandre etter hvert som prosessen skrider frem. Begrepene «informasjon, involvering, opplæring og forpliktelse» viser bl.a. til at kommunikasjon mellom de ulike interessenter skal vektlegges, at det må utvikles arenaer for overføring av informasjon, at det må foregå involvering på alle nivå dvs. fra brukernivå til nasjonale ressursgrupper, at helsedirektoratet og helsetjenestene forplikter seg til å etablere arenaer for læring og at det må etableres initiativ og eierskap til prosessen på alle nivå (Helsedirektoratet, 2017a).

Psykisk helsevern- og rusbehandling i Norge står overfor en omveltning. En ny organisasjonsidé er i ferd med å se dagens lys. Arbeidsgruppene får en formidabel jobb med å samle og omsette ulike organisasjonsideer til en ny og unik modell. I denne sammenheng kan det være nyttig å se til translasjonsteori for å belyse prosessen som er i gang. Spørsmålet om hvor ideen til denne nye måten å arbeide på kommer fra, vil dukke opp. En organisasjonsidé har gjerne uklar historie (Røvik, 2007). Det betyr at det ikke trenger å være innlysende hvor ideen kommer fra. Norge har blitt bedt om å se til Danmark, men den danske modellen, som bl.a. er inspirert av amerikanske modeller som f.eks. «managed care» (organisert pleie), har møtt mye motstand og fagmiljøene i Norge er tydelig på at de ikke vil adoptere denne modellen, i alle fall ikke fullt ut (Vogt & Pahle, 2015). Røvik (2007) sier at ideer gjerne kan innta ulik form, men likevel ha samme opphav. Selv om den norske modellen er ny vil problemdefinisjoner gjerne adopteres fra den opprinnelige modellen og gjøres gyldig i den nye. En ny organisasjonsidé innehar reformutløsende kraft, noe som kan få betydning dersom problemdefinisjoner importeres fra den danske modellen.

En avgjørende faktor for å lykkes med implementering er å etablere klare mål som organisasjonen kan styre etter. Om en skal lykkes med å nå målene, må de være både spesifikke og tydelige, men det må også etableres systemer som gjør det mulig å rapportere på måloppnåelse (T. Strand, 2001). Sjansen for å mislykkes med implementeringen er relativt stor. I følge Brønn og Arnulf (2015) mislykkes en av tre forsøk på å implementere nye organisasjonsidéer. Årsaken kan ligge i selve translasjonen, dvs. at selv om ideen var god fungerte den ikke i den nye konteksten (Brønn & Arnulf, 2015).

Roland & Westergård (2015) har beskrevet seks faser i implementeringsprosessen. For en organisasjon i endring kan det være nyttig å kjenne de ulike fasene. Første fase er kalt utforskning og adopsjon, og omhandler hvordan organisasjonen kan utforske alternative

endringer som samsvarer med egne behov. Pakkeforløpenes struktur vil avgjøre om det blir mulig med lokale tilpassinger. Den andre fasen kalles program/prosjekt-installasjon og omhandler hvordan organisasjonen skal forberede de ansatte på det som skal skje. Tredje fase kalles innledende implementering og omhandler fasen der en starter arbeidet med å omsette visjoner, ideer og teori bak pakkeforløpsmodellen. Fasen er gjerne forbundet med mye stress og motstand hos de ansatte. Den fjerde fasen innebærer en full gjennomføring. Det er i denne fasen modellen skal prøves ut. Lojalitet til modellen vil være avgjørende i denne fasen. Den femte fasen kalles innovasjon og viser til at endringen allerede har funnet sted og at de ansatte opplever endringen som en forbedring. Siste fase kalles bærekraftig videreføring og handler om at de involverte klarer å holde fokus på metoden men samtidig har evne til tilpassing dersom kontekst endres (Roland & Westergård, 2015).

Det er en rekke faktorer som er med på å bidra til å lykkes med en implementering. En av de kanskje viktigste er at det er forankret hos ledelsen og at ledelsen godkjenner intervensjonen. Intervensjonen beskriver kompleksiteten og hva som skal endres i den nye organiseringen (Roland & Westergård, 2015). Infrastruktur som sikrer at nødvendig utstyr og hjelpemidler er på plass er også viktig. Et annet viktig moment er valg av medarbeidere som er delaktig i opplæring og implementeringsfasen. Det er viktig med tydelighet i forhold til hvem som har ansvar for de ulike tiltakene i implementeringsplanen. En kan i noen grad forvente å møte motstand når en skal i gang med omstilling av stort format. Motstand vil kunne gjøre seg gjeldende på mange ulike måter i en implementeringsprosess. F.eks. vil en kunne se ansatte som kommer med åpenlys og umiddelbar kritikk, ansatte som tilsynelatende er enig i hva som bør gjøres men likevel ikke følger opp, eller ansatte som saboterer vedtakene (Kaufmann & Kaufmann, 2009). Men motstand kan også sees på som en form for engasjement, selv om ledere ofte synes det er vanskelig å verdsette denne formen for engasjement. Å møte motstand med en innstilling om at det er bra å engasjere seg i dette, kan på sikt gi kraft til endringsprosessen. At endring fører til motstand er det mange forskere som har vist. Men de har også vist at når disse reaksjonene får modnes over litt tid, kan det føre til endring. En type motstand som vi til nå ikke har vært inne på, er når ansatte simpelt hen ikke gjør noen ting. De «sitter på gjerdet» og venter. Om det er mange nok som reagerer på omstillingen på denne måten, er det mindre sannsynlig å lykkes med implementeringen (Stensaker & Haugeng, 2016). Presentasjon av mulige utfordringer, for så å diskutere løsningsalternativer, kan være nyttig for at de ansattes involvering og engasjement vil øke. En understøttende ledelse som arbeider for å bygge ned barrierer i implementering og støtter klinikerne ved å skape et

velvillig miljø innad i organisasjonen i forhold til ressurser, rammer og fleksibilitet, er eksempel på kompetansedrivere som ledere må være kjent med (Roland & Westergård, 2015).

2.5 Brukermedvirkning

Helse -og omsorgsdepartementet beskriver i sin plan for innføring av pakkeforløp i psykisk helse- og rus at det er flere områder innen tjenestene som har potensiale til forbedring. Spesielt nevnes de overordnede målene som er satt for de nye forløpene. Økt brukermedvirkning og brukertilfredshet legges til grunn som et av hovedmålene når helsedirektoratet nå arbeider med å få på plass gode pakkeforløp for psykisk helse- og rusfeltet (Andreassen, 2005). For helsetjenesten er brukermedvirkning og brukertilfredshet to velkjente begreper som har fulgt tjenestene igjennom flere tiår. Mange institusjoner innen psykisk helse- og rus er en kommet langt i å inkludere pasienten og hans familie i behandlingen, mens andre steder har en lang vei å gå. Retten til brukermedvirkning for pasienten er lovfestet og det er derfor ikke slik at helsetjenesten kan velge bort brukermedvirkning. En felles målsetning for både pasienter og terapeuter er at pasienten skal oppleve bedring av sin psykiske lidelse. Flere lover er med og regulerer pasientens rett til brukermedvirkning. I lov om pasient- og brukerrettigheter, kap.3 §3-1, reguleres bl.a. pasientenes og brukers rett til medvirkning og informasjon (Lovdata, 2017b). Brukerne skal bli hørt i valg av behandlingsmetode og brukers behov for autonomi skal respekteres. Også i Psykisk helsevern-loven fremkommer det at brukeren skal sikres at tjenesten utføres på en forsvarlig måte og i samsvar med grunnleggende rettighetsprinsipper (Lovdata, 2017a). I sosialtjenesteloven fremkommer det at tjenestetilbudet skal utformes i samarbeid med klienten der det er mulig (Ulvestad, 2007).

Å bygge gode relasjoner anses som en viktig del av brukermedvirkningen. For å bygge gode relasjoner er det ulike momenter som spiller inn. Førsteamanuensis Brønn ved BI har forsket en del på hvordan bygge gode relasjoner (Brønn, 2007). I denne sammenhengen var det med tanke på bedrifters omdømme, men vi kan dra paralleller til å bygge relasjoner i pasientbehandling med de samme kriteriene. Hun fremholder tillitt som en viktig faktor hvor integritet, kompetanse og tiltro er viktige faktorer. I forholdet mellom pasient og terapeut er det terapeuten som må opptre på en slik måte at det er naturlig og trygt for pasienten å åpne seg. Gjensidighet og forpliktelse er også momenter som spiller inn. Det siste momentet Brønn

bringer inn er tilfredsstillelse. Herunder peker hun på hvor positivt syn partene har på hva som kommer ut av relasjonen, noe som kan bidra til å bedre samarbeidet (Brønn, 2007).

Noen viktige prinsipp om brukermedvirkning handler om at pasienten skal bli møtt med respekt og at det skal legges til rette for god relasjonsbygging mellom pasient og terapeut. I tillegg skal de gis opplæring i hvordan pasienten kan hjelpe seg selv samt styrke sitt nettverk (Helsekompetanse.no, 2017). Helsedirektoratet har i en egen modell beskrevet hvordan brukermedvirkningens plass vil bli i pakkeforløpene. De legger vekt på at brukermedvirkning må sees i en kontekst.



Figur 4, (2017a)

Helsedirektoratet har i modellen over vist at «kunnskapsbasert praksis» skal bygge på fundamentet av den forskningsbaserte kunnskapen, den erfaringsbaserte kunnskapen samt brukermedvirkning og brukerkunnskap. Særlig er det lagt vekt på brukerperspektivet i de nye pakkeforløpene. Helsedirektoratet skriver bl.a. dette om brukermedvirkning på sine nettsider; «Det er brukerne som er eksperter på eget liv, og som vet hvor skoen trykker. Skal tjenestene bli bedre, må brukerne involveres og forventninger avklares» (Helsedirektoratet, 2017a).

I denne oppgaven har vi brukt begrepet «samvalg» om de fordelene en kan oppnå når pasienten er satt i stand til å ta egne valg om hvilke helsetjenester han vil gjøre seg nytte av. Vi har valgt å bruke Helsenorge.no sin definisjon på hva samvalg er. De skriver dette på sin

nettside; «*Samvalg betyr at du får hjelp av helsepersonell til å vurdere de ulike alternativene for å kunne ta et informert valg. Målet er å få frem alle fordelene og ulempene, slik at dere sammen kommer frem til det alternativet som er mest i tråd med det som er viktig for deg. Samtidig skal du ikke føle deg presset til å være mer involvert i beslutningene enn det du ønsker selv.*» (Helsenorge.no, 2017). Foreløpig er det bare den somatiske helsetjenesten som har gjort tilgjengelig samvalgsverktøy. Dette er en type verktøy som pasienten kan bruke som hjelpemiddel for å kunne gjøre seg i stand til å ta egne valg. Verktøyene ligger tilgjengelig på Helsenorge.no sine nettsider og inneholder en guide for å hjelpe pasienten frem til å ta egne valg for behandlingen.

Ordet samvalg er et relativt nytt begrep som vi oppfatter å være nært beslektet eller forbundet med begrepet «empowerment». Empowerment begrepet dukket opp for første gang etter etableringen av «Ottawa-charteret», som ble utarbeidet og godkjent på den første Internasjonale Konferansen om Helsefremming i Ottawa, Canada i 1986. Begrepet beskriver hvordan individet blir satt i stand til å ta egne valg og finne egne løsninger basert på et kunnskapsgrunnlag som er bygd opp av egne ressurser i samarbeid med helsetjenesten. Å bli «bemyndiget» er en benevnelse som gjerne brukes for å beskrive begrepet. Et grunnleggende element i empowerment prinsippet handler om at pasienten skal motta informasjon som gjør pasienten i stand til å ta egne valg og realisere sitt potensiale, noe som igjen vil kunne styrke mestringsfølelsen (Askheim, 2012).

2.6 Samhandling i lys av pakkeforløpene

Bedre samhandling mellom tjenestene er satt som et av hovedmålene når Helsedirektoratet presenterer planene for pakkeforløp. Teorien til Orvik (2004) har vært til god hjelp for oss når vi i oppgaven spesifiserer hva som ligger i ordet samhandling. Samhandling som fenomen skiller seg fra begrepet samarbeid ved å være mer forpliktende, men også mer konkret. Deler vi opp ordet, ser vi at det beskriver en norm om å gjøre noe, en handling og at denne handlingen skal gjøres sammen med noen andre. Dette er gjerne en handling som krever god koordinasjon og hensikten er å skape flyt og sammenheng i tiltak og tjenester for pasienten og deres pårørende. Skal partene lykkes med samhandling må det etableres en felles forståelse av hva som er målet. Ord som tillit, likeverd og gjensidighet blir sentrale for å kunne lykkes. En annen faktor som må være på plass før samhandling kan finne sted, er et godt og positivt grunnlag for samarbeid, partene må komme godt overens og være enig om at dette vil vi

sammen. En tredje faktor som også må være tilstede, og som gjerne ligger til ledernivået, er samordning. Ansvar for å samordne hører til på systemnivået og det er der tiltak og tjenester, fordeling av roller på de ulike nivå må være forankret og satt i system. Et avgjørende moment i denne sammenheng er at samhandling i pakkeforløpsmodellen krever en felles forståelse av hva modellen vil innebære på alle nivå. Leger, sykepleiere, psykologer og annet helsepersonell på kommunalt nivå, må formidle den samme forståelsen av hva et pakkeforløp vil innebære til pasienten som helsepersonell i spesialisthelsetjenesten kommer til å formidle. En felles forståelse krever at det etableres fora for kollektiv opplæring og samarbeid. Om de ulike nivåene lykkes med det kan vi si at det har oppstått samhandlingskompetanse, et ord som beskriver det som skjer når partene erkjenner at samarbeid også er arbeid, at de er i stand til å se hva som ligger i egen kompetanse, viktigheten av å lytte til hverandre, hvilken rolle og funksjon den enkelte har m.m. (Orvik, 2004).

2.7 Informasjon

Vi vil se litt nærmere på begrepet «informasjon». Informasjon brukes oftest om innholdet som overføres mellom mennesker når de kommuniserer. Dette innholdet kan endre betydning alt etter hvordan vi formidler emnet. Mottakeren av informasjon kan la seg farge både av språket, tidligere erfaringer, hva som er kunnskapsgrunnlaget eller hva slags interesser vedkommende har. Det som noen vil oppfatte som svært betydningsfull informasjon, kan av andre oppfattes som betydningsløs. En god del av den informasjonen vi omgir oss med krever et visst kunnskapsnivå eller gjerne også erfaring, for å kunne omsettes til mening for mottakeren. Informasjon vil først være av verdi når personen som skal motta denne klarer å forstå og tolke innholdet slik det var ment (Brønn & Arnulf, 2015). Dersom det skal være mulig å forstå innholdet må informasjonen i tillegg være både pålitelig og aktuell. I tillegg kan informasjon også ha sine kognitive begrensninger hos mottakeren. Dette kan bli et problem om det fremkommer mye informasjon på en gang. Tilgangen til f.eks. offentlig informasjon er i dag betydelig bedre, og har ført til at det er betraktelig lettere for forbrukerne å innhente elektronisk informasjon som har betydning f.eks. for valg av behandling i helsevesenet (T. Strand, 2001). I følge Hatch (2001) har sosiologen Daniel Bell uttalt at allmenn tilgang på «online-informasjon» i dagens samfunn har blitt omtalt som at vi er inne i «informasjonsalderen». Bell mente også at han dermed kunne forutsi at den tjenesteytende sektoren, som f.eks. helsesektoren, ville få et oppsving mens sektorer som produserer ville

Side 18 av 74

avta. Kunnskapsarbeidere vil på grunn av «informasjonsalderen» kunne øke sin status i samfunnet, mente Bell (Hatch, 2001).

3 Metode

Vi vil i det følgende beskrive hvilken metode vi har valgt og hvordan forarbeidet og datainnsamlingen pågikk. Vi vil også beskrive hvordan prosessen med å velge deltagere/informanter har vært og hvilket forskningsdesign vi har valgt. I kapittelets siste del vil vi komme med noen forskningsetiske betraktninger.

3.1 Problemstillingen

Bakgrunnen for vår oppgave er interessen av å finne mer ut om pakkeforløp som skal innføres i vårt fagfelt. Arbeidet med å utvikle en god problemstilling er en møysommelig prosess som både har vært krevende og interessant. I Jacobsen (2015) vises det til ulike dimensjoner for å analysere en problemstilling. Den ene dimensjonen Jacobsen (2015) viser til er om problemstillingen er kausal (forklarende) eller deskriptiv (beskrivende). Vår problemstilling er deskriptiv. Det vil si at vi ønsker å finne mer ut om pakkeforløp i motsetning til en kausal problemstilling som ville undersøkt mer om årsakene til et fenomen. Den andre dimensjonen Jacobsen (2015) viser til er om vi ønsker å generalisere eller ikke. Vårt tema og problemstilling er ikke egnet for å kunne generalisere. Selv om vi tilstrebet oss å ha et representativt utvalg gir ikke størrelsen på utvalget rom for å kunne generalisere.

Når problemstillingen nå er ferdig analysert og valg av forskningsdesign skal tas så er case-studie et godt egnet undersøkelsesopplegg. En case-studie kan ha forskjellige undersøkelsesenheter, og på ulike nivå. En case-studie er ment å skulle gi en virkelighetsnær beskrivelse av det vi det vi ønsker å studere (D. I Jacobsen, 2015). Studien vår har en eksplorerende karakter med bakgrunn i at vi studerer noe nytt og er på søken etter meninger og viten som kan bringe ny kunnskap på banen. Case-studier kan på et overordnet plan være godt egnet til en teoretisk generalisering.

Vi har en deskriptiv problemstilling og dataene kan være interessante i sammenlignbare situasjoner.

3.2 Valg av metode

Med utgangspunkt i problemstillingen vår som er eksplorativ, dvs den krever at vi går mer i dybden og henter informasjon fra færre informanter, valgte vi en kvalitativ tilnærming som metode. Vi var nysgjerrige på hva mer som kunne ligge bak et enkelt svar. I følge Dalland (2007) har kvalitativ metode den fordelen at den fanger opp meninger og opplevelser fortalt av informantene og er noe som vanskelig lar seg tallfeste og måle. Vi tenkte at kvalitative dybdeintervjuer ville være hensiktsmessig for å få belyst problemstillingen vår på en god måte.

Vi startet vår studie med å lage en intervjuguide med spørsmål som ville være egnet til å få belyst informantenes syn på innføringen av pakkeforløp, samt hvilke utfordringer de eventuelt så. Vi ønsket at intervjuet skulle flyte mest mulig naturlig og vi valgte derfor en semistrukturert intervjuform hvor vi stilte åpne spørsmål fra intervjuguiden, og kom med oppfølgingsspørsmål etter hvert som samtalen utviklet seg. Vi var nysgjerrig og interessert i å finne ut hvor mye de ulike aktørene visste om pakkeforløp, altså hvor mye informasjon er det gått ut til dem som faktisk har jobben med å implementere pakkeforløpene som står for tur. Det som gjorde det ekstra spennende var at vi fikk intervju forløpsansvarlig og forløpsveileder i et annet helseforetak som allerede har innført enkelte pakkeforløp. Vi tilpasset intervjuguiden slik at den kunne brukes både til brukere, ledere og behandlere.

Tradisjonelt sett har kvalitativ metode hatt en induktiv tilnærming. Det vil si at man på grunnlag av innsamlede data / empiri forsøker å utvikle teori. Samtidig kan det være en deduktiv karakter ved kvalitativ metode ved at man tar utgangspunkt i hypoteser fra tidligere teorier eller litteratur.

Siden vi begge jobber ved samme seksjon og har god kjennskap til arbeidsmetoden og kulturen som befinner seg der, var det spennende at vi fikk intervju personer ved andre sykehus for å få et innblikk i deres tanker om prosessen som skal i gang.

Vi sendte søknad til NSD, Norsk samfunnsvitenskapelige datatjeneste, og fikk godkjenning til å gjennomføre intervjuene med tilhørende retningslinjer for oppbevaring av datamaterialet vi fikk inn.

3.3 Datainnsamling

Vi ønsket å undersøke et nytt fenomen som det til nå ikke er publisert forskning på i Norge. Vi ønsket å finne ut hvordan ledere, terapeuter og brukere ser på denne nye kursendringen. Ut fra egne erfaringer, kan vi si at den offentlige debatten rundt innføring av pakkeforløp har vært mer fremtredende enn den formelle informasjonen som har kommet fra Helsedirektoratet. Vi ønsket å finne ut hvilke tanker og forventninger våre informanter hadde til innføring av denne nye kursendringen.

Vi har valgt en kvalitativ tilnærming til vår problemstilling. Det var den enkelte informants personlige mening omkring temaet vi var ute etter. I den tidlige prosessen diskuterte vi hvilken datainnsamlingsmetode vi skulle bruke og vi bestemte oss for at vi ønsket å bruke semistrukturert intervju. Vi mente at en slik metode var best egnet til å få frem hver enkelt informants fortolkning av det aktuelle fenomenet (D. I Jacobsen, 2015). Spørsmålene var åpne i den forstand at det gav informanten mulighet for å gi åpne svar. Spørsmålene var avgrenset med faste tema og fast rekkefølge. Denne måten å strukturere intervjuguiden på gav informantene mulighet til å resonere fritt rundt hvert spørsmål. Utfordringen ved å ha en så lav grad av struktur på selve spørsmålene, var at informanten hadde en tendens til å bevege seg litt bort fra spørsmålet. Det ble enkelte ganger nødvendig å hente informanten inn ved å gjenta spørsmålet. Samme intervjuguide ble brukt under alle intervju. Noen av spørsmålene var rettet mot hva ledere tenker om ulike forhold. Disse spørsmålene stilte vi ikke til de to personene med brukererfaring. Terapeutene fikk disse spørsmålene, men da med en tilleggskommentar om at spørsmålet var rettet mot ledere men at de kunne svare om de hadde synspunkter.

3.4 Den praktiske gjennomføringen

Da valg av informanter var klart, begynte vi å diskutere hvordan vi skulle gjennomføre intervjuene. Skulle vi møte alle personene ansikt til ansikt eller skulle vi gjøre intervjuene over Skype evt. telefon. Vi kom frem til at den beste måten å få frem nyanser i svarene til den enkelte, var ved å møte de fleste personene ansikt til ansikt. Vi valgte dette alternativet til tross for at det også var det mest kostbare. To unntak ble gjort i det vi valgte å gjøre to intervjuer over Skype. Vi brukte diktafon ved gjennomføringen av intervjuene. Vi fikk tak i en ressursperson ved et annet sykehus som tok på seg oppgaven å koordinere og organisere fire forskjellige intervju på en og samme dag. Denne ressurspersonen var naturlig nok til stor hjelp for oss. Vi gjennomførte to intervjuer før lunsj og to etter. Under reisen gjorde vi et

relativt langt stopp på Gardermoen flyterminal og fikk med det mulighet til å gjøre en avtale om intervju med informanten som bodde i Oslo. Intervjuet på Gardermoen ble gjennomført i en stille del av den nye terminalen. Informanten var i utgangspunktet litt skeptisk til å gjennomføre et intervju i det «offentlige rom», der det potensielt ville kunne være både støy og tilfeldige tilhørere. Vi støttet for så vidt denne skepsisen, men ut fra knapphet på tid og ressurser valgte vi likevel å gjennomføre på denne måten. Intervjuet fant sted på en godt skjermet plass uten persontrafikk. Vi ble ikke forstyrret av andre personer under selve intervjuet. Etter at intervjuene var gjennomført transkriberte vi selv alle intervjuene.

Vi satt igjen med et ganske stort datamateriale da vi var ferdig med intervjuene.

Intervjuguiden, problemstillingen og forskningsspørsmålet ble brukt som utgangspunkt når vi gikk i gang med å plukke ut sitater som vi kunne bruke i det videre arbeidet. Andre fase i bearbeiding av sitatene var en seleksjonsfase der vi ved hjelp at en liste med nøkkelord klarte å redusere mengden sitater slik at vi satt igjen med det som vi anså som mest relevant for det videre arbeidet. Tredje fase var en ytterligere seleksjon av sitater. Denne siste fasen førte oss frem til de sitatene som vi fant mest relevant for det videre arbeidet og som leseren vil finne igjen i besvarelsen.

3.5 Utvalg/deltakere

Jakten på informanter startet kort tid etter at problemstillingen var klar. Utfordringen var å finne informanter som visste noe om den pågående prosessen som var i gang i Helsedirektoratet. Begrepet pakkeforløp ville mest sannsynlig være kjent for de fleste, men innholdet i pakkene var enda ikke bestemt, selv om det var kommet visse antydninger til hvordan de ville se ut. Flere av våre stortingspolitikere, bl.a. helseminister Høie og statsminister Solberg var intervjuet om dette temaet i media. Det ble trukket klare paralleller til pakkeforløp innen kreftomsorgen. Dette preget den pågående samfunnsdebatten.

Valg av informanter var en ganske krevende prosess. Den teoretiske populasjonen som kunne være aktuell til å svare på vår problemstilling var potensielt stor. I starten gikk vi veldig bredt ut og ramset opp flere grupper som vi antok det ville være interessant å intervju. Vi visste at i Danmark hadde de begynt å få erfaring med bruken av pakkeforløp og tenkte først at vi burde reise til dit for å intervju ledere, fagfolk og brukere med erfaring fra fenomenet. Etterhvert som vi satte oss bedre inn i hvordan pakkeforløpene skulle se ut i Norge, ble det klart at norske myndigheter ikke ønsket å se til Danmark når de skulle utarbeide

retningslinjene for pakkeforløp i Norge. Med den kunnskapen valgte vi å droppe Danmark og heller se etter en teoretisk populasjon i Norge. Vi plukket ut to ledere, en terapeut og en brukerrepresentant som alle jobber i psykisk helse –og rusfeltet. En artikkel i Dagens medisin satte oss på sporet til de neste informantene. Artikkelen viste til et annet helseforetak sin tidlige satsning på pakkeforløp. De hadde allerede valgt å innføre egne pakkeforløp for flere pasientgrupper. Vi ble selvsagt interessert i hvilke erfaringer de hadde gjort seg etter at de innførte disse pakkeforløpene. Vi fikk kontakt med fagsjef ved sykehuset som var til stor hjelp med å skaffe informanter som vi kunne intervju. Vi fikk intervjuet vi fire ulike fagpersoner ved dette sykehuset. Den siste informanten vi plukket ut var en fagperson med brukererfaring som hadde en aktiv rolle i den formelle prosessen som helsedirektoratet hadde startet rundt utarbeidelsen av pakkeforløp. Med såpass få enheter med i undersøkelsen, var det klart at vi ikke kunne få et representativt utvalg. Dette var da heller ikke målet vårt. Snarere enn å se etter det generelle og typiske synet på innføring av pakkeforløp, var vi ute etter det unike og spesielle i svarene til hver enkelt (D. I Jacobsen, 2015).

3.6 Forskningsdesign

Når jobben med problemstilling var gjort skulle vi forsøke å finne et forskningsdesign som ville hjelpe oss å belyse problemstillingen og forskningsspørsmålene våre. Et forskningsdesign er en overordnet plan eller oversikt over hvordan vi skal belyse og besvare problemstillingen. For å utdype litt mer om design er det viktig å være klar over at valg av design vil ha store konsekvenser for undersøkelsens validitet (Jacobsen, 2015). Vi kan skille mellom intern og ekstern gyldighet. Ekstern gyldighet vil være når vi kan generalisere funnene våre mens intern gyldighet menes om funn og konklusjoner er gjenkjennbart der studien har funnet sted. En annen utfordring som er viktig å avklare er kausalitet og generalisering. Generalisering kan gjøres på to ulike måter, enten statistisk eller teoretisk. De to formene for generalisering vil definere om det er et intensivt design som går i dybden eller et ekstensivt design som går bredere ut. Vår undersøkelse vil karakteriseres som et intensivt design, vi undersøker få enheter og vi ønsker å gå i dybden. Det vil også ha en høyere intern gyldighet enn ekstern. Når det gjelder kausalitet som i stor grad omhandler årsak virkning, vil det være vanskelig å dra noen sammenhenger med implementeringen av pakkeforløp og bedring av den psykiske helsen hos pasienter. Dette fordi implementeringen ikke er startet og det kreves omfattende studier for å avdekke en eventuell sammenheng.

3.7 Undersøkelsens kvalitet

Selv om vår undersøkelse bygger på en kvalitativ metode, finner vi det naturlig å vurdere kvaliteten på de dataene som vi har samlet igjennom å se på dataenes interne gyldighet og deres pålitelighet. Det er flere viktige sider ved undersøkelsen som vi må se nærmere på. Hvor riktige er resultatene, og hvordan kan vi vite at informantene har svart ærlig og oppriktig på våre spørsmål. Svaret er mest sannsynlig at vi ikke vet. Jacobsen (2005:214) sier: «De aller fleste samfunnsforskere har forlatt ideen om at vi en gang i fremtiden vil kunne beskrive samfunnet på en objektivt riktig måte». I vår undersøkelse har vi valgt å intervju en relativt liten gruppe mennesker. Gruppen består av både kvinner og menn med forskjellig yrkesbakgrunn og forskjellige roller innen helsevesenet. De er ledere, terapeuter og personer med brukererfaring. Det er altså ikke en homogen gruppe vi undersøker. I denne sammenheng blir det derfor mer interessant å spørre om de svarene vi har fått, gir oss svar på det vi spurte om? (Tjora, 2010). Dersom vi klarer å trekke ut essensen fra hvert svar, analysere dette og sammen med vår forståelse sette det sammen til et sluttprodukt som informanten vil kjenne seg igjen i, har vi kanskje kommet så nærme som det er mulig det vi kan kalle validitet. Målet med denne undersøkelsen har ikke vært å kunne påvise ekstern gyldighet. Vi kan derfor heller ikke si at våre funn kan generaliseres til en større populasjon. I vår analyse av dataene har vi likevel kunne påvise store individuelle forskjeller i de svarene informantene har gitt oss.

Det neste store spørsmålet vi må ta stilling til er hvor reliable, eller pålitelig, svarene vi har fått er. Vi må ta stilling til om vår måte å samle inn data på kan ha påvirket resultatene eller sluttproduktet. I litteraturen finner vi få eksempler på undersøkelser som ikke påvirker undersøkelsesobjektene (Dag Ingvar Jacobsen, 2005). Det er flere forhold som kan ha innvirket på resultatene i vår undersøkelse. Undersøkereffekt er et fenomen som gjerne bør nevnes. Dette fenomenet handler om hvor vidt intervjuobjektet lar seg påvirke til å gi svar i en bestemt retning som følge av hvordan intervjuer fremstår i intervjusituasjonen. For å forsøke å sikre oss mot denne effekten la vi vekt på å gjennomføre alle intervjuene så likt som mulig. Vi la vekt på at vi skulle ha en lav grad av intervensjon når informanten hadde svart. Eksempel på dette er at vi lot svarene til informanten stå udiskutert etter at informanten hadde svart. Vi gikk f.eks. ikke inn og påpekte fakta-feil i svarene. Et annet fenomen som vi også bør nevne er den så kalte observatøreffekten, som betyr at observatøren får en for sentral plass under intervjuet og på den måten kan påvirke resultatet. Vi byttet på rollene som observatør og intervjuer, men hadde fokus på at observatøren hadde en tilbaketrukket rolle

under intervjuet. Det mest naturlige for oss var likevel at observatøren deltok gjennom nonverbal kommunikasjon i form av små anerkjennende nikk og blikk, samt et kroppsspråk som viste interesse for informanten og det som ble sagt.

Vi har allerede vært inne på et annet moment som kan ha påvirket resultatet av undersøkelsen nemlig konteksten intervjuene ble gjennomført i. Da vi opererte med fire ulike kontekster må vi anta at det kan ha påvirket informantenes svar på forskjellige måter. Intervjuet vi gjorde på Gardermoen skiller seg nok mest ut da dette foregikk i det offentlige rom. Den aktuelle informanten var den eneste som påpekte svakhet ved kontekst.

3.8 Forskningsetiske betraktninger

I denne undersøkelsen har vi intervjuet en rekke mennesker med ulike bakgrunn og tilknytning til fagfeltet psykisk helse- og rus. Vi har brukt deres utsagn til å forsøke å besvare en problemstilling som vi selv fant interessant å se nærmere på. Det har vært viktig for oss å ivareta de forskningsetiske grunnprinsippene når vi har gjennomført undersøkelsen. Vi oppfatter at de forskningsetiske grunnprinsippene bl.a. handler om at vi hele tiden har vært åpen over for våre informanter om hva det er vi ønsker å undersøke. Det har også vært viktig å overholde en høy grad av konfidensialitet overfor informantene, selv om det var noen av informantene som sa at de ikke hadde noen problemer med å stå frem med sine meninger med eget navn. Vi har likevel valgt å anonymisere alle våre informanter. Vi vet at vår fortolkning av det som er blitt sagt ikke trenger å være sammenfallende med de informantene har ment. Deres utsagn og meninger har blitt «knadd» og fortolket og de har blitt satt inn i ulike meningsrammer. Vi har likevel hatt fokus på å presentere dataene vi har fått inn på en mest mulig korrekt måte. Likevel kan resultatet av denne studien bli presentert på en annen måte enn det informanten hadde tenkt. Vår handlemåte i denne studien kan i stor grad underkastes en konsekvenslogikk. Vi har hele tiden måtte vurdere den gevinsten vi sitter igjen med i vår undersøkelse opp mot de evt. problemer vi risikerte å sette informantene i. Alle våre informanter fikk på forhånd informasjon om hva de hadde takket ja til å være med på. De fikk også informasjon om at de når som helst kunne trekke seg fra studien. Det ble sendt ut informert samtykke som understreket dette (D. I Jacobsen, 2015).

4 Presentasjon av funn, analyse og drøfting

Vi vil i det følgende kapittel presentere forskningsspørsmålene, hovedfunnene, sitater, fortolkninger, og til slutt komme med en drøfting.

Forskningsspørsmål 1: Hvilke utfordringer vil implementering av pakkeforløp gi i forhold til ivaretagelse av de ansattes faglige autonomi?

Vi har kommet frem til følgende funn:

Informantene er opptatt av at deres faglige autonomi må ivaretas slik at tidligere erfaringer ikke må vike til fordel for nye måter som alle skal ta i bruk. Helsedirektoratets fokus på kunnskapsbasert praksis skaper bølger i informantgruppen og flere av våre informanter mener at det er knyttet alt for svak evidens til de ulike behandlingsmetodene som finnes til å kunne si at en metode er bedre enn en annen. Pakkeforløpsmodellen oppfattes av informantene som en dreining mot en mer tradisjonell medisinsk retning for fagfeltet psykisk helse- og rus. Det kliniske skjønn må få en naturlig plass i et pakkeforløp dersom den faglige autonomien skal kunne ivaretas.

Forskningsspørsmål 2: Hvilke utfordringer vil implementering av pakkeforløp gi i forhold til ivaretagelse av brukermedvirkning og brukertilfredshet?

Vi ønsker å trekke frem følgende hovedfunn fra vårt datamateriale:

Det må etableres en trygg og god relasjon mellom terapeut og pasient om behandlingen skal lykkes. I tillegg finner vi at det må være god informasjonsflyt mellom terapeut og pasient. Pasienten må få muligheten til å ta reelle valg basert på grundig og god informasjon om hvilke valg som finnes. Fokuset på kunnskapsbaserte behandlingsmetoder i pakkeforløpene kan slå negativt ut for pasientene fordi evidensen i fagfeltet synes å være for svak og det er frykt for at pasientens historie må passe inn i en medisinsk modell for å bli «verdt noe».

Forskningsspørsmål 3: Hvilke utfordringer kan lederne anta å møte ved implementering av pakkeforløp?

Med bakgrunn i våre data har vi kommet frem til disse hovedfunnene som kan belyse vårt forskningsspørsmål.

Forutinntatte holdninger til hva pakkeforløp er kan vanskeliggjøre implementeringen, og lederne må tidlig i implementeringsfasen ta ansvar og forberede de ansatte på det nye som kommer. Kultur på arbeidsplassen vil få avgjørende betydning for om implementeringen vil lykkes eller ikke. Økt byråkratisering er også et sentralt tema.

4.1 Ivaretagelse av de ansattes faglige autonomi

Våre informanter har noe delte meninger når vi undersøker hvordan de tror pakkeforløpene vil innvirke på den faglige autonomien. Vi ser at de av informantene som ikke har erfaring med pakkeforløp er mer negativt innstilt og mener at den nye modellen vil kunne få store konsekvenser for hvordan den enkelte fagpersoners faglige autonomi blir ivaretatt, mens de informantene som har begynt å få erfaring med pakkeforløp er mer positiv og mener at fagfolk må ofre noe av sin faglige autonomi til fordel for et mer kvalitetssikkert system.

Forskningsspørsmål 1: Hvilke utfordringer vil implementering av pakkeforløp gi i forhold til ivaretagelse av de ansattes faglige autonomi?

Per, som er en av informantene med lang klinisk erfaring, er opptatt av å ivareta det verdifulle i å bygge en relasjon til pasienten. Han sier det på følgende måte: *Ja altså jeg får noen sånne skrekksenarioer om nyutdannede psykologer for eksempel, som kommer her uten erfaring og bare tar tak; ja, sånn og sånn. Nå følger vi skjemaet og dundrer av gårde uten å tenke på at her er det ikke en blindtarmsoperasjon som skal gjennomføres, men her er det snakk om å etablere en relasjon. Sånn sett kan det slå ganske negativt ut, at det blir en del som dropper ut og føler at de ikke får hjelp.*

Per fortsetter sitt resonnement på denne måten: *«Fordi hele prosjektet bunner jo i, slik som jeg ser det, at en tar utgangspunkt i en medisinsk modell og så overfører en den til psykisk helsevern ... (...)... Her han man tydeligvis gått ut fra en medisinsk modell, og dersom den ikke er overførbar til psykisk helsevern, utfra at det er en annen type fenomener så og si man forholder seg til der, så faller jo grunnlaget for å finne en slik evidens bort da, strengt tatt. Så der er jo egentlig et spørsmål om hvordan man strengt tatt tenker om de fenomener man finner innenfor psykisk helsevern, hva det er for noe».*

I et annet utsagn, som også omhandler den faglige autonomien, kommer informanten inn på et annet aspekt. Han sier; *«For det er klart, de som jobber ut fra en bestemt tradisjon og som trives best med det, vil jo fort kunne føle at de, ja i verste fall ikke blir verdsatt da, dersom alt skal gjennomføres på ut fra en bestemt teknikk da ... (...) ... De (lederne) må gjøre folk/behandlere trygg på at de kan fortsette å jobbe på en slik måte at det å etablere en god relasjon, kall det for medvirkning, blir en nødvendig forutsetning for å kunne jobbe på den og den måten, rett og slett».*

Per sier dette om å gi store handlingsrom til terapeutene; *«Så det spørs jo hvor mye rom en skal gi for tilpassinger da, for den enkelte behandler. For dersom det blir gitt mye rom, og det bør det jo gis sett i forhold til komorbiditet (samsykelighet) og hele den problematikken der, så blir det egentlig ganske utvannet og da forsetter man jo bare å gjøre det samme som en har gjort egentlig hele tiden, bare at det blir satt noen, departementet har satt noen, fine overskrifter på dette her da».*

Sandra sier dette om rammer rundt behandlingen; *«jeg tenker på pakkeforløp som en ramme, som noen bokser som hjelper oss å holde fokus på ting. Og innenfor der så har du ganske stort spillerom. Så da har du ganske store valgmuligheter for hvordan du vil gjøre ting ... (...) ... Så tror jeg jo ikke at det gjør noe at vi blir nødt til å forholde oss til, på en måte, evidensbasert behandling, selv om det selvfølgelig ikke sier alt, for vi har ikke forsket på alt».*

Sandra sier også dette om å ivareta den faglige autonomien; *«Men igjen, det er noe med hvordan man greier å jobbe dette inn i kollegiet. For jeg tror at mange vil oppleve det som en trussel mot autonomien og vil tenke at nå er, altså det kliniske skjønnet, litt sånn ute. Jeg tenker jo ikke det, jeg tenker at det er kjempeviktig så lenge man ikke lager rammene så tight at de ikke kan individuelt tilpasses»*

Torgeir er en terapeut med lang erfaring. Han sier dette om å ivareta terapeutenes autonomi: *«Det kan bli litt slik at det blir mindre rom for de som på en måte opererer litt på siden av det myndighetene mener at vi skal tilby folk. Samtidig så kan det være enklere å, på en måte, gjøre individuelle tilpasninger når du vet at du har en pakke med ulike ting du kan velge mellom og så får du en individuell tilpassing ... (...) ... Vi har mulighet til individuell tilpassing, men selvfølgelig vi kan ikke velge alt i denne verden, vi må på en måte velge blant det som myndighetene sier er den behandlingen de skal tilbys da».*

Bjørn har arbeidet som spesialist i mange år. Han sier det på følgende måte: *Hvis du er behandler og driver på en bestemt metode, hvis det da sies at det ikke skal jobbes med det så vil jo din autonomi rokkes ved. Så er spørsmålet om man må tåle det kanskje hvis man er behandler? Jeg tror ikke man kan forlange at man skal drive på en bestemt måte bare i kraft av at man er utdannet for det. Hvis jeg ville ha drevet psykoanalytisk så skulle jeg kanskje funnet meg en annen arbeidsplass da, for det er hensynet til pasienten som må gå foran. Så ja det kan rokke ved autonomien men jeg tror behandleren må være villige til å la seg rokke ved.*

Bekymringer for at det kliniske skjønnnet svekkes understøttes av følgende utsagn: *Vi har pasienter som har to til tre diagnoser og hva er evidensen for dem? Vi må ha en slags sunn skepsis til evidensen. Noen ganger kan det hende at vi ikke har så mye evidens, men at den beste evidensen vi har er den kliniske erfaringen.*

Gunn sitt sitat underbygger Bjørn sitt og sier følgende: *Nei utfra det vi ser så kan det godt hende det vil hemme autonomien men jeg vet ikke om det er så farlig da? Det er jo helt påkrevd synes jeg da, at alle pasientene skal få den samme undersøkelsen for å vurdere om det her er en psykose eller en personlighetsforstyrrelse, og det er klart at det faglige skjønnnet er der hele tiden men at det er ikke bare det som skal styre.*

Nils bringer inn et annet moment innenfor terapeutenes faglige autonomi og sier det på følgende måte: *Jeg tror det er en utfordring, også fra mitt perspektiv, på en måte å ivareta den humanistiske tradisjonen innenfor behandling på dette området og at vi ikke får en sånn veldig utvikling i en tradisjonell medisinsk retning. Jeg ser derfor at det er en stor utfordring å få til en måte å snakke om psykiske problemer på som er annerledes enn at vi snakker om det innenfor rammen av et diagnostisk system som egentlig ikke er et diagnostisk system, men som egentlig er et rent klassifikasjonssystem hvor vi klassifiserer ulike symptomer på ulike måter... (...)... Altså jeg tror det er noen som vil være mer fornøyd med pakkeforløpene enn andre og det vil være de som allerede har en praksis som ligger i nærheten av pakkeforløpene. Mens de som har en annen type praksis, de vil føle seg mer hemmet av pakkeforløpene, så jeg tror det vil variere endel hvordan, opplevelsen av autonomien. Det er jo noen som bruker veldig mange såkalte diagnostiske verktøy og er veldig opptatt av diagnosen som utgangspunkt for en god behandling osv., de vil synes det er kjempefint at de kan få en pakke som sier; «gjør det sånn og sånn og sånn», så har du gjort akkurat de tingene du har stor tro på, og på en god måte. Men så har du de som tror det viktigste når de møter en pasient er å høre på den historien pasienten har med seg og høre det problemet*

vedkommende har med seg, ikke nødvendigvis bli oversatt til en medisinsk diagnose, de vil føle seg hemmet. Her vil det variere.

4.1.1 Fortolkning

Vi har her sett et lite knippe av de mange gode sitatene vi fikk fra våre informanter. Vi vil i denne delen av besvarelsen gi vår fortolkning av utsagnene som informantene har kommet med. Med intervjuguiden som bakteppe har vi tolket utsagnet til informantene uten at vi har latt oss påvirke av noen bestemt teori.

Per, som er en av våre informanter med lang fartstid som terapeut innen psykisk helsevern, er redd for at enkelte fagfolk blindt kommer til å følge det som står i pakkeforløpene uten å ta hensyn til viktigheten av å bygge en relasjon først. Vi forstår hans utsagn slik at han er opptatt av at behandlers autonomi vil stå i fare for å forringes som følge av de premissene som helsedirektoratet bygger pakkeforløpene på. Dersom pakkeforløpene blir for rigid og skjematisk oppfatter vi at han frykter at spesielt nyutdannede terapeuter, uten særlig erfaring, blindt kommer til å følge skjema eller oppskriften som er beskrevet i pakkeforløpene.

Vi tolker det også dithen at informanten advarer mot å bruke den medisinske modellen som utgangspunkt for behandling av pasienter i psykisk helsevern. Vi oppfatter at informanten igjennom sitt utsagn stiller seg undrende til hvordan myndighetene tenker om de fenomener som vi ser innen fagfeltet psykiske helse- og rus. Hvordan kan man forstå psykiske lidelser, eller hvilke forklaringsmodeller for psykiske lidelser legges til grunn i valg av behandlingsformer. Vi forstår det dithen at han mener det er uheldig at det trekkes paralleller mellom den medisinske modellen og over til psykisk helse- og rus med bakgrunn i mangelen på evidens.

En annen av våre informanter gir evidensbaserte behandlingsformer en nødvendig plass i behandlingen, selv om hun også medgir at evidensen er mangelfull innen fagfeltet. Til tross for at informanten er av den oppfatning at terapeutene bare vil oppleve begrenset innskrenkning av autonomi i sin yrkesutøvelse, tror hun at mange av de ansatte vil se annerledes på det. I et av utsagnene kan det synes som om informanten er opptatt av at mange ansatte kan komme til å oppleve innføring av pakkeforløp som en trussel mot deres autonomi og at klarere rammer kan oppfattes å gå på bekostning av terapeutenes kliniske skjønn. Hun trekker frem implementeringsfasen som særlig viktig for å unngå at dette skjer. Vi forstår det

slik at Sandra mener at det kliniske skjønn fortsatt kommer til å ha en viktig plass i fagfeltet psykisk helsevern- og rus også etter at pakkeforløpene er innført. Hun mener også at det vil være et lederansvar å presentere pakkeforløpene i kollegiet på en slik måte at de ansatte fortsatt føler at de har stor handlefrihet innenfor de gitte rammene.

Selv om troskapen til pakkeforløpsmodellen synes tydelig hos både Torgeir og Bjørn, oppfatter vi at de begge er opptatt av at den kliniske erfaringen er viktig. Slik vi oppfatter deres utsagn er det ingen motsetning mellom å være tro mot pakkeforløpsmodellen og hensynet til viktigheten det kliniske skjønn. Det å ivareta det kliniske skjønnet kan også forstås som en form for autonomi.

Nils er en av informantene med lang klinisk erfaring som viser en mye større skepsis til pakkeforløpsmodellen. Når han snakker om momenter som berører terapeutenes faglige autonomi, henviser han bl.a. til den humanistiske tradisjonen som skiller seg fra den tradisjonelle medisinske retningen ved at forståelsen av enkeltmennesket legges på det enkelte individ sine premisser. Vi oppfatter at informanten er skeptisk til at psykisk helsevern beveger seg bort fra det humanistiske perspektivet. Vi tolker det dithen at informanten ser på innføringen av pakkeforløp som nok et steg mot den tradisjonelle medisinske retningen. Et steg i den retningen kan tolkes som en innskrenking av den faglige autonomien med bakgrunn i at behandlingen i større grad blir standardisert. Vi forstår det også slik at informanten viser til at behandlernes opplevelse av autonomi avhenger av hvilken metode de jobber etter. Han mener det vil variere ut ifra det perspektivet

4.1.2 Drøfting ivaretagelse av ansattes autonomi

I denne delen av oppgaven skal vi drøfte våre funn og fortolkninger i lys av den teorien vi har valgt.

Når det skjer en endring i en organisasjon og nye rutiner skal implementeres er det en rekke faktorer å ta hensyn til. Som vi kan se ut ifra forskningsspørsmål og funn er det flere informanter som er opptatt av den faglige autonomien hos terapeutene, og hvordan pakkeforløpene vil påvirke den. De ulike behandlerne og terapeutene har en sterk autonomi som står i fare for å bli røkket ved når pakkeforløpene skal innføres. Der hvor enkelte mener at mindre autonomi vil gi en likere eller mer ensartet behandling til pasientene, kan det også sees på som en dreining mot effektiviseringsmaskineriet som ønsker en mer samlebåndspreget

behandling. Det kan også forstås som at behandlingen i pakkeforløpene er tenkt organisert etter en industriell logikk. I lys av teorien til Lian (2007) og filosofien bak New Public Management, heretter benevnt som NPM, er dette gjenkjennbart. Det offentlige helsevesenet har gjennom tiår hatt en dreining mot NPM. En av konsekvensene ved denne dreiningen kan være det vi omtaler som «svingdørpasienter». I det ligger det at systemet legger opp til for korte behandlingsforløp og økt byråkratisering ved at alt skal dokumenteres, noe som kan medføre at pasientene ikke blir tilstrekkelig behandlet, og kanskje kommer tilbake etter kort tid med de samme problemstillingene. Skepsisen blant våre informanter til en ytterligere dreining mot NPM finner vi støtte til i teorien til Bryn (2015) som peker på at NPM og økt krav til registrering og kontroll av pasientrelatert aktivitet kan være en hemmende faktor for en god og effektiv pasientbehandling. Statsminister Erna Solberg har uttalt til mediene at metodikken i pakkeforløpene skal handle om å standardisere tilbudet til pasienten med to hovedformål: å redusere unødvendig venting og sikre at alle får best mulig behandling (Moe, 2015).

Informantene våre har ulike oppfatninger og forståelse av hvordan autonomien vil påvirkes. Der hvor enkelte uttaler at det er helt ok at det rokkes ved autonomien, er det andre som uttrykker bekymring for at de får for lite handlingsrom og at det kliniske skjønnnet svekkes. Det å ivareta det kliniske skjønnnet kan ifølge en av våre informanter også sees på som en form for autonomi. I forhold til funn peker enkelte av informantene på at det er ledernes oppgave å ivareta behandlernes egenart. Dette forstår vi som at autonomi er mer enn å bare frihet til å gjøre som man vil, men at lederne har fokus på å ivareta den enkelte behandlerens egenart ved at de får gjøre det de selv føler de er god på. På den andre siden viser forskning at det som gjør en terapeut god er klinisk variasjon (Solberg, 2014). Det er her grunn til å stille spørsmål ved i hvor stor grad terapeutene skal fastholde på sin egenart eller om de skal bli «tvunget» av lederne til å jobbe etter andre metoder også.

Klinisk skjønn og autonomi henger i stor grad sammen. Det ser ut til at terapeutenes ønske om frihet og høy grad av autonomi ikke nødvendigvis kan forenes med pakkeforløpenes ideologi. Et annet syn informantene bringer inn er en skepsis til hvilken nytteverdi innføring av en rigid modell vil ha, sett i et endringsperspektiv. Det kan også stilles spørsmål ved hvor mye autonomi det kan være mulig å gi terapeutene samtidig som de skal følge innholdet i et pakkeforløp. Vi ser at det kan bli en utfordring for lederne å ivareta klinikernes autonomi med de standardiserte rammene som pakkeforløpene legger opp til. Der hvor terapeutene nå i stor grad har full kontroll over behandlingen de gir, og i stor grad legger premissene for hvor

lenge en pasient skal motta behandling, kan det oppleves annerledes når pakkeforløpene innføres. Behandlerne vil ha en betydelig mindre stemme når innholdet og lengden på behandlingen skal fastsettes. Vi aner en skepsis, spesielt blant psykologene, til innføringen av pakkeforløp, og det vil være nærliggende å tro at det er på bakgrunn av at de får betydelig mindre autonomi i behandlingen av pasienter. Hvordan kan så lederne sørge for å ivareta terapeutenes faglige autonomi?

Et ytterligere funn er at informantene oppfatter pakkeforløpsmodellen som en dreining mot en mer tradisjonell medisinsk retning, noe som anses som uheldig. Dette kommer til uttrykk fra flere av informantene som viser til at historien pasientene har med seg blir først verd noe når man får symptomene deres til å passe inn i et medisinsk diagnostisk system. Hofgaard (2010) viser til at psykologien ikke har sitt utgangspunkt i sykdomsmodellen, en modell som skiller mellom frisk og syk. Psykologien tar heller for seg hva som er normaliteten og mestringsmuligheten hos pasientene. Når pakkeforløpene skal implementeres er det lagt stor vekt på at de skal bygge på evidensbaserte eller kunnskapsbaserte metoder. I mandatet fra helsedirektoratet står det følgende: *«pakkeforløpene skal bygge på eksisterende nasjonale og internasjonale retningslinjer og kunnskapsbasert praksis»* (Helsedirektoratet, 2017).

Når kliniske avgjørelser skal tas legger pakkeforløpene opp til at pasientene skal være mer delaktig. Bøe (2007) utdyper det ytterligere ved å peke på at poenget med evidensbasert praksis er å finne frem til den intervensjonen som gir størst mulig effekt og som er solid forankret i vitenskapelige studier og har samsvar med det som pasienten ønsker. Vi kan forstå det som at profesjonsmakten utfordres både fra ledelsen, men også fra pasienter som nå har krav på og ønsker et større innsyn i den kliniske praksisen. Dette kan sees på som en utfordring både for ledere og terapeuter, men også for pasientene (Johannessen, 2004).

Vi kan også ane en skepsis med bakgrunn i at det vil bli en økt byråkratisering. Dette finner vi støtte til i teorien til Ekeland (2015) som uttrykker det på følgende måte: *«jo mindre faglig selvstendighet kunnskapstunge aktører opplever i sitt yrke, jo mindre tiltrekkende vil yrket bli, med påfølgende statustap»* (Ekeland 2015:176). Vi finner også støtte til denne tankegangen i Solberg (2014). Her viser han til en rapport fra Sintef helse som peker på at mye av behandlernes tid går med til å utføre pasientadministrativt arbeid. Han sier videre at merkantilt personale bør overta deler av denne jobben slik at terapeutene får drive med pasientrettet arbeid. Solberg (2014) viser også til hva det er som gjør at psykologer utvikler seg til å bli gode terapeuter. En stor internasjonal studie av 12000 psykologer uttalte seg, og

resultatet var at klinisk variasjon pekte seg ut som et suksesskriteria. Med økt byråkratisering på den ene siden kan vi på den andre siden forstå at betydningen av god og riktig dokumentasjon er helt påkrevd i samhandling med andre aktører. Klarer man å lage systemer som er så gode at merkantilt personale vil kunne overta deler av ansvaret for all koding og dokumentering som de nye systemene krever?

Noen av informantene som allerede jobbet med pakkeforløp pekte på at det var mer tid som gikk bort til å administrere pasientarbeidet. Når pakkeforløpene innføres i sin helhet vil nok det også bli hverdagen for terapeuter flest. I lys av teorien kan det sett fra et psykologperspektiv, sees på som store endringer i den kliniske hverdagen, og man risikerer at en større del av jobben går med til å administrere i stedet for å behandle. Dette kan sees på som en byråkratisering som vi finner støtte til i teorien om økt byråkratisering i Ekeland (2015). Her stilles det kritiske spørsmål til det han omtaler som moderniseringsbyråkratene. De nye systemene som innføres kan virke resursstappende. Dette er hverken, pasienter, terapeuter eller organisasjonen som helhet tjent med. Målet for en organisasjon må jo være å ha så dedikerte, engasjerte og kunnskapsrike ansatte som mulig. Vil det være mulig å oppnå det med alle de byråkratiske systemene som innføres? Et system som i verste fall kan føre til en degradering av kunnskapens makt.

Fra et pasientperspektiv kan vi forstå innføringen av pakkeforløp på en annen måte. Her kan vi tenke at for pasientene vil det kjennes betryggende ut at de får den behandlingen som myndighetene har bestemt er best, og intensjonen er at den skal være like god uavhengig av hvor de bor i landet og hvilken terapeut du har. I lys av teorien kan vi se at Ekeland (2015) peker på at profesjonsutøving krever at det er rom for å utvise skjønn og at det er nødvendig med en viss grad av autonomi til tross for en økt standardisering. Dette støttes også av Østrem (2015) og fig.2, som illustrerer hva som kreves av en profesjonsutøver. Det pekes også på utfordringen med å detaljstyre profesjonsutøvere og at det er påkrevd med metodefrihet og autonomi for å kunne utøve sin profesjon. På den andre siden er det muligheter for at det er varierende kvalitet på terapeutene. Noen er mindre gode terapeuter mens andre igjen gjør en formidabel jobb. De mindre gode terapeutene vil kanskje i noen tilfeller utøve et skjønn og bruke sin autonomi som ikke er helt heldig for pasientene. I Ekeland (2015) pekes det på at vi må også studere og lære av de som gjør feil. For å være en god terapeut er det en rekke momenter som spiller inn. I følge Hageberg (2009) sier psykolog Arnet at det er ikke nødvendigvis en lang utdanning og erfaring som gjør deg til en god terapeut. Det å ha gode empatiske evner, viser stabilitet og forutsigbarhet, anses som viktige momenter for å være en

Side 34 av 74

god terapeut. Samtidig pekes det på at det er viktig at tanker og følelser utfordres på en slik måte at man får nye perspektiver på sine egne problemer og utfordringer (Hageberg, 2009).

Fra myndighetene får vi opplyst om at pakkeforløpene skal bygge på evidensbaserte eller kunnskapsbaserte behandlingsmetoder. Kravet om evidensbaserte metoder og tilnærminger stammer fra somatisk medisin. Forskning og våre informanter er skeptiske til at dette kravet gjøres gjeldende innen psykisk helsearbeid (Bøe, 2007). Å forske på hvilken behandling som virker kan by på utfordringer innen vårt fagfelt. Sentralt i funnene og som flere av informantene viser til, er at i den kliniske hverdagen møter terapeutene ofte på pasienter som har flere enn en diagnose og de er gjerne komplekse. De spør seg om hva er evidensen for dem? Den kliniske erfaringen kan i denne sammenhengen anses som den beste evidensen. Så spør det om retningslinjene som helsedirektoratet utarbeider gir terapeutene stort nok handlingsrom til å utvise klinisk skjønn, noe som informantene mener er en forutsetning for at autonomien skal kunne ivaretas.

Det som er den beste evidensen har historisk sett gitt oss all grunn til å utvise en type sunn skepsis. I Ekeland (2015) beskriver han deler av den psykiatriske historien som vi kan se tilbake på med skam og forakt. Lobotomi ble blant annet sett på som en vitenskapelig og anerkjent metode som også fikk nobelpris i medisin. Nyere forskning peker mer på skadeomfanget av psykofarmaka enn effekten av det (Ekeland, 2015). Med denne kunnskapen er det all grunn til å utvise en skepsis til hva som er evidensen i behandling som skal gis. Nettopp utfordringen ved å finne evidensen bringer oss tilbake til evidensbasert praksis (EBP), eller kunnskapsbasert praksis som helsedirektoratet beskriver det som. Helsedirektoratet jobber ut ifra et mandat de har fått fra helse og omsorgsdepartementet til å utarbeide pakkeforløpene. I den informasjonen som har ligget tilgjengelig på nett har vi registrert at de har gått bort fra evidensbegrepet og bruker nå kunnskapsbasert praksis (EBP). Dette kan vi tolke dithen at de gjennom den jobben som har vært gjort i arbeidsgruppene, har blitt oppmerksom på at det kan være utfordrende å finne evidens gjennom randomisert studier innen psykisk helse. Å måle evidensen innen vårt fagfelt kan være utfordrende i motsetning til tradisjonell medisinsk forskning som lettere vil gi et svar på effekten av en gitt behandling eller ikke. Her kommer EBP inn og understøtter det Johannesen (2004) sier om at EBP er et nyttig redskap i den kliniske hverdagen når det skal tas avgjørelser som ligger på siden av det som er standardisert og skjematisk. Dette kommer også til uttrykk fra flere av våre informanter når det gjelder å ivareta behandlerens egenart og mulighet til å utvise faglig autonomi men innenfor de rammer som ligger til grunn. Det hører til den videre diskusjonen

Side 35 av 74

at enkelte av informantene fremholdt en strengere struktur slik at ikke behandlingsmetoder som er helt uten forskning får vokse frem. En av informantene brukte begrepet kvakksalveri i denne sammenhengen.

Uønsket variasjon er et av begrepene som helsedirektoratet sier de vil redusere. Hva som ligger i begrepet er det ikke kommet noen nærmere avklaring på. Informantene hadde i så måte ulik forståelse av hva de tenkte begrepet innebærer. En av informantene snakker om mindre rom og bruker begreper som å «operere litt på siden av», og dette tolker vi som hans oppfattelse av uønsket variasjon. Innskrenkningen av autonomi blir av andre informanter sett på som en nødvendighet for å redusere uønsket variasjon.

4.2 Brukermedvirkning og brukertilfredshet i et pakkeforløp

Vi ønsket å finne ut hva informantene mente om brukermedvirkningens plass i et pakkeforløp og om de mente at pakkeforløpene ville gi økt brukertilfredshet. Vi finner at fokuset på relasjonen mellom terapeuten og pasienten trekkes frem som viktig for behandlingen.

Forskningsspørsmål 2: Hvilke utfordringer vil implementering av pakkeforløp gi i forhold til ivaretagelse av brukermedvirkning og brukertilfredshet?

Jens, som selv har vært bruker av tjenestene, sier dette om relasjonen mellom pasient og terapeut: *«... det hjelper ikke at jeg møter en person som kan alt om evidens og har en høy kunnskap hvis han ikke kan bygge en relasjon til meg, når han ikke evner å forstå at jeg trenger en bolig og en jobb og et nettverk for å forbli rusfri ... (...) ... det handler jo om hvor godt jeg samarbeider med deg som tjenesteyter og hvor godt du samarbeider med meg som pasient. Altså det må være en gjensidig samarbeidsrelasjon ... (...) ... der jeg som pasient tar en beslutning basert på beste tilgjengelige kunnskap. Dere skal dele kunnskapen med meg og så skal jeg og deg ta beslutningen i sammen, det er det som kalles samvalg».*

Sandra støtter opp om dette resonnetet i en av sine uttalelser når hun sier følgende: *«Men jeg tror faktisk at det er enklere å påvirke noe som du får en informasjon om hva det er for noe, så kan du si at nei det der passer ikke for meg, jeg vil heller slik og slik, enn når du egentlig ikke får beskjed om noe som helst».*

Per gir oss dette resonnetet om brukermedvirkning i en av sine kommentarer. Han sier: *«For da må jo såkalte pakkeforløp presenteres på en slik måte at det gir en opplevelse av*

brukermedvirkning. Altså at det å etablere en god relasjon blir, ja, presentasjonen blir en del av det å etablere en god relasjon. For dersom en overser det relasjonsaspektet der og bare dundrer igjennom, slik og slik skal vi gjøre det, da blir det å skjære seg». Han utdyper dette enda mer i dette sitatet; «Det er egentlig umulig å gjennomføre et behandlingsforløp dersom man ikke har en god relasjon, og er det mulig å ha en god relasjon uten at den brukeren opplever en medvirkning?»»

Torgeir er også opptatt av at god informasjon til pasienten i tillegg åpner for at pasienter også kan velge bort behandlingsalternativer. Han sier bl.a. dette: «Skal du på en måte kunne takke nei til noe, må du kunne vite hva det innebærer ... (...) ... At vi har en liste over mulige alternativer slik at pasienten på en måte får være med og si hva de vil prioritere innenfor det som er evidensbasert da. Men vi kan jo selvsagt spørre; hva er da evidensbasert? Det er mye enklere å måle medisinsk behandling enn samtalebehandling, en samhandling med nav, sosialkontor eller kommunen».

Per er også opptatt av at helsedirektoratet mener vi skal tilby pasientene kunnskapsbaserte metoder. Han sier dette om kunnskapsbaserte metoder; «... at det ikke vil være mulig å danne et grunnlag for den evidensen innenfor psykisk helsevern, rett og slett. For den terapiforskningen som har vært drevet gjennom noen år nå, den har jo ikke klart å finne noen klare forskjeller».

Nils gir uttrykk for en bekymring på vegne av brukerne for hva han mener vil bli konsekvensen av at myndighetene nå flytter fokuset nærmere en medisinsk modell og bort fra en mer humanistisk modell. Han sier dette om hva han tror kan bli konsekvensene for brukerne: «... et pakkeforløp hvor hovedintensjonen er å oversette den historien som folk kommer med, til en medisinsk psykiatrisk historie inn i diagnostiske begreper for å si det litt firkantet. Men jeg oppfatter at det er det man prøver å gjøre, og det var grunnen til at jeg initialt sa fra, at jeg tror ikke brukerne er spesielt fornøyd med det, det betyr at brukernes historie blir mindre verdt, den blir først verdt noe når den kan oversettes til en medisinsk psykiatrisk historie tror jeg».

Per sier også dette om hvor han mener fokuset bør ligge: «... man bør problematisere hvor går skillet mellom det som er vurdering og det som er behandling, det er jo slik at hvis man ser på det som virker innenfor psykiatrisk behandling, altså psykoterapi, så mener man at noe

av det som er vist klarest, er relasjonen mellom pasient og behandler og det at man tidlig klarer å etablere en tro på at det man er i gang med har noe for seg».

Per har lenge fulgt med i debatten om innføring av pakkeforløp. Han har også fulgt med på hva myndighetene har sagt om hvordan pakkeforløpene skal se ut. Han henviser i dette utsagnet til hva han oppfattet førsteutkastet til pakkeforløpene skulle være: «*Nå tenker man seg at man skal løsrive vurderingen fra behandlingen slik at man skal først vurderes ganske grundig, opptil seks uker ifølge utkastet til vurderingspakkene. Når man er ferdig med de seks ukene skal det være en konklusjon på vurderingen, og hvis man da ikke greier å vurdere så får man en utvidet pakke med vurdering før man eventuelt fordeles til nye pakker da. Det vil veldig ofte føre til at man skifter behandler, altså at man går inn i et helt nytt løp. Slik jeg kjenner psykisk helsevern så vil jo den nye behandleren gjøre seg noen tanker om hva som er hensiktsmessig her, litt uavhengig av den vurderingen som er gjort fordi man etablerer jo en relasjon og der i den relasjonen finner man ut hva som er fornuftig å gjøre, det er jo realiteten innenfor poliklinisk psykiatrisk behandling».*

En av de andre informantene som har noe erfaring med pakkeforløp deler sine tanker om samarbeidet med pasienten: «*... det at det er en plan for utredning f.eks. nå skal vi gå gjennom det og det, og det skal vi bruke tre – fire timer på, og så skal vi gjøre en vurdering på hva det er som feiler deg. Så vil vi diskutere ulike behandlingsvalg med deg og at vi setter det inn i en plan. I stedet for at, ja det har jo vært veldig mye forskjellig innenfor faget vårt. Det ser vi veldig godt når vi har holdt på en del med journalkontroll og en ser hva som skrives og det er jo av og til at det bare går i en ring i forhold til nav og «hvordan har du det i dag?»», selv om vi skal være en spesialisthelsetjeneste».*

En av terapeutene vi intervjuet sier dette om å ivareta brukerperspektivet og å oppnå brukertilfredshet: «*... man vil alltid hen vise til at i det her tilfellet er det anbefalt sånn og sånn tiltak, og det er naturlig for meg å foreslå at vi jobber sånn, men man sjekker jo ut med pasienten hvordan det oppleves og så lenge man gjør det og igjen, det her med å lytte til pasienten, hvis man tar hensyn der så er jo det bra. Du vil selvfølgelig få situasjoner der en pasient sier; nei jeg vil ikke ha det sånn, jeg vil ha det på en annen måte, og så sier behandleren at nei sånn empirisk så har ikke det noe for seg. Hvis man får den uenigheten må man forsøke å komme frem til en enighet der man må ivareta brukerens ønsker men også se til at man har en ekspert som har en kompetanse».*

Sara, som selv har brukererfaring, uttrykker en viss bekymring for om brukerperspektivet vil bli ivaretatt: «*Selv har jeg vært ganske bekymret på den måten at jeg tror at slik som man velger å legge det opp nå, og som for så vidt er ganske implisitt i det man skal tenke et forløp ut i fra et eller annet kriterium er at det forsterker sykdomsmodellen i form av å følge diagnosesystemet. Det bryter nok ganske mye med det som er sagt politisk og noen av de samtidige kravene som jeg tenker man egentlig har hoppet litt bukk over, nemlig hva er brukerperspektivet inn i dette?*». Sara fortsetter sitt resonnement der hun også fremholder individets særegenhet og stiller spørsmålsteget til hvordan pakkeforløpene tenker å i møtekomme den enkeltes behov: «*Men nå er det nå slik at hvert individ er ulikt og det å skulle få innholdet i disse behandlingsskemaene til å matche, det at man skal klare å tilpasse de enkeltes ønsker og behov, det tror jeg kommer til å bli en utfordring. På en måte så tenker jeg at praksisfeltet, ja litt brutalt utsagn da men, må tvinges i spagat mellom ulike forventninger som vi allerede har kjent på i stor grad.*»

Sara bringer inn sitt syn på hva hun legger i begrepet «Kunnskapsbasert praksis». Hun sier det på denne måten: «*Kunnskapsbasert praksis skal jo stå på tre føtter. Det skal stå på forskning, praksiskunnskap og brukerkunnskap. Jeg kan jo ikke akkurat si at vi er kommet dit at den tredje foten er tellende i særlig grad i dag. Og jeg tror at i det her evidenshierarkiet, så er den kunnskapen man bygger videre på, der har ikke brukerperspektivet og brukerkunnskapen vært inne. Man bygger bare videre på det som er tenkt valid nok til å bruke i forskningssammenheng og så tror jeg man går glipp av muligheten for å virkelig få brukerkunnskapen inn som minst en tredjedel.*

4.2.1 Fortolkning

Vi har sett at flere av våre informanter er opptatt av relasjonsaspektet og de sier bl.a. at en balansert relasjon kan være med å sikre grunnlaget for god verbal og nonverbal kommunikasjon. En av informantene tror at en god relasjon automatisk gir et godt utgangspunkt for brukervedvirkning. Det motsatte, dvs. en dårlig relasjon, oppfatter vi informantene mener vil gjøre det umulig å gjennomføre et behandlingsforløp. Relasjonen blir også fundamentet for god informasjonsflyt mellom pasient og terapeut.

Jens er en av våre informanter som selv har erfaring som bruker. I et av sine utsagn synes det som han er opptatt av at behandler må evne å skape den gode relasjon til pasienten før han kan ha mulighet for å hjelpe. Relasjonen blir det grunnleggende fundament før videre arbeid.

Sandra er en av informantene som er opptatt av viktigheten av å gi pasienten god og informativ informasjon. Vi oppfatter i et av hennes utsagn at hun snakker om pasientens mulighet til å påvirke sin egen situasjon, og at den muligheten avhenger av at pasienten tilføres kunnskap som kan danne grunnlaget for å ta egne valg som kan påvirke behandlingen i en bestemt retning.

Hos noen av informantene fremkommer det en viss skepsis til innføring av kunnskapsbaserte metoder. En sier bl.a. at det finnes metoder innen fagfeltet som kan ha god effekt men som det er vanskelig å forske på. Informantene er litt redd for at fokuset på kunnskapsbasert praksis vil ta bort metoder som virker fordi den ikke lar seg forske på. Fokuset på kunnskapsbasert praksis er også noe som opptar Nils. Vi ser at Nils i et av sine utsagn igjen viser til sin skepsis til pakkeforløp. Vi forstår det slik at han mener at den enkelte pasient sin historie ikke får noe mening så lenge den ikke passer inn i et medisinsk diagnostisk system, et system vi oppfatter han i utgangspunktet er kritisk til. Fra Nils sitt ståsted kan det i dette utsagnet forstås som at han er opptatt av hvordan brukernes historie bli behandlet. Vi oppfatter at Nils trekker frem at brukerens opplevelse av å bli forstått synes å bli svekket ved at man nærmer seg den medisinske modellen. Dette kan medføre at en flytter fokus bort fra pasientens historie og over til pasientens symptomer. Vi forstår det som at Nils mener konsekvensen av dette kan bli mindre fornøyde pasienter. Et annet viktig moment som Nils trekker frem som vil gi mindre brukervedvirkning er kravet om effektivitet. Slik som pakkeforløpene er tenkt kan det medføre unødvendig lang tid til utredning før behandlingen starter. Her viser Nils til det som flere informanter er opptatt av og som understøtter vårt funn, viktigheten av relasjon mellom terapeut og pasient. I det som vi oppfatter å være en klar skepsis til Helsedirektoratets innføring av pakkeforløp, uttrykker også informanten skepsis til at utredning skal foregå atskilt fra selve behandlingen. Vi oppfatter at Nils er kritisk til at systemet legger opp til at det skal være egne utredningspakker. Bytte av behandler ser han som en konsekvens, noe han mener er uheldig med tanke på hvor viktig etableringen av en god relasjon mellom pasient og terapeut er. Når det kommer spesifikt til brukervedvirkning og brukertilfredshet forstår vi det slik at informanten mener brukerne ikke blir tilfredse. Dette med bakgrunn i det systemet det legges opp til, med lange utredningspakker som vil føre til lengre ventetid før den reelle behandlingen starter. Informanten viser også til betydningen av relasjon, hvor viktig den er med tanke på et godt resultat av behandlingen som gis.

En annen av våre informanter, som selv har litt erfaring med å jobbe etter en modell med pakkeforløp, fremholder relasjonen mellom pasient og terapeut og vi forstår at det er viktig

for han å poengtere det. I et av sine sitater tolker vi det dithen at informanten legger særlig stor vekt på det å gi informasjon til pasienten vekselvis med å diskutere med pasienten om han har forstått innholdet, for på den måten å skape en god relasjon og gi god forutsigbarhet. Dette er også i tråd med andre informanter sin holdning. Et eksempel på det er når Bjørn i et av sine utsagn snakker om viktigheten av god informasjon. Vi tolker det dithen at Bjørn i sitt utsagn underbygger viktigheten av å gi god nok informasjon til pasienten om hvilke alternativer de står overfor, men samtidig oppfatter vi at det understrekes at det er viktig at det lyttes til den som sitter med fagkompetansen og erfaringen.

Sara er igjen litt skeptisk til at brukermedvirkningen vil bli ivaretatt i et pakkeforløp. Vi oppfatter at Sara uttrykker bekymring for at pakkeforløpene ikke vil ivareta brukermedvirkningen i den grad det er tenkt eller ønsket. Hun sier i et av sine utsagn at det allerede i dag finnes klare krav og forventninger til hva tjenestene skal by pasientene. Når hun sier det slik tolker vi det dithen at hun henviser til kravene som kommer fra departementet, lovverket som alltid ligger til grunn og forventningene som pasientene har til den behandlingen de skal motta. Det er slik at det er mange krav og forventninger fra ulike aktører som til tider kan være vanskelig å innfri med bakgrunn i tidspress og økt krav om effektivitet. Informanten uttaler at praksisfeltet tvinges i spagat, dette tolker vi dithen at hun er skeptisk til at det er samsvar mellom krav og forventninger. Sara er også opptatt av hvordan forskningen på området blir drevet. I et av sine utsagn sier hun at kunnskapsbasert praksis skal stå på tre føtter og at forskning på hva som virker også må innbefatte praksiskunnskap og brukerkunnskap. Et av utsagnene tolker vi dithen at hun er opptatt av at brukerne skal inkluderes mer både når pakkeforløpene skal utarbeides men også når det drives generell forskning. Vi forstår det på den måten at hun mener at brukerperspektivet må tas med når det forskes på effekten av den behandlingen som gis. Vi forstår det også slik at informanten er skeptisk til at de ulike behandlingspakkene vil kunne tilpasses den enkelte pasient.

4.2.2 Drøfting av brukermedvirkningens sentrale plass

Brukermedvirkning og brukertilfredshet er to sentrale faktorer innenfor implementeringen av pakkeforløpene. Herunder peker informantene på at det er viktig med god informasjonsflyt og at det må etableres en god relasjon for at det skal oppleves reell brukermedvirkning.

Men vi kan spørre oss hvorfor brukermedvirkning stadig er et så aktuelt tema på tross av stort fokus over mange år. Mange vil nok si at psykisk helse- og rusfeltet enda har en lang vei å gå

når det gjelder å utnytte det viktige potensiale som ligger i økt brukermedvirkning. Vi må anta at det er dette helsemyndighetene har tenkt når de nå ønsker å systematisere behandlingsforløpene slik at brukermedvirkning blir en integrert del av behandlingsspakken (Helsedirektoratet, 2017a). Et viktig mål for myndighetene er at brukeren av helsetjenesten skal medvirke i alle avgjørelser om sin oppfølging og behandling, og det vil herunder være betydningsfullt at det blir en god informasjonsflyt mellom pasient og terapeut, noe også informantene er opptatt av. Helsedirektoratet har uttalt at pakkeforløpene i all hovedsak skal bygges opp rundt evidensbaserte behandlingsformer, omtalt som kunnskapsbasert praksis. En av informantene som stiller seg kritisk til dette. Han går langt i sin kritikk når han omtaler Helsedirektoratets målsetting om å satse på kunnskapsbasert praksis i psykisk helse og rus. Vi oppfatter at informanten mener at de metoder som helsemyndighetene sier er kunnskapsbasert, og som vil bli foretrukket, ikke skiller seg ut som bedre metoder enn andre i terapiforskningen. Dersom vi tenker oss at dette betyr en dreining mot en mer medisinskrettet helsetjeneste vil det gi mening å satse på de evidensbaserte behandlingsmetodene. Tanken om å få «kontroll» over fagfeltet psykisk helse- og rus ved å innføre en standardisering av tjenestene kan være utfordrende ifølge informantene. Når et fagfelt standardiserer vil også tjenesteutøverne etter hvert bli god på det som skal satses på, og inneha spesiell fagkunnskap om metodene. Det betyr at behandler er den som vil inneha den beste fagkunnskapen om den behandlingen som skal tilbys. Dersom pasienten skal ha en reell mulighet til brukermedvirkning, må behandler klare å formidle det faglige innholdet i pakkeforløpene på en slik måte at pasienten settes i stand til å ta reelle valg. Men vi bør stille spørsmål ved hvordan behandler formidler valgmulighetene. På den ene siden kan vi tenke oss at behandler er den som har best oversikt over hva som finnes av muligheter, samtidig er det vanskelig å tenke seg at behandler ikke vil forsøke å påvirke pasienten til å gjøre valg av behandlingsmetode som ligger så nært opp som mulig til det han selv mener han er god på. Prinsippet om «å høre og støtte» fremfor «å lede og dytte» er prinsipper som Ekeland (2007) trekker frem som viktige elementer for å oppnå «empowerment». Men empowerment handler også om å hjelpe mottakeren til å bli mer bevisst hva som er egne holdninger, ressurser og interesser, slik at han kan ta valg basert på disse og ikke terapeuten. Pasienten må sitte igjen med en følelse av at de valg han tok var hans egne og på grunn av disse valgene har han bidratt til bedringen av egen tilstand basert på sine egne premisser (Ekeland, 2007). Pasientens valg av behandling trenger ikke ligge nært til det behandler vil anbefale. Det kan selvsagt være utfordrende for relasjonen, men et viktig prinsipp i brukermedvirkning er likevel at pasienten skal bli hørt (Andreassen, 2005). Dersom pasienten ønsker en annen form

for behandling enn den behandling som terapeuten anbefaler og som han sier det finnes best kunnskap eller evidens rundt, må han bli hørt innenfor det som er forsvarlig. Selv om prinsippet om at pasienten skal bli hørt er viktig, betyr ikke det at pasienten har siste ordet. Behandling med psykofarmaka er et eksempel på en behandlingsform der pasienten ikke kan ha full innflytelse.

Sentralt i funnene er betydningen av relasjon mellom pasient og terapeut og anses som særlig viktig av de fleste informantene. Viktigheten av relasjon mellom pasient og terapeut er noe av det som særpreger fagfeltet psykisk helse og rus og som skiller seg klart fra den medisinske modellen. Informantene mener en god relasjon mellom terapeut og pasient er en forutsetning om en vil oppnå noe i behandlingen. Jens er en av informantene som har trukket frem viktigheten av en god relasjon mellom terapeuten og pasienten. Vi oppfatter at han setter relasjonsbygging høyere enn den teoretiske kunnskap til terapeuten i et av sine utsagn. Jens er opptatt av at en relasjon går begge veier. Han er klar på at det ikke er mulig å oppnå gode resultater i behandling dersom det er ubalanse i relasjonen. Når relasjonen er etablert, kan terapeuten formidle sin kunnskap til pasienten. Vi finner altså at relasjon mellom pasient og terapeut er et suksesskriterium for å lykkes i behandlingen av psykisk syke (Hageberg, 2012). Det må bety at presentasjonen av pakkeforløpene må gjøres på en slik måte at pasienten opplever reell brukermedvirkning. Når informantene snakker om relasjonsaspektet oppfatter vi at de snakker om å strebe mot en symmetrisk relasjon mellom terapeut og pasient. I en relasjon vil ønske om å oppnå symmetri stå sterkt, noe spesielt brukerrepresentantene var opptatt av. At partene opplever at det ikke er en skjev maktbalanse. Med tanke på at det i en behandlingsrelasjon er ulike aktører med ulikt ståsted og bakgrunn kan det være utfordrende å få til en tilnærmet symmetrisk relasjon. Dette kommer også til uttrykk i Zachrisson (2008) som sier at i en relasjon mellom pasient og terapeut vil det være vanskelig å oppnå symmetri da de har ulike grunner og ulike funksjoner i samspillet som skjer i en behandlingssekvens (Zachrisson, 2008).

I lys av teorien til Strand og Ulvenes (2013) og nyere forskning, støtter denne utsagnene som informantene kommer med om at relasjon er viktig. Forskningen deres viser til at psykoterapi virker, men forskerne ønsket å finne ut hva var fellesnevneren mellom de ulike terapiformene som gjorde at det virket. I Strand og Ulvenes (2013) viser de til et forskningsprosjekt som studerte 1000 terapitimer ved hjelp av videoopptak. Studien tok for seg to ulike tilnærminger for å se etter fellestrekk. Funnet viser at relasjonen fremsto på ulik måte avhengig av hvilken tilnærming terapeuten jobbet etter. Forskeren konkluderer med at fellesfaktoren må sees i

kontekst da det oppstår ulike typer relasjoner avhengig av de ulike terapiformene (N. Strand & Ulvenes, 2013).

Sett fra pasientenes ståsted og deres syn på hvordan helsevesenet fungerer i dag vil nok svarene være svært ulike avhengig av diagnose og hvor de bor i landet. Det er ikke til å legge skjul på at bredden av fagkompetansen er plassert på de store sykehusene. Pasientene kan i dag oppleve å få ganske forskjellig behandling for de samme diagnosene, selv på lokalt nivå. Det kan forstås med at den enkelte terapeut eller behandler har en stor grad av autonomi som gjør at han eller hun kan tilby akkurat den behandlingen de mener er mest hensiktsmessig for pasienten, og som de kanskje har spesialisert seg på. For pasienter som ikke mottar det som er å anse som den «beste» behandlingen kan det oppleves urettferdig (Helsetilsynet, 2008). Intensjonen til pakkeforløp er nettopp at uønsket variasjon skal reduseres ved at det skal tilbys lik behandling for like diagnoser, og ikke minst, uavhengig av hvor du bor i landet.

En av informantene synes å være opptatt av at vi må kvalitetssikre den behandlingens som skal gis. I et av hans utsagn kan det synes som han mener at listen over behandlingsmetoder som blir presentert for pasienten må ligge innenfor det som er evidensbasert. Vi oppfatter at han ser et dilemma når han snakker om evidens og stiller spørsmål ved hva som er evidensbaserte metoder innen psykisk helsevern- og rus. Når informanten snakker om evidensbaserte metoder oppfatter vi at han henviser til det som myndighetene omtaler som «kunnskapsbasert praksis». Han henviser også til at det finnes metoder som det kan være vanskelig å måle resultatet for, men som likevel vil kunne være avgjørende for behandlingsresultatet. Det har i den offentlige debatten blitt trukket frem argumenter som handler om at helsetjenestene allerede i dag er for systematisert og sterkt knyttet opp mot de behandlingsformene som det er lettest å forske på. På den måten vil kanskje brukernes stemme bli svakere fordi tjenestene kan argumentere for at den behandling vi gir er den best dokumenterte behandling. Men klarer vi å si noe om hvor sterkt fagkunnskapen står isolert sett? Er ikke fagkunnskap på mange måter ferskvare? En annen side ved dagens fagkunnskap er at den ikke lenger bare tilhører fagmiljøet, men også i stor grad finnes i populasjonen generelt og hos pasientene spesielt. Lett tilgang til oppdatert kunnskap via internett gjør at dagens pasienter kanskje er mer opplyst om hvilke behandlingsformer som finnes, og hvilke som har best dokumentert effekt, enn gårdagens pasienter.

En av våre informanter som har brukererfaring sier dette; det hjelper ikke at jeg møter en person som kan alt om evidens og har en høy kunnskap hvis han ikke kan bygge en relasjon

til meg, når han ikke evner å forstå at jeg trenger en bolig og en jobb og et nettverk for å forbli rusfri. Her undrer vi oss over informanten sitt utsagn som peker på at den mellommenneskelige faktoren vektlegges i mye større grad enn den faglige tyngden som måtte ligge bak. Kan det være slik at informanten mener at de mellommenneskelige egenskapene hos terapeuten er avgjørende for en bedringsprosess? På den andre siden kan vi tenke oss til at betydningen av relasjon mellom pasient og terapeut kan være utfordrende å ivareta sett fra et brukerperspektiv når pakkeforløpene implementeres. Dette kommer til uttrykk ved måten pakkene så langt er lagt opp til. I denne sammenheng er det flere informanter som peker på at det å presentere pakkeforløpene blir en del av det å etablere en god relasjon. En pasient og en terapeut vil naturlig nok ha ulikt ståsted i relasjonen, men en relasjon er toveis og gjensidig. Her kan vi igjen peke på viktigheten av den mellommenneskelige faktoren, det at brukerne opplever en gjensidighet og blir møtt med respekt i møte med terapeut. Implementeringen av pakkeforløpene vil i så måte nok en gang henstille terapeutene om å inkludere og ta brukerne med i drøfting og diskusjon om valg av behandlingsmetode, noe som er i tråd med retningslinjene til pakkeforløpene.

Pakkeforløpenes stramme struktur vil kunne gjøre det utfordrende for brukerne å være delaktig i behandlingsprosessen og innføring av pakkeforløp vil kreve et høyt fokus på brukermedvirkning på mange nivåer. Vi tenker i første omgang på at det vil være viktig på individnivå, ved at brukeren har reell innflytelse på den behandlingen som gis, men også på systemnivå ved at en tilstreber gode systemer for sikre systematisk tilbakemelding fra brukeren. Et annet viktig poeng er at brukergrupper og brukerorganisasjoner blir trukket med i den politiske prosessen som skal føre frem til gode pakkeforløp (Andreassen, 2005). Helsedirektoratet har vektlagt involvering av brukerorganisasjoner i prosessen med utvikling av pakkeforløpene. Dette har vi tidligere vist i figur 3. I modellen ser vi at helsedirektoratet legger opp til at brukersiden skal være involveres i prosessen helt fra planleggingsstadiet. Grundig og god informasjon skal legge forholdene til rette for at brukerrepresentanten har med seg et godt forståelsesrunnlag når de skal diskutere dette i sine fora. Grunnlaget for å ta en overveid beslutning handler om å ha god oversikt og kunnskap om de valgmuligheter som finnes. Slik vi oppfatter informanten Torgeir og det han sier i et av sine utsagn, er det nettopp dette han mener må være på plass når han sier at «*en må vite hva det innebærer*». Det handler ikke bare om å forstå hvilke alternativer som finnes, men like mye om å forstå hva det vil si å takke nei til noe. Pasienten må vite hva han eventuelt velger bort.

Som nevnt tidligere er en av intensjonene til pakkeforløpene at brukerne skal ha en større stemme i hva som skal skje i behandlingen. I lys av teorien finner vi at dette er godt forankret i lovverket jf. pasient- og brukerrettighetsloven (2017b). Betydningen av det er at pasientene har krav eller rett på å medvirke i all planlegging, utforming og gjennomføring av behandling. Som utgangspunkt har pasienter selvbestemmelsesrett noe som innebærer at de skal samtykke til all behandling som gis (Lovdata, 2017b). Unntaksvis er pasienter underlagt behandling under tvang, dette er et område vi ikke kommer til å gå inn på i denne oppgaven. Kan det være slik å forstå at brukernes rettigheter ikke blir tatt på alvor eller er systemet for komplisert til at hverken terapeuter eller brukere evner å sette seg inn i hvordan brukermidvirkningen reelt kan la seg gjennomføre? En av informantene pekte på utfordringen med hvor grensen gikk for hva som var brukermidvirkning. Han viste til at på sykehuset var det etablert et medikamentfritt tilbud som i følge retningslinjene fra helseforetaket skulle tilby akupunktur som alternativ behandling. I følge informanten finnes det ingen evidens for at en slik behandling virker, men skal da brukerne kunne si at, jo det vil vi ha. Hvor går grensen, spør informanten. I dette tilfellet kan vi på den andre siden undre oss over hvordan helsedirektoratet i sine anbefalinger mener at det skal tilbys kunnskapsbaserte metoder til pasientene. Her finner vi ingen kongruens mellom det helsedirektoratet sier, og det helseforetakene sier sykehusene skal tilby. Dette kan sees på som en utfordring for de ulike partene når implementeringen av pakkeforløpene skjer.

Det hører med til diskusjonen at om brukerne skal kunne ta reelle valg er det avgjørende at de har fått informasjon og opplæring, det vi kaller psykoedukasjon, om egen lidelse og hvilke alternativer som finnes. Dette bringer oss inn på begrepet samvalg hvor vi anser at det er terapeutens ansvar å gi pasienten så god informasjon slik at han eller hun er i stand til å ta et valg som er basert på god faglig praksis. En av informantene sier at felles forståelse av kunnskap er en forutsetning og omtaler i denne sammenheng vellykket brukermidvirkning som samvalg. Dette er i tråd med empowerment prinsippet som i hovedsak handler om å gi informasjon slik at pasientene blir bemyndiget (Askheim, 2012).

Et annet perspektiv som informantene bringer inn, er hvordan historien pasientene formidler blir behandlet. Flere av informantene uttrykte bekymring for at pakkeforløpene synes å bli for opptatt av diagnoser og at historien pasientene presenterer, tilstrebes å passe inn i en diagnosespesifikk modell. Dette kan sees på som en forsterkning av sykdomsmodellen noe informantene tror kan svekke pasientenes opplevelse av å bli forstått. Dette finner vi støtte til i teorien til Hofgaard (2010) hvor han peker på at psykologien ikke har sitt utgangspunkt i

sykdomsmodellen. Her kan det også tenkes at pasientenes opplevelse av en god relasjon kan bli svekket ved at terapeuten har et fokus på å få pasientens historie til å passe inn i diagnosespesifikke modeller. Dette kan også sees på som en utfordring i forhold til ivaretagelse av brukerperspektivet her (Hofgaard, 2010).

Vi nevnte psykoedukasjon som en viktig forutsetning for at pasienten skal kunne ta reelle valg som omhandler behandlingen han skal ta imot. I denne sammenheng er det nødvendig å nevne et forhold som terapeutene må ta på alvor når de skal introdusere innholdet i pakkeforløpene, nemlig at enkelte pasienter kan ha en avvikende oppfatning av virkeligheten. Det kan bety at informasjonen som blir gitt blir oppfattet på en helt annen måte enn det var tenkt fra terapeutens side. Andreassen (2009) sier i sin teori at helsetjenesten er pålagt å etablere systemer for å innhente pasientens erfaringer og synspunkter. Disse systemene må tas helt ned på individnivå om en skal nå målet om reell brukermedvirkning. Så kan vi spørre oss om «informasjon gitt» regnes som «informasjon mottatt» når terapeuten ramser opp alle mulige retninger som pasienten kan velge mellom i pakkeforløpene. Vi nevnte tidligere maktubalansen som kan oppstå i relasjonen mellom leder og personale. En slik ubalanse er dessverre ofte startgrunlaget i en pasient-terapeut relasjon. Hvem har ikke følt seg underlegen når en oppsøker f.eks. legekantoret. En terapeuts viktigste oppgave blir å jevne ut dette maktovertaket, slik at relasjonen blir likeverdig. Så kan vi jo spørre oss om likeverdige relasjoner finnes mellom en terapeut og hans pasient? Pasienten må få tid til å fordøye informasjon som blir gitt. Det betyr at pasienten ikke bør få for mye informasjon på en gang. Dette krever såkalt transparent informasjon. Dvs. at det må være informasjon som pasienten klarer å omsette til et forståelig innhold.

Et typisk eksempel på manglede informasjon til pasienten finner vi i rapporten til Norsk institutt for by- og regionforskning (NIBR) 2005:6 (Sverdrup, 2005). Individuell plan (IP) er et verktøy som helsetjenestene er pålagt å bruke (lovdata.no) over for de sykeste pasientene. NIBR avdekker i sin rapport at svært få av pasientene som var intervjuet i deres undersøkelse visste hva IP var for noe. Dette kunne også de pårørende bekrefte. Det viste seg at pasientene i liten grad hadde fått informasjon om hva IP var for noe, til tross for at mange av de hadde gått i behandling over flere år. Det er grunn til å uttrykke bekymring når vi ved dette eksempelet viser hvor få av pasientene som tilhørte målgruppen, som hadde fått informasjon om en helsetjeneste som tilbyderne hadde plikt på seg til å iverksette (Sverdrup, 2005). Eksemplet viser også hvor vanskelig det kan være å gi god nok informasjon basert på nasjonale retningslinjer for psykisk helse og rus –tjenesten. Brukermedvirkning og individuell

Side 47 av 74

plan var også et sentralt tema som ble trukket frem under opptrappingsplanen. Det skulle gi brukere med behov for langvarige og koordinerte helsetjenester muligheten til brukermedvirkning med beskyttelse i loven. Underveis og i etterkant av opptrappingsplanen ble det gjort en evaluering for å finne ut om satsingen som var gjort, ble vellykket. I Sintef rapport A6169 kan vi se at det var skjedd en betydelig utbygging av distriktpsikiatriske sentre og det var mer enn en femdobling av antall polikliniske konsultasjoner fra perioden 1998-2006. Andelen pasienter med individuell plan viste en økning fra 2002 til 2005, men så flatet det ut og lå lenge stabilt på at ca 18% av pasientgruppen hadde IP. Til tross for en femdobling i antall konsultasjoner og en markant økning i antall fagpersoner, viser rapporten også at det fremdeles er utfordringer knyttet til ventetid for pasientene (Sintef, 2008). Lang ventetid kan sees på som en årsak til at behovet for en standardisering av behandlingsforløpene har tvunget seg frem.

Utfordringene knyttet til hvordan brukermedvirkningen og brukertilfredsheten kan ivaretas på en best mulig måte, både ved dagens praksis, men også under implementeringen, kan forstås på ulike måter. På den ene siden vil det være nærmest umulig å tilby lik behandling for alle pasienter, spesielt basert på geografiske utfordringer. Tettheten av fagfolk tynnes ut i mindre folkerike steder. Men pasientene finner vi overalt. På den andre siden kan vi samtidig si at retten til brukermedvirkning og muligheten til å være med å påvirke hvilken behandling de ønsker, er forankret i lovverket. Dette kan sees på som et dilemma som både eksisterer nå, men som kanskje blir mer fremtredende ved implementeringen av pakkeforløpene. Det gjenstår å se.

4.3 Ledelsesutfordringer ved implementering av pakkeforløp

Med bakgrunn i empiri er vi kommet frem til viktige funn som lederne må være oppmerksomme på under implementeringsfasen. Implementering av en ny og omfattende metode i fagfeltet psykisk helsevern- og rus tegner til å gi solide utfordringer til et fagfelt som kan fremstå som splittet i synet på tiltaket. Lederne får en sentral og ansvarlig plass om en skal lykkes med implementeringen. Motstand mot å innføre noe nytt må påregnes.

Forsknings spørsmål 3: Hvilke utfordringer kan lederne anta å møte ved implementering av pakkeforløp?

Sandra sier dette om holdninger i personalgruppen i forhold til implementering av pakkeforløp: «Så jeg tenker at det er en kjempeutfordring å få det til dette her, veldig stor utfordring tror jeg at det er. Så jeg tenker at det er en stor hemmer i dette med å få det til, det med at behandlere egentlig ikke er åpen for å vite noe om det, de er i utgangspunktet negativ. Så setter man seg egentlig ikke inn i hva handler dette om». Et annet aspekt som Sandra trekker frem kommer til uttrykk i dette utsagnet: «... det går litt for fort på et vis. På et vis tenker jeg at; ja, ja dur på, vi må bare ha en dato å starte på. Men samtidig tror jeg at det går litt for fort. Det er noe med å la det modnes i fagmiljøet også ... (...) ... Man kan gå på en skikkelig smell. Det blir litt som å innføre sånn søppelsortering, og så forstår etterhvert innbyggerne at; ja, vi sorterer søppelet, men det hives i samme kasse fortsatt. Men om to år skal vi gjøre det på ordentlig dette her. Litt slik blir det nå. Vi innfører noe som ikke egentlig er på plass, og når vi da kommer dit at vi har alt på plass, så er ikke folk interessert lenger».

I det neste sitatet legger Sandra vekt på at leder i organisasjonen har en viktig rolle dersom implementeringen skal lykkes. Hun sier bl.a.; «Så må man framsnakke det. Man kan godt være mot det som leder, og synes at det er en dårlig ide. Men dette kommer og da er man nødt til å finne ting som er bra med det, finne ting som man kan være enig i og som man kan framsnakke. Det må du gjøre som leder. For dette er jo ikke noe som går over»

Når vi spør Torgeir om hva han tenker kan være utfordringer i forbindelse med implementeringen sier han dette; «Det er tid. Dessverre så er det nå slik i sykehusvesenet at pga. stadig mer slik detaljstyring så er det stadig mer tid vi må bruke på papirer for å dokumentere at vi gjør det vi sier, sammenlignet med å faktisk gjøre noe med pasienten da.

Torgeir trekker også frem andre utfordringer med implementering av pakkeforløpene. Han sier dette; «Det er mange fine veiledere og pakkeforløp som blir liggende i en skuff ... (...) ... de som faktisk utøver faget har ganske stor makt og det er kanskje ikke lederne helt klar over da. Men det er ikke noe problem for den som behandler pasienten å begynne å avvike. Og dersom du ikke har metoder for å fange det opp så blir det fort at det går tilbake igjen til den uønskede variasjonen da».

Jens sier dette om hva som må til for å lykkes med implementering; «Og, så må det være en sterk ledelse som også fronter dette her og sier at dette vil vi, dette skal vi og så er det selvfølgelig slik at vi ikke kan endre hele verden på en dag ... (...) ... altså lederne må jo på en måte ha med seg medarbeiderne, de også må jo tro på dette her. Det hjelper ikke å sitte på

kontoret og bestemme hvordan dette skal være. De som du har på jobb hos deg må tro på at dette vil gi bedre pasientbehandling for Per og Pål. Og de som ikke tror på det må enten gis tro på det, eller så må de finne seg noe annet å gjøre på».

Vi har tidligere nevnt at informantgruppen vår har vist et noe splittet syn på innføring av pakkeforløp. En av informantene sier det på denne måten: *ja altså så negative personer som meg, det hemmer jo implementeringen i betydelig grad, det vil jeg si ... (...) ... Jeg må si at det har vært overaskende når jeg har vært på disse møtene i helsedirektoratet hvor stor skepsisen har vært i fagfeltet. Jeg trodde jeg var sær, men jeg er ikke sær i det hele tatt altså ... (...) ... det er nok en del motstand i fagfeltet og den motstanden tror jeg vil virke hemmende ... (...) ... hvis man skal få til å implementere det så må man prøve å etablere en tro på det ... (...) ... Vi vil ikke få til pakkeforløp hvis vi ikke har tro på at det går an på en eller annen måte. Og da må vi lage en praksis på enkelte områder som vil bryte med intensjonene med pakkeforløp for at du skal få medarbeidere generelt til å tro på dette. Det er kjempeutfordrende ... (...) ... pakkeforløpene tar ikke kontekstuelle hensyn i det hele tatt og en del av det å ta kontekstuelle hensyn er å ta hensyn til det som er der man bor. Hvilke muligheter og begrensinger foreligger. Det kan være veldig forskjellig hvordan dette er forskjellige steder.*

En annen informant trekker frem kulturen på arbeidsplassen som viktig moment for en god implementering. Han sier det på følgende måte: *Arbeidskultur på et sted har nok noe å si. Hvis det er veldig mye uenighet i fagmiljøet, interne konflikter, det er klart at det er åpenbart at det vil hemme et pakkeforløp. Også hvilke holdninger man har til pakkeforløp i seg selv vil ha noe å si, så jeg tror det er lurt å gå noen runder med det på forhånd i organisasjonen.*

En annen informant peker på viktigheten av å formidle en tro på det slik at organisasjonen merker det. Hun sier det på denne måten: *dersom man har et ordentlig eierforhold til det og tenker at jo dette skal vi gjøre. Men klart, dersom en ikke har tro på og det og stritter imot så vil det jo forplante seg i resten av organisasjonen.*

Viktigheten av å ha forløpsveiledere og forløpsansvarlige er en avgjørende faktor for å lykkes med implementeringen. Lederne har ansvaret for selve implementeringsjobben, noe som ikke alltid blir tatt med i betraktningen. En informant sier følgende om det: *Det er ofte at lederne forventer at du skal håndtere implementeringen, men jeg er opptatt av at vi må klargjøre rollene og kan godt være behjelpelig. Vi kan lage opplæringspowerpointer men det er nå en*

gang viktig at lederne implementerer og da må dem vise hvor ting er, si at det her skal vi gjøre hver gang, og så må dem etterspørre det, hvordan går det og så videre. Hvis lederne ikke er interessert og ikke prioriterer det selv, så er det veldig lett at det faller bort.

4.3.1 Fortolkning

En innføring av en ny og omfattende kursendring for en organisasjon vil gi ledere og ansatte utfordringer som må løses. Sandra er en av våre informanter som har sagt noe om hva hun tenker om det som kommer. Vi oppfatter at Sandra forventer store utfordringer når organisasjonen skal i gang med implementeringen av pakkeforløp. Vi forstår det som at Sandra i sitt utsagn predikerer hvordan behandlernes holdning til pakkeforløp er når hun snakker om ansatte som er negativ i utgangspunktet, noe som i utgangspunktet kan oppfattes som negativt. I denne sammenhengen kan vi derimot tolke det dithen at det også kan ha fordelaktige konsekvenser i form av at ledelsen da inntar en proaktiv holdning. Vi forstår hennes utsagn som at liten interesse blant behandlerne kan være en klart hemmende faktor ved implementeringen av pakkeforløpene

Vi oppfatter at Sandra forsøker å ansvarliggjøre lederne i et annet av sine utsagn. Hun synes å mene at lederne ikke kan rømme fra sitt ansvar i implementeringen av pakkeforløpene, selv om de kanskje er imot pakkeforløp. Ledere som synes det er en dårlig ide, må likevel være sitt ansvar bevisst og jobbe med sine egne holdninger til dette, sier hun.

Vi vet fra tidligere at noen av våre informanter utviser stor skepsis til at pakkeforløp vil være med og sikre at pasientene får en bedre tjeneste. Nils er en av disse skeptikerne og utfra hva han sier i et av sine utsagn kan vi ane en betydelig skepsis til pakkeforløpene. Han trekker det så langt som å si at han selv kan være en hemmende faktor med sine negative holdninger til pakkeforløp. Denne holdningen kan bidra til at det blir en negativ holdning i resten av organisasjonen, noe som igjen vanskeliggjør implementeringen av pakkeforløp. Samtidig tolker vi det på den måten at informantene er opptatt av at det er viktig å finne en måte å løse utfordringene på slik at organisasjonen følger med. I utsagnet ser det ut for at informantene selv kan være villig til å bryte med intensjonene med pakkeforløpene for å få de ansatte med på at dette har noe for seg. Vi oppfatter at han sier at rammene må mykes opp for å gjøre det mer spiselig for de ansatte, noe han mener pakkeforløpene ikke gir rom for.

Informantene gir oss flere momenter som kan få betydning for om lederne lykkes med implementering. Bjørn bringer frem et nytt moment i det han oppfattes å være opptatt av viktigheten av kulturen på arbeidsplassen i forbindelse med implementeringsprosessen. Med kultur tolker vi at informanten mener holdninger, konflikter og uenigheter. Vi forstår det som at informanten peker på noen viktige aspekter som kan være hemmende faktorer ved implementeringen om det ikke tas hensyn til det. Han påpeker at det er viktig at det tematiseres og diskuteres i organisasjonen.

En av informantene fremholder at lederne har et ansvar for å skape et ordentlig eierforhold til pakkeforløpene. Ut fra det han sier, tolker vi at han er opptatt av å innta en positiv holdning til pakkeforløp slik at resten av organisasjonen merker det.

Gunn er av den oppfatning at ressurspersoner i organisasjonen ikke må bli stående alene med ansvaret for å implementere pakkeforløpene. I et av hennes utsagn tolker vi det som at hun er opptatt av en rolleavklaring og hvem det er som har ansvaret for implementeringen. Hun fremholder viktigheten av å benytte seg av ressurspersoner når implementeringsfasen skal i gang. Hun peker likevel på at lederne er de som sitter med ansvaret og sitter med nøkkelen for at det skal lykkes. At lederne har fokus på implementeringen og at det er forankret i ledelsen tolker vi ut fra informantene som en avgjørende faktor.

4.3.2 Drøfting av ledelsesutfordringer i implementeringsfasen

I løpet av denne studien har vi bl.a. rettet søkelyset mot ledernes utfordringer i implementeringen av pakkeforløp. Vi hadde et spesielt fokus på hva informantene mente kunne være hemmende eller fremmende faktorer i prosessen med å implementere en ny organisasjonssidè. Et av funnene og som er et gjennomgående trekk som vi finner hos flere av våre informanter, er at de fremholder en tydelig ledelse som et viktig kriterium for å lykkes med implementering. De viser til at det er ikke nok å snakke om det som skal implementeres en gang. Det er noe som bør snakkes ofte om i de fora som er tilgjengelig. Viktigheten av å ha stort fokus på selve implementeringsfasen finner vi støtte til i implementeringsteorien til Roland (2015) hvor han beskriver de ulike fasene som inngår i implementeringsprosessen. I forhold til funn er det en av informantene som mener at hvis lederne ikke prioriterer, har tro på det og er interessert i det som skal implementeres, er det fare for at det blir en mislykket prosess og alt faller bort. Et ord som flere informanter nevner er ordet framsnakke, som i denne sammenheng vil bety å snakke positivt om det som skal implementeres. Å framsnakke

oppfatter vi derfor å være en måte å kommunisere en mening eller et budskap som har som mål å skape tillit, som i dette tilfelle vil være tillit til innføringen av pakkeforløp. Vi finner at dette er en fremmede faktor som ledere bør kjenne til i implementeringsarbeidet. Dette finner vi støtte i når vi leser boka til Brønn og Arnulf (2015). De snakker om effektiv kommunikasjon når de beskriver suksesskriterier som må til for lykkes med store organisasjonsendringer. Vi skal her se litt nærmere på hva de legger i begrepet effektiv kommunikasjon. Effektiv kommunikasjon handler om å formidle et budskap på en slik måte at mottakeren evner å forstå innholdet og omsette dette slik det er tenkt. I følge Brønn og Arnulf (2015) sier Kotter (1996) at ledere må evne å kommunisere hvorfor det er nødvendig med endringen. Han sier videre at det vil være nærmest umulig å klare å gjennomføre store endringer uten å ha med seg ressurspersoner blant de ansatte. Et av funnene våre peker på nettopp det, å ha med seg ressurspersoner som en drahjelp i implementeringsarbeidet. Dette må være personer som har de riktige egenskapene for å være med og skape engasjement for endring. Det vil med andre ord lønne seg i de fleste endringsprosesser å få med nøkkelpersoner fra de ansatte, ansatte som er positiv til endringene som kommer. Dette kan dermed sees på som en fremmede faktor i implementeringen av pakkeforløp.

Det viser seg at flere av våre informanter har sagt noe om det å få de ansatte med. F.eks. sier en av våre informanter at lederne må ha med seg medarbeiderne om de skal lykkes. Et godt utgangspunkt for det vil kanskje være å starte med de som er positive til de nye endringene i utgangspunktet. Som leder må en da være klar over at det ofte vil finnes et hierarki på en arbeidsplass. Noen personer har mer makt og kanskje tillit enn andre, og det er blant disse personene leder bør finne sine nøkkelpersoner. Dersom ledelsen skal lykkes med å rekruttere ressurspersoner må de være sikker på å at disse personene har tillit hos de ansatte. Uten tillit, som i bunn og grunn handler om å ha positive forventninger til de som skal være med å lede, kan det bli vanskelig (Stensaker & Haugeng, 2016). Det finnes som regel en lang rekke ressurssterke medarbeidere i en stor organisasjon og det er disse lederne må se etter. Orvik (2004) bruker benevnelsen «organiseringskompetanse» når han omtaler medarbeidere som har både faglig dyktighet og evne til å organisere. Dette er gjerne personer som har den naturlige autoriteten som skal til for å vinne tillit i resten av organisasjonen. Orvik (2004) sier at denne type kompetanse ikke bare finnes på individnivå men opptrer gjerne også i en relasjonell kontekst. Et annet aspekt som lederne bør være oppmerksomme på er uformelle ledere. Uformelle leder har ofte stor tillitt og makt i personalgruppen, noe som kan være både positivt og negativt for en implementeringsprosess. Her blir det viktig at leder har en god

kommunikasjon og samhandling med den uformelle lederen, og synliggjør hvilken påvirkning vedkommende kan ha i organisasjonen. Å benytte seg av den uformelle lederen som en ressurs i en implementeringsfase kan være hensiktsmessig (Singstad, 2015). Da betyr det selvsagt noe hvem det er lederne setter til å samarbeide. På den andre siden kan det tenkes at om lederne faller for fristelsen til bare å satse på ressurssterke enkeltpersoner, kan de lett gå i en felle. En av informantene sier for eksempel at lederne må ta ansvar og ikke bare delegere dette videre til de ansatte. En av informantene som har lang erfaring oppfattet vi var en slik ressursperson. Hun har deltatt i ulike organisasjonsendringsprosesser. Hun sier at *«det er ofte at lederne forventer at du skal håndtere implementeringen»*. Denne informanten er redd for at lederne slipper tak i prosessen når ressurspersoner som henne involverer seg. Dersom det skjer kan en forvente at det fremstår som en hemmende faktor i implementeringen. Konsekvensen kan være at implementeringen går i stå og målet med endringen faller bort (Brønn & Arnulf, 2015).

Tillit nevnes som en viktig faktor for å lykkes med implementeringen. Tillit kan i denne sammenhengen forstås som *«..en positiv forventning om at en annen person gjennom ord, handlinger og beslutninger ikke vil handle rent opportunistisk»* (Kaufman og Kaufman 2009:359). Så da blir spørsmålet om en leder som ikke har tillit vil lykkes i en endringsprosess? På den ene siden kan vi svare nei på dette spørsmålet. En ledelse som ikke har tillit står i fare for å stampe i motstand og ikke komme noen vei. Årsaken kan ligge i at de ikke får de ansatte med på å gjøre endringer. På den andre siden vet vi at tillit henger sammen med troverdighet og at tillit kan gjenopprettes ved å være troverdig, som betyr at det må være sammenheng mellom det du sier og det du gjør. Handling teller som kjent mer enn ord (Brønn & Arnulf, 2015). Troverdighet henger sammen med hvordan ledelse oppfattes og rettferdiggjøres. I lys av teorien til Strand (2001) bringer han inn viktige momenter gjennom sin teori når han snakker om kulturaspektet som innvirker på ledelse av organisasjonen. Han snakker bl.a. om grunnbetingelsene for ledelse og at disse må være tilstede om en skal oppnå en legitim ledelse. For at ledelsen skal kunne oppnå legitimitet på et bredt grunnlag i organisasjonen må et sett av grunnfestede oppfatninger om ledelsen finnes og de må til en viss grad være felles hos alle ansatte i organisasjonen. Med bakgrunn i teorien og PAIE modellen stil Strand (2007) fig.1, ønsker vi i denne sammenhengen å se nærmere på lederen som integrator. For ledere er det i en implementeringsprosess viktig med diskusjon og åpenhet, noe som flere av informantene er opptatt av. En av informantene som har erfaring med pakkeforløp var opptatt av at man må snakke ofte om det som skal implementeres og

vise vei til de som ikke er like dedikerte. Tilbake til PAIE modellen som kan vise at i rollen som integrator er lederen opptatt av høy oppslutning og det moralske står sterkt. Utvikling av organisasjonen og det å få de ansatte med anses som viktig. Et annet perspektiv på lederens rolle finner vi ved å se på lederen som produsent, en rolle som er nært knyttet opp til å være leder i en ekspertorganisasjon. Det å være resultatorientert og oppgavefokuset er to sentrale egenskaper som ligger nært opp til denne rollen. Ved å bringe inn kulturaspektet og hvordan lederen tilpasser seg i sin rolle kan være en avgjørende faktor for hvor godt implementeringen lykkes i en organisasjon. Men ledere kan også dra nytte av å se kulturaspektet andre veien, dvs. ut i personalgruppen. Er ansatte som yter motstand «vanskelige» ansatte, eller kan kulturperspektiv hjelpe lederne til å se at dette handler om mer en enkeltpersoners interessekonflikter (Orvik, 2004). Legitimitet gir ledere en viss grad av makt. Vi kan likevel ikke komme bort fra at kulturen i de nordeuropeiske landene har et syn på ledelse som aksepterer større grad av usikkerhet, og ledelsens makt og posisjon tones betydelig ned (Strand, 2001).

Informantene viser til et annet interessant funn som kan spille en stor rolle ved implementering av nye ideer. Forutinntatte holdninger pekes på som en viktig faktor. Flere av informantene uttrykker skepsis til innføringen av pakkeforløp både som metode, men også en skepsis mot noe nytt og delvis ukjent. For terapeutene betyr det mer administrativt arbeid, noe de uttrykker skepsis mot. Denne motstanden kan sees på som en hemmende faktor for lederne som vanskeliggjør implementeringen. Videre funn peker på at enkelte av lederne selv har noe preg av negativ holdning mot pakkeforløp, men også at de er forutinntatt med tanke på terapeutenes ståsted. I et vidt perspektiv kan vi tenke at deres forutinntatthet kan være både positivt og negativt i den forstand at de uansett vil tilstrebe å overbevise klinikerne om at pakkeforløp vil være en hensiktsmessig måte å jobbe etter og vil være til det bedre for pasientene.

I følge Brønn et.al. har Kotter (1996) også sagt at ledere må evne å skape et bilde av hvordan de fremtidige endringene vil se ut, og ikke minst hvordan organisasjonen skal komme seg dit. Vi snakker selvsagt om å det å sette mål (Brønn & Arnulf, 2015). Sandra er en av informantene som er litt redd for at ansatte skal få presentert visjoner som ikke stemmer med virkeligheten. Hun mener at det kan være en hemmende faktor dersom målet ikke står i forhold til realitetene, og hun er redd for at de ansatte vil gi opp og miste interessen. Hun viser til hva som kan skje ved å sammenligne det med en mislykket søppelsorteringsordning.

Alle sorterer helt til de finner ut at alt søppelet går i samme konteiner likevel. Da hjelper det ikke at renovasjonsselskapet sier at de skal de gjøre dette på ordentlig om et par år. Tilliten til selskapet eller ledelsen er da allerede brutt. Pakkeforløpene er på en måte en visjon som er idealisert igjennom et sterkt ønske om å få til en bedre tjeneste for pasientene. Men vi kan jo spørre hvordan en visjon av et slikt stort format kan motivere et helt fagfelt til å følge etter. Vi skal komme tilbake til konsekvensene av å forsøke å lede noen i en retning de ikke vil når vi skal snakke om motstand.

Det å oppnå mål er en sentral del av det å være leder, men som sagt, en leder klarer det best ved å samvirke med andre (T. Strand, 2001). For å kunne lykkes med store organisasjonsendringer kan det være hensiktsmessig at ledelsen inngår avtaler om samarbeid som styrker ansvarsfølelsen hos de ansatte. Vi snakker da om samhandling, som gjerne er litt mer forpliktende enn det som ligger til ordet samarbeid. En utfordring som ledere kan møte ved implementering av pakkeforløp kan være utydelighet mellom mål og arbeidsdeling på de ulike nivåene. Dette kan sees på som en hemmende faktor. På en annen side vil man kunne styrke ansvarsfølelsen hos den enkelte hvis man er tydelig på mål og har god samhandling, noe også informantene er opptatt av. Dette kan sees på som en fremmede faktor ved implementering. Dette finner vi også støtte for i teorien om samhandling til Orvik (2004).

Når helsedirektoratet sier at et av målene er en mer effektiv tjeneste, vil kanskje noen nikke og si ja, det var på tide, mens andre vil riste på hodet og si at ordet effektivitet ikke passer inn i vårt fagfelt. Myndighetene bruker begrepet effektivitet i målsettingen til pakkeforløpene. Kravet om effektivitet kan være utfordrende å imøtekomme. Det vil kreve involvering av både terapeuter, ledere og merkantilt personale for å imøtekomme kravet, effisiensen kan være ressurskrevende for hele organisasjonen. Kravet om effektivitet kan sees som en hemmende faktor dersom det er økonomiske mål som ligger bak. Det er imidlertid grunn til å diskutere hvordan effektivitet kan forstås i denne sammenhengen. En pasient som får tilbud om ti timer behandling, der målet er at da skal behandlingen være ferdig, kan fort oppleve at han slett ikke er ferdig behandlet ved avslutningen. Konsekvensen av dette kan være at pasienten må tilbake i behandling etter et halvt år. Fra et annet perspektiv kan kravet om effektivitet sees på som en fremmede faktor ved at flere pasienter kommer raskere til behandling. En av informantene uttrykker bekymring når han snakker om effektiv behandling. I lys av teorien til Bryn (2015) kan det sees på som et paradoks at effektiviteten til terapeutene blir fulgt med og målt på det meste, men når det kommer til det faglige innholdet, om

pasientene blir bedre og er fornøyde med behandlingen de får, er det ingen parametere som sjekker det.

Kotter (1996) ifølge Brønn og Arnulf (2015) har sagt at visjoner alene ikke er nok, en må også være i stand til å handle i tråd med visjonene. For å klare det må barrierer fjernes, mener han. Barrierer kan være så mangt, men i denne sammenheng har vi lyst til å trekke frem byråkrati som en mulig barriere. En av informantene er redd at terapeutene vil oppfatte pakkeforløp som enda mer detaljstyring og dermed resignere. Sett i lys av teorien til Ekeland (2015) som beskriver det at langsiktige konsekvenser av økt byråkratisering kan prege kunnskapstunge aktører til å resignere, gir dette støtte til informantens sin uttalelse. Det fremkommer at sykehusansatte bruker allerede i dag svært mye tid på å dokumentere at de gjør det myndighetene sier de skal gjøre. To av våre informanter har nevnt tid som en barriere, noe som kan sees på som en hemmende faktor. Rett nok gir de to informantene tidsaspektet to forskjellige betydninger, men begge ser det som er barriere. Sandra snakker om tid i den forstand at planen med å innføre pakkeforløp går for fort, mens Torgeir snakker om tid som i mer bruk av tid. Innføring av pakkeforløp i fagfeltet psykisk helse og rus ligger an til å bli en av de største omveltningene dette fagfeltet har sett i nyere tid. Derfor må vi forvente at det vil kreve mer enn bare tid for å komme i mål.

Flere av våre informanter er bekymret for mer tidsbruk og byråkratiske systemer.

Informantene legger vekt på at sykehusvesenet allerede i dag opplever en stadig økende grad av detaljstyring og byråkrati, bl.a. i form av høyere krav til dokumentasjon. På den andre siden problematiserer informantene hva som kan skje om det ikke finnes administrative systemer til å fange opp ansatte som ikke følger retningslinjene i pakkeforløpene. Dette kan også forstås som organisasjonens behov for å ha klare mål. Hvilke konsekvenser kan organisasjonen få av å ha en utydelig styringsstruktur. Informantene peker videre på at ansatte har mye makt og at denne makten kan brukes til å avvike fra ledelsens vedtak. Vi kan i denne sammenhengen forstå at både kultur på arbeidsplassen og at lederne er tidlig ute med informasjon kan være utfordrende under implementeringsfasen.

En kan tenke seg til at på bakgrunn av en økende grad av byråkratiske systemer kan oppstå ulike lederparadokser som kan være utfordrende. I en ekspertorganisasjon kommer dette til uttrykk fra teorien til Strand (2007) som beskriver ulike leder paradokser. Å innføre en økt standardisering og dokumentering til ansatte med høy grad av selvstendighet og autonomi kan være utfordrende. Økende krav til effektivitet er også et omfattende paradoks. Fagfolkene har

sine argumenter basert på faglige synspunkt, mens lederens ofte blir begrunnet med økonomiske hensyn. Dette kan sees på som en hemmende faktor om lederne ikke har stor nok faglig legitimitet i organisasjonen. Hvis vi ser til lederparadoks i en byråkratiorganisasjon er det nærliggende å anta at det ved ytterligere byråkratisering er systemer som er mer mottakelige for endringen. I så måte kan det tenkes at det kan være mindre utfordringer for lederne i slike organisasjoner. Det er lagt opp til mer formelle systemer og det er en formell ledelse som sitter på topp. Det er mindre rom for å utvise skjønn i disse organisasjonene på bakgrunn av de formelle retningslinjene (Strand, 2007).

Et annet tema som en av informantene bringer inn er viktigheten av å ha systemer som fanger opp og kontrollerer de fastsatte implementeringsmålene. I en implementeringsprosess kan det være hensiktsmessig å ha både kortsiktige og langsiktige mål. I følge Brønn og Arnulf har Kotter (1996) også sagt at kortsiktige mål vil kunne gi kortsiktige seire. De kortsiktige målene må i så fall være mulig å nå om de skal ha en fremmende effekt. Dersom de store målene får stå helt alene langt der fremme kan det bli tungt å holde oppe motivasjonen. Kotter (1996) skal også ha sagt at ledere som klarer å kommunisere milepæler fra det arbeidet som allerede er gjort vil øke sjansen for å lykkes med de mer langsiktige målene (Brønn & Arnulf, 2015). Konsekvensen av å ikke ha systemer som følger opp målsettingene kan bli at behandlere går tilbake til tidligere praksis. Årsaken til at ansatte går tilbake til tidligere praksis kan ofte spores tilbake til deres tidligere erfaring. Denne mekanismen kalles gjerne enkeltkretslæring og handler om at individet skaper en forventning til hva resultatet av en handling skal være. Dersom målet ikke nås, altså at resultatet eller konsekvensen ikke står i forhold til det en hadde forventet, vil individet som regel justere atferden slik at forventet mål oppnås. Problemet med en slik form for læring i en organisasjon er at «gammel» atferd repeteres dersom nye arbeidsmetoder ikke vinner frem umiddelbart. I mange tilfeller vil ansatte da ofte gå tilbake til en atferd som de kjenner konsekvensene av. Dette var også en av bekymringene som informantene nevnte og det er dette vi oppfatter myndighetene omtaler som uønsket variasjon. Det ideelle hadde vært om organisasjonen i slike tilfeller hadde tatt i bruk dobbelkretslæring. Denne formen for læring ville innebære at de ansatte stopper opp, og i lys av egne underliggende antakelser og verdier, reflekterte over hvorfor tiltakene de har gjennomført virket. På den måten vil individet få ny innsikt slik at vilkårene for de grunnleggende antakelsene og verdiene kan endres (Hatch, 2001).

Det å sette klare mål både for pasientbehandling men også for organisasjonen finner vi støtte for i målstyringsteori. Målstyringsteori, også kalt «management by objectives», ble allerede

Side 58 av 74

på 1950-tallet introdusert av Peter Drucker. Drucker var en forkjemper for at målene først og fremst måtte settes for virksomheten som helhet, dernest måtte virkemidlene bestemmes. Målstyring som metode har slått an både i offentlig og privat sektor. I psykisk helsevern har det imidlertid frem til nå ikke vært like fremtredende. Flere av våre informanter er bekymret for at denne dreiningen vil føre til en ytterligere byråkratisering av systemet. Vi oppfatter målstyring som en av teoriene bak pakkeforløpstanken da et viktig mål med denne nye organiseringen er å styre fagfeltet og innholdet i tjenestene i en ensartet og bestemt retning. Målstyring er nært forbundet med New public management (NPM). I Christensen, et.al. (2010), fremkommer det at det ligger en markedstenkning bak denne ideologien og enkelte frontet at hvis offentlige virksomheter lignet mer på markedet ville det føre til en mer effektiv og lønnsom virksomhet. Dette effektivitetsjaget kan gå på bekostning av faglige hensyn, noe som for øvrig er en viktig faktor innenfor helse. Dette kan sees på som en av årsakene til Nils sin bekymring for at fagfeltet får nok en dreining mot NPM. På den andre siden kan denne byråkratiseringen sees på som en kontroll for å tilstrebe at pasientene får den behandlingen de har krav på. Christensen, et al (2010) bringer inn et annet moment innenfor NPM; konkurranseutsetting av tjenester. Herunder skal det være større muligheter for private aktører å komme på banen og tilby tjenester på lik linje med det offentlige. Ideen bak denne tenkningen er at økt konkurranse mellom ulike aktører vil gi økt kvalitet samtidig som kostnadseffektiviteten øker. For at sykehusene skal jobbe for økt effektivitet er systemet lagt opp til innsatsstyrt finansiering (ISF). Denne finansieringsmodellen ble innført for den somatiske delen av helsetjenesten 1. juli 1997 (Lian, 2007). Modellen innebærer at sykehusene får sine inntekter beregnet ut fra hvor mange pasienter de tar inn til behandling, hva som behandles og hvilke diagnoser de får. Denne finansieringsordningen scores utfra DRG- poeng (diagnoserelaterte grupper) (Lian2007). For vårt fagfelt har det imidlertid ikke vært denne finansieringsordningen med bakgrunn i kompleksiteten og uforutsigbarheten som er å finne. I Busch og Vanebo (2001) kan vi se at liggetiden for visse diagnosegrupper skaper en skjev fordeling når faktiske kostander skal vurderes, og antas å bli underestimert, og derfor var bla. ikke psykisk helsevern inkludert i denne finansieringsordningen. Fra 1.januar 2017 ble det imidlertid innført innsatsstyrt finansiering (ISF) innenfor poliklinisk behandling i psykisk helse og rusarbeid (Helsedirektoratet.no). Kvaliteten på behandlingen som gis blir ikke vurdert i dette aspektet, men i Høringsnotat 16/7560 fra Helsedirektoratet er det kommentert at finansieringsmodellen skal understøtte det faglige arbeidet men det poengteres at det tas ikke noe ansvar for å definere det faglige aspektet ved behandlingen, noe som kan sees på som en svakhet i systemet (Helsedirektoratet, 2016). Det legges lite vekt på

pasientenes opplevelse av behandlingen til tross for at brukermedvirkning har hatt et stort fokus i mange år.

Både terapeuter og ledere kan oppleve et dilemma som følge av kravet om økt effektivitet. Når vi snakker med informantene om effektivitet opplever vi at de tolker det på ulike måter. Helsedirektoratet har som nevnt tidligere omtalt at pakkeforløpene skal gi en mer effektiv behandling. Forståelsen av effektiv behandling kan tolkes på ulike måter. På den ene siden kan det forstås som et mål om å øke kvaliteten på behandlingen som gis, mens på den andre siden kan det forstås som en metode for å få ned ventetiden og raskere behandling. Informantene er skeptisk til at begrepet effektivitet nevnes i målsettingen.

Sterk ledelse fremheves av noen av informantene som et suksesskriterium for å oppnå effektivitet. Dette finner vi igjen i teorien til Lian (2007) som viser til at ideologien bak NPM er at nøkkelen til å lykkes med kravet om effektivitet ligger i at det skal være en sterk og profesjonell ledelse. Vi opplever at det kan være et paradoks i og med at ledelse i sykehus skal være enhetlig, dvs. at leder både har det medisinskfaglig, økonomisk og personalansvar. Når sykehusene beveger seg i retning mot NPM, men samtidig ikke legger vekt på de ledelsesmessige utfordringene de står ovenfor, kan kravet om effektivitet bli vanskelig å imøtekomme. Nettopp ledereffektivitet kan være vanskelig å måle innenfor helsevesenet. I lys av teorien til Martinsen (2013) kan vi se at ledereffektivitet kan sees på ulike måter. I denne sammenhengen kan det forstås som at det vil være viktig å ha en leder som viser vei og fremstår som en pådriver og motivator under implementeringsfasen. Ledereffektivitet kan også påvirkes av lederens relasjonelle evner. I Mahsud, Yukl og Prussia (2010), kan vi se at en leder som klarer å etablere gode relasjoner med de underordnede trolig vil oppnå en høyere ledereffektivitet enn de som ikke er like gode på relasjoner. Det kan stilles spørsmål ved ledelsens betydning i en organisasjon som i stor grad består av fag-grupper som har høy grad av autonomi. Ved innføringen av pakkeforløp kan det være muligheter for at den faglige autonomien hos behandlerne blir mindre, noe som kan medføre at ledelsens betydning øker i form av økt kontroll over arbeidet som utføres. Dette gjenstår å se.

Vi har lyst til å trekke inn motstand mot endringer som et aspekt. Vi har med støtte i teorien funnet at motstand kan være både fremmede og hemmende faktorer for en implementeringsprosess (Stensaker & Haugeng, 2016). Motstand mot endringer kan forventes i en organisasjon som er i endring. Det vil alltid være noen ansatte som viser større motstand

mot endringer enn andre og det er derfor lurt å ha jevnlig diskusjoner og skape en forståelse for hva den nye praksisen innebærer. Utfordringen for ledernivået blir å diagnostisere denne motstanden (Kaufmann & Kaufmann, 2009). Motstand hos de ansatte tror vi kan bearbeides og snus, men motstand hos lederne vil kunne sabotere hele prosessen og føre til at ansvaret for å lykkes skyves over på de ansatte. Flere av våre informanter er opptatt av at ledelsen må ta ansvar når vi skal i gang med implementering. Når vi ser til teori finner vi at ledelse og ansvar er to ord som henger tett sammen, og med ledelse og ansvar følger også med en viss grad av makt. Strand (2001:388) sier dette om makt hos ledere; «*ledere som ikke forstår maktens dynamikk vil ha problemer med å fungere*». Det oppfatter vi kan bety at ledere som ikke tar ansvar heller ikke vil få respekt. Jens er en av våre informanter som har brukt ordet «sterk ledelse» når han omtaler ansvaret som ligger på ledelsen. Argumentet hans for en sterk ledelse er at det må være ledere som vil endringen og som klarer å få med seg medarbeiderne. Men vi ønsker å belyse noen av utfordringene som lederne kan møte ved å se til Stensaker et.al. (2016). De gjør oss oppmerksom på at det vil finnes mangfoldige og til dels motstridene interesser i en personalgruppe. Dette kan være en potensielt vanskelig form for motstand i en endringsprosess, da det vil kunne vanskeliggjøre måling av effekten av endring. Løsningen på dette problemet kan være å finne de «riktige» personene som kan være sterke meningsbærere for organisasjonen. Disse personene må ha legitimitet i organisasjonen (Stensaker & Haugeng, 2016). Men vi har påstått at motstand også kan fungere som drivkraft i en endringsprosess. Det kan være lettere å forstå dette resonnementet om vi omtaler motstand som engasjement. På den ene siden kan engasjement lett oppfattes som motstand og derfor ikke bli verdsatt av ledelsen, mens det på den andre siden kan sees på som en ressurs for endringsarbeidet. Konsekvensen av å se det på det som motstand tror vi kan føre til at konstruktive innspill blir slått ned og avfeid. Mens det på den andre siden kan føre til at nye og bedre ideer kommer på bordet. Forskning har den senere tid rettet oppmerksomheten mot at motstand i stor grad handler om noe relasjonelt (Stensaker & Haugeng, 2016). Det gir mening til Nils sitt utsagn der han sier at ledelsen må komme fagfeltet i møte ved å gi etter for sterke krefter i personalgruppen og være villig til å bryte med intensjonene i pakkeforløpene for å møte disse kreftene. Dette vil kunne styrke relasjonen mellom ansatte og ledelsen, noe vi tenker vil øke sjansene for å lykkes med implementeringen. Dette finner vi støtte i, i teorien til Roland & Westergård (2015) der de i denne sammenhengen viser til fase seks i «Faser i implementeringsprosessen», der det legges vekt på at endringen må tilpasses en skiftende kontekst (Roland & Westergård, 2015). Vi kan også velge å snu på det hele og forsøke å se endringen fra de ansattes side. Hva har de å vinne på å omstille?

Det siste aspektet vi har lyst til å belyse er arbeidskulturens betydning for implementering av pakkeforløpene. Kultur på arbeidsplassen vil kunne ha betydning for hvordan en lykkes med implementering av nye organisasjonsideer. Dette kommer til uttrykk fra enkelte av informantene som viste til at kulturen på arbeidsplassen var særlig viktig for hvordan nye ideer ble mottatt. Det kan i denne sammenhengen tenkes at lederkulturen har en sentral rolle i denne konteksten. Hvordan lederne evner å formidle og ta de ansatte med i prosessen vil være en avgjørende faktor ifølge informantene. Hvordan organisasjonen har lyktes med implementering tidligere, danner grunnlaget for hva ansatte tenker om nye ideer. Røvik (2007) beskriver innføring av nye organisasjonsideer som translasjon. Translasjon har i denne sammenhengen en dypere mening enn det engelske ordet skulle tilsi, da det handler om mer enn direkte oversettelse. Selve meningsrammen kan trekkes sammen til det å fatte hva som ligger i kunnskapsoverføring mellom organisasjoner (Røvik, 2007). Nye ideer kan også ha med seg problemdefinisjoner fra den opprinnelige ideen. Dersom slike definisjoner får fotfeste i personalgruppen under implementeringsprosessen, kan det få stor innvirkning på handlings- og forandringspotensialet til lederne i organisasjonen. Men et slikt potensiale kan også gi positivt utslag ved at det øker engasjementet til de ansatte (Røvik, 2007). Schein ifølge Hatch (2001), sier at grunnleggende antakelser og overbevisninger danner kjernen i enhver organisasjonskultur. Det som kjennetegner grunnleggende antakelser er at de ansatte tar disse for gitt. Det betyr at de ikke er gjenstand for den daglige oppmerksomhet, eller for den slags skyld ligger fremst i bevisstheten. Grunnleggende antakelse hos et menneske dannes som en konsekvens av tidligere erfaringer og hvordan individet oppfatter disse. I en organisasjon vil det bety at de ansatte, igjennom erfaring og observasjon, lærer hvordan organisasjonen fungerer, hvordan arbeidsplassen løser daglige oppgaver eller utfordringer og hvordan de selv erfarer det sosiale samspillet på arbeidsplassen. Grunnantakelsene vil variere mellom medlemmene i en organisasjonskultur. Dette vil ha betydning for hvordan medlemmene tar imot implementeringen av nye ideer. Hvis kulturen i organisasjonen legger til rette for eierskap til den jobben som skal utføres, kan det ha positive konsekvenser for implementeringen av pakkeforløp. De som føler eierskap til jobben opplever gjerne jobben som meningsfull og har økt jobbtilfredshet. Dette tolker vi dithen at det kan være en fremmede faktor ved implementeringen.

Et annet viktig aspekt når vi snakker om kultur er hvilket verdisyn som finnes hos den enkelte og i organisasjonen som helhet. Verdier i denne sammenheng, henviser til hvilke prinsipper, mål og normer som kjennetegner organisasjonen og den enkelte arbeidstaker (Hatch, 2001).

Sjansen for å lykkes med implementering av nye organisasjonsideer øker dersom ledelsen har god kjennskap til kulturen på arbeidsplassen.

5 Oppsummering

Vi har i denne masteroppgaven sett på hvilke forventninger ledere, terapeuter og brukere har til de varslede pakkeforløpene som skal innføres for fagfeltet psykisk helse- og rus fra 2018. I vårt forskningsarbeid intervjuet vi ni informanter som alle hadde en relasjon til fagfeltet. Vi bygde opp intervjuguiden på en nøytral måte slik at de svarene vi fikk ikke skulle la seg farge av det som måtte være av våre forutinntatte holdninger til innføring av pakkeforløp. Vi opplevde en interessert og engasjert gruppe informanter som det viste seg hadde klare meninger om innføring av pakkeforløp. Flere av våre informanter hadde begynt å få litt erfaring med pakkeforløp fordi sykehuset de arbeidet ved, på eget initiativ hadde innført denne metoden for noen utvalgte diagnosegrupper. Vi fant at denne gruppen er mer positiv til innføring av pakkeforløp enn informantene som ikke hadde forsøkt å arbeide på denne måten. Det at de var mer positive betyr ikke at de ikke utelukkende var positive. Flere var til dels kritisk innstilt til deler av modellen, noe leseren vil finne igjen i teksten. Vi hadde tre ulike fokus vi ønsket å undersøke. De tre fokusene var om pakkeforløpene ville kunne ivareta faglig autonomi hos behandlerne, om brukerne ville oppleve pakkeforløp som en positiv endring i riktig retning og til slutt om lederne ville klare å møte de utfordringer som innføring av pakkeforløp ville kunne by på. Vi fant også at behandlerne er delt i synet på om pakkeforløpene vil ivareta den faglige autonomien. Flere av våre informanter mente at den stramme strukturen som de ble lagt opp til i pakkeforløpene ville frata handlingsrommet til terapeutene. Som vi også har vist, knyttes det en viss status til ansatte i en ekspertorganisasjon. Flere av informantene var redd for at innføring av pakkeforløpene ville gå ut over følelsen av å bli anerkjent som fagperson. Et felles trekk som vi fant hos de fleste informantene er at de er opptatt av at pakkeforløpene må ivareta viktigheten av en god relasjon mellom pasient og terapeut. Mange ser dette som en forutsetning for å kunne oppnå bedring hos en pasient. Et annet aspekt som vi ser har engasjert informantene, er hvordan pakkeforløpsmodellen ser ut til å nærme seg de medisinske modellene. Flere, men ikke alle, opplever denne dreiningen som foruroligende. Informantene med brukererfaring var på enkelte områder delt i sin oppfatning av hva den nye modellen ville medføre for

brukergruppene. De var enig om at et økt fokus på brukermedvirkning var et pluss med de nye pakkeforløpene, men samtidig uttrykte de skepsis til en dreining mot et system som vektla diagnoser i større grad enn i dag. Blant lederne finner vi både forsiktig optimisme og uttalt motstand mot den nye modellen. Optimismen handlet om at fagfeltet var i behov for mer struktur og tydeligere rammer for hva slags behandlingsmetoder som skulle anerkjennes. Motstanden gikk i første rekke på at lederne mente at de ville kunne støte på stor motstand i personalgruppen fordi behandlernes autonomi kunne stå på spill og at fagfeltet nå stod overfor en økt byråkratisering.

Vår studie har gjort oss nysgjerrig på hvordan fagfeltet vil ta imot disse endringene og hvilke konsekvenser det vil kunne få for de ulike aktørene. Siden innholdet i pakkeforløpene ikke er kjent ser vi frem til å lese mer om det. Det vil kunne være interessant for andre å forske videre på effekten av pakkeforløp og vi ønsker dem lykke til.

6 Referanseliste

Andersen, A. J. W. (2009). Vel, la oss fortsette. *Tidsskrift for psykisk helsearbeid*, 6(01), 2-3.

Hentet fra http://www.idunn.no/tph/2009/01/vel_la_oss_fortsette

Andreassen, T. A. (2005). *Brukermedvirkning i helsetjenesten : arbeid med brukerutvalg og andre medvirkningsprosesser*. Oslo: Gyldendal akademisk.

Askheim, O. P. (2012). *Empowerment i helse- og sosialfaglig arbeid : floskel, styringsverktøy, eller frigjøringsstrategi?* Oslo: Gyldendal akademisk.

Bang, H. (2013). *Organisasjonskultur* (4 utg.). Oslo: Universitetsforlaget.

Bryn, S. (2015). Illusjonen om best mulig behandling. *Tidsskrift for norsk psykologforening*, 52(3), 231-243. Hentet fra

http://psykologtidsskriftet.no/index.php?seks_id=438414&a=4

Brønn, P. S. (2007). Relationship outcomes as determinants of reputation, *Corporate Communications*:. 12 (4), 376-393. Hentet fra <http://forskning.no/kommunikasjon-abc-i-naeringsliv-marked-okonomi/2008/05/gode-relasjoner-gir-bedre-omdomme>

Brønn, P. S. & Arnulf, J. K. (2015). *Kommunikasjon for ledere og organisasjoner*. Bergen: Fagbokforlaget.

Busch, T. & Vanebo, J. O. (2001). *Modernisering av offentlig sektor : new public management i praksis*. Oslo: Universitetsforlaget.

Bøe, T. D. (2007). Evidensbasert praksis i psykisk helsearbeid. Kan innenfra-perspektivet og brukerkunnskapen gis plass i evidensbegrepet? *Tidsskrift for psykisk helsearbeid*, 4(02), 194-202. Hentet fra

http://www.idunn.no/tph/2007/02/evidensbasert_praksis_i_psykisk_helsearbeid_kan_i_innenfra-perspektivet_og_br

Christensen, T. E., M. ; Larsen, O. ; Lægreid, P. ; Ronnes, P. , (2010). *Forvaltning og politikk* (3. utg. utg.). Oslo: Universitetsforl.

Dalland, O. (2007). *Metode og oppgaveskriving for studenter* (4 utg.). Oslo: Gyldendal akademisk.

Ekeland, T.-J. (2004). Autonomi og evidensbasert praksis. *nr. 6/2004*. Hentet fra

www.hioa.no/Om-HiOA/node_7939/filer-sps/arbeidsnotater/6-2004-Ekeland-autonomi-og-evidensbasert-praksis

Ekeland, T.-J. (2007). *Kommunikasjon som helseressurs*. Oslo: Gyldendal akademisk.

Ekeland, T.-J. (2015). Profesjonskritikk. *Tidsskrift for psykisk helsearbeid*, 11(02), 174-177.

- Hageberg, A. O. L. (2009). Psykologer i media. *46*(9), 876-877. Hentet fra <http://www.psykologtidsskriftet.no>
- Hageberg, A. O. L. (2012). Heilt forelska i Modum Bad. Hentet fra http://www.psykologtidsskriftet.no/index.php?seks_id=163490&a=4
- Hatch, M. J. (2001). *Organisasjonsteori - moderne, symbolske og postmoderne perspektiver*. Oslo: Abstrakt forlag.
- helsedirektoratet. (2009). *SAMDATA Spesialisthelsetjenesten*. Hentet fra <https://helsedirektoratet.no/statistikk-og-analyse/samdata>.
- Helsedirektoratet. (2015). *Internasjonalt perspektiv på psykisk helse og helsetjenester til mennesker med psykiske lidelser*. Hentet fra <https://helsedirektoratet.no/Lists/Publikasjoner/Attachments/965/UT-rapport%20IS-2314%20Internasjonalt%20perspektiv%20psykisk%20helsetjeneste.pdf>.
- Helsedirektoratet. (2016). *Mulig omlegging av den aktivitetsbaserte finansieringsordningen for polikliniske tjenester innen psykisk helsevern og TSB fra 2017*. Hentet fra <https://helsedirektoratet.no/horinger/mulig-omlegging-av-den-aktivitetsbaserte-finansieringsordningen-for-polikliniske-tjenester-innen-psykisk-helsevern-og-tsb-fra-2017>.
- Helsedirektoratet. (2017a). Pakkeforløp for psykisk helse- og rus. Hentet 28.04.17 fra <https://helsedirektoratet.no/retningslinjer/pakkeforlop-for-psykisk-helse-og-rus>
- Helsedirektoratet. (2017b). *retningslinjer pakkeforlop-for-psykisk-helse-og-rus bakgrunn-og-mandat*. Hentet fra <https://helsedirektoratet.no/retningslinjer/pakkeforlop-for-psykisk-helse-og-rus#bakgrunn-og-mandat>.
- Helsekompetanse.no. (2017). Brukermedvirkning på system og individnivå. Hentet fra <http://kurs.helsekompetanse.no/plan/3321>
- Helsenett.no. (2017). Somatisk sykdom. Hentet fra [https://www.helsenett.no/index.php?searchword=somatisk%20sykdom&ordering=newest&searchphrase=all&limit=20&areas\[0\]=content&Itemid=576&option=com_search](https://www.helsenett.no/index.php?searchword=somatisk%20sykdom&ordering=newest&searchphrase=all&limit=20&areas[0]=content&Itemid=576&option=com_search)
- Helsetilsynet. (2008). *Distriktpsikiatriske tjenester – likeverdig tilbud?* Hentet fra https://www.helsetilsynet.no/upload/Publikasjoner/rapporter2010/helsetilsynetrapport_3_2010.pdf.
- Helsnorge.no. (2017). Samvalgsverktøy. Hentet fra <https://helsnorge.no/samvalg#Samvalgsverktøy-for-ulike-diagnoser>

- Hofgaard, T. (2010). En ny definisjon av helse. Hentet fra http://www.psykologtidsskriftet.no/index.php?seks_id=111327&a=5.
- Jacobsen, D. I. (2005). *Hvordan gjennomføre undersøkelser? : innføring i samfunnsvitenskapelig metode* (2. utg. utg.). Kristiansand: Høyskoleforl.
- Jacobsen, D. I. (2015). *Hvordan gjennomføre undersøkelser* (3 utg.). Kristiansand Cappelen Damm.
- Johannessen, B. F. (2004). Ledelse og evidens i det psykiske helsevernet, konsekvenser for kunnskapsforståelse og organisering. Hentet fra http://uni.no/media/manual_upload/97_N22-04.Johannessen.pdf
- Kaufmann, G. & Kaufmann, A. (2009). *Psykologi i organisasjon og ledelse* (4 utg.). Bergen: Fagbokforlaget.
- Legekunsten. (2015). Kreftpakker uten avtalespesialister. Hentet fra [file:///C:/Users/audun/Downloads/Legekunsten%201%202015%20\(1\).pdf](file:///C:/Users/audun/Downloads/Legekunsten%201%202015%20(1).pdf)
- Leksikon, S. N. (2017). Implementere. Hentet fra <https://snl.no/implementere>
- Lian, O. S. (2007). *Når helse blir en vare : medikalisering og markedsorientering i helsetjenesten* (2 utg.). Kristiansand: Høyskoleforlaget.
- Lovdata. (1999). *Lov om helsepersonell (Helsepersonelloven)*. Hentet fra <https://lovdata.no/dokument/NL/lov/1999-07-02-64>
- Lovdata. (2017a). *Lov om etablering og gjennomføring av psykisk helsevern* Hentet fra <https://lovdata.no/dokument/NL/lov/1999-07-02-62?q=psykiske>
- Lovdata. (2017b). *Lov om pasient- og brukerrettigheter* Hentet fra https://lovdata.no/dokument/NL/lov/1999-07-02-63?q=pasientrettighetsloven#KAPITTEL_3
- Mahsud, R., Yukl, G., & Prussia, G. . (2010). Leader empathy, ethical leadership, and relations-oriented behaviors as antecedents of leader-member exchange quality. *Journal of Managerial Psychology*, 25(6), 561-577. doi: 10.1108/02683941011056932
- Martinsen, Ø. L. (2013). *Perspektiver på ledelse* (3 utg.). Oslo: Gyldendal Akademisk.
- Meld. St. 25 (1996-97). (1995). *Åpenhet og helhet— Om psykiske lidelser og tjenestetilbudene*. Sosial-og helsedepartementet. Hentet fra <https://www.regjeringen.no/contentassets/b0c5168d7b574157977a877d2a68aa17/no/pdfs/stm199619970025000dddpdfs.pdf>.

- Meld. St. 47 (2008-09). (2009). *Retts behandling - på rett sted- til rett tid*. Hentet fra <https://www.regjeringen.no/contentassets/d4f0e16ad32e4bbd8d8ab5c21445a5dc/no/pdfs/stm200820090047000dddpdfs.pdf>.
- Moe, L. (2015). Vil innføre pakkeforløp psykisk helse. Hentet fra <https://www.dagensmedisin.no/artikler/2015/08/10/vil-ha-pakkeforlop-for-psykisk-helse/>
- NOU 1997:18. (1997). *Prioritering på ny— Gjennomgang av retningslinjer for prioriteringer innen norsk helsetjeneste*. Hentet fra <https://www.regjeringen.no/no/dokumenter/nou-1997-18/id140956/sec1>.
- Orvik, A. (2004). *Organisatorisk kompetanse : i sykepleie og helsefaglig samarbeid* (1 utg.). Oslo: Cappelen akademisk forl.
- Roland, S. & Westergård, E. (2015). *Implementering, å omsette teorier, aktiviteter og strukturer i praksis*. Oslo: Universitetsforlaget.
- Røvik, K. A. (2007). *Trender og transaksjoner* (3 utg.). Oslo: Universitetsforlaget.
- Singstad, R. (2015). Uformell-ledelse. Hentet fra <https://www.ledernytt.no/uformell-ledelse.5964851-112372.html>
- Sintef. (2008). Bidrar utbyggingen av distriktpsikiatriske sentre til bedre tjenestetilbud og høyere brukertilfredshet? Hentet fra file:///C:/Users/audun/Downloads/Revidert%20rapport%20sept%202008_SINTEF%20A6169%20-%20Bidrar%20utb%20av%20DPS%20til%20bedre%20tjenestetilb%20og%20h%20C3%20B8yere%20brukertilfredshet_17okt2008.pdf
- Solberg, P. O. (2014). Variasjon gir best effekt. Hentet fra http://www.psykologtidsskriftet.no/index.php?seks_id=431259&a=3
- St. Pr. P. nr. 63 (1997-98). (1998). *Om opptrappingsplan for psykisk helse 1999 - 2006 Endringer i statsbudsjettet for 1998*. Hentet fra <https://www.regjeringen.no/no/dokumenter/stprp-nr-63-1997-98-/id201915/sec1>.
- Stensaker, I. & Haugeng, A. C. (2016). *Omstilling, den uforutsigbare gjennomføringsfasen*. Bergen: Fagbokforlaget.
- Store medisinske leksikon. ICD-10. Hentet 12. september 2016 fra <https://sml.snl.no/ICD-10>
- Strand, N. & Ulvenes, P. (2013). Terapeuter bør ikke være for opptatt av å bli likt. *Tidsskrift for Norsk psykologforening*, 50(8), 864-866.

- Strand, T. (2001). *Ledelse, organisasjon og kultur*. Bergen: Fagbokforlaget.
- Strand, T. (2007). *Ledelse, organisasjon og kultur* (2 utg.). Bergen: Fagbokforlaget.
- Sverdrup, S., Kristofersen, L., Myrvold, Trine., (2005). Brukermedvirkning og psykisk helse. *NIBR 2005*., 6.
- Tjora, A. H. (2010). *Kvalitative forskningsmetoder i praksis*. Oslo: Gyldendal akademisk.
- Ulvestad, A. K. (2007). *Klienten - den glemte terapeut : brukerstyring i psykisk helsearbeid*. Oslo: Gyldendal akademisk.
- Vogt, H. & Pahle, A. (2015). Likeved på samleband, *Morgenbladet*. Hentet fra <https://morgenbladet.no/ideer/2015/09/likeverd-pa-sambleband>
- Wikipedia. (2016). Spesialisthelsetjenesten. Hentet fra <https://no.wikipedia.org/w/index.php?title=Spesialisthelsetjenesten&oldid=16402105>
- Zachrisson, A. (2008). Motoverføringer og endringer i synet på den psykoanalytiske relasjonen. *Tidsskrift for Norsk psykologforening*, 45(8), 939-948.
- Østrem, S. (2015). Hva er en profesjon. Hentet fra <http://www.mestremestrerikke.no/2015/06/hva-er-en-profesjon.html>

Vedlegg

Vedlegg 1:

FORESPØRSEL MED SAMTYKKEERKLÆRING

Informasjonsbrev med forespørsel om deltakelse i forskningsprosjekt.

Temaet i oppgaven vår er «implementering av pakkeforløp innenfor psykisk helse og rusarbeid.»

Vi er to studenter ved UiT, Norges arktiske universitet, handelshøyskolen i Harstad, som studerer master i ledelse. Vi jobber begge innenfor feltet psykisk helse og rusarbeid. Regjeringen har bestemt at pakkeforløp skal innføres og har gitt helsedirektoratet i oppgave å utarbeide og implementere pakkeforløp for psykisk helse og rus. Når vi nå er i gang med å skrive en masteroppgave ønsker vi å undersøke om implementering av pakkeforløp vil føre til økt brukermedvirkning og brukertilfredshet. Vi er opptatt av både den organisatoriske delen men også hvordan det vil slå ut for pasientene. Blir det økt brukermedvirkning og lik behandling over hele landet slik målsettingen er?

I dette prosjektet har vi som mål å få intervjuet det vi mener er relevante og sentrale nøkkelpersoner, både ledere og brukere. Vi ser for oss å intervjuet mellom 8 og 10 personer. Deltakelsen i studien vil for din del si at du stiller opp på et intervju med oss. Antatt varighet vil være ca 30-60 minutter. Vil ønsker å ta opp intervjuet på lydbånd slik at vi kan ha fullt fokus på våre informanter. Opptaket vil bli slettet når materialet er skrevet ned og ferdig bearbeidet. Alle personopplysninger og annen informasjon vil bli behandlet konfidensielt. Prosjektet skal være avsluttet 1.juni 2017. Det vil bli innhentet samtykke før intervjuet starter. Det er frivillig å delta i studien og du kan når som helst trekke ditt samtykke uten å oppgi noen grunn. Om du har noen spørsmål om studien er det bare å ta kontakt, Unn Karin Dahle tlf 97090003 eller Audun Eskeland tlf 99578288.

Studien er godkjent av Personvernombudet for forskning.

Mvh Audun Eskeland og Unn Karin Dahle

Vedlegg 2

Samtykkeerklæring

Under de forutsetninger som er beskrevet i informasjonsbrevet samtykker jeg i å delta i forskningsprosjektet som har følgende problemstilling: *«Hvilke utfordringer kan leder, terapeuter og brukere møte ved implementering av pakkeforløp i psykisk helse- og rusomsorg?»*

Dette under forutsetning av at jeg på et hvilket som helst tidspunkt kan trekke meg fra prosjektet uten å måtte begrunne hvorfor. Da vil jeg få slettet alle lydopptak og utlevert alt som er skrevet om meg.

Det er en forutsetning at alt er anonymisert, og at ingen kan knytte det som skrives til meg.

Sted

Dato

Underskrift

Intervjuguide

- a) Helse og omsorgsdepartementet har gitt helsedirektoratet i oppdrag å utarbeide pakkeforløp for psykisk helse –og rus og disse er bestemt innført fra 2018. Hvilke tanker gjør du deg om det?
- b) Hva innebærer et pakkeforløp innenfor feltet psykisk helse og rus slik du ser det?
- c) Vil standardiserte behandlingsopplegg gi en bedre pasientbehandling?
- d) Vil implementering av pakkeforløp føre til at pasienten opplever bedring av sin psykiske lidelse?
- e) Vil pakkeforløp bidra til bedre samhandling mellom pasienter og helsepersonell?
- f) Kan brukermedvirkning ivaretas i et pakkeforløp som (i all hovedsak) bygges opp rundt evidensbaserte behandlingsformer?
- g) Hvilke faktorer hemmer og fremmer implementeringen av gode pakkeforløp?
- h) Hva må lederne i organisasjonen gjøre for å fremme en god implementering av gode pakkeforløp? (Hva må gjøres for å kvalitetssikre god implementering av pakkeforløp i organisasjonen? Hvilke aktører må på banen? Hvem, hva, hvor, hvordan?)
- i) Vil de ansattes (legenes, terapeutenes, behandlernes) faglige autonomi hemmes eller fremmes som følge av innføringen av pakkeforløp? Hvordan tenker du som leder å ivareta den faglige autonomien hos behandlerne?
- j) Hva mener du kan være fordeler med bruk av pakkeforløp (i forhold til tidligere praksis?)
- k) Hva mener du kan være ulemper med bruk av pakkeforløp (i forhold til tidligere praksis?)
- l) Hva er utfordringene innenfor rus og psykiatribehandling i dag, slik du ser det, i forhold til best mulig pasientbehandling? Tror du implementeringen av pakkeforløp kan imøtekomme disse utfordringene? Hvis ikke, hva må til? Hva mangler?
- m) Hva mener du må til for å gi best mulig pasientbehandling, slik at pasienten opplever bedring av sin psykiske lidelse?
- n) Har du tanker om hvordan du som leder kan møte skepsis i fagmiljøet?
- o) Tror du at det er pasientgrupper som ikke vil passe i et slikt pakkeforløp evt. hvilke?

- p) Evidensbasert medisin (EBM) vil danne grunnlaget for utvikling av de ulike pakkeforløpene for psykisk helse –og rus. Hva tenker du om dette?

- q) Hvilke fordeler ser du for deg at EMB vil kunne gi i denne sammenheng?
- r) Ser du noen bakdeler ved bruk av EMB som grunnlag for utvikling av pakkeforløp?
- s) Pasientens diagnose vil være retningsgivende for hvilket pakkeforløp pasienten vil få tilbud om. Hvilke evt. fordeler eller ulemper ser du ved en slik modell?
- t) Helsedirektoratet sier at målet med pakkeforløpene er å stadig forbedre behandlingstilbudet på psykisk helse –og rus, redusere uønsket variasjon slik at alle får så god og effektiv behandling som mulig.
- u) Hva tror du helsedirektoratet legger i begrepet uønsket variasjon?
- v) Effektiv behandling nevnes i målsettingen til helsedirektoratet. Hva tror du de legger i dette begrepet?