



Mellom linjene i psykisk helsevern og psykisk helsearbeid

Om samarbeid mellom organisasjoner og profesjoner

Walter Schönfelder

Avhandling levert for graden doctor rerum politicarum

UNIVERSITETET I TROMSØ
Det samfunnsvitenskapelige fakultet
Institutt for sosiologi

November 2007



Mellom linjene i psykisk helsevern og psykisk helsearbeid.

Om samarbeid mellom organisasjoner og
profesjoner

Walter Schönfelder

Avhandling for graden doctor rerum politicarum
Institutt for sosiologi
Det samfunnsvitenskapelige fakultet
Universitetet i Tromsø
November 2007

Forord

Et forskningsprosjekt er så mye mer enn det endelige resultatet som står mellom to permer. Prosessen inkluderer mange som fortjener en stor takk. Noen vil jeg framheve spesielt, men det er mange som ikke er nevnt her, og som hver på sin måte har støttet meg underveis. Jeg er svært takknemlig overfor dere alle.

Nord-Norsk psykiatrisk forskningssenter (NPPF) har finansiert utviklingen av prosjekt-idéen til en ferdig søknad i 2002. Norges forskningsråd fant prosjektet støtteverdig innenfor sitt programområde *Helsetjenester og helseøkonomi*, og har finansiert det i perioden mellom juli 2003 og juli 2006. Det samfunnsvitenskapelige fakultet ved Universitetet i Tromsø har finansiert stipendiatperioden mellom august 2006 og november 2007. Alle tre institusjoner vil jeg takke for finansieringen og for tilliten.

Med mange andre liknende prosjekt deler også dette en forpliktelse overfor de som har bidratt med data. Jeg vil si hjertelig takk til pasientene som har gitt sitt samtykke til at jeg kunne intervjuere deres kontaktpersoner i helsevesenet. Det samme gjelder intervjupartnerne som har stilt opp til mange timers samtaler. Dette var timer som hver enkelt arbeidstaker sårt trenger i en travel arbeidshverdag. Likevel har de valgt å prioritere intervjuene med meg framfor andre arbeidsoppgaver. Dette setter jeg stor pris på, og dersom denne avhandlingen innfrir forventningene hos de som har deltatt i undersøkelsen vil et av formålene med den være møtt.

Jeg vil takke mine kolleger på Institutt for sosiologi for mange inspirerende innspill og mye støtte i arbeidet. De fleste dører står åpne når det trengs kollegiale råd og veiledning. Dette er en stor styrke for et fagmiljø, og en ressurs som er langt fra forunt alle stipendiater.

Med Sissel Sollied, Åshild Fause, Britt Vigdis Ekeli og Nina Foss har jeg delt mange timers interessante diskusjoner på tvers av faggrensene. Jeg for min del har oppdaget langt flere faglige fellestrekk enn forskjeller mellom pedagoger, sykepleiere, antropologer og sosiologer i løpet av møtene våre. Vi har ikke lyktes i å finne fram til et navn på gruppen – uvisst av hvilke grunner har mitt forslag om ”skjønnheten og udyrene” aldri fått riktig gjennomslag. Men vi har lyktes med noe som er langt mer viktig. Vi har klart å følge og støtte hverandre gjennom de siste fire årene på den lange og kronglete veien gjennom våre respektive forskningsprosjekt. Dette har betydd svært mye for meg.

Jeg vil takke min veileder førsteamanuensis dr. philos. Jorid Anderssen ved Institutt for sosiologi for mange engasjerte, interesserte og konstruktive samtaler. Jorid har til tider hatt langt mer tro på prosjektet enn jeg selv. Jeg har ikke bare hatt en veileder med en dør som alltid stod åpen. I løpet av de siste fire årene har vi utviklet et samarbeid som har ført to i utgangspunkt ganske ulike forskningsinteresser sammen i et felles perspektiv. Dette samarbeidet har vært svært inspirerende for meg – jeg håper for oss begge.

Det sies at det står en sterk kvinne bak enhver sterk mann. For mannen i dette prosjektet har en status som sterk mange ganger vært heller diskutabel. Dette gjelder definitivt ikke for posisjonen til den sterke kvinnen. Jeg vil rette en ydmyk takk til min kjære kone Hilde for all støtte underveis, og særlig i det siste tunge året der hun har tatt langt mer enn sin del av ansvaret for familiens ve og vel.

Til tross for all konstruktivistisk retorikk i denne avhandlingen har jeg en personlig trygghet med en udiskutabel ontologisk status. Mine barn Bendik og Helena var, er og blir midtpunktet i mitt liv, og jeg håper at de tilgir meg alle lange dager, kvelder og helger der pappa måtte "skrive bok". Jeg er klar over at denne tilgivelsen er spesielt mye å be om siden både pirater og prinsesser er sørgelig fraværende i denne boka.

Tromsø, november 2007

Walter Schönfelder

Innhold

Forord.....	i
Innhold.....	iii
Figurer og tabeller:.....	iii
Utførlig innholdsfortegnelse	iv
1 Innledning	1
2 To perspektiv på samarbeid	10
3 Konstruktivisme og diskursanalyse som teoretisk utgangspunkt for analysen....	39
4 Bakkebyråkrater i psykisk helsevern – et lite synlig perspektiv	63
5 Samarbeid som diskursivt nodalpunkt.....	70
6 Intervju om samarbeid: design, omfang og analysemetodikk.....	92
7 Pasientkarrierer og samarbeidskarrierer	135
8 Vendepunkt for samarbeid	152
9 Samarbeid om behandling og samarbeid med behandlere.....	240
10 Mellom medisin, pleie og livskvalitet - diskursive handlingsorienteringer for samarbeid	313
11 Mellom linjene i psykisk helsevern og psykisk helsearbeid - resymé og teser for fremtiden	363
Litteratur.....	375
Appendiks	

Figurer og tabeller:

Personell i psykisk helsevern	27
Antall årsverk i psykisk helsevern – ”kvalifisert” vs. ”annet” personale	63
Frekvens for samarbeid og beslektede begrep i Stortingsmelding 9 (1974-75) og Stortingsmelding 25 (1996-97)	79
Kontekstualisert forekomst for samarbeid og beslektede begrep i Stortingsmelding 25 (1996-97)	84
Fordeling av respondenter i forhold til organisasjonstilhørighet og yrkesfaglig bakgrunn	101
Pasientkarriere 10 (utdrag)	142
Pasientkarriere 11 (utdrag)	146
Pasientkarriere 15 (utdrag)	174
Pasientkarriere 1 (utdrag)	318

Utførlig innholdsfortegnelse

Forord	i
Innhold	iii
Figurer og tabeller:	iii
Utførlig innholdsfortegnelse	iv
1 Innledning	1
1.1 Samarbeid som helsepolitisk utfordring	2
1.2 Problemstilling og forskningsspørsmål	5
1.3 Avhandlingens struktur	7
2 To perspektiv på samarbeid	10
2.1 Psykisk helsevern og psykisk helsearbeid som institusjonell omgivelse	11
2.1.1 Samarbeid mellom organisatoriske enheter.....	13
2.1.2 Psykisk helsearbeid i kommunene	16
2.1.3 Distriktpsikiatriske sentre (DPS).....	20
2.1.4 Sentralsykehus	22
2.1.5 Oppsummering	24
2.2 Samarbeid mellom profesjoner	25
2.2.1 Profesjoner og paraprofesjoner.....	28
2.2.2 Randsoner og grenseflater for profesjonell handling	32
2.2.3 Oppsummering	35
3 Konstruktivism og diskursanalyse som teoretisk utgangspunkt for analysen	39
3.1 Sosialkonstruktivism	41
3.2 Relativisme og perspektivism – kritikk og metodiske muligheter	46
3.3 Diskursanalyse	49
3.3.1 Diskursanalytisk perspektiv I: Laclau og Mouffe – diskursteori.....	50
3.3.2 Diskursanalytisk perspektiv II: Potter og Wetherell – diskurspsykologi	55
3.3.3 Diskursanalytisk syntese	59
4 Bakkebyråkrater i psykisk helsevern – et lite synlig perspektiv	63
4.1 Ulike måter å møte pasienter	65
4.2 Pleie- og omsorgspersonale som bakkebyråkrater	66
4.3 Bakkebyråkratiet – et lite synlig perspektiv i psykisk helsevern	67
5 Samarbeid som diskursivt nodalpunkt	70
5.1 Om dokumenter og monumenter	70
5.1.1 Hvorfor disse dokumentene?.....	73
5.1.2 Om innholds- og diskursanalyser	74
5.2 Samarbeid: Fra styring til tverrfaglighet	79
5.2.1 Det tverrfaglige samarbeidet	83
5.2.2 Samarbeid som tom signifikante	87
5.3 Tre teser om samarbeid i psykisk helsevern	90

6	 Intervju om samarbeid: design, omfang og analysemetodikk.....	92
6.1	Forskningsdesign og utvalg	92
6.1.1	Forskningsetiske vurderinger	94
6.1.2	Samarbeid i Nord-Norge: Psykisk helsevern og psykisk helsearbeid i regionen ...	95
6.1.3	Utvalgskriterier.....	97
6.1.3.1	Pasienter.....	98
6.1.3.2	Respondenter.....	101
6.2	Intervjuundersøkelse: omfang og særpreg.....	102
6.2.1	Intervju: gjennomføring og omfang.....	102
6.2.2	Nærhet og distanse til feltet.....	103
6.2.3	Forskeren som kontrollør: en utilsiktet effekt	105
6.2.4	Intervju: ansikt til ansikt versus telefon	108
6.3	Dialoger om intervju og intervju som dialog.....	112
6.3.1	Intervjuets produktive side	113
6.3.2	Intervju og diskursanalyser – metodiske posisjoner	117
6.3.2.1	Diskursteoretiske variasjoner: metodisk eklektisisme	119
6.3.2.2	Intervju som lokalisme og den retoriske forhandling av mening	122
6.3.3	Å analysere diskurser om samarbeid –metodisk syntese	127
6.3.4	Noen ord om transkripsjoner.....	130
6.3.5	Koding og videre analyse.....	132
6.3.6	Å sitere hun og han.....	132
7	 Pasientkarrierer og samarbeidskarrierer.....	135
7.1	Pasientkarrierer – med pasienten som fokus.....	137
7.2	Samarbeidskarrierer som metodologisk verktøy for en vurdering av samarbeid.....	140
8	 Vendepunkt for samarbeid.....	152
8.1	Innledning.....	152
8.2	Unnvikelsesstrategier	153
8.2.1	Innledning	153
8.2.2	Den umulige gruppeidentiteten	154
8.2.3	Nærhet til pasienten og distanse til gruppen.....	158
8.2.4	Sentralitet og passivitet i samarbeidet.....	162
8.2.5	Sammenfatning.....	164
8.3	Uthaling.....	166
8.3.1	Innledning	166
8.3.2	Om individuelle og andre planer	167
8.3.3	Grensen mellom ”innen rimelig tid” og urimelig lang.....	170
8.3.4	Uthaling som vendepunkt.....	172
8.3.5	Sammenfatning.....	182
8.4	Svarteper.....	184
8.4.1	Innledning	184
8.4.2	Svarteper mellom linjenivå: organisatorisk handlingsautonomi mellom kommuner og akuttpsykiatri.....	185
8.4.2.1	Innledning	185
8.4.2.2	Organisatorisk autonomi som faktakonstruksjon: Å framstå posisjonert gjennom å posisjonere seg	187
8.4.2.3	Kommunens plikt til å stå KLAR	190
8.4.2.4	Om aktiv behandling og passiv oppbevaring	193
8.4.2.5	Sammenfatning.....	200

8.4.3	Svarteper mellom profesjoner	202
8.4.3.1	Innledning	202
8.4.3.2	”Vi vil legge alt til rette for at pasienten skal ha det bra”	203
8.4.3.3	”Når det ikke er psykiatri, hvorfor skal jeg da inn?”	209
8.4.3.4	Sammenfatning.....	214
8.4.4	Svarteper i psykisk helsevern – en oppsummering.....	215
8.5	Spesialist i hva?	217
8.5.1	Innledning	217
8.5.2	Ekspertstatus gjennom nærhet til faglig hierarki	217
8.5.3	Ekspertstatus gjennom faglig kollektiv.....	221
8.5.4	Sammenfatning.....	224
8.6	Den lokale problemforståelsen	226
8.6.1	Innledning	226
8.6.2	Den lokale problemforståelsen	227
8.6.3	Når pasienten flytter, forsvinner problemet.....	231
8.6.4	Sammenfatning.....	236
8.7	Vendepunkt for samarbeid – oppsummering.....	237
9	Samarbeid om behandling og samarbeid med behandlere	240
9.1	Innledning.....	240
9.2	Institusjonalisert profesjonsmakt som begrensning for samarbeid	243
9.2.1	Innledning	243
9.2.2	Portvoktere i psykisk helsevern og helsearbeid.....	243
9.2.3	Henvisningsrett som mulighet og begrensning for å etablere et sammensatt tjenestetilbud	244
9.2.4	Bakkebyråkratenes avhengighet fra behandlernes organisatorisk dominante posisjon	249
9.2.5	Sammenfatning.....	254
9.3	Behandlernes perifere posisjon i samarbeid mellom linjenivå	255
9.3.1	Innledning	255
9.3.2	Primærlegenes endimensjonale behandlingsansvar	256
9.3.3	Samarbeid om medisiner og samarbeid om livskvalitet.....	259
9.3.4	Bakkebyråkrater og behandlere: To nivå for samarbeid	263
9.3.5	Sammenfatning.....	266
9.4	Behandlernes sentrale posisjon i utviklingen av en bakkebyråkrat-identitet	269
9.4.1	Innledning	269
9.4.2	Bakkebyråkrater som gruppe.....	270
9.4.3	Den viktige grensen mellom ”vi” og ”de”.....	274
9.4.4	Når behandlerbegrepet mykner opp.....	282
9.4.5	Sammenfatning.....	287
9.5	Det problematiske behandlingsbegrepet.....	289
9.5.1	Innledning	289
9.5.2	Miljøterapi som faglig alternativ til medisinsk behandling.....	291
9.5.3	En ufullstendig faglig orienteringsramme for identitetskonstruksjonen	300
9.5.4	Sammenfatning.....	308
9.6	Samarbeid om behandling og samarbeid med behandlere – oppsummering.....	309

10 Mellom medisin, pleie og livskvalitet - diskursive handlingsorienteringer for samarbeid	313
10.1 Innledning	313
10.1.1 Diskursiv variabilitet i beskrivelser av samarbeid	315
10.1.2 Diskursive grenseflater og konflikter for samarbeid.....	317
10.2 Behandlingsdiskurs	320
10.2.1 Innledning	320
10.2.2 Bakkebyråkrater som legenes forlengete arm	322
10.2.3 Behandlingsdiskurs som mulighet for å forskyve ansvar.....	326
10.2.4 Behandlingsdiskurs som strategisk mulighet for å ansvarliggjøre behandlere.....	329
10.2.5 Sammenfatning.....	334
10.3 Pleiediskurs.....	335
10.3.1 Innledning	335
10.3.2 Avgrensning av et eget behandlingsbegrep i konkurranse med en medisinsk handlingsorientering	337
10.3.3 Behandling uten behandlere	343
10.3.4 Når faglighet blir krenket	346
10.3.5 Sammenfatning.....	348
10.4 Livskvalitetsdiskurs.....	350
10.4.1 Innledning	350
10.4.2 Forbedring av livskvalitet som målsetting for bakkebyråkratenes arbeid.....	351
10.4.3 Når behandling ikke hjelper	353
10.4.4 Å hjelpe pasienten er ikke å hjelpe i behandlingen.....	356
10.4.5 Sammenfatning.....	358
10.5 Diskursive handlingsorienteringer for samarbeid - oppsummering	359
11 Mellom linjene i psykisk helsevern og psykisk helsearbeid - resymé og orienteringer for fremtiden.....	363
11.1 Undersøkelsens viktigste funn	364
11.2 Organisatoriske og faglige orienteringer for framtidig samarbeid.....	367
11.3 utfordringer for videre forskning	372
Litteratur	375
Appendiks	

1 Innledning

Psykisk helsevern og psykisk helsearbeid har lenge utgjort en forsømt del av tilbudet i helsevesenet. Med Opptrappingsplanen for psykisk helse har tjenestetilbudet i denne delen av helsevesenet fått et betydelig løft, og den vanskelige situasjonen for mennesker med psykiske lidelser har, ikke minst i mediene, fått økt oppmerksomhet i den offentlige debatten.

For en del år tilbake stod det i et leserinnlegg i en av landets riksdekkende aviser følgende:

De fleste med det minste innblikk i behandlingen av psykiske lidelser vet at veien fra eksempelvis psykoser til en fungerende hverdag for mange er lang og vanskelig for både behandler og pasient. Å trenge ned i det dypeste av et sinn i ubalanse er en svært krevende øvelse i kommunikasjon, tolkning, brobygging og etablering av gjensidig tillit. Først deretter kan man håpe på en riktig diagnose og forordne relevant behandling – fra medisinerer til alle andre former for terapeutiske metoder, inklusive fortsatt samtaleterapi i ulike former.

Det mest åpenbare verktøyet i denne prosessen er språket. Dette finstemte instrumentet som med tilnærmet uendelig nyanserikdom gir uttrykk for våre opplevelser, våre følelser og også hva som rører seg i de dypere lag av vårt sinn.

(Cameron, 2004)

Listen med kommunikative ferdigheter som forfatteren nevner som forbedingelse for diagnostisering og vellykket behandling av psykiske lidelser er ganske omfattende. Diagnose og en formell medikamentell eller samtalebehandling utgjør imidlertid bare to deler av et sammensatt tilbud til mennesker med psykiske lidelser. De samme kommunikative ferdighetene som forfatteren påpeker, er like sentrale i oppfølgingen både før og etter at pasientene får stilt en diagnose eller en formell behandling er satt i gang. En sykdomsmodell som kategoriserer mennesker som enten syke eller friske, og der en avgrenset intervensjon i form av behandling betraktes som det naturlige leddet mellom de to tilstandene, er lite anvendbar for psykiske lidelser. For mange er nettopp tilbudet etter et opphold på en institusjon i psykisk helsevern avgjørende for å komme tilbake til en fungerende hverdag. Både for pasienter og pårørende, men også for de profesjonelle hjelperne i psykisk helsevern og psykisk helsearbeid, er det sjelden mulig å trekke en entydig grense mellom psykisk ubehag og psykisk lidelse. Psykiske lidelser henger som regel sammen med en problematisk livssituasjon på flere områder, og derfor trenger og mottar de fleste pasienter med psykiske lidelser tjenester fra flere hold. Ikke alltid er disse tjenestene imidlertid like godt koordinert eller tilbudene like bra samordnet. Samarbeid mellom de forskjellige tjenestetilbyderne er en av de sentrale utfordringene for dagens psykiske helsevern og psykisk helsearbeid, og på lik linje med forholdet mellom pasient og behandler er språkbasert kommunikasjon det sent-

rale mediet også for samarbeid mellom yrkesutøverne. Dette utgjør det sentrale tema for denne avhandlingen: Hvordan samarbeider de forskjellige tjenestene og profesjonene i psykisk helsevern og psykisk helsearbeid, og hvordan konstruerer de et meningsfylt bilde av sin arbeidshverdag i den språkbaserte kommunikasjonen med andre?

I det følgende underkapitlet vil jeg nærmere dokumentere mitt argument om at samarbeid faktisk representerer en sentral organisatorisk verdi og en helsepolitisk utfordring når forskjellige organisatoriske og profesjonelle aktører møtes for å levere et samlet tilbud til mennesker med psykiske lidelser.

1.1 Samarbeid som helsepolitisk utfordring

Samarbeid har konjunktur – i alle fall som slagord brukt i mangfoldige sammenheng og med ulike betydninger. Ofte presenteres samarbeid som en verdi i seg selv uten at det er definert nærmere hva som menes med dette. Tverrfaglig og tverretatlig samarbeid framstår på de fleste områder av offentlig virksomhet som et ”honnørbegrep” (Tellefsen, 1993: 125); et ord med positive konnotasjoner som det er vanskelig å argumentere imot, samtidig som begrepet ikke gir bestemte forpliktende føringer.

Også i psykisk helsevern og psykisk helsearbeid knyttes det store forventninger til samarbeid. Samarbeid er for eksempel nevnt som et organisatorisk virkemiddel mot overbelegg på akuttavdelinger (Statens helsetilsyn, 2003: 14; Statens helsetilsyn, 2004b), som medium for kompetanseheving (Statens helsetilsyn, 2002), som administrativt tiltak for en effektivisering av tverretatlig ressursinnsats (Colombo et al., 2003; Villeneau, 2001) eller som virkemiddel for helhetlig pasientbehandling (Den norske lægeforening, 2004: 17; Ringberg et al., 1999; Statens helsetilsyn, 2004b: 6). Kort sagt, samarbeid er en av de sentrale organisatoriske verdiene som for tida styrer tjenestetilbudet for mennesker med psykiske lidelser.

Samtidig er det relativt sparsomt med konkrete føringer for hva samarbeid mellom yrkesgrupper og organisatoriske enheter innebærer, og innenfor hvilke faglige eller organisatoriske rammer dette samarbeidet skal ha sitt utgangspunkt. Denne mangelen er påpekt flere plasser (Den norske lægeforening, 2004: 17; Statens helsetilsyn, 2004b: 6 f). Det er også

påfallende at relativt få undersøkelser som analyserer hvordan denne organisatoriske verdien om samarbeid er satt ut i livet i den organisatoriske hverdagen, har blitt gjennomført.

Dette skyldes antakelig flere faktorer. Jeg vil framheve særlig to. For det første er det en vanskelig oppgave å operasjonalisere undersøkelser om samarbeid i en håndterbar forskningsdesign. Tjenestetilbudet for mennesker med psykiske lidelser er en kompleks konstruksjon som inkluderer flere tjenestenivåer, og som har mange overlappinger til tjenesteytere utenfor helsevesenet. I de fleste tilfellene der en pasient mottar tjenester fra psykisk helsevern og psykisk helsearbeid får vedkommende også tjenester fra andre enheter i det offentlige helse- eller sosialvesenet. I et eksempel fra min undersøkelse omtalte mine respondenter til sammen 26 personer fra ulike tjenester eller enheter i helse- og sosialvesenet. Alle hadde i en eller annen form i løpet av en ettårs periode befatning med den samme pasienten. Ikke bare i dette enkelttilfellet er arbeidet med å utvikle en forskningsdesign som favner denne kompleksiteten svært krevende.

For det andre er en analyse av samarbeid problematisk fordi psykisk helsevern og psykisk helsearbeid har utviklet seg til et felt der flere og til dels svært forskjellige faglige og organisatoriske perspektiver konkurrerer med hverandre. Som i de fleste vestlige land, har psykisk helsearbeid også i Norge gått en lang vei fra Goffmans (1961) og Løchens (1971) beskrivelser av psykiatriske sykehus som nærmest enerådende forsørgelses-, oppbevarings- og, i varierende grad, behandlingsinstitusjoner. I forhold til disse beskrivelsene framstår psykiatriske sykehus og sykehusavdelinger i dag som relativt åpne enheter for pasienter, pårørende og samarbeidspartnere fra andre tjenestenivå. De er heller ikke lenger enerådende i behandlingen av mennesker med psykiske lidelser, men representerer bare ett ledd blant flere i et variert tjenestetilbud. Men fordi tjenestetilbudene er så varierte, er de også lite enhetlige. Både i forhold til kvalitet og behandlingsideologier er tilbudene utviklet i varierende grad. Det eneste en pasient kan forvente av en enhetlig behandling ved en institusjon i spesialisthelsetjenesten uavhengig av hvor i landet vedkommende bor, er en noenlunde enhetlig medikamentell behandling. Utover dette må pasientene regne med betydelige variasjoner i behandlings- og omsorgstilbudet.

Men også en forholdsvis enhetlig medikamentell behandling kan langt fra love helbredelse eller bare vesentlig bedring av lidelsene (Aneshensel, 1999: 586 f; Kutchins & Kirk, 1997;

Pilgrim & Rogers, 1999: 121 ff). Til tross for flere tiår med farmakologiske nyvinninger har, i likhet med andre behandlingsformer, medikamentell behandling fortsatt store mangler. Likevel er behandlingen av psykiske lidelser på alle tjenestenivå langt på vei legedominert (Nilsen, 2006). Men tilbudet rundt konkrete pasienter er som regel mangfoldig og sammensatt. Samarbeid foregår ikke bare mellom leger og heller ikke bare på legefaglige premisser.

Innimellom virker det som om samarbeid i psykisk helsevern er en prosess som utspiller seg på to parallelle nivå. På den ene siden foregår det et utstrakt samarbeid mellom personellgruppen med et formelt behandlingsansvar. Dette betyr i praksis hovedsakelig et samarbeid mellom fastleger i kommunene og legene og psykologene i spesialisthelsetjenesten. I den grad samarbeid er omtalt i det hele tatt i offisielle rammedokumenter og i mediene, er det denne delen av samarbeidet som får størst oppmerksomhet. Men på den andre siden utspiller det seg også et intensivt samarbeid mellom pleie- og omsorgspersonale på de forskjellige tjenestenivåene. I denne undersøkelsen kommer jeg til å argumentere for at disse to prosessene har forholdsvis få berøringspunkt med hverandre.

Fordi psykisk helsevern og psykisk helsearbeid er et svært sammensatt felt, er det også i denne undersøkelsen uunngåelig å fokusere på en del av denne organisatoriske kompleksiteten. Jeg har for det første begrenset min undersøkelse til samarbeid slik det utspiller seg i psykisk helsevern og psykisk helsearbeid for voksne. Dette betyr at jeg ikke har data fra tilbudene for barn og unge med psykiske lidelser.

For det andre har jeg valgt å presentere samarbeid i psykisk helsevern og psykisk helsearbeid for voksne ut fra perspektivet til en bestemt gruppe av yrkesutøvere. Det handler om de som ivaretar den tette og kontinuerlige kontakten med pasienter med behov for langvarige og sammensatte tjenester – de pasientene altså som mest av alt gjør et tett samarbeid mellom forskjellige tjenesteytere nødvendig. Mer utførlig begrunner jeg dette valget for et bestemt perspektiv både metodisk og substansielt i kapittel 4. På grunn av denne perspektiviske framstillingen har jeg imidlertid ingen data fra bestemte organisatoriske enheter i psykisk helsevern. Dette gjelder først og fremst poliklinikkene ved de distriktpspsykiatriske sentrene. Disse utgjør en viktig del av tilbudet i psykisk helsevern, men faller på grunn av valgt forskningsdesign utenfor denne undersøkelsen. I den grad jeg referer til poliklinikker,

bygger mine resonnement på intervjudata som beskriver disse organisatoriske enhetene fra et annet ståsted.

Min interesse for samarbeid som organisatorisk verdi er i denne undersøkelsen først og fremst organisasjons- og profesjonsteoretisk begrunnet. Andre perspektiv som undersøkelsen ikke tar opp, fortjener utvilsomt også en kritisk vurdering. Blant disse vil jeg særlig framheve pasient- eller brukerperspektivet som et felt med et sårt behov for en kritisk analyse i form av empirisk forankret samfunnsvitenskapelig forskning.

Med denne avgrensningen av tema og empirisk tilfang er mitt formål med avhandlingen å gi et samfunnsvitenskapelig bidrag til en bedre forståelse av samarbeidsbegrepets mangfold gjennom en analyse av hvordan den organisatoriske verdien om samarbeid er realisert i psykisk helsevern og psykisk helsearbeid. Denne fortsatt ganske vide formuleringen vil jeg avgrense til en mer håndterlig problemstilling med noen spesifikke forskningsspørsmål i det følgende underkapitlet.

1.2 Problemstilling og forskningsspørsmål

Så langt har jeg argumentert at samarbeid er en sentral organisatorisk verdi i psykisk helsevern og psykisk helsearbeid, og at denne verdien samtidig ofte er formulert på en uklar og lite forpliktende måte. Heller ikke er rammene for samarbeidet eller forholdet mellom de samarbeidende partene alltid like klart avgrenset, og derfor blir det ofte vanskelig å formulere klare målsettinger for et samarbeid mellom organisatoriske enheter eller forskjellige yrkesutøvere. Om bestemte tiltak kan betraktes som vellykkete eller mislykkete, avhenger ikke minst av de faglige og organisatoriske referanserammene som ulike tjenesteleverandører bruker. Dette sammensatte samarbeidsbegrepet vil jeg i denne avhandlingen undersøke i forhold til to problemstillinger.

For det første vil jeg undersøke hva som kjennetegner samarbeid som organisatorisk verdi, og hvordan denne verdien blir realisert i arbeidshverdagen til pleie- og omsorgspersonalet – altså den personellgruppen som i det daglige følger opp pasienter med et behov for langvarige og sammensatte tjenester.

For det andre vil jeg undersøke hvilke referanserammer denne personellgruppen benytter seg av for å beskrive et samarbeid med andre som vellykket eller mislykket.

Disse to problemstillingene undersøker jeg i denne avhandlingen ved å svare på fem forskningsspørsmål:

- Hvordan er pleie- og omsorgspersonalets posisjon i samarbeid på tvers av yrkesgrupper og organisatoriske enheter beskrevet i offisielle rammedokumenter som definerer strukturen for psykisk helsevern og psykisk helsearbeid?
- Hvordan argumenterer denne personellgruppen når de beskriver sitt samarbeid med andre som vellykket eller mislykket?
- Hva er kritiske punkt der samarbeidet stopper opp?
- Hvordan konstruerer pleie- og omsorgspersonalet sin faglige identitet når de beskriver sitt samarbeid på tvers av organisatoriske og faglige grenser som meningsfullt?
- Hvilke faglige og organisatoriske handlingsrammer kan avgrenses når denne personellgruppen beskriver sitt samarbeid med andre?

Den som forventer en detaljert beskrivelse av hva pleie- og omsorgspersonalet gjør med pasientene i deres arbeidshverdag, kommer til å bli skuffet. Hensikten med denne avhandlingen er en annen enn dette. Jeg undersøker hvordan pleie- og omsorgspersonalets skaper en meningsfull ramme for sitt samarbeid med andre. På denne måten benytter jeg de fem forskningsspørsmålene jeg har formulert her, til en kritisk vurdering av samarbeid som organisatorisk verdi.

De analytisk begrunnede svarene på disse fem forskningsspørsmålene bruker jeg i den avsluttende delen av min undersøkelse til å argumentere for flere orienteringer for framtidig samarbeid i psykisk helsevern og psykisk helsearbeid.

1.3 Avhandlingens struktur

Avhandlingen som skal gi svar på disse forskningsspørsmålene har jeg strukturert på følgende måte.

I kapittel 2 argumenterer jeg at samarbeid like mye er et spørsmål om organisatorisk som profesjonell struktur. Derfor presenterer og begrunner jeg to ulike perspektiv på samarbeid i psykisk helsevern og psykisk helsearbeid. Jeg gir først en oversikt over den organisatoriske oppbyggingen i tre linjenivå, og deretter av den profesjonelle strukturen i tjenestetilbudet til mennesker med psykiske lidelser. Til det siste presenterer jeg tre modeller for en profesjonsteoretisk inndeling og argumenterer på bakgrunn av disse modellene for et kvalitativt skille mellom to sammensatte yrkesgrupper.

I min argumentasjon tar jeg utgangspunkt i en konstruktivistisk metodologi. Denne begrunner jeg nærmere i kapittel 3, og der presenterer jeg også to diskursanalytiske teori-tradisjoner som jeg benytter meg av i den videre analysen.

Et av de sentrale argumentene i kapittel 3 er at enhver framstilling nødvendigvis må skje ut fra et bestemt perspektiv og at en redegjørelse for perspektivet som ligger til grunn for en analyse, derfor utgjør en vesentlig del av rapporten. I kapittel 4 argumenterer jeg for en perspektivisk framstilling av samarbeid ut fra en sentral, men hittil lite iaktatt, personellgruppe i psykisk helsevern og psykisk helsearbeid.

I kapittel 5 gjennomfører jeg en diskursanalytisk begrunnet innholdsanalyse av to sentrale rammedokumenter for denne undersøkelsens tematiske fokus. Det dreier seg om de to stortingsmeldingene som, med omtrent 20 års mellomrom, har beskrevet de strukturelle føringene for den kvalitative utformingen av psykisk helsevern og psykisk helsearbeid. Denne analysen bruker jeg til en kartlegging av det mangfoldige meningsinnholdet i samarbeidsbegrepet, og på bakgrunn av resultatene argumenterer jeg for en vesentlig semantisk forskyvning som først og fremst har konsekvenser for den personellgruppen jeg fokuserer på i denne undersøkelsen.

Den empiriske hovedtyngden av mitt datamateriale henter jeg fra en intervjuundersøkelse. I kapittel 6 gir jeg en kort beskrivelse av den geografiske regionen der jeg har samlet inn

mine data, utvalget av respondenter, metodisk design for undersøkelsen og noen særpreg ved dataproduksjonen.

Jeg oppfatter intervju som et svært anvendelig metodisk instrument for kvalitativt forankret empirisk forskning. Kvalitative intervju er imidlertid brukt i mange ulike sammenheng og med svært varierende metodologiske interesser. Derfor bruker jeg en større del av kapittel 6 til en gjennomgang av ulike diskursanalytiske posisjoner i forhold til intervjudata, og begrunner min egen analysemodell.

I kapittel 7 utvikler jeg to sentrale begrep for min videre analyse. Jeg argumenterer for et analytisk skille mellom pasient- og samarbeidskarrierer og utvikler ut fra dette skillet en indikator for en vurdering av samarbeid i psykisk helsevern og psykisk helsearbeid.

Denne modellen bruker jeg i kapittel 8 for å identifisere bestemte vendepunkt i samarbeidet som viser seg gjennom et avvik fra de metodologisk begrunnede begrepene om en pasient-versus en samarbeidskarriere. Her diskuterer jeg også forskjellige helsepolitiske prinsipper og noen sentrale metodiske redskap for samarbeid og undersøker hvordan mine respondenter begrunner et avvik fra disse prinsippene slik det framkommer i den retoriske handlingen i intervjuene.

Når jeg i denne undersøkelsen tar utgangspunkt i perspektivet til pleie- og omsorgspersonalet, analyserer jeg ikke bare forholdet mellom yrkesutøvere innenfor denne gruppen, men like mye forholdet til leger, psykologer og andre med en status som formelle behandlere. I kapittel 9 undersøker jeg en del særpreg i forholdet mellom disse to gruppene. Jeg undersøker først problemer for samarbeidet som avleder seg fra et faglig hierarki. Deretter betrakter jeg posisjonene som pleie- og omsorgspersonalet beskriver for disse behandlere når de konstruerer en kollektiv identitet for sitt samarbeid på tvers av organisatoriske og faglige grenser.

Både min diskusjon om vendepunkt i samarbeidskarrierene og om problemer for samarbeid som oppstår i gråsonen mellom forskjellige yrkesgrupper, bygger på en forståelse av respondentens beskrivelser som uttrykk for bestemte diskursive handlingsorienteringer. Derfor avslutter jeg min empiriske analyse i kapittel 10 med en avgrensning av tre konkurrerende og delvis inkompatible diskursive handlingsrammer som respondentene har presentert for å plassere seg og sine beskrivelser inn i en meningsgivende helhet. Disse konkurrerende dis-

kursene leder til forskjellige handlingsvalg, og jeg beskriver hvilke implikasjoner denne diskursive variasjonen har for utvikling av den organisatoriske verdien om samarbeid i tjenestetilbudet for mennesker med psykiske lidelser.

Jeg avslutter i kapittel 11 med et resymé der jeg først oppsummerer resultatene fra min diskursanalyse om samarbeid i psykisk helsevern og psykisk helsearbeid. Deretter formulerer jeg noen teser for en utvikling av forholdet mellom de forskjellige organisatoriske linjenivå og de ulike yrkesgruppene.

2 To perspektiv på samarbeid

I innledningen har jeg hevdet at samarbeid er et begrep som i vesentlig grad preger forholdet mellom de ulike elementene i psykisk helsevern og psykisk helsearbeid. Men hvilke elementer skal en legge til grunn for en analyse av samarbeid? Skal den organisatoriske strukturen (se f.eks. Johansen, 1997; 2002: 14) eller relasjonen mellom aktørene i helsevesenet (som f.eks. i: Johansen, 1999; Ringberg et al., 1999) være utgangspunkt for beskrivelsen?

Tiden der store psykiatriske sykehus og psykiatriske sykehjem har dominert den organisatoriske strukturen for tilbudet til mennesker med psykiske lidelser, er definitivt et avsluttet kapittel. Som i de fleste andre vestlige land, har de store psykiatriske institusjonene også i Norge blitt erstattet av et mer differensiert og sofistikert tjenestetilbud. Som langtidsinstitusjoner er de langt på vei erstattet av en stadig bedre utbygd infrastruktur i regi av de kommunale tjenestene. Kommunene er pålagt å ivareta de fleste oppgavene for daglig omsorg, pleie og behandling av mennesker med psykiske lidelser. På den andre siden har spesialisthelsetjenesten som oppgave å utføre behandlingsoppgaver som regel i form av spesialiserte og tidsavgrensede intervensjoner.

Tjenestene for mennesker med psykiske lidelser leveres i dag i et mangfold av organisatoriske modeller og, på landsbasis, med en kvalitativt svært heterogen organisatorisk utforming av tjenestene (Ottersen, 2005; Statens helsetilsyn, 2001: 9). Dette gjør et nært samarbeid mellom de ulike organisatoriske enhetene til en opplagt oppgave, og dermed er det også nærliggende at en beskrivelse av samarbeid bør ta utgangspunkt i en organisasjonsteoretisk analyse.

Men samarbeid i en institusjonell sammenheng foregår ikke bare mellom organisatoriske enheter. I en undersøkelse om sosiale identifikasjoner på sykehus, var en av hovedkonklusjonene at de ansatte i sykehusavdelingens daglige drift heller identifiserer seg med sin organisatoriske omgivelse enn med sin yrkesgruppe (Hernes, 1996). Med noen variasjoner mellom de to yrkesgruppene som var undersøkt (nemlig leger og sykepleiere) indikerer resultatene fra denne undersøkelsen altså at samarbeid heller burde betraktes som et spørsmål om organisatorisk enn om profesjonell identitet. Når det kommer til etiske og metodiske

spørsmål, konkluderer forfatteren imidlertid også at de ansatte identifiserer seg med sin egen yrkesgruppe framfor med sin avdeling.

Samarbeid foregår mellom personer og må derfor analyseres med en analytisk strategi som ser på samhandling mellom ulike aktører. Men siden disse aktørene ikke bare arbeider sammen som representanter for bestemte organisatoriske enheter, men også i sin posisjon som yrkesutøvere, bør en betraktning av samarbeid i psykisk helsevern og psykiske helsearbeid også ta utgangspunkt i et profesjonsteoretisk perspektiv.

Det finnes altså gode grunner for at samarbeid bør analyseres i et dobbelt perspektiv: både et organisasjons- og et profesjonsteoretisk. Før jeg går inn i en substansiell beskrivelse av psykisk helsevern og -arbeid ut fra disse to perspektivene, vil jeg først avklare to begrep som jeg har brukt hittil uten å definere hva jeg legger i disse, og hvordan jeg avgrenser dem overfor hverandre.

2.1 Psykisk helsevern og psykisk helsearbeid som institusjonell omgivelse

Etter en del år med dalende interesse, har institusjonsbegrepet fått nytt liv som et sentralt begrep i samfunnsvitenskapelig forskning. Men ifølge Niels Åkerstrøm Andersen, professor ved institutt for ledelse, politikk og filosofi på handelshøyskolen i København, har dette nye institusjonsbegrepet langt på vei forblitt udefinert (Andersen, 1994: 1). Et eksempel på ofte relaterte, men overfor hverandre sjelden avgrensede begrep berører grenseoppgangen mellom institusjoner og organisasjoner.¹ Jeg har også i det foregående betegnet psykisk helsevern og helsearbeid som en institusjonell omgivelse for organisatoriske enheter og profesjonelle relasjoner. Jeg ønsker ikke å drive en avgrensning mellom begrepene for langt, men vil ta Andersens kritikk på alvor og trekke fram en basal definisjon – her hentet fra Richard Scott - som utgangspunkt for min analyse av samarbeid i den institusjonelle omgivelsen av psykisk helsevern og psykisk helsearbeid.

¹ Et av mange eksempler på et slikt diffust skille er det ellers svært informative bidraget til Sarangi og Roberts (1999: 14).

Institutions are composed of cultural-cognitive, normative and regulative elements that <...> provide stability and meaning to social life.

(Scott, 2003: 134)

Både stabilitet og varighet i institusjonsbegrepet er imidlertid relative. Senest med Michel Foucaults arbeider om ulike forståelser av galskap har det blitt tydelig at psykiske lidelser framtrer som sosiale fakta med et bestemt meningsinnhold, ikke fordi de har en universell ontologisk kjerne, men fordi de blir fortolket i en bestemt historisk kontekst (Foucault, 1995; Foucault, 2001). Hvordan psykiske lidelser til enhver tid er forstått, kan ikke minst beskrives ut fra de institusjonelle svarene på fenomenet. Psykisk helsearbeid kan med den definisjonen jeg har referert til ovenfor, forstås som en sosial konstruert institusjonell realitet og den utgjør også rammen for en bestemt formal organisering (Scott, 2003: 137).

Med utgangspunkt i et slikt åpent institusjonsbegrep argumenteres det imidlertid for ulike analytiske perspektiv. I noen tilfeller argumenterer forfatterne at institusjoner alltid er koblet til spørsmål om legitimitet og autoritet. I disse tilfellene tar analysen derfor utgangspunkt i en profesjonell status koblet til en bestemt institusjon. Et slikt perspektiv er for eksempel representert i Sarangi og Roberts (1999: 15). Andre steder argumenteres det for et analytisk perspektiv som konsentrerer seg om institusjonelle oppgaver, handlingsrepertoar og handlingsvokabular som er knyttet til utførelsen av denne oppgaven (se for eksempel Miller, 1994). I begge tilfeller tar analysen utgangspunkt i institusjonenes organisatoriske struktur. Forstått på denne måten er psykisk helsevern og psykisk helsearbeid en institusjonell omgivelse fordi det representerer et organisert meningsgivende svar på bestemte sosiale forhold – nemlig det vi beskriver som psykiske lidelser.

Et aspekt av den formale organiseringen innenfor den institusjonelle omgivelsen til psykisk helsevern og psykisk helsearbeid er forholdet mellom ulike organisatoriske enheter på forskjellige tjenestenivå. Et annet og like vesentlig organisatorisk perspektiv tar utgangspunkt i relasjonene mellom ulike yrkesgrupper.

I denne avhandlingen vil jeg undersøke begge perspektiv. De to følgende underkapitlene bruker jeg til en beskrivelse av psykisk helsevern og psykisk helsearbeid først som en institusjonell omgivelse for ulike organisatoriske enheter, og deretter i kapittel 2.2 til å se nærmere på den profesjonelle strukturen. I begge tilfeller er framstillingen ikke bare foku-

sert på de ulike delene i psykisk helsevern og psykisk helsearbeid, men like mye på relasjonene mellom disse.

2.1.1 Samarbeid mellom organisatoriske enheter

Ikke bare for institusjoner er stabilitet relativt. Mens de kulturelle og normative elementene som ligger til grunn for institusjoner forandrer seg forholdsvis sakte, er stabilitet i handlingsrammene for de organisatoriske delene i en institusjonell omgivelse langt mer relativ. En analyse av samarbeid mellom organisatoriske enheter må derfor bygge på en metodikk som er i stand til å fange opp dynamikken i de skiftende handlingsrammene for organisatoriske enheter.

I kapittel 3 begrunner jeg nærmere mitt epistemologiske og metodologiske utgangspunkt i det som er omtalt som den ”språklige vendingen”, dvs. en oppmerksomhet overfor språkets sentrale posisjon i en diskursiv konstruksjon av samfunnet. Jeg vil delvis foregripe dette kapitlet og hevde at metodologiene som har blitt utviklet med denne språklige vendingen åpner for nye analytiske muligheter også for en betraktning av institusjoner og organisasjoner. En analyse av organisasjoner er ikke lenger nødt til å betrakte disse som en reifisert ytre ramme som setter grenser for hvordan kommunikasjon mellom organisasjonens medlemmer kan utfolde seg. Med et fokus på den språklige konstruksjonen kan organisasjoner isteden betraktes som kontinuerlig produserte og reproduserte i organisasjonsmedlemmenes diskursive praksis (Iedema & Wodak, 1999: 7).

Med en slik forståelse mister organisasjoner sin reifiserte status. De framstår som relativt skjøre, ustabile konstruksjoner som lever fra et diskursivt bekreftet øyeblikk til det neste. Dermed er det mulig å benytte et dobbelt analytisk perspektiv. På den ene siden er interessen ledet til å se på hvordan organisasjonens medlemmer konstruerer sin egen identitet innenfor ustabile og åpne organisatoriske referanserammer. På den andre siden åpner et slikt perspektiv på organisasjoner for en betraktning av diskursivt forankrede, stabiliserende elementer av en organisatorisk struktur i en institusjonell omgivelse (Neumann, 2001: 50 ff).

En analytisk mulighet for å beskrive de diskursive stabiliserende elementene i en institusjonell omgivelse er å se etter hvilke organisatoriske prinsipper som ligger til grunn for hvor-

dan ulike organisatoriske enheter er ordnet i forhold til hverandre. En sentral tekst for den institusjonelle omgivelsen til psykisk helsevern og psykisk helsearbeid der to slike prinsipper for den organisatoriske strukturen har blitt formulert, var StMeld nr. 9 (1974-75) *Sykehusutbygging m.v. i et regionalisert helsevesen*. Begge disse helsepolitiske prinsippene har gjennom de siste tiårene dominert den politiske orienteringen, ikke bare for tjenestetilbudet til mennesker med psykiske lidelser, men for helsevesenet som helhet. Det første har fått betegnelsen *regionaliseringsprinsipp* og har gitt helsetjenestene en hierarkisk struktur gjennom et påbud om å samle de mest spesialiserte tjenestene geografisk på et sted. Spesialisthelsetjenesten forøvrig skulle videre bli samordnet på fylkesnivå, mens kommunale og lokale allmennhelsetjenester skulle utgjøre den medisinfaglige basisforsørgelsen. Samtidig med denne hierarkiske, vertikale strukturen ble også prinsippet om en horisontal struktur etablert; at helsetjenester skulle tilbys i form av et landsdekkende nett av geografisk avgrensede tjenester (Huseby, 2002: 110; Sosialdepartementet, 1974: 51 ff).

Mens regionaliseringsprinsippet har åpnet for en inndeling i geografiske inntaksområder, ble også ansvarsforholdene for helsetjenester fordelt. Dette har skjedd med etableringen av det andre prinsippet som har dominert reformene i helsevesenet de siste tiårene. Prinsippet fikk navnet *LEON-prinsipp* der akronymet står for *laveste effektive omsorgsnivå*. Det ideale omsorgsnivået er her definert som så nært pasientens hjem som mulig. Derfor beskriver det i første omgang som regel et krav mot kommunene og har i praksis etablert et kommunalt primæransvar for helsetjenester (Steine & Sosial- og helsedepartementet, 1997: 2). Da dette prinsippet ble lansert, var de kommunale tjenestene bare i få tilfeller i stand til å ivareta denne oppgaven på et forsvarlig nivå. Et krav i StMeld nr. 9 (1974-75) var derfor

at man bør satse maksimalt på å utbygge de laveste ledd i et regionalisert helsevesen, slik at pasienter ikke unødvendig må henvises til høyere nivå på grunn av manglende kapasitet i de laveste ledd.

(Sosialdepartementet, 1974: 53)

De siste års omorganiseringer i helsevesenet kan langt på vei betraktes som kontinuerlige forsøk på å sette kommunehelsetjenesten i stand til å ivareta nettopp denne oppgaven.

I enda større grad enn for de somatiske sykehusene har arbeidsfordelingen mellom kommunene på den ene siden og de store sentrale sykehusene på den andre, vist seg som lite bærekraftig for psykisk helsearbeid. Store geografiske avstander har vist seg som et alvorlig hinder både for tilgjengeligheten til spesialisthelsetjenesten, for en effektiv behandling, og

for en kontinuerlig oppfølging av pasientene. Problemer på hjemstedet har ofte utviklet seg til alvorlige kriser før pasientene fikk en plass på psykiatriske sykehus, og omvendt har pasienter i mange tilfeller vært altfor lenge innlagt fordi hjemkommunen ikke har hatt et tjenesteapparat tilgjengelig som kunne sikre en i det minste minimal oppfølging.

I StMeld 25 (1996-97) *Åpenhet og helhet. Om psykiske lidelser og tjenestetilbudene* ble tjenestetilbudet og behovene for mennesker med psykiske lidelser for første gang omfattende kartlagt. Et av de sentrale kravene i denne meldingen var å føre de spredte og uenhetlig strukturerte psykiatriske poliklinikkene sammen med det like heterogene tilbudet av psykiatriske sykehjem. Begge organisasjonstyper skulle slås sammen til et landsdekkende system av distriktpspsykiatriske sentre (Sosial- og helsedepartementet, 1996: 55 ff). Disse sentrene er nå etablert i form av en ideelt sett enhetlig andrelinje i spesialisthelsetjenesten som skal tilby desentraliserte allmennpsykiatriske tjenester i form av døgnopphold, opphold på dagavdelinger og polikliniske konsultasjoner (Statens helsetilsyn, 2001).

Den institusjonelle omgivelsen til psykisk helsevern og psykisk helsearbeid i Norge har altså etter hvert fått en både vertikalt og horisontalt forholdsvis differensiert organisatorisk utforming. For at denne inndelingen i tre organisatoriske linjenivå kan fungere effektivt i henhold til det sentrale LEON-prinsippet, har det, ikke overraskende, også kommet et stadig gjentatt krav om et nødvendig tett samarbeid mellom enhetene. På mer enn en måte er samarbeid imidlertid en organisatorisk verdi som er ganske problematisk å operasjonalisere. Dette undersøker jeg nærmere i kapittel 5 i denne avhandlingen. Her vil jeg bruke de tre følgende underkapitlene til en kort beskrivelse av de enkelte linjenivåene. Jeg undersøker først den historiske framveksten av hvert enkelt linjenivå nærmere, og ser deretter på oppgavefordelingen mellom nivåene. Jeg peker også på noen problemområder som har begynt å avtegne seg siden tjenestetilbudet for mennesker med psykiske lidelser gjennom Opptrappingsplanen for psykisk helse har fått tilført en del nye midler for å implementere de planlagte strukturelle endringene.

2.1.2 Psykisk helsearbeid i kommunene

Jeg har allerede nevnt at oppgaven med å gi et primært helsetjenestetilbud er tillagt kommunene. Jeg har også påpekt at det ideelle grunnlaget i LEON-prinsippet om å gi helsetjenester så langt som mulig nært pasientens hjemplass, er koblet til et krav om at disse tjenestene skal være effektive.

Dette kravet om effektive kommunale helsetjenester har lenge vist seg å være akilleshælen for statlig initierte reformer i det moderne norske helsevesenet fordi midlene som har fulgt med disse reformene som regel ikke har stått i samsvar med oppgavene. Helsetjenester er langt fra det eneste området der kommunene over mange år har slitt med å bli pålagt stadig flere oppgaver samtidig som deres politiske og finansielle handlingsrom har minket. Heller ikke en statlig initiert reformpolitikk innen psykisk helsevern og psykisk helsearbeid er i denne sammenheng noe unntak.

For kommunene var også i dette tilfellet den nye strukturen for tjenestetilbudet til mennesker med psykiske lidelser mest av alt forbundet med statlige pålegg om å finansiere nye oppgaver. En lang rekke med pleie-, omsorgs- og aktivitetstilbud måtte organiseres både på toppen av allerede knappe finansielle ressurser og en sårbar rekrutteringssituasjon for fagpersonale. I NOU 19-2003 *Makt og demokrati* er for eksempel dette misforholdet mellom statlige reformer og kommunalt handlingsrom tolket som et generelt trekk i forholdet mellom stat og kommuner:

Det kommunale selvstyre har mistet mye av sitt innhold gjennom kombinasjonen av rettighetslover, statlige pålegg og budsjettknapphet. Kommunene sitter igjen med råderett over lokale saker og administrativt ansvar for statlig politikk.

(Arbeids- og Administrasjonsdepartementet, 2003: 58)

Om noe, gjelder dette for tjenestetilbudet i psykisk helsevern og psykisk helsearbeid i enda større grad enn for de somatiske delene. Til forskjell fra de somatiske delene av helsetjenestetilbudet har psykisk helsevern lenge vært utsatt for kritikk fra flere hold. Den generelle helsepolitiske orienteringen som på 70-tallet har kommet til uttrykk i LEON prinsippet, har bare forsterket et allerede eksisterende press på de store psykiatriske institusjonene. Kritikken var ikke noe særnorsk fenomen, men var del av en internasjonal oppmerksomhet overfor situasjonen for mennesker med psykiske lidelser og et utilstrekkelig tjenestetilbud. Den var formulert som en kritikk mot en ontologisk status for psykiske lidelser (Szasz, 1974),

mot et manglende fundament for en valide diagnostisering (Kirk & Kutchins, 1992; 1997; Rosenhan, 1984), eller som en kritikk mot inhumane forhold ved de store psykiatriske institusjonene (Dowdall, 1999; Goffman, 1961; Haug & Rössler, 1999). Uansett utgangspunkt har denne kritikken enten implisitt eller eksplisitt endt opp i en felles tese; at pasienter lever best i sitt nærmiljø (Geller, 2000: 47). Blant de mange og utførlige argumentene mot 70-tallets psykiatriske institusjoner har særlig tre blitt gjentatt til stadighet. For det første et argument om at et opphold på en psykiatrisk institusjon virker stigmatiserende, og at et slikt stigma også følger pasienten etter utskrivelsen. For det andre et argument om at lange institusjonsopphold i seg selv virker hospitaliserende, og at dette gjør det svært vanskelig for pasienten å finne seg til rette i andre omgivelser. For det tredje et argument om at pasientens fortsatte kontakt med sitt nærmiljø på hjemmeplassen i seg selv bidrar til en bedring.

Denne institusjonskritikken har resultert i en prosess som senere har blitt beskrevet som deinstitutionalisering (Dowdall, 1999; Forster, 2000; Hagen, 1992; Haug & Rössler, 1999; Sørgaard, 2002). Tenkt som en strukturell reform for en mer human behandling av pasientene, har den imidlertid også ført til et sterkt press på en langt på vei uforberedt kommunal helsetjeneste. Når det gjelder psykisk helsearbeid har innføringen av LEON-prinsippet bare forsterket dette presset. Riktignok er her en kommunal forpliktelse til å levere helsetjenester koblet til et krav om en bestemt kvalitetsstandard for disse tjenestene – nemlig at disse skal være effektive. På denne måten har den statlige reformpolitikken til en viss grad tatt høyde for ressursituasjonen i kommunene. I praksis har LEON-prinsippet imidlertid ført til at både brukere og tjenesteytere i psykisk helsearbeid konkurrerer med andre brukere og kommunale enheter om allerede knappe kommunale ressurser. Særlig de kommunale pleie- og omsorgstjenestene har derfor over mange år vært preget av et kommunalt etterslep (Dahl & Retterstøl, 1995: 226 f; Huseby, 2002: 9; Johansen, 1997: 9). Verken kravene om en deinstitutionalisering av de store sykehusene eller om en ivaretagelse av pasientene i kommunene, har blitt fulgt av tilstrekkelige statlige eller fylkeskommunale midler, og i de fleste tilfellene har kommunene manglet det nødvendige organisatoriske handlingsrommet til å bygge opp et effektivt tjenestetilbud rundt sine innbyggere med psykiske lidelser.

Men dette etterslepet har også hatt positive virkninger. Med det akutte behovet for å møte etterspørselen i hvert fall delvis var kommunene tvunget til å utvikle individuelle strategier innenfor de rammene de hadde til rådighet (Ramsdal, 2002: 212). Den utilfredsstillende si-

tuasjonen har i noen tilfeller altså også skapt muligheter. Når det gjelder de yrkesfaglige grunnlagene for det nye kommunale psykiske helsearbeidet, har de akutte behovene for eksempel skapt et visst albuerom for å løse problemene utenfor et medisinsk og psykiatrifaglig perspektiv. Psykisk helsearbeid slik det har vokst fram i kommunene, har for en stor del løst seg fra en tradisjonelt legefaglig preget tenkning i institusjonpsykiatrien. Dette albuerommet skapt av nødvendigheten om å møte et påtrengende behov har kommunene i mange tilfeller benyttet seg av på den måten at pleie-, omsorgs- og behandlingsoppgaver har blitt håndtert fleksibelt og tilpasset ikke bare de lokale behovene, men også de tilgjengelige ressursene. En av konsekvensene er at de kommunale tjenestene i de 431 norske kommunene framstår som svært uenhetlig organisert.² Psykisk helsevern i kommunene kan være en egen enhet så vel som organisatorisk innlemmet i mer omfattende pleie-, rehabiliterings- og omsorgsenheter. Personellgrunnlaget rekrutteres fra yrker med en affinitet til medisin slik som sykepleiere og hjelpepleiere, men også fra yrkesgrupper som står i et mer perifert forhold til den tidligere legefaglig dominerte institusjonpsykiatrien. Til disse hører for eksempel vernepleiere, sosionomer, barnevernspedagoger, ergo- og fysioterapeuter og andre. Denne heterogene strukturen har flere konsekvenser. På den ene siden er mulighetene for en sammenlikning av førstelinjetjenesten i det psykiske helsevernet svært begrenset (Ose, 2007; Ottersen, 2005). På den andre siden har det vist seg at avstanden mellom de spesielle enhetene for psykisk helsearbeid og andre enheter i pleie- og sosialsektoren i førstelinjetjenesten etter hvert har blitt langt mindre enn avstanden til primærlegetjenesten (Torgersen, 1994: 134).

Også i det sentrale rammedokumentet for de siste årenes økte satsing på psykisk helsevern og helsearbeid har denne tendensen gjenspeilet seg. I den allerede omtalte StMeld 25 (1996-97) framheves det flere plasser fastlegenes sentrale rolle i kommunenes oppgaver i psykisk helsearbeid. På den andre siden blir berøringspunkt mellom fastleger og pleie- og omsorgstjenestene ikke omtalt i særlig grad. Derfor har det blitt hevdet at denne stortingsmeldingen ikke tar utgangspunkt i et historisk sett dominant biomedisinsk paradigme, men i et sosialpsykiatrisk og sosiologisk (Ramsdal, 2002: 214). Også noen yrkesforbund har realisert dette faglige perspektivskiftet. Den norske lægeforeningen for eksempel har i en egen

² Tallet hentet fra <http://www.norge.no/temaside/tema.asp?stikkord=94221>, sist oppsøkt 12.03.2007.

”statusrapport” om den nye strukturen for psykisk helsearbeid beklaget at både stortingsmeldingen og den påfølgende Opptrappingsplan for psykisk helse har redusert legenes, og her spesielt fastlegens rolle (Den norske lægeforening, 2004: 5).

Denne avstanden mellom pleie- og omsorgstjenestene og primærlegetjenesten i det kommunale psykiske helsearbeidet har bare økt i løpet av de siste årene. Dette skyldes blant annet at en del av de nye oppgavene som kommunene har blitt pålagt, omfatter et utførlig planarbeid både for det konkrete pasientrettete arbeidet og for de personelle og finansielle ressursene de stiller til rådighet for sine borgere med psykiske lidelser (Lidal, 2000: 83; Ramsdal, 2002: 214). Både de som utarbeider individuelle hjelpeplaner og planer som beskriver ressursbruken på et overordnet nivå, er som regel personer rekruttert fra de kommunale enhetene for psykisk helsearbeid (ofte misvisende omtalt som psykiatritjeneste (Aanonsen, 2003)) og ikke fra primærlegetjenesten. I beskrivelsen av tjenestetilbudet inngår legetjenesten, men selve planarbeidet er utført av personalet fra pleie-, omsorgs- eller sosialtjenesten.

De kommunale tjenestene for psykisk helsearbeid framstår altså som faglig relativt autonome enheter. De tar seg av en lang rekke oppgaver som bare til en mindre grad er knyttet til medisinfaglige behov. Den langt største delen av arbeidsoppgavene er orientert rundt pasientens daglige behov, og under denne paraplybetegnelsen subsumeres en lang rekke oppgaver knyttet for eksempel til brukernes bolig- eller arbeidssituasjon eller familiære forhold m.m. Bare en del av tilbudet er orientert mot den medisinske oppfølgingen, og bare en liten del av arbeidet til det kommunale psykiske helsearbeidet kan derfor relateres til en behandling i medisinsk-psykiatriske termer.

Kommunene står imidlertid ikke alene med dette mangfoldet av oppgaver. De jobber sammen med spesialisthelsetjenestens andre- og tredjelinjetjeneste og en sentral rolle tilfaller her de nye, og i kjølvannet av Opptrappingsplanen for psykisk helse enhetlig strukturerte distriktpsikiatriske sentrene.³

³ I det følgende forkortet med DPS – se for øvrig listen i appendiks med forkortelser som er brukt i denne avhandlingen.

2.1.3 Distriktpsikiatriske sentre (DPS)

Med LEON-prinsippet som ble lansert i midten av 70-tallet har kommunene altså fått et økt ansvar for pasienter med psykiske lidelser. Jeg har beskrevet at den massive institusjonskritikken etter hvert har gjort det upopulær å satse på større institusjoner og at dette også har ført til at presset på de kommunale tjenestene har økt. Samtidig var de fleste kommunene ikke i stand til å ta imot pasienter i stor skala fra de store psykiatriske institusjonene. Som følge har det oppstått et uenhetlig strukturert og like uenhetlig utbygd nett av særlig to typer organisatoriske enheter i det psykiske helsevernet. For det første har det blitt etablert en del psykiatriske poliklinikker som skulle sørge for en ambulant behandling av mennesker med psykiske lidelser. For det andre ble det opprettet et relativt stort antall sengeplasser på psykiatriske sykehjem som skulle levere et pleie- og omsorgstilbud for langtidspasienter fra de tidligere psykiatriske sykehusene. Denne omfordelingen ble mulig innen forholdsvis kort tid og i relativt stort omfang fordi en del av de tidligere rehabiliteringshjem for tuberkulosesyke ble tilgjengelig samtidig med deinstitusjonaliseringsprosessen da tuberkulose etter hvert forsvant som folkesykdom. Mange av disse rehabiliteringshjemmene ble omorganisert til psykiatriske sykehjem (Hagen, 1992: 11).

Men både poliklinikker og sykehjem har ført en relativt isolert tilværelse fra hverandre, fra sentralsykehusene og fra kommunehelsetjenesten. I StMeld 25 (1996-97) foreslo det daværende Sosial- og helsedepartementet derfor å avvikle de psykiatriske sykehjemmene til fordel for kommunale pleie- og omsorgstilbud på den ene siden og for et allmennpsykiatrisk behandlingstilbud på DPSene på den andre (Sosial- og helsedepartementet, 1996: 57). Planene beskrevet i Opptappingsplan for psykisk helse, gikk ut på å bygge de sistnevnte ut til et landsdekkende nett av en enhetlig organisert andrelinjetjeneste i psykisk helsevern fram til slutten av planperioden. Dette tjenestenivået er altså organisatorisk plassert mellom den kommunale førstelinjetjenesten på den ene siden, og en spesialisert tredjelinjetjeneste ved sentralsykehusene på den andre (Sitter, 2003: 7). Med sin andrelinjetjeneste har det psykiske helsevernet i Norge en enestående organisatorisk utforming både i en nordisk og en europeisk sammenheng (Sosial- og helsedepartementet, 1996: 154).

Men med en satsing på desentraliserte DPS skiller det psykiske helsevernet i Norge seg ikke bare ut i internasjonal sammenlikning. Det har også tatt en annen utvikling enn den

somatiske delen av helsevesenet. Mens utviklingen i somatikken har gått - og fortsatt går - i retning av en sterkere spesialisering og sentralisering, er tilgjengeligheten til spesialisthelsetjenester et overordnet mål i det psykiske helsevernet (Huseby, 2002: 19; Sitter, 2003: 21). For å realisere dette målet er det planlagt å opprette til sammen 81 DPS på landsbasis fram til slutten av planperioden for Opptappingsplan for psykisk helse i 2008 (Huseby, 2002: 98). Av disse 81 var, ved utgangen av 2006, 76 sentre godkjent (Sosial- og helsedepartementet, 2006a: 3).

I en veiledningsbrosjyre fra Statens helsetilsyn er organisering og oppgavene for DPSene beskrevet slik:

<E>t distriktpsikiatrisk senter <skal> være en faglig selvstendig enhet som har ansvar for en vesentlig del av de allmennpsykiatriske tjenestene innen et geografisk opptaksområde. Senteret skal ha poliklinikk, dagtilbud og døgntilbud under en felles faglig ledelse.

(Statens helsetilsyn, 2001: 8)

Samme sted nevnes også ambulante tjenester og veiledningsoppgaver for kommunehelsetjeneste som oppgaver for DPSene. Med dette store spennet i oppgaver er det tydelig at DPSene har en sentral rolle i den nye organisatoriske strukturen til psykisk helsevern og psykisk helsearbeid.

Antallet planlagte og opprettede DPS skjuler imidlertid store variasjoner både i bemanning, tilgjengelighet og tjenestens kvalitative utforming (Ottersen, 2005; Statens helsetilsyn, 2001: 9). Oppgavefordelingen mellom tjenestenivåene er fortsatt også uklar. Dette gjelder særlig arbeidsdelingen mellom DPSene og sentralsykehusene i forhold til kommunene.

Forventningene til DPSene som et sentralt bindeledd mellom kommunene på den ene og spesialisthelsetjenestens sentralsykehus på den andre siden, har, i det minste foreløpig, vist seg å være altfor store. Etter hvert har de måttet vike for en mer nøktern holdning til evnen og viljen til å innfri forventningene til et desentralisert tilbud i spesialisthelsetjenesten (Opjordsmoen, 2006; Sosial- og helsedepartementet, 2006a). Fra den kommunale førstelinjetjenesten er det rettet kritikk både mot tilgjengeligheten for innleggelser særlig på kort varsel, og mot omfang og måten DPSene oppfyller sin forpliktelse til veiledning på (Hafstad, 2006; Statens helsetilsyn, 2002). I en landsdekkende undersøkelse har de fleste kommunene vurdert samarbeidet med andrelinjetjenesten som utilfredsstillende særlig under innleggelsen eller før utskrivelsen av en pasient (Myrvold, 2006: 75 ff).

I forhold til tredjelinjetjenesten virker særlig en uklar avgrensning mellom akutte og øyeblikkelig hjelp innleggelse som belastende for samarbeidet (Statens helsetilsyn, 2001: 22). Også i overgangsfasen der pasientenes behov for et høyt bemannet krisetilbud ved akutt-postene på sentralsykehusene ikke lenger er tilstede, samtidig som vedkommende har behov for mer oppfølging enn det kommunene er i stand til å gi, har det vist seg at tilgjengeligheten til et tilbud ved DPSene ikke er god nok (Hagen, 2001: 18 ff). Statens helsetilsyn har nå annonsert at det har satt i gang arbeidet med en ny veiledningsbrosjyre som skal presisere forholdet og arbeidsfordelingen mellom de organisatoriske linjenivåene (Sosial- og helsedepartementet, 2006a).

Som et enhetlig strukturert tjenestenivå i psykisk helsevern er DPSene fortsatt relativt nye, og på landsbasis er andrelinjetjenesten fremdeles ikke fullt utbygd. Samtidig nyter den godt av midlene i Opptappingsplanen. Til tross for en omfattende kritikk så langt, er det likevel for tidlig å avse om andrelinjetjenesten i sin helhet vil fungere på sikt slik at den kan ivareta den sentrale rollen DPSene har fått tillagt i Opptappingsplan for psykisk helse.

I min beskrivelse av den organisatoriske strukturen i psykisk helsevern og -arbeid vil jeg nå i et siste underkapittel se på den historiske framveksten av det tjenestenivået som, gjennom en kritikk fra flere hold, har gitt opphav til den grunnleggende omstruktureringen jeg har beskrevet så langt. Jeg skal så undersøke hvilken rolle sentralsykehusene har i den nye strukturen i tjenestetilbudet for mennesker med psykiske lidelser.

2.1.4 Sentralsykehus

De psykiatriske sykehusene sammen med de psykiatriske avdelingene ved sentralsykehusene har lenge utgjort hoveddelen i behandlings- og omsorgstilbudet for mennesker med alvorlige psykiske lidelser. I dag framstår denne institusjonstypen som tredjelinjetjeneste i et tredelt tilbud for psykisk helsearbeid. Jeg har allerede nevnt to forhold som har bidratt til et funksjonstap for denne institusjonstypen; nemlig institusjonskritikken på 60- og 70 tallet og lanseringen av LEON-prinsippet som organisatorisk norm. Med forskjellig utgangspunkt har begge bidratt til en drastisk reduksjon i antall sengeplasser ved psykiatriske sykehus og sykehusavdelinger. Deinstitutionalisering var en reaksjon på et legitimitetsproblem

som sentralsykehusene så seg stilt overfor. Fra en ganske enerådende status som tatt-for-gitt leverandør av omsorgstjenester til mennesker med alvorlige psykiske lidelser, ble de på relativt kort tid en utskjelt institusjonell omgivelse synonymt med undertrykking, avhumani- sering og rettsløshet (Dowdall, 1999: 520). I første omgang beskrev deinstitusjonalisering imidlertid mer en institusjonell omfordeling av langtidspasienter fra psykiatriske sykehus til psykiatriske sykehjem. En statusrapport for pasientfordelingen per 1989 viser for eksempel at over halvparten av liggedager i psykiatriske institusjoner var i psykiatriske sykehjem (Hagen, 1992: 12). Dette er ikke en særnorsk utvikling men gjelder for de fleste vestlige land som har gjennomgått en liknende prosess. Noen plasser hevdes det derfor at deinsti- tusjonalisering i sin kjerne heller fortjener betegnelsen transinstitusjonalisering (Forster, 2000: 40) eller transhospitalisering (Sørgaard, 2002: 796) enn deinstitusjonalisering. Noen forfattere har også hevdet at en faktisk deinstitusjonalisering der den store mengden av pa- sienter har blitt ført tilbake til nærmiljøet på hjemmeplassen, i realiteten aldri har skjedd (Geller, 2000: 42).

En egentlig tilbakeføring til pasientenes opprinnelige hjemkommune i henhold til LEON- prinsippet har i Norge i hvert fall først med Opptrappingsplan for psykisk helse kommet på den politiske dagsorden for alvor. I den nye strukturen for psykisk helsevern og psykisk helsearbeid som denne planen beskriver, er kommunene forpliktet til å organisere et effek- tivt oppfølgingstilbud for pasienter som er bostedsregistrert der. Det allmennpsykiatriske tilbudet i spesialisthelsetjenesten skal på sin side ivaretas av de relativt bostedsnære dist- riktskykiatriske sentrene. Hvilke oppgaver er da til overs for en tredjelinjetjeneste som tid- ligere har utgjort hoveddelen av omsorgs- og behandlingstilbudet for mennesker med psy- kiske lidelser? I et nyhetsbrev fra Sosial- og helsedepartementet er oppgavene beskrevet slik:

Tilsvarende må det settes fokus på sykehusavdelingenes oppgaver og rolle, slik at de kan utvikle spiss- funksjoner for å ivareta oppfølging og behandling av særlig vanskelige tilstander, herunder akuttavde- lingene, sikkerhetsavdelingene og andre spesialiserte spissfunksjoner.

(Sosial- og helsedepartementet, 2006a)

Jeg har allerede nevnt at arbeidsfordelingen mellom akuttpostene i tredjelinjetjenesten på den ene og DPSene på den andre siden ennå ikke er tilfredsstillende avklart. Dette gjelder spesielt en uklar grenseoppgang mellom akutte innleggelser og innleggelser som øyeblik- kelig hjelp i krisesituasjoner. Ved siden av akuttavdelinger og de nevnte sikkerhetsav-

delingene er oppgavene for tredjelinjetjenesten dessuten slike som krever en høy bemanningsgrad og/eller en høy spisskompetanse. Dette er for eksempel geriatri, kompetansesentre for rus og psykiske lidelser, spiseforstyrrelser m.m.

Som organisatorisk tjenestenivå har tredjelinjetjenesten i det psykiske helsevernet altså gitt fra seg en god del av sine opprinnelige oppgaver til den kommunale førstelinje- og den desentraliserte andrelinjetjenesten. En del av problemene i tredjelinjetjenesten som var utgangspunkt for Opptrappingsplan for psykisk helse har vedvart også etter flere år med økt ressursinnsats. Særlig gjelder dette problematikken med at pasienter ikke kan sendes raskt videre til andre organisatoriske enheter i det psykiske helsevernet etter at de har fått behandling for sin akutte problematikk på sentralsykehusenes akuttavdelinger. Dette betraktes etter hvert mindre som en indikator for fortsatt for lite ressurser enn for koordineringsproblemer - og dermed for samarbeidsproblemer - mellom linjenivåene (Hafstad, 2006; Hagen, 2001: 18 ff).

2.1.5 Oppsummering

I denne innledende delen har jeg gitt en beskrivelse for den tredelte organisatoriske strukturen til dagens psykiske helsearbeid. I denne nye strukturen har den tidligere langt på vei enerådende tredjelinjetjenesten opplevd et funksjonstap. På den ene siden tar kommunene seg av den daglige oppfølgingen av pasientene. På den andre siden er tilbudet i spesialisthelsetjenesten i store deler overtatt av en ideelt sett enhetlig strukturert andrelinjetjeneste. Det som gjenstår av originære oppgaver for tredjelinjetjenesten, er en øyeblikkelig hjelp funksjon på akuttavdelingene og høyspesialiserte oppgaver for bestemte pasientgrupper.

Jeg har videre påpekt en del sentrale problemer i forholdet mellom de tre linjenivåene. I denne beskrivelsen har jeg særlig nevnt problemer knyttet til tilgjengeligheten av tilbud for pleie- eller behandlingstrengende pasienter i den nye andrelinjetjenesten ved de distriktspsykiatriske sentrene.

Flere steder i min beskrivelse av den organisatoriske strukturen har jeg allerede kommet inn på den personelle strukturen i psykisk helsevern og psykisk helsearbeid, og det er tydelig at en analyse av samarbeid ikke isolert kan begrense seg til en betraktning av relasjonene mel-

lom de organisatoriske enhetene uten også å ta hensyn til de samarbeidende aktørene. Samarbeid rundt mennesker med psykiske lidelser framstår like mye som et metodisk hjelpemiddel for en koordinasjon av representanter for de ulike linjenivå, som for representanter for ulike yrkesgrupper.

De profesjonelle aktørene i psykisk helsevern og helsearbeid må altså betraktes som bærere av både en organisatorisk og en yrkesfaglig identitet. Jeg kommer i kapittel 9 til å argumentere at verken organisatoriske eller profesjonelle identiteter er statiske eller stabile, men at de er ufullstendige konstruksjoner som aktørene bruker aktivt som ressurs for en diskursivt forankret meningsfortolkning i sitt samarbeid med andre. Her vil jeg gjenta mitt opprinnelige argument om at en analyse av samarbeid bør inkludere både et organisasjons- og et profesjonsteoretisk perspektiv. I det følgende underkapitlet vil jeg derfor fortsette med en liknende beskrivelse av strukturen i tjenestetilbudet til mennesker med psykiske lidelser ut fra et profesjonsteoretisk perspektiv.

2.2 Samarbeid mellom profesjoner

Opptrappingsplanen for psykisk helse har tilført psykisk helsevern og psykisk helsearbeid betydelige midler, og med dette har også de personelle ressursene blitt forsterket. Et presist tallgrunnlag for denne økningen foreligger imidlertid bare for andre og tredjelinjetjenesten og der har antall årsverk økt med 13 %.⁴ Men forandringen i den personelle strukturen er langt mer grunnleggende enn bare en økning i antall årsverk. En langt mer omfattende forandring har skjedd i fordelingen mellom de ulike yrkeskategoriene. Mens antall årsverk for stillingskategorier uten høyere utdanning har minket betraktelig, har antall årsverk for høyskole- og universitetsutdannet personale økt tilsvarende. Forandringen i personalsammensetningen i psykisk helsevern i løpet av planperioden for Opptrappingsplan for psykisk helse er hittil altså i langt større grad en kvalitativ enn en kvantitativ endring.

På samme måte er den kvalitative forskyvningen mer grunnleggende enn økningen i antall yrkesutøvere med høyere utdanning tilsier. Jeg vil se nærmere på endringen i den perso-

⁴ I en ny rapport fra SINTEF helse har personellgrunnlaget for psykisk helsearbeid i kommunen for første gang blitt anslått (Ose, 2007). Der opererer forfatteren imidlertid med et estimat og ikke med reelle tall.

nelle strukturen som innledning til de profesjonsteoretiske modellene jeg legger til grunn for min videre argumentasjon.

I 2005 var det psykiske helsevernet i spesialisthelsetjenesten bemannet med 19132 årsverk. Av disse var 15928 årsverk tilknyttet det psykiske helsevernet for voksne.⁵ Tilsvarende tall for de ansatte i den kommunale førstelinjetjenesten er, som allerede nevnt, ikke tilgjengelig.

Siden jeg ikke undersøker samarbeid i psykisk helsevern for barn og unge, konsentrerer jeg min argumentasjon på de 15928 årsverk i psykisk helsevern for voksne. Jeg vil kort se på fordelingen mellom yrkesgruppene som innledning for min begrunnelse av hvilken profesjonsforståelse jeg legger til grunn for den videre analysen i denne avhandlingen.

I tabellen jeg har referert til ovenfor, er tre yrkesgrupper nevnt særskilt; leger, psykologer og sykepleiere. Til sammen utgjør disse tre gruppene 8933 årsverk, mens de resterende 8184 årsverkene ikke er spesifisert nærmere. Min videre framstilling av den personelle strukturen til det psykiske helsevernet bygger jeg opp rundt to spørsmål. For det første: Av hvilke yrkesgrupper er den uspesifiserte gruppen som representerer nesten halvparten av årsverkene i psykisk helsevern for voksne satt sammen? For det andre: Hvorfor er disse yrkesgruppene ikke nevnt i tabellen?

Det første spørsmålet kan besvares delvis ved hjelp av en annen, mer detaljert tabell fra samme kilde.⁶ Siden tallgrunnlaget i denne tabellen er sentral for min videre argumentasjon i forhold til samarbeid mellom personalgrupper, refererer jeg tallene for 2000 og 2005 i sin helhet.

⁵ Tall fra SSB: <http://www.ssb.no/speshelsepsyk/>, oppsøkt sist 12.03.2007.

⁶ Tall i tabellen fra SSB: <http://www.ssb.no/speshelsepsyk/tab-2006-06-21-07.html> og <http://www.ssb.no/speshelsepsyk/arkiv/tab-2005-06-22-07.html>, begge oppsøkt sist 12.03.2007.

Personellgruppe i psykisk helsevern	År		Forandring i %
	2000	2005	
Leger	400	497	24
Spesialister i psykiatri	554	650	17
Psykologer	714	624	51 ⁷
Kliniske psykologer	0	454	
Sykepleier	4502	5519	23
Vernepleier	281	362	29
Hjelpepleier, helse- og omsorgsarbeider	2889	2516	- 13
Annet pleiepersonell	929	734	- 21
Annet helse- og terapipersonell med høyskoleutdanning	788	1495	90
Annet helse- og terapipersonell uten høyskoleutdanning	357	449	26
Administrasjons- og kontorphersonell (ikke helsepersonell)	1192	1539	29
Personell med servicefunksjoner, tekniske funksjoner og/eller driftsfunksjoner	1283	1089	- 15
Årsverk i alt	14147	15928	13

Dersom en ser bort fra de siste to personellgruppene (som ikke har noen direkte befattning med brukerne i det psykiske helsevernet), utgjorde helsepersonellet som ikke var omtalt i den første tabellen 5765 årsverk i 2005. Dette er omtrent like mange årsverk som for sykepleiere, og noe mer enn dobbelt så mange som personell med lege- og psykologbakgrunn til sammen. Den tallmessige fordelingen skulle altså tilsi at langt flere yrkesgrupper skulle bli tatt med i en tabellarisk oversikt. På nytt gjør dette mitt andre spørsmålet interessant: Hvorfor faller noen yrkesgrupper ut fra den første framstillingen over personellstrukturen i det psykiske helsevernet, mens andre yrkesgrupper er selvsagte elementer?

For å svare på dette spørsmålet skal jeg i en kort gjennomgang presentere tre profesjonsteoretiske modeller som har forsøkt å systematisere yrkesstrukturen i helsevesenet. Alle tre gir med sine sentrale resonnement og begrep delvis svar på hvorfor noen yrkesgrupper framstår som mer sentrale elementer i personellstrukturen til det psykiske helsevernet enn andre. Samtidig leder disse svarene i forskjellige retninger.

⁷ Tittel "klinisk psykolog" ble innført i 2001, derfor er økningen i tabellen satt sammen av psykologer og kliniske psykologer.

2.2.1 Profesjoner og paraprofesjoner

En milepæl i profesjonsteorien er fortsatt Eliot Freidsons arbeider og på terminologien som han har presentert bygger fortsatt det meste som siden er skrevet på feltet (Freidson, 1988). Jeg vil foreta en kort gjennomgang av kriteriene som Freidson legger til grunn for en definisjon av det etter hvert ganske problematiske profesjonsbegrepet.

Det første analytiske grepet i Freidsons profesjonsmodell er et begrepslig skille mellom yrke og profesjon (Freidson, 1988: 71 ff). Freidson definerer yrke som enhver form for betalt og målrettet virksomhet, og avgrenser et yrke fra en profesjon på to måter. For det første rangerer han yrkene i forhold til hverandre, og beskriver yrker med en dominant status i forhold til andre yrker på et gitt felt som en profesjon. For det andre knytter han profesjoner til et begrep om en faglig autonomi. I motsetning til andre yrker bygger en profesjon i Freidsons terminologi på et autonomt kunnskapsforråd som beskriver innhold og utforming av profesjonens virke. Det sentrale kriteriet er med andre ord, at profesjoner langt på vei er faglig selvregulerende. I helsevesenet som i samfunnet for øvrig, kvalifiserer etter Freidsons modell kun ett yrke til å bli betegnet som en fullt utviklet profesjon – nemlig legene. Andre yrker på feltet er i større eller mindre grad organisatorisk underordnet legene, og dermed utgjør de helsevesenets yrkesfaglige sentrum. De andre yrkene bygger gjerne på et delvis autonomt kunnskapsforråd og de kan også til en viss grad regulere seg selv. Men i alle tilfeller står de i et mer eller mindre utpreget avhengighetsforhold til den dominante legefaglige profesjonen på den måten at de i varierende grad har en støttende eller supplerende oppgave som følger den legefaglige. Dette fører til at Freidson innfører et begrep om paramedisinske profesjoner for de andre yrkene i helsevesenet, som til tross for en delvis faglig selvstendighet rangerer under den dominante medisinske profesjonen i et institusjonelt yrkeshierarki (Freidson, 1988: 66 ff). Både psykologer og de ulike pleieyrkene med sin tildels faglige autonomi faller inn under denne gruppen av paraprofesjoner.⁸

Denne inndelingen åpner delvis for et første svar på spørsmålet jeg har formulert innledningsvis: Hvorfor er noen yrker selvsagte bestanddeler av en tabell som skal gi oversikt

⁸ I andre sammenheng har de samme yrkene som Freidson har beskrevet som paraprofesjoner, blitt betegnet med begrep om semi-, hjelpe- eller kvasiprofesjoner (Erichsen, 2003b: 43).

over personalstrukturen i psykisk helsevern, mens andre, tallmessig like store eller til og med større, ikke er nevnt eksplisitt? Sykepleiere og psykologer representerer paraprofesjoner med en status som er underordnet den dominante legefaglige.

Likevel utvikler også disse paraprofesjonene en stadig større faglig selvtilitt, og påberoper seg en i stadig sterkere grad en utformet faglig autonomi. Når det gjelder psykologer og psykologspesialister har antallet i andre- og tredjelinjetjenesten i planperioden for Opptrappingsplanen for psykisk helse økt med 51 %. Den tallmessige økningen er også ledsaget av en sterkere profesjonell selvbevissthet. Psykologer bygger sitt virke for en stor del på et annet kunnskapsforråd enn det medisinfaglige og utfordrer dermed psykiatriens medisinfaglig orienterte, dominante status som et selvsagt svar på psykiske lidelser. Et eksempel på dette er en begrepsmessig nyformulering. Begrepet psykiatri har i offentlige dokumenter langt på vei blitt erstattet med et begrep om psykisk helsevern nettopp med den begrunnelsen at det representerer et flerfaglig felt og ikke et originært medisinfaglig (Aanonsen, 2003).⁹

Sykepleiere er fortsatt den største yrkesgruppen i psykisk helsevern. Ved siden av legene representerer de også den yrkesgruppen i helsevesenet som har den best utviklede profesjonsstrukturen. Freidson påpeker imidlertid at sykepleiere i motsetning til psykologene står i et langt mer tydelig avhengighetsforhold til legene.

These paramedical occupations, of which nursing is perhaps the most prominent example, are clearly in a markedly different position than is medicine, for while it is legitimate for them to take orders from and be evaluated by physicians, it is not legitimate for them to give orders to and evaluate physicians. ... They are specifically and generically occupations organized around a profession.

(Freidson, 1988: 27)

Med dette tydelige avhengighetsforholdet er det opplagt hvordan Freidsons inndeling i profesjoner og paraprofesjoner kan forklare hvorfor leger, psykologer og sykepleiere er uthevet i den første tabellen jeg har referert til. Leger utgjør et profesjonelt sentrum i psykisk helsevern. De blir imidlertid utfordret gjennom et økende antall psykologer som kan gjøre krav på et langt på vei autonomt kunnskapsforråd. Den tallmessig største yrkesgruppen, nemlig sykepleiere, er nevnt særskilt fordi de riktignok står i et tydelig avhengighetsforhold til legene, men de er samtidig den desidert største gruppen med en ellers velutviklet profesjonsstruktur.

⁹ Jeg kommer tilbake til dette begrepsskiftet i kapittel 3.

Den største relative økningen i personalstrukturen i psykisk helsevern har imidlertid skjedd i en annen, stor gruppe. Freidsons systematikk hjelper lite til å forklare den sterke økningen av helse og terapipersonell med høyskoleutdanning som nærmest har fordoblet seg mellom 2000 og 2005.

Jeg vil trekke inn en annen profesjonsteoretisk modell som også har tatt sikte på å forklare personalstrukturen i helsevesenet. Ole Berg avviker i sin modell fra Freidson på den måten at han ikke tar utgangspunkt i en faglig dominans og en organisatorisk autonomi, men i en påstått indre logikk for legeprofesjonen. I sine arbeider har Berg framhevet legenes eksklusive styring av seg selv, noe han har betegnet som medikrati (Berg, 1987; 1991). I Bergs modell er yrkene delt i forhold til deres kunnskapsbasis som enten kan være "vitenskapelig" eller "empirisk", der den første er basert på systematisk, institusjonalisert forskning mens den andre dannes gjennom usystematisk prøving og feiling (Berg, 1987: 30 ff). Et annet kriterium for en inndeling av yrkene i Bergs systematikk er om verdigrunnet for yrkesutøvelsen er "autotelisk" – at verdien representerer et formål i seg selv – eller "heterotelisk", dvs. instrumentell gjennom en referanse til en utenforliggende verdi (ibid: 32 f). Medisin hører for Berg hjemme blant de "vitenskapelige" og "autoteliske" yrkene, mens pleieyrkene, sosionomer og andre faller inn under de "empiriske" og "heteroteliske".

Nå er det heller tvilsomt hvorvidt medisin virkelig kan gjøre krav på et originært, isolert kunnskapsfundament. Medisin som fag henter sine grunnlag overveiende fra andre disipliner og har neppe en egentlig, selvstendig faglig kjerne (Annfelt, 1999: 63 f; Knight & Mattick, 2006). Uansett viser Bergs systematikk tilbake til Freidsons inndeling i profesjoner og paraprofesjoner. Begge betrakter pleie- og omsorg, sosialt arbeid m.m. som avhengige og assisterende oppgaver for en legefaglig, medisinsk kjerneprofesjon. Også med Bergs systematikk kan det innledende spørsmålet besvares: Jo lengre bort fra den medisinske kjerneprofesjonen yrkene er plassert, og jo mindre de kan bygge på en uavhengig, autotelisk verdi, desto mindre er sannsynligheten for at de kommer med i en tabellarisk oversikt over personalstrukturen i det psykiske helsevernet.

Men like utilfredsstillende som Freidsons inndeling i profesjoner og paraprofesjoner, er også Bergs modell når det gjelder å forklare veksten til de to yrkesgruppene som har økt mest i planperioden for Opptrappingsplan for psykisk helse: nemlig psykologene og helse

og terapipersonell med høyere utdanning utenom sykepleierket. Hvis en relativ nærhet til en legefaglig kjerne skal være avgjørende for personalveksten i psykisk helsevern, burde veksten vært størst for leger og sykepleiere.

I et senere arbeid har Berg modifisert sin forholdsvis endimensjonale modell (Berg, 1991). Fortsatt argumenterer han at legestanden lever i en tilstand av et medikrati. Legeyrket kan støtte seg på en ganske enestående formalisering av en egen profesjonskultur og av profesjonelle nettverk. Legene har også klart å opprette et profesjonsregime der de i utøvelsen av sitt virke langt på vei svarer mest til seg selv, og bare i mindre grad til politikk og økonomi. Men denne medikratiske autonomien er i ferd med å smuldre bort. Dette skyldes etter Bergs argumentasjon at legeprofesjonen ikke har vært våken overfor to utfordringer.

Berg argumenterer at legene er under politisk press gjennom ulike omstruktureringer på riks- og kommuneplan. For legene som profesjon har disse omstruktureringene alle hatt samme konsekvens. Istedenfor å bli organisert utelukkende av seg selv, har legene i en nasjonal og kommunal organisasjonsstruktur endt opp med å bli en yrkesgruppe blant flere. Berg beskriver reaksjonen fra legesiden som et ”sjokk over møtet med de fremmede” (Berg, 1991: 161), og en tilbaketrekning til legenes faglige kjerneområde: den kliniske behandlingen. Administrative ledelsesoppgaver som tidligere var både en selvskreven rettighet og forpliktelse for legene er nå gjerne overlatt til andre. På institusjonsnivå er det økonomer, på avdelingsnivå sykepleiere.

Den andre utfordringen berører legenes faglighet som ikke lenger står som en udiskutabel ”bottom line”. Legenes faglige vurderingsautonomi har mer og mer blitt utsatt for det samme neoliberale økonomiske presset som samfunnet for øvrig. Både på sykehusene og i primærhelsetjenesten har ”new public management” etterlatt dype spor, ikke minst i form av en begrensning for legenes faglige autonomi (Lian, 2003b).

Legenes profesjonelle status som uavhengig yrkesgruppe er altså i ferd med å smuldre bort. Berg har betegnet dette med en tese om medikratiets forvitring. Denne tesen kan hjelpe til å forklare det massive inntoget av medisinfaglig forholdsvis fjerne yrkesgrupper i det psykiske helsevernet. Når medikratiets forvitring og ikke lenger utgjør et ”naturlig” profesjonelt sentrum, overtar andre yrkesgrupper dette tomrommet. Den sterke økningen av psykologer og helse- og terapipersonell med høyskoleutdanning som står medisinfaglig tenkning fjern

kan tolkes som uttrykk for at disse er i ferd med å overta tomrommet som medikratiets forvitring har etterlatt.

Men fortsatt bygger en beskrivelse av personalstrukturen i det psykiske helsevernet på en rangering av yrkene. Freidson har rangert dem i forhold til yrkenes grad av autonomi, og Berg med utgangspunkt i en påstått indre medisinsk logikk for helsevesenet. Begge ender opp med en differensiering mellom profesjoner på den ene siden, og para- eller semiprofesjoner på den andre. Da virker det lite trolig at medikratiets rolle som sentral profesjon i det psykiske helsevernet blir overtatt av mindre autonome yrker med en mindre selvstendig kunnskapsbasis.

Jeg vil trekke inn et tredje forsøk på å systematisere yrkesstrukturen i helsevesenet som avviker vesentlig fra tenkemåten i de to forrige modellene.

2.2.2 Randsoner og grenseflater for profesjonell handling

Både Freidsons og Bergs systematikk bygger på et felles syn på medisinsk kunnskap. Begge modeller går også ut fra at det er en bestemt metodologi for skapelsen av ny kunnskap og et bestemt kunnskapsforråd som har klart å vinne fram overfor andre. I begge systematikker framstår følgelig andre yrker i helsevesenet ”naturlig” underordnet en medisinsk-legefaglig kunnskapsbasis.

Dette kunnskapssynet og hierarkiet mellom en dominerende legeprofesjon og supplerende para- eller semiprofesjoner som begrunner seg i dette, har i de senere år blitt utfordret (Abbott, 1988; Erichsen, 2003c).¹⁰ I Freidsons, Bergs og andre modeller i denne tradisjonen er yrker og profesjoner betraktet som isolerte størrelser. Helsevesenet framstår som et felt der de forskjellige yrkene kan plasseres i et klart hierarkisert forhold til hverandre. Kritikken retter seg mot denne fragmenterende måten å betrakte et sammensatt felt av gjensidig avhengige deler på. Både leger som profesjon og medisinsk kunnskap som basis for denne profesjonen, er sentrale faktorer i et sammensatt helsevesen, men begge er langt fra enerå-

¹⁰ I motsetning til Freidson bruker Erichsen ikke begrepet paraprofesjon, men semiprofesjon. I begge tilfeller betegner det imidlertid de samme yrkesgruppene. Jeg bruker i min videre beskrivelse begge begrep om hverandre.

dende. Følgelig utgjør legene heller ikke noe selvsagt profesjonelt midtpunkt. Dette relativistiske kunnskapssynet er her representert i et sitat fra Vibeke Erichsen:

For visst er det slik at vitenskapen – i betydningen den biomedisinske naturvitenskapen – er helt sentral. Men den omgis av diskurser og konflikter om teorier og tyngdepunkt som ikke uten videre kan fanges inn av en forståelse av vitenskap som noe entydig og gitt. Dette dreier seg om <...> mening, tillit og verdsetting.

(Erichsen, 2003a: 27)

Med et perspektiv på profesjoner som sosiale konstruksjoner i et relasjonelt og skiftende organisatorisk felt, heller enn et fokus på et mer eller mindre autonomt faglig kunnskapsregime, er Erichsen i stand til å rette et fleksibelt analytisk blikk på et stadig skiftende forhold mellom yrkene i helsevesenet. I sin modell beskriver hun også et medisinsk kjerneområde dominert av ”biomedisin og høyteknologi” (ibid: 28). Men samtidig gjør hun oppmerksom på at medisinsens kjerneområde ikke nødvendigvis faller sammen med helsevesenets kjerne. For en beskrivelse av det siste opererer hun med to begrep som jeg vil benytte meg av i min videre argumentasjon.

For det første trekker Erichsen inn et begrep om randsoner for helsevesenet; altså grenser i forhold til andre områder for offentlig virksomhet. Randsoner i denne betydningen må betraktes ut fra et kjerneområde som for eksempel det legefaglige. Men selv om legefaglig kunnskap har en sentral stilling i helsevesenet utgjør den ikke det eneste faglige grunnlaget. Likeså godt kan helsevesenet betraktes med sykepleie som kjerneområde eller, i psykisk helsevern, med psykologi.

Men også disse forskjellige faglige grunnlagene har uklare randsoner. Ulike yrkesutøvere utfører i sin arbeidshverdag i helsevesenet mer eller mindre definerte og fastlagte arbeidsoppgaver på forskjellige arenaer. Dette har også Freidson og Berg tatt høyde for i sine modeller. Selv om begge for eksempel beskriver sykepleie som en assisterende paraprofesjon for legeyrket, poengterer begge at sykepleie samtidig utfyller et yrkesfaglig rom i helsevesenets organisering uavhengig av den dominerende legeprofesjonen (Berg, 1987: 104 ff; Freidson, 1988: 57 ff). Dette problematiske forholdet mellom en medisinsk og en egen pleie- og omsorgsfaglig orientering har blitt diskutert flere plasser (se for eksempel Martinsen, 2003; Martinsen & Wærness, 1991). Men ikke bare for de tildels avhengige paraprofesjonene blir arbeidsoppgavene fortløpende definert og redefinert. Det samme gjelder for den dominante legeprofesjonen, og denne prosessen skjer først og fremst i helsevesenets

randsoner. Definisjonsprosessene i helsevesenets randsoner er samtidig prosesser der enhver yrkesfaglighet konstrueres og rekonstrueres.

For å beskrive denne konstruksjonsprosessen introduserer Erichsen sitt andre begrep om grenseflater for profesjonelt virksomhet. Slike grenseflater er berøringspunkt mellom organisatoriske enheter eller profesjoner som gjør en arbeidsdeling og et samarbeid nødvendig (Erichsen, 2003a: 30). I forhold til problemstillingen for denne undersøkelsen understreker et stadig gjentatt krav om sterkere samarbeid betydningen for en rekonstruksjon av yrkesfaglige identiteter. Dess større disse grenseflatene er, dess større er også potensialet for konflikter fordi arbeidsoppgaver, ansvar, og ikke minst autoritetsfordelingen blir uklar. Særlig konfliktfullt blir det ifølge Erichsen, når faglig og administrativ autoritet skal fordeles i helsevesenets randsoner.

Fordi Erichsen ikke tar utgangspunkt i legene som helsevesenets ”naturlige” midtpunkt, kan hun også betrakte helsevesenets randsoner mer differensiert. Randsonene representerer en vel så viktig del av helsevesenet som medisinsens kjerneområde. I randsonene utgjør legene imidlertid ikke bare tallmessig, men også i sin funksjon, en forholdsvis perifer del av personalet. Langt de fleste med faglig og administrativt ansvar kommer fra de yrkene som tidligere har blitt omtalt som semiprofesjoner. Disse yrkesgruppene utfører sine arbeidsoppgaver imidlertid på bakgrunn av en annen kunnskapsbasis og med en annen metodisk bakgrunn enn den medisinfaglig.

Erichsens argument er at mange yrkesgrupper som tidligere har blitt betegnet som semiprofesjoner, langt på vei har oppnådd en faglig autonomi. Dermed faller det empiriske grunnlaget for å opprettholde et begrep om semiprofesjoner bort (Erichsen, 2003b: 44). Det eneste som rettferdiggjør å opprettholde et skille mellom profesjoner og semiprofesjoner har i hennes argumentasjon ikke lenger noe å gjøre med en manglende faglig selvstendighet, men med et kjønnspolitisk formål. Erichsen påpeker at de yrkene som har vært omtalt som semiprofesjoner tradisjonelt også har vært kvinne-dominerte yrker. Siden det formelle argumentet med en manglende faglige autonomi ikke lenger er holdbar, kan heller ikke betegnelsen semiprofesjon begrunnes annet enn på et ideologisk grunnlag. I hennes formulering er det et argument som ”understreker at kvinneyrkenes plass er nederst i velferdsstatens hierarki” (ibid: 45).

Ikke bare for de kvinnedominerte semiprofesjonene har det blitt argumentert for en sammenheng mellom kjønn og status. Det samme gjelder for legeyrket der stadig flere medisinestudenter og ferdigutdannede leger er kvinner. Men også blant legene har kvinner de minst prestisjefylte og de dårligst lønnede jobber. Den økende andelen av kvinner blant legene har enkelte plasser medført en bekymring for om ikke også legeyrket står i fare for å bli til et lavtlønnet kvinneyrke (Janbu, 2000). Det er gode grunner for å spå at medisin som fag med et flertall av kvinner blant legene kommer til å føye seg inn i rekken av helsefaglige kvinnedominerte yrker, og at legeyrket med dette også kommer til å miste en del av sin makt og autoritet i helsevesenets randsoner så vel som på den politiske arenaen. Den påståtte sammenhengen mellom kjønn og status støtter i hvert fall Erichsens konklusjon om forholdet mellom profesjoner og semiprofesjoner: ”at profesjonenes kjønnsammensetning, mer enn deres kunnskapsgrunnlag, blir bestemmende for hierarkier” (Erichsen, 2003b: 45).

I det siste underkapitlet i denne delen av min undersøkelse vil jeg oppsummere de sentrale implikasjonene av de tre profesjonsteoretiske modellene for å svare på mitt innledende spørsmål: Hva gjør noen yrkesgrupper til selvsagte elementer i en oversikt over personalsammensetningen i psykisk helsevern, mens andre ikke er det? Svaret på dette spørsmålet legger jeg til grunn for min videre betraktning av samarbeid mellom yrkesgruppene i psykisk helsevern og psykisk helsearbeid.

2.2.3 Oppsummering

Jeg har i dette underkapitlet tatt utgangspunkt i en kvalitativ forskyvning i personalstrukturen i det psykiske helsevernet. Forandringen gjelder først og fremst en dreining bort fra de tradisjonelle yrkene i helsevesenet. De to stillingskategoriene som i løpet av de senere års økte satsing på psykisk helsevern har økt mest med hhv. 51 og 90 %, var psykologene og helse- og terapipersonell med høyere utdanning utenfor de tradisjonelle medisinfaglig orienterte yrkene.

De klassiske profesjonsteoretiske modellene til Freidson og Berg som jeg har skissert, har tatt legeyrket som et ”naturlig” utgangspunkt for en beskrivelse av personalstrukturen i helsevesenet. Disse modellene virker lite fruktbare for en analyse av samarbeid mellom profe-

sjoner i et psykisk helsevern som tydelig er i ferd med å fjerne seg fra klassisk medisinfaglig tenkning. Erichsens begrep om et helsevesen med randsoner og grenseflater mot andre velferdsstatlige tjenestetilbud framstår som langt bedre egnet.

I forhold til samarbeidet mellom profesjoner er det psykiske helsevernet langt mer enn sitt somatiske motstykke preget av uklare grenseflater overfor andre områder av et velferdsstatlig tjenestetilbud. Med Opptappingsplanen for psykisk helse har disse grenseflatene blitt enda større, siden antall yrkesutøvere fra yrkesgrupper som står i et perifert forhold til de tradisjonelle medisinfaglige yrkene slik som leger og sykepleiere har økt betraktelig. De yrkesgruppene som har økt mest, konkurrerer med de medisinfaglig orienterte yrkene på flere måter. Psykologene har en utdanningsbakgrunn som i forhold til utdanningslengde og –nivå kan sammenliknes med legene. Sosionomer, vernepleiere, ergoterapeuter m.m. har en utdanning sammenliknbar med sykepleierne. Alle disse yrkene er faglig langt på vei autonome i forhold til medisinfaglig, legedominert tenkning.

I Erichsens modell blir yrkesfaglige identiteter stadig redefinert i helsevesenets randsoner. Med den kvalitative forskyvningen i personalstrukturen er det tydelig at de yrkesfaglige identitetene til de ansatte i psykisk helsevern i økende grad er utfordret, og at de i store deler må bli rekonstruert for å møte utfordringene som et samarbeid med medisinfaglig fjerne yrkesgrupper fører med seg.

Tallgrunnlaget for min argumentasjon er hentet fra det psykiske helsevernets andre- og tredjelinjetjeneste. Selv om det ikke eksisterer et tilsvarende tallgrunnlag for psykisk helsearbeid i kommunene, kan det samme argumentet om en kvalitativ forskyvning bort fra de tradisjonelle medisinerelaterte yrkene også gjøres gjeldende for en i utgangspunktet svært sammensatt kommunal førstelinjetjeneste. Men her var utdanningsprofile allerede til å begynne med markant forskjellig fra forandringen i spesialisthelsetjenesten.

Et estimat fra en undersøkelse utført av SINTEF helse viser at 29 % av personale i psykisk helsearbeid i kommunene i 2006 kommer fra pleie- og terapipersonell med høyskoleutdanning utenfor det delvis medisinfaglig orienterte sykepleieyrket (Ose, 2007: 12). Når det gjelder psykologer, er disse helt fraværende i de kommunale tjenestene i psykisk helsearbeid for voksne. Den store andelen av medisinfaglig fjerne yrkesgrupper kan delvis forklares med en mangel på personell med tradisjonell sykepleiefaglig bakgrunn. Kommunene

har i en tid med stor etterspørsel etter syke- og hjelpepleiere sikkert også derfor ansatt personell fra andre yrker. En annen forklaring på den store andelen kan imidlertid også være et ønske om annen faglig kunnskap enn bare en pleiefaglig. Tydelig er det i alle fall at den yrkesfaglige orienteringen i førstelinjetjenesten har beveget seg enda lenger bort fra medisinfaglig tenkning enn i spesialisthelsetjenesten.

Jeg vil hevde at Erichsens modell om en helsetjeneste med omdiskuterte randsoner og flytende grenseflater overfor andre deler av et velferdsstatlig tjenestetilbud, åpner for et fruktbart og fleksibelt perspektiv på en analyse av samarbeid i psykisk helsevern og psykisk helsearbeid.

Dette perspektivet kan med fordel suppleres med begrep lånt fra både Freidson og Berg. Den første har vist til det konfliktfylte potensialet i et begrep om profesjonalisme som går hånd i hånd med profesjonstenkningen. Selv om pleieyrkene i Freidsons systematikk representerer avhengige paraprofesjoner, peker han på at også et slikt avhengig yrke med en økt selvbevissthet blir forstått av yrkesutøverne som et yrkesfaglig kall (Freidson, 1988: 69 f). Dette fører i Freidsons argumentasjon til at også paraprofesjoner utformer en egen yrkesidentitet som de forhandler med andre om. I Erichsens modell kan denne forhandlingen plasseres nettopp i helsevesenets randsoner. På den andre siden kan Bergs begrep om medikatiets forvitring integreres i Erichsens modell om et helsevesen med omdiskuterte og omkjempete randsoner.

Når andelen av helse- og terapipersonell med høyskoleutdanning utenfor de tradisjonelle pleieyrkene har fordoblet seg i planperioden for Opptappingsplanen for psykisk helse så langt, samtidig med at psykologene har hatt et massivt inntog i spesialisthelsetjenestens andre- og tredjelinje, tyder det på at samarbeid mellom profesjonene i psykisk helsevern og helsearbeid har fjernet seg betraktelig fra eksklusivt medisinfaglige premisser. For en betraktning av samarbeid åpner de to begrepene om randsoner og grenseflater for å ta et perspektiv på skiftende maktforhold mellom profesjoner som strider om en yrkesfaglig problemforståelse for hvordan psykiske lidelser skal forstås og imøtekommes.

Jeg vil i den videre analysen ta utgangspunkt i Erichsens modell om et helsevesen med randsoner og grenseflater der ansvar og oppgaver blir forhandlet i en diskursiv prosess mellom organisatoriske enheter og profesjoner. Det metodiske perspektivet for analysen er alt-

så et diskursanalytisk, og før jeg i senere kapitler går inn i den empiriske analysen vil jeg i det følgende kapitlet begrunne mitt teoretiske utgangspunkt i en konstruktivistisk epistemologi og en diskursanalytisk metodikk.

3 Konstruktivisme og diskursanalyse som teoretisk utgangspunkt for analysen

I 2003 gjennomførte Statens helsetilsyn en landsomfattende undersøkelse om situasjonen for de sykeste pasientgruppene i det psykiske helsevernet. Da resultatene fra denne undersøkelsen ble presentert, kom helsedirektør Lars E. Hanssen til en pressekonferanse med denne konklusjonen:

Situasjonen for dei aller sjukaste pasientane i psykiatrien, dei som forsøker å ta sitt eige liv og dei som er psykotiske, er beint fram fortemmande og uverdige. Samarbeidet mellom dei som skal behandle pasientane sviktar; pasientane får ikkje sin eigen plan for kva som skal skje med dei framover; og fastlegane får ikkje vite i tide kva som har skjedd når pasientane har vore innlagde på sjukehus.

(Statens helsetilsyn, 2004b)

Helsedirektøren har i dette innlegget gitt en situasjonsvurdering av et forhold mellom spesialist- og primærhelsetjenesten som tydeligvis fungerer langt dårligere enn det målsettingen i Opptrappingsplanen for psykisk helse legger opp til. For denne vurderingen har han empirisk støtte i den nevnte rapporten.

Men i sitt innlegg går han langt utover en referanse til empirien. Gjennom å trekke fram bestemte grupper tegner helsedirektøren i sin beskrivelse et bestemt bilde av partene som er oppfordret til å koordinere sitt arbeid. Spesielt nevner han to grupper: pasientene selv og deres fastleger. Andre parter er ikke nevnt særskilt, men er likevel indirekte inkludert i beskrivelsen. Samarbeid slik helsedirektøren presenterer det, er relatert til pasientens behandling - den delen av tjenestetilbudet altså som er dominert av et faglig syn formulert på legenes og - i økende grad - også psykologenes faglige premisser.

På den andre siden er andre grupper gjennom helsedirektørens ordvalg ekskludert fra denne beskrivelsen. Dette gjelder for eksempel pasientenes pårørende, men også hele den store gruppen av pleie- eller omsorgspersonale. De sistnevnte ivaretar ikke bare den daglige oppfølgingen av pasientene. De er i all hovedsak også ansvarlige for å utarbeide de planene som helsedirektøren etterlyser.

Både gjennom ordvalg og språkbruk konstruerer helsedirektøren altså et bilde av et tjenestetilbud for mennesker med psykiske lidelser som på den ene siden er behandlingsrelatert, og på den andre siden tar utgangspunkt i legefaglig tenkning. På denne måten bidrar

presentasjonsmåten like mye som undersøkelsens substansielle konklusjon, til å tegne et bestemt bilde fra en organisatorisk og faglig sosial virkelighet.

Men når helsedirektøren har utelatt noen yrkesgrupper i sin beskrivelse av det manglende samarbeidet mellom organisatoriske enheter, har dette langt større konsekvenser enn bare å tegne et ufullstendig bilde av yrkesgruppene i et institusjonelt felt. Han har i sin framstilling valgt å snakke om ”pasientane i psykiatrien” og har med dette konstruert en bestemt referanseramme for tjenestetilbudet som er tilgjengelig for mennesker med psykiske lidelser. Det semantiske innholdet for begrepet psykiatri får sin mening gjennom en medisinfaglig referanseramme.

At psykiatri er dominert av medisinfaglig tenkning er i første omgang ikke en særlig spennende erkjennelse – psykiatri er tross alt en merkelapp for et medisinsk spesialområde (Nilsen, 2006). Men hvis tjenestetilbudet for mennesker med psykiske lidelser noen gang har vært strukturert på eksklusivt legefaglige eller medisinske premisser (en påstand som i seg selv er tvilsom), har det for lengst gått ut over det. Fra psykologenes side har det lenge blitt gjort gjeldende at begrepet psykiatri impliserer en uholdbar terminologisk simplificering av en beskrivelse av et komplekst felt der ulike organisatoriske og profesjonelle handlingsorienteringer gjør seg gjeldende (Aanonsen, 2003). De har derfor lenge argumentert for å erstatte begrepet psykiatri med et begrep om et psykisk helsevern og dette begrepskiftet har bl.a. fått sitt nedslag i tittelen til lovgrunnlaget som regulerer oppgaver og myndighet for tjenestetilbudet; nettopp ikke i psykiatrien, men i psykisk helsevern.¹¹

Men også mot begrepet psykisk helsevern har det i løpet av de siste årene kommet en del kritiske innvendinger. Disse tar utgangspunkt i det semantiske innholdet i ”vernet”, og motstandere argumenterer at dette impliserer en umyndiggjøring av de som er underlagt et slikt ”vern”. Særlig fra de forskjellige pleie- og omsorgsyrkene i den kommunale førstelinjetjenesten har det blitt framsatt et krav om å erstatte både begrepene psykiatri og psykisk helsevern med et begrep om psykisk helsearbeid (Almvik & Borge, 2000: 34).

¹¹ Sml. Lov om etablering og gjennomføring av psykisk helsevern (psykisk helsevernloven) på: <http://www.lovdata.no/all/hl-19990702-062.html>, oppsøkt sist 13.04.2006. Også i denne avhandlingen bruker jeg derfor hovedsakelig begrepet om et psykisk helsevern eller om psykisk helsearbeid i min tekst. Unntakene er der respondenter selv har brukt andre begrep, for eksempel når de refererer til ”psykiatritjenesten” eller ”psykiatriplaner” eller lignende.

Det samme empirisk observerbare fenomenet, nemlig tjenestetilbudet til mennesker med psykiske lidelser, får altså helt ulike konnotasjoner alt etter om det omtales som psykiatri, som psykisk helsevern eller som psykisk helsearbeid. Fordi hvert begrep legger opp til ulike diskursive føringer, skifter også referanserammene for hvordan dette tjenestetilbudet skal struktureres og hvordan kompetanse og myndighet skal fordeles. Sammen med begrepet skifter altså perspektivet på fenomenet og dermed også perspektivet på aksepterte løsningsstrategier. Både tjenestetilbudet og samarbeid mellom partene kan med et slikt utgangspunkt betraktes som diskursivt produserte og reproduerte konstruksjoner. I min analyse av samarbeid i psykisk helsevern og psykisk helsearbeid følger jeg altså det som i en videre forstand blir omtalt som den språklige vendingen i samfunnsvitenskapene, der selve fundamentet for institusjoner og organisasjoner betraktes som diskursivt produsert (Alvesson, 2002: 48, 63 ff; Alvesson & Kärreman, 2000a; Fairhurst & Putnam, 2004).

Jeg vil i det følgende underkapitlet kort presentere noen sentrale premisser for et slikt perspektiv, og deretter diskutere hvilke styrker og svakheter dette har for en analyse av samarbeid i den institusjonelle omgivelsen av psykisk helsevern og helsearbeid. Så skal jeg introdusere to diskursanalytiske modeller og de momentene jeg benytter meg av fra disse modellene i min videre analyse.

3.1 Sosialkonstruktivisme

Før jeg betrakter argumentene som taler for å innrømme språket en såpass sentral rolle i samfunnets konstitusjon vil jeg kort beskrive premissene som ligger til grunn for et sosialkonstruktivistisk samfunnsvitenskapelig perspektiv.

Sosialkonstruktivisme utgjør et svært vidt felt, og derfor er det i seg selv en heller vanskelig oppgave å formulere en inkluderende beskrivelse for til dels ganske avvikende teoretiske posisjoner. I en ofte sitert artikkel har Kenneth Gergen (1985) tatt seg av nettopp denne oppgaven, og formulert fire sentrale antakelser som danner et felles utgangspunkt for ulike sosialkonstruktivistiske tradisjoner. Disse antakelsene har flere plasser blitt benyttet som utgangspunkt for en beskrivelse av sosialkonstruktivistisk tenkning, og også jeg vil bruke

dem som utgangspunkt for min framstilling (Burr, 1995: 4 ff; Jørgensen & Phillips, 2002: 5 f). Svært forkortet kan disse antakelsene sammenfattes slik:

1. Et sosialkonstruktivistisk perspektiv oppfordrer til å forlate kategorier og forståelsesformer for sosiale praktiker som framstår som naturlige og uforanderlige. Det er derfor preget av en radikal tvil i forhold til tatt-for-gitte "sannheter".
2. Denne tvilen er utgangspunkt for et perspektiv på en sosial verden som historisk forankret, som foranderlig, og som et produkt av samhandling heller enn som følge av objektive strukturer.
3. Om en bestemt situasjons- eller fenomenforståelse overlever over tid, betraktes som avhengig av sosiale prosesser. Viten representerer derfor ikke en sum av oppdagede sannheter, men et sosialt produkt.
4. Sosialt konstruerte beskrivelser og forklaringer former samtidig betingelser for handling.

Disse fire punktene gir en del metodiske implikasjoner, men ingen konkrete føringer. De er, i Vivian Burrs formulering, "things you would absolutely have to believe in order to be a social constructionist" (1995: 3).

Jeg har allerede nevnt at de metodiske implikasjonene som Gergen har beskrevet i sine fire punkt har funnet sitt nedslag i det som i en videre forstand er omtalt som den språklige vendingen i samfunnsvitenskapene. Erfaringer, fenomenbeskrivelser, faktisk hele det sosiale vitensforrådet som leverer de uproblematiske eller konkurrerende tolkningsskjema aktørene benytter seg av i sin daglige praksis, framstår i et slikt perspektiv som språklig forankrede og formidlede konstruksjoner.

Viten betraktes som erfaringsbasert og dermed kan den heller ikke reduseres til en uomtvistelig og objektiv kjerne. Viten er ikke en minimalenhet for sannhet som det er mulig å finne ut av gjennom en elaborert og kontrollert bruk av et bestemt metodisk repertoar. Både viten og erfaring er derimot historisk betinget, og framstår i et sosialkonstruktivistisk perspektiv som formet av ulike diskurser (Gergen, 1985: 272).

Både i poststrukturalistiske og andre sosialkonstruktivistiske teoritradisjoner betraktes språket altså som sentral mekanisme for erfaring og viten. Enhver betraktning av en materi-

ell eller sosial virkelighet kan ikke skje umediert, og må derfor forstås som en fortolkning. Fortolkninger på sin side framstår til syvende og sist som meningsfulle bare fordi de er språkbasert. Språket har i denne forståelsen en sentral posisjon i konstruksjonen av samfunnet fordi det betraktes som filter mellom mennesket og verden. Den konkrete språkbruken er derfor sentral for konstruksjon, reproduksjon og forandring av strukturelle føringer for handling (Jørgensen & Phillips, 2002: 11).

Men språklige uttrykk er bare beskrivelser av et fenomen, ikke selve fenomenet. Formidlingen av et bestemt meningsinnhold gir seg ikke av et bestemt begrep, men av strukturen dette begrepet blir brukt i. Språk er heller ikke statisk, men et fleksibelt instrument, og meningsinnholdet som vedhefter bestemte begrep er kontingent alt etter den diskursive sammenhengen begrepet er brukt i:

Language as a system is <...> not static but is constantly changing. <...> Because <...> new meanings are being created, and also because language is being used to do things, it is not sufficient to understand language as transparent or reflective. It is not a neutral information-carrying vehicle. <...> Rather, language is constitutive: it is the site where meanings are created and changed.

(Taylor, 2001: 6)

Det sentrale begrepet for en analyse av de språklige strukturene der meningssammenheng blir konstruert er diskurs, som med en foreløpig basal definisjon lånt fra Mats Alvesson, kan beskrives som språkbruk forankret i en institusjonell kontekst (2002: 48).¹²

Jeg har påpekt at ulike former for poststrukturalistisk og sosialkonstruktivistisk tenkning deler noen aksiomatiske antakelser i forhold til samfunnets sosiale konstitusjon. Men selv om sosialkonstruktivistisk forankrede diskursanalytiske teoritradisjoner i større eller mindre grad innlemmer poststrukturalistisk tankegods, hadde det vært en uholdbar forenkling å sette likhetstegn mellom sosialkonstruktivistisk diskursanalyse og poststrukturalisme. Likevel finnes det en del tematiske og teoretiske felles utgangspunkt for begge. Et av disse er en interesse i arbeidene til Michel Foucault der han på den ene siden introduserer en forståelse av samfunnet som sammensatt av ulike diskurser, og på den andre siden presenterer en poststrukturalistisk nyformulering av den franske språkteoretiske strukturalismen. Siden

¹² Andre konstruktivistiske tradisjoner bruker andre betegnelser for en beskrivelse av det samme resonnementet. Goffman f.eks. har brukt begrepet *handlingsrammer* (Fisher, 1997) og i Luhmanns teori om autopoietiske systemer har systembegrepet langt på vei den samme funksjonen (Kneer & Nassehi, 1993).

Foucaults diskursbegrep representerer et av de få felles utgangspunkt i et ellers sprikende felt, vil jeg gjengi de sentrale elementene i hans definisjon.

Foucaults diskursbegrep er rettet mot det formende elementet i språklige strukturer som uttrykk for både muligheter og begrensninger av det tenkelige eller utenkelige i en bestemt historisk kontekst:

We shall call discourse a group of statements in so far as they belong to the same discursive formation; it <...> is made up of a limited number of statements for which a group of conditions of existence can be defined.

(Foucault, 2002: 131)

Foucault knytter sitt diskursbegrep altså til et begrep om ”statements”; om utsagn som han tilskriver en rekke helt elementære funksjoner for hvordan sosial virkelighet er konstituert:

<A> function that has a bearing on a group of signs <...> which requires if it is to operate: a referential (<...> a principle of differentiation), a subject (<...> a position that may be filled in certain conditions by various individuals); an associated field (<...> a domain of coexistence for other statements); a materiality (<...> a status, rules of transcription, possibilities of use and re-use).

(ibid: 129)

Selv om Foucaults diskursbegrep bygger på språklige utsagn, er altså ikke først og fremst selve talehandlingen interessant for han. Faktisk avviser han at et utsagn som konstitutiv del av en gitt diskurs kan reduseres til selve talehandlingen (ibid: 93 f). Diskursanalyse i Foucaults forstand er heller en tolkning av forskjellige tekstuelle kilder som uttrykk for gyldighetsbetingelser til en bestemt ordning av språklige tegn i forhold til hverandre.

Til tross for sine mange egne empiriske undersøkelser har Foucault hevdet at han ikke leverer en egen metodikk for en analyse av diskurser (Foucault, 2002: 72). I forhold til metodiske og metodologiske føringer for en konkret analyse av bestemte diskursive former og deres virkemåte, må det derfor letes andre plasser.

Jeg vil ennå en gang påpeke at sosialkonstruktivisme er et svært sammensatt felt med svært forskjellige metodiske og metodologiske føringer. Når jeg her presenterer det jeg oppfatter som fellestrekk i et sprikende felt, vil jeg samtidig påpeke at en slik presentasjon må betraktes som en forenkling. I en sammenliknende beskrivelse oppsummerer Marianne Jørgensen og Louise Phillips fire basale antakelser som de fleste sosialkonstruktivistisk forankrede, diskursanalytiske teoritradisjonene deler i forhold til språkets sentrale betydning (2002: 12).

Den første av disse antakelsene består i en aksept av at språk ikke er en refleksjon av en allerede eksisterende virkelighet. Virkelighet oppfattes som konstruert i det øyeblikket en språklig handling foregår.

Den andre antakelsen er at språk er strukturert i et system av ulike diskurser. Mening knyttet til bestemte begrep skifter mellom disse diskursene.

Den tredje antakelsen gjelder reproduksjon og forandring av bestemte diskursive former. Siden diskurser er språkbasert, skjer også produksjon, reproduksjon og forandring i den konkrete diskursive praksis.

Den siste antakelsen er at de forskjellige diskursanalytiske teoritradisjonene deler et metodologisk postulat. Når reproduksjon og forandring av diskursive mønstre skjer i den konkrete diskursive praksis, må en analyse av disse konstituerende mønstrene også ta utgangspunkt i de konkrete sammenheng der språklig praksis utfolder seg.

Språket betraktes altså både som det basale mediet for en konstruksjon av samfunnet, og samtidig som en metodisk inngangsportal for empiriske undersøkelser.

Det metodologiske kravet om å betrakte språkets virkemåte der det utfolder seg i sin umiddelbare sosiale kontekst, er særlig tatt på alvor i lingvistisk og retorisk orienterte språkanalytiske tradisjoner. Disse har sin spesielle interesse i en hverdagsspråklig formidlet diskursiv forhandling av meningssammenheng. Mer problematisk er det samme kravet i diskursanalytiske teoritradisjoner med et mer tydelig poststrukturalistisk preget utgangspunkt. Ikke minst gjelder det Foucault selv, som ikke har betraktet diskurser i den konkrete språklige praksis mellom aktører. Mer interessant var for han en historisk betraktning av framveksten for ulike diskursive, epistemiske tolkningsrammer (Foucault, 2001; 2003).

Som fellesnevner for ganske ulike metodologiske posisjoner er selve begrepet diskursanalyse altså problematisk. Før jeg går over til en diskusjon av diskursanalyse som felt for sosialkonstruktivistisk forankret empirisk forskning, vil jeg først kort se på to vanlige innvendinger mot et konstruktivistisk epistemologisk utgangspunkt. Jeg vil også formulere et svar til disse kritikkene, og argumentere at de to innvendingene jeg diskuterer ikke først og fremst byr på metodiske problemer, men på metodiske muligheter som ikke i lik grad er tilgjengelig for teoritradisjoner med et mer eller mindre uttalt universalistisk og positivistisk utgangspunkt.

3.2 Relativisme og perspektivisme – kritikk og metodiske muligheter

Uansett hvilke språklige og tekstuelle kilder de ulike diskursanalytiske modellene tar utgangspunkt i, og uansett hvor detaljert de beskriver et bestemt metodisk repertoar for analysen, sikter de mot å undersøke diskursive meningssammenheng der de viser seg; i den konkrete språkbruken.

Jeg har påpekt at en sosialkonstruktivistisk tenkemåte bygger på en mistenksomhet overfor etablerte kategorier som ”riktig” eller ”naturlig”. Dette gjelder ikke nødvendigvis bare for det empiriske datagrunnlaget, men like mye for selve analysen. Verken data eller analysen reflekterer en sosial realitet ”som den er”. Også en beskrivelse av en opplevd realitet kan bare skje innenfor en bestemt diskursiv sammenheng. Men noen steder blir dette oppfattet som problem. Når både data og analyse er kontekstavhengige størrelser og når de første ikke skjuler en dypere essensiell kjerne, og den andre ikke gir mulighet til slå objektiv fast hva som er sant eller usant - er da ikke all produksjon av viten relativ? Denne kritikken av en iboende relativisme i sosialkonstruktivistisk tenkning har vært et ivrig framsatt argument. Med en varierende grad av polemikk hevdes det at produksjon av kontingent viten er ensbetydende med ubrukbar produksjon av viten. Argumentet er at enhver påstand med et sosialkonstruktivistisk utgangspunkt til syvende og sist må betraktes som like riktig eller galt, og som like godt eller dårlig fordi enhver betraktning mangler et essensielt og universalistisk utgangspunkt for en vurdering (se f.eks. Bredsdorff, 2002; Kjørup, 2001; Ratner, 2005).

I samsvar med andre oppfatter jeg denne kritikken som lite holdbar og vil hevde at det er fullt mulig å betrakte viten prinsipielt som kontekstavhengig og dermed som kontingent, samtidig som det er mulig å argumentere for bestemte sannhetskrav ut fra et bestemt faglig ståsted (se f.eks. Jørgensen & Phillips, 2002: 203 ff; Zielke, 2005). Fordi dette synet ligger til grunn for min analyse og de tolkningene jeg presenterer i denne avhandlingen, vil jeg begrunne det litt nærmere.

Et fravær av universelle, ahistoriske og kontekstuavhengige vurderingspremisser betyr at enhver form for produksjon av viten er kontingent. Heller ikke vitenskapelig kunnskapsproduksjon er da noe unntak.

Men likevel har enhver vitenspåstand en bestemt diskursiv ramme, og innenfor denne rammen er nettopp ikke alt like gyldig. For vitenskapelig kunnskapsproduksjon er det i et sosialkonstruktivistisk perspektiv ikke avgjørende om en påstand er sant eller usant utenfor en bestemt historisk diskursiv sammenheng. Avgjørende er om kunnskap er produsert i henhold til bestemte, til enhver tid gjeldende vitenskapelige standarder.

Dette gjør et sosialkonstruktivistisk perspektiv på vitenskapelig produksjon av viten ikke ubrukelig, men understreker bare betydningen av en redegjørelse for hvordan de relasjonelle og kontingente diskursive standardene for selve produksjonen har kommet i stand, og under hvilke betingelser de er gyldige. Et slikt perspektiv oppfordrer like mye til en kritisk diskusjon av vitenspåstander som er utgangspunkt for relativismekritikken som av gyldighet og kvalitet av individuelle forskningsresultat (Søndergaard, 2000: 70). I begge tilfeller må det redegjøres for diskursive gyldighetsbetingelser fordi begge betraktes som en perspektivisk framstilling av virkeligheten.

Med et slikt epistemologisk utgangspunkt får forskerens posisjon et langt større forklaringsbehov enn det som er tilfelle i positivistisk forankrede vitenskapstradisjoner. Heller ikke forskerens forklaringer kan gjøre krav på et eksklusivt utgangspunkt utenfor en bestemt meningsgivende diskursiv sammenheng. Heller enn objektive påstander av viten er forskningsresultat med en sosialkonstruktivistisk forankring forstått som en posisjonert åpning til diskusjon (Jørgensen, 2001: 252). Jeg følger i denne avhandlingen Jørgensen og Phillips argument om at forskningens verdi ikke kan begrunnes med et påstått objektivt utgangspunkt for en hvilken som helst form for observasjon (2002: 21 f). Heller ikke for forskeren er det mulig å stille seg utenfor en diskursivt fortolket virkelighet. Derfor framstår forsøk på å begrense en immanent perspektivisme i en presentasjon av resultat fra empirisk forskning som langt mindre meningsfull enn en redegjørelse for hvilke perspektiv en undersøkelse tar utgangspunkt i.

Vitenskapelig produksjon av viten er derfor ikke legitimert gjennom et eksklusivt utgangspunkt for observasjoner, men gjennom en konsekvent og dokumentert anvendelse av teori og metode. Den uunngåelige perspektivismen som sosialkonstruktivistisk tenkning legger til grunn, byr gjennom dette kravet om en konsekvent bruk av teori og metode på en ganske

eksklusiv metodisk mulighet som ikke er tilgjengelig for teorier med et universalistisk og positivistisk vitenskapssyn.

En utførlig redegjørelse for teoretiske forutsetninger og metodiske skritt som utgangspunkt for en analytisk betraktning, skal gjøre det anvendte perspektivet synlig. Dette åpner for at leseren ikke bare kan forholde seg til en universell påstand av viten, men både til det anvendte perspektivet og til de framsatte argumentene.

Jeg gjør i denne undersøkelsen bruk av dette resonnementet på to måter.

1. Når enhver observasjon er teoriavhengig, betyr det at forskjellige teoretiske perspektiv åpner for ulike betraktninger. Forskjellige teoretiske og metodologiske modeller gjør det altså mulig å gi et riktignok teoriavhengig og kontingent, men også et variert bilde av det undersøkte fenomenet (ibid: 154 ff). I denne analysen benytter jeg to diskursanalytiske modeller som åpner for en beskrivelse av samarbeid i det psykiske helsevernet ut fra et dobbelt perspektiv. Disse to modellene beskriver jeg i kapittel 3.3.
2. For det andre undersøker jeg samarbeid i det psykiske helsevernet ut fra perspektivet til en bestemt personellgruppe. Jeg beskriver denne gruppen av bakkebyråkrater nærmere i kapittel 4 og begrunner der også hvorfor jeg har valgt disse. Når jeg undersøker bare en gruppe av profesjonelle i psykisk helsevern og psykisk helsearbeid, er det åpenbart at det er også bare deres perspektiv som kan komme til uttrykk. Samtidig er det mulig å tegne et avgrenset og tydelig bilde ut fra dette spesielle bakkebyråkrat-perspektivet, både som en egenbeskrivelse av deres arbeid innen fra, og som en fremmedbeskrivelse av arbeidet til andre grupper uten fra.

Etter denne korte ekskursen til to sentrale innvendinger mot et sosialkonstruktivistisk perspektiv og de metodiske mulighetene som ligger i kritikken, vil jeg i det neste underkapitlet skissere to ytterpunkt i det svært sammensatte feltet som utgjør diskursanalytisk tenkning. Med utgangspunkt i denne framstillingen introduserer jeg deretter to diskursanalytiske modeller som jeg benytter meg av i min videre analyse.

3.3 Diskursanalyse

Noen begrep framstår i samfunnsvitenskapelige diskusjoner som semantiske minefelt. De utløser, alt etter debattantenes eget ståsted, enten uhemmet sympatiserende, eller likeså uhemmet avvisende kommentarer fra representantene for konstruktivistiske eller positivistiske skoleretninger. Eller de ender opp med lite fruktbare forsvarstaler av egne metodologiske posisjoner, som ofte ikke skiller seg i særlig grad fra andre når representanter for beslektede tradisjoner møtes. Nyanser er viktig og de er i mange tilfeller avgjørende for spesifikke analytiske veivalg. Men ofte blir på denne måten interessen for et felles epistemologisk utgangspunkt fortrenget i bakgrunnen.

Diskursanalyse er et slikt begrep. Jeg har ovenfor antydnet en relativt stor spennevidde mellom diskursanalytiske tradisjoner. Ytterpunktene i denne diskusjonen er beskrevet flere steder, og skillet mellom disse ytterpunktene er markert både i forhold til forståelsen av selve diskursbegrepet, og i forlengelsen av dette, av de metodiske implikasjonene (Burr, 2003: 20 f; Fairhurst & Putnam, 2004: 7; Jørgensen & Phillips, 2002: 18 ff). I det følgende sitatet er begge deler godt illustrert når forfatterne deler det diskursanalytiske feltet opp slik:

<There are> two major and quite different approaches to 'discourse' in organization studies: the study of the social text (talk and written text in its social action contexts) and the study of social reality as discursively constructed and maintained (the shaping of social reality through language). The former approach highlights the 'talked' and 'textual' nature of everyday interaction in organization. The latter focuses on determination of social reality through historically situated discursive moves.

(Alvesson & Kärreman, 2000b: 1126)

Det er tydelig at diskursanalyse ikke beskriver en enhetlig metode, men at begrepet er en samlebetegnelse for et svært sammensatt felt. Diskursanalyse representerer teoretiske og metodiske variasjoner av et emne som er forenlig med mange, men langt fra alle epistemologiske modeller. Samtidig er teori og metode vevd tett sammen og kan vanskelig skilles fra hverandre. Diskursanalyse er ingen universell metode for dataanalyse, men, med en formulering lånt fra Jørgensen og Phillips, en "komplett teoretisk og metodologisk pakke" (2002: 4 - min oversettelse).

Selv om forskjellige diskursanalytiske tradisjoner deler denne koblingen mellom teori og metode, er de to elementene likevel vektlagt forskjellig. Særlig en del av de mer poststrukturalistisk orienterte modellene har blitt kritisert for å overdrive sitt ønske om å forene teori

og metode i en grad at de har fornektet seg utvikling av et eget metodisk repertoar i form av konkrete handlingsskritt for analysen (Neumann, 2001: 14 f).

I kapittel 6.3 skal jeg undersøke de analytiske mulighetene for en analyse av intervjuetekster i det metodiske repertoaret til de to diskursanalytiske modellene jeg benytter meg av i denne undersøkelsen. Før det vil jeg benytte de to følgende underkapitlene til å gi en første oversikt over teoretiske premisser og det metodiske vokabularet i disse modellene.

3.3.1 Diskursanalytisk perspektiv I: Laclau og Mouffe – diskursteori

Den første av modellene jeg bruker i min videre analyse er utarbeidet av filosofene Ernesto Laclau og Chantal Mouffe. Skrevet som en nyformulering av marxismen på et poststrukturalistisk grunnlag går de metodiske implikasjonene imidlertid langt ut over det å være en politisk teori.

Mitt formål i dette underkapitlet er kontrastivt, og jeg bruker Laclau og Mouffes teori hovedsakelig til avgrensning fra Potter og Wetherells modell av en diskursiv psykologi som jeg presenterer senere. Derfor bruker jeg begrepet diskursteori for Laclau og Mouffes modell som det også er gjort andre steder (Jørgensen & Phillips, 2002; Thomsen, 2000). Jeg er meg imidlertid vel bevisst at den bare representerer en diskursteori blant flere, og at en slik bruk av begrepet er en (i denne sammenhengen likevel forsvarlig) forenkling.

Laclau og Mouffe er tydelig forankret i poststrukturalistisk tankegods og i tråd med dette vektlegger de kontingens og flyt framfor varighet og struktur. Jeg har hevdet tidligere at poststrukturalistisk tenkning er preget av en grunnleggende mistenksomhet overfor tatt-forgitt sannheter. Dette gjelder kanskje i større grad for diskursteorien enn for andre diskursanalytiske tradisjoner. Sannhet er i diskursteorien ikke betraktet som en universell størrelse, men som et forsøk på å skape individuell trygghet gjennom verbaliseringer. Derfor er sannhet et øyeblikks produkt av meningsfortolkninger som individuelle aktører artikulere i et permanent forsøk på å konstruere en egen identitet. Laclau og Mouffe betrakter aktører (eller sosiale agenter) som

constituted by an ensemble of “subject positions” that can never be totally fixed in a closed system of differences, constructed by a diversity of discourses among which there is no necessary relation, but a constant movement of overdetermination and displacement. The “identity” of such a multiple and contradictory subject is therefore always contingent and precarious, temporarily fixed at the intersection of those subject positions and dependent on specific forms of identification.

(Mouffe, 1992: 372)

I dette sitatet er subjektposisjonene som Mouffes sosiale agenter inntar, ikke så veldig ulik det etablerte sosiologiske rollebegrepet. Men subjektposisjoner er formet av språket heller enn av normer og forventninger (Alvesson, 2002: 50). Identitet er altså et produkt av en språklig struktur – nemlig et stort antall strukturerende totaliteter sammensatt av artikulerende praksiser som Laclau og Mouffe betegner som diskurs (Laclau & Mouffe, 2001: 105). Diskurser i denne forståelsen låser - alltid midlertidig og ufullstendig – mening, og med sine artikuleringer posisjonerer både den artikulerende og det artikulerende seg innenfor en bestemt diskursiv sammenheng.

Men hva er det nå som utgjør diskursens struktur? For Laclau og Mouffe henviser artikuleringer alltid til bestemte uttrykk eller begrep som skiller seg fra andre uttrykk gjennom at de er artikulert innenfor en bestemt diskursiv sammenheng.¹³ Uttrykk eller begrep har i Laclau og Mouffes modell forskjellig status. Som elementer betegner de alle begrep som ikke er artikulert i en bestemt diskursiv sammenheng. I selve prosessen der slike elementer artikuleres, blir de relatert og strukturert i forhold til andre elementer. Elementer får altså en bestemt mening gjennom sin relasjon til, og sin differens fra andre elementer. I den artikulerende praksis, der bestemte uttrykk plasseres i en diskursiv sammenheng, overføres disse uttrykk fra å være elementer i et uendelig univers av begrep til å være momenter i en diskursiv sammenheng. I en diskurs er momentene fylt med et meningsinnhold som er relatert til og konformt med andre momenter. Likevel er ikke alle momenter like sentrale i en slik sammenheng. De er både strukturert og hierarkisert i forhold til hverandre.

Jeg vil illustrere denne basale tenkemåten i Laclau og Mouffes diskursteori med et kort eksempel. Et mye brukt eksempel i ulike diskursanalytiske teoritradisjoner, er en medisinsk diskurs (Annfelt, 2000; Dreyfus & Rabinow, 1983: 64 ff; Foucault, 2002: 53; Jørgensen & Phillips, 2002: 26 ff, 144; Laclau & Mouffe, 2001: 107 ff; Måseide, 2003). Når elementer

¹³ Laclau og Mouffe bruker på engelsk det språkstrukturalistiske ”signifier”. Dette kan vanskelig oversettes til norsk uten at en del av det semantiske innholdet forandres. Jeg bruker både ”signifikante”, ”uttrykk” og ”begrep” i min tekst, alt etter hva som ut fra min forståelse kommer nærmest det beskrevne innholdet.

som for eksempel behandling, terapi eller rehabilitering er artikulert med et bestemt meningsinnhold som inkorporerer dem på en meningsfull måte i en medisinsk diskurs, overføres disse elementene til momenter. Men i en slik diskursiv sammenheng er ikke alle disse momentene like sentrale. Behandling og terapi kan tydelig plasseres i en medisinsk diskurs. Rehabilitering på den andre siden, er et moment som står mindre sentralt og som får sitt meningsinnhold i medisinsk-diskursive termer først gjennom en relasjon til andre, mer sentrale begrep som behandling eller terapi. De to siste begrepene er altså referansepunkt for en meningsdefinisjon av andre, mindre sentrale begrep. Laclau og Mouffe betegner slike sentrale referansepunkt som nodalpunkt.¹⁴ Slike nodalpunkt er diskursive fortetninger av mening som gjør det mulig å forankre andre elementer i en diskurs (Laclau & Mouffe, 2001: 112).

Nodalpunktene står ikke alene. De danner riktignok et meningsbærende sentrum og gjør det mulig å forankre andre elementer i en diskurs som diskursive momenter. Men verken som nodalpunkt eller som momenter får de sin mening gjennom en originær kjerne av et bestemt betydningsinnhold. De får derimot sin mening gjennom sin relasjon til andre momenter. Denne relasjonen der flere momenter kobles til hverandre i en artikulasjon betegner forfatterne som ekvivalenskjeder (Laclau, 1996: 34). En slik ekvivalenskjede er prosessen der ulike momenter i en artikulering settes i et forhold til hverandre, og der de sentres rundt et eller flere nodalpunkt.

I mitt eksempel om en medisinsk diskurs kan behandling og terapi betraktes som nodalpunkt; altså diskursive fortetninger som mindre sentrale momenter som for eksempel rehabilitering relateres til.

Andre eksempler for mye brukte momenter i forhold til diskusjonen omkring psykiske lidelser, er samarbeid eller livskvalitet. I en medisinsk diskursiv sammenheng framstår de som meningsfylle bare når de i en ekvivalenskjede er satt i sammenheng med nodalpunkt som behandling, terapi og lignende. Men de brukes også med andre meningsinnhold i andre, konkurrerende diskursive sammenheng. Livskvalitet for eksempel, er et sentralt moment

¹⁴ Laclau og Mouffes begrep om "nodal points" er også oversatt med "forankringspunkt" – kanskje en bedre oversettelse (Neumann, 2001: 65). Jeg holder imidlertid fast ved begrepet nodalpunkt for å bruke originalterminologien så langt som mulig.

i det jeg vil hevde er i ferd med å bli en annen viktig diskursiv referanseramme for velferdsstatlig handlingsorientering. Tentativt vil jeg betegne denne som en livskvalitets- eller brukerdiskurs der psykiske lidelser betraktes som funksjonshemming heller enn sykdom, og der behandling derfor framstår som mindre sentral og meningsgivende (Mulvany, 2001; Ørstavik, 2002: 40 ff). Jeg skal komme tilbake til en slik diskursiv orientering i kapittel 10.

Elementer som opptrer i form av momenter med et varierende meningsinnhold i konkurrerende diskurser, har i Laclau og Mouffes diskursteori et eget navn. De er betegnet som flytende signifikante fordi de er satt i sammenheng med andre momenter i en diskursiv ekvivalenskjede, uten noen gang å oppnå et entydig meningsinnhold (Laclau, 1990: 28; Laclau & Mouffe, 2001: 113).

Med dette begrepet om flytende signifikante er det for Laclau og Mouffe mulig å betrakte diskurser som samtidig opptredende tolkningsrammer. De konkurrerer med hverandre om å fylle elementer med mening, og om å forankre disse på denne måten som diskursive momenter. Begrepet om flytende signifikante viser også til diskursenes temporære status. Det lykkes aldri med å overføre elementer til momenter på en endelig basis. Diskurser strever etter en permanent definisjon av mening, men de klarer det bare midlertidig og ikke permanent. Denne ufullstendige meningsdefinisjonen er intet hinder, men en nødvendig betingelse for kommunikativ praksis:

The transition from the 'elements' to the 'moments' is never entirely fulfilled. A no-man's-land thus emerges, making the articulatory practice possible.

(ibid: 111)

Et begrep gjenstår å definere i denne foreløpige presentasjonen. Diskurser er meningsgivende totaliteter som består av et nettverk av momenter; av uttrykk med et midlertidig diskursivt fiksert meningsinnhold. Momenter er tegn som skiller seg fra andre tegn fordi de reduserer et i prinsippet uendelig antall måter å tillegge dette tegnet et bestemt meningsinnhold. De "arresterer" mening og strever etter å danne et sentrum for på denne måten å redusere muligheten for alternative tolkninger (ibid: 112).

Den diskursanalytiske oppgaven består følgelig i en analyse av måten artikulasjoner bidrar til å skape en hegemonial definisjon av mening, gjennom å ordne bestemte signifikante begrep i forhold til hverandre. Samtidig insisterer Laclau og Mouffe på at denne definisjon av mening alltid er ufullstendig, og at den alltid eksisterer i konkurranse med andre menings-

definerende diskurser. Elementer som opptrer samtidig som momenter i ulike diskurser, skaper en overflod av mening. Dette gir et handlingsrom for en individuell posisjonering - ikke uavhengig av en diskursiv struktur, men som et valg, bevisst eller ubevisst, mellom forskjellige diskursive strukturer som til en hver tid konkurrerer med hverandre om å definere mening. I diskursteorien er dette fylde av mulige meningssammenheng betegnet som diskursivitetsfelt, og dette feltet konstituerer til syvende og sist grunnlaget for sosial handling generelt (ibid: 111).

For å komme tilbake til det innledende sitatet i min presentasjon av Laclau og Mouffes diskursteori, er aktørene i diskursteorien ikke betraktet som helhetlige subjekter, men som sammensatt av subjektposisjoner i bestemte diskursive sammenheng. Men disse posisjonene er, som all diskursiv produksjon, bare midlertidig og ufullstendig. Når aktører inntar en subjektposisjon, gjør de det på bakgrunn av en "mytisk" fortolkning av en diskursivt formulert virkelighet der denne "myten" er definert som et "leseprinsipp" for en opplevd situasjon (Laclau, 1990: 60 ff). Laclau argumenterer at prinsippets gyldighet er hinsides en individuell forståelighet, og at et strev etter å oppnå en fullstendig og varig subjektposisjon derfor er en praktisk umulighet. Som med all diskursiv aktivitet er også det å innta en bestemt subjektposisjon et forsøk på å danne en personlig identitet. Men fordi en fortolkning av subjektposisjoner bygger på en myte, er denne fortolkningen bare tentativ. Aktørene følger med sin fortolkning av en subjektposisjon en stadig tilbakevikende forståelseshorisont i et diskursivt univers, i et kontinuerlig forsøk på å danne seg sin identitet (ibid: 67 f).

Denne presentasjonen av et svært komplekst metodologisk begrepsapparat er nødvendigvis forkortet og ufullstendig. Etter hvert når jeg i analysen benytter meg av andre deler i Laclau og Mouffes tenkning, kommer jeg til å introdusere ytterligere begrep. I denne innledende presentasjonen har jeg forsøkt å tydeliggjøre hvordan Laclau og Mouffe, sterk forankret i poststrukturalistisk tenkning, beskriver et bilde av samfunnet som kontingent konstruksjon der mening i beste tilfelle eksisterer midlertidig, og der forandring framheves langt mer enn varighet. Diskurs er forstått som et totaliserende begrep fordi både en sosial og materiell virkelighet nødvendigvis må beskrives innenfor en bestemt diskursiv referanseramme. Med en formulering lånt fra Jørgensen og Phillips kan det uttrykkes slik at det ikke er mulig å flykte fra en representasjon av objekter (2002: 14). Derfor avviser Laclau og Mouffe også et skille mellom diskursive og non-diskursive elementer i sin samfunnsmodell (ibid: 107).

Med sitt ettertrykk på kontingents og flyt er det opplagt at diskurser i Laclau og Mouffes modell ikke har en annen ontologisk status enn som analytiske konstruksjoner til en beskrivelse av en observert virkelighet. Likevel virker diskursbegrepet i deres beskrivelse av og til som utstyrt med et eget liv. Sosiale aktører på sin side (eller, i deres egen formulering: sosiale agenter (Mouffe, 1992)) framstår uten egne innvirkningsmuligheter på sin artikulerende praksis. Dette inntrykket er antakelig mer en følge av innimellom uheldige formuleringer enn av en inkonsistent oppbygd teori.

Likevel er det flere plasser kritisert at poststrukturalistisk forankrete, diskursanalytiske modeller (og blant dem også diskursteorien) presenterer diskurser som reifiserte størrelser (Potter, 1996: 87; Wetherell, 1998: 401).

I det følgende underkapitlet vil jeg koble an mot denne kritikken med en beskrivelse av den andre diskursanalytiske modellen som jeg benytter meg av i min analyse. Sentrale representanter for denne modellen om en diskursiv psykologi er blant dem som har kritisert bl.a. Laclau og Mouffe for et tingliggjort diskursbegrep, og for å undervurdere aktørenes mulighet til å konstruere sin sosiale tolkning av virkeligheten gjennom aktiv bruk av diskursive ressurser.

3.3.2 Diskursanalytisk perspektiv II: Potter og Wetherell – diskurspsykologi

Jeg har innledningsvis i min beskrivelse av diskursanalyse som felt for empirisk forskning hevdet at begrepet rommer et ganske vidt spekter av ulike teoritradisjoner som avviker til dels vesentlig fra hverandre både i forhold til sitt diskursbegrep og sin metodologi. Tydelig påvirket bl.a. av Foucaults tenkning er diskurser i Laclau og Mouffes diskursteori beskrevet som strukturerende størrelser for aktører som med sine artikulasjoner inntar subjektposisjoner i bestemte diskursive sammenheng. På motsatt side av diskursanalytisk tenkning er metodologiske tilnærminger som betrakter diskurser først og fremst som fremtredende i språklig kommunikasjon og interaksjon i hverdagen. Den andre diskursanalytiske modellen jeg bruker i min analyse, nemlig Potter og Wetherells diskurspsykologi, fokuserer på meningsforhandlinger slik de foregår i hverdagsspråklig kommunikasjon.

Som tilfelle er med begrepet diskursteori er jeg meg også her vel bevisst at det finnes flere modeller som i varierende grad avviker fra hverandre.¹⁵ For enkelthetens skyld bruker jeg i denne teksten likevel betegnelsen diskurspsykologi eller diskursiv psykologi for Potter og Wetherells modell.

Til tross for en del metodiske og metodologiske variasjoner mellom ulike diskurspsykologiske modeller deler Potter og Wetherell likevel et felles utgangspunkt med andre i samme tradisjonen i sin forståelse av diskursbegrepet.

Discourse – defined as language use in everyday text and talk – is a dynamic form of social practice which constructs the social world, individual selves and identity.

(Jørgensen & Phillips, 2002: 118)

Diskursteorien som jeg har beskrevet i det forrige underkapitlet var et eksempel på en diskursanalytisk tradisjon som tydelig tar sitt utgangspunkt i poststrukturalistisk, og særlig i Foucaults tenkning. Også Potter og Wetherell har en tydelig interesse i denne og formulerer en dobbel ambisjon for sin modell. På den ene siden vil de forene et ”Foucaultdiansk” perspektiv på hvordan bestemte tanke-systemer i sin diskursive form bidrar til å opprettholde sosiale mønstre. På den andre siden formulerer de en interaksjonistisk, konversasjonsanalytisk interesse i hvordan aktører gjør bruk av et bestemt idégrunnlag for å konstruere en meningsfull versjon av sin sosiale verden (Potter & Wetherell, 1994: 48 f). Fra det første perspektivet har de altså en interesse i diskursive føringer for individuell handling, mens de fra det andre henter en spesiell oppmerksomhet på hvordan interaksjonsdeltakerne framsetter bestemte gyldighetskrav og sannhetspåstander overfor hverandre.

Mellom disse to interessene er det imidlertid en påfallende ubalanse. Særlig Potter har i sine senere arbeider beveget seg bort fra en poststrukturalistisk inspirert diskursanalyse og henter sine impulser i langt større grad fra konversasjonsanalytiske arbeider (Potter, 1996). Wetherell på sin side har i større grad opprettholdt sin opprinnelige interesse for en kobling av begge teoritradisjoner og har for eksempel brukt Laclau og Mouffes diskursteori til en avgrensning av sin modell overfor et ensidig lokalt fokus i konversasjonsanalytiske arbeider (Wetherell, 1998).

¹⁵ For en oversikt se f.eks. Potter og Wetherell (1994) og kapitel 4 i Jørgensen og Phillips (2002).

I sine felles arbeider har Potter og Wetherell likevel lagt mye energi i en avgrensning av sin egen modell fra hovedstrømningene i poststrukturalistisk tenkning der det sosiale er betraktet som konstruert gjennom tekst i vid forstand. Potter og Wetherell argumenterer for en mer snever tilgang til diskursiv aktivitet forstått som tale i direkte samhandlingssituasjoner, og dermed også for en mer snever tekstforståelse. I sine egne empiriske arbeider har de overveiende lagt vekt på hvordan aktører utfører sosiale oppgaver gjennom å benytte seg av bestemte diskursive ressurser i sin samhandling med andre. Dette gjenspeiler seg også i den empiriske tilgangen i Potter og Wetherells arbeider. Empirisk er de hovedsakelig orienterte mot intervju eller såkalte naturlig forekommende samtaler, og i langt mindre grad mot for eksempel en tekstanalyse av dokumenter slik jeg gjør senere i denne undersøkelsen i kapittel 5 (Hepburn & Potter, 2004: 182; Potter & Wetherell, 1987: 162). Med sitt ettertrykkelige fokus på språklig aktivitet i en hverdagslig kontekst, skiller de og andre diskursive psykologer seg fra diskursanalytiske retninger med et annet empirisk fokus. De skiller seg også fra diskursanalytiske modeller som for eksempel Laclau og Mouffes diskursteori, der strukturen mellom meningsbærende signifikante begrep står i sentrum av analysen.

Med sin empiriske interesse rettet mot språklig kommunikasjon i hverdagen er diskurs i Potter og Wetherells modell altså først og fremst betraktet som et lokalt resultat (Alvesson, 2003: 30; Taylor, 2001). Den poststrukturalistiske interessen for hvordan bestemte sannhetskrav blir framsatt og reproduisert, er ikke tilsidesatt i diskurspsykologien, men rettet mot den språklige argumentasjonen. Tale og tekst er forstått som en sosial praksis, og språk er betraktet like mye som en ressurs som en sosial føring. Derfor har Potter og Wetherell utviklet en spesiell interesse i den aktive komponenten i språklig handling, dvs. i teknikkene som aktørene bruker for å underbygge bestemte versjoner av den sosiale verden. Flere plasser framhever de sin hovedsakelige interesse i en retorisk og argumentativ strukturering av tekst og tale (Se f.eks. Potter, 1997: 146; Potter & Wetherell, 1994: 48). Et fokus på en retorisk organisering gjør det mulig å synliggjøre hvordan ulike diskursive ressurser er brukt til å støtte en bestemt situasjonstolkning, eller til å underminere alternative tolkninger.

Til denne oppgaven byr Potter og Wetherells modell et rikt utvalg av analytiske teknikker. Først og fremst gjelder dette en spesiell oppmerksomhet overfor variabiliteten i aktørenes redegjørelser (Potter & Wetherell, 1987: 122 ff). Variabiliteten i aktørenes diskursive referanserammer tyder på at de med sin retoriske argumentasjon ønsker å oppnå forskjellige

mål, og at de inntar ulike subjektposisjoner. Det samme gjelder også et skifte i bruk av pronomen som for eksempel fra det individuelle *jeg* til det kollektive *vi* (Jørgensen & Phillips, 2002: 125). Også i dette tilfellet kan det tolkes på den måten at aktørene skifter sin diskursive referanseramme. Et annet eksempel på en analytisk teknikk til å undersøke aktørenes argumentasjon for en bestemt virkelighetsoppfatning, kan være å betrakte hvordan de konstruerer en faktisk versjon av kontingente forhold (Potter, 1996: 159 f; Potter & Wetherell, 1995: 83).

Disse eksemplene for analytiske teknikker viser at språk i diskurspsykologien er betraktet som et aktivt instrument brukt for å innta bestemte posisjoner i ulike diskursive referanserammer. Disse referanserammene er, ifølge Potter og Wetherell, best beskrevet ikke som diskurser men som fortolkningsrepertoar ("interpretative repertoires"). Når de går inn for å erstatte diskursbegrepet med et begrep om fortolkningsrepertoar, gjør de det med en dobbel hensikt. For det første vil de framheve at disse repertoarene er fleksible ressurser i talehandlingene til daglig. For det andre vil de avgrense sitt begrep om fortolkningsrepertoar fra et poststrukturalistisk diskursbegrep med dets vekt på diskurser som strukturerende og begrensende tankesystemer.

One of the advantages of considering these patterns of discourse as interpretative repertoires is that it suggests that there is an available choreography of interpretative moves <...> from which particular ones can be selected in a way that fits most effectively in the context. This emphasizes both the flexibility of ordinary language use and the way that interpretative resources provide a set of potentials for action.

(Potter & Wetherell, 1995: 92)

Med sin betoning av fortolkningsrepertoar som nøkkelbegrep har Potter og Wetherell i sin diskursanalytiske modell et tydelig fokus på den aktive og formende språkbruken. Språk er et verktøy for å skape et meningsfylt bilde av verden, og aktørene posisjonerer seg i den med sin retoriske argumentasjon. I deres imponerende undersøkelse om rasisme gir Potter og Wetherell en god del illustrative eksempler som gjør verdien av en analysestrategi basert på den retoriske forhandlingen mellom aktørene umiddelbart innlysende (Wetherell & Potter, 1992).

Mindre innlysende er derimot etter mitt syn nødvendigheten av å erstatte det etablerte begrepet om diskurs med et begrep om fortolkningsrepertoar. Den samme retoriske analysestrategien for å beskrive diskursive referanserammer som fortolkningsrepertoar, kan benyt-

tes for å demonstrere hvordan aktører inntar forskjellige subjektposisjoner i bestemte diskurser slik Laclau og Mouffe beskriver dem i sin modell. Heller ikke når Potter og Wetherell kobler sitt begrep om fortolkningsrepertoar med et begrep om subjektposisjoner, er forskjellen til de siste i mer tydelig poststrukturalistisk pregete modeller ikke uten videre synlig (Wetherell & Potter, 1992: 135, 214). Blant annet derfor har Potter og Wetherells skifte fra det etablerte diskursbegrepet til et begrep om fortolkningsrepertoar blitt kritisert som et forsøk på å markere terreng, heller enn en analytisk nødvendighet (Edley, 2001: 202).

Men uavhengig av den uklare grenseoppgangen mellom et poststrukturalistisk og et diskurspsykologisk diskursbegrep, byr altså Potter og Wetherells modell på et rikt utvalg av analytiske teknikker. Deres styrke ligger særlig i de analytiske mulighetene for å vise hvordan aktørene framsetter bestemte virkelighetstolkninger som sanne, og hvordan de underminerer alternative versjoner.

I likhet med det forrige underkapitlet er også min presentasjon av Potter og Wetherells diskurspsykologiske modell tenkt som en innledende framstilling. Etter hvert når jeg benytter meg av bestemte analytiske teknikker senere i teksten, introduserer jeg disse nærmere.

3.3.3 Diskursanalytisk syntese

De to modellene jeg har presentert så langt, representerer tydelig to ulike retninger i diskursanalytisk tenkning. Begge har sin styrke i et eget begrepsrepertoar som gjør det mulig å fokusere på ulike deler av en diskursiv meningsproduksjon. Styrkene ved de to modellene er beskrevet f.eks. slik:

The poststructuralist approach can cast light on these discursive patterns, focusing on the relationships between the different discourses and the subject positions and power relations they construct, while <Potter and Wetherells' model> can give insight into the ways in which people, through use of the available discourses as flexible resources in talk, position themselves and others in ways that support each others' accounts, creating a consensus of meaning, or challenge each others' accounts, leading to a negotiation of meaning.

(Jørgensen & Phillips, 2002: 111)

De to modellene bygger altså på et felles sosialkonstruktivistisk fundament, men de vektlegger ulike sider ved en diskursiv produksjon av mening. Jeg betrakter de to metodologiene ikke som gjensidig utelukkende, men som komplementære analytiske strategier. I min

analyse benytter jeg derfor både diskursteoretiske og diskurspsykologiske begrep. Begge modeller har jeg beskrevet i grunntrekk i de forgående underkapitlene, og jeg kommer til å introdusere flere begrep etter hvert som jeg bruker de i analysen. For å unngå en uheldig terminologisk forvirring må imidlertid en del sentrale terminologier i de to teoriene tilpasses hverandre.

Et gjennomgående prosjekt i denne undersøkelsen er å betrakte samarbeid som en prosess i en organisatorisk og faglig identitetsdannelse slik den utspiller seg i helsevesenets randsoner og grenseflater (se kapittel 2.2.2). Faglige identiteter framstår som stadig mer uklare i et psykisk helsevern og psykisk helsearbeid som legger stor vekt på tverrfaglig samarbeid. Det samme gjelder en organisatorisk identitet som er under press fra kravene om et interorganisatorisk samarbeid, ofte uten klare hierarkier og uten en tydelig ansvarsfordeling.

Både i Laclau og Mouffes diskursteori og i Potter og Wetherells diskurspsykologi står identitetsbegrepet sentralt. I diskursteorien er begrepet diskutert på et abstrakt og teoretisk nivå. Identitet er betraktet som en alltid ufullstendig streben etter en midlertidig lukking av mening – en ”*closure*” (Laclau & Mouffe, 2001: 121). Langt mindre oppmerksomhet får aktørenes posisjon som aktive språkbrukere i Laclau og Mouffes modell – den prosessen altså, der aktører med sine uttalelser aktivt inntar bestemte subjektposisjoner i en diskursiv sammenheng.

Også i Potter og Wetherells modell er identitetsdannelse betraktet som et ustabilt og midlertidig prosjekt. Men der er det også et aktivt prosjekt for aktører som i sin retoriske forhandling med andre, trakter etter å framstå med en bestemt identitet gjennom å benytte seg av diskursive ressurser i form av fortolkningsrepertoar.

Dette begrepet om fortolkningsrepertoar tar jeg ikke opp i min analyse. Jeg bruker diskursbegrepet både i de tilfellene der jeg benytter meg av terminologien fra diskursteori og diskurspsykologi. Som jeg har påpekt allerede, var Potter og Wetherells formål med å bytte ut begrepet diskurs med fortolkningsrepertoar todelt. For det første ønsket de å lede den analytiske oppmerksomheten mot aktørenes aktive rolle som språkbrukere. For det andre ville de avgrense seg mot mer tydelig poststrukturalistisk forankrete, diskursanalytiske tradisjoner. Disse har, ifølge Potter og Wetherell, en tendens til å presentere diskurser som reifiserte størrelser – som sosiale størrelser nærmest utstyrt med en egen agenda og et eget liv. Den

samme kritikken - at diskursbegrepet blir presentert som om det henviser til faktiske objekter i realiteten - har imidlertid blitt gjort gjeldende for flere enn bare poststrukturalistisk forankrete diskursanalytiske tradisjoner (Jørgensen & Phillips, 2002: 143). Også diskurspsykologien presenterer sine fortolkningsrepertoar i en form som går forut selve handlingen (Hammersley, 2003: 768).

Det er vanskelig å se hvordan en diskursiv forhandling av mening kan finne sted uten en hvilken som helst forforståelse. For å kunne benytte seg av fortolkningsrepertoar som en diskursiv ressurs må aktørene i det minste ha en omtrentlig forestilling om hva denne ressursen innebærer. Heller ikke Potter og Wetherells grep med å bytte ut diskurs med fortolkningsrepertoar løser noe ved det. Jeg holder derfor fast ved begrepet diskurs i min undersøkelse. De diskursive handlingsrammene jeg beskriver i kapittel 10, kunne imidlertid likeså godt beskrives som fortolkningsrepertoar.

Jeg følger i min analyse langt på vei Potter og Wetherells interesse i hvordan aktørene i sin retoriske framstilling konstruerer bestemte representasjoner av sin sosiale verden som reele og stabile, og hvordan de på den andre siden undergraver alternative versjoner (Jørgensen & Phillips, 2002: 118 f). Særlig i min analyse av intervjutranskripsjoner gjør jeg bruk av forestillingen om aktører som bruker diskursive ressurser fleksibelt og inkonsistent. Jeg betrakter altså først og fremst variabiliteten i bruken av diskursive ressurser.

Fra Laclau og Mouffes diskursteori henter jeg forestillingen om hvordan diskurser er konstruert gjennom en kobling av forskjellige begrep i et nett med sentrale diskursive nodal- eller forankringspunkt.

Begge metodologier kan brukes på ulike former for tekstuell datamateriale. Likevel vil jeg hevde at Laclau og Mouffes begrepsapparat har sin styrke i forhold til en dokumentanalyse slik jeg foretar den i kapittel 5, mens Potter og Wetherells modell byr på et rikholdig utvalg av analytiske teknikker for en bearbeiding av intervjuetekster slik den står sentralt i kapitlene 8 til 10. Samtidig vil jeg gjøre oppmerksom på at jeg ikke bruker noen av metodologiene eksklusivt for disse forskjellige datakildene, men at jeg benytter meg av begge modeller, dog i varierende grad.

Med en kombinasjon av Laclau og Mouffes diskursteori og Potter og Wetherells diskurspsykologi er det mulig å undersøke samarbeid i det psykiske helsevern som en prosess i en

diskursiv produksjon av mening, med et forholdsvis bredt sammensatt utvalg av begrep og analytiske teknikker.

I det forrige kapitlet presenterte jeg et resonnement fra Vibeke Erichsens profesjonsteoretiske modell. Et av hennes argument er at helsevesenet ikke først og fremst er preget av en bestemt dominant yrkesfaglig kjerne, men av randsoner og grenseflater der yrkesfaglige identiteter er utfordret jo mer de begir seg inn i en uklar arbeidsfordeling og i et samarbeid med andre.

I dette kapitlet har jeg argumentert at sosialkonstruktivistisk tenkning legger opp til å betrakte enhver framstilling som uunngåelig perspektivistisk. Heller ikke samfunnsvitenskapelig forskning har et eksklusivt utgangspunkt. Også denne går ut fra egne teoretiske og metodiske premisser, og derfor er også samfunnsvitenskapelig forskning, på lik linje med all annen vitenskapelig produksjon av viten et perspektivisk prosjekt.

Jeg vil bygge videre på begge resonnement og fortsetter min undersøkelse i det følgende kapitlet med et argument om en framstilling av samarbeid ut fra perspektivet til en bestemt gruppe yrkesutøvere. Etter en kort beskrivelse av denne sammensatte gruppen argumenterer jeg for hvorfor nettopp denne presenterer et fruktbart perspektiv for en analyse av samarbeid i psykisk helsevern og psykisk helsearbeid.

4 Bakkebyråkrater i psykisk helsevern – et lite synlig perspektiv

I kapittel 2.2 har jeg referert til en tabell over personalstrukturen i psykisk helsevern der noen personalgrupper var framstilt som underforstått selvsagte elementer, mens andre ikke var nevnt annet enn i en samlekategori. Jeg har tolket denne tabellen ved hjelp av tre profesjonsteoretiske modeller som alle på hvert sitt vis har forholdt seg til yrkenes råderett over et i varierende grad autonomt kunnskapsforråd. På bakgrunn av dette har yrkene i helsevesenet i to av de tre modellene blitt delt inn i et problematisk begrepspar av profesjoner og para- eller semiprofesjoner.

Også i dette kapitlet vil jeg ta utgangspunkt i en tabellarisk framstilling og bruke implikasjonene av en bestemt kategorisering av personalet som utgangspunkt for min argumentasjon.

**Antall årsverk blant ”Kvalifisert” personell og ”annet personell”.
Antall og prosentandel. 1991-99**

	Kvalifisert personell		Annet personell ¹	
	Antall årsverk	Andel (%)	Antall årsverk	Andel (%)
1991	5618	44	7211	56
1999	7373	53	6433	47

¹) Hjelpepleiere, annet pleiepersonell og ”annet personell”.

(Hagen, 2000: 27)

Heller ikke i denne tabellen er inndelingen for beskrivelsen av personalstrukturen til det psykiske helsevernet uproblematisk.¹⁶ Kriteriet for ”kvalifisert personell” er reservert for yrkesgrupper med en minst treårig utdanning - i praksis altså for personale med høyskole- eller universitetsutdanning. Om betegnelsen ”kvalifisert personell” kan opprettholdes med en slik snever forståelse, virker heller tvilsomt. Tabellen er av eldre dato og i nyere presentasjoner av personalstrukturen i psykisk helsevern fra samme kilde, er inndelingen mellom ”kvalifisert” og ”annet personell” ikke opprettholdt på samme måten. Likevel brukes lik-

¹⁶ Som tidligere betegner tallene forholdet mellom yrkesgrupper i spesialisthelsetjenesten. Tilsvarende tall for kommunehelsetjenesten eksisterer, så vidt meg bekjent, ikke annet enn som estimat.

nende tabellariske oversikter fortsatt som en indikator for et kvalitativt løft i personalstrukturen i psykisk helsevern.

Min interesse i denne tabellen er imidlertid ikke i første linje rettet mot implikasjonene en slik snever bruk av utdanning som kategoriseringsmerknad har. Jeg vil derimot argumentere at denne kategoriseringen er direkte misvisende fordi den impliserer at gruppen av ”kvalifisert personell” kan betraktes under ett.

På tvers av denne gruppen går det et avgjørende strukturelt skille. Dette skillet deler personalet i psykisk helsevern, men også i kommunalt psykisk helsearbeid, i forhold til grunnleggende forskjellige arbeidsoppgaver, og følgelig grunnleggende forskjellige måter arbeidshverdagen er organisert på for leger og psykologer på den ene siden, og pleie- og omsorgspersonale både med og uten høyskole- eller universitetsutdanning på den andre.¹⁷

Dette langt mer avgjørende skillet blir enda mer tydelig når en betrakter fordelingen mellom institusjonstypene i andre og tredjelinjetjenesten. Av de 13806 årsverk i 1999 var 1557 årsverk tilknyttet en poliklinikk mens 12249 årsverk var lokalisert ved en døgn- eller dagvdeling (Hagen, 2000: 26). Arbeidsplassene ved poliklinikker er overveiende forbeholdt leger med eller uten spesialisering og for psykologer. Relativt få stillinger er besatt av sykepleiere, sosionomer eller annet høyskoleutdannet personale. På avdelingsnivå er forholdet omvendt. Den langt største andelen av personalet som jobber der, består av pleie- og omsorgspersonale og relativt få leger eller psykologer. Mellom disse to gruppene består det imidlertid en markant kvalitativ forskjell. Denne forskjellen er ikke først og fremst knyttet til ulik råderett over et autonomt kunnskapsforråd og heller ikke i et problematisk kvalifiseringsbegrep reservert for høyskole- og universitetsutdannede. Det er derimot begrunnet i en grunnleggende forskjellig strukturert arbeidshverdag for de to gruppene.

Jeg vil ta utgangspunkt i dette skillet for min framstilling av samarbeid i psykisk helsevern og psykisk helsearbeid og begrunne mer utførlig hvorfor jeg oppfatter den forskjellige organisasjonen av arbeidshverdagen som sentral.

¹⁷ Som i min tidligere presentasjon av personalstrukturen i psykisk helsevern ser jeg også her bort fra personalgrupper som ikke har noen direkte befatning med pasientene.

4.1 Ulike måter å møte pasienter

En første strukturell forskjell i de to gruppenes hverdag gjelder formen og den ytre rammen for pasientkontakten. For leger og psykologer består kontakten med pasientene som regel i korte og forholdsvis sjeldne møter med pasientene. Møtene er som regel tidsbegrenset og det tematiske innholdet er bestemt på forhånd. For pleie- og omsorgspersonale er møtene med pasienter derimot ofte av ubestemt varighet, og de er langt hyppigere. De er også i langt større grad spontane og sjelden orientert ved en på forhånd bestemt agenda.

Også når det gjelder de fysiske omgivelsene der møtet mellom yrkesutøver og pasient finner sted, skiller de to gruppene seg vesentlig fra hverandre. Samtaler mellom leger eller psykologer og pasienter foregår som regel på yrkesutøvernes egne kontorer eller på spesielt avsatte samtalerom. Bare unntaksvis skjer dette på pasientens rom. Som regel deltar også pasientens kontaktperson blant pleie- og omsorgspersonale i slike møter. Disse møtene utgjør imidlertid bare en mindre del av kontakten med pasientene.

Mange steder har det blitt undersøkt hvordan møtet mellom lege og pasient er påvirket bl.a. av den ytre rammen der legen får "besøk" av pasienten og der den sistnevnte dermed er bundet til de konvensjonene som styrer et møte mellom den besøkende og den besøkte (Heidenreich, 2001; May, 2007; Wirtz et al., 2006). De samme konvensjonene gjelder også for møtet mellom pasienter og pleie- omsorgspersonale. Men her er forholdet som regel omvendt. På institusjonene foregår disse møtene gjerne i avdelingens fellesarealer eller på pasientens rom. Også i den kommunale førstelinjetjenesten er yrkesutøverne som regel de besøkende når de oppsøker pasientene i deres hjem.

Egne omgivelser gir en relativ trygghet. Leger og psykologer på den ene siden har den på sitt eget kontor, og pasienter på den andre siden har den enten under en innleggelse i andre og tredjelinjetjenesten på sine egne rom eller på hjemplassen i sin egen bolig. For de ansatte fra pleie- og omsorgspersonalet mangler denne relative tryggheten langt på vei. De leverer sine tjenester i en stor grad gjennom direkte kontakt med sine brukere, og de yter disse tjenestene enten i andres private omgivelser (som i kommunene) eller i den heller nøytrale lokaliteten av et fellesareal, eller også et særskilt samtalerom (som på institusjonene i spesialisthelsetjenesten). Jamt over mangler de den relative tryggheten som et eget kontor eller

lignende skjermete omgivelser gir for å utføre for eksempel skriftlige arbeider i for- eller etterkant av et møte med pasienten.

De planlagte, tidsavgrensede konsultasjonene som utgjør hovedparten av pasientkontakten for leger og psykologer, utgjør for pleie- og omsorgspersonalet bare en liten del. Hoveddelen av kontakten finner sted i mindre formelle møter, i spontane samtaler og med en i langt mindre grad fastlagt agenda.

4.2 Pleie- og omsorgspersonale som bakkebyråkrater

Kontakten mellom pasienter og pleie- og omsorgspersonale består altså i langt større grad i spontane, mindre formelle og sjelden planbare møter. Den setter denne gruppen også i en forholdsvis utsatt posisjon der handlingsstrategier og prioriteringer må utvikles spontant og i konkurranse mellom flere behov.

Yrkesgrupper som står i en tett kontakt med brukerne av offentlig tjenestevirksomhet, har i en annen sammenheng blitt betegnet som "street level bureaucrats" (Lipsky, 1980; Prottas, 1979) eller, i en norsk sammenheng, som "bakkebyråkrater" (Repstad, 1993: 277). Til disse regnes for eksempel lærere, politi, sosialarbeidere eller ulike grupper i pleie- og omsorgssektoren. Noen steder har også primærleger blitt beskrevet ut fra et slikt perspektiv (Checkland, 2004; McDonald, 2002).

Begrepet bakkebyråkrater beskriver altså ikke et bestemt yrke, men heller en gruppe yrkesutøvere som på flere måter deler en felles arbeidssituasjon. Jeg har allerede nevnt kontakttettheten med pasienter eller klienter som et kjennetegn. I Lipskys opprinnelige beskrivelse nevner han som et videre kjennetegn en arbeidssituasjon gjennomgående preget av en sterk belastning med klienter (eller i dette tilfellet pasienter), samtidig som måten yrkesutøvere møter sine tjenestemottakere både krever og åpner for et relativt stort handlingsrom for skjønn eller diskresjon (Lipsky, 1980: 3). Kjennetegnende for bakkebyråkratenes hverdager, ifølge Lipsky, også at arbeidsbelastningen som regel er for stor til å yte en adekvat tjeneste til alle mottakere. Dette gjør det nødvendig å utvikle strategier for å strekke ressursene lengst mulig, vel bevisst om at disse strategiene underminerer et organisatorisk eller politisk ideal om et likt tjenestetilbud til alle (ibid: 105 f).

Pleie- og omsorgspersonale i psykisk helsevern og psykisk helsearbeid må i sin arbeids- hverdag forene to motsigende krav. På den ene siden står et yrkesetisk begrunnet ønske om å yte en best mulig faglig tjeneste. På den andre siden jobber de innenfor en organisatorisk ramme som setter sine begrensninger for hvor mye tid de kan vie til hver enkelt pasient. Spesielt vanskelig er det å forene disse kravene i et uforutsigbart arbeidsmiljø preget av hyppige kontakter med pasientene; noe som sjelden lar seg tidsbegrense på forhånd. Bakkebyråkrater i psykisk helsevern og psykisk helsearbeid er derfor langt mer enn leger og psykologer nødt til å utvikle strategier for å selektere hvem av pasientene de følger opp framfor andre.

Jeg kommer i kapittel 9 mer utførlig tilbake til forholdet mellom bakkebyråkrater på den ene siden og leger og psykologer på den andre. Der skal jeg også argumentere at begrepet behandler som tidligere har vært reservert for leger og psykologer, er i ferd med å få et forandret innhold etter hvert som i noen tilfeller også sosionomer, sykepleiere og andre har oppnådd en formell behandlerstatus. Foreløpig vil jeg som avgrensning fra den heterogene gruppen av bakkebyråkrater snakke om en sammensatt gruppe av behandlere. I dette begrepet inkluderer jeg altså ikke bare leger og psykologer, men alle som har en formell status som behandler, og som i sin arbeidshverdag har en grunnleggende forskjellig struktur enn bakkebyråkratenes.

Men hvorfor er dette bakkebyråkratperspektivet så sentralt, og hvorfor skal en undersøkelse om samarbeid i psykisk helsevern og psykisk helsearbeid ta eksplisitt utgangspunkt i dette perspektivet?

4.3 Bakkebyråkratiet – et lite synlig perspektiv i psykisk helsevern

Innledningsvis i denne avhandlingen har jeg hevdet at samarbeid er en sentral verdi i den organisatoriske strukturen til psykisk helsevern og psykisk helsearbeid. Det finnes imidlertid relativt få undersøkelser om hvordan denne verdien er satt ut i livet. I noen av de få undersøkelsene som tross alt har blitt gjennomført, er tjenestetilbudet for mennesker med psykiske lidelser omtalt som en homogen enhet. Dermed er det implisert at det ikke finnes

nevneverdige forskjeller mellom bakkebyråkrater og behandlere (f.eks. Johansen, 1997; Statens helsetilsyn, 2001). I disse undersøkelsene er den grunnleggende forskjellige måten arbeidshverdagen for de to gruppene er organisert på, ikke tematisert. Likevel er det tydelig at de implisitt tar utgangspunkt i et biomedisinsk eller, til en viss grad, et psykologifaglig behandlingsbegrep. Dermed reflekterer disse undersøkelsene også et slikt perspektiv. I andre tilfeller er samarbeid beskrevet eksplisitt ut fra et legeperspektiv (f.eks. Den norske lægeforening, 2004; Paulsen, 1991; Ringberg et al., 1999). Så vidt meg bekjent eksisterer det ingen undersøkelser om samarbeid i psykisk helsevern og psykisk helsearbeid som tematiserer bakkebyråkratenes perspektiv. Bakkebyråkratiet i form av pleie- og omsorgspersonalet er altså en svært usynlig gruppe av yrkesutøvere i de relativt få undersøkelsene som i det hele tatt har tematisert den organisatoriske verdien av samarbeid.

Men hva skyldes denne manglende interessen? Bakkebyråkrater innehar uten tvil en sentral posisjon for å realisere et helhetlig tjenestetilbud som tar utgangspunkt i pasientenes sammensatte behov. For de fleste pasientene med behov for langvarige og sammensatte tjenester, er bakkebyråkratene i psykisk helsevern og psykisk helsearbeid de primære kontaktpersonene. Både på institusjonene og i hjemkommunene har bakkebyråkratene mest kontakt med pasientene, de står for kontinuiteten i oppfølgingen, og er ansvarlig for å sette i gang og opprettholde ansvarsgrupper, individuelle planer eller andre kontaktfora for å koordinere et tilbud fra forskjellige tjenester. Sammenliknet med behandlerne utgjør bakkebyråkratene også langt den største gruppen i psykisk helsevern.

Både den tette pasientkontakten og det tallmessige forholdet mellom gruppene, skulle altså tilsi at bakkebyråkratene får en sentral plass på forskningsfronten – for eksempel når det gjelder en evaluering av organisatoriske verdier som samarbeid. Dette er imidlertid ikke tilfelle. I den grad bakkebyråkratene i psykisk helsevern og psykisk helsearbeid i det hele tatt har blitt særskilt fokusert på, har de blitt betraktet i forhold til en bestemt pleieelementaritet (Hamran, 1991; Martinsen, 2003; Martinsen & Wærness, 1991). De har ikke blitt betraktet ut fra de diskursive referanserammene de bruker for å gi mening til sin arbeidshverdag. Denne arbeidshverdagen er, uansett utdanningsbakgrunn, temmelig lik for alle i denne gruppen, samtidig som den er grunnleggende forskjellig fra arbeidshverdagen til gruppen av leger og psykologer og andre med offisiell behandlerstatus.

Med det perspektivet på helsevesenet jeg tar utgangspunkt i her i denne undersøkelsen, nemlig Erichsens modell om et helsevesen bestående av forskjellige faglige kjerneområder omgitt av randsoner og grenseflater til andre deler av velferdsstatlig tjenestetilbud, kan den manglende interessen i bakkebyråkratens posisjon bare forklares ut fra en ideologisk forståelse av bakkebyråkratiet som sammensatt av paraprofesjoner - altså som supplerende yrker til den dominante legeprofesjonen slik jeg har beskrevet dem i kapittel 2.2.1. For en undersøkelse om samarbeid mellom de ulike tjenestetilbydere i psykisk helsevern og psykisk helsearbeid framstår den manglende interessen i bakkebyråkratiet imidlertid som en alvorlig ulempe. En beskrivelse av samarbeid ut fra perspektivet til bakkebyråkraterne representerer derfor et viktig, men hittil lite vektlagt område for forskning.

Et annet argument for et slikt perspektiv er metodologisk begrunnet. Jeg har i kapittel 3.2 argumentert at enhver framstilling nødvendigvis må være teoribelastet og dermed perspektivisk. Når samarbeid i psykisk helsevern og -arbeid hittil enten implisitt eller eksplisitt har blitt undersøkt ut fra et legefaglig og, i mindre grad, et psykologifaglig perspektiv, skyldes det at disse faglige perspektivene dominerer den offentlige debatten om tjenestetilbudet for mennesker med psykiske lidelser. De representerer altså en dominant, naturalisert diskursiv referanseramme, eller en sedimentert diskurs (Laclau, 1990: 34) som det ikke uten videre er mulig å få øye på siden også forskeren er del av denne dominante diskursive orden. En diskursanalytisk framgangsmåte slik jeg anvender den i min analyse, skal ikke minst synliggjøre slike naturaliserte forståelser. En metodisk mulighet for å oppnå dette er å bevisst velge et annet perspektiv enn det dominerende (Jørgensen & Phillips, 2002: 210; Søndergaard, 1999: 22). Også derfor vil jeg argumentere at det i en undersøkelse om samarbeid i psykisk helsevern og psykisk helsearbeid er metodisk fruktbart å ta utgangspunkt i perspektivet til den heterogene gruppen av bakkebyråkrater, og å se på diskursive tolkningsrammer som de bruker for å beskrive sitt samarbeid seg i mellom og med gruppen av behandlere.

I likhet med de fleste organisatoriske verdiene er også samarbeid et begrep brukt i forskjellige sammenheng og med forskjellige meningsinnhold. Jeg vil nå gå over til den empiriske delen av min analyse, og undersøker først noen av de sentrale rammedokumentene som har lagt føringer for den organisatoriske utformingen av psykisk helsevern og psykisk helsearbeid i løpet av de siste tiårene.

5 Samarbeid som diskursivt nodalpunkt

5.1 Om dokumenter og monumenter

Jeg har tidligere i kapittel 3.3 hevdet at diskursanalyse er et felles begrep for ganske ulike og til dels også inkompatible teoritradisjoner. Jeg har også antydnet at jeg i min diskursanalytiske modell følger Winter Jørgensens og Phillips forståelse av diskursanalyse som en komplett teoretisk og metodologisk pakke der den sentrale rollen for sosial konstruksjon av verden tilkommer språket (2002: 5). Metodologisk er diskursanalyse altså orientert mot en analyse av språklige representasjoner nedfelt i tekster. Med andre ord består diskursanalyse i en analyse av tekster der disse betraktes som fortolkninger av empiriske forhold (eller, kanskje mer vanlig, men i et konstruktivistisk perspektiv samtidig mer misvisende: av sosiale fakta). Det som rettferdiggjør å ordne tekster analytisk som uttrykk for en eller flere diskurser, er at tekster betraktes som et sted der forskjellige aspekt av en kaotisk materiell og sosial verden relateres til en meningsfull helhet. Men tekster ordner ikke bare begrep i en mer eller mindre meningsfull sammenheng. Tekster refererer også til andre tekster – for eksempel når begrepene brukes med liknende betydninger, eller når bestemte utsagn som er nedfelt i andre tekster, gjentas. I en slik diskursiv orden framstår noen tekster mer sentrale enn andre. De brukes som sentrale referansepunkt i andre tekster og bærer på denne måten en diskursiv orden i et bestemt tidsrom. I diskursanalytisk språkbruk er slike tekster ofte omtalt som monumenter (Andersen, 1994; Foucault, 2002: 155; Neumann, 2001: 52).

Monumenter kan, som tekster generelt, tolkes som uttrykk for bestemte meningsinnhold som inngår i en større sammenheng – nemlig i en meningsgivende diskurs som relaterer ulike momenter i forhold til hverandre. For det andre skiller monumenter seg ut på den måten at de i bestemte tematiske sammenhenger blir en selvfølgelig referanse for andre tekster. Med et foucaultiansk utgangspunkt formulerer diskursanalytikeren Niels Åkerstrøm Andersen det slik at monumenter knytter sammen regler for hvordan forskjeller og likheter i et diskursivt nett formuleres i forhold til hverandre (1994: 33 f). De dokumenterer hva som i et bestemt tidsrom gjelder som sant, men dette innebærer ikke at de dermed represen-

terer ahistoriske ”fakta”. Dette resonnementet er på en anskuelig måte beskrevet i det følgende sitatet.

Det, der er skrevet ind i de tekstlige monumenter, dokumenterer ikke noget uden for dem selv, men rummer den sandhed og den virkelighed, som bestemte aktører har talt, tænkt, og handlet ud fra på et bestemt tidspunkt og sted.

(Dyrberg et al., 2000: 326)

I diskursanalytiske sammenheng blir forskjellige typer av offentlige dokumenter ofte trukket fram som monumenter. I en norsk sammenheng hevder for eksempel Iver B. Neumann at offentlige utredninger (NOUer) representerer slike monumenter (2001: 52).

Jeg vil i min undersøkelse forholde meg spesielt til en annen type offentlige dokumenter, nemlig stortingsmeldinger. Stortingsmeldinger har en del egenarter som etter mitt syn gjør dem, framfor andre dokumenttyper, spesielt egnet for en analyse av diskursive handlingsrammer som diskusjonen om bestemte tema i den offentlige debatten utspiller seg i.¹⁸

Offentlige utredninger og rapporter har som regel en eksplorativ karakter og er derfor ofte skrevet i en drøftende og problematiserende stil. Selv om forholdene de trekker fram i drøftingen i seg selv setter føringer, er de orientert ved en evaluering av bestemte problemområder, og de er heller tilbakeholdne med konkrete krav og anbefalinger for politiske handlingsorienteringer.

Stortingsproposisjoner på sin side, er regjeringens forslag til vedtak til Stortinget. Disse inneholder konkrete tallforslag til finansiering av bestemte tiltak, men forholdsvis lite bakgrunnsinformasjon.

Lover dokumenterer en offentlig forståelse av riktig og galt. De formidler en relativt varig problemforståelse, og de skal utføre denne oppgaven så langt som mulig uavhengig av begrepslige konjunkturer. Om f.eks. offentlig styring i en bestemt periode er orientert ved konkurranse eller kooperasjon som organisatorisk prinsipp, skal ikke berøre lovens grunnleggende trekk. I forhold til stortingsmeldinger er lovtekster derfor samtidig formulert mer abstrakt og mer allment. Riktig og galt er på samme vis som rettigheter og forpliktelser

¹⁸ For en mer utførlig diskusjon av ulike former for offentlige publikasjoner se Knoph et.al. (2004: 15-17 og 62-64). Se for øvrig en skjematisk oversikt over offentlige publikasjoner på: <http://www.regjeringen.no/nb/dok.html?id=439279>, sist oppsøkt 12.10.07.

motsetninger som må tolkes i forhold til varige maktstrukturer i et samfunn, og ikke i forhold til mer kortvarige, begreplige konjunkturer.

Stortingsmeldinger plasserer seg genremessig mellom offentlige utredninger og proposisjoner på den ene siden, og lovenes forholdsvis statiske form på den andre. De er orienteringer til Stortinget og offentligheten for øvrig om planene til en sittende regjering for framtidig satsing på bestemte problemområder. Denne satsingen er begrunnet eller supplert med informasjon hentet fra tidligere utredninger og andre kilder, ofte i form av vedlegg til meldingen. Stortingsmeldinger kan derfor betraktes både som uttrykk for regjeringens oppfatning av aktuelle problemer i landet til en bestemt tid, og som uttrykk for løsningsstrategiene som betraktes som virksomme. De er med andre ord uttrykk for bestemte ideologier, og disse kan bli synliggjort gjennom en undersøkelse f.eks. av bestemte begrep som er essensielle for at teksten i sin helhet framstår som meningsfull.

Jeg vil i dette kapitlet undersøke forskjellige aspekt ved det mye brukte, men etter hvert ganske problematiske begrepet samarbeid gjennom en systematisk innholdsanalyse av noen utvalgte offentlige dokumenter som kan tilskrives en status som monument slik jeg har definert det. I forlengelse av min forståelse av stortingsmeldinger som uttrykk for en ideologisk problemforståelse, vil jeg i dette tilfellet se på begrepsbruk og kategorier som legges til grunn for beskrivelsen av bestemte emner. De to meldingene jeg har lagt til grunn for denne innholdsanalysen, er StMeld 9 (1974-75) *Sykehusutbygging m.v. i et regionalt helsevesen* og StMeld 23 (1996-97) *Åpenhet og helhet*.¹⁹

Hvorfor valget falt på nettopp disse to meldingene, krever en nærmere begrunnelse.

¹⁹ "Stortingsmelding" er i det følgende forkortet med "StMeld". Se for øvrig liste med forkortelser i appendiks.

5.1.1 Hvorfor disse dokumentene?

Den mest grunnleggende omstruktureringen i norsk helsevesen i nyere tid var antakelig endringene i forholdet mellom allmenn- og spesialisthelsetjenesten. De offentlige intensjonene for en ønsket utforming og gjennomføring av tjenestetilbudet til mennesker med psykiske lidelser i løpet av de siste tiårene, er beskrevet mest utførlig i de to nevnte stortingsmeldingene.

I StMeld 9 (1974-75) er både de somatiske og de psykiske helsetjenestene omtalt, dog med et betydelig fokus på det siste. StMeld 25 (1996-97) har gjort dette spesielt for psykisk helsevern og psykisk helsearbeid. Begge dokumenter beskriver rammene for helsetjenestens organisering og den kvalitative utforming på tvers av linjenivåene, og kan derfor betraktes som uttrykk for de organisatoriske verdiene som ble favorisert i perioden. De er, med andre ord, uttrykk for en dominant ideologisk orientering.

Selv om selvfølgelig også andre offentlige dokumenter, stortingsmeldinger, offentlige utredninger m.m. har tematisert forskjellige spørsmål i forhold til helsevesenets utforming, har kun disse to meldingene tematisert tjenestetilbudet for mennesker med psykiske lidelser i sin helhet.²⁰ Andre stortingsmeldinger som omhandler helsetjenestenes form eller innhold, fokuserer enten ikke på psykisk helsevern og psykisk helsearbeid som helhet, men på bestemte delaspekt. Den i StMeld 25 (1996-97) mye refererte StMeld 50 (1993-94) *Samarbeid og styring* for eksempel, omhandler hovedsakelig helsetjenestenes framtidige finansieringsgrunnlag og bare i liten grad tjenestenes kvalitative utforming. Av de stortingsmeldingene som har tematisert den kvalitative utformingen av tjenestetilbudet for mennesker med psykiske lidelser før StMeld 25 (1996-97), har dette skjedd mest utførlig i StMeld 9 (1974-75).

²⁰ En gjennomgang gjennom arkivet på regjeringens nettsider viser at Stortingsmelding 25 (97/97) er den første Stortingsmeldingen som gir en statusrapport og skisserer en organisatorisk nystrukturering spesielt for den psykiske del av helsetjenesten i Norge – sml. <http://www.odin.dep.no/odinarkiv/norsk/regjeringsdok/bn.html>, sist oppsøkt 13.04.2005. Se forøvrig også (Vold, 2002: 99).

5.1.2 Om innholds- og diskursanalyser

Dokumenter har som regel et bestemt tema. Offentlige dokumenter som utredninger eller stortingsmeldinger har det i alle fall. Dette temaet definerer dokumentets fokus, som på sin side er uttrykt gjennom bestemte begrep. En stortingsmelding som er tematisk innrettet mot helsevesenet, bruker for eksempel begrep som sykehus eller lege for å uttrykke et bestemt meningsinnhold i den større konteksten som helsevesenet representerer. Sykehus eller lege er i denne sammenheng begrep som kan opptre både i form av enten implisitte eller eksplisitte referanser, og i begge tilfeller være en selvsagt bestanddel for dokumentets tematiske fokus. Jeg vil illustrere det med et eksempel hentet fra StMeld 25 (1996-97) *Åpenhet og helhet*. I et av de innledende kapitlene heter det under overskriften *Tjenestetilbudene, status, vurderinger og forslag til tiltak*:

I dagens lov om psykisk helsevern er adgangen til å foreta tvangsinnleggelse, med unntak av observasjonsopphold på inntil tre uker, begrenset til å gjelde i sykehus. I lovutkastet vil det bli foreslått at tvunget psykisk helsevern kan gis ved døgnopphold i institusjon som er særskilt godkjent for formålet.

(Sosial- og helsedepartementet, 1996: 45)

I forhold til de to begrepene sykehus og lege brukes det førstnevnte her eksplisitt for å beskrive stortingsmeldingens tematiske fokus – nemlig det psykiske helsevernet. Et av de selvsagte momentene i denne sammenhengen er sykehus, og dette er nevnt eksplisitt fordi det settes i forhold til andre momenter som ikke er like entydig tilordnet en diskursiv sammenheng om psykisk helsevern.²¹ I dette tilfellet gjelder det tekstens del: "*institusjon som er særskilt godkjent for formålet*".

Det andre selvsagte momentet som jeg har trukket fram som eksempel, nemlig lege, opptrer bare implisitt. Adgangen til å forestå tvangsinnleggelse gjelder i sykehus, men de kan foretas bare av en spesiell yrkesgruppe: nemlig leger. Dermed er også lege et sentralt, selvsagt moment i en psykiatrisk diskurs, og i sin implisitte form er dette momentet like vesentlig for å beskrive og gi mening til dokumentets tematiske fokus, som det eksplisitt brukte be-

²¹ Som i avhandlingen for øvrig skiller jeg også her i samsvar med Laclau og Mouffes diskursteori mellom elementer og momenter, der elementer betegner enhver differanse som ikke er artikulert i en diskurs, mens momenter er differanser som er artikulert som del av en diskurs og som virker identitetsskapende gjennom sin relasjon til andre momenter (Laclau & Mouffe, 2001: 105).

grepet sykehus i eksemplet. I andre tilfeller er det tenkelig at teksten kan klare seg med en implisitt referanse til begrepet sykehus og likevel forbli forståelig.

Andre begrep har en mindre sentral stilling og får sitt meningsinnhold i en diskurs om psykisk helsevern gjennom en relasjon til andre, sentrale momenter – momenter som f.eks. sykehus eller lege, men også f.eks. avdeling (som definerer et delaspekt av helsevesenets organisering) eller behandling (som definerer en av helsevesenets sentrale oppgaver). Jeg har tidligere påpekt at disse sentrale begrepene betegnes som nodalpunkt i diskursteoretisk språkbruk; som sentrale referansepunkt for en meningsdefinisjon av andre, mer perifere begrep (Laclau & Mouffe, 2001: 112).

Laclau og Mouffe med sitt anti-essensialistiske utgangspunkt betrakter nodalpunkt som perspektivavhengige kontingente konstruksjoner. De må derfor beskrives ut fra en bestemt sentral meningsgivende funksjon i forhold til andre momenter, eller i forhold til ulike meningsinnhold de har i forskjellige diskurser, eller i forhold til de meningsinnhold som de etablerer eller undertrykker (Jørgensen & Phillips, 2002: 165 f).

Mens diskursive nodalpunkt er kontingente, er de dog forholdsvis stabile over tid. Ellers kunne de neppe danne et begrepslig sentrum for å knytte sammen andre momenter. Mindre sentrale begrep derimot, er mer sensible for begrepslige konjunkturer. Eksempler på et begrepskifte av mer perifere begrep i en medisinsk diskursiv sammenheng, er blant andre knyttet til den organisatoriske og økonomiske omorienteringen i helsevesenet. I en sammenlikning av norsk og britisk primærhelsetjeneste hevdes det f.eks. at begrepet konkurranse som i Storbritannia under Thatcherismen ble satt i høysetet, nå langt på vei har blitt erstattet av samarbeid (Lian, 2003a: 315).

En medisinsk diskurs er i dag vanskelig å føre uten en enten implisitt eller eksplisitt henvisning til nodalpunkt som sykehus, lege, avdeling eller behandling. I en tekst som omhandler helsevesenet behøver disse derfor heller ikke å bli brukt aktivt. Både eksplisitt og implisitt brukes de som referansepunkt i det meningsgivende diskursive nettet av en medisinsk diskurs. Til sammen utgjør de en forståelseshorisont for hva medisin og psykiatri er. I Laclaus formulering representerer en slik forståelseshorisont et absolutt limit som strukturerer hva som er forståelig eller ikke forståelig på et bestemt diskursivt felt (Laclau, 1990:

64).²² For å framstå som meningsfulle må begrep som formuleres innenfor en medisinsk eller psykiatrisk diskurs, posisjoneres i forhold til disse selvsagte nodalpunktene.

Konkurransen eller samarbeid som jeg har nevnt tidligere, er derimot relativt åpne begrep. Selv om samarbeid i de senere årene har utviklet seg til et sentralt begrep i helsevesenet, er det ikke en like selvsagt del av en medisinsk diskurs som lege, sykehus osv. Samarbeid opptrer ikke bare i en medisinsk diskurs, men, med varierende meningsinnhold, til samme tid også i andre diskurser. Det er et moment som får sitt meningsinnhold gjennom at det settes i forhold til forskjellige nodalpunkt i ulike diskurser (Dyrberg et al., 2000: 328; Laclau & Mouffe, 2001: 105).

For analysen av de to stortingsmeldingene jeg har undersøkt, betyr det at et mindre sentralt moment som samarbeid ikke kan bygge på en implisitt diskursiv referanse i teksten for å kunne framstå som meningsfull. Det må opptre eksplisitt, og jeg vil derfor argumentere at hyppigheten av den aktive forekomsten i en tekst kan brukes som indikator for begrepets diskursive relevans. Dermed er det mulig å vise tendenser for en diskursiv utvikling på bakgrunn av endret bruk av begrep som står i sammenheng med et viktig, men ikke selvsagt, begrep som samarbeid.

Jeg vil derfor argumentere for en kombinasjon av en kvantitativ innholdsanalyse og en diskursanalytisk undersøkelse med utgangspunkt i Laclau og Mouffes begrepsapparat. I og med at det er heller sparsomt med metodiske føringer i diskursteorien oppfatter jeg denne koblingen ikke som særlig problematisk. Metodikken med en kvantitativ innholdsanalyse har for øvrig også i andre sammenheng blitt benyttet i poststrukturalistisk inspirerte diskursanalyser (Glasze, 2007; Mohr, 1999).

Andre diskursanalytiske teoritradisjoner er derimot mer skeptiske til kvantitative innholdsanalyser. Blant disse er Potter og Wetherells diskurspsykologiske modell. Siden jeg benytter meg av de metodiske og metodologiske føringene i denne modellen i analysen av intervju materialet, vil jeg kort framstille deres sentrale innvending og argumentere at min analysestrategi er metodisk forsvarlig for en undersøkelse av tekster slik som stortingsmeldinger.

²² Laclau benytter sitt begrep om en forståelseshorisont – en "social imaginary" – for å fange opp historiske perioder som opplysningstiden eller den positivistiske troen på permanent framskritt og en stadig bedre verden. Jeg vil i forhold til denne undersøkelsen argumentere for at begrepet er like anvendelig til en beskrivelse av en tenkelig minstenevner for hva som er meningsfullt i en diskurs.

Svært forkortet er Potter og Wetherells argumentet mot en kvantitativ innholdsanalyse at forekomsten av bestemte ord ikke umiddelbart sier noe om bestemte fenomen. Forfatterne bruker som eksempel at forekomsten av begrepet nasjon i en tekst ikke sier noe om et sosialt fenomen som rasisme (Wetherell & Potter, 1992: 92).

Det er ikke vanskelig å være enig i dette resonnementet. Nasjon som del av ens aktive ordforråd gjør vedkommende ikke til en rasist – en slik konklusjon må i tilfelle være resultat av en kontekstualisert tolkningsprosess og ikke av frekvensen for begrepet i en bestemt tekst. I praksis er det imidlertid heller ikke i kvantitative innholdsanalyser mulig å styre utenom en mer eller mindre utførlig kontekstualisering av begrepskategoriene som legges til grunn for analysen. Om dette skjer gjennom en registrering av et latent i tillegg til et manifest innhold, eller av begrepets retning, intensitet, frekvens eller tekstvolum (Grønmo, 2004: 266 f), eller gjennom en rekontekstualisering av begrepene (Mohr, 1999: 1054) er formålet i hvert tilfelle det samme: å representere bestemte aspekter i tekstens meningsinnhold utover begrepets utelukkende tallmessige forekomst.

Potter og Wetherells kritikk at kvantitative innholdsanalyser bruker en ikke-kontekstuell metodikk, er derfor etter mitt syn ikke holdbar som et prinsipielt argument. Kritikken berører heller ikke den etter mine begrep mest vesentlige forskjellen mellom kvantitative innholdsanalyser og kvalitative, tekstorienterte analysestrategier.

I det første tilfellet gjøres det krav på å tegne et reliabelt, valide og objektivt bilde av teksten. Kvalitative – og spesielt gjelder dette for diskursive – analysestrategier er derimot preget av en grunnleggende perspektivisme. Jeg har hevdet tidligere at tekster nødvendigvis blir skrevet og lest ut fra et bestemt perspektiv, og derfor skjer også en koding av tekstsekvenser alltid på bakgrunn av leserens teoretiske antakelser enten det er ord eller lengre tekstpassasjer. Både produksjon og konsumpsjon av tekster bygger altså på en forforståelse f.eks. om tekstens form, om meningssammenhengen teksten står i, om adressat, innhold osv. Kodingskategoriene som benyttes for å analysere en tekst faller ikke ned fra himmelen. De er verken universelle eller udiskutable, men blir konstruert med et bestemt formål for øye, og med en bestemt teoretisk ballast som bakgrunn. For tekstanalyser i mer snever forstand gjelder som for empiriske undersøkelser for øvrig, at empiri ikke er tilgjengelig som uberørte fakta, men bare i form av teoriavhengig tolkning (Dyrberg et al., 2000: 319).

Bruk av kvantitative analysestrategier i et diskursanalytisk prosjekt er altså ikke problematisk fordi begrepene ikke blir kontekstualisert i en eller annen form. Problematisk blir de først med et krav om å levere valide, reliable og, framfor alt, ”sanne” data. Et slikt krav om å representere tekstens innhold ”som det er”, ser bort fra den historiske konteksten teksten har oppstått i. Med et kvalitativt metodesyn gjelder det samme for forskerens perspektiv. Også dette er avgjørende for hvordan representasjonen av teksten kommer til å se ut. Med et perspektiv som tar utgangspunkt i den kontingente meningsammenhengen bestemte begrep står i, og med en aksept for det egne teoribelastede perspektivet som utgangspunkt for en konstruksjon av søkeord og kodingskategorier, oppfatter jeg en kvantitativ innholdsanalyse som et fullt ut brukbart metodisk instrument for en representasjon av innholdet i en tekst. Men dette gjelder altså bare så lenge denne analysen betraktes som fortolkning og ikke som en gjengivelse av tekstens innhold slik den ”virkelig” er.

I forhold til en analyse av stortingsmeldinger vil jeg argumentere at forekomsten av bestemte begrep uten problemer kan brukes som indikator for tekstens semantiske konstruksjon gjennom begrepenes konjunktur i en bestemt historisk periode. I innholdsanalysen av de to stortingsmeldingene betrakter jeg forekomsten av begrepet samarbeid som en indikator for begrepets relevans som et formende moment for disse tekstene. Jeg betrakter også en begrepsmessig utvikling av de begrepene som relaterer seg til samarbeid, og bruker denne utviklingen som en indikator for et forandret meningsinnhold av samarbeid gjennom begrepets relasjon til andre momenter.

Et av de metodiske premissene for kodingsprosessen i diskursanalyser er, i følge Potter og Wetherell, å holde kodingen så inkluderende og åpen som mulig (Potter & Wetherell, 1987: 167). Dette er stikk i strid med kravet om forformulerte og stringent gjennomførte kodingskategorier i en kvantitativ innholdsanalyse. Strategien jeg har valgt for denne delen av min avhandling, ligger et sted mellom disse to ytterpunktene. For det første har jeg formulert kodebegrepene som et resultat av en grundig lesning og gjenlesning av de to dokumentene, og ikke som forformulerte kategorier. I analysen av StMeld 25 (1996-97) er dessuten ikke bare begrepene forekomst undersøkt, men også konteksten begrepene står i. Senest i formuleringen av kategoriene for denne kontekstualiseringen trer min problemforståelse og mitt perspektiv på samarbeid fram.

Med denne metodologiske begrunnelsen som utgangspunkt vil jeg nå se på den begrepsmessige kjernen i min avhandling; nemlig på begrepet samarbeid. Ut fra analysen av de to stortingsmeldingene vil jeg argumentere at samarbeid er et sentralt moment i psykisk helsevern og psykisk helsearbeid som har holdt seg aktuelt over et lengre tidsrom, samtidig som innholdet i samarbeidsbegrepet har forskjøvet seg.

5.2 Samarbeid: Fra styring til tverrfaglighet

Dokumentene jeg har valgt har forskjellig omfang. StMeld 25 (1996-97) består av til sammen 165 sider; StMeld 9 (1974-75) av 262. Når tekstene skal sammenliknes i forhold til forekomsten av et bestemt begrep, må dette tas med i betraktningen. I parentes står det derfor et tall som setter frekvensen for søkebegrepene i et forhold til tekstomfanget målt i antall sider og indikerer dermed begrepenes relative vekt.²³

De angitte dokumentene ble gjennomført etter begrepet samarbeid med synonymer og beslektede begrep. Begrepene ble registrert trunkert, altså med ordstammen.²⁴ Fordelingen for begrepene er som følgende.

Dokument	Søkebegrep ²⁵					
	Samarbei*	Samord*	Samvirke*	Koordi*	Tverrfag*	Styri*
StMeld 25 (1996-97)	179 (1,09)	42 (0,26)	6 (0,04)	34 (0,21)	26 (0,16)	15 (0,09)
StMeld 9 (1974-75)	181 (0,69)	18 (0,07)	0	53 (0,20)	4 (0,02)	74 (0,28)

Denne fordelingen mellom begrepene i de to dokumentene kan tolkes på forskjellig måte. Når en først betrakter de to stortingsmeldingene hver for seg, skiller de seg fra hverandre

²³ For Stortingsmeldingene ble sidetallet i dokumentene (inkludert innholdsfortegnelse og vedlegg) lagt til grunn. Faktoren i parentes ble så regnet ut på følgende måte: Frekvens for søkebegrepet delt gjennom antall sider.

²⁴ Søket for Stortingsmelding. 25 (1996-97) ble gjennomført elektronisk. Stortingsmelding 9 (1974-75) foreligger bare i trykt utgave. Her ble søket gjennomført manuelt og selv om dette ble gjort etter beste evne, må det tas høyde for at begrepene i noen tilfeller kan ha blitt oversett. En prinsipiell svakhet ved innholdsanalyser som tar utgangspunkt utelukkende i forekomsten av spesielle begrep er at de ikke tar tekstpassasjer med i betraktning som omhandler søkebegrepenes semantiske innhold uten at de nevner selve begrepet (Gibbs, 2002: 106).

²⁵ I tillegg ble det søkt med ordstammen *koop** for begrep som kooperasjon, kooperere osv. uten treff i noen av dokumentene.

gjennom et ulikt fokus: StMeld 9 (1974-75) analyserer helsevesenet som helhet ut fra perspektivet til spesialisthelsetjenesten. StMeld 25 (1996-97) analyserer en bestemt del av helsevesenet, nemlig psykisk helsevern og psykisk helsearbeid. Selv om avstanden mellom organiseringen av psykisk helsevern og psykisk helsearbeid og de forskjellige delene av det somatiske helsevesenet varierer, er det store forskjeller mellom tjenestetilbudet til mennesker med psykiske og med somatiske lidelser. I forhold til for eksempel kirurgi er avstanden relativt stor. Kirurgi er et medisinsk fagområde som utøves i vesentlige deler på sykehuset. I den grad et ettervern eksisterer, er også dette organisert fra sykehusene selv. På andre medisinske fagområder som for eksempel geriatri eller i kreftomsorgen, er tjenestene, ganske sammenfallende med situasjonen i psykisk helsevern, nødt til å ha et funksjonsdyktig samarbeid med sykehuseksterne instanser – først og fremst med primærhelsetjenesten i kommunene.

Dette kan være en del av forklaringen på den avvikende begrepsbruken i stortingsmeldingene. Men til tross for et delvis ulikt fokus er StMeld 9 (1974-75) brukt som en av hovedreferansene i den senere StMeld 25 (1996-97). Der blir kjernen i den tidligere meldingen sammenfattet slik:

Innføring av 1) regionaliseringsprinsippet og 2) nivåddifferensiering. Hver institusjon skulle ha et entydig bestemt geografisk opptaksområde. Helsevesenet ble inndelt i distriktshelsetjeneste, fylkeshelsetjeneste og regionhelsetjeneste. Det foreslås at ansvaret for pasienter med psykiske lidelser skal deles mellom primærhelsetjenesten og spesialisthelsetjenesten.

(Sosial- og helsedepartementet, 1996: 13)

Det er vanskelig å se hvordan en ansvarsfordeling mellom kommune- og spesialisthelsetjenesten skal gjennomføres uten at dette også medfører mer samarbeid. Derfor er det heller ikke overraskende at samarbeid som begrep er sentralt i begge stortingsmeldinger. Forskjeller i begrepsbruken viser seg derimot når samarbeidsbegrepet betraktes i forhold til forekomsten av begrep som brukes dels som synonyme, dels som beslektede begrep. Som det framgår av tabellen, har jeg lagt de følgende til grunn: samordning, samvirke, koordinering, tverrfaglighet og styring.²⁶

²⁶ Min definisjon av beslektede begrep er selvfølgelig subjektiv. I en undersøkelse av andre offentlige utredninger og meldinger har forfatteren hevdet at det ikke er noe semantisk skille mellom begrepene koordinering, samordning og samarbeid (Jacobsen, 1993: 322). Jeg vil hevde at det er mulig å trekke et slikt skille, selv om begrepene kan bli brukt vilkårlig. En innholdsmessig avgrensning må derfor skje på bakgrunn av en kontekstualisering i en eller annen form. I dette tilfellet skjer det i forhold til bruken av andre begrep.

Disse begrepene uttrykker etter mitt syn ulike aspekt ved samarbeid som organisatorisk verdi. På den ene siden står begrepet *samvirke* som framhever det samlende aspektet i forhold til en felles målsetting. Dette er også det semantiske fokuset i begrep med den sammensatte ordstammen tverrfag*, samtidig som samarbeid her er satt i et interprofesjonelt perspektiv.²⁷

Selv om også disse begrepene beskriver organisatoriske forhold som i det daglige arbeidet forutsetter et bestemt hierarki mellom de samvirkende og tverrfaglig arbeidende partene, er det ikke dette hierarkiet som står i et semantisk sentrum. Dette kommer derimot til uttrykk i begrep med en ordstamme begynnende med koordi* og styri*. Koordinering o.l. betinger en koordinerende så vel som koordinerte parter og uttrykker dermed en viss ordning mellom disse. Enda tydeligere synlig er dette i begrepet *styring* o.l. I den grad disse er relatert til samarbeid, er det nettopp en rangering mellom styrende og styrte som blir framhevet.

Litt mer problematisk er begrepet *samordning*. Dette lar seg ikke umiddelbart tilordne i forhold til et samlende eller hierarkiserende aspekt. Mer enn for eksempel *samvirke* er *samordning* konnotert med et ordnende aspekt, men samtidig kan *samordning* ikke knyttes uten videre til et hierarkisert styringsaspekt mellom de samordnete og samordnende delene.

Uten å belaste fordelingen mellom begrepene for mye vil jeg tolke forekomsten av disse beslektede begrepene i tekstene som en indikator for en forandret diskursiv betydning av begrepet samarbeid i tidsrommet fra midten av 70-tallet til slutten av 90-tallet. Mens det i StMeld 9 (1974-75) er benyttet i sammenheng med et ledelsesaspekt, opptrer det i StMeld 25 (1996-97) som en organisatorisk verdi der et hierarkisk styringsaspekt er langt mindre framtrædende. Isteden for *styring* står heller det mer nøytrale begrepet *samordning* sentralt. Dette inntrykket forsterkes ytterligere når en ikke bare legger den absolutte forekomsten av begrepene i teksten til grunn, men når den settes i forhold til dokumentenes omfang. Her blir det for det første tydelig at samarbeid er mindre sentralt i den tidlige StMeld 9 (1974-75) enn i den senere StMeld 25 (1996-97). I den første forekommer begrepet 0,69 ganger per side i hele teksten; i den sistnevnte er dette forholdet 1,09 ganger. For begrepene som

Jeg vil imidlertid gjøre oppmerksom på at disse tolkningene ikke tar høyde for retningen begrepene er brukt med; dvs. om begrepene altså er brukt med et positivt eller negativt innhold (Grønmo, 2004: 266).

²⁷ Som nevnt, foreligger Stortingsmelding. 25 (1996-97) i elektronisk utgave i fulltekst. Der ble søket gjennomført for *tverrfag**; altså med trunkering.

framhever et samlende aspekt framfor et styrende, altså for *samvirke*, *samordning* og *tverrfaglighet* (samt begrep med samme ordstamme) er bildet enda tydeligere: *Samordning* forekommer 0,07 ganger per tekstsider i StMeld 9 (1974-75) og 0,26 ganger i StMeld 25 (1996-97). *Tverrfaglig* er med en forekomst av 0,02 ganger per tekstsider nærmest fraværende i den eldre meldingen, mens det i den nyere forekommer 0,16 ganger.²⁸ *Samvirke* mangler fullstendig i 70-tallets melding mens det opptrer 0,04 ganger per tekstsider i meldingen fra 90-tallet.

For de hierarkisk konnoterte begrepene er tendensen litt mer uenhetlig: Koordinering forekommer med hhv. 0,21 og 0,20 ganger per side tilnærmet like ofte. For begrepet styring er tendensen derimot omvendt. Dette forekommer 0,28 ganger per tekstsider i StMeld 9 (1974-75), men bare 0,09 ganger i StMeld 25 (1996-97).

I innledningen til denne undersøkelsen har jeg vist at samarbeid er en organisatorisk verdi som er framhevet som løsning for en lang rekke problemer i det psykiske helsevernet. Heller ikke de to stortingsmeldingene som mest av alt i nyere tid har lagt premissene for utforming og gjennomføring av tjenestetilbudet for mennesker med psykiske lidelser i Norge, er da noe unntak. Over flere tiår har samarbeid vedvart som sentral organisatorisk verdi. Fra 70-tallets samarbeidsbegrep som vektla styring og ledelse, har det imidlertid skjedd en semantisk forskyvning fram til slutten av 90-tallet. Nå blir et samlende aspekt vektlagt langt sterkere. Dette samlende aspektet retter seg mot forskjellige profesjonelle krefter så vel som organisatoriske nivåer. I det siste tilfellet blir det langt på vei unngått å ta stilling til spørsmål knyttet til styring eller ledelse generelt.

Jeg har foreløpig brukt en forholdsvis overfladisk innholdsanalyse som begrunnelse for min argumentasjon. I det følgende vil jeg se nærmere på konteksten for begrepene i det dokumentet som mest av alt har lagt premissene for utformingen av psykisk helsevern og psykisk helsearbeid slik det framstår i dag, nemlig StMeld 25 (1996-97). Denne har formulert grunnlaget for Opptrappingsplanen for psykisk helse. I min beskrivelse av oppgavefordelingen for de organisatoriske linjenivå har jeg gjort oppmerksom på at denne planen har

²⁸ *Tverrfag** kommer riktignok også i Stortingsmelding 9 (1974-75) opp 4 ganger. Disse tre refererer i tre tilfeller til tiltak innenfor helsevern for psykisk utviklingshemmede og ikke til tiltak for somatiske helsetjenester eller, som i Stortingsmelding 25 (1996-97), for psykiske (Sosialdepartementet, 1974: 57, 61). I et tilfelle vises det generelt til tverrfaglig rådgivende utvalg (ibid: 34).

medført mindre justeringer for tilbudet på sentralsykehusene, mens den langt største delen av midlene gikk til en storstilt satsing på desentraliserte og kommunale tjenester. I den nye tredelte strukturen tilkommer samarbeid en enda større betydning enn tidligere.

5.2.1 Det tverrfaglige samarbeidet

I min sammenlikning av de to stortingsmeldingene så langt har jeg tatt utgangspunkt i frekvensen av samarbeid og beslektede begrep.

Som helsepolitisk slagord blir positivt konnoterte begrep ofte brukt i sin egen rett. De blir satt fram i form av selvforklarende begrep som ikke krever en nærmere begrunnelse. Min interesse for å utarbeide den følgende tabellen har derfor vært å se på om begrepene har forekommet i forbindelse med en bestemt organisatorisk eller personalpolitisk målsetting. I den følgende tabellen har jeg kontekstualisert forekomsten av disse begrepene og undersøkt hvordan de fordeler seg i StMeld 25 (1996-97) i forhold til hvem som skal samarbeide, samordnes, styre eller styres osv., og i forhold til hvorfor det skal samarbeides (altså motivasjonen for samarbeid).

Kategoriene i tabellen har jeg utviklet etter hvert som begrepene har forekommet i tekstene. De representerer således et avvik fra en i strengere forstand kvantitativ innholdsanalyse med på forhånd formulerte søkeord, og er mer i tråd med framgangsmåten i kvalitativ innholdsanalyse av tekster (Mohr, 1999; Sjoblom et al., 2005).

	Samarbe* 179	Samvirk* 6	Tverrfag* 26	Samord* 42	Koordi* 34	Styri* 15
Hvorfor?						
Ressursbruk	55	0	1	13	5	0
Behandling	65	1	9	8	3	3
Retorisk vending	3	0	0	0	0	0
Viser til andre dokumenter	12	0	0	2	0	10
Forskning og utdanning	16	1	19	6	0	4
Andre	11	0	1	0	0	3
Mellom hvem?						
Profesjoner i helsevesenet (Σ 48)	13	2	24	9	0	0
Mellom bakkebyråkrater	0	0	11	0	0	0
Mellom leger/psykologer og bakkebyråkrater	2	0	1	3	0	0
Mellom leger og psykologer	5	1	1	1	0	0
Mellom leger	0	0	0	0	0	0
Andre profesjoner	7	1	6	5	0	0
Mellom helsepersonell og andre (Σ 16)	13	0	0	2	1	0
Pasienter	10	1	0	1	1	0
Brukerorganisasjoner	7	0	0	1	0	0
Pårørende	7	0	0	0	0	0
Andre	9	1	0	1	0	2
Tjenester innenfor helsevesenet (Σ 128)	98	1	3	24	1	1
Mellom enheter på samme nivå	44	0	2	13	1	1
Mellom tjenestenivåer	66	1	2	13	1	0
Tjenester innen- og utenfor helsevesenet (Σ 182)	132	1	4	36	4	5
Andre tjenester utenfor helsevesenet seg imellom	22	1	1	5	0	1
Helse- og andre tjenester	63	0	2	14	2	4
Andre tjenester	15	2	0	6	1	1

Begrepene i teksten kan forekomme i sammenheng med flere av kategoriene for hhv. hvorfor det skal samarbeides og mellom hvem samarbeidet skal foregå. På den andre siden er det ikke mulig å kode alle forekomster av begrepene innenfor kategoriene *hvorfor* og *mellom hvem*. Interessant i denne sammenhengen er f.eks. at begrepet styring som forekommer 15 ganger i hele stortingsmeldingen, bare kan plasseres 9 ganger i en av mine valgte kategorier – nemlig i forhold til en henvisning til andre dokumenter. Dette støtter min tidligere

tese om at det i StMeld 25 (1996-97) på den ene siden etterlyses et samarbeid mellom de forskjellige delene av det psykiske helsevernet, samtidig som et spørsmål om og i tilfelle av hvem dette samarbeidet skal styres, langt på vei blir unngått.

Fordelingen mellom begrepene åpner for flere interessante tolkninger i forhold til det semantiske innholdet i samarbeidsbegrepet i dokumentet. Jeg vil framheve særlig seks forhold.

1. I forhold til motivasjonen for samarbeid (altså hvorfor samarbeid er framhevet), dominerer to kategorier – nemlig ressursbruk og behandling. Samarbeid er altså omtalt først og fremst som virkemiddel for å oppnå en mer effektiv bruk av midler, og for å gjøre behandlingstilbudet til pasientene mer virkningsfullt.
2. Blant de andre kategoriene vil jeg særlig framhevet begrepet om tverrfaglighet. Som motivasjon for tverrfaglig samarbeid opptrer denne kategorien først og fremst som et behandlingsorientert virkemiddel. Behandling blir tydeligvis betraktet som bedre når ulike faglige synspunkter kommer til innsats, og dette reflekteres også i den relativt sterke vekten som tverrfaglighet har i forskning og utdanning.
3. I forhold til hvem som var omtalt i forbindelse med samarbeid og beslektede begrep er det tydelig at begrepene opptrer i en organisatorisk sammenheng først og fremst som samarbeid mellom helse- og andre offentlige tjenester.
4. Når det gjelder forholdet mellom tjenestene er samarbeid og samordning de begrepene som hovedsakelig brukes for å beskrive både relasjonen innen- og utenfor helsetjenesten, og innfor og mellom tjenestenivåene. Samarbeid er i denne sammenhengen altså knyttet til et begrep som semantisk framhever et samlende, ikke-hierarkiserende aspekt, og som avstår fra å ta stilling til hvem som skal styre det etterlyste samarbeidet og samordningen.
5. I langt mindre grad er samarbeid omtalt som et spørsmål om forholdet mellom de ulike profesjonsgruppene. Som slagord har begrepet tverrfaglighet manglet nesten fullstendig i StMeld 9 (1974-75) mens det er nevnt forholdsvis ofte i StMeld 25 (1996-97). Tabellen indikerer at, når tverrfaglighet er nevnt i StMeld 25 (1996-97) i forbindelse med spesielle yrkesgrupper, er dette begrepet hovedsakelig omtalt som et spørsmål som gjelder forholdet mellom forskjellige profesjoner innenfor gruppen

av pleie- og sosialfaglig utdannet personale – altså den personellgruppen som jeg har kategorisert i gruppen av bakkebyråkrater.

6. Verken samarbeid eller et av de andre begrepene som vektlegger hhv. et samlende eller et styringsaspekt, brukes i stortingsmeldingen i nevneverdig grad for å beskrive forholdet mellom leger og psykologer på den ene siden og bakkebyråkrater på den andre.

I forlengelsen av disse seks konklusjonene vil jeg tolke tabellen slik at samarbeidsbegrepet i StMeld 25 (1996-97) på den ene siden settes i relasjon til et heller vagt begrep om samordning, og på denne måten demper den hierarkiske komponenten i samarbeidsbegrepet. På den andre siden er samarbeid i teksten omtalt først og fremst som et organisatorisk spørsmål mellom ulike tjenester. I langt mindre grad omtales det som et spørsmål om forholdet mellom profesjoner, og der dette skjer, er det formulert som et spørsmål om samordning for en bestemt personellkategori: nemlig gruppen av bakkebyråkrater. Psykiatere og andre leger er, sammen med psykologene, i StMeld 25 (1996-97) generelt heller lite omtalt i forbindelse med den organisatoriske verdien om samarbeid eller beslektede begrep.

Dette kan nå tolkes på to helt ulike måter. På den ene siden kan det betraktes som uttrykk for at leger og psykologer i stortingsmeldingen er forstått som yrkesgrupper som er hevet over kravet om tverrfaglighet og et interdisiplinært samarbeid. Det er gode grunner for dette. I hvert fall når det gjelder legene, kan disse bygge på en forholdsvis klart definert egen faglighet som har utviklet seg i stor grad uavhengig fra andre profesjoner. Et slikt profesjonsteoretisk syn har jeg tidligere beskrevet i kapittel 2.2.

På den andre siden kan det med samme utgangspunkt argumenteres for en motsatt tolkning av tabellen. Nettopp fordi legeyrket har dominert i psykisk helsevern, kan det tolkes slik at det også i stortingsmeldingen implisitt tas utgangspunkt i det dominerende legeperspektivet.

I en beskrivelse av det diskursive feltet som psykisk helsevern og psykisk helsearbeid representerer, behøver legene i motsetning til andre yrkesgrupper ikke bli nevnt særskilt. De representerer tvert imot et ”naturlig” og ”selvsagt” utgangspunkt for alt som blir sagt og skrevet på feltet. På lik linje er også psykologer en selvsagt, om ikke i like stor grad dominant yrkesgruppe i tjenestetilbudet for mennesker med psykiske lidelser. Dette unntar ikke

leger og psykologer fra et samarbeid seg i mellom og med andre yrkesgrupper. Men med utgangspunkt i deres selvsagte posisjon i tjenestetilbudet kan det argumenteres både for at et samarbeid implisitt må inkludere dem, og også at dette samarbeidet må utformes på deres premisser.

Foreløpig vil jeg ikke ta stilling til de to ulike tolkningene, men bare ta til etterretning at leger og psykologer ikke er omtalt i særlig stor grad i forbindelse med samarbeid og beslektede begrep i denne sentrale teksten for den organisatoriske utformingen av psykisk helsevern og -arbeid. I min analyse av intervjumaterialet kommer jeg tilbake til dette og undersøker hvordan begrepet tverrfaglighet omtales ut fra et bakkebyråkratperspektiv i forhold til gruppen av leger og psykologer.

Selv om det ligger utenfor fokuset for denne undersøkelsen, vil jeg kort kommentere et siste moment i fordelingen av begrepene. Et begrep som i de senere årene har preget debatten om utformingen av tilbudet i psykisk helsevern og psykisk helsearbeid, er det om et brukerperspektiv (Sandvin & Söder, 1998; Ørstavik, 2002; Ørstavik, 2003). I fagplanen for et tverrfaglig videreutdanningstilbud i psykisk helsearbeid heter det f.eks.

Brukere er et begrep som har fått en sentral plass og som her erstatter pasient/ klient betegnelsen. Ut-danningen skal fremme studentenes evne til samhandling og samarbeid med brukerne og evne til sam-handling og samarbeid om brukernes behov.

(Høgskolen i Tromsø, 1999: 2)

Det er påfallende at samarbeid med pasientene selv, med pårørende og brukerorganisasjo-ner ikke er omtalt i særlig stor grad i stortingsmeldingen.

5.2.2 Samarbeid som tom signifikante

Hvordan kan denne kvantitative fordelingen mellom begrepene nå tolkes innenfor et dis-kursteoretisk begrepsapparat? Jeg har argumentert at de to stortingsmeldingene hver for seg kan betraktes som monumenter – dokumenter som er sentrale referanser for andre tekster (Neumann, 2001: 52). Som i andre dokumenter er mening også i monumenter definert ved at forskjellige begrep er relatert til hverandre på en bestemt måte mens andre meningsfor-tolkninger blir utelukket.

Jeg har innledningsvis trukket fram begrepene lege og sykehus som eksempler for hvordan disse opptrer både eksplisitt og implisitt i en av stortingsmeldingene, og hvordan de brukes for å sette andre momenter inn i en bestemt meningssammenheng. I min innholdsanalyse har jeg vist at også samarbeid i flere tiår har vært et sentralt referanse- eller nodalpunkt i en diskurs om psykisk helsevern og psykisk helsearbeid. Samarbeid har også vært et begrep som har inkludert andre, mindre sentrale momenter i en meningsfull diskursiv sammenheng.

Men dette nodalpunktet framstår i den nyere stortingsmeldingen med et annet meningsinnhold enn i den eldre meldingen, og dette burde egentlig stå i veien for at begrepet kan være et meningsgivende referansepunkt for andre, mer perifere begrep.

I en diskursteoretisk forståelse er dette paradokset ingen motsetning, men tvert imot en forutsetning for samarbeidsbegrepets sentralitet. Diskursive nodalpunkt holder seg ved like som sentrale meningsgivende referansepunkt for andre momenter, ikke fordi de har et entydig og stabilt meningsinnhold. Nodalpunkt som samarbeid virker først og fremst gjennom at de utelukker bestemte meningsfortolkninger, og ikke gjennom at de noen gang oppnår en endelig sementering av mening (Laclau, 1996: 44). Samarbeid står i en diskurs om psykisk helsevern og psykisk helsearbeid uten et entydig og stabilt definert meningsinnhold. Som andre nodalpunkt er også samarbeid det Laclau og Mouffe betegner som en tom signifikante.

Jeg har i min introduksjon av Laclau og Mouffes diskursteoretiske modell beskrevet at det skjer en ordning av vilkårlige elementer i en meningsfull sammenheng gjennom aktørens artikuleringende praksis. I denne prosessen blir de vilkårlige elementene formet om til momenter innenfor et meningsgivende nett av en bestemt diskurs. Momenter refererer til nodalpunkt og utfyller hverandre. Når det gjelder en diskurs om psykisk helsevern og psykisk helsearbeid er et av nodalpunktene f.eks. samarbeid som gjør det mulig å integrere elementer i forhold til noe de ikke er – uten å gi et entydig meningsinnhold for hva samarbeid i seg selv er. Samarbeid kan dermed betraktes som en signifikante for andre begrep som integrerer disse i en diskursiv sammenheng, men for å klare dette må denne signifikante være fleksibel. Fleksibilitet er en forutsetning for å kunne løse begrepens ulike meningsinnhold fra

andre diskursive sammenheng, og for å sette dem i en meningsfull sammenheng i en bestemt diskurs.

Thus, the articulation of a <...> discourse can only take place around an empty signifier that functions as a nodal point. In other words, emptiness is now revealed as an essential quality of the nodal point, as an important condition of possibility for its hegemonic success.

(Howarth & Stavrakakis, 2000: 9)

Samarbeidsbegrepets status som tom signifikante er på bakgrunn av Laclau og Mouffes diskursteori en nødvendig betingelse for at samarbeid kan holde seg aktuelt som organisatorisk verdi. I det øyeblikket samarbeid blir fylt med et entydig meningsinnhold, er grensen for denne verdien fastlagt og kan derfor ikke lenger brukes til en inklusjon av ytterligere eksterne elementer i en bestemt diskurs. Den mister sin kontingente karakter og dermed muligheten til å framstå som ideal.

Med en forståelse av samarbeid som tom signifikante er det også mulig å forstå hvordan samarbeid på den ene siden kan bli framholdt som ideal for forskjellige organisatoriske enheter innenfor en diskurs om psykisk helsevern og psykisk helsearbeid, og for gruppen av bakkebyråkrater, mens samtidig de yrkesgruppene som først og fremst representerer det profesjonelle aspektet i psykisk helsevern og psykisk helsearbeid utad, nemlig leger og psykologer, ikke opptrer i denne sammenhengen. I diskursteoretisk språkbruk kan det formuleres slik at denne stortingsmeldingen i første linje ikke beskriver en politisk problemforståelse og løsningsstrategier i forhold til psykiske lidelser ut fra en psykiatrisk diskurs, men ut fra en konkurrerende diskurs. Denne utfordrer en del av nodalpunktene som hører hjemme i psykiatri som medisinsk spesialområde, og som hittil har formet en selvsagt forståelseshorisont for psykiske lidelser. For mine analytiske formål vil jeg foreløpig beskrive det som en diskurs om psykisk helsevern og psykisk helsearbeid istedenfor en diskurs om psykiatri. Også denne har samarbeid som et nodalpunkt, men dette nodalpunktet har blitt tømt for sitt opprinnelige innhold som det fikk gjennom en bestemt relasjon mellom momentene. Opprinnelig har samarbeid vært knyttet til et styringsaspekt, og dette er nå erstattet med begrep som framholder et samlende, ikke hierarkibundet aspekt. Samarbeid som organisatorisk verdi retter seg i denne forståelsen først og fremst mot den tverrfaglige gruppen av bakkebyråkrater. Dette understreker behovet for å sette fokus på denne, hittil lite påaktete gruppen av yrkesutøvere.

5.3 Tre teser om samarbeid i psykisk helsevern

Med en forståelse av samarbeid som tom signifikante vil jeg avlede tre teser fra innholdsanalysen og bruke disse som utgangspunkt for den videre undersøkelsen om samarbeid i psykisk helsevern og psykisk helsearbeid.

1. Den første tesen er at *samarbeid er et sentralt begrep i den organisatoriske strukturen til psykisk helsevern og psykisk helsearbeid*. Samarbeid er en positiv konnotert organisatorisk verdi, ikke bare i tjenestetilbudet til mennesker med psykiske lidelser, men utover det, også i helsevesenet generelt. Samarbeid virker som nodalpunkt og har blitt en naturalisert del av meningssammenhengen i en diskurs om psykisk helsevern og psykisk helsearbeid. Som tom signifikante har samarbeid preget strukturen av psykisk helsevern og psykisk helsearbeid over flere tiår, men i denne perioden har den fått et forandret meningsinnhold. Tidligere var samarbeid omtalt i forbindelse med et styringsaspekt og tilførte dermed en hierarkisk komponent for forholdet mellom de samarbeidende partene. Nå er et samlende aspekt mer framtrædende, mens ledelse og myndighetsforhold spiller en underordnet rolle.
2. Min andre tese er at *samarbeid for tiden hovedsakelig betraktes som et spørsmål om forholdet mellom forskjellige tjenester, og i mindre grad som et spørsmål om forholdet mellom ulike profesjoner*. Dette skyldes at den nye forståelsen av samarbeid til en viss grad utfordrer en naturalisert forståelse av forholdet mellom yrkesgruppene. I stedet for å tematisere dette endrete forholdet mellom yrkesgruppene, har det i den nyere stortingsmeldingen vært fokusert på det mindre konfliktfylte samarbeidet mellom organisatoriske enheter. Mindre konfliktfylt er det fordi de tidligere dominante psykiatriske sentralsykehusene fra før av har vært under sterkt press i kjølvannet av institusjonskritikken på 60- og 70-tallet.
3. Den tredje tesen er at *begrep som har erstattet det tidligere dominerende styringsaspektet med et samlende, koordinerende aspekt, beskriver krav rettet mot en bestemt gruppe av personalet; nemlig bakkebyråkratene*. Blant disse begrepene er tverrfaglighet det mest framstående eksemplet. Gruppen av behandlere, det vil i all hovedsak si leger og psykologer, er enten i langt mindre grad berørt av dette kravet om tverrfaglig samar-

beid, eller diskusjonen føres på andre premisser enn for gruppen av bakkebyråkrater. Samarbeid rundt mennesker med psykiske lidelser i denne forståelsen har et godt stykke på vei løst seg fra psykiatri som et medisinsk fagområde. Med fokus på bakkebyråkraterne er samarbeid et nodalpunkt i en diskurs om psykisk helsevern og psykisk helsearbeid som for en stor del utspiller seg utenfor et tradisjonelt medisinsk yrkeshierarki.

Disse tre tesene vil jeg bruke som utgangspunkt for den andre delen av min undersøkelse der jeg betrakter samarbeid i psykisk helsevern og psykisk helsearbeid ut fra perspektivet til den sammensatte gruppen av bakkebyråkrater. Datamaterialet for denne delen av undersøkelsen er produsert i semistrukturerte intervju. Før jeg presenterer resultatene fra min analyse vil jeg i det følgende kapitlet gjøre rede for intervjuundersøkelsens design, omfang og analysemetodikk.

6 Intervju om samarbeid: design, omfang og analysemetodikk

Hoveddelen av mitt empiriske materiale har jeg produsert i en intervjuundersøkelse med den personalgruppen i psykisk helsevern og psykisk helsearbeid som jeg har definert som bakkebyråkrater. I dette kapitlet beskriver jeg i del 6.1 design for undersøkelsen og utvalget av respondenter. I kapitlets andre del gjør jeg rede for datamaterialets omfang samt noen metodiske utfordringer i dataproduksjonen.

Semistrukturerte intervju representerer et mye brukt redskap i kvalitative, samfunnsvitenskaplige undersøkelser. Antakelig nettopp fordi slike intervju er et vanlig og anerkjent redskap, presenteres de ofte som en selvforklarende metodisk framgangsmåte. Med et diskursanalytisk epistemologisk og metodologisk utgangspunkt slik jeg legger den til grunn, kommer det ved nærmere ettersyn fram svært ulike oppfatninger om hvilken status data produsert i intervju skal tillegges i den analytiske prosessen. Jeg diskuterer derfor i underkapitel 6.3 ulike diskursanalytiske posisjoner og beskriver min egen metodiske posisjon i forhold til intervjudata.

6.1 Forskningsdesign og utvalg

Innledningsvis har jeg skissert psykisk helsevern og psykisk helsearbeid som en kompleks faglig og organisatorisk konstruksjon. For å få et analytisk omgrep om denne kompleksiteten i forhold til samarbeid, har jeg utviklet en forskningsdesign som på den ene siden åpner for en kvalitativ betraktning av samarbeidsrelasjoner, men som på den andre siden også reflekterer en størst mulig bredde i disse relasjonene.

Samarbeid er ikke en tilstand, men en prosess. Jeg oppfatter det som lite hensiktsmessig å undersøke denne prosessen gjennom en engangsbetraktning der respondentene blir intervjuet i et isolert intervju. Samarbeid beskrives langt bedre som utvikling og endring over tid (Hilden & Middelthon, 2002: 2475).

For å fange opp dynamikken i samarbeidsprosessen har jeg fulgt et strategisk utvalg av 15 pasienter over et tidsrom på ett år på deres vei gjennom forskjellige nivåer i psykisk helse-

vern og psykisk helsearbeid. I løpet av denne karrieren har jeg intervjuet bakkebyråkratene på de forskjellige linjenivå som har hatt befatning med pasientene. I disse intervjuene har jeg lagt vekt på respondentenes samarbeid med andre hjelpeinstanser i forhold til denne pasienten. På denne måten var det mulig å sikre at intervjuene handlet om konkrete situasjoner fra arbeidshverdagen til de samarbeidende partene i psykisk helsevern og psykisk helsearbeid, og ikke bare om abstrakte holdninger. Samtidig var det mulig å betrakte samarbeidet over et år i et overordnet perspektiv. Jeg har altså ikke støttet meg på et enkeltintervju der respondentenes bidrag var preget av dagsformen for eksempel i forhold til umiddelbare frustrasjoner eller suksessopplevelser.

Analysen av samarbeid skal gi svar på forskningsspørsmålene som jeg har formulert i kapittel 1.2, og levere innsikt i hva som hemmer eller fremmer samarbeid på tvers av linjenivåene. Jeg analyserer derfor ikke de enkelte pasientkarrierene som atskilte casestudier, men undersøker på tvers av disse karrierene hvor samarbeidet har stoppet opp, og hvordan respondentene argumenterer for å beskrive et samarbeid med andre innenfor en større meningssammenheng.

I tillegg til denne pasientrettede delen har det første intervjuet med hver samtalepartner også omhandlet generelle spørsmål til det overordnede samarbeid mellom linjenivåene.

Med denne longitudinale design har det meldt seg en del forskningsetiske problem som jeg diskuterer i det følgende underkapitlet. Deretter fortsetter jeg min beskrivelse av konteksten for undersøkelsen med en kort beskrivelse av den geografiske regionen og de organisatoriske enhetene som har deltatt i undersøkelsen i underkapittel 6.1.2. I underkapittel 6.1.3 presenterer jeg en beskrivelse av utvalgsriteriene for pasienter og respondenter.

6.1.1 Forskningsetiske vurderinger

Jeg har i kapittel 4 begrunnet hvorfor jeg undersøker samarbeid i psykisk helsevern og psykisk helsearbeid ut fra perspektivet til bakkebyråkratene framfor andre personalgrupper. I dette kapitlet vil jeg kort begrunne hvorfor jeg ikke har gjennomført intervju med pasientene selv, men med deres kontaktpersoner blant bakkebyråkratene.

Denne avgjørelsen er først og fremst forskningsetisk begrunnet. Når et menneske blir pasient, er vedkommende som regel i en belastet situasjon i sitt liv. Dette gjelder for pasienter med psykiske lidelser kanskje i særlig stor grad. I sosiologisk teori er dette skrittet vektlagt flere steder, og jeg diskuterer denne overgangen mer utførlig i kapittel 7. Fordi pasienter er i en svært sårbar situasjon, er de med god grunn beskyttet av strenge etiske krav til forskning som gjør bruk av pasientdata. Disse kravene kan i noen tilfeller virke som et hinder for å samle longitudinelle data (Haug & Rössler, 1999: 116). Samtidig nødvendiggjør de en refleksjon om et gitt forskningsspørsmål bare kan besvares med pasientenes direkte deltakelse, eller om det også er mulig uten at pasientene blir utsatt for en eventuell belastning.

Derfor er avgjørelsen om å intervju pasientens kontaktpersoner og ikke pasientene selv også tematisk begrunnet. Det å følge bestemte pasientkarrierer er tenkt som et middel for å sikre at intervju om samarbeid gjenspeiler reelle arbeidssituasjoner med de frustrasjonene og positive opplevelsene som et samarbeid over tid nødvendigvis medfører. Fokus i denne undersøkelsen er på samarbeid mellom de forskjellige instansene, og ikke på pasientens sykdomsbilde eller behandling. Likevel har pasientene en umiddelbar nytteverdi av undersøkelsen fordi samarbeidet rundt dem er blitt tematisert og reflektert. For samarbeidspartnere i psykisk helsevern og psykisk helsearbeid har intervjuene på den andre siden vært en mulighet til kritisk ettertanke omkring arbeidet med og rundt pasienten.

I intervjuene med kontaktpersoner på forskjellige tjenestenivåer var pasientene selvfølgelig ikke anonyme, og i noen tilfeller har respondentene snakket om hvordan spesielle trekk ved en pasient har påvirket samarbeidet med andre instanser. Men for en analyse av samarbeid i en organisatorisk sammenheng var det unødvendig å belaste pasientene med egne intervju.

Prosjektet til vurdering både ved Norsk samfunnsvitenskapelig datatjeneste (NSD) og ved den regionale komiteen for medisinsk forskningsetikk (REK Nord). Svar fra begge ligger ved som appendiks.

6.1.2 Samarbeid i Nord-Norge: Psykisk helsevern og psykisk helsearbeid i regionen

Før jeg fortsetter med en beskrivelse av utvalget av pasienter og respondenter, vil jeg plassere mitt utvalg av organisatoriske enheter i en geografisk og organisatorisk kontekst. Et første, selvskrevet utvalgs-kriterium var at alle tre linjenivå måtte være inkludert i undersøkelsen. Jeg har foretatt datainnsamlingen ut fra den geografiske inndelingen ved et sentralsykehus i Nord-Norge. Siden opptaksområdet for dette sykehuset er delt mellom flere akuttposter, har jeg valgt opptaksområdet for en av disse akuttpostene som geografisk avgrensning for undersøkelsen.

Innenfor tredjelinjetjenesten er denne akuttposten organisatorisk knyttet til en intermediær- og en rehabiliteringspost. Disse betjener imidlertid et større geografisk opptaksområde enn selve akuttposten. Alle tre poster arbeider sammen med en del spesialpsykiatriske enheter på samme sykehuset, som leverer for eksempel alders-, sikkerhets- og ruspsykiatriske tilbud.

Andrelinjetjenesten i denne regionen inkluderer to DPS. Begge er lokalisert i eller i umiddelbar nærhet av to mindre byer. Selv om de representerer det samme linjenivået, leverer de sine tjenestetilbud innenfor svært forskjellige organisatoriske strukturer.

Et av sentrene har vokst fram fra et tidligere psykiatrisk sykehjem og en geografisk atskilt psykiatrisk poliklinikk. Etter hvert som tuberkulose har forsvunnet som folkesykdom på landsbasis, ble en del av de tidligere pleiehjem for tuberkulosesyke ledige (Sosial- og helsedepartementet, 1996: 54 f). Som andre liknende enheter, har også i dette tilfellet et psykiatrisk sykehjem overtatt ett av disse lokalene. Senere ble også en psykiatrisk poliklinikk opprettet. Denne hadde i utgangspunkt organisatorisk ingen forbindelse med sykehjemmet.

Først da poliklinikk og sykehjem ble omorganisert under en enhetlig ledelse til et felles senter for psykisk helse, har det kommet til flere berøringspunkt mellom de to enhetene. Til

tross for en felles ledelse har poliklinikken på den ene siden, og døgn- og dagavdeling på den andre, imidlertid ført en faglig og personellmessig relativt uavhengig tilværelse fra hverandre.

Lokalene til senterets døgn- og dagavdeling har i undersøkelsesperioden vært plassert i landlige omgivelser, mens den tilhørende poliklinikken var lokalisert flere titalls kilometer lenger bort i regionens sentrale tettsted. De tre organisatoriske delene av dette DPSet har i mellomtida blitt samlokalisert i nye lokaler for døgn- og dagavdelingen i tilknytning til poliklinikken.

Det andre senteret har en svært forskjellig historisk framvekst. Her har senteret utviklet seg fra en tidligere psykiatrisk poliklinikk tilknyttet et lokalsykehus. Døgn- og dagavdeling har kommet til senere, og både faglig og personellmessig er enhetene tett sammenvevd. Som eget DPS med en enhetlig ledelse ble senteret etablert relativt nylig på slutten av 90-tallet.

Disse enhetene i spesialisthelsetjenesten betjener til sammen en region med 16 kommuner. Med unntak av to bykommuner der også de to DPSene er lokalisert, har regionen et heller ruralt preg med spredt bosetting og lange avstander mellom tettsteder.

Denne strukturen er fra Sosial- og helsedepartementet beskrevet som typisk for helseregion Nord (Sosial- og helsedepartementet, 2006b). Samme sted er det også påpekt spesielle utfordringer som en slik spredd struktur medfører. Spesielt i utkantkommunene har ansatte i helse- og sosialsektoren ofte flere saksområder å betjene samtidig. I alle kommuner som har deltatt i min undersøkelse, er psykisk helsearbeid imidlertid en selvstendig enhet og alle kommuner hadde i undersøkelsesperioden også en egen handlingsplan for psykisk helse. Likevel var psykisk helsearbeid i flere av disse kommunene svært sårbart fordi det var ofte bare en stillingshjemmel avsatt til oppfølgingen av personer med psykiske lidelser. I undersøkelsestidsrommet var langt fra alle stillinger besatt, og det var store variasjoner i forhold til fartstid for personalet, det totale antallet stillingshjemler i forhold til befolkningstallet, og avstandene mellom brukere og tjenester i kommunene. Psykisk helsearbeid i kommunene har i undersøkelsestidsrommet derfor i flere tilfeller vist seg å være svært problematisk ved frafall av fagpersoner.

6.1.3 Utvalgskriterier

Før selve undersøkelsen startet i januar 2004, var jeg i løpet av 2003 i kontakt med representanter for alle organisatoriske enheter på de forskjellige linjenivå for å gjøre prosjektet kjent. Jeg har gjennomgående møtt stor interesse både for undersøkelsen generelt og for deltakelse i den. Dette viser at behovet for forskning om samarbeid generelt og særlig for bakkebyråkrater som personellgruppe, er stort.

De potensielle intervjupartnerne fikk utdelt skriftlig informasjonsmateriale bestående av prosjektbeskrivelse, informasjonsbrev og samtykkeerklæring fra pasienter. De ble videre bedt om å gjøre prosjektet kjent blant pasienter som enten i året før hadde hatt, eller som etter kontaktpersonenes vurdering kom til å ha behov for sammensatte tjenester i løpet av 2004. Pasientene som sa seg villig til at kontaktpersonene i de ulike tjenestene kunne intervjues om pasientkarrieren, sendte meg en samtykkeerklæring sammen med en merknad om hvem pasienten hadde fått informasjonen fra. Etterpå ba jeg denne kontaktpersonen om en vurdering av hvilket linjenivå pasienten hadde, eller antakeligvis kom til å ha kontakt med. I tillegg ba jeg om en del rammedata i forhold til pasientens diagnose, alder og kjønn. Til sammen har 25 pasienter gitt sitt samtykke, og blant disse har jeg valgt ut 15 for å følge deres karriere over en ettårs periode. I dette strategiske utvalget har jeg lagt vekt på en størst mulig spredning blant ulike psykiske lidelser og tjenestenivå som pasientene hadde brukt i året forut for min undersøkelse.

Dette utvalget er selvfølgelig like lite representativt i statistisk forstand som ethvert annet strategisk utvalg. Som i enhver kvalitativ undersøkelse er målet heller ikke i denne undersøkelsen å komme fram til typiske beskrivelser, men til tydelige eksempler som på sin side danner grunnlaget for en analytisk begrunnet generalisering (Kvale, 1996: 233). Et strategisk utvalg må derfor begrunnes i forhold til forskningsspørsmålet. I dette tilfellet vil jeg argumentere at utvalget må forsøke å sikre en størst mulig variasjon av perspektiver som senere kan bli synlige i datamaterialet. Jeg vil derfor beskrive mitt utvalg av pasienter og respondenter litt mer i detalj.

6.1.3.1 Pasienter

Ved en anledning da jeg presenterte prosjektet for forskere fra forskjellige miljøer innen helsetjenesteforskning, kommenterte en psykiater mine betraktninger om samarbeid med en metodisk kritikk: Pasientgrunnlaget for min undersøkelse var ensidig sammensatt. I følge vedkommende inkluderte prosjektet bare en spesiell gruppe pasienter - nemlig de ”inkurable”.

Når en kvalitativ forsker begir seg inn i et tradisjonelt kvantitativt miljø som det medisinfaglige, er det ikke uvanlig å bli kritisert for et skjevt (eller i det minste et ikke-representativt) utvalg. Ikke alltid er forsøket på å formidle logikken i slutningsprosesser forankret i kvalitativ forskning like i slike tilfeller vellykket. Kvalitative forskere må antakelig leve med det en stund framover – i hvert fall til også tradisjonelt heller ensidig kvantitativt orienterte fag begynner å utvise en større teoretisk fundert, metodisk sensibilitet.

Noe annet er konnotasjonene som vedkommende antydte i sitt begrep om de ”inkurable”. Jeg vil kort undersøke disse konnotasjonene fordi de har konsekvenser for i hvor stor grad de analytisk genererte og teoretisk begrunnede begrepene jeg har utviklet i denne avhandlingen, er analytisk generaliserbare for samarbeid i psykisk helsevern og psykisk helsearbeid.

Et første skritt for å avgrense konnotasjonene i begrepet av de ”inkurable” er en semantisk betraktning. Et søk i internettbiblioteket *Wikipedia* lister opp 56 sykdommer som ”inkurabel”; sykdommer altså som medisinsk vitenskap foreløpig ikke har noen kur for.²⁹ Blant disse er fire psykiatriske diagnoser: ADD (ADHD), autisme, bipolar lidelse og schizofreni. Begrepet ”inkurabel” kan altså knyttes til disse fire diagnosene der symptomer kanskje kan lindres, men ikke helbredes. Det organisatoriske svaret på denne begrensningen for medisin faglig profesjonell virksomhet bestod tidligere i en langtidsplassering på institusjoner (Dahl & Retterstøl, 1995). I dag er pasientenes karriere langt mer mangfoldig. Men et begrep om de ”inkurable”, er i sin kjerne ikke annet enn en videreføring av tankegangen som har tilvist pasienter med alvorlige psykiske lidelser en mer eller mindre permanent plassering på institusjoner som langt på vei var skjermet fra resten av samfunnet. En slik forståel-

²⁹ http://en.wikipedia.org/wiki/List_of_incurable_diseases, sist oppsøkt 13.10.06.

se er ikke bare i strid med prinsippene som det moderne tjenestetilbudet til mennesker med psykiske lidelser bygger på. Den ser også bort fra hensikten med en prosess gjennom de siste tiårene som har hatt sitt utgangspunkt i en erkjennelse av de selvforsterkende og destruerende mekanismer som varig institusjonsplassering medfører (Dowdall, 1999; Forster, 2000; Haug & Rössler, 1999; Sørgaard, 2002; Werner, 2000).

Jeg har hittil argumentert at medisinsk behandling langt fra er det eneste bidraget i et sofistikert tjenestetilbud som mennesker med psykiske lidelser kan benytte seg av. Helsevesenets utforming i dag bidrar med et faglig og organisatorisk differensiert tjenestetilbud som er langt mer enn bare ensidig medisinsk og institusjonelt. I dette diversifiserte tjenestetilbudet er grensen mellom lindring, bedring og helbredelse langt fra entydig å trekke.

I kapittel 7 i min analyse kommer jeg mer utførlig tilbake til de langt mer diversifiserte pasientkarrierene i dag. Her vil jeg peke på det prinsipielt problematiske, semantiske innholdet i et begrep om en bestemt pasientgruppe som ”inkurabel”, fordi grensen mellom hva som er kurabelt eller ”inkurabelt” ikke er mulig å trekke.

Den andre delen av mitt argument vil jeg rette mot påstanden om at mitt utvalg er rekruttert fra en gruppe av svært ”spesielle” pasienter, og i forlengelsen av dette, at de data jeg har bygd min undersøkelse på bare i begrenset omfang kan si noe om samarbeid på det vide og heterogene feltet av tjenestetilbudet for mennesker med psykiske lidelser.

Jeg har i min beskrivelse av forskningsdesign for denne undersøkelsen særlig framhevet et inklusjonskriterium; at pasientene hadde hatt eller i all sannsynlighet kom til å ha behov for et tilbud fra flere tjenestenivå i psykisk helsevern og psykisk helsearbeid. Med et behov for langvarige og sammensatte tjenester er denne pasientgruppen dermed synonym med den som har krav på å få utarbeidet en individuell plan i henhold til Pasientrettighetslovens § 2.5, og Psykisk helsevernlovens § 4.1. Jeg vil argumentere sterkt imot at et behov for sammensatte og langvarige tjenester rettferdiggjør en kategorisering som ”inkurabel” i den forstand at det beskriver en spesiell, liten eller neglisjerbar gruppe blant brukere av tjenestetilbudet som psykisk helsevern og psykisk helsearbeid har å tilby.

Behovet for et sammenhengende tjenestetilbud og erkjennelsen av at en koordinasjon av tjenestene ikke fungerer etter hensikten var et av de sentrale utgangspunkt for etableringen av den nye Psykisk helsevernloven, for Opptappingsplanen for psykisk helse, og ikke

minst, for utarbeidelsen av et juridisk og organisatorisk rammeverk som skulle samordne de ulike delene av et uenhetlig og organisatorisk atskilt tjenestetilbud (Kjellevold, 2005: 11).

Utover dette felles behovet for et sammensatt tjenestetilbud er det en betydelig variasjon blant pasientene som har deltatt i min undersøkelse, i forhold til diagnose, sykdomsforløp eller tjenestetilbud de har benyttet seg av. Jeg vil derfor hevde at mitt utvalg av pasienter består av en gruppe med riktignok krevende, men sentrale tjenestemottakere i psykisk helsevern og psykisk helsearbeid, heller enn en marginalisert, liten gruppe ”inkurable”.

Jeg har i kapittel 6.3.6 gjort rede for det problematiske innholdet i en presentasjon av kategorielle rammedata når disse ikke er tatt opp i en framstilling av analytiske resultat. I starten av undersøkelsen ba jeg likevel om en del slike rammedata, og for å vise variasjonen i utvalget mitt vil jeg også presentere en kort oppsummerende beskrivelse.

Diagnosene har ikke vært stabile for alle pasientene gjennom hele undersøkelsesperioden. I noen tilfeller hadde pasientene ingen diagnose som var kjent for respondentene, mens diagnosen for andre pasienter ble forandret underveis.³⁰ Flere hadde også mer enn en diagnose. I de tilfellene der en diagnose var stilt, var disse fordelt slik: Fire pasienter hadde fått diagnostisert schizofreni, to en schizo-affektiv, og to andre en psykotisk lidelse. Fire var kategorisert med en personlighetsforstyrrelse, tre med depresjon, og en hadde hhv. diagnosen manisk-depressiv og posttraumatisk stressyndrom.

Om ikke annet, så viser variasjonen i utvalget av pasienter i denne korte oversikten at det neppe er holdbart å kategorisere dem inn under et problematisk begrep som ”inkurable”.

Pasientenes alder og kjønn er to variabler som jeg også har spurt om uten at jeg har gjort videre bruk av disse i analysen. Jeg vil nøye meg med å vise til at aldersspennet for pasientene varierer mellom 19 og 60 år og at 9 av pasientene er kvinner og 6 menn.

³⁰ I en undersøkelse fra 2003 presenteres det som en tendens på landsbasis at stadig flere pasienter ikke har fått satt noen hoveddiagnose etter endt institusjonsopphold (Rudjord et al., 2003: 15).

6.1.3.2 Respondenter

Med de samme forbehold overfor kategorielle rammedata som for pasientgruppen, vil jeg gi en liknende beskrivelse av respondentene i det påfølgende kapitlet. Heller ikke her har jeg gjort bruk av fordelingen mellom respondentenes kjønn eller alder i forhold til samarbeid, og også her vil jeg bare kort referere til et alderspenn mellom 25 og 60. Blant respondentene var det 29 kvinner og 13 menn.

Jeg har derimot gjort bruk av to andre kjennetegn: nemlig respondentenes organisatoriske og yrkesfaglige tilhørighet. Denne fordelingen vil jeg derfor beskrive litt mer detaljert i den følgende tabellen.

Organisatorisk tilhørighet Yrkesfaglig bakgrunn	Førstelinde	Andrelinje		Tredjelinje			n =
		Døgnavdeling	Dagavdeling	Akutt-post	Intermediærpost	Rehabiliteringspost	
Sykepleier	3	1		1			5
Sykepleier med videreutdanning*	5	8	2	3	2	1	21
Vernepleier	3	1		1			5
Vernepleier med videreutdanning*	3	1					4
Ergoterapeut med videreutdanning*			1				1
Hjelpepleier/ omsorgsarbeider med videreutdanning*	2	2		1			5
Assistent						1	1
n =	16	13	3	6	2	2	N= 42

* Videreutdanning i psykisk helsearbeid

Frekvensen i fordelingen oppfatter jeg som langt mindre interessant enn bredden i ulike faglige og organisatoriske perspektiver. I forhold til faglige perspektiver er det en relativt stor spennevidde mellom respondentene fra ulike pleie- og omsorgsfaglige yrker, alle med sine egne faglige tradisjoner. På den andre siden har en stor del av bakkebyråkratene jeg har intervjuet, også en faglig fellessosialisering gjennom en tverrfaglig videreutdanning i psykisk helsearbeid.

Også når det gjelder organisatoriske perspektiver i utvalget er det en betydelig variasjon blant respondentene. Alle linjenivå i psykisk helsevern og psykisk helsearbeid så vel som de ulike enhetene på hvert nivå er representerte.

Den enkle matrisen viser at variasjonen i perspektivene blant respondentene i utgangspunktet lover et mangfold av organisatoriske og faglige perspektiver. I min analyse tar jeg utgangspunkt i disse forskjellige perspektivene, men også i perspektivene som trer fram på tvers av yrkesspesifikke og organisatoriske grenser.

I det neste underkapitlet går jeg nå over til en presentasjon av intervjuundersøkelsens praktiske gjennomføring og noen sentrale tematisk og metodisk bestemmende faktorer for analysen av samarbeid i psykisk helsevern og psykisk helsearbeid.

6.2 Intervjuundersøkelse: omfang og særpreg

6.2.1 Intervju: gjennomføring og omfang

Hovedvekten av mitt datagrunnlag er produsert gjennom semistrukturerte intervju langs karrieren til 15 pasienter gjennom forskjellige instanser i psykisk helsevern og psykisk helsearbeid. For å organisere dette har jeg bedt mine samarbeidspartnere om å varsle meg hver gang pasientene gikk over fra et tjenestenivå til et annet. Ideelt sett burde jeg altså ha fått beskjed om denne bevegelsen fra to steder; det nivået pasienten forlot og det vedkommende kom til. I flere tilfeller der for eksempel kontaktpersoner i den kommunale førstelinjetjenesten var fraværende over lengre perioder, har mitt varslingsystem vist seg å være sårbart. Også på institusjonene var det en del forsinkete meldinger pga. kontaktpersonens fravær. Der var det imidlertid langt mer uproblematisk å finne en samarbeidspartner som overtok kontakten med meg. Generelt var det en tendens at varslingen om en pasientbevegelse var mer pålitelig fra det nivået pasienten kom til enn fra det nivået pasienten reiste fra. Selv om meldingen ideelt sett skulle komme fra to enheter i psykisk helsevern og psykisk helsearbeid, har dette varslingsystemet det gjort mulig å følge pasientens bevegelse opp med et intervju også hos instansen han eller hun hadde forlatt. Derfor har det vist seg som viktig at

varslingen i utgangspunkt skulle komme fra to steder for å kvalitetssikre meldingssystemet. Vanligvis tok jeg kontakt med instansene innenfor to uker etter jeg hadde fått melding for å høre om pasienten hadde reist videre. I dette tidsrommet var det også mulig for de samarbeidende partene å utarbeide en eventuell strategi som de kunne rapportere om i intervjuet. Noen pasienter har imidlertid beveget seg svært ofte i løpet av kort tid, slik at en del intervju omhandlet to eller flere innleggelse samtidig.

Tilsammen gjennomførte jeg 75 intervju i perioden fra januar 2004 til januar 2005. Dette inkluderer også noen intervju med lederne som omhandlet samarbeid på tvers av faglige og organisatoriske grenser på et generelt nivå. Intervjuene varierte i lengde, ikke minst siden det første intervjuet med hver samtalepartner også inkluderte en del spørsmål til samarbeid generelt. På den andre siden var i noen tilfeller en del av de påfølgende intervjuene svært korte.

Intervjutranskripsjonene for disse intervjuene omfatter til sammen rundt 1400 tekstsider og disse er utgangspunkt for den følgende delen av min analyse om samarbeid i psykisk helsevern og psykisk helsearbeid. De følgende underkapitlene benytter jeg til en diskusjon av en del teknisk-metodiske utfordringer knyttet til den praktiske gjennomføring av denne intervjuundersøkelsen.

6.2.2 Nærhet og distanse til feltet

For samfunnsvitenskapelige studier er fremmede faglige og organisatoriske felt ikke alltid like lett tilgjengelige. Organisatoriske rutiner er som regel ukjent for forskeren, og en fremmed fagterminologi gjør det ofte vanskelig å forstå hva som blir sagt, og hvordan det sagte føyer seg inn som en meningsfull del i en fremmed arbeidshverdag. Et slikt distansert perspektiv er framhevet som et generelt problem for sosiologiske undersøkelser i medisinske ekspertorganisasjoner (Måseide, 1997: 107).

Denne tolkningsoppgaven med å oversette faglige og organisatoriske rutiner og terminologier til et sosiologisk vokabular var mindre problematisk i denne undersøkelsen. Jeg har i flere år jobbet på en akuttpost i tredjelinjetjenesten, og disse årene falt sammen med den omfattende nyorienteringen i psykisk helsevern og psykisk helsearbeid som jeg har beskrevet.

vet tidligere. Mine erfaringer med denne reformpolitikken i det daglige arbeidet har nødvendigvis preget mitt sosiologiske perspektiv på psykisk helsearbeid.

På den ene siden har arbeidserfaringen forenklet min tilgang til feltet betydelig. Ikke minst var en del av de senere intervjupartnerne kjente for meg. I andre tilfeller har tidligere samarbeidspartnere på forskjellige linjenivå kunnet videreformidle meg til relevante intervju-partnere. På den måten var det relativt enkelt å bygge opp et kontaktnett for denne undersøkelsen. Også tematisk gjorde min tidligere arbeidspraksis det mulig å fokusere intervjuene, f.eks. i forhold til logiske brister i arbeidet rundt pasienten, eller i forhold til konflikter mellom juridisk ramme og den faktiske utformingen av tjenestetilbudet.

På den andre siden var det i noen tilfeller ikke uproblematisk å betrakte en del etablerte sannheter som jeg som tidligere yrkesutøver har tatt for gitt, fra en distansert posisjon. Helt i tråd med et sosialkonstruktivistisk diskursanalytisk utgangspunkt er min framstilling av samarbeid i psykisk helsevern og psykisk helsearbeid altså perspektivisk. Den er imidlertid skrevet ut fra et dobbelt perspektiv, både som sosiolog og som tidligere praktiker på det empiriske feltet. Dette dobbelte perspektivet har vært en formende faktor bl.a. for hvordan intervjuene har utviklet seg, og jeg skal i beskrivelsen av min analysemodell i kapittel 6.3 illustrere hvordan jeg tar hensyn til min egen posisjonering i intervjuene. Her vil jeg framheve spesielt et forhold der både undersøkelsens longitudinale design og min egen arbeids erfaring i det psykiske helsevernet, har påvirket intervjuene.

Særlig i kvantitative undersøkelser blir ofte en såkalt kontrolleffekt omtalt, der selve undersøkelsen påvirker fenomenet som skal undersøkes (Hellevik, 1991: 314). I forlengelsen av denne kontrolleffekten vil jeg beskrive et fenomen som har påvirket denne kvalitative intervjuundersøkelsen. I det følgende underkapitlet vil jeg beskrive en kontrolløreffekt; et fenomen som skyldes både undersøkelsesdesign og en blandet posisjon av sosiologisk forsker og tidligere yrkesutøver i psykisk helsevern og psykisk helsearbeid.

6.2.3 Forskeren som kontrollør: en utilsiktet effekt

Jeg har allerede antydnet at mitt varslingsystem for pasientbevegelsene ikke i alle tilfeller var like pålitelig. For å holde oversikt med de 15 pasientkarrierene hadde jeg notert meg en del data f.eks. i forbindelse med pasientens overgang fra et linjenivå til et annet, eller andre rammedata slik som møtedato og dagsorden for ansvarsgruppe-, samarbeids- eller behandlingsmøter, eller andre tiltak. I slike tilfeller har jeg som regel også skrevet et kort notat om planlagte tiltak e.l. som grunnlag for det neste intervjuet.³¹ Disse data har jeg fulgt opp i intervjuene med målrettede spørsmål i tilfeller der mine intervju partnere ikke hadde gått inn på planlagte tiltak på egen hånd.

Intervjuene foregikk som regel noen uker etter en innleggelse eller utskrivelse slik at det var lett for mine respondenter å glemme detaljer i en travel og belastende arbeidshverdag. At jeg som intervjuer holdt oversikten over detaljene rundt pasientens oppfølging og behandlingstilbud, har i noen tilfeller tilført et uventet moment til posisjonsfordelingen mellom intervjuer og intervjuet på den måten at jeg ved noen anledninger endte i en utilsiktet posisjon som kontrollør. Dette ble spesielt tydelig i situasjoner der jeg ba om en utdypende forklaring for hvorfor et planlagt tiltak ikke ble satt ut i livet.

Jeg vil gi to eksempler fra mitt intervjumateriale, der en slik kontrollør-effekt på helt forskjellig måte har påvirket undersøkelsen. Det første eksemplet er hentet fra et intervju med en respondent ansatt i den kommunale førstelinjetjenesten. Samtalen dreier seg om en pasient som i flere år har benyttet seg av såkalte abonnementsavtaler ved døgnavdelingen på et DPS. Dette er en ordning der pasienten selv ved behov kan ta kontakt med avdelingen og be om et opphold uten å gå omveien via fastlegen eller andre. Denne ordningen ble på et generelt grunnlag avvirket på DPSet kort tid før intervjuet. Som et unntak fra den nye regelen var det imidlertid avtalt mellom partene å opprettholde ordningen for denne pasienten.³²

³¹ Disse registreringsskjemata har jeg senere brukt som en egen datakilde.

³² Transkripsjonen er, i dette som i alle følgende eksempler utført i henhold til transkripsjonssystemet som ligger ved i appendiks.

1. I: <Intervjupartner i andrelinje> fortalte meg at de faste innleggelsene som 1 hadde tidligere, de skal de slutte med?
2. R: Ja, det stemmer.
3. I: Har dere fått beskjed om det?
4. R: Ja, det leste jeg faktisk akkurat her om dagen. Jeg fikk det i går eller forleden dag. Jeg fikk en sånn utskrivningsrapport og der – det visste ikke jeg, det var faktisk nytt for meg. Men der stod det at de hadde tenkt å droppe de faste innleggelsene - men heller via søknad. Jeg er ikke helt enig med dem i det. Så, det har jeg faktisk tenkt ved høvet å ta opp med dem. Fordi, det vi har sett - det er at 1 er <...> så avhengig av forutsigbarhet. At, for 1 så har det fungert utrolig bra det der. Og egentlig så har de jo sluttet der borte med faste innleggelsene, men de gjorde et unntak for 1 nettopp fordi at alle så at 1 hadde så godt utbytte av det der. <...> Sånn at jeg vet ikke om jeg er helt enig i det. Så, jeg har tenkt at når jeg, ved høvelig anledning så har jeg tenkt å prøve å si noe om det.
5. I: Er det ikke sånt som du tar opp på ansvarsgruppemøtene? <...> Altså, jeg hadde forventet at en sånn avgjørelse, nettopp fordi – i det første intervjuet som vi hadde, da har du sagt: Det er nettopp det som er spesielt med 1 at alle så at 1 har behov for kontinuerlige innleggelsene og derfor har de gjort et unntak. <...> Og nå får du det bare i brevform?
6. R: Ja. Jeg likte ikke det. Det synes jeg – det der burde vært tatt opp i et ansvarsgruppemøte. Det der har de egentlig bare bestemt der borte nå på den siste innleggelsen hans uten å ta oss med på råd. Og det synes ikke jeg var helt bra. Så, det har jeg, jeg har lyst til å ta det opp med dem. At jeg synes, det der kunne vi snakke om på et ansvarsgruppemøte før det ble bestemt. <...> de burde ikke bare gjøre det uten videre. Vi burde diskutert det i lag, vi som er i ansvarsgruppen. Jeg synes det hadde vært en bedre framgangsmåte. Og det har jeg tenkt å gi tilbakemelding til de og.
7. I: Mhm. Tar du det opp på det neste ansvarsgruppemøte eller tar du en telefon?
8. R: Jeg tror at jeg blir å ta en telefon før. For jeg synes det blir for lenge å vente til det neste ansvarsgruppemøtet. For jeg lurer – jeg har vurdert – jeg har ikke hatt tid for jeg var på kurs i går og sånn men, jeg hadde faktisk tenkt at jeg skulle ta en telefon bort og så snakke med dem om det.

Sykepleier med videreutdanning i psykisk helsearbeid, første linje

Respondenten hadde tatt til etterretning at andrelinjetjenesten ville avvikle abonnementsavtalene uten å ta nærmere stilling til saken. I § 4 gjentar hun "*jeg er ikke helt enig i det*" og vil "*ved høvelig anledning*" si noe om det. Fra denne ubestemte, nærmest mitigerende formuleringen forandrer respondentens holdning seg gjennom min intervensjon i § 5: "*Og nå får du det bare i brevform*" til et ganske bastant "*Jeg likte ikke det <...> og det har jeg tenkt å gi tilbakemelding til de*" i § 6. I mitt utdypende spørsmål om hvordan denne tilbakemeldingen skal gis, formulerer jeg i § 7 to alternativer: på et ansvarsgruppemøte eller via telefon. Det er tydelig at respondenten ikke hadde tenkt gjennom det før det kom opp i intervjuet. Den endelige avgjørelsen treffer respondenten i § 8 mens hun resonnerer.

I dette eksemplet reagerte min intervjupartner positivt på min intervensjon og brukte intervjuet som et reflekterende instrument for sitt eget arbeid. Respondenten tok det som en velkommen anledning for å handle i samsvar med det hun selv egentlig anså som påkrevd, men som hadde gått under i en travel arbeidshverdag. Både dette og senere intervju fortsat-

te i en liknende dialogisk form og med åpne og fortellende svar på mine spørsmål. I det påfølgende intervjuet gjorde min intervjupartner meg også på eget initiativ oppmerksom på utfallet av forespørselen.

Min måte å holde oversikt over planlagte tiltak har imidlertid også utløst andre reaksjoner; noe det følgende eksemplet med en respondent fra tredjelinjetjenesten gir et inntrykk av. I dette tilfellet hadde respondenten i et intervju to måneder tidligere nevnt at det i umiddelbar framtid skulle etableres ei ansvarsgruppe, og at det samtidig skulle utarbeides en individuell plan for pasienten:

1. I: Det finnes fortsatt ikke noen ansvarsgruppe rundt 15, sant?
2. R: Eh, vi er ikke kommet så langt. Det er i gang.
3. I: Hvem er det som organiserer det? Er det <intervjupartner i førstelinje>?
4. R: Ja, altså, vi skal dra til <kommune> .. for å jobbe med den individuelle planen i lag med <intervjupartner i førstelinje>. <...> Det er nå det som vi har tenkt. Og da tenker vi også kanskje at i den forbindelsen at vi samarbeider om å få innkalt til et ansvarsgruppemøte. Men vi tenker at det kanskje er <intervjupartner i førstelinje> som gjør det.
5. I: Er det planlagt et tidspunkt?
6. R: Nei. Vi er ikke kommet så langt enda men, vi jobber med saken. Vi er begynt på den individuelle planen her. <...> Og vi ønsker å fortsette med den i lag med <intervjupartner i førstelinje>.

Omsorgsarbeider med videreutdanning i psykisk helsearbeid, akuttpost, tredje linje.

Planene om å etablere den i et tidligere intervju annonserte ansvarsgruppen er tydeligvis vage. Istedenfor å svare på spørsmålet etter utfallet av dette tiltaket, fokuserer respondenten i § 4 på det andre aspektet i planleggingen – den påbegynte individuelle planen. I motsetning til det forgående intervjuet, der respondenten presenterte både etableringen av ei ansvarsgruppe og utarbeidelsen av et utkast for en individuell plan som oppgave for tredjelinjetjenesten, formulerer hun det nå som en oppgave for den kommunale samarbeidspartneren: "*Men vi tenker at det kanskje er <intervjupartner i første linjetjenesten> som gjør det*". Mitt utdypende spørsmål i § 5 i forhold til ansvarsgruppen: "*Er det planlagt et tidspunkt?*" blir i § 6 igjen besvart med en henvisning til de foreløpige overveielsene for en individuell plan.

Respondenten tolket her mitt spørsmål i forhold til planlagte tiltak tydeligvis som en kritikk og inntok en defensiv holdning. Istedenfor å bruke mine spørsmål som mulighet for en kritisk gjennomgang av det egne arbeidet, av planlagte tiltak eller av sitt samarbeidsforhold til andre instanser slik det var tilfellet i det første eksemplet, svarte hun i intervjuets videre forløp stort sett med korte setninger og en ganske reservert holdning. Også i de senere inter-

vjuene var mitt inntrykk at denne respondenten var svært opptatt av å ordlegge seg ”riktig” i den forstand at vedkommende prøvde å rettferdiggjøre sitt eget ståsted etter beste evne.

Nå vil jeg ikke overvurdere disse to eksemplene. Likevel er det tydelig at min måte å holde oversikt over pasientens bevegelser og samarbeidet rundt vedkommende, i noen tilfeller har påvirket mitt forhold til intervjupartnerne og derfor også svarene jeg har fått.

I de tilfellene der jeg påpekte en diskrepans mellom planlagte tiltak og det som i praksis var gjennomført, er mitt generelle inntrykk at en del av mine respondenter har reagert med mindre åpne og fortellende svar. Dette er neppe overraskende, og derfor advares det i metodelitteraturen ofte mot bedømmende spørsmål og kommentarer.³³ Samtidig var nettopp diskrepansen mellom planlegging og gjennomføring av tiltak sentral for analysen av samarbeidet, og derfor vanskelig å unngå.

6.2.4 Intervju: ansikt til ansikt versus telefon

Det første intervjuet har jeg som regel gjennomført i et personlig møte på intervjupartnerens arbeidsplass. Senere gjennomførte jeg den største delen av intervju via telefon. Unntakene var når intervjupartnerne ble oppnevnt som kontaktperson for pasientene i en senere fase av undersøkelsen. I disse tre tilfellene har jeg gjennomført alle intervju per telefon.

Dette var ikke planlagt i utgangspunktet. Allerede kort tid etter oppstarten ble det tydelig at den opprinnelige planen med å følge opp hver pasientbevegelse med en reise til et personlig intervju på respondentenes arbeidssted organisatorisk ikke var gjennomførbar. Spesielt den første fasen var preget av stor pågang slik at jeg organisatorisk ikke klarte å følge opp hver

³³ Intervjuteknisk kan det diskuteres om det var meningsfylt å spørre på denne måten i det hele tatt. Noen plasser blir det påpekt at "hvorfor"-spørsmål kan være viktige elementer i designfasen til et forskingsprosjekt, men at disse ikke er særlig egnet i semistrukturerte intervju fordi de oppfordrer til spekulative forklaringer (Kvale, 1996: 130 f). Forstått på denne måten er mitt spørsmål etter en begrunnelse for hvorfor et planlagt tiltak ikke ble satt ut i livet, kanskje heller et intervjuteknisk problem enn begrunnet i en utilsiktet kontrollfunksjon som resultat av undersøkelsens design. Jeg er imidlertid av den oppfatning at intervjupartnernes begrunnelse for den valgte strategien er svært sentral for denne analysen, selv om det i noen tilfeller kan gå på bekostning enten av intervjupartnerens vilje til å meddele seg, eller føre til spekulasjoner og hypotetiske svar framfor respondentenes egne fortellinger. I forhold til en retorisk analysestrategi slik jeg begrunner den i kapittel 6.3, er dessuten selve forhandlingsprosessen som foregår i intervjuet, like sentral som respondentens fortelling.

pasientbevegelse med et personlig intervju innen rimelig tid. Etter at den første kontakten var etablert i et personlig møte, gikk jeg derfor over til mer fleksible telefonintervju.

Jeg hadde noen forbehold mot dette skrittet og var betenkt over om ikke den relativt større distansen som et intervju via telefon medfører framfor et intervju i et personlig møte, ville ha negative konsekvenser på samtalene. Min bekymring var at den fysiske distansen og mangelen på visuelle inntrykk kanskje også ville føre til en større avstand i interaksjonen mellom meg og intervjupartnerne.

Selv om telefonintervju er brukt en del som metodisk redskap for kvalitativ forskning, er det, så vidt meg bekjent, ganske sparsomt med metodiske refleksjoner omkring dette. En av de få tekstene til denne tematikken er skrevet av Lisa Bruke og Monica Miller (2001). Selv om artikkelen er formulert med en i kvalitativ forskning heller uvant positivistisk orientering, er noen av forfatterens betraktninger svært informative. Spesielt peker de på en mangel av konkrete ”nuts and bolts” for gjennomføring av kvalitative forskningsprosjekt som bygger på telefonintervju.

Denne mangelen på konkrete handlingsorienteringer har også meldt seg i min undersøkelse – ikke fordi det metodiske valget av telefonintervju har vist de negative konsekvensene jeg hadde fryktet, men fordi det er lite erfaringer i metodelitteraturen å bygge på. Jeg vil derfor benytte anledningen til å formidle en del av mine erfaringer med telefonintervju og på denne måten bidra til å belyse et interessant, men lite diskutert metodisk redskap for kvalitative undersøkelser.

En umiddelbar fordel med intervju der begge parter er fysisk til stede, er åpenbart at intervjueren kan ta hensyn til akustiske, visuelle og mimiske ytringer og bearbeide disse i selve intervjusituasjonen. Jeg hadde i utgangspunkt antatt at intervjupartnerne i en telefonsamtale kom til å opptre mer tilbakeholdende med informasjon, i og med at en ikke-verbal (f.eks. mimisk) tilbakemelding på uttalelser faller bort.

I ettertid virker dette heller ubegrunnet. Overraskende nok hadde jeg ofte inntrykk av at mine respondenter var mer direkte og insisterende enn i det første intervjuet som i all hovedsak fant sted i et personlig møte. Jeg opplevde ofte å bli korrigert når jeg ville forsikre meg om jeg hadde forstått riktig, og at respondenter insisterte på en bestemt formulering eller poengterte en bestemt begrepsforståelse. Dette var mindre framtrædende i de første

ansikt-til-ansikt intervjuene. Det overrasket meg at den relativt distanserte telefonkontakten i ettertid heller virker som en betryggende faktor enn en begrensende avstand.³⁴

Jeg kan se fire mulige forklaringer på dette paradokset. Den første er av mer teknisk art. Siden de første intervjuene i all hovedsak har skjedd i et personlig frammøte, var en personlig kontakt for de senere telefonsamtalene allerede etablert. Jeg kan imidlertid ikke se at min opprinnelige bekymring om et mer distansert forhold har gjort seg gjeldende i de tre tilfellene der jeg gjennomførte også det første intervjuet per telefon.

En annen forklaring kan ligge i det korte tidsrommet mellom pasientens bevegelse og intervjuet. Telefonintervjuene lot seg avtale ganske uproblematisk og umiddelbart, siden intervjuene ikke var forbundet med en tidkrevende reise og mye koordineringsarbeid i forhold til intervjuerens og samtalepartnerens avtalebok. På denne måten var inntrykkene fra samarbeidet som regel ferske i minnet hos respondentene. En vurdering av samarbeidet var derfor mer preget av øyeblikket for eksempel i forhold til en optimistisk prognose, eller en øyeblikkelig frustrasjon. Det var også relativt uproblematisk å forskyve et intervju på kort varsel når respondentenes arbeidshverdag krevde det; noe som ikke var mulig i samme grad når intervjuene var forbundet med en reise.

Ofte hadde jeg også inntrykk at mine respondenter satte pris på et legitimt avbrekk og en mulighet til å reflektere over den egne arbeidssituasjonen. Telefonintervjuene var som regel kortere enn de første ansikt-til-ansikt intervjuene. Dette hadde selvfølgelig sin grunn i at jeg i det første intervjuet stilte en del spørsmål til samarbeid generelt, mens dette ikke var tema i de senere intervju som omhandlet konkrete planlagte og gjennomførte tiltak. Mitt inntrykk jamt over var likevel at samtalepartnerne var mer forberedt og fokusert i telefonintervjuene enn det som var tilfellet i intervjuene der jeg møtte fram personlig.

Et tredje aspekt skyldes at telefonsamtaler ser ut til å skape en slags fredet sone for samtalepartnerne. De blir langt på vei skjermet fra forstyrrelser gjennom en tredje part. Jeg har lagt merke til at telefonintervju svært sjelden måtte avbrytes fordi en tredje person kom til. Et langt hyppigere forekommende avbrekk i de personlige intervjuene begynte gjerne slik: "Beklager at jeg må forstyrre dere, men jeg må bare spørre deg kort ..." I slike tilfeller måt-

³⁴ Den samme observasjonen er også påpekt andre steder (Jacobsen, 1993: 331).

te opptaksutstyret slås av og både respondenten og jeg måtte etterpå finne tilbake til det punktet der samtalen ble avbrutt. I telefonintervju var et lengre avbrekk langt sjeldnere. Bare i ytterst få tilfeller har jeg etterpå registrert at audio-utstyret måtte slås av. Når det også i disse intervjuene hendte at en tredje person kom til, hadde et avbrudd gjerne en slik form: "Beklager, jeg visste ikke at du sitter i telefon!", og samtalen kunne fortsette umiddelbart. Telefonsamtaler nyter åpenbart en større respekt hos tredje enn personlige samtaler. Her ligger antakeligvis en medvirkende faktor for mitt generelle inntrykk av at telefonintervjuene som helhet var mer målrettet og fokusert.

Et fjerde aspekt er vanskeligere å beskrive, til tross for min egen oppfatning om at det her ligger en hovedforklaring for de overraskende fyldige og fokuserte telefonintervjuene. I en metodisk drøfting av telefonintervju framfor ansikt-til-ansikt intervju framhever forfatteren som en styrke, den følelsen av anonymitet de første gir framfor de sistnevnte (Jacobsen, 1993: 331). Mitt inntrykk er at mine respondenter satte pris på å kunne bruke intervjuene som en anledning til å trekke seg ut av avdelingens drift til en fysisk ramme der de var alene og stort sett uforstyrret. I en studie om samarbeidsrelasjoner i åpne kulturlandskap kommer forfatteren til en liknende konklusjon (Lind-Kassah, 2005: 197). Formulert med Goffmanns (1974) metafor vil jeg uttrykke det slik at mine intervju partnere ofte satte pris på å kunne opptre på intervjusituasjonens *front stage* ut fra sin visuelt skjermete *back stage*. Med utgangspunkt i mine observasjoner fra de på forhånd avtalte semistrukturerte telefonintervju vil jeg forlenge resonnementet og hevde at det finnes et generelt trekk for telefonintervju i institusjonelle omgivelser; at respondenter setter pris på å kunne svare på åpne spørsmål i en rolig og, innenfor organisatoriske grenser, selvvalgt omgivelse der de er forholdsvis skjermet både fra forstyrrelser gjennom tredje og fra intervjuerens observasjon av fysiske reaksjoner og mimikk.

Min opprinnelige bekymring om at telefonintervjuets relative anonymitet kommer til å virke negativt inn på intervjuenes dialogiske karakter virker i ettertid heller ubegrunnet. Siden det er svært sparsomt i metodelitteraturen med en kritisk drøfting av telefonintervju til kvalitative forskningsformål, har jeg benyttet anledningen til å rapportere litt mer utførlig om mine erfaringer med denne formen for å produsere kvalitative data.

I det neste underkapitlet vil jeg diskutere ulike posisjoner til intervjudata i de to diskursanalytiske teoritradisjoner jeg legger til grunn for min analyse, og jeg utvikler min egen analysemodell for intervjuundersøkelsen jeg har beskrevet så langt.

6.3 Dialoger om intervju og intervju som dialog

I min innholdsanalyse av stortingsmeldinger har jeg framhevet to forhold. For det første har jeg gjort oppmerksom på det mangfoldige meningsinnholdet i begrepet samarbeid, og for det andre at et krav om tverrfaglig samarbeid først og fremst retter seg mot gruppen av bakkebyråkrater. I dette underkapitlet vil jeg utvikle min egen analysemodell for intervjuene om samarbeid i det psykisk helsevern og psykisk helsearbeid jeg har gjennomført med denne personellgruppen.

Om ikke det dominerende, er intervju uten tvil et svært mye brukt instrument for å generere data i kvalitativ forskning (Baker, 1997: 130; Holstein & Gubrium, 1997: 113; Phillips, 2001a: 102). Men intervjudata har i løpet av de siste årene også kommet i kritikkens søkelys. Bl.a. kritiseres en i økende grad uklar grenseoppgang mellom vitenskapelige og populariserende måter å formidle ”fakta” via intervju. I denne sammenhengen har for eksempel David Silverman og Paul Atkinson preget begrepet om et intervjusamfunn (1997). I forlengelsen av kritikken mot en intervjudopulisme som form for nyhetsformidling, kritiseres også en altfor ensidig vektlegging av intervju i forskningssammenheng (Silverman, 2001: 22).

Et annet aspekt i diskusjonen om intervjuenes sentrale rolle handler om den epistemologiske status som data produsert i intervju kan gjøre krav på (Alvesson, 2003). Dette er et spørsmål som blir besvart ulikt innenfor forskjellige diskursanalytiske tradisjoner, og jeg vil derfor begrunne min egen diskursanalytiske metodikk til analysen av intervjuundersøkelsen. Jeg vil bygge min argumentasjon opp i tre skritt. I et første skritt undersøker jeg en prinsipiell kritikk mot en forståelse av intervjusituasjonen som et produksjonssted for fakta. En stor del av argumentasjonen i forhold til denne forståelsen er felles for ulike fortolkende forskningstradisjoner. De metodologiske konsekvensene varierer imidlertid betraktelig, og jeg tar derfor bare kort stilling til de forskjellige posisjonene. I et neste skritt ser jeg på in-

tervju ut fra et diskursanalytisk perspektiv i mer snever forstand. Jeg undersøker to ulike måter å operasjonalisere implikasjonene fra en kritikk mot et neo-positivistisk intervjuideal på den ene siden, og mot en hermeneutisk og fenomenologisk forankret intervjuforståelse på den andre. I et tredje skritt begrunner jeg min egen modell for en diskursanalytisk betraktning av mine intervjudata.

6.3.1 Intervjuets produktive side

En stor del empiriske undersøkelser som tar sitt metodologiske utgangspunkt i fortolkende tradisjoner, bygger sitt empiriske inntak på intervju. Når utdrag fra disse intervju presenteres, skjer det ofte i en form som tilsier at disse intervjudata representerer ”fakta”; representasjoner altså om hvordan ting ”virkelig” er. For kvantitative undersøkelser er dette i tråd med det valgte epistemologiske utgangspunktet. Når også kvalitative analyser gir inntrykk av det samme, er det langt mer problematisk.

Den underliggende logikken for en slik forståelse bygger på en kommunikasjonsmodell der en person koder et bestemt meningsinnhold i språklige tegn og overfører det til en annen, som på sin side dekode det samme meningsinnholdet uten tap fordi vedkommende rår over de samme språklige ressursene. Denne enkle kommunikative overføringsmodellen er kritisert for eksempel med utgangspunkt i diskursanalytisk tenkning (Taylor, 2001: 6).

Dette neo-positivistiske idealet for en overføring av mening forsøkes operasjonalisert gjennom bestemte handlingsanvisninger for intervjueren. Den skal opptre og spørre på bestemte måter, skal stille korte og mest mulig entydige spørsmål, og holde sine egne holdninger – i det hele tatt sin egen personlighet – mest mulig i bakgrunnen (Friedrichs, 1985: 207 ff; Hellevik, 1991: 125 ff). Alt dette i håp om å få intervjupartnerens svar i form av objektiverte ”fakta”, som i ettertid kan analyseres via en bestemt kodingslogikk med entydige og helst ikke overlappende kategorier.

Med denne forståelsen framstår intervjuet som et sted for datainnsamling – en metode for å få tak i kompetente respondenters holdning til bestemte emner, som på sin side er definert gjennom forskningsspørsmålet. Mot denne metodiske forståelsen av kvalitative intervju til

(samfunnsvitenskaplige) forskningsformål har det blitt rettet omfattende og velbegrunnet kritikk (Alvesson, 2003; Kvale, 1996; Silverman, 2000; Taylor, 2001).

Denne kritikken har et epistemologisk perspektiv til felles. Den betrakter intervjusituasjonen som et sted for meningsproduksjon istedenfor overføring av fakta. Intervjusituasjonen betraktes med andre ord som et sted for dataproduksjon istedenfor datainnsamling. Istedenfor å holde intervjuerens ”forstyrrende” innflytelse på et minimum – noe som på bakgrunn av denne kritikken uavhengig av hvor strukturert intervjuene gjennomføres, framstår som både umulig og uønsket – betraktes den interaksjonistiske dynamikken mellom intervjudeltakerne som en mulighet for en bedre forståelse av intervjuets tematiske fokus.

Den mest praktiserte formen for intervju i samfunnsvitenskapelig, empirisk basert forskning er antakeligvis semistrukturerte intervju som orienterer seg ved mer eller mindre utformulerte spørsmål arrangert i en likeså mer eller mindre detaljert intervjuguide. Intervjuguiden betraktes som utgangspunkt og ramme for samtalen, men ikke som en ugjennomtrengelig begrensning for hva som kan spørres om eller sies. Heller ikke er den statisk på den måten at den brukes likt for alle samtalepartnerne og for alle samtaler (Kvale, 1996: 129 ff). Det er åpenbart at for eksempel pasientkarrierene i min undersøkelse nødvendigvis måtte utvikle seg i forskjellige retninger, og at dermed også spørsmålene om samarbeidet rundt pasientene måtte variere fra intervju til intervju alt etter hvordan samarbeidsforholdet og mine tematiske og begrepelige interesser har utviklet seg.

Intervjusituasjonen betraktes altså som konstruksjonssted for mening. Fra denne forståelsen avledes imidlertid avvikende metodologiske implikasjoner i forskjellige fortolkende forskningstradisjoner.

I kvalitative undersøkelser med en metodologisk forankring i en mer klassisk fenomenologisk tradisjon, tas det høyde for interaksjonen mellom intervjueren og den intervjuete. Den erkjennelsesteoretiske interessen retter seg imidlertid ikke mot den interaksjonistiske komponenten og resultatet av en felles produksjon av mening, men mot den underliggende meningssammenheng respondenten gjør rede for.

Steinar Kvale har med utgangspunkt i en poststrukturalistisk posisjon kalt dette skillet mellom en objektiv verden og de subjektive fortolkningene, ”den dobbelte verdens illusjon” (1996: 41, 52 f). Intervjuet blir i dette tilfellet betraktet som et redskap for å kartlegge res-

pondentenes fortolkninger, som så skal brukes til en ekstrapolasjon av et objektivt meningsinnhold; dvs. en dypere, underliggende meningsstruktur. Den interaksjonistiske komponenten forsøkes om ikke fjernet, så i det minste så langt som mulig svekket gjennom en utstrakt redegjørelse for forskerens egne utgangsforutsetninger, i håp om å finne fram til det essensielle: respondentens "egentlige" mening i sin rene form, mest mulig uforstyrret av forskerens egne teoribelastede vurderingspremisser (Smith, 1995: 12, 25). Selv om denne forståelsen av intervju i fenomenologisk inspirerte forskningsprosjekt som regel blir håndtert langt mer moderat enn idealet legger opp til, er forsøket på å fjerne forskerens innflytelse etter mitt syn i utgangspunktet et relativt fåfengt foretak. Jeg betrakter målet om å få tak i en bestemt meningsverden – i dette tilfellet respondentenes – gjennom en slags "katarsisk prosess" for egne meningsbærende vurderingspremisser, som et i beste fall ufullstendig og dermed relativistisk foretak.³⁵ I verste tilfelle ender et slikt forsøk med langtrukne, og i forhold til forskningsspørsmålene lite overbevisende redegjørelser for forskerens egen person, og spekulasjoner om implikasjonene disse personlighetstrekkene tilsynelatende har for forskningsresultatet (Miller & Glassner, 1997: 103). Samtidig undervurderer en slik holdning den analytiske verdien av intervjusituasjonens uunngåelige dialogiske komponent.

Denne forestillingen om universelle meningsinnhold var i utgangspunktet formulert ut fra en kritikk mot et neo-positivistisk ideal. Den har på sin side blitt kritisert både ut fra et interaksjonistisk og et poststrukturalistisk perspektiv. Her erstattes ideen om et universalistisk underliggende meningsinnhold av et meningsbegrep som på den ene siden er lokalt og sosialt konstruert, og på den andre språklig basert og formidlet. Intervju betraktes på lik linje med andre måter å generere data ikke som et verktøy for å nå fram til objektivitet i en hvilken som helst forstand, verken på begrepsnivå eller i form av universelle kategorier, etiske holdinger eller meningsinnhold. Intervju betraktes først og fremst som arena for en narrativ og kontekstuell produksjon av språk (og dermed tekst), der både intervjuer og den intervjuete bidrar. Dette formulerer for eksempel David Silverman på følgende måte.

³⁵ Dette berører også det avgjørende epistemologiske skillet mellom sosialkonstruktivistiske diskursanalyser og hermeneutisk inspirert fortolkende forskning. Mens målet i den sistnevnte tradisjonen er å komme fram til en rekonstruksjon av tekstens opprinnelige, "egentlige" meningsinnhold gjennom et stadig perspektivskifte mellom del og helhet, er tolkning i diskursanalyser med et sosialkonstruktivistisk utgangspunkt alltid et perspektivisk foretak. Et skifte mellom detalj og kontekst er en metodisk teknikk til en analytisk begrunnet produksjon av andre fortolkninger enn de eksisterende – og ikke til fenomenets "egentlige", essensielle vesensinnhold (Jørgensen, 2001: 256; Phillips, 2001b: 114).

<T>he assembly of narratives in interviews (or conversations) is always a two-way process. Therefore, we must treat the interviewers questions not as (possibly distorted) gateways to the authentic account but as part of the process through which a narrative is collectively assembled.

(Silverman, 2000: 35)

Stringente krav til en gjennomføring av intervju slik de er fremtredende i neo-positivistisk forankret forskning, er med forståelsen i sitatet like uvesentlig som den fenomenologisk inspirerte jakten på universelle (eller i det minste autentiske) meningsinnhold. Istedet er det analytiske fokus rettet mot selve situasjonen og forhandlingene mellom intervjuer og intervjuet om intervjuets tematiske innhold.

Letting go the presumption that (good) interviews give us some kind of privileged insight into what people really think, believe or do is the first step to seeing interview data as the production of situated 'accountings-for' whatever is the topic the interviewer presents.

(Baker, 1997: 137)

Istedetfor å betrakte tekstene fra de semistrukturerte intervju jeg har gjennomført bare i forhold til svarene jeg har fått (slik det neo-positivistiske idealet legger opp til), eller å forsøke å dempe den interaksjonistiske komponenten i mine bidrag til intervjuene og den senere analysen gjennom en utstrakt "katarsisk prosess" for mine egne utgangspunktsetninger, har jeg i min analysestrategi lagt en forståelse til grunn der jeg betrakter intervju som sted for en lokal og dynamisk produksjon av mening. Min diskursanalytiske modell må dermed gi mulighet for en betraktning av både spørsmål og svar så vel som den retoriske forhandlingen om meningsinnhold som har foregått i intervjuene.

Jeg har tidligere argumentert at diskursanalyse er et begrep som er langt fra å representere et enhetlig felt. Heller ikke i forhold til intervjudata eksisterer det en felles metodologisk posisjon. Jeg vil derfor i det neste underkapitlet undersøke forskjellige diskursanalytiske posisjoner i forhold til intervjudata, og deretter begrunne min egen analysemodell.

6.3.2 Intervju og diskursanalyser – metodiske posisjoner

Jeg har innledningsvis påpekt at intervju er et mye brukt metodisk redskap i kvalitativ forankret forskning. I diskursanalytiske sammenheng er holdningene til intervju mer ambivalent.

Mer etnometodologisk og konversasjonsanalytisk inspirerte tradisjoner avviser intervju som metode for å skape et datagrunnlag nærmest kategorisk til fordel for ”naturlig forekommende samtaler” (Silverman, 2001: 286 f; Taylor, 2001: 27 f). I den grad intervjutekster i det hele tatt trekkes fram i denne tradisjonen, er det i langt større grad den formale organisasjonen av samtalen som står i fokus, enn intervjuets egentlige tematikk.³⁶

I mer poststrukturalistisk inspirerte diskursanalytiske tradisjoner er holdningene til intervjudata langt mindre avvisende. Også her avgrenser de seg fra et neo-positivistisk ideal om at forskeren i minst mulig grad skal påvirke grunnlaget for innsamling av ”rene” data. I forlengelse av et poststrukturalistisk postulat om at mening er sosialt konstituert, betraktes også intervjusituasjonen i møtet mellom intervjuer og intervjuet som et sted for meningsproduksjon.

Meaning is not merely elicited by apt questioning, nor simply transported through respondent replies; it is actively and communicatively assembled in the interview encounter. ... Therefore, any technical attempts to strip the interviews of their interactional ingredients will be futile.

(Holstein & Gubrium, 1997: 114)

Heller ikke i Laclau og Mouffes diskursteori som jeg hittil har benyttet meg av, formuleres det prinsipielle metodologiske innvendinger mot semistrukturerte, narrative eller andre former for kvalitative intervju. Problemet er heller en forholdsvis likegyldig holdning i for-

³⁶ Jeg har ikke tatt utgangspunkt i denne tradisjonen og vil derfor ikke drøfte denne argumentasjonen i detalj. Likevel vil jeg poengtere at jeg ikke deler kritikken som betrakter intervjusituasjonen som en ”kunstig” del av respondentenes sosiale verden. Tvert imot gjør selve deltakelsen i et intervju dette til en del av denne verden (Potter, 1997: 149). Et annet spørsmål er om det er mulig å trekke slutninger fra interaksjonen i intervjusituasjonen til en annen del av intervjudeltakernes sosiale verden. Dette er imidlertid ikke et særtrekk ved intervju. Også ”naturlige samtaler” som favoriseres i konversasjonsanalyser, kan bare analyseres som uttrykk for hvordan deltakerne handler i denne situasjonen og ikke i andre sosiale sammenheng (Alvesson, 2003: 17; Miller & Glassner, 1997: 111). Ikke minst ut fra forskningsetiske hensyn er det dessuten ikke akseptabelt å benytte seg av slike ”naturlige” data uten å innhente de berørte parters samtykke. Dermed er det ytterlig problematisk å opprettholde skillet mellom ”naturlige”, dvs. ”autentiske” samtaler på den ene siden, og ”kunstige” intervjudata på den andre.

hold til metodiske spørsmål generelt.³⁷ Først i de senere årene har en større faglig oppmerksomhet overfor metodiske spørsmål begynt å avtegne seg. I denne forbindelsen har det også kommet noen bidrag som drøfter intervju som metode for å generere data.

Disse drøftingene tar utgangspunkt i en poststrukturalistisk tekstforståelse der språk betraktes som det meningsbærende elementet i forholdet mellom mennesket og verden (eller formulert med mer etablerte sosiologiske begrep: mellom individ og samfunn) (Neumann, 2001: 23). For det konkrete analytiske foretaket åpner det for en utvidet forståelse av tekster som "diskursive flater", innleiret i større diskurser (Dyrberg et al., 2000: 325).

Tekster produsert i intervju kan dermed analyseres i forhold til de diskursive ressursene som deltakerne benytter seg av når de tillegger sine bidrag mening gjennom referanser til en diskursiv orden. På denne måten er utgangspunktet for en analyse av intervjutekster det samme som for en analyse av tekstuelle monumenter, slik jeg har gjennomført den i kapittel 5. Intervjutekster skiller seg imidlertid fra andre tekster på flere måter, og disse forskjellene har avgjørende konsekvenser for analysen.

For det første kan tekstuelle monumenter analyseres som uttrykk for en bestemt diskursiv meningssammenheng med et distansert perspektiv. I motsetning til intervjutekster har de ikke oppstått med en bestemt forskningsinteresse som utgangspunkt for produksjonen. Intervju er derimot gjennomført nettopp med en bestemt forskningsinteresse. For det andre har forskeren selv, eller andre personer som er inkludert i forskningsprosessen, bidratt til produksjonen av intervjuene (Hansen, 2000: 141; Poulsen, 2000: 164).

De metodiske implikasjonene som empirisk orienterte diskursteoretikere avleder for analysen fra disse kvalitative forskjellene, er imidlertid ikke tilfredsstillende etter mitt syn. I empiriske forskningsmiljø inspirert av Laclau og Mouffes diskursteori har det ikke utviklet seg noen enhetlig forståelse for hvordan kvalitative forskningsintervju skal håndteres (Dyrberg

³⁷ Dette rammer imidlertid ikke bare diskursteorien. Det samme gjelder en stor del av hermeneutisk og poststrukturalistisk forankret kritikk mot et neo-positivistisk intervjuideal om å få tak i mest mulig uforstyrrede og derfor valide "fakta". Denne kritikken retter seg som regel mot filosofiske og epistemologiske antakelser, mens metodiske og forskningsstrategiske spørsmål ikke får tilsvarende oppmerksomhet (Alvesson, 2003: 13).

et al., 2000: 330).³⁸ Jeg må derfor bygge min argumentasjon på et selektivt utvalg fra enkelte empiriske arbeider.

I 1999 arrangerte Roskilde Universitets Center i Danmark en konferanse med tittelen ”Diskursteorien på arbejde” (Torfing et al., 2000). Et utvalg av foredragene ble publisert i bokform, og et av bidragene der forfatteren, i hvert fall til en viss grad, har dokumentert hvilken intervjuforståelse hun har lagt til grunn og hvilken status hun gjør krav på for sine data, er Birgitte Poulsens undersøkelse om politisk likhet som ideal. Jeg vil på bakgrunn av denne undersøkelsen utvikle en kritikk av det metodiske grunnlaget som Poulsen har valgt for sin diskursanalyse, og deretter introdusere en alternativ betraktning av intervjutekster som et lokalistisk og dialogisk foretak. Også denne lokalistiske intervjuforståelsen har etter mitt syn en del alvorlige svakheter som jeg vil problematisere før jeg introduserer mitt eget forslag om en kobling mellom Laclau og Mouffes diskursteoretiske begrepsapparat, og en diskurspsykologisk inspirert analysestrategi.

6.3.2.1 Diskursteoretiske variasjoner: metodisk eklektisisme

Med Laclau og Mouffes diskursteori som teoretisk bakgrunn har Poulsen fulgt det hun kaller en etnografisk strategi for å gjennomføre sine semistrukturerte intervju. Med denne strategien har hun forsøkt

at minimere, at det i det produserte tekstmateriale (interviewudskriftene) bliver interviewerens egne begrebmæssige forestillinger og forventninger til feltet, der kommer til udtryk og legges til grund i analysen.

(Poulsen, 2000: 164)

Følgelig krever hun at intervjueren begrenser seg i størst mulig grad til å stille beskrivende spørsmål. Med samme oppfordring kommer tre andre forfattere i sine bidrag i samme bok. I en nærmest neo-positivistisk språkbruk framholder også de en ”etnografisk intervjustil” som middel for å bøte på det de kaller en ”intervjuer effekt” (Dyrberg et al., 2000: 327). I utgangspunkt virker det som en fornuftig strategi for å unngå at det utelukkende er intervju-

³⁸ I Danmark, der Laclau og Mouffes diskursteori har fått en relativ bred oppslutning som teoretisk utgangspunkt for empiriske diskursanalyser, har det problematiske, grunnlaget for data produsert gjennom intervju til en viss grad blitt tematisert (Hansen, 2000: 159). Selv om diskusjonsbehovet på dette området har blitt påpekt, er en noenlunde enhetlig holdning i forhold til metodisk-analytiske utfordringer imidlertid fremdeles fraværende.

erens egne kategorier som til slutt blir synlige i det produserte datamaterialet. Når denne strategien holdes fram som den eneste metodiske ledetråden for gjennomføring av intervju på bakgrunn av et diskursteoretisk begrepsapparat, har jeg imidlertid en del grunnleggende innvendinger mot en slik begrensning.

For det første oppfatter jeg diskursanalyser, uavhengig av teoritradisjonen de er forankret i, som et abduktivt prosjekt. Begreps- og teoriutvikling er ikke et engangsforetak forbeholdt en bestemt periode i prosjektets gjennomføring. Begrep og teorier holder seg heller ikke stabile, men utvikler seg etter hvert i forhold til de slutningene som trekkes fra en fortløpende tolkning av datamaterialet, en fortløpende gjennomgang av litteraturen eller av diskusjoner omkring det pågående prosjektet i forskjellige fora.

I forhold til intervjusituasjonen innebærer en abduktiv forskningsstrategi at også denne må holdes fleksibel, slik at respondentens formuleringer kan tas som utgangspunkt for nye eller utdypende spørsmål. Men det samme gjelder også for intervjuerens aktive stillingtaken. En utvikling av et intervju bort fra en orienterende intervjuguide og til en bedre forståelse av undersøkelsens fokus, er heller uttrykk for en ønsket diskursiv dynamikk i samtalen enn for en ledende samtaleføring som uunngåelig munner ut i en reproduksjon av forskerens egen forforståelse.

Denne dynamiske komponenten kommer spesielt til sin rett når en forskningsdesign legger opp til at intervju ikke er foretatt som et engangsforetak, men, som i min undersøkelse, om samme tema over tid. I min undersøkelse er intervjuene ordnet langs det jeg har betegnet som pasientkarrierer – altså pasientens vandring mellom ulike tjenestenivå innenfor psykisk helsevern og psykisk helsearbeid. Bakgrunnen for mine intervju spørsmål om samarbeidsproblematikken var selve forløpet i pasienthistorien slik den har kommet fram fra forskjellige kilder. Dermed ble intervjuene nødvendigvis ledet av mine situasjonsvurderinger og forventninger fra det ene intervjuet til det neste.

For det andre oppfatter jeg beskrivende spørsmål som et svært relativistisk tiltak som virkemiddel mot å legge egne begrep og forventninger til grunn for analysen. En slik begrensning kan i beste tilfelle virke svekkende, og i verste tilfelle tilslørende for intervjuerens status som medprodusent av det produserte tekstmaterialet uten å fjerne den. Etter mitt syn er dette heller ikke ønskelig. Når intervjueren formulerer sine spørsmål, er disse nødvendigvis

begreps- og dermed teoribasert. Når denne uunngåelige forforståelsen presenteres bevisst for respondenten, åpner en forståelse av intervjuet som en dynamisk situasjon for at respondenten tar stilling til denne forforståelsen.³⁹

For det tredje ligger den diskursanalytiske oppgaven etter mitt syn like mye i analysen av respondentens svar, som i analysen av den i seg selv meningskonstruerende interaksjonistiske dynamikken mellom intervjuer og intervjuet. Poulsens strategi for å fange opp respondentens "egentlige", "uberørte" og "ekte" holdning er i grunn den samme som den en ortodoks fenomenologisk metodologi legger opp til; en kunstig og i beste fall ufullstendig tilbakeholden av egne teoretiske antakelser gjennom bruk av utelukkende beskrivende spørsmål. Uavhengig av hvilken teoritradisjon en sosialkonstruktivistisk forankret diskursanalyse tar utgangspunkt i, er målet å finne ut hvilke diskursive konstruksjoner som dominerer et bestemt felt (Phillips, 2001a: 102; Smith, 1995: 12, 15). Når forskeren bare tillater seg beskrivende spørsmål for å finne ut av disse konstruksjonene, står denne begrensningen heller i veien for enn fremmer muligheten for å nå dette målet.

Disse innvendingene er selvfølgelig ikke rettet mot å bruke beskrivende spørsmål i det hele tatt. Heller ikke er de å forstå slik at jeg advokerer en ukritisk og ureflektert holdning i forhold til egne teoribelastede forhåndsoppfatninger – det som f.eks. fra konversasjonsanalytisk orientert hold har blitt betegnet som en incestuøs relasjon mellom intervjuerens og den intervjuetes kategorier (Baker, 1997: 136).

Mine innvendinger er derimot et argument mot en selvbegrensning til ekskluderende bruk av beskrivende spørsmål. Etter mitt syn står dette i veien for å benytte de analytiske mulighetene som ligger i et dynamisk intervjuforløp aktivt, nettopp med det formål å gjøre egne forhåndsoppfatninger synlige. Disse er hos intervjueren som hos den intervjuete som regel ubevisste, og de kan bli synliggjort i analyseprosessen gjennom en forståelse av intervju-

³⁹ Min erfaring både fra dette og fra tidligere intervjubaserte forskningsprosjekt, er at særlig de første intervjuene ofte er preget av en fornemmelse om at spørsmålene "ikke passer". I et interaksjonistisk perspektiv er dette ikke et tegn for "upassende" og "passende", dvs. "riktige" spørsmål, men et uttrykk for at intervjuer og intervjuet er i ferd med å forhandle seg fram til en felles diskursiv kontekst som intervjuets tema kan fortolkes meningsfullt i. Denne forhandlingen øker faktisk intervjuets kvalitet: "Particularly as a result of social distances, interviewees may not trust us, they may not understand our questions, or they may purposely mislead us in their responses. ... interviewees will tell us, given the chance, which of our interests and formulations make sense and non-sense to them." (Miller & Glassner, 1997: 101 ff).

tuasjonen som en interaksjon mellom deltakerne og den retoriske posisjoneringen som finner sted her.

Nå representerer Poulsens og andres selvbegrensning til en etnografisk intervjustrategi og til beskrivende spørsmål ingen originær diskursteoretisk intervjumetodikk. Som jeg har påpekt, er en slik fortsatt fraværende. Men Poulsens valgte strategi for en analyse av intervjuetekster framstår som en lite fruktbar vei å gå for en diskursanalytisk bearbeiding av intervjuetekster, og alternativene må derfor letes etter andre steder enn i det voksende, men fremdeles lite problematiserte felt som diskursteoretisk forankrete empiriske undersøkelser representerer.

6.3.2.2 Intervju som lokalisme og den retoriske forhandling av mening

Når ikke bare respondentens beretninger står i fokus, men også intervjuerens spørsmål samt den retoriske forhandlingen mellom deltakerne, er det opplagt at dette må ha avgjørende konsekvenser for den metodiske framgangsmåten i analysen (Baker, 1997: 131). Før jeg drøfter disse konsekvensene mer detaljert, vil jeg først ta opp en utbredt misforståelse i forbindelse med en slik dialogisk intervjuforståelse. At både spørsmål og svar og interaksjonen mellom deltakerne inkluderes i analysen, blir ofte framholdt som argument for en mer demokratisk forståelse av kvalitative forskningsintervju, og dermed som et bidrag til å minske avstanden mellom forsker og utforsket (Condor, 1997).

Det ene har imidlertid ikke nødvendigvis noe å gjøre med det andre, og en slik romantiserende forestilling om at det situasjonsimmanente hierarkiet mellom intervjuer og intervjuet kan unngås, er neppe holdbart (Kvale, 2006; Phillips, 2001a). I utgangspunktet er det intervjueren med sin opprinnelige forskningsinteresse som stiller spørsmål, og den intervjuete som gir svar. Heller ikke en dialogisk intervjuforståelse forandrer dette.

Mitt fokus på den retoriske forhandlingen mellom begge parter betrakter jeg da heller ikke som et forsøk på en mer demokratisk form for kvalitative forskningsintervju. Jeg oppfatter det først og fremst som en metodisk mulighet for en analyse av de kategoriene som begge parter - ikke bare den intervjuete, men også intervjueren - legger til grunn for sin produksjon av mening. Slik kan en diskursanalyse av intervjuetekster møte utfordringen med å leg-

ge intervjuerens egne kategorier til grunn for analysen på en mer overbevisende måte enn f.eks. en etnografisk strategi.

En analysestrategi som tar høyde for de retoriske forhandlingsprosessene i intervjusituasjoner, er Potter og Wetherells diskurspsykologiske modell som jeg har introdusert tidligere. Her forstås en produksjon av data både i selve intervjusituasjonen og i den senere analysen som et grunnleggende dialogisk foretak.⁴⁰ I beskrivelsen av en analytisk metodikk for sin modell gir Potter og Wetherell en langt mer omfattende begrunnelse for ulike framgangsmåter enn bare et ensidig fokus på den retoriske forhandlingen som grunnlag for meningsproduksjon (Potter & Wetherell, 1987; Potter & Wetherell, 1995). I deres egne empiriske arbeider får derimot en analyse av den retoriske forhandlingen langt den største oppmerksomheten. Deres modell viser et misforhold mellom et velutviklet repertoar av metodiske redskaper til en retorisk analyse av intervju- eller samtaledata, og et langt mindre utviklet tilsvarende repertoar for en analyse av andre datakilder, som for eksempel observasjonsdata eller dokumenter. De metodiske begrensningene for en analyse som baserer seg eksklusivt på en analyse av retorikk, har jeg drøftet andre plasser (Schönfelder, Under utgivelse).

Som i andre fortolkende teoritradisjoner er refleksivitet også i diskurspsykologien et sentralt prinsipp for analysen. I Potter og Wetherells modell er refleksivitet imidlertid ikke et engangsforetak beskrevet og plassert i et av forskningsrapportens innledende kapitler, der forskeren etter beste evne gjør rede for sine egne tolkningsforutsetninger. Refleksivitet betraktes som en prosess som opprettholdes gjennom hele analysen, gjennom en undersøkelse av den retoriske forhandlingen og de diskursive ressursene som deltakerne i et intervju benytter seg av (Phillips, 2001a: 99 ff; Potter & Wetherell, 1987: 163 ff; Taylor, 2001: 16 ff).

Dette er mer enn bare en formell aksept av intervjuets uunngåelige dialogiske komponent. I diskurspsykologisk forstand er siktemålet for den analytiske bearbeidningen ikke å oppnå mest mulig entydige svar. Tvert imot forventes det mangfold og motsigelser i respondentenes fortellinger i forhold til bestemte emner, og den analytiske oppgaven består i å lodde ut bredden i denne variasjonen (Potter & Wetherell, 1987: 49 ff).

⁴⁰ Til tross for at den retoriske forhandlingen står sentralt i Potter og Wetherells diskursanalytiske modell, hevdes det at en god del diskurspsykologiske analyser ikke lever opp til det metodiske idealet om en aktiv analyse av intervjuerens del i meningsproduksjonen (Phillips, 2001a: 109).

I en retrospektiv betraktning av sin tidligere studie om rasisme har Potter og Wetherell konkludert med at de ved en eventuell senere anledning ville vært langt mer aktive med egne bidrag til samtalen – ikke for å lede den i en bestemt retning, men for å analysere variasjonen i holdninger i forhold til intervjuets tema (Potter & Wetherell, 1995: 85 f). Den retoriske forhandlingen av meningsinnhold er sentral fordi språket i diskurspsykologien ikke betraktes som et nøytralt medium for å overføre statiske meningsinnhold, men som et aktivt brukt verktøy for å konstruere en bestemt forståelse av den sosiale verden.

Jeg har i kapittel 3.3.2 allerede beskrevet Potter og Wetherells begrep om fortolkningsrepertoar som et forsøk på å framheve aktørenes aktive rolle i en diskursiv konstruksjon av egen identitet. Slike fortolkningsrepertoar betraktes som aktivt brukte ressurser i forskjellige meningssammenheng. De brukes både fleksibelt og inkonsistent fordi aktører vil oppnå forskjellige mål i bestemte diskursive subjektposisjoner. Derfor er en oppmerksomhet overfor denne variabiliteten et sentralt kjennetegn i denne formen for diskursanalytisk tenkning.

Because people go through life faced with an ever-changing kaleidoscope of situations, they will need to draw upon very different repertoires to suit the needs at hand. From this theoretical perspective what is predicted is exactly variability rather than consensus.

(Potter & Wetherell, 1987: 156)

Også Potter og Wetherell setter navn på spesifikke diskurser.⁴¹ De benekter altså ikke diskursenes strukturelle komponent i form av føringer for hvordan samhandling kan utfolde seg. Formålet med deres analyse består derimot ikke først og fremst i en beskrivelse av disse diskursive strukturelle føringene. Istedenfor diskursive føringer er interessen i langt større grad rettet mot diskursive ressurser som interaksjonsdeltakerne benytter seg av i samhandlingen med andre.

<R>ather than attempting to derive 'discourses' from some set of materials, and then consider how those discourses work together and against one another in the abstract, the focus is very much on the implementation of those discourses in actual settings.

(Wetherell & Potter, 1992: 90)

Dette er like mye et bevisst valg i forhold til metoden de utvikler som det er uttrykk for en konsekvent videreføring av en konstruktivistisk epistemologi. Metodisk er det et spørsmål om hvor forskeren skal sette sitt fokus: ikke på situasjonseksterne handlingsstyrende dis-

⁴¹ F.eks. når de snakker om "the discourse of nation" eller om en "nationalist discourse" (Wetherell & Potter, 1992: 141).

kursive føringer, men på selve situasjonen der mennesker aktivt konstruerer et meningsfullt bilde av verden.

<I>n Potter and Wetherell's (1987) application of discourse analysis, interview texts do not merely refer to some reality beyond the texts, but the participants' discourse is of interest in its own right. <...> They emphasize discourse analysis as not so much a method as an approach, focusing on the constructive nature of questioning, transcribing, and analyzing in interview research.

(Kvale, 1996: 43)

Når det gjelder det jeg har betegnet som en konsekvent videreføring av en konstruktivistisk epistemologi, kritiserer Potter og Wetherell (som også andre diskurspsykologer) mer tydelig poststrukturalistisk orienterte, diskursanalytiske tradisjoner for å ha en reifisert, tingliggjort måte å presentere diskurser på; nemlig som ”ting” eller objektive fakta ”ut i verden”, samtidig med at aktørens praktiske språkbruk i den konkrete samhandlingssituasjonen blir oversett (Jørgensen & Phillips, 2002: 105; Wetherell, 1998: 394, 401) .

For intervjudataenes relative status har denne lokalistiske forståelsen avgjørende konsekvenser. I sin undersøkelse om språklige representasjoner for rasisme argumenterer Wetherell og Potter i bokas første del for en metodisk avholdenhet når det gjelder slutninger fra intervjudata til strukturelle (diskursive) føringer, mens de tematisk med utgangspunkt i intervju i bokas andre del, beskriver rasisme som et sosialt forankret og diskursivt synliggjort fenomen (Wetherell & Potter, 1992). Holstein og Gubrium, selv sympatiserende i forhold til dette forskningsmiljøet, kritiserer denne metodiske selvbegrensningen som en generell svakhet ved språkanalytisk orienterte forskningstradisjoner; at intervjuets tematiske *hva* kommer i skyggen av dets prosessuelle *hvordan* (Holstein & Gubrium, 1997: 115). Denne frykten for å tilskrive bestemte analytisk konstruerte diskurser en kvasi-ontologisk status gjennom å gi dem en empirisk begrunnet benevnelse, har ført til at Potter og Wetherell har blitt beskyldt for det motsatte ekstremet; nemlig at deres beskrivelse av fortolkningsrepertoar som diskursive ressurser aktørene bruker i interaksjonen, nå framstår som løstrevet fra det de gir empirisk belegg for (Jørgensen & Phillips, 2002: 147).⁴²

Her ligger etter mitt syn en alvorlig metodisk svakhet i denne lokalistiske forståelsen av kvalitative forskningsintervju. Intervju gjennomføres verken med hvem som helst, eller om

⁴² I denne sammenhengen er det interessant at Wetherell på sin side har trukket fram Laclau og Mouffes diskursteorier som et alternativ til en ensidig lokalistisk forståelse av meningsproduksjon slik den dominerer i konversasjonsanalytiske studier (Wetherell, 1998).

hva som helst. De gjennomføres med bestemte personer som er utvalgt etter definerte kriterier, og de gjennomføres på bakgrunn av et bestemt tema. Intervjupartnerne antas, av ulike grunner, å kunne si noe om dette emnet fordi det utgjør en del av deres sosiale realitet. Dette gjør ikke bidragene til et intervju ”sant”, og det forhindrer heller ikke at spørsmålene som stilles og svarene som gis, kan bli brukt strategisk eller manipulerende. Men en ensidig lokalistisk forståelse av intervjusituasjonen har en tendens til å undervurdere verdien av å bruke velinformerte personer til å formidle relevant innsikt i sin sosiale realitet (Alvesson, 2003: 17). Den undervurderer også den strukturelle komponenten i samfunnet som diskursiv konstruksjon. Ikke alt er tenkelig i en dominant diskursiv struktur, og av det som er tenkelig, utløser noe et større, noe et mindre utførlig forklaringsbehov og derfor også en mer eller mindre utførlig retorisk forhandling.

På lik linje med andre samhandlingssituasjoner benytter også deltakerne i et intervju seg av ulike diskursive ressurser. Disse ressursene kan beskrives – ikke som dekontekstualiserte fakta i neo-positivistisk forstand, men som kontingente konstruksjoner. En slik beskrivelse kan og må for presentasjonens skyld nødvendigvis settes fram i form av analytisk begrunnete begrep og distinksjoner – en fastlåsning av betydning (Hansen, 2000: 141; Phillips, 2001a: 106) – uten at de beskrevne diskursene dermed må betraktes som reifiserte størrelser. For mitt formål om å undersøke samarbeid i psykisk helsevern og psykisk helsearbeid ved hjelp av data produsert i kvalitative intervju vil jeg hevde at begge aspekt er vesentlige; å demonstrere den lokale retoriske forhandlingen i intervjuene (altså intervjuets interaksjonistiske *hvordan*) og en analytisk begrunnet presentasjon av diskursive strukturelle føringer for samarbeid i psykisk helsevern og psykisk helsearbeid (altså intervjuenes tematiske *hva*). En retorisk analyse av intervjuets hvordan forstår jeg imidlertid som en metodisk mulighet for en analyse av intervjuets hva, og ikke omvendt.

I store deler bygger også Potter og Wetherells diskurspsykologi på poststrukturalistiske premisser. Derfor oppfatter jeg det i utgangspunktet ikke som videre problematisk å kom-

binere dette perspektivet med dets anvendelige metodiske framgangsmåte for en analyse av tekster med det elaborerte begrepsapparatet fra Laclau og Mouffes diskursteori.⁴³

I det følgende underkapitlet vil jeg presentere hvilke implikasjoner jeg har avledet fra begge diskursanalytiske teoritradisjoner for min egen analysemodell.

6.3.3 Å analysere diskurser om samarbeid –metodisk syntese

Med et sosialkonstruktivistisk perspektiv som utgangspunkt er tendensen til å presentere analytisk begrunnede diskurser som reifiserte enheter sikkert uheldig. Potter og Wetherells grep der de bytter ut diskursbegrepet med et begrep om fortolkningsrepertoar, løser dette imidlertid like lite som en lokalistisk begrensning av analytiske slutninger til selve intervju-situasjonen. Verken det ene eller det andre bidrar til en løsning av det grunnleggende problemet; hvordan beskrive resultatet av en lokal meningsproduksjon i intervjusituasjonen i forhold til kontingente diskursive føringer? Hvordan er det mulig i en diskursanalyse av intervjuetekster å konstruere et begrepslig sentrum gjennom å ”arrestere en overflod av differensieringer” (Laclau & Mouffe, 2001: 112 - min oversettelse), vel bevisst at også forskerens egen versjon er perspektivisk?

De diskurspsykologiske svarene på dette dilemmaet forblir etter mitt syn utilfredsstillende. Det gjør derimot ikke den metodiske behandlingen av intervjudata i denne tradisjonen. Jeg følger derfor i min analysemodell en retorisk analysestrategi der jeg ser på forhandlingsprosessen som foregår mellom intervjuer og intervjuet, og på de diskursive ressursene deltakerne benytter seg av.

Men selv om jeg bruker en del av det analytiske vokabularet som er utviklet i Potter og Wetherells diskurspsykologiske modell for den retoriske analysen, benytter jeg meg i større grad av begrepsapparatet fra Laclau og Mouffes diskursteori for en analytisk begrunnet beskrivelse av en kontingent diskursiv orden. De diskurspsykologiske analytiske teknikkene

⁴³ Selv om Potter og Wetherell gir detaljerte beskrivelser av sin egen analytiske metodikk, er de nøye med å påpeke at de forstår sitt bidrag til en retorisk analyse heller som en eksemplifisert analytisk handlingsorientering enn som en eksplisitt anvisning av en spesifikk prosedyre (Potter & Wetherell, 1994: 59).

gir derimot et langt bedre utgangspunkt for å analysere mitt intervjumateriale i forhold til det diskursteoretiske begrepsapparatet enn diskursteoriens egne sparsomme metodiske føringer gir rom for.

Potter og Wetherells begrep om fortolkningsrepertoar kan på sin side med fordel erstattes av Laclau og Mouffes diskursbegrep så lenge dette presenteres som en kontingent konstruksjon, beskrevet ut fra et analytisk begrunnet perspektiv, og ikke som en kvasi-ontologisk enhet. Dette åpner etter mitt syn på en bedre måte for Potter og Wetherells opprinnelige interesse om å utvikle en diskursanalytisk modell med en dobbelt fokus. På den ene siden skal deres diskurspsykologiske modell framheve strukturelle diskursive handlingsbegrensninger, og på den andre siden språkbrukernes aktive rolle i en sosial produksjon av mening, og dermed på et potensial for forandring (Phillips, 2001a: 112; Potter & Wetherell, 1995: 80 f). Jeg vil argumentere at den første delen får for lite oppmerksomhet i diskurspsykologiens teoretiske forankring og den andre i diskursteoriens metodiske anvendelighet.

Også i forhold til presentasjonen av mine analytiske resultat benytter jeg meg av en konvensjon som er vanlig i diskurspsykologiske arbeider. I stedet for å presentere få, og forholdsvis korte sitater fra respondentenes side,⁴⁴ har jeg forsøkt å begrunne mine konklusjoner ut fra lengre utdrag fra intervjuene for å gjøre mine tolkninger mer transparent. Dermed er det også mulig for leseren å trekke egne slutninger ut fra konteksten datamaterialet står i (Phillips, 2001a: 108 f). Dette må selvfølgelig betraktes som et relativistisk foretak. I forhold til korte sitat gir lengre tekstutdrag en bedre kontekstualisert forståelse av intervjuets dynamikk og den retoriske forhandlingen som foregår i selve intervjusituasjonen (Gibbs, 2002: 229; Kvale, 1996: 265-67). Likevel representerer også lengre tekstutdrag bare en del av teksten, og dermed en seleksjon fra forskerens side. Uansett lengde forankrer et utdrag en bestemt tolkning i intervjumaterialet og undertrykker andre tekstdeler som muligens ikke støtter denne tolkningen. Lengre tekstutdrag gjør det mulig å øke transparensen av forskerens perspektiviske tolkningspremisser, men de forandrer ingenting ved selve perspektivismen (Phillips, 2001a: 97 f).

⁴⁴ Også de diskursteoretisk begrunnede arbeider jeg tidligere har trukket fram som eksempler, legger opp til en slik bruk av sitat (Hansen, 2000; Poulsen, 2000).

Sitat uansett omfang er et middel for å konstruere mening. Lengre sitat forankrer denne konstruksjonen imidlertid bedre i det empiriske materialet enn korte sitater er i stand til.

En siste avklaring i forhold til min diskursanalytiske modell gjelder min forståelse av refleksivitet. Jeg har argumentert for en forståelse av intervju som et dialogisk foretak, der en konstruksjon av mening kan synliggjøres gjennom en analyse av de retoriske forhandlingsprosessene mellom intervjuet og intervjuer. Jeg har også hevdet at det i analysen av denne konstruksjonsprosessen må tas høyde for et i utgangspunktet teoribelastet, og i intervjuforløpets teoridannende element. Både den retoriske forhandlingen og den teoretiske tolkningsrammen er altså kontingente størrelser. For en analytisk bearbeiding av dataene er det imidlertid uunngåelig å fryse denne flytende rammen, i det minste midlertidig, for i det hele tatt å kunne utvikle empirisk støttede begrep og kategorier. Med et diskursteoretisk utgangspunkt er denne prosessen beskrevet slik:

For overhovedet at starte analysen, og som en integreret del af den, er man nødt til at sætte en kontekst, holde en række forhold stabile. Denne sætten af sammenhæng er selvfølgelig en konstruktion, men en nødvendig sådan, og til det formål kan interviews også anvendes.

(Hansen, 2000:141)

Den ene delen av min refleksive strategi for å møte denne utfordringen, har jeg allerede nevnt. Den består i en gjengivelse av lengre utdrag fra intervjutranskripsjonene. Jeg har i intervjuene forsøkt å opprettholde en dialogisk form der jeg ved noen anledninger bevisst har stilt mine antakelser, oppfatninger og kategorier til disposisjon, og der jeg for eksempel har gjort bruk av ledende spørsmål – spørsmål som med sitt verdiladete innhold utfordret intervjupartnerne til å ta stilling.⁴⁵ Dette har i noen tilfeller ført til diskusjoner om begrepernes innhold, en bekreftelse eller avvisning av påstander - både mine egne og intervjupartnerens. I den analytiske prosessen har min interesse vært rettet mot denne retoriske forhandlingen av meningsinnhold og de diskursive ressursene som er blitt brukt.⁴⁶ På denne måten håper jeg at det skal det være mulig for leseren å foreta en egen tolkning av dataene og eventuelt, med en annen teoribelastet bakgrunn, å komme til en annen lesing av tekstene.

⁴⁵ Dette er selvfølgelig ikke noen strategi som er eksklusivt forbeholdt diskursanalyser. Steinar Kvale argumenterer for eksempel at ledende spørsmål kan øke intervjuenes reliabilitet, og hevder at disse er brukt for lite i kvalitative forskningsintervju (1996: 157 ff). Til samme konklusjon kommer også Potter og Wetherell (1995: 85 f).

⁴⁶ I vid forstand må strengt tatt også det å introdusere bestemte begrep eller påstander forstås som en analytisk prosess.

Den andre strategien for å ivareta en refleksiv betraktning består i mitt dobbelte, teoretiske perspektiv på intervjumaterialet. På den ene siden skjer dette altså ved hjelp av begrepsapparatet utviklet i Laclau og Mouffes diskursteori som med sitt fokus på momenter og nodalpunkt vektlegger den strukturelle komponenten i diskursbegrepet. På den andre siden analyserer jeg tekstene med utgangspunkt i Potter og Wetherells lokalistiske diskursforståelse. Dette forstår jeg ikke som uttrykk for en teoretisk eklektisisme, men som et forsøk om å gi epistemologisk bevissthet prioritet framfor teoretisk stringens. Mats Alvesson har for en slik strategi preget begrepet om en refleksiv pragmatisk tilnærming, og betrakter denne som en mulighet til å imøtegå en uunngåelig perspektivisme på grunn av forskerens egen diskursive forankring. Jeg følger Alvessons resonnement om at både metodiske og metodologiske spørsmål heller bør besvares i lys av en teoretisk informert multiperspektivisme enn en filosofisk rigiditet. Heller ikke i andre diskursanalyser er en slik kobling av forskjellige teoritradisjoner noen uvanlig strategi for å belyse ulike aspekt ved produksjon av mening og for å ta høyde for forskerens egen diskursive posisjonering (Phillips, 2001b; Wetherell, 1998).

Med denne metodologiske redegjørelsen har jeg for det første begrunnet min forståelse av kvalitative forskningsintervju som en dialogisk arena for en produksjon av mening om et bestemt tema – intervjuets *hva*. Med utgangspunkt i en konstruktivistisk epistemologi har jeg for det andre demonstrert hvordan data med en dialogisk og lokalistisk forståelse av intervju – altså intervjuets *hvordan* – kan benyttes til slutninger om diskursive, strukturelle føringer utover selve intervjusituasjonen.

6.3.4 Noen ord om transkripsjoner

Intervjutranskripsjonene utgjør til sammen rundt 1400 tekstsider. Det hadde imidlertid vært feil å betrakte dette tekstmaterialet som en dekkende representasjon av intervjuene og den interaksjonistiske dynamikken.

Selve transkripsjonsprosessen, dvs. overføringen av muntlig tale og den interaksjonistiske dynamikken som omgir selve talehandlingen til skrift, fører uvegerlig til et tap av informasjon. Heller ikke forholdsvis sofistikerte transkripsjonssystemer som f.eks. det mye referer-

te Jefferson systemet (Sacks et al., 1992; Silverman, 2000: 298 f), klarer å fange opp alle nyanser. Spørsmålet er altså ikke om transkripsjoner er en fullstendig, men om de leverer en tilstrekkelig representasjon for det diskursanalytiske formålet.

For Potter og Wetherell er kravet til transkripsjonens nøyaktighet avhengig av det diskursanalytiske siktemålet. Er interessen rettet mot den diskursive praksisen i seg selv (hva aktørene faktisk gjør og oppnår i samhandlingen), krever de en mest mulig omfattende transkripsjon. Står derimot fortolkningsrepertoarene i fokus (altså de diskursive ressursene som aktørene benytter seg av), oppfatter de et redusert system som tilstrekkelig (Potter & Wetherell, 1995: 86 f).

For mitt formål å beskrive handlingsbetingelser for samarbeid i psykisk helsevern og psykisk helsearbeid er dette andre aspektet sentralt. Jeg har i mine transkripsjoner orientert meg ved det Norman Fairclough betegner som et minimalistisk transkripsjonssystem (1992: 229). I et slikt system registreres overlappinger mellom talerne, pauser og et markert skifte i volum og aksentuering. En detaljert transkripsjonsveiledning ligger ved i appendiks.

Selve transkripsjonen har bare i noen få tilfeller blitt utført av meg selv. Langt de fleste intervju ble transkribert av en tredje person. Etter at intervjuene var skrevet, har jeg kvalitetskontrollert disse på den måten at jeg hørte på lydopptakene og korrigererte eller supplerte transkripsjonene. I og med at jeg har gjennomført alle intervju selv, var det på denne måten mulig å tilføre transkripsjonene et korrigerende moment ut fra et deltakerperspektiv, og fjerne en del av ”transkribentens fortolkende, analytiske og teoretiske fingeravtrykk” (Bird, 2005: 235 - min oversettelse). Likevel forblir det transkriberte materialet en representasjon av selve intervjusituasjonen, og denne representasjonen har blitt filtrert på ulike måter. Dette er ikke til å unngå, men det viser tydelig at det også med en relativ sofistikert transkripsjonsprosess er en svært lang vei til det neo-positivistiske idealet om en innsamling av ”fakta”, eller det fenomenologiske idealet om en fortolkning av et underliggende vesensinnhold i konteksten av respondentenes livsverden slik jeg har diskutert det tidligere i dette kapitlet.

6.3.5 Koding og videre analyse

Jeg har allerede nevnt et første analytisk skritt i min analyse av intervjumaterialet i forbindelse med korrekturlesing av transkripsjonene. Dette har vært utgangspunkt for å begrepsfeste første analytiske kategorier og mulige forbindelser mellom kategoriene. For eksempel har jeg fra begynnelsen av kodet tekstsekvenser som har handlet om pasientens bevegelse mellom linjenivå med en kodingskategori ”karriere”.

Disse foreløpige kategoriene har jeg tatt som utgangspunkt for en gjentatt lesing av intervjutranskripsjoner og feltnotat. Både mitt kodeskjema med analytiske kategorier og modeller for relasjoner mellom kategoriene har utvidet seg stadig. I forhold til koden ”karriere” var en slik utvidelse for eksempel det analytiske skrittet å kode videre med sub-koder for ”pasientens karriere” og ”samarbeidskarriere”. Jeg beskriver i kapittel 7 hvordan jeg har benyttet disse to begrepene til en vurdering av samarbeid som vellykket eller mislykket. Koding og analyse var altså ikke atskilt fra hverandre, men foregikk i en syklisk prosess - det Potter og Wetherell betegner som ”inclusive coding” (Potter & Wetherell, 1987: 167).

Etter hvert da en struktur mellom kodene begynte å avtegne seg mer tydelig, ordnet jeg kodene til forskjellige tema som jeg senere i teksten har beskrevet med det valgte diskursanalytiske begrepsapparatet.

I den tekniske delen av analysen har jeg benyttet meg av NVivo 2[®], et dataprogram for analyse av kvalitative data. Fordelene med et slikt program framfor et manuelt system med kartotek kort eller lignende, består ikke minst i en fleksibel forvaltning av både tekstdeler og kodingssystematikk. Med sine umiddelbart tilgjengelige søke- og sammenlikningsfunksjoner støtter slike dataprogram en åpen og syklisk kode- og analyseprosess.

6.3.6 Å sitere hun og han

I noen fortolkende forskningstradisjoner argumenteres det for en bevisst avholdenhet fra kategorielle rammedata. I en stor del konversasjonsanalytiske arbeider vektlegger forskerne for eksempel framfor alt den situative forhandlingsprosessen som tolkningsgrunnlag, mens informasjon om respondenten (eller aktøren) betraktes som villedende fordi leseren gjen-

nom en presentasjon av disse data er oppfordret til en bestemt kontekstualisering av utsagnet. Argumentet er at forhåndsinformasjon til et intervjuutdrag oppfordrer til en lesing i et bestemt perspektiv som for eksempel et kjønns- klasse- eller generasjonsperspektiv, eller lignende (Taylor, 2001: 26). I mer induktiv orienterte tradisjoner som for eksempel i aktørnettverksteorien, oppfordres det til en beskrivelse av "actants", av menneskelige som materielle kategorier slik de framtrer gjennom observasjoner av nettverk, istedenfor beskrivelser av resultat ledet av bestemte kategorier som utgangspunkt for en bestemt erkjennelsesinteresse (Law, 2003).

Begge perspektiv framholder etter mitt syn en velbegrunnet skepsis mot å bruke bestemte kategorier i for stor grad enten i en presentasjon av resultat, eller i formulering av en bestemt forskningsinteresse. I det siste tilfellet er betydningen av et til enhver tid teoribelastet utgangspunkt for observasjonen undervurdert. I det første er prinsippet om ikke å lede tolkningene i en bestemt retning blitt gjennomført til en nærmest absurd grad. Tolkningene skal tross alt ledes i en bestemt retning – nemlig i den retning som er formulert i undersøkelsens opprinnelige forskningsspørsmål. Mitt argument er at det avgjørende kriteriet for en presentasjon av bestemte kategorier i forbindelse med bruk av sitat ved framlegg av resultat, burde være forskningsspørsmålet som skal besvares og det perspektivet som forskeren legger til grunn for analysen.

Jeg har tidligere hevdet at en gjengivelse av lengre sekvenser fra intervju skal gi leseren mulighet til en egen kontekstualisering av de presenterte tekstpassasjene og på denne måten åpne for en eventuell alternativ tolkning. Som tekstens forfatter er min intensjon imidlertid å lede denne tolkingen i retning av min opprinnelige problemstilling. I dette tilfellet er min argumentasjon rettet mot en analyse av samarbeid i psykisk helsevern og psykisk helsearbeid i et organisasjons- og profesjonsteoretisk perspektiv. Derfor refererer jeg respondentens organisatoriske og yrkesfaglige tilhørighet. Min interesse er ikke rettet mot kjønns- eller aldersforskjeller eller lignende, og derfor er disse rammedata heller ikke nevnt annet enn i en allmenn beskrivelse av mitt utvalg i kapittel 6.1.3.

I tillegg til denne metodiske begrunnelsen er en avholdenhet fra kategorielle rammedata også ledet av forskningsetiske overveielser. Kvalitative undersøkelser som håndterer pasientrelaterte data, har en spesiell stor utfordring i forhold til anonymisering i geografisk avgren-

sete områder som Nord-Norge (Gjertsen, 2006: 271). I min undersøkelse har forholdsvis få respondenter deltatt fra et svært begrenset utvalg av organisatoriske enheter. Undersøkelsen bygger videre på et ytterligere begrenset utvalg av pasientkarrierer. For den siste gruppen har både Datatilsynet og den regionale komiteen for medisinsk forskningsetikk (REK Nord) stilt strenge krav til anonymiteten. Men også for respondentene må anonymiteten ivaretas etter beste evne. En pragmatisk mulighet til å håndtere dette i en presentasjon av analytiske resultat er å tilordne fiktive personlige pronomen i sitat.

Jeg benytter i min analyse en del begrep fra Vibeke Erichsens profesjonsteoretiske modell. Hennes sentrale argument mot profesjonsmodeller som trekker et semantisk skille mellom profesjoner i helsevesenet på den ene siden og paraprofesjoner på den andre, er at dette skillet ikke lenger kan begrunnes med en manglende autonom status for de sistnevnte, men at det representerer en ideologisk tilvisning for tydelig kvinnedominerte yrker ”nederst i velferdsstatens hierarki” (: 45). I min analyse om samarbeid i psykisk helsevern og psykisk helsearbeid bruker jeg ikke kjønn som variabel. Dermed vil jeg på ingen måte hevde at et slikt perspektiv ikke kan være et fruktbart utgangspunkt for en analyse på dette feltet. I min undersøkelse har jeg imidlertid gjort bruk av et organisasjons- og profesjonsteoretisk, og ikke et kjønnsperspektiv.

I presentasjonen av analytiske resultat omtaler jeg derfor alle respondenter som ”hun” og alle pasienter som ”han”. Dette skal på den ene siden styrke anonymiteten til både respondenter og pasienter. På den andre siden skal en vilkårlig tildeling av personlige pronomen støtte oppunder en fokusert framstilling av de variablene som jeg har brukt aktivt i analysen, framfor å antyde et analytisk perspektiv i forhold til variabler som ikke har dekning i teksten. For øvrig er pasientens navn der de ble brukt i intervjuene erstattet med et prosjektnummer i transkripsjonene.

Etter denne beskrivelsen av min analytiske modell vil jeg nå innlede min analyse av intervjuundersøkelsen med et semantisk skille av to sentrale begrep. Begge er knyttet til min forskningsdesign der jeg har undersøkt samarbeid som en prosess slik den utspiller seg langs karrieren til 15 pasienter.

7 Pasientkarrierer og samarbeidskarrierer

Karrierebegrepet har en lang tradisjon i medisinsk sosiologi. Parsons begrep om sykdom som en negativ ferdighet (Gerhardt, 1989: 21) har sammen med begrepet om en sykdomskarriere over lang tid preget tenkningen innenfor medisinsk sosiologi (Aneshensel, 1999; Pescosolido et al., 1999: 442 ff).

Men også på et annet område innen sosiologiske arbeider om medisin og helsevesenet har karrierebegrepet blitt brukt i stor grad. Dette gjelder empiriske arbeider som omhandler psykisk sykdom og psykiatri som institusjon. Goffmans essay om den moralske karrieren til psykiatriske pasienter er antakelig det mest kjente eksemplet i denne sammenhengen (Goffman, 1961: 125-169). I dette essayet vektlegger Goffman overgangen fra en ”prepatient phase” til en ”inpatient phase” som det avgjørende mentale skrittet for mennesker med psykiske lidelser på vei til en aksept av sin nye rolle som psykiatrisk pasient. Strukturen til datidens psykiatriske institusjoner gjør det forholdsvis enkelt å finne belegg for Goffmans argumentasjon. En slik overgang hadde relativt permanente konsekvenser for personer med psykiske lidelser som kom innenfor den strukturelle rammen av 60-tallets psykiatriske sykehus. Jeg har i kapittel 2.1 beskrevet at oppholdet i disse institusjonene vanligvis var svært langvarig, ofte livet ut. De representerte, slik Goffman formulerte det, totale institusjoner (Goffman, 1961: 4 ff). Etter en omfattende deinstitutionaliseringssprosess av de store psykiatriske institusjonene i mesteparten av den vestlige verden, har oppholdene per dags dato blitt forholdsvis kortvarige (Hagen, 2001: 69-75). Dette gjelder også for institusjonsplasseringer i Norge. Flere steder er det påpekt at en nedbygging av de store institusjonene ikke i samme grad har vært ledsaget av alternative, like handlekraftige kommunale eller andre tilbud (Geller, 2000; Haug & Rössler, 1999).

Andre steder hevdes det at den propagerede deinstitutionaliseringen i praksis bare har vært en prosess som bedre er beskrevet med begrepet transinstitutionalisering; at nedbygging av de store sentralinstitusjonene i praksis altså bare har ført til oppbygging av andre enheter med liknende institusjonelle trekk. Selv om disse i de fleste tilfellene bestod av mindre enheter, bar de likevel preg av de samme karakteristika som kjennetegnet Goffmans totale institusjoner (Eikermann, 2000: 54; Forster, 2000: 40; Haug & Rössler, 1999: 116).

I Norge ble disse psykiatriske sykehjemmene senest med Opptappingsplanen for psykisk helse enten nedlagt som langtidsinstitusjoner, eller innlemmet i spesialisthelsetjenestens andre linje som del av et landsdekkende tilbud av distriktpsikiatriske sentre (Ottersen, 2005). De gamle psykiatriske institusjonene som bar preg av Goffmans totale institusjoner, er altså erstattet av psykiatriske sykehus eller sykehusavdelinger, mens de langvarige hjelpebehovene for mennesker med psykiske lidelser, er overlatt til svært heterogent strukturerte, kommunale tjenester. Selv om en relativ stor del mennesker med kroniske psykiske lidelser lever en større del av sitt liv i en eller annen form for institusjonell omgivelse, framstår pasientkarrieren for mennesker med psykiske lidelser i dag som langt mer fragmentert enn det var tilfellet på 60-tallets St.Elizabeth Hospital i Washington, USA – en institusjon med rundt 7000 pasienter der Goffman samlet inn data for sin kjente essaysamling.

I dag er karrierene for personer med psykiske problemer langt mindre ensrettet. De begynner som tidligere: med et personlig ubehag, med forandret atferd, eller også med et belastende møte med omgivelsene. På et eller annet tidspunkt fører det ene eller det andre til et første møte med tjenestetilbudet som helsevesenet har å by på i møtet med psykiske lidelser. Også i mer samtidig forskning er skrittet fra å være en person med individuelt ubehag til å bli pasient betraktet som avgjørende (Aneshensel, 1999: 592; Pescosolido et al., 1999). Men i motsetning til 50 og 60-tallet ender pasientkarrieren for mennesker med psykiske lidelser bare i svært sjeldne tilfeller med et mangeårig opphold på et psykiatrisk sykehus. Hjelpetilbudet i psykisk helsevern og psykisk helsearbeid er i dag langt mer sofistikert og mangfoldig enn den gangen. Med alle mangler disse tilbudene har, er de likevel langt bedre i stand til å yte varierte og adekvate tjenester. For pasientenes karriere betyr det på den ene siden at vedkommende kan regne med et bedre tilpasset tilbud for sine individuelle behov, men på den andre siden også at tilbudene er mer uensartet. Alt etter hvor i landet pasienten bor varierer de i forhold til kvalitet og kontinuitet. Denne variasjonen medfører også stadig flere tilpasninger til nye institusjonelle omgivelser, og nye, dels personlige, dels profesjonelle kontaktnett.

Mitt fokus i denne undersøkelsen ligger ikke på overgangen som pasientene gjennomgår i forhold til egen forståelse av sin rolle som syk og som psykiatrisk pasient – den overgangen altså som Parsons, Goffman og andre har beskrevet med et begrep om en pasientkarriere. Min interesse er derimot å se på hvordan de forskjellige delene av hjelpeapparatet jobber

sammen for å gi sine tilbud til pasienter på ulike stadier i deres karriere i psykisk helsevern og psykisk helsearbeid. Jeg vil betegne dette med et begrep om en samarbeidskarriere i motsetning til det ofte omtalte og metodisk operasjonaliserte begrepet om en pasientkarriere. I det følgende underkapitlet vil jeg begrunne dette skillet mellom to sammenhengende, men likevel forskjellige begrep mer detaljert. Deretter beskriver jeg min metodiske operasjonisering av et skille mellom pasient- og samarbeidskarriere for min analyse av den delen av pasientenes karriere som utspiller seg i de institusjonelle rammene av psykisk helsevern og psykisk helsearbeid.

7.1 Pasientkarrierer – med pasienten som fokus

Karrierebegrepet i sosiologien har først og fremst blitt brukt som et deskriptivt konsept. Carol Aneshensel for eksempel har gitt følgende beskrivelse:

<...> any sphere of activity in which people move through a series of related and definable stages in a progressive fashion, moving in a definite direction or toward a recognizable end point or goal.

(Aneshensel, 1999: 586)

For mennesker med psykiske lidelser er karrieren imidlertid mindre lineær. Den avviker fra somatiske lidelser særlig når det gjelder en identifiserbar målsetting. Aneshensel modifierer da også sin beskrivelse på dette siste punktet tilsvarende.

<T>he chronic and recurrent course of many psychiatric disorders <...> may make recovery, at least full and permanent recovery, an unattainable goal. As a result, other outcomes must be considered as career endpoints. For example, Rosenfield (1992) cites enhanced quality of life as a critical goal of treatment for persons with chronic mental illnesses for whom medicine's power to cure is limited.

(Aneshensel, 1999: 586 f)

Denne relativiseringen av en helsepolitisk målsetting i pasientenes karriere er problematisk. Ambisjonen om helbredelse som mål for en profesjonell intervensjon var heller ikke tidligere det mest framtreddende kjennetegnet av et tjenestetilbud i psykiatrien eller i psykisk helsevern. Med den som regel svært lange oppholdstiden på institusjonene ville målet for tjenestetilbudet antakelig vært bedre beskrevet med oppbevaring enn med helbredelse. Men senest med avviklingen av de store langtidsinstitusjonene har oppbevaring som målsetting mistet sin (tvilsomme) legitimitet. Når heller ikke helbredelse kan være målet for profesjonell virksomhet, faller mye av grunnlaget for psykiatri som spesialitet innenfor et medisinsk

paradigma bort (Lorem, 2005: 33). Ikke overraskende er psykiatriens status som spesialitet i et medisinfaglig hierarki derfor heller svak. Den er bl.a. beskrevet som et medisinsk delområde i en bakevje (Wifstad, 1997: 13), eller som lavprestige-medisin (Album, 1991; Annfelt, 2001: 23). Likevel har den klart å dominere profesjonelle perspektiv på psykiske lidelser i den forstand at både behandlingsrelaterte og organisatoriske avgjørelser langt på vei treffes på bakgrunn av en medisinsk tolkning av psykiske lidelser (Colombo et al., 2003: 1566). Men denne medisinske tolkningen mangler altså en klar målformulering, og en medisinfaglig profesjonell intervensjon med sitt metodologiske utgangspunkt i en årsak-virkningstenkning er vanskelig å forene med en relativistisk målformulering om bedre livskvalitet slik den kommer til uttrykk i sitatet ovenfor.

Dagens psykiske helsevern og psykiske helsearbeid er gjerne beskrevet som sammensatt av ulike perspektiver. Den norske lægeforeningen gjør for eksempel krav på et ”biopsykososialt perspektiv” for det faglige grunnlaget til sine medlemmer som jobber på dette feltet (2004: 30). Dette er et langt lerret å bleke, og i et slikt sammensatt perspektiv er et dominant medisinsk perspektiv i stadig større grad utfordret av andre virkelighetstolkninger som lettere er forenlige med et vanskelig målbart begrep om en bedre livskvalitet, slik de aktuelle helsepolitiske orienteringene setter det i høysetet. For å nå dette målet er ikke lenger helsebredelse den favoriserte indikatoren for resultatet av en vellykket behandling. Isteden er det en organisatorisk verdi - i hvor stor grad pasienten er satt i fokus gjennom utarbeidelsen av et helhetlig tjenestetilbud (Almvik & Borge, 2000: 91; Den norske lægeforening, 2004: 17; Sosial- og helsedepartementet, 1996: 20 f).

Men samtidig som et medisinfaglig perspektiv ikke lenger kan legges til grunn for en analytisk vurdering av funksjonaliteten i psykisk helsevern og psykisk helsearbeid, kan heller ikke pasientens sykdomskarriere trekkes fram som et eksklusivt utgangspunkt for en analyse av samarbeid. Jeg har påpekt at tjenestene rundt mennesker med psykiske lidelser som regel er svært sammensatte, og at de står langt fra den lineære organisasjonen slik den dominerte i en tid der Goffman, Løchen og andre gjennomførte sine undersøkelser. Kravet til tjenestetilbudet i dagens psykiske helsevern og helsearbeid er først og fremst at det skal framstå som helhetlig for pasienten, og dette kravet orienterer seg ved et mål om å øke pasientens livskvalitet. Dette kravet utløser et stadig voksende behov for koordinasjon og samarbeid, og dette behovet øker bare i takt med de langt større påvirkningsmulighetene for

pasienter og pårørende i forhold til behandling, pleie, omsorg og andre tjenester som helsevesenet skal levere. Innføring av individuelle planer for pasienter med langvarige og sammensatte tjenester er bare ett eksempel på et psykisk helsevern og psykisk helsearbeid som i dag krever langt mer samordning enn den tidligere lite differensierte institusjonspsykiatrien (Kjellevold, 2005).

Et karrierebegrep som setter pasienten i midtpunktet, tar utgangspunkt i en organisatorisk idealbeskrivelse for profesjonell virksomhet. Et slikt karrierebegrep gir også en metodisk mulighet for en analytisk vurdering av om samarbeidet rundt en pasient virker godt eller dårlig i forhold til dette idealet. Men siden helbredelse i de helsepolitiske målsettingene for psykisk helsevern og psykisk helsearbeid har blitt erstattet av livskvalitet, gjør flere profesjonelle perspektiv enn bare det medisinfaglige seg gjeldende. Derfor bør også et deskriptivt konsept om en pasientkarriere suppleres med et parallelt begrep om en samarbeidskarriere.

I denne undersøkelsen definerer jeg en pasientkarriere som utviklingen en person med psykiske lidelser gjennomgår. Med samarbeidskarriere mener jeg på den andre siden prosessen der ulike enheter i psykisk helsevern og psykisk helsearbeid koordinerer sine tjenester slik at det samlede tjenestetilbudet framstår både for pasienten, pårørende og, ikke minst, for samarbeidspartnere selv, som et helhetlig svar på pasientens behov.

Dette begrepslige skillet mellom pasient- og samarbeidskarriere vil jeg bruke som grunnlag for min analyse av samarbeid mellom de ulike linjenivå og profesjonsgrupper i psykisk helsevern og psykisk helsearbeid, og jeg vil bruke det følgende underkapitlet til å beskrive hvordan jeg operasjonaliserer dette skillet metodisk. Nærmere bestemt argumenterer jeg at det er mulig å konstruere et normativt utgangspunkt for en analyse av samarbeid gjennom å holde begge begrep opp mot hverandre.

7.2 Samarbeidskarrierer som metodologisk verktøy for en vurdering av samarbeid

Kvalitative undersøkelser generelt verken kan eller skal produsere statistisk generaliserbare resultat. Siktemålet med en bearbeiding av kvalitative data er å oppnå en analytisk generalisering gjennom å vise variasjonen i datamaterialet, og å koble denne variasjonen med en teoretisk begrunnet tolkning (Kvale, 1996: 233 f; Malterud, 2002). Det er imidlertid vanskelig å dokumentere variasjonen i faktorer som respondentene framhever som viktig for et vellykket samarbeid med andre. Flere ganger i min undersøkelse har for eksempel noen respondenter framhevet et samarbeid som vellykket, mens andre har beskrevet den samme situasjonen som et eksempel på et problematisk samarbeidsforhold. For en analytisk vurdering hvorvidt et samarbeidsforhold er vellykket eller mislykket er det derfor nødvendig å konstruere et abstrakt utgangspunkt.

Jeg har foreløpig argumentert at psykisk helsevern og psykisk helsearbeid representerer en kompleks virkelighet og at de forskjellige organisatoriske og profesjonelle delene har ulike, til dels motstridende perspektiver på hvordan verdien om et helhetlig tjenestetilbud skal settes ut i livet. Derfor har jeg introdusert et begrep om en samarbeidskarriere i tillegg til det etablerte begrepet om en pasientkarriere for en vurdering av samarbeid.

Jeg vil utvikle et metodologisk resonnement i forlengelsen av dette semantiske skillet mellom to karrierer, og argumentere at faktorene for et mislykket samarbeid blir synlige når pasientkarriere og samarbeidskarriere avviker fra hverandre; der altså organisatoriske enheter eller profesjonsutøvere fjerner seg fra pasientens behov som den styrende verdien for sitt samarbeid med andre. Faktorer for et vellykket samarbeid kan på sin side ikke i samme grad avledes av et sammenfall mellom pasient- og samarbeidskarriere. Minst to argumenter taler mot dette. For det første kan en vurdering av om en samarbeidskarriere følger pasientens karriere, tross alt bare støtte seg på respondentenes beretning. Denne beretningen kommer heller til å tendere mot en retorisk presentasjon av samarbeidet slik at den imøtekommer pasientens behov. Når et eventuelt avvik blir beskrevet i intervjuene, er dette derimot et tydelig tegn for et mislykket samarbeidsforhold. For det andre er heller ikke en sammenliknende betraktning av beretningene til de forskjellige respondentene umiddelbart i stand til å si noe om et sammenfall mellom samarbeids- og pasientkarrieren skyldes et

planlagt og koordinert samarbeid, eller om det skyldes andre faktorer som for eksempel en rutinemessig oppfølging, eller også bare tilfeldigheter.

Faktorer for et vellykket samarbeid kan derimot konstrueres med en reversibel logikk. Det som har ført til et avvik mellom pasient- og samarbeidskarriere, må i alle tilfeller ha vært unngått ved et vellykket samarbeid. Jeg konsentrerer meg derfor i min framstilling i det følgende kapitlet om slike avvik. Disse betegner jeg som vendepunkt for samarbeid.

Selvfølgelig blir også denne framstillingen perspektivisk fordi bare resonnementene til bestemte respondenter blir synlige, mens andre forblir undertrykt. Det siste gjelder for yrkesgruppene leger og psykologer, men kanskje mest av alle for pasienten selv som ikke har blitt spurt i denne undersøkelsen.

Perspektivisk forblir den også fordi min framstilling av pasient- og samarbeidskarrierer bygger på en begrenset seleksjon fra hele datamaterialet. Derfor er også denne undersøkelsen en konstruksjon i sin egen rett. En løsning på dette metodiske problemet kan bare være relativistisk; nemlig å gjøre perspektivet som er utgangspunkt for tolkningen eksplisitt, og å forankre argumentasjonen i størst mulig grad i datamaterialet. Denne strategien styrker imidlertid argumentet for en analytisk verdi av en perspektivisk framstilling. Selv om respondentenes egne vurderinger av et samarbeid som vellykket eller mislykket er utgangspunkt for betraktningen, kan nå respondentens beretning måles ved en abstrakt helsepolitisk verdi.

Jeg vil eksemplifisere dette resonnementet med utgangspunkt i to utdrag fra registrerings-skjemaene som jeg har brukt for å registrere pasientbevegelsene i undersøkelsesperioden.⁴⁷ Det er viktig å være oppmerksom på at disse utdragene er hentet fra et vilkårlig sted i pasientens karriere og at de derfor verken representerer en begynnelse eller slutt i denne. Derfor kan de heller ikke tolkes dithen at pasientkarrieren eller samarbeidskarrieren i sin helhet var vellykket eller mislykket. Likevel er det mulig å identifisere spesifikke punkt der samarbeids- og pasientkarrieren avviker fra hverandre, og disse vendepunktene skal danne grunnlaget for den senere analytiske framstillingen.

⁴⁷ De skjemaene jeg presenterer her er en forkortet versjon av de opprinnelige registreringsmatrisene. I disse utdragene har jeg gjengitt en del av mine observasjoner supplert med direkte sitat fra forskjellige intervju. En kategorisering i forhold til hva som er å regne som del av pasientens karriere, eller som del av en samarbeidskarriere, er som enhver annen kategorisering altså en konstruksjon.

Som ellers i denne avhandlingen er jeg avholdende med en beskrivelse av bakgrunnsvariabler som pasientens alder, kjønn og lignende. En metodologisk begrunnelse for denne avgjørelsen har jeg formulert i kapittel 6.3.6. En del informasjon i forhold til pasientens sykdomsbilde og karrieren i det psykiske helsevernet er imidlertid relevant; derfor gir jeg en kort innledende beskrivelse.

Det første eksemplet beskriver utviklingen for en pasient som allerede før undersøkelses-tidsrommet har hatt flere innleggelses på akuttposten i tredjelinjetjenesten. Begrunnelsen for innleggelsene var som regel en "paranoid atferd" overfor pasientens familie og hans sosiale omgangskrets. I noen tilfeller var pasienten underlagt tvungent psykisk helsevern, andre ganger var innleggelsene frivillige. I løpet av de siste årene hadde han flere ganger byttet bostedskommune. Etter en utskrivelse fra tredjelinjen i midten av 2003, flyttet han igjen til en ny kommune. Samarbeids- og pasientkarriere er rekonstruert fra dette tidsrommet av ut fra respondentenes beretninger.

Overgang	Hva skjer?	Kommentar
a) Vår 2003	<ul style="list-style-type: none"> - 10 blir skrevet ut fra akuttposten og flytter etter utskrivelsen til en ny bostedskommune. - Går til samtaler hos psykiater på poliklinikken hver 14. dag. Denne hadde som betingelse at også "X" deltar i disse samtalene. 	<ul style="list-style-type: none"> - Ifølge "X" er både hun, "Y", "Z" og psykiater på poliklinikken enige seg imellom at 10 trenger faste rammer rundt seg og en kort vei til innleggelse "når vi merker at han begynner å bli psykotisk".
b)	<ul style="list-style-type: none"> - 10 får ansvarsgruppe. Denne møtes 4-5 ganger i året og består av 1. linje (fastlege, enhet for psykisk helsearbeid, sosialkontor) og 3.linje (behandler lege og pasientens faste miljøkontakt på akuttposten). - Har også "en velfungerende individuell plan". - Sosionomen på sosialkontoret er leder for ansvarsgruppe, "X" er koordinator for individuell plan som inneholder bl.a. planlagte tiltak i forhold til støttekontakt, medisinutdeling, miljøarbeidstjeneste (som skal sørge for mat og renhold), samtaler om medisinendring hos fastlege. 	<ul style="list-style-type: none"> - 10 klarer ikke å overholde avtalene. Dette skal tas opp på det neste ansvarsgruppemøte.
c) Høst 2003	<ul style="list-style-type: none"> - Overlege på akuttposten skifter. Den nye overlegen opphever det tvungne vernet fordi hun har en annen behandlingsideologi. Hun vil prøve ut frivillighet først – også for "kjente pasienter". 	<ul style="list-style-type: none"> - "X" betegner kontaktperson på sosialkontoret og psykiater på 2.linjen som de personer hun har det lettest for å jobbe sammen med. Føler seg usikker i forhold til 3.linje fordi der skifter overlege ofte. - Sier at hun har et godt forhold til akuttposten i tredjelinjen fordi hun har hospitert der en stund. Føler seg likevel mer avhengig av overlege enn miljøpersonalet.
d)	<ul style="list-style-type: none"> - 10 sier på ansvarsgruppemøte opp alle tjenester fra kommunen inkludert arbeid med individuell plan. Er på dette tidspunktet ikke underlagt tvungent vern. Han bor mer eller mindre fast i nabokommunen hos en venn og vedkommendes far, men beholder likevel leiligheten i hjemkommunen "som en sikkerhet". 	<ul style="list-style-type: none"> - Ansvarsgruppen tar det til etterretning, men fastholder at 10 må forholde seg til denne ansvarsgruppen. 10 får ikke noe stønad og kan derfor bo hvor han vil. Han får likevel oppfølging av "X". - "X" sier at hun kommer til å fortsette som før, dvs. at hun ringer til 10 sporadisk. Hun vet ikke om hun hadde personlig kontakt med 10 i 2004 fram til april. Hadde dog telefonkontakt med han ca. en gang i måneden.

e) Desember 2003	<ul style="list-style-type: none"> - 10 ringer til "X" og ber om å få snakke med henne. Hun oppfatter ikke noe utenom det normale. - På dette tidspunktet er det planlagt en innleggelse i tredjelinjen i januar 2004. 	<ul style="list-style-type: none"> - Noen dager etter denne samtalen går 10 til legevakt og ber om innleggelse i tredjelinjen. - På dette tidspunktet bor han sammen med sin kamerat og vedkommendes far. Kameraten er imidlertid i ferd med å flytte til Sverige, og det uroer 10. - I tredjelinjen blir han ført tilbake til tvungent psykisk helsevern med pålegg om å komme inn til medisinvurdering og undersøkelse hver 3.måned.
f)	<ul style="list-style-type: none"> - Etter utskrivelsen etterlyser "X" at tredjelinjen ikke har igangsatt arbeidet med en individuell plan. Hun mener at det er tredjelinjens oppgave å sette i gang prosessen fordi første linjen ikke hadde hatt kontakt med 10. 	<ul style="list-style-type: none"> - "Y" tar oppfordringen fra kommunen og begynner å skrive en individuell plan. Hun beskriver oppgavene fra akuttposten som: gi stabilitet, justere medisin, gi et tilbud for å hvile seg. "Y" har ingen samtaler med behandlerne mens hun skriver planen. - "Y" ringer til "X" og sier at de har begynt med utarbeidelsen av individuell plan.
g) 20. – 24.03.04	<ul style="list-style-type: none"> - Nytt opphold på akuttposten i tredje linjen. - Blir innlagt fordi han "blir paranoid" på faren til kameraten han bor hos. Ifølge 10 forsøker denne faren å forgifte han, ta livet av han o.l. 10 tok tak i mannen og "ristet han litt". 	<ul style="list-style-type: none"> - 10 har ikke mottatt innkalling til siste ansvarsgruppemøte fordi denne kom i posten og fordi han ikke sjekker posten regelmessig. "Y" foreslår under oppholdet at 10 kan bli ringt opp istedenfor å få brev. Dette vil ikke 10. - "Y" etterlyser mer skriftlig dokumentasjon av resultat fra ansvarsgruppemøtene. Synes kommunikasjon fungerer for dårlig, både i forhold til 10 og i forhold til 3.linjen. - 10 ønsker seg ansvarsgruppemøte annenhver måned. "X" er betenkt og tror ikke at alle partene fra de kommunale tjenestene kommer til å stille opp så ofte.
h)	<ul style="list-style-type: none"> - Etter utskrivelsen har "X" avtalt et møte med 10 for å snakke om individuell plan. 	<ul style="list-style-type: none"> - 10 kommer ikke.
i) 01.04.04	<ul style="list-style-type: none"> - "Y" sender utkast til individuell plan sammen med samtykkeerklæring fra akuttposten til "X". I denne planen har de satt opp målene som de mener 3.linjen vil oppnå. 	
j)	<ul style="list-style-type: none"> - "X" avtaler nytt møte med 10 for å snakke om individuell plan. 	<ul style="list-style-type: none"> - 10 kommer heller ikke til dette møtet.
	<ul style="list-style-type: none"> 10 – pasientnummer "X" - pasientens kontaktperson kommunen. "Y" - pasientens kontaktperson på akuttposten. "Z" - pasientens andre kontaktperson på akuttposten. 	

Pasientens karriere er opplagt langt fra uproblematisk. Problemet med en – i et psykiatrisk fagspråk – sterk paranoid beredskap har vedvart over flere år og er fortsatt det som preger pasientens forhold til sine omgivelser. Hjelpemiddelapparatets problemforståelse på tvers av linjenivåene slik den blir tydelig i § b), er at pasienten trenger faste rammer. For å realisere dette har de tatt i bruk de midlene som er praksis i slike tilfeller. Forholdsvis raskt etter at han kom til den nye hjemkommunen, har pasienten for det første fått opprettet en ansvarsgruppe der ulike kommunale enheter og pasientens kontaktperson fra tredjelinjen deltar. For det andre har han også fått utarbeidet en individuell plan der oppgavene til de ulike enheter er beskrevet og fordelt. Respondenten fra den kommunale førstelinjetjenesten beskriver det slik:

I høst <...> så hadde vi laga en individuell plan med han. Og da hadde vi klart definerte mål. Vi hadde en søkkanes god plan! <...> Og vi hadde hatt tette ansvarsgruppemøter da. At det som på en måte var målsettinga med planen ble evaluert under ansvarsgruppen. Så det var supert.

Vernepleier med videreutdanning i psykisk helsearbeid, 1.linje.

Samarbeidet blir imidlertid satt på en alvorlig prøve når den nye overlegen på akuttposten opphever det tvungne vernet uten å rådføre seg med ansvarsgruppen eller andre i opplegget rundt pasienten. I § c) blir det tydelig at dette utløser en usikkerhet hos bakkebyråkraten i førstelinjetjenesten som følger opp pasienten i det daglige. I samme avsnitt er også vedkommendes kommentar registrert at denne føler seg avhengig fra de skiftende overlegene på posten mer enn av det relativt stabile kontaktnettet blant bakkebyråkratene på akuttposten.

Krisen spisser seg til i § d) når pasienten på det neste ansvarsgruppemøte sier opp all samarbeid med hjelpeapparatet. Siden han fysisk (om ikke formelt) har byttet bosted til en annen kommune, og også eksplisitt gir uttrykk for at han ikke lenger vil ha noen oppfølging fra ansvarsgruppen, ligger alt til rette for å avslutte samarbeidsforholdet. Likevel opprettholder pasientens kontaktperson i kommunen kontakten. På bakgrunn av tidligere erfaringer og en tidligere felles problemvurdering holder "X" fast ved at pasienten er avhengig av faste strukturer. Dette skjer ikke uten motstand i kommunen.

Men i høst så sa han opp alt arbeidet med individuell plan, og også tjenestene som var i <kommune>. Han bodde midlertidig i en annen kommune, men vi har sagt at <...> det er vi som er personene for han likevel. Sosialtjenesten, som er veldig sånn lovyttere, de på en måte - det er den kommunen du oppholder deg som skal - du skal få stønad ifra. Men han får ikke noen stønad, men vi ønsker likevel ikke å skifte på gruppa.

I § e) er det tydelig at denne vurderingen i forhold til pasientens behov er realistisk. Han føler seg tiltakende dårlig og profiterer fra sitt kontaktnett i den tidligere bostedskommunen når han tar kontakt med respondenten.

Men nå melder det seg et nytt problem. Grunnlaget for den tidligere individuelle planen har falt bort. Etter pasientens opphold på akuttavdelingen, er han på nytt underlagt tvungent psykisk helsevern, men de tidligere tiltak som støttekontakt, hjemmehjelp osv. faller bort siden pasienten fortsatt bor i en annen kommune. Derfor må det skrives en ny plan og samarbeidspartnere må bli enige om hvem som skal begynne med dette arbeidet. Det blir en løsning på det også. I §§ f) og i) kommer det fram at pasientens kontaktperson på akuttposten, "Y", har begynt med et utkast til en individuell plan og sendt den videre til sin samarbeidspartner "X" i førstelinjen.

Gjennom hele sekvensen er det tydelig at samarbeidskarrieren på tvers av de forskjellige linjenivåene har fulgt pasientens karriere – dette til tross for flere og til dels alvorlige kriser i pasientens utvikling. Det overordnede målet om et koordinert tjenestetilbud har samarbeidspartnerne vektlagt sterkere enn både et formaljuridisk kommunalt ansvar, så vel som mange anledninger til å skyve ansvaret fram og tilbake mellom tjenestenivåene. Målt i forhold til den helsepolitiske målsettingen om et tjenestetilbud som for pasienten skal framstå som helhetlig, vil jeg derfor betegne det som et eksempel på ”vellykket” samarbeid.

Det andre eksemplet jeg vil diskutere i denne sammenhengen er et utdrag fra en svært sammensatt pasientkarriere. Problematikken har vedvart over lengre tid, men har forverret seg de senere år. Pasienten har hatt mange opphold i spesialisthelsetjenesten både på andre og tredjelinjenivå. Den utløsende faktoren blir av flere respondenter beskrevet som pasientens familiære situasjon. For noen år tilbake døde moren som pasienten har bodd sammen med hele livet. Fra da av har pasientens tilstand forverret seg kontinuerlig. Ulike boformer har vært prøvd, men respondentene er enige seg imellom om at alle disse har vært lite vellykket. Pasienten har ofte gitt uttrykk for ensomhet, og spesielt i de siste årene har han begynt å klage over å høre ”imperative stemmer”. Om pasienten virkelig hører stemmer eller om han rapporterer om disse for å bli innlagt i spesialisthelsetjenesten er det ingen enhetlig holdning om blant respondentene. Rett før undersøkelsen startet, har pasienten blitt mer og mer truende overfor personer i nærmiljøet. Blant annet har han truet hjemmetjenesten med kniv da de skulle dele ut medisin. Følgelig har hjemmetjenesten nektet å gå inn til pasienten. Siden den medisinske vurderingen gikk ut på at han var nødt til å følge opp sin medisinering, var også handlingsbehovet akutt.

Overgang	Hva skjer?	Kommentar
a) 25.01.04	<ul style="list-style-type: none"> - Ansvarsgruppemøte: Innkalt er: 11, ”X”, sosionom på sosialkontoret, kommunalråd og DPS. - Fastlege er ikke innkalt fordi medisinske spørsmål ikke står på dagsorden. På dagsorden står det nettverksbygging, arbeid med individuell plan og bolig-situasjon. 	<ul style="list-style-type: none"> - 11 møter ikke. DPS møter heller ikke fordi de oppfatter 11 ”ikke som deres bord”. - Sosialkontor skal sørge for at 11 får 10 timer støttekontakt. - Kommunalråd skal jobbe for å skaffe bolig og personale (vernepleier) - Hjemmesykepleien skal igjen gå inn til 11 og dele ut medisin daglig. Til det skal det være 2 stykker. ”X” har snakket med 11 – han liker ikke dette.
b) 05.02.04	<ul style="list-style-type: none"> - ”X” kommer på hjemmebesøk. 11 er svært urolig og vil ringe til akuttposten i tredjelinjen. Både han og ”X” snakker med psykiateren. Denne mener at de skal ringe til DPS. Der er legen først avvisende. Mener at det er mer psykisk utviklingshemning og ikke så mye psykiatri. - ”X” gjør gjeldende at pasienten er sterkt medisinert med psykofarmaka og at pasientene hun har å gjøre med gjerne har en sammensatt problematikk. 	<ul style="list-style-type: none"> - ”X” avtaler med psykiater på DPS at hun skal skrive et henvisningsbrev og at pasienten skal komme til DPS 06.02.04. - Psykiateren lover ”X” at de skal starte et behandlingsprogram med et lengre opphold for pasienten på DPS. Behandlingsprogrammet skal starte mandag, 09.02.04

c) 06.02.04	<ul style="list-style-type: none"> - 11 kommer til DPS. Der blir han fulgt opp av "Z". Hun mener at 11 ved denne og andre innleggelser har framprovosert en inntoks for å komme inn på en somatisk avdeling på sykehuset. Derfra kommer han etter noen dager til psykiatrisk avdeling. - "Z" tror også at grunnen for innleggelsen er en henvisning fra fastlegen fordi 11 har vært utagerende. "Z" tror at verken inntoks eller utageringen er seriøse trusler. 	<ul style="list-style-type: none"> - "Z" vil begynne på en individuell plan for 11 mens 11 er innlagt. Visste verken at 11 allerede har en slik plan eller at han har en ansvarsgruppe. - "Z" mener at de fra DPS har kommet med konkrete bestillinger og anbefalinger til 1.linjen hver gang han ble utskrevet. Nevner hjemmesykepleie som samarbeidspartner men ikke enheten for psykisk helsearbeid. - Mener at 1.linje ikke er lydhør nok overfor 11 og pasientens behov fordi han ikke kan snakke for seg like bra som andre pasienter. - "Z"s konklusjon i forhold: 11 bør bo i en boform med heldøgns omsorg. Dette er hun enig med legen om, og hun mener dette også er formidlet videre til 1.linjen.
d) 09.02.04	<ul style="list-style-type: none"> - Skrives ut fra DPS uten at "X" blir underrettet og uten at det lovte behandlingsprogrammet er satt i gang. - "Z" har heller ikke påbegynt den individuelle planen. 	
e) 10.02.04	<ul style="list-style-type: none"> - 11 bryter seg inn hos en nabo og truer med kniv. Blir tvangsinnlagt i tredjelinjen (akuttpost) med politiet som tutor. 	<ul style="list-style-type: none"> - Mens 11 er innlagt på akuttposten, får "X" et brev fra DPS. Der står at 11 ikke ansees som psykiatrisk pasient, men som psykisk utviklingshemmet og dermed som et kommunalt ansvar. De anbefaler en bolig med et støtteapparat rundt 11 som hjemkommunen må opprette, eller evt. leie i en nabokommune.
f) 12.02.04	<ul style="list-style-type: none"> - "Y" vil kalle inn til et ansvarsgruppemøte per videokonferanse 17.02.04. Bare "X" bekrefter deltakelsen. DPS nekter å delta fordi de anser 11 som utenfor deres ansvar. Fastlegen er ikke til å treffe. 	
g) 15.02.04	<ul style="list-style-type: none"> - Kommunalråden sier 11 opp fra hans bolig i kommunen fordi naboene er redde. Det er uklart hvor 11 skal bo når han kommer hjem. 	<ul style="list-style-type: none"> - Ifølge "X" kan det kanskje skaffes en annen leilighet, men uten at de har personal for å følge han opp. - Kommunalråd vil søke om en plass på en privat institusjon for ungdom med utagerende atferd. Dette tilbudet koster 5000.-/ dag.
h) 17.02.04	<ul style="list-style-type: none"> - Utskrevet ut fra akuttposten og sendt hjem - 11 har ikke fått noen annen bolig. 	<ul style="list-style-type: none"> - I kommunen blir 11 tatt imot av hjemmetjenesten som oppfatter han sterk medisinpåvirket. 11 kan ikke gjøre rede for seg eller å gå uten hjelp. - Hjemmetjenesten informerer "X" om dette og stiller spørsmål hvorfor 2. og 3. linjetjenesten kan medisinere 11 så sterk med psykofarmaka, og samtidig påstå at han ikke er psykiatrisk pasient. - De kjører 11 til legevakten, mistanke om apopleksi. 11 blir innlagt medisinsk avdeling på lokalsykehus. - "X" håper at 11 kan få et rehabiliteringsopphold på sykehus pga. den antatte apopleksien. Hun vil at fastlegen skal søke 11 til et rehabiliteringssenter for at "vi får litt mer pusterom".
	<p>11 - pasientnummer "X" - pasientens kontaktperson i den kommunale psykiatritjenesten. "Y" - pasientens kontaktperson i tredjelinjen (akutt-post). "Z" - pasientens kontaktperson på DPS døgn.</p>	

Der dette utdraget slutter, er opplagt fortsatt mye uavklart i pasientens karriere. Faktisk fortsetter denne pasienten sin vandring mellom institusjonene gjennom hele undersøkelsesperioden og i begynnelsen av 2005 var det lite som tydet på at han i overskuelig framtid skulle få et tilpasset, bærekraftig tilbud. Men uavhengig av det videre forløpet for denne karrieren, vil jeg her se nærmere på vendepunktene i dette utdraget – de punktene altså, der pasientens behov, og samarbeidet mellom de forskjellige instansene i hjelpeapparatet avviker fra hverandre.

Et moment som preger teksten er en blanding av svært ulike perspektiver. Disse går over i hverandre, men samtidig setter hvert av disse føringer for hvordan samarbeidet kan utfolde

seg. Utdraget begynner i § a) med beskrivelsen av et organisatorisk perspektiv. De ulike tjenesteytere skal i et ansvarsgruppemøte koordinere det de kan bidra med for pasienten.

Men allerede i innkallingen er dette organisatoriske perspektivet blandet med et faglig perspektiv. Faglig relevant er på dette møtet ikke fastlegens deltakelse, fordi respondenten beskriver fastlegens oppgaver som utelukkende medisinerelatert.

Det er ikke til hvert ansvarsgruppemøte at jeg kaller inn fastlegen. Det er det ikke. Det har - fastlegen har jeg brukt å kalle inn bare når det gjaldt .. i forhold til medisiner - medisinsk behandling. Men dette her som har f.eks. med bolig og med .. med støtteapparat rundt han har jeg heller valgt å kalle inn . folk i - som har ansvar <...> i forhold til dette med økonomi.

Sykepleier med videreutdanning i psykisk helsearbeid, førstelinje.

Slik respondenten formulerer seg her framstår ansvarsgruppen som et temmelig løst konstruert. Hun kaller inn ulike deltakerne alt etter hvilke yrkesfaglige ressurser hun antar de kan bidra med. For medisinske spørsmål er det f.eks. fastlegen, for økonomi er det sosialkontoret. Nettverksbygging m.m. står tydeligvis like lite i sammenheng med fastlegens oppgaver som pasientens økonomiske forhold, og selvfølgelig har sosionomen fra sosialkontoret ikke noe å bidra med når det gjelder medisineringen.

Men hvorfor er det egentlig selvfølgelig? Når alle deltakerne i ansvarsgruppen forbeholder seg en eksklusiv råderett over sine ressurser ut fra sin profesjonstilhørighet og sin faglige kunnskap, er det heller snakk om et svært løst samarbeidsmøte enn en ansvarsgruppe der deltakerne forplikter seg både til fag- og organisasjonsspesifikke tjenester, men også til et kollektivt ansvar for pasienten som gruppe. Den privilegerte status for medisin faglig ekspertise framfor andre former for profesjonell kunnskap betrakter jeg som svært sentral for samarbeidet i psykisk helsevern og psykisk helsearbeid, og jeg kommer mer detaljert tilbake til dette senere i teksten i kapittel 9. For min metodologiske begrunnelse om å benytte meg av vendepunktene i samarbeidskarrieren som indikatorer for analysen, er imidlertid et annet moment interessant her – at respondenten skifter sitt perspektiv for å forklare fraværet til hhv. fastlegen og samarbeidspartnerne i spesialisthelsetjenesten.

Når det gjelder fraværet av fastlegen, argumenterer respondenten ut fra et faglig perspektiv: *”fastlegen har jeg brukt å kalle inn bare <...> i forhold til medisiner”*. I beskrivelsen av fraværet til sine samarbeidspartnere i spesialisthelsetjenesten tar hun derimot utgangspunkt i et organisatorisk perspektiv:

Vi har innkalt DPS. <3.linjen> tør jeg ikke si, men DPS. Men i og med at de sier at <...> det er ikke psykiatri, så <...> møter de ikke. <...> De andre som vi har i ansvarsgrupper, da er jo DPS og

<3.linjen> med som en selvskreven person, og hvor de har en kontaktperson som de får. Men 11, han har ikke fått det .. heller.”

I motsetning til fastlegen har respondentens samarbeidspartnere på DPS og på sentralsykehuset tydeligvis ikke en i samme grad avgrenset oppgave. I ansvarsgrupper generelt er ”de” med ”*som en selvskreven person*” og ”de” betyr her pasientenes kontaktpersoner i spesialisthelsetjenesten. Også på institusjonene er altså samarbeid relatert til bestemte personer, men i motsetning til fastlegen representerer disse personene ikke et eksklusivt faglig perspektiv. Respondenten henvender seg til samarbeidspartnerne i spesialisthelsetjenesten som representanter for en organisasjon, og ut fra dette organisatoriske perspektivet forventer hun seg derfra et kvalitativt høyverdig, men ikke nødvendigvis et faglig spesifikt tilbud.

Men i dette tilfellet blir hun skuffet med sine forventninger. Fra spesialisthelsetjenesten blir det trukket en klar faglig grense – der oppfattes pasienten som psykisk utviklingshemmet og derfor som utenfor deres ansvarsområde. Respondenten har ved flere anledninger fått formidlet at pasienten anses for å være et kommunalt ansvar, og derfor møter heller ingen til ansvarsgruppemøtene.

Mens pasientens karriere tydelig indikerer et behov for et koordinert tjenestetilbud på tvers av linjenivåene, går samarbeidskarrieren en helt annen vei. De ulike perspektiv markerer derfor et første vendepunkt i utviklingen av samarbeidet.

Til overs i § a er foreløpig flere kommunale enheter som fordeler oppgaver seg i mellom i forbindelse med pasienten.

Men i § b utfordrer pasientens kontaktperson i kommunen på nytt DPSets tilbaketrekning – denne gangen ikke bare ut fra et organisatorisk, men også et faglig perspektiv.

Hun møter pasienten slik hun har møtt han flere ganger før: urolig og med trusler om å skade seg selv eller andre. Psykiateren fra tredjelinjen blir trukket inn, og respondenten får medhold for sin problemforståelse. Ut fra et faglig perspektiv er det indikasjoner for en innleggelse i spesialisthelsetjenesten, men ut fra et organisatorisk perspektiv burde denne innleggelsen være nær pasientens bopel. Dette er helt i tråd med de helsepolitiske orienteringene og målsettingene som jeg har diskutert i kapittel 2.1. Respondenten kan derfor argumentere med DPSets faglige og organisatoriske ansvar overfor psykiateren i andrelinjetjenesten. Etter en del forhandling lover psykiateren å utarbeide det som respondenten forventer fra spesialisthelsetjenesten: nemlig et ”*behandlingsprogram*” (§ b).

Både i dette tilfellet og ved senere anledninger forblir det faglige innholdet i dette behandlingsprogrammet uklart. Forventningene til spesialisthelsetjenesten er i alle fall langt mer omfattende enn de eksklusivt medisinerrelaterte i respondentens forhold til fastlegen. Fra spesialisthelsetjenesten forventer respondenten seg mer enn bare medisinfaglig kompetanse. Pasientens kontaktperson på DPSets døgnavdeling, ”Z”, nevner i § c faktisk flere tiltak som hun har tenkt å begynne med. Men samtidig viser hun i samme avsnitt en utstrakt mistillit til situasjonsforståelsen som pasientens kontaktperson i kommunen uttrykker.

I § d blir det imidlertid klart at verken respondentens forventninger eller psykiaterens løfter har blitt innfridd. Dette beskriver pasientens kontaktperson i kommunen slik:

Det var ikke satt i gang med- altså det som jeg hadde håpet på, som jeg sa til legen: Da får dere sette i gang med et program, et behandlingsprogram for han, så kanskje det kan være noe som vi kan følge opp her heime hos oss. <...> Da har hun sagt det at de skulle sette i gang da på mandag. Altså dette var på fredag. <...> På tirsdagen var han utskrevet.

Pasienten skrives ut uten at det har skjedd noen forandringer verken i forhold til det lovte behandlingstilbudet eller til samarbeidsforholdet mellom kommune og DPS. Ut fra en betraktning av pasientens karriere er behovene på ingen måte blitt møtt med noe som så vidt kommer i nærheten av et helhetlig tjenestetilbud. Samarbeidskarrieren avviker altså tydelig fra pasientkarrieren, og denne utskrivelsen markerer dermed et nytt vendepunkt i samarbeidet.

Rett etter denne utskrivelsen når pasientens karriere et foreløpig negativt klimaks. I § e viser han seg å være til fare for andre og tilfredsstillende derfor kriteriene for tvungent psykisk helsevern. Som ved tidligere anledninger er han altså på nytt blitt en ”psykiatrisk pasient”, og ender i denne omgangen på akuttposten i tredjelinjen. Samtidig med pasientens opphold kommer et brev fra DPS til førstelinjen der de holder fast ved sin organisatoriske problemdefinisjon; at pasienten ikke anses å være en psykiatrisk pasient. Samarbeidskarrieren blir på nytt forbigått av pasientens utvikling, og dette representerer dermed et tredje vendepunkt.

I § f møtes pasient- og samarbeidskarrieren foreløpig igjen. ”Y”, pasientens kontaktperson på akuttposten, vil kalle inn til et nytt samarbeidsmøte for å danne et felles opplegg tilpasset pasientens behov.

I mellomtida kommer et nytt perspektiv inn i bildet i tillegg til det organisatoriske og det faglige. Først i § g der et juridisk perspektiv gjør seg gjeldende. Kommunalråden som re-

presentant for kommunen har en juridisk forpliktelse overfor de andre kommunale leieta-kerne. Siden pasienten har vist seg å være en fare for disse, blir han sagt opp. Samtidig har kommunen et ansvar for pasienten og må sørge for et nytt tilbud.

Men før disse nye perspektivene kan ha konsekvenser for pasientkarrieren, opplever denne et ytterligere vendepunkt i § h når samarbeidskarrieren igjen avviker fra pasientens behov. Pasienten er fortsatt i den samme uavklarte situasjonen. Likevel blir han skrevet ut fra akuttposten – uten det planlagte ansvarsgruppemøtet, og uten annet varsel til førstelinjen enn en telefon til hjemmetjenesten som bare har perifer befatning med pasienten. Ikke minst blir pasienten skrevet ut uten et faglig begrunnet eller organisatorisk bærekraftig tilbud. Nærmest velkommen er da pasientens somatiske krise i § h. Denne gir mulighet til innleggelse på sykehuset, og dermed en midlertidig mulighet til å finne et egnet tilbud for pasienten.

Vi har faktisk ingen sikre planer. Altså, jeg kommer til å ta kontakt med Medisin B <...> i morgen og spør om han kan få rehabiliteringsopphold på <sykehus> og så evt. til <annen kommune> på rehabiliteringssentret der, hvor vi får litt mer pusterom. <...> Men som de sier, at å få han DIT <...> det er egentlig bare å skyve problemet foran seg.

I et større perspektiv enn det presenterte utklippet viser det seg at pasientens karriere har utviklet seg ganske lineært over et tidsrom på flere år. Siden morens død har pasienten i stadig større grad klaget over ensomhet, han har i økende grad blitt urolig og etter hvert rapportert om imperative stemmer. I den senere tid, dvs. rett før undersøkelsen, har han mer og mer vist seg som en fare for seg selv og andre.

Men samarbeidskarrieren, altså prosessen der de ulike tjenesteyterne i psykisk helsevern og psykisk helsearbeid skulle ha utarbeidet et bærekraftig tilbud til pasienten, avviker flere tilfeller markant fra behovene som blir synlig i pasientens karriere.

I denne betraktningen av samarbeidskarrieren har det blitt tydelig at tiltakene som skulle møte pasientens behov er utarbeidet eller motarbeidet med utgangspunkt i ulike og til dels motstridende perspektiv. På den andre siden er disse ulike perspektivene ikke nødvendigvis problematiske. Jeg har i kapittel 5 gjort oppmerksom på de store forhåpningene som knyttes til et tverrfaglig samarbeid slik det framkommer bl.a. i StMeld 23 (1996-97). Ulike faglige perspektiv viser seg i samarbeidskarrierene som jeg vil analysere i de følgende kapitlene, både som ressurs og som et hinder for et bærekraftig opplegg rundt pasientene. I de senere årene har det blitt utviklet en forholdsvis variert organisatorisk ”verktøykasse” av koordine-

rende instrumenter. Til disse hører for eksempel ansvarsgrupper og individuelle planer, og disse instrumentene skal brukes nettopp til å føre ulike perspektiv sammen i et helhetlig tjenestetilbud. At pasientkarrieren blir møtt av en samarbeidskarriere preget av ulike perspektiver, er derfor i seg selv ikke problematisk. Likevel inneholder det presenterte utklippet fra mitt registreringsskjema en del markerte avvik mellom pasient- og samarbeidskarrieren – det jeg har betegnet som vendepunkt – og disse må få en analytisk begrunnet forklaring.

Jeg vil benytte det følgende kapitlet til en diskusjon av forskjellige former for slike vendepunkt der pasient- og samarbeidskarriere avviker fra hverandre.

8 Vendepunkt for samarbeid

8.1 Innledning

Før jeg begynner med en diskusjon av eksempler der samarbeid mellom forskjellige yrkesutøvere og på tvers av de organisatoriske tjenestenivåene har vist seg som mislykket, vil jeg først presisere at det ikke er min hensikt å formulere en ensidig kritikk eller en jakt etter en ”skyldig” part i et sammensatt tjenestetilbud. Den følgende presentasjonen av eksempler på vendepunkt i samarbeidskarrierene er en analytisk vurdering av en overordnet betraktning av femten pasientkarrierer som alle har opplevd sine positive og negative klimaks. I denne undersøkelsen har jeg på ingen måte opplevd at respondentene i de pasientkarrierene jeg har undersøkt, har unndratt seg opprettelse eller gjennomføring av et helhetlig tjenestetilbud av andre enn faglige eller organisatoriske grunner.

Likevel har samarbeidet ofte stoppet opp, og likevel tok samarbeidskarrieren mellom partene i psykisk helsevern og psykisk helsearbeid ofte en annen retning enn pasientens karriere. Der respondentene i intervjuene har blitt konfrontert med at samarbeidet har stoppet opp (der altså samarbeidskarrieren har avviket fra pasientkarrieren), har de presentert dette avviket som del av en koherent meningssammenheng. Min interesse er altså derfor ikke å fordele ”skyld”, men å analysere de ulike handlingsrammene mine respondenter har beskrevet når de har presentert sine handlinger som meningsfulle.

Formålet med analysen er å gjøre disse forskjellige handlingsrammene synlige og å beskrive dem tydelig. Først når de ulike handlingsorienteringene er gjort eksplisitte er det også mulig for partene i psykisk helsevern og psykisk helsearbeid å ta stilling til disse i senere samarbeidsprosesser, og på denne måten å unngå slike vendepunkt for samarbeid i framtida.

8.2 Unnvikelsesstrategier

8.2.1 Innledning

Flere steder har jeg nå beskrevet psykisk helsevern og psykisk helsearbeid som en svært kompleks faglig og organisatorisk virkelighet. Bakkebyråkratene må, som alle andre involverte parter, navigere i denne kompleksiteten og finne mening i det de og deres samarbeidspartnere gjør.

I det forrige kapitlet har jeg presentert to eksempler fra mitt materiale for å begrunne et analytisk skille mellom pasient- og samarbeidskarriere. I det andre av disse eksemplene har jeg framhevet forsøket fra en bakkebyråkrat i den kommunale førstelinjetjenesten på å konstruere en kollektiv identitet for en ansvarsgruppe mellom seg selv og noen av samarbeidspartnerne, mens andre samarbeidspartnere (for eksempel fastlegen) ikke var inkludert i denne kollektive identiteten. Ansvarsgruppen har i dette tilfellet vist seg å være en lite bærekraftig sammenslutning der noen av deltakerne har skiftet, mens andre i perioder har nektet å samarbeide. Lite tyder altså på at deltakerne har utviklet en felles gruppeidentitet. Jeg vil i dette kapitlet bygge videre på det samme eksemplet og bruke denne skjøre gruppeidentiteten i min betraktning av et vendepunkt som jeg vil betegne som unnvikelse.

Dette vendepunktet betegner situasjoner der noen av partnerne har unngått å delta i et samarbeid med andre uten direkte å fornekte seg. Tvert imot har de ofte posisjonert seg med sin retorikk i intervjuene som en aktiv part i samarbeidet rundt pasienten. Likevel har de i praksis vært fraværende enten i lengre perioder, eller også gjennom hele undersøkelsesperioden i de samarbeidsfora som var opprettet for å sikre et koordinert og sammenhengende tjenestetilbud til pasienten.

Et første aspekt ved vendepunktet unnvikelse vil jeg diskutere i det følgende underkapitlet med utgangspunkt i et diskursteoretisk identitetsbegrep.

8.2.2 Den umulige gruppeidentiteten

I beskrivelsen av min analysemodell i kapittel 6.3.3 har jeg tatt utgangspunkt i Wetherell og Potters diskurspsykologi. Her har forfatterne brukt mye energi på å vise hvordan identitet framstår delvis som et produkt av en sedimentert diskursiv praksis over tid. Samtidig har de også framhevet et fleksibelt, situasjonsavhengig element i identitetsdannelsen (Wetherell & Potter, 1992: 78 f).

Også i Laclau og Mouffes diskursteori har identitetsdannelsen en sentral stilling for en analyse av diskursiv konstruerte meningssammenheng. I motsetning til Wetherell og Potters modell er identitet i diskursteorien imidlertid ikke bare betraktet som en fleksibel og situasjonsavhengig ressurs. Identitet i diskursteorien mangler ikke bare stabilitet og varighet, men er presentert som en praktisk umulighet (Laclau, 1996: 28).

Aktørenes identitet er her i ethvert tilfelle forstått som et situasjonsavhengig og alltid ufullstendig forsøk på å benytte en universell forståelseshorisont til den daglige fortolkningen av ulike diskursive virkeligheter. Kanskje mest tydelig er dette i Laclaus senere arbeider, der han beskriver det universelle som en konstruksjon uten noen varighet eller substans. Det universelle opptrer bare som en horisont for forståelsen – en mulighet for meningsfulle plasseringer av en egen identitet blant mange i en politisk (eller, som i dette tilfellet med samarbeid i psykisk helsevern og psykisk helsearbeid, en organisatorisk) forutsatt sammenheng.

The universal emerges out of the particular not as some principle underlying and explaining the particular, but as a horizon suturing a dislocated particular identity.

(Laclau, 1996: 34)

Denne måten å betrakte identitet som et forsøk på å orientere seg ved en vikende forståelseshorisont, vil jeg nå anvende for en betraktning av eksemplet som jeg tidligere i kapittel 7.2 har brukt i min argumentasjon for et analytisk skille mellom en pasientkarriere og en samarbeidskarriere. Der har jeg argumentert at respondenten har beskrevet deltakelsen til de forskjellige samarbeidspartnerne i ansvarsgruppen ut fra ulike perspektiv. Disse perspektivene har hun brukt som en retorisk strategi for å legitimere et fravær av noen samarbeidspartnerne. I andre tilfeller har hun argumentert at noen samarbeidspartnere ikke har et på samme måte legitimt grunnlag for å unndra seg et samarbeid i ansvarsgruppen.

En betingelse for at respondentene klarte å begrunne legitimiteten eller illegitimiteten av et fravær, var konstruksjonen av en kollektiv identitet for ansvarsgruppen. Men grunnlaget for en slik felles identitet kan ikke avledes fra selve begrepet om ansvarsgruppe. Ansvarsgrupper er ingen klart definert enhet. De har verken en bestemt sammensetning eller en entydig definert målsetting. Heller ikke er ansvarsgrupper et organisatorisk instrument som bare er brukt for å koordinere tjenestetilbudet i psykisk helsevern og psykisk helsearbeid. Ansvarsgruppemodellen brukes både i barnevernet, i rusmiddelomsorgen, på sosialkontorene og flere andre områder. Både i psykisk helsevern og psykisk helsearbeid og i andre sammenheng varierer sammensetningen av slike grupper (Almvik & Borge, 2000: 95; Sosial- og helsedepartementet, 1996: 95). De avholdes altså i ulike organisatoriske sammensetninger, og de jobber på ulike måter.

For respondenten i eksemplet betyr det at hun altså ikke kan ta utgangspunkt i selve ansvarsgruppebegrepet annet enn som et begrep med et svært uklart, universelt meningsinnhold. Den partikulære kollektive identiteten som respondenten konstruerer for denne bestemte ansvarsgruppen, orienterer seg derfor ved et ideal uten eget innhold i forhold til gruppens sammensetning eller faglige målsetting. Denne betraktningmåten er helt i tråd med relasjonen mellom det partikulære og det universelle i Laclaus argumentasjon:

The universal <...> does not have a concrete content of its own (which would close it on itself), but is an always receding horizon resulting from the expansion of an indefinite chain of equivalent demands.

(ibid)

I eksemplet jeg har diskutert i kapittel 7.2, er ansvarsgruppenes udefinerte innhold eller den udefinerte organisatoriske rammen, ikke videre problematisk for respondenten. Tvert imot benytter hun seg i sin retoriske presentasjon aktivt av muligheten som ligger i Laclaus begrep om en vikende horisont. Det følgende utdraget fra et intervju gir et eksempel på dette.

1. R: Fastlegen har vært innkalt, ja. Fastlegen har vel møtt - EN gang var det. Det var når vi danna gruppa. Da var fastlegen til stede, ja. Men ikke de møtene som vi hadde i .. i - for nå har jo ikke problematikken akkurat vært direkte til dette her med medisinene og .. og sånn, men det har vel mer gått på nettverksbygging i forhold til individuell plan, som vi også jobber med i den gruppa. <...> Så det <...> er vel kanskje DET vi har egentlig jobba mest med i ansvarsgruppa, det å klare å få til et nettverk som skulle trygge han <...> når han begynte å få problemer, at han måtte ha noen å prate med.
2. I: Altså den ansvarsgruppen, sånn som den består nå, det var du, det var hjemmetjenesten, det var PRO- sjefen og sosialkontoret? <...>

3. R: PRO-sjefen, hun er jo nå borte, så nå er det kommunalråden som - når det går på det planet som har med bolig eller stilling, økning av stillingsstørrelsen å gjøre. Så ... Men ... i det daglige sånn nå, så har vi jo - Der har jo sosialkontoret med legen fått ordna sånn at han har hjelpeverge som styrer økonomien, hjelper han med det.
4. I: Men fastlegen var ikke med, men han var innkalt?
5. R: Mhm. ..

Sykepleier med videreutdanning i psykisk helsearbeid, første linje.

Også i dette intervjuutdraget virker gruppens sammensetning svært skjør. Jeg vil i den følgende analysen vise hvordan respondenten benytter den flytende rammen for selve begrepet ansvarsgruppe som en diskursiv ressurs når hun forklarer fraværet til en av gruppens medlemmer: nemlig fastlegen.

Utgangspunkt for denne sekvensen fra et intervju var mitt spørsmål om hvem som hadde deltatt på et bestemt ansvarsgruppemøte. Siden fastlegen ikke var nevnt, spurte jeg direkte etter denne. I sitt svar i § 1 må respondenten tenke langt tilbake i tid. Hun trekker fram det første møtet der hun har opprettet en ansvarsgruppe for pasienten, og der også fastlegen deltok. Pasienten har hatt en lang karriere i kommunen og dette første møtet må ha vært avholdt flere år tilbake – altså lenge før denne undersøkelsen og registreringen av pasientens bevegelser mellom linjenivåene var kommet i gang. Fra dette første møtet hopper respondenten så et langt stykke fram i tid. Begrunnelsen for hvorfor fastlegen ikke deltar i den aktuelle situasjonen, relaterer hun til en spesifikk oppgave som hun definerer for fastlegen i en slik sammenheng:

<...> nå har jo ikke problematikken akkurat vært direkte til dette her med medisinene og .. og sånn, men det har vel mer gått på nettverksbygging i forhold til individuell plan.

Respondenten bruker her forståelseshorizonten i begrepet ansvarsgruppe fleksibelt når hun begrunner fastlegens fravær på de senere møtene. Hun gir også en kvalitativ begrunnelse: Problematikken som har blitt drøftet på ansvarsgruppemøtene har med ”*nettverksbygging i forhold til individuell plan*” å gjøre. Men denne nettverksbyggingen har først på de senere møtene kommet på dagsorden og på disse var det tydeligvis heller ikke det eneste tema. Dette blir tydelig i respondentens påfølgende formulering: ”*som vi også jobber med i den gruppa*”. Oppgavene for gruppen som helhet beskriver respondenten altså som mangfoldige, samtidig som hun holder det fleksibelt hvem som bør delta i gruppens fortløpende arbeid for å utføre disse oppgavene.

Gruppens oppgaver framstår i respondentens argumentasjon delvis som begrunnelse for å inkludere gruppens medlemmer, men også for å forklare fraværet til enkelte – i dette tilfellet gjelder det fastlegen. Respondenten relaterer både deltakelse og fraværet av gruppens medlemmer til hverandre i en meningsfull sammenheng. Fastlegen er i § 3 til tross for sitt fravær over flere år, likevel fortsatt inkludert i respondentens beskrivelse av gruppens kollektive identitet: *”Der har jo sosialkontoret med legen fått ordna sånn at han har hjelpeverge”*. I respondentens framstilling er fastlegen altså likevel koblet til gruppens kollektive identitet på en meningsfull måte – ikke gjennom sin deltakelse, men via sitt samarbeid med sosionomen fra sosialkontoret, som på sin side deltar regelmessig i ansvarsgruppen.

Mitt spørsmål i § 4 kan oppfattes som kritikk. Jeg framsetter en egen tolkning av fastlegens atferd, nemlig at vedkommende ikke deltar i ansvarsgruppen til tross for et forsøk på å kalle henne inn. Likevel holder respondenten fast ved sin tolkning. Med sitt ubestemte svar i § 5 (*”Mhm.”*) formidler respondenten at hun opprettholder sin tolkning av fastlegens atferd som kompatibel med gruppens kollektive identitet. Gjennom den påfølgende pausen overlater hun initiativet til meg om jeg vil følge opp med f.eks. et fordypende spørsmål, en annen tolkning, eller om jeg aksepterer meningssammenhengen hun har presentert i sin tolkning.

Fastlegens relativt perifere rolle er et godt eksempel på å illustrere Laclaus begrep om identitet som en praktisk umulighet, og de mulighetene som ligger i dette begrepet for å sette aktørenes fravær fra samarbeidet i en meningsfull diskursiv kontekst. Men fordi respondenten ikke oppfatter fraværet av en bestemt samarbeidspartner som videre problematisk, markerer dette eksemplet ikke nødvendigvis et tydelig eksempel på et vendepunkt i samarbeidskarrieren.

I de to neste underkapitlene vil jeg undersøke noen variasjoner for forklaringer der fraværet av bestemte parter i en samarbeidsrelasjon blir satt i en bestemt meningssammenheng. Men til forskjell fra eksemplet jeg har drøftet så langt, markerer fraværet av samarbeidspartnere i disse tilfellene et tydelig vendepunkt i samarbeidskarrieren fordi det er respondentene selv som bekrefter en felles gruppeidentitet, samtidig som de viker unna det konkrete samarbeidet i ansvarsgruppen. Dette vendepunktet vil jeg derfor betegne som unnvikelse, og jeg skal i det følgende diskutere noen eksempler fra mitt datamateriale der respondenter i intervjuene bruker forskjellige retoriske strategier, på den ene siden for å inkludere seg selv som en

del av samarbeidet rundt pasientene, samtidig som de på den andre siden argumenterer for hvorfor de unnviker dette samarbeidet i deler av samarbeidskarrieren. Igjen vil jeg understreke at formålet med denne analysen ikke er å vurdere om respondentenes redegjørelser er ”sanne” eller ”usanne”. Formålet er å undersøke de diskursive ressursene og retoriske strategiene som respondentene bruker for å konstruere en bestemt versjon av sin sosiale verden.

8.2.3 Nærhet til pasienten og distanse til gruppen

Det følgende utdraget er hentet fra et intervju der en respondent i andrelinjetjenesten har fortalt om en krise både i pasientens karriere og i måten denne ble håndtert i etterkant av forskjellige kontaktpersoner innad i senteret. Pasienten hadde i dette tilfellet bedt om en umiddelbar innleggelse på DPSets døgnavdeling. Han var godt kjent fra før, og i motsetning til det som er vanlig praksis på senteret har respondenten sammen med lederen på døgnavdelingen valgt å tilby pasienten en plass over helgen istedenfor å be vedkommende om å henvende seg enten til fastlegen eller legevakten. Under oppholdet ble pasienten imidlertid tiltakende urolig og begynte å vise suicidale tendenser. Til slutt måtte politiet tilkalles for å ta hånd om pasienten.

Ifølge respondenten har pasienten selv og personalet på døgnavdelingen snakket ut om denne episoden. I ettertid har det imidlertid oppstått en konflikt mellom pasientens kontaktpersoner på hhv. døgn- og dagavdelingen om måten denne innleggelsen ble håndtert på. Det følgende utdraget er hentet fra et intervju to måneder etter den nevnte episoden og beskriver respondentens perspektiv på hvordan hun har håndtert samarbeidet med de andre delene av hjelpeapparatet på bakgrunn av konflikten med sin kollega.

1. I: Men <poliklinisk behandler> var ikke med på de møtene?
2. R: Altså de møtene - det har vært ETT møte. Det har vært ett eneste møte. <...> Vi har vanlig ansvarsgruppemøte, hvor den ble tatt opp. Og så var jeg nede og snakka med 3 på dagavdelinga en halvtimes tid en dag, at vi fikk prata litt. <...> Istedenfor å gjøre det på et stort møte, ansvarsgruppemøte, da blir det jo mer formelt. <...> Og vi prata litt mer sånn åpent om - om - Ja, og han fikk snakket litt om sine tanker i forhold til ny innleggelse. <...> Og han følte at det ble avklart.
3. I: Var det egentlig siden - siden den gangen i april, var det da et ansvarsgruppemøte? <...>
4. R: Ja, det har vært ett ansvars- - Du, det har vært ETT ansvarsmøte etterpå, som jeg ikke har vært på.
5. I: Ok. ..
6. R: Ja.

7. I: Da vet du heller ikke hva som kom ut av det?
8. R: Nei, nei. Det vet jeg ikke.
9. I: Du har ikke fått referat eller?
10. R: Det har jeg ikke fått noe referat fra enda. Men det - essensen der i forhold til 3, og som 3 sier nå sjøl: <...> Jeg syns at <kontaktperson i dagavdeling> styrer alt for mye, synes jeg. <...> Sånn at vi har tydeligvis litt forskjellig policy i forhold til.. til 3. Men jeg har ikke tatt opp noe sånn ... med <kontaktperson i dagavdeling>, for jeg føler - Og 3 er så våken. Han er så klar sjøl nå, og blitt så flink. Jeg har jo jobba veldig mye med 3 i forhold til at han skal si fra. <...> For det er HANS liv og HANS - Og jeg syns han har blitt flink til det. Ja. <...>
11. I: OK. Si meg, det neste ansvarsgruppemøtet, er det planlagt noe? Eller er det bare noe som går nå?
12. R: Det blir ikke før til høsten. Jeg har ikke fått noen ny innkallelse eller noen ting.
13. I: Men du skal være med på det neste? <...> Det var bare at du ikke kunne nå, på det siste?
14. R: Ja, ja, for da var jeg sørpå i begravelse.
15. I: Var det en annen som var fra dere?
16. R: Ja, det ble hun "J", for det ble utsatt. Det var egentlig "T" som var primærkontakt. <...> Og jeg har faktisk ikke fått snakka med hun "J". Men noe spesielt annet enn at hun syntes at han - altså hun tværer på den episoden som ... nå på en måte - det virker som 3 er ferdig med det.

Sykepleier med videreutdanning i psykisk helsearbeid, andre linje, døgnavdelingen.

I mitt innledende spørsmål til denne sekvensen spurte jeg om også den polikliniske behandleren var med på de interne møtene på DPSet der episoden under innleggelsen skulle bearbeides. Respondenten svarer ikke på dette. Hun avbryter og innleder sin argumentasjon i § 2 med en relativering i forhold til et annet moment i mitt spørsmål: Det har ikke vært flere møter på DPSet, men bare ett. Med sin vekt på "ETT" og sin gjentakelse i neste setning ("ett eneste møte") markerer hun ettertrykkelig at hun ikke oppfatter dette møtet som avgjørende for å ordne opp i forholdet til pasienten. Også den andre kollektive arenaen, ansvarsgruppemøtet, rangerer hun som mindre viktig enn den personlige samtalen: På et slikt "stort møte, ansvarsgruppemøte, da blir det jo mer formelt". I den første delen av § 2 er respondenten opptatt med å formidle sin oppfatning om at hendelsene under oppholdet både for sin egen del og for pasienten er bearbeidet og tilbakelagt. Den mest vesentlige faktoren i denne prosessen slik respondenten framstiller det, er den personlige samtalen hun hadde med pasienten. De kollektive fora rangerer hun tydelig som mindre vesentlige.

Senere i samme avsnitt forsterker respondenten dette hierarkiet der den personlige samtalen med pasienten veier mer enn de kollektive fora. Fra det kollektive "vi prata litt mer sånn åpent" tar respondenten mer og mer over for pasienten og taler etter hvert på hans vegne. Først er det fortsatt en observasjon ("han fikk snakket litt om sine tanker") men så tar respondenten fullstendig over: "Og han følte at det ble avklart". Med denne reifiserte versjonen framstår respondentens tolkning som et faktum, og hun kan nå presentere sin tolkning

som ”riktig”. Siden denne avklaringen har kommet i stand i den personlige samtalen framfor i et stort og formelt møte, kan respondenten også framstille seg som pasientens tillitsperson. I denne posisjonen som pasientens nærmeste kontaktperson i hjelpeapparatet, presenterer respondenten seg flere plasser i andre intervju, som f.eks. her:

Han har heller ikke hatt så mange han har klart å snakke med. <...> Han syntes nesten ikke det var noen vits i å komme inn hvis for eksempel ikke jeg var her.

Respondenten formidler tydelig at hun oppfatter seg som del av samarbeidet rundt pasienten, og for samarbeidskarrieren er det tette tillitsforholdet mellom respondenten og pasienten en viktig ressurs. Men i utdraget som jeg har presentert, er denne ressursen ikke brukt aktivt i samarbeidskarrieren siden respondenten ikke har deltatt verken på de møtene innad i senteret der den dramatiske episoden skulle reflekteres, eller på de senere ansvarsgruppemøtene.

I § 3 kommer jeg tilbake til ansvarsgruppemøtene, altså den kollektive arenaen for samarbeidet. Dette minner respondenten om at det ble avholdt et annet møte som hun av praktiske grunner har glemt (§ 4). For det første har det gått en del tid mellom den dramatiske innleggelsen, det siste ansvarsgruppemøtet og intervjuet. Senere i § 14 forteller hun også om en praktisk grunn for hvorfor hun ikke har deltatt på dette møtet. Men dette forklarer ikke hva som har foregått på dette ansvarsgruppemøtet. I § 5 signaliserer jeg med et kort ”Ok” at jeg bekrefter respondentens versjon, men gjennom pausen etter dette ”Ok” at jeg venter på en utdypende kommentar. Respondenten tar imidlertid ikke denne oppfordringen opp. Med det korte svaret ”Ja.” i § 6 gjør hun det klart at hun har sagt sitt, og at hun altså ikke føler behov for en utdypende forklaring.

Heller ikke mine påfølgende spørsmål i §§ 7 og 9 - om hun er informert om resultatene fra dette møtet, og om hun har fått et referat - tar hun som en oppfordring til utfyllende kommentarer. Hun svarer i § 10 direkte og kort på mitt spørsmål (*”Det har jeg ikke fått noe referat fra enda”*) og går så over til det hun oppfatter som det egentlig relevante i forhold til denne episoden. Dette er ikke samarbeidet på ansvarsgruppemøtet der tjenestetilbudet skal bli vurdert og diskutert og der pasienten selv skal kunne si sin mening om hvordan tjenestetilbudet fungerer. Respondenten sier seg tydelig ferdig med mine spørsmål om samarbeidet med ansvarsgruppen. *”Essensen”* i § 10 er hennes konflikt med en kollega fra dagavdelingen. Denne konflikten vil hun avklare internt i institusjonen framfor på et ansvarsgrup-

pemøte, fordi (som hun formulerer det innledningsvis i § 2) ”*da blir det jo mer formelt*”. Men nettopp til dette formålet er ansvarsgruppemodellen tenkt - for å skape en arena der tjenestetilbyderne, pasienten, pårørende med flere, skal få informasjon om hvordan tilbudet svarer til pasientens behov, og for å diskutere mulige strategier for å forbedre tilbudet. Respondentens holdning til ansvarsgruppemodellen er heller distansert og avventende. Riktignok presenterer hun det i § 14 nærmest som en selvfølge at hun deltar på det neste møtet, men hun har ingen egen agenda for dette. Heller ikke det forrige møtet der hun ikke deltok, er av direkte interesse for hun. I svaret på mitt spørsmål i § 15 viser hun at hun er informert om den organisatoriske løsningen på hennes fravær. Hun vet hvem av hennes kolleger som har vært på dette møtet – en erfaren sykepleierkollega med mange års fartstid på DPS et og med kjennskap til pasienten. Men siden denne kollegaen ikke er kontaktperson til pasienten, har vedkommende heller ikke hatt anledning til å sette seg inn i det som er planlagt for pasienten.

Men enda mer interessant er respondentens forhold til det som skjer på ansvarsgruppemøtet. Mer enn en måned etterpå har hun ikke informert seg om hva som har skjedd på dette møtet – verken hos sin kollega eller hos andre deltakere i ansvarsgruppen. Dette vil jeg framheve som et tydelig vendepunkt i samarbeidskarrieren: at respondenten på den ene siden beskriver seg som pasientens tillitsperson og derfor også som en selvskreven deltaker i samarbeidet rundt pasienten, mens hun på den andre siden viser en temmelig likegyldig holdning til den arenaen der både de sentrale og de mer perifere tjenestetilbydere skal utarbeide en felles strategi til fordel for pasientens beste. Særlig aktørene med et mer perifert forhold til pasienten hadde utvilsomt profitert fra samarbeidspartnere som kan bygge på et nært kjennskap og et tillitsforhold til pasienten, på en arena der de ulike tiltakene skal føres sammen – som i dette tilfellet på ansvarsgruppemøtene. I denne samarbeidskarrieren har respondenten altså veket unna et samarbeid i de kollektive fora, mens hun samtidig i sin retoriske framstilling har presentert seg som aktiv del av dette samarbeidet.

8.2.4 Sentralitet og passivitet i samarbeidet

Det andre eksemplet jeg vil analysere i forhold til unnvikelsesstrategier som vendepunkt i samarbeidskarrierene, er en variasjon av mønsteret jeg har diskutert i det forrige underkapitlet. Også her presenterer respondenten seg som en langvarig og sentral del av hjelpetilbudet til pasienten, og også her unnviker respondenten i perioder et koordinert samarbeid med andre. Men i motsetning til det forrige eksemplet framhever respondenten i dette tilfellet ikke sin nære kontakt til pasienten som en mer sentral del av hjelpetilbudet enn det koordinerende arbeidet på fellesarenaen. I det følgende eksemplet begrunner respondenten derimot sin unnvikelse med en autonom status for sin organisatoriske enhet i andrelinjetjenesten. I dette tilfellet presenterer hun riktignok sitt bidrag som del av et sammensatt tjenestetilbud, men samtidig pålegger hun andre deler av hjelpeapparatet (i dette tilfellet er det den kommunale enheten for psykisk helsearbeid) ansvaret for å bli trukket inn ved eventuelle behov.

Pasienten som jeg tar utgangspunkt i her, har på intervjutidspunktet hatt et regelmessig tilbud på DPSets døgnavdeling i flere år. Både ut fra vurderingen i første- og andrelinjetjenesten var disse oppholdene betraktet som et svært sentralt holdepunkt for pasienten, og begge linjenivå betraktet det også som viktig å observere pasienten døgkontinuerlig i perioder. Pasientens kontaktperson i kommunen hadde i forkant av den siste innleggelsen reagert på at pasienten mer og mer har trukket seg tilbake fra sitt sosiale kontaktnett. Han hadde også vist en endring i sin atferd på den måten at han hadde utviklet veldig rigide rutiner for sin planlegging av hverdagen, og dette hadde pasientens kontaktperson i førstelinjetjenesten oppfattet som i økende grad belastende for pasientens mulighet til å delta i sosial omgang med andre. Hun hadde derfor kommet med en konkret bestilling til døgnavdelingen på DPSet. Der ble de bedt om å observere og eventuelt komme med forslag til tiltak for å bearbeide disse rigide rutinene i pasientens hverdagslige sysler. På intervjutidspunktet hadde pasienten dratt hjem fire uker tidligere.

1. I: Har du hørt noe siden han dro hjem?
2. R: Nei. <...> Det har jeg ikke.
3. I: Men du hadde vel hørt noe hvis det hadde vært noe dramatisk?
4. R: Ja da, det hadde jeg gjort. Ja.
5. I: OK. Er det planlagt noe framover?
6. R: Nei.
7. I: Ikke noe ansvarsgruppemøte?
8. R: Det er ikke - Jo, det skal vel være et i - Du vet, jeg var ikke på det forrige, men jeg fikk et referat. Og der mener jeg det var sagt en måned, men jeg husker ikke nå. Jeg har det ikke framfor meg.
9. I: Og det er jo snart nå da, hvis det er -?
10. R: Ja. Enten august, september eller noe sånt. Jeg husker ikke. Men det får jeg jo nærmere <..> beskjed om.

Hjelpepleier, andre linje, døgnavdeling.

Siden utskrivelsen har respondenten tydeligvis ikke hatt kontakt med verken pasienten eller andre deler av hjelpeapparatet. I § 3 bagatelliserer jeg dette og formidler dermed at respondenten ikke skal forstå mitt spørsmål som kritikk: *"Men du hadde vel hørt noe hvis det hadde vært noe dramatisk?"* Denne åpningen benytter hun i § 4 og bekrefter denne situasjonsforståelsen (*"Ja da, det hadde jeg gjort"*) forsterket med et ytterligere bekreftende *"Ja."* På denne måten presenterer hun seg som en aktiv del i samarbeidet og inkluderer seg i en kollektiv identitet av et koordinert opplegg rundt pasienten. Med sin bekreftelse på min situasjonstolkning definerer hun også en bestemt oppgave for sitt eget bidrag til opplegget for pasienten: Hvis det oppstår en krise, trår hun til.

Også i sekvensen i §§ 5 til 6 presenterer hun seg som en informert del av samarbeidet. Mitt spørsmål om det foreligger planer for den nærmeste framtiden, blir besvart kontant med *"Nei."* Hun vet at det ikke er planlagt noe, og med denne viten framstår hun som informert.

Men dette bildet av en slår sprekker når jeg i § 7 istedenfor uspesifikke planer for framtiden spør konkret etter et planlagt ansvarsgruppemøte. Nå svarer respondenten i § 8 mer utførlig. Hun informerer om at hun ikke deltok på det forrige ansvarsgruppemøte men gjenoppretter bildet som aktiv del av ansvarsgruppen: *"Du vet, jeg var ikke på det forrige, men jeg fikk et referat."* Dermed formidler hun at hun har den nødvendige informasjonen, selv om hun for øyeblikket ikke har den tilgjengelig. Ut fra sin hukommelse antyder hun et tidspunkt for det neste ansvarsgruppemøtet snart etter intervjuet. I § 9 indikerer jeg aktualiteten med dette møtet. I § 10 kommer et interessant perspektiv til syne. Respondenten bekrefter for så vidt aktualiteten, men forblir ubestemt: *"eller noe sånt"*. I samme avsnitt formidler hun også at

det forestående ansvarsgruppemøtet ikke utløser et behov for å sette seg nærmere inn i hva som har skjedd siden sist. ”*Jeg husker ikke. Men det får jeg jo nærmere <...> beskjed om.*” Med dette indikerer respondenten at tiltakene rundt pasienten og samarbeid med andre instanser ikke er relevante for henne før selve møtet. Fram til da er det ikke noe respondenten prioriterer i sin arbeidshverdag på senteret.

Også i dette eksemplet presenterer respondenten seg som en del av ansvarsgruppens kollektive identitet, og også i dette tilfellet har respondenten i perioder ikke deltatt på fellesarenaen der tiltakene rundt pasienten skal koordineres.

Unnvikelse som en strategi og vendepunkt i samarbeidskarrieren blir selvfølgelig ikke synlige i et bestemt ansvarsgruppemøte der respondenten ikke deltok. Som unnvikelse vil jeg derimot betegne den faglige identiteten respondenten konstruerer på en dobbel måte i dette eksemplet. På den ene siden presenterer respondenten seg som en sentral del av samarbeidet rundt pasienten. På den andre siden gjør hun denne posisjonen kompatibel med en passiv og avventende holdning der hun ikke er nødt til å holde seg informert om pasientens tilstand eller koordinering og planlegging av bestemte tiltak.

Samtidig med sin bekreftelse av en kollektiv identitet med ansvarsgruppen som helhet, gjør denne strategien det altså mulig for respondenten å vike unna det konkrete samarbeidet.

8.2.5 Sammenfatning

Jeg har i dette underkapitlet beskrevet et avvik mellom pasient- og samarbeidskarrieren som del av en prosess der representanter for de samarbeidende organisatoriske enheter forsøker å konstruere en kollektiv identitet for de kollektive samarbeidsfora. I eksemplene jeg har presentert, var den kollektive identiteten knyttet til ansvarsgrupper. Med et diskursteoretisk utgangspunkt har jeg videre argumentert at denne identitetsdannelsen nødvendigvis må forbli et ufullstendig prosjekt, og at et vendepunkt i samarbeidskarrierene er synlig når noen av samarbeidspartnerne benytter seg av frirommet som denne ufullstendige identiteten åpner for. Dette skjer når noen av samarbeidspartnerne viker unna det konkrete samarbeidet, mens de samtidig presenterer seg som del av ansvarsgruppens kollektive identitet og arbeidet i ansvarsgruppen.

Dette vendepunktet har jeg illustrert med to eksempler som begge har vist en variant av dette vendepunktet om unnvikelse. Det første eksemplet tok utgangspunkt i beskrivelsen av et samarbeidsforhold der respondenten med sin retorikk har plassert seg i en sentral posisjon i samarbeidet på den måten at hun har framhevet sin faglige nærhet til pasienten. Samtidig har hun presentert denne nærheten som mulighet for å vike unna deltakelsen i de kollektive samarbeidsfora. Også i det andre eksemplet har respondenten posisjonert seg med sin retoriske framstilling som en sentral del i samarbeidet. Her har hun begrunnet denne sentrale posisjonen med en organisatorisk forankring i spesialisthelsetjenesten. Samtidig har hun presentert denne organisatoriske forankringen som legitimasjon for en passiv og avventende holdning i forhold til samarbeidspartnerne.

I begge eksempler har respondentene altså bekreftet samarbeid som organisatorisk verdi. I begge eksemplene har de også beskrevet seg som en del av dette samarbeidet innenfor en meningsfull kontekst. Men innenfor meningssammenhengen de har konstruert har de med sin retoriske framstilling også legitimert sitt fravær fra dette samarbeidet, og denne prosessen har jeg betegnet som unnvikelse. Et vendepunkt om unnvikelse i samarbeidskarrieren vil jeg framheve som et alvorlig hinder på veien mot å realisere en helsepolitisk målsetting om et sammenhengende og helhetlig tjenestetilbud. I den grad samarbeid i psykisk helsevern og psykisk helsearbeid er preget av unnvikelse som strategi i samarbeidet, beskriver den derfor et vendepunkt som samarbeidspartnere må være seg bevisst, og som bør unngås.

I begge eksempler som jeg har diskutert i dette underkapitlet, har unnvikelse vært en retorisk strategi som respondentene har brukt for å inkludere seg selvi gruppens kollektive identitet, og samtidig for å legitimere sitt fravær fra samarbeidet. Samtidig har representanter for andre deler av de samarbeidende partene opprettholdt kontinuiteten i samarbeidet. Også det neste vendepunktet jeg vil beskrive, har blitt forklart av respondentene som del av en koherent meningssammenheng. Det viser imidlertid et annet mønster fordi samarbeidet i disse tilfellene har i sin helhet over lengre perioder stoppet opp.

8.3 Uthaling

8.3.1 Innledning

Et inntrykk som hadde festet seg etter en sammenliknende betraktning av pasientkarrierene, var det lange tidsperspektivet mange av respondentene opererte med når de beskrev sitt samarbeid med andre, om planlagte tiltak eller utvikling av en langsiktig strategi.

En del av pasientene hadde lang fartstid i psykisk helsevern og psykisk helsearbeid. Dette kan være en delvis forklaring på at respondentene ofte ikke så et umiddelbart handlingsbehov når de ga seg i kast med å ta i bruk det metodiske handlingsrepertoaret som de har til rådighet, eller som de er pålagt å bruke i et samarbeid med andre. Men også med nye, dvs. med fra før av ukjente pasienter eller med pasienter som hadde et akutt hjelpebehov, var det lange tidsperspektivet som respondenter i mange tilfeller opererte med påfallende. Mitt inntrykk var at det i løpet av undersøkelsen i flere tilfeller har oppstått situasjoner i karrieren til en pasient som opplagt burde ha utløst et umiddelbart handlingsbehov også i samarbeidskarrieren.

En del av disse situasjonene vil jeg kategorisere samlet i et vendepunkt for samarbeid. Jeg vil betegne det som uthaling. I disse tilfellene står arbeidet med et forholdsvis nytt metodisk instrument for å koordinere samarbeidet mellom ulike instanser i psykisk helsevern og psykisk helsearbeid sentralt. Dette gjelder arbeidet med individuelle planer. Før jeg går inn i en beskrivelse av uthaling som et annet vendepunkt i samarbeidskarrierene, vil jeg derfor først foreta noen betraktninger rundt slike individuelle planer og funksjonen som er tiltenkt disse for samarbeid i psykisk helsevern og psykisk helsearbeid.

8.3.2 Om individuelle og andre planer

Flere steder i denne avhandlingen har jeg allerede vist til individuelle planer som et sentralt verktøy for å koordinere samarbeid, ikke bare mellom forskjellige organisatoriske enheter i psykisk helsevern og psykisk helsearbeid, men også mellom pasienten og de ulike tjenesteyterne. Om slike planer ikke utgjør det mest sentrale instrumentet for å realisere målet om et helhetlig tjenestetilbud med pasienten i fokus, er de i alle fall tenkt å utgjøre en vesentlig del av det metodiske repertoaret. En omfattende rekke endringer i lover og forskrifter vitner om det.

Slike planer har i lengre tid vært praksis for å kunne utarbeide et samordnet tilbud for hjelpebehovene for mennesker med funksjons- eller utviklingshemming. I psykisk helsevern for voksne har de i større omfang blitt brukt siden ikrafttreden av Psykisk helsevernloven i 1999.

Bakgrunnen for å gjøre disse planene til en rett for pasientene også i psykisk helsearbeid, og til en plikt for det profesjonelle hjelpeapparatet, var både store samordningsproblemer mellom de ulike linjenivå og usikkerheten som mange pasienter opplevde i forhold til hvilket tilbud de kunne forvente til enhver tid. Begge deler skulle individuelle planer avhjelpe, og de må derfor forstås som et ledd i tiltakene som kom til uttrykk i StMeld nr. 25 (1996-97):

Pasientens behov må også være rettesnor for planlegging av videre behandling og oppfølging - enten det trengs avgrenset hjelp i en kort periode eller langsiktig oppfølging fra flere instanser. Planene må være helhetlige og inneholde nødvendige bidrag fra alle relevante instanser, uansett hvilket forvaltningsnivå som har ansvaret for dem. Og pasienten må selv trekkes aktivt med i planleggingen.

(Sosial- og helsedepartementet, 1996: 26)

I individuelle planer skal de ulike tiltakene og ansvarsforholdene rundt disse tiltakene nedfelles skriftlig. Planen skal videre være pasientens og ikke tjenestetilbydernes eie. Dette siste er tenkt som en sikring av at tjenestemottakeren til enhver tid vet hva han eller hun har å forvente (Kjellevold, 2005: 10 f). Rett til å få utarbeidet en slik individuell plan har alle pasienter som er underlagt psykisk helsevern, uavhengig av om vernet er frivillig eller under tvang. I henhold til Pasientrettighetslovens § 2.5 og Psykisk helsevernlovens § 4.1 er retten til en individuell plan imidlertid begrenset til en bestemt pasientgruppe: nemlig til pasienter som har behov for langvarige og koordinerte helsetjenester.

Alle de femten pasientene som har deltatt i min undersøkelse hører til denne gruppen. Utvalgsriteriet var nettopp at pasientene skulle ha et behov for sammensatte tjenester over en lengre periode. I den perioden der jeg har fulgt de femten pasientkarrierene, har imidlertid bare to av pasientene hatt en slik plan i hele perioden. For åtte andre pasienter hadde enten kontaktpersonene påbegynt arbeidet med en individuell plan uten at den har blitt satt ut i livet, eller pasientene hadde selv sagt opp arbeidet med sin plan.

I lys av de helsepolitiske intensjonene er dette et heller sørgelig resultat, men det er på ingen måte spesielt for den avgrensede pasientgruppen i min undersøkelse. I sin tilsynsrapport for 2003 kommenterte Helsetilsynet situasjonen med individuelle planer slik:

Berre eit fåtal av dei verksemdene der det har vore tilsyn, kan vise at dei har teke initiativ til eller aktivt har medverka til at pasientane får ein individuell plan.

(Statens helsetilsyn, 2004b: 7)

I en annen tilsynsrapport samme år slo Helsetilsynet fast at tre av fire akuttavdelinger på spesialisthelsetjenestens tredjelinjenivå ikke sikrer utarbeidelsen av individuelle planer (Statens helsetilsyn, 2004a: 11).

Tydeligvis er det et stort sprik mellom det lovbestemte idealet og det daglige arbeidet med individuelle planer. Enda er ingen systematiske undersøkelser gjennomført for å evaluere dette spriket. Noen forklaringer er imidlertid nærliggende.

I alle fall i de tilfellene der en plan skal utarbeides for pasienter underlagt tvungent psykisk helsevern, gir en del av forklaringen seg ut fra tiltakenes art, som nødvendigvis utgjør en vesentlig del av selve planen. Dette gjelder tiltak i forbindelse med det tvungne vernet, f.eks. regelmessige undersøkelser, tvangsmedisineringer og lignende. Denne delen i en individuell plan bidrar ofte til at hele planarbeidet fra pasientens side oppfattes som noe knyttet til tvang og umyndiggjøring.

Men tross alt er det svært få tilfeller der pasienten er underlagt tvungent psykisk helsevern mer eller mindre permanent. Tvert imot er lovverket uttrykkelig orientert mot å begrense det tvungne vernet til en kortest mulig periode. For de pasientene som jeg har fulgt i denne undersøkelsen, og som i perioder var underlagt tvungent vern, var denne perioden som regel begrenset til selve institusjonsoppholdet i tredjelinjenesten. I de tilfellene der arbeidet med individuelle planer har stoppet opp, skjedde dette gjerne i det øyeblikket der pasienten ved utskrivelsen ble tatt av det tvungne vernet. I en del tilfeller har respondentene fortalt at

pasientene har nektet å delta i det videre planarbeidet så snart vedkommende hadde kommet tilbake til hjemkommunen.

Men heller ikke for pasienter som er under frivillig psykisk helsevern, er formålet med individuelle planer alltid like enkelt å formidle. Både for pasienter og pasientens kontaktpersoner er det forholdsvis enkelt å skyve planarbeidet langt fra seg, vel vitende at det uansett ikke har noen forpliktende karakter. Mens ansvarsgrupper i det minste ledes av en formell koordinator som til en viss grad har mulighet til å holde oversikt over hvem som kan eller skal kalles inn og hvem som unndrar seg disse møtene, er muligheten for koordinatoren for individuelle planer enda mer begrenset. Verken pasientens ønsker eller koordinatorens faglige vurdering gir grunnlag for å innføre bestemte tjenester eller tiltak. Dette problemet er kjent og har blant annet vært påpekt i en uttalelse fra Den norske lægeforening. Der beskrives individuelle planer som en rett uten innhold, og dermed som et planleggingsredskap med begrensede påvirkningsmuligheter.

Det er glidende overganger fra rettigheter helt uten et materielt innhold <...> til rettigheter som etablerer rett til en bestemt ytelse. Retten til individuell plan kan f. eks. sies å være i en mellomposisjon, ettersom det skal utarbeides en plan over konkrete tiltak og oppfølging, men uten det etableres en rett til de ytelser planen beskriver.

(Den norske lægeforening, 2004: 13)

Om pasienter er underlagt frivillig eller tvungent psykisk helsevern, er de alle i en belastet livssituasjon. Ikke bare for pasienter i psykisk helsevern som er i en labil fase i sitt liv, er det lett å droppe ut fra et arbeid med en individuell plan som framstår som lite bærekraftig når tiltakene som er beskrevet i planen ikke kommer i gang, eller når forhåpninger i forbindelse med planarbeidet blir vekt uten at disse kan innfris i realiteten. I en slik situasjon er det lett at intensjonene skifter som i dette eksemplet fra min intervjuundersøkelse:

I: Har du nå skrevet en plan for 11? Han har fortsatt ikke noen?

R: 11 - han har hatt en individuell plan.

I: Men han vil ikke ha den nå, eller? <...>

R: Altså <...> han ville jo ha det når - Men <...> jeg har jo ikke spurt han NÅ: korsen er det, 11, vil du fortsette å ha den?. For da kan jeg regne med at jeg vil få tilbake et svar i forhold til hva slags dagsform han er i.

Sykepleier med videreutdanning i psykisk helsearbeid, første linje.

Andre respondenter uttalte seg enda mer kategorisk. En intervjupartner fra andrelinjetjenesten formulerte seg f.eks. på den følgende måten.

Det er dømt til å ikke kunne fungere, dessverre. Planen kan - altså skjema og sånt kan godt være gode, men .. problemet er å oppdatere og ha det i ETT - ETT eksemplar. .. Så, det er stor vilje, mange ideer.

Men i praksis .. i praksis så er det veldig ofte at det går lang tid å motivere en pasient til å ha - hvis ikke det er en som SKAL ha.

Sykepleier med videreutdanning i psykisk helsearbeid, andre linje, døgnavdeling.

Både en problematisk kobling mellom planarbeid og tvangstiltak, manglende muligheter til å innfordre tiltakene som er oppført i planen, og pasientenes varierende evne eller vilje til deltakelse, kan være årsaker til at individuelle planer ikke ser ut til å ha den ønskede effekten, og at de ikke blir skrevet i det omfanget som lovbestemmelsene legger opp til. Målsettingen om en enhetlig planlegging som forplikter samarbeidspartnere i psykisk helsevern og psykisk helsearbeid til et koordinert samarbeid, ser altså ikke ut til bli realisert i vesentlig grad. Det samme gjelder også et håp om mer transparens for brukerne. Når det gjelder de planene som enten var utarbeidet eller påbegynt for pasientene i min undersøkelse, inneholdt disse som regel heller ikke mer enn en mer eller mindre lang liste med ønskete tiltak, og en langt mindre utførlig (i noen tilfeller også en fullstendig fraværende) liste med ansvarlige personer eller funksjoner utenfor plankoordinatorens egne organisatoriske rammer. I den grad tredjelinjetjenestens oppgaver i det hele tatt var nevnt i planene, var disse rettet mot diverse tvangstiltak, og da særlig mot de lovpålagte rutineundersøkelsene. Andrelinjetjenesten (som for øvrig i mange tilfeller hadde både hyppig og langvarig kontakt med pasientene) kom sjelden opp i pasientenes individuelle planer i det hele tatt.

I de følgende underkapitlene vil jeg gi en kvalitativ fortolkning av en heller dyster diskrepans mellom lovens ideal og realiteten i den hverdagslige praksis når det gjelder arbeidet med individuelle planer for de pasientkarrierene jeg har undersøkt.

8.3.3 Grensen mellom "innen rimelig tid" og urimelig lang

I den følgende beskrivelse av vendepunktet i samarbeidskarrierene som jeg har betegnet som uthaling, har jeg støtt på et metodisk problem. Jeg vil hevde at uthaling er et moment som preger samarbeid i psykisk helsevern og psykisk helsearbeid i vesentlig grad. Samtidig er uthaling en strategi som vanskelig kan leses direkte ut fra intervjutranskripsjonene hvis ikke de enkelte intervjuene betraktes som sammenhengende i et større tidsperspektiv.

Der intervjuene inneholder sekvenser som beskriver et samarbeidsforhold f.eks. i forbindelse med møter som blir utsatt, forskjøvet eller kansellert, der samarbeidspartnere skifter eller

ikke er tilgjengelig, eller der avtaler ikke blir overholdt, er disse sekvensene som regel svært korte og det er få av dem. Det lange tidsperspektivet som mange respondenter har operert med, er likevel synlig i en overordnet betraktning av samarbeidskarrierene heller enn gjennom en sekvensiell analyse av hvert intervju for seg. I dette tilfellet har den longitudinale design for undersøkelsen vist seg svært fruktbart. I min beskrivelse av uthaling som vendepunkt i samarbeidet bygger jeg derfor like mye på intervjutranskripsjonene som på observasjonsdata fra en annen datakilde. I disse skjemaene, som jeg allerede har beskrevet i kapittel 7, har jeg blant annet registrert pasientens bevegelser og kommentarer i forhold til planlagte tiltak.

Både en longitudinal forskningsdesign og en bruk av observasjonsdata er problematisk å kombinere med en analysestrategi som tar utgangspunkt i den retoriske posisjoneringen aktørene foretar i sin diskursive praksis med andre. De metodiske implikasjonene av dette oppfatter jeg som en alvorlig begrensning for en diskursiv analysestrategi basert på en analyse av en retorisk forhandling mellom respondent og intervjuer. Jeg har drøftet dette metodiske problemet mer utførlig andre steder (Schönfelder, Under utgivelse).

Også i forhold til det epistemologiske fundamentet for denne undersøkelsen har jeg støtt på et problem jeg har diskutert tidligere i kapittel 7.1. Med et relativistisk diskursanalytisk utgangspunkt har jeg i min beskrivelse av uthaling som vendepunkt i samarbeidskarrierene stått overfor det samme problemet som for en beskrivelse av ”godt” eller ”dårlig” samarbeid. Både i Laclau og Mouffes diskursteori og i Potter og Wetherells diskurspsykologi betraktes den diskursive rammen for meningsfortolkninger ikke som konstant, men som kontingent. Når alt som gir mening er i flyt, hvordan er det da mulig å konstruere et nødvendig sentrum som gir et utgangspunkt for en vurdering av samarbeid som godt eller dårlig?

I kapittel 7.1 har jeg konstruert et slikt utgangspunkt gjennom å holde intervjubidragene opp mot en abstrakt helsepolitisk verdi. I dette avsnittet bruker jeg den samme strategien og holder uthaling opp mot en (riktignok svært vag) verdi som er formulert i lovverket. Så vidt meg bekjent er det eneste tilfellet der loven setter en tidsramme for samarbeid i psykisk helsevern og psykisk helsearbeid, nevnt i Psykisk helsevernlovens § 4.1, femte ledd:

Dersom det ikke er utarbeidet en individuell plan innen rimelig tid, kan Helsetilsynet i fylket pålegge institusjonen å utarbeide en slik plan.

Verken Psykisk helsevernloven eller Forskrift om individuell plan inneholder beskrivelser som nærmere presiserer samarbeidet mellom de ulike tjenesteytere i psykisk helsevern og psykisk helsearbeid.⁴⁸ Heller ikke den bestemmelsen jeg har referert her, gir grunnlag for en klar definisjon av hva som skal regnes enten som et langt eller kort tidsrom for samarbeid rundt en pasient med behov for sammensatte og langvarige tjenester. Men bestemmelsen har i det minste en kvalitet som hever den over lovens uklare ramme for samarbeid for øvrig: Den er beskyttet med en sanksjonsmulighet, nemlig Helsetilsynets mulighet som tilsynsmyndighet for å gi et pålegg om å utarbeide en slik plan. Hva "innen rimelig tid" kan bety, er selvfølgelig et skjønnsspørsmål i sin egen rett, men jeg vil hevde at dette begrepet om "innen rimelig tid" i en del av de undersøkte samarbeidskarrierene er dratt tydelig utav proporsjoner. I det følgende kapitlet om uthaling som vendepunkt for samarbeid vil jeg derfor se nærmere på hvordan ulike respondenter på et prinsipielt nivå har posisjonert seg retorisk som en aktiv del av samarbeid rundt en pasient, mens de i praksis legger et urimelig langt tidsperspektiv til grunn for sitt arbeid.

8.3.4 Uthaling som vendepunkt

Eksemplet jeg vil trekke fram i min beskrivelse av uthaling som strategi i samarbeidet, er hentet fra pasientkarrieren til en pasient med lengre fartstid i psykisk helsevern og psykisk helsearbeid – en pasientkarriere som har vart i flere år med mange, til dels langvarige innleggelser. Pasienten har flere ganger vært innlagt på DPSet, men de langt fleste opphold har han hatt på akuttposten i tredjelinjen. Mesteparten av sin karriere var vedkommende underlagt tvungent psykisk helsevern. Pasienten har bodd hele livet hos sine foreldre, og forholdet mellom disse og de ulike instansene i psykisk helsevern og psykisk helsearbeid har hele tiden vært anspent. Høsten 2003 ble pasienten i økende grad urolig. Den utløsende årsaken i dette tilfellet var, ifølge flere intervjupartnere, et besøk hos tannlegen. Pasienten begynte å sove dårlig og var aggressiv overfor moren. Det toppet seg da pasienten sprang naken ut i skogen. Foreldrene tilkalte kommunelegen og denne begjærte pasienten innlagt på akuttposten der han var godt kjent fra flere tidligere opphold.

⁴⁸ Jmf. <http://www.lovdatab.no/all/nl-19990702-062.html> og <http://www.lovdatab.no/for/sf/ho/ho-20041223-1837.html>, begge sist oppsøkt 15.08.2006.

Da undersøkelsen startet i januar 2004, hadde pasienten allerede vært innlagt på akuttposten i flere måneder. Kort tid før de første intervjuene ble gjennomført i februar og mars, var pasienten hjemme på et permisjonsopphold hos sin familie. Under dette oppholdet ble pasienten svært urolig og ønsket selv å avbryte permisjonen. Han henvendte seg til sin kontaktperson i den kommunale enheten for psykisk helsearbeid, og vedkommende fulgte pasienten tilbake til akuttposten. Ved denne anledningen møtte også pasientens kontaktperson i kommunen for første gang sin samarbeidspartner blant bakkebyråkratene i tredjelinjen personlig.

Jeg vil først vise et utdrag av mitt registreringsskjema for pasientkarrieren. I dette tilfellet har jeg i dette skjemaet registrert informasjon om planlagte og gjennomførte tiltak i tillegg til korte notat fra telefonsamtaler som ikke ble transkribert. For å gjøre utdraget mer oversiktlig har jeg fjernet alle referanser som ikke har med en av følgende tre faktorer å gjøre: For det første gjelder det referanser til arbeidet med en individuell plan; for det andre referanser til planlagte og gjennomførte ansvarsgruppemøter, og for det tredje referanser til en søknad om en plass på rehabiliteringsposten i tredjelinjetjenesten.

Disse tre faktorene er valgt bevisst. Når det gjelder individuelle planer, har jeg innledningsvis drøftet dette relativt nye instrumentet og de store forventningene for å koordinere samarbeid mellom ulike tjenesteytere. Jeg har også påpekt at disse planene er det eneste metodiske instrumentet i psykisk helsevern og psykisk helsearbeid med en juridisk ramme som i det minste gir omtrentlige føringer for mål, myndighet og forpliktelse for samarbeidet.

Ansvarsgrupper er på sin side den mest vanlige modellen i Norge for å koordinere tiltak mellom brukerne og de ulike tjenestetilbyderne (Borge, 2000: 95 f; Sosial- og helsedepartementet, 1996: 95). Som regel blir pasientenes individuelle planer også vurdert og revidert på ansvarsgruppemøter.

Når det gjelder søknaden til rehabiliteringsposten som den tredje faktoren som jeg presenterer i det følgende registreringsskjema, fikk jeg formidlet denne som et av de mest sentrale tiltak i det videre planlagte arbeidet for pasienten, i de første intervjuene. Jeg kommer til å vise hvordan dette tiltaket etter hvert har mistet sin sentrale rolle både i pasientens individuelle plan, og i møtevirksomheten mellom samarbeidspartnerne. Slutten av denne proses-

sen der dette opprinnelig sentrale tiltaket har blitt tømt for innhold, markerer vendepunktet i samarbeidskarrieren som jeg vil betegne som uthaling.

Overgang	Hva skjer?	Kommentar
a) Desember 2003	- Videokonferanse mellom leger og bakkebyråkrater på akuttposten og i kommunen (mens 15 er innlagt på akuttposten).	- I samarbeid med første linjen søker overlegen på akuttposten om en plass på rehabiliteringsavdelingen på sentralsykehuset for å teste 15s funksjonsnivå.
b) Februar 2004	- 15 utskrives til sin familie.	
c) 08.03.04	- "X" nevner at "Y" skal begynne med en individuell plan. Når et utkast er ferdig, skal "Y" kalle inn til et samarbeidsmøte.	
d) April 2004	- "Y" sier at hun har en avtale med foreldrene om at hun varsler dem når hun hører noe om et tilbud fra rehabiliteringsposten.	
e) 12.05.04	- Det finnes fortsatt ingen formell ansvarsgruppe fordi 15s foreldre deltar ikke på de møtene som de var innkalt til. - "Y" vil nå komme i gang med den individuelle planen. - Det har fortsatt ikke kommet noe svar fra rehabiliteringsposten om pasienten får et tilbud der.	
f) 21.10.04	- "Y" drar med en kollega til et samarbeidsmøte i hjemkommunen for å drøfte utkast til individuell plan sammen med "X" og kommunelegen. De danner ei formell samarbeidsgruppe mellom 1.linje ("X", kommunelege, støttekontakt) og 3.linje ("Y" og pasientens andre miljøkontakt).	- Gruppen skal møtes to ganger i året, bl.a. for å evaluere den individuelle planen. - På møtet diskuterer deltakerne igjen behovet for en mer nøyaktig utredning av pasienten på rehabiliteringsavdelingen, men vurderer det som urealistisk siden både 15 og foreldrene er negativt innstilt til dette. Søknaden til rehabiliteringsposten er ikke tema.
g) 27.10.04	- "Y" har fremdeles ikke hørt noe om søknaden til rehabiliteringsposten. Svaret er antakeligvis sendt til pårørende til 15, og de har takket nei. I et intervju samme dagen bekrefter "X" at foreldrene i en samtale har gitt klart uttrykk for at 15 ikke skal innlegges verken på rehabiliteringsenheten eller andre plasser.	
h) Oktober 2004 januar 2005	- "X" sier at hun ikke kan skrive ferdig den individuelle planen fordi 15 ikke vil si hva han oppfatter som sine egne hjelpebehov og sine egne mål. - Foreldrene ringer flere ganger til "X" for å avlyse planlagte hjemmebesøk. Hun har sendt et brev til akuttposten for å gjøre oppmerksom på at hun ikke kan følge opp pasienten som avtalt. Hun regner ikke med en respons fra akuttposten men forsøker på denne måten å holde tredjelinjen som ansvarlig instans for det tvungne vernet informert om pasientens tilstand.	
i) Februar 2005	- Planlagt samarbeidsmøte.	
	15 - pasientnummer "X" - pasientens kontaktperson i førstelinjen. "Y" - pasientens kontaktperson i tredjelinjen (akuttpost).	

For å vise hva uthaling som kritisk vendepunkt innebærer for samarbeidskarrieren, vil jeg på bakgrunn av dette utdraget fra et registreringsskjema følge respondentenes forklaringer for de enkelte vendingene i samarbeidskarrieren. Jeg kommer til å supplere dette utdraget med utfyllende sitat fra intervju som jeg har gjennomført i det gjeldende tidsrommet.

I § a kommer et opphold på rehabiliteringsenheten i tredjelinjen opp for første gang. I sin beskrivelse i intervjuet innrømmer pasientens kontaktperson på akuttposten denne søknaden en sentral plass i den langsiktige strategien til samarbeidspartnerne.

Han var her i den akutte fasen, og vi søkte plass på . rehabiliteringspost for han. <...> Og der er han lovet plass <...> fra våren. .. Og grunnen for det, det var fordi at han på en måte <...> skulle ta en del tester for å se hvordan <...> han kan fungere <...> når han er i god form. <...> så skal de prøve å finne ut hvilket funksjonsnivå han har, hva kan han klare?

Omsorgsarbeider med videreutdanning i psykisk helsearbeid, akuttpost, tredjelinje.

Oppholdet på rehabiliteringsposten beskriver respondenten her altså som et ledd i det koordinerte tjenestetilbudet. Også arbeidsfordelingen mellom akuttposten og kommunen virker avklart. Mens respondenten på akuttposten skal søke om en plass på rehabiliteringsposten, skal samarbeidspartnerne i kommunen jobbe for å skaffe en bemannet bolig til pasienten. I det følgende utdraget blir det tydelig at dette ikke er noe umiddelbart, men heller et langsiktig prosjekt som skal orientere seg ved behovene som blir synlige gjennom utredningen på rehabiliteringsposten.

1. R: <...> målsettinga er at man skal finne egen bolig til han etter hvert. Det jobbes det med ute i kommunen. <...>
2. I: Men om vi ser det sånn i et tidsperspektiv, hva skal skje <...> det neste året?
3. R: Nå skal han være hjemme til han får plass på rehabiliteringsposten.
4. I: Har dere fått dato?
5. R: Nei, vi har ikke fått dato, men i løpet av våren 2004 er det planlagt, da tenker vi at han får plass. Det er jo ikke sikkert at han TAR den plassen, det er ikke sikkert foreldrene synes det er greit. Vi vet ikke - vi kan ikke tvinge han til å ta den plassen ...
6. I: Og den boligen hjemme?
7. R: Ja, og i mellomtida så <...> er han hjemme til han får plass på rehabiliteringsposten. Hvor lang tid det tar før han får ... egen bolig, det vet man ikke, men man tenker jo at det kan ta tid. Muligens må de bygge bolig til han. En annen ting er jo .. ønsker han å ta imot det tilbudet? <...> Ønsker foreldrene det? Når han er på den rehabiliteringsposten så skal de prøve å finne ut hvilket funksjonsnivå han har, hva kan han klare? <...> Det er vel usikkert hva kan han bestemme sjøl, hvor mye har foreldrene ... å si.

Omsorgsarbeider med videreutdanning i psykisk helsearbeid, akuttpost, tredjelinje.

Målet om å etablere en egen bolig for pasienten slik respondenten formulerer i § 1, ligger tydeligvis et godt stykke inn i framtiden. I § 3 blir det tydelig at heller ikke oppholdet på rehabiliteringsposten er umiddelbart aktuelt. I § 5 i dette utdraget uttrykker respondenten en forholdsvis kritisk og distansert holdning i forhold til muligheten for å realisere planene. Hun introduserer foreldrene som en avgjørende faktor, og ut fra tidligere erfaringer vet hun at disse er svært skeptiske overfor alt som har med psykisk helsevern å gjøre. Dette tar hun på nytt opp i § 7, og selv om hun her formulerer seg relativt forsiktig, blir det tydelig at hun oppfatter foreldrene som den styrende kraften framfor pasienten selv: *"Det er vel usikkert hva kan hun bestemme sjøl, hvor mye har foreldrene ... å si"*. I respondentens redegjørelse

framstår foreldrenes antatte negative holdning som et mulig problem for samarbeidspartners planer, uten at dette forandrer på selve målet for samarbeidet.

I registreringsskjema viser det seg tre måneder senere i § e at det ikke har skjedd noen vesentlige forandringer. Forholdet til pasientens foreldre er tydeligvis fortsatt anspent, på akuttposten har de ikke begynt med den individuelle planen, og ingen av respondentene verken der eller i kommunen har hørt noe fra rehabiliteringsposten. I det følgende intervju-utdraget gir respondenten på akuttposten en begrunnelse for at det ikke har skjedd noe videre.

1. R: Så langt, så har det gått veldig greit. Annet enn at jeg synes jo at vi kunne jo ha vært kommet lenger med den der individuelle planen enn det vi er kommet.
2. I: Ja. Hvorfor har dere ikke kommet lenger?
3. R: Nei, altså, det er vel ulike grunner til det. Det har vært mye her på posten og 15 har vært på en måte kanskje trengt å komme hjem og komme seg litt. Og, ja, det er mulig at tida egentlig ikke er moden før nå til å få den i gang igjen.
4. I: Ja. Ja, det er jo greit. Han har gått gjennom ganske mye, han var en tung pasient <...> og da er det sikkert lurt å se det litt an om det er noe vits i å lage store planer på hjemplassen før dere vet om han klarer seg på hjemplassen?
5. R: Nei, altså, vi tenker jo det at han 15 blir å trenge egen bolig etter hvert. Kanskje ikke <...> før om noen år, men at det problemet vil komme. Sånn at .. om foreldrene ikke ønsker det nå og at de er negativ, så er jo det noe som det må jobbes med kontinuerlig hele tida.
6. I: Klart det.
7. R: Sånn at, den dagen det skjer, at det er tenkt noe . rundt han.

Omsorgsarbeider med videreutdanning i psykisk helsearbeid, akuttpost, tredjelinje.

Først i dette utdraget vurderer respondenten at behovet for akutte tiltak ikke er overhengende (§ 1). Samme sted er hun også selvkritisk fordi arbeidet med den individuelle planen ikke er påbegynt.

På mitt direkte spørsmål nevner respondenten i § 3 flere grunner. Også av andre respondenter blir de forgående månedene beskrevet som en svært turbulent og presset periode på akuttavdelingen, og hennes formulering *"Det har vært mye her på posten"* virker på bakgrunn av disse beskrivelsene som en heller bagatelliserende versjon. For respondenten finnes det altså gode grunner at arbeidet ikke har kommet lenger. I samme avsnitt framhever hun også pasientens behov for *"å komme hjem og komme seg litt"*. Hennes forsiktede tolkning *"det er mulig at tida egentlig ikke er moden før nå til å få den <individuelle planen> i gang"* virker heller som en støtte for hennes vurdering av at behovet for en slik plan ikke er umiddelbart påtrengende, enn som en unnskyldning for ikke å ha kommet i gang. Dette inntrykket forsterkes når jeg i § 4 forsøker å ta hennes parti. I § 5 tilbakeviser hun imidlertid

denne tolkningen. Hun framhever behovet for en langsiktig planlegging, og understreker nødvendigheten av å jobbe for en egen bolig til pasienten. Når det gjelder tidsperspektivet, uttrykker respondenten en usikkerhet. Hun har ikke noe konkret tidspunkt i tankene, og gjennom sin gjentakelse *”Kanskje ikke om - kanskje ikke før om noen år”* virker det som om hun forhandler med seg selv om hva som er realistisk. Men hun er ikke i tvil om utviklingen framover: *”det problemet vil komme”*. Hvis foreldrene er negative til dette, oppfatter respondenten denne negative holdningen som et problem som må løses på veien til målet om en annen boform enn den pasienten lever i dag.

Med hennes formulering i § 5 *”vi tenker jo det at han 15 blir å trenge egen bolig etter hvert”* indikerer respondenten at hun oppfatter det som en felles problemforståelse. Men samtidig formulerer hun seg langt mer ubestemt enn i det forrige intervjuutdraget når det gjelder hvem som skal jobbe med denne oppgaven. Den kollektive identiteten hun konstruerer for problemforståelsen, gjelder ikke i like stor grad for arbeidsfordelingen. Dette gjør respondenten tydelig når hun går fra det bestemte personalpronomen *”vi”* over til en passiv form: *”så er jo det noe som det må jobbes med kontinuerlig hele tida”*.

Men dette er den langsiktige planen. De mer umiddelbare planene med søknaden til rehabiliteringsposten virker på det nåværende tidspunktet langt mer fjerne for respondenten enn ved det første intervjuet i februar samme år. Hun kommer først inn på disse planene på mitt direkte spørsmål:

1. I: Har det kommet ut noe av den søknaden til rehabiliteringsposten?
2. R: Nei, vi har ikke fått noen svar der.
3. I: Var det ikke snakk om at det skulle komme nå ganske snart?
4. R: Ja, vi skulle være - det var jo i vår 2004.
5. I: Mhm. .. Ok.
6. R: Vi gjorde jo en avtale med foreldrene at vi skulle kontakte dem når vi hører noe.

Omsorgsarbeider med videreutdanning i psykisk helsearbeid, akuttpost, tredjelinje.

Intervjuet ble gjennomført i mai og *”vår 2004”*, som respondenten setter som dato i § 4, er allerede i ferd med å bli til sommer. I § 6 bekrefter hun likevel aktualiteten for denne søknaden. Hun indikerer at hun har vært i kontakt med pasientens foreldre i forbindelse med søknaden, og hun tilskriver seg samtidig en aktiv posisjon som ledd mellom disse og rehabiliteringsposten.

Det neste notatet i registreringsskjema er fra oktober; altså nesten et halvt år fram i tid. Pasienten har ikke vært innlagt i mellomtiden, og som avtalt har respondentene derfor varslet meg først i forbindelse med det neste ansvarsgruppemøtet. ”Y” har nå utarbeidet et utkast til en individuell plan og har presentert denne på et samarbeidsmøte i kommunen. Verken foreldrene eller pasienten har møtt fram til dette møtet, og samarbeidspartnerne fra det psykiske helsevernet kan snakke fritt. Med de store forventningene både til den individuelle planen og dette møtet, ligger alt til rette for at dette kommer til å bli en milepæl i samarbeidskarrieren. Men vurderingen av dette møtet spriker i ettertid betydelig blant intervju-partnerne.

Den individuelle planen som samarbeidspartnerne fra akuttposten presenterer, inneholder få konkrete holdepunkter for det videre arbeidet. Bare to tiltak er beskrevet nærmere i dette utkastet. For det første er det en passus at medisineringen for pasienten skal opprettholdes og at pasienten i denne forbindelsen skal komme til akuttposten hver tredje måned til de lovpålagte undersøkelsene. For det andre at pasientens kontaktperson i kommunen skal fortsette med regelmessige hjemmebesøk en gang i uka. Disse hjemmebesøkene er beskrevet som grunnlag for observasjonen om pasientens tilstand forverrer seg.

Det tiltaket som respondenten ved årets begynnelse har framholdt som det sentrale elementet for planleggingen, nemlig et opphold på rehabiliteringsposten for en vurdering av pasientens funksjonsnivå, er ikke nevnt i planen verken som planlagt tiltak eller som mål for det framtidige arbeidet.

Resultatet fra dette møtet vurderer respondentene svært forskjellig. Bedt om å beskrive resultatene fra planarbeidet, nevner respondenten fra akuttposten, ”Y”, ingenting om det hun tidligere har presentert som et sentralt tiltak - nemlig utredningen på rehabiliteringsposten som skulle være grunnlag for et senere tilpasset botilbud i kommunen. På mitt spørsmål om det er uaktuelt nå svarer hun:

Nei, det er det ikke. Det er jo ting som vi tenker på sikt. Altså det som det var enighet om på det møtet, men det er ikke sånn som vi har skrevet i planen. <...> Altså ting går bra nå, og vi har på en måte litt mer tid på oss til å tenke litt mer langsiktig. Men at vi må tenke altså at 15 kommer til å få et behov i fremtida.

Omsorgsarbeider med videreutdanning i psykisk helsearbeid, akuttpost, tredjelinje.

Hele prosjektet er noe som samarbeidsgruppen ”*tenker på sikt*” men dette er ikke noe som skal stå i planen. Denne er, som respondenten senere sier ”*en enkel, lite detaljert plan. For det er ikke så mange ting som ER i gang nå.*”

I det videre intervjuforløpet blir et dilemma som ikke bare berører planarbeidet i denne samarbeidskarrieren synlig, men som jeg derimot vil framheve som et generelt problem for arbeidet med individuelle planer.

Jeg spurte respondenten om ikke planen inneholder konkrete ideer for hvordan pasienten og pasientens familie bedre kan dras inn i planarbeidet. På respondentens svar at dette ikke var tilfellet, tok jeg utgangspunkt i det hun hadde sagt tidligere; om dette skyldes at forholdet til familien for tiden var rimelig bra.

1. R: Nei, ikke fordi at det går bra nå. Det er ikke derfor at <...> det ikke er skrevet.
2. I: Men hvorfor har dere ikke da skrevet det?
3. R: Nei, det var vel ikke noe .. punkt for det, og det var ikke naturlig i det hele tatt. 15 skal ha den planen, og .. jeg tenker at det er ikke naturlig at man skriver i en individuell plan som alle skal ha korsen vi planlegger å møte familien. ..
4. I: Mhm. Det avtaler dere dere imellom? På det samarbeidsmøtet?
5. R: Nei, men det tenker jeg at det .. - Altså det er ikke ALT man skriver i en sãnn plan. Altså man vurderer hva som er viktig å ha i en sãnn plan.
6. I: Ja. Men derfor er mitt spørsmål: Hvis det ikke skal stå i planen så avtaler dere det heller når de fagpersonene som er rundt 15 møtes? Da avtaler dere sãnne spørsmål? ..
7. R: Nei altså, det - hun - hun drar hjem til dem, og hun får komme dit, og det er liksom ikke noe, eh, .. spørsmål rundt det. <...> Men bare liksom tilbake til det du sa om at ... - fordi at det går bra nå. Det var jo akkurat det som jeg sa, at vi har ikke gått DETALJERT inn i noe. Altså sãnn hvordan og hva. Men altså, vi er enige om at vi på en måte .. eh, - ting skal ikke glemmes fordi om ting går bra nå. <...> Og vi hadde et punkt liksom hvor vi tenkte på framtida. Jeg husker ikke helt korsen vi formulerte det. .. Men det gikk jo på dette her at man - at man tenkte framover.

Omsorgsarbeider med videreutdanning i psykisk helsearbeid, akuttpost, tredjelinje.

I § 1 avviser respondenten min tolkning kontant. Om kontakten til pasienten og familien er bra eller dårlig for tiden, har ingenting å gjøre med om dette skal ha en plass i planen. I § 3 gir hun en begrunnelse for det: ”*det er ikke naturlig at man skriver i en individuell plan som alle skal ha korsen vi planlegger å møte familien*”. I denne formuleringen trekker respondenten en klar grense mellom familien på den ene siden og de samarbeidende partene fra første og tredjelinjetjenesten på den andre. I § 4 bekrefter jeg min forståelse av situasjonen, og jeg formidler også at jeg aksepterer den kollektive identiteten som respondenten har konstruert i § 3. Men mitt spørsmål om de har drøftet det utenom det som er skriftlig nedfelt i planen, forblir foreløpig ubesvart. Først etter et ytterligere fordypende spørsmål svarer

respondenten i § 7. Heller ikke på samarbeidsmøtet har partnerne diskutert en felles strategi for å møte familien eller for å få realisert det som var planlagt ved årets begynnelse; å få pasienten til et utredningsopphold på rehabiliteringsposten.

I versjonen til respondenten fra akuttavdelingen går ting sin vante gang. Pasientens kontaktperson i kommunen får komme inn til pasienten og *"det er liksom ikke noe <...> spørsmål rundt det"*. Derfor ser respondenten ikke noe behov for å gå *"DETALJERT inn i noe. Altså sånn hvordan og hva"*. Men *"hvordan og hva"* er nettopp hva dette samarbeidet dreier seg om. I dette tilfellet har samarbeidspartnerne i løpet av et helt år ikke klart å utvikle en i det minste rudimentær felles strategi i forhold til det tematiske *hva* som de har formulert innledningsvis: Å få pasienten utredet i forhold til sitt funksjonsnivå for å bruke denne utredningen som grunnlag til å kunne planlegge et tilpasset botilbud på lengre sikt.

Det strategiske *hvordan* er utelatt i planen, og for det finnes det gode grunner. Individuelle planer er et metodisk redskap med et innbakt dilemma. På den ene siden skal de være pasientens eie og rettet mot de behovene og de målene pasienten selv formulerer. På den andre siden skal de, som i dette tilfellet, koordinere tjenester for mennesker underlagt tvungent psykisk helsevern. Om ikke alle, så er i alle fall en del av disse tjenestene knyttet til tvangstiltak som pasienten selv eller dens pårørende avviser. Det valgte eksemplet er neppe det eneste tilfellet der pasienten eller pårørende oppfatter alle tiltak innen psykisk helsevern og psykisk helsearbeid som en utidig innblanding. I disse tilfellene er det lite meningsfylt å bruke den individuelle planen som arena for å formidle strategien til å nå et behandlingsmål som pasienten selv ikke er enig i.

Dette er altså et generelt dilemma for arbeidet med individuelle planer. Men i denne samarbeidskarrieren er det strategiske *hvordan* ikke bare utelatt i den individuelle planen. I min beskrivelse av samarbeidskarrieren har jeg vist at dette *hvordan* ikke bare er fraværende i samarbeidet mellom pasienten og dens familie på den ene, og pasientens kontaktpersoner i psykisk helsevern og psykisk helsearbeid på den andre siden. Det har også gradvis forsvunnet fra dagsorden mellom de samarbeidende partene. Ved undersøkelsens oppstart har respondenten konsentrert sin beretning rundt forholdsvis konkrete planlagte tiltak. Etter ett år er det eneste som er igjen av disse planene, en svært vag påminnelse om at *"ting skal ikke glemmes fordi om ting går bra nå"*. Få dager etter et lenge forventet samarbeidsmøte er det

framtidige *hva* og *hvordan* i respondentens beretning bare present som en uklart erindret formulering i den individuelle planen. Dette punktet i prosessen markerer et vendepunkt i samarbeidskarrieren som jeg har betegnet som uthaling.

Fram til nå har jeg støttet meg på beretningen fra intervjupartneren i tredjelinjen. Jeg har allerede antydnet at samarbeidspartnerne fra akuttposten og fra førstelinjetjenesten vurderer resultatet fra det viktige møtet i oktober svært forskjellig. Mer enn for pasientens kontaktperson på akuttposten, har uthaling som vendepunkt viktige konsekvenser for handlingsmulighetene til pasientens kontaktperson i førstelinjetjenesten. Jeg vil kort beskrive disse konsekvensene av uthaling som vendepunkt i samarbeidskarrieren slik respondenten fra kommunen presenterer dem ut fra sitt perspektiv.

Med blick tilbake til registreringsskjemaet som jeg har brukt innledningsvis i min argumentasjon, viser behovet for en langsiktig planlegging seg der på nytt i § h. "X" har mot slutten av undersøkelsesperioden ikke lyktes med å dra pasienten inn i planarbeidet, og også pasientens pårørende unndrar seg kontakten. Dermed er "X" ute av stand til å utføre sin oppgave slik den er avtalt med samarbeidspartnerne i det psykiske helsevernet og som også er holdt fast i den individuelle planen – nemlig at "X" regelmessig skal observere pasientens tilstand. Hun reagerer med å skrive et brev til sine samarbeidspartnere i tredjelinjetjenesten.

Sånn som nå med at vi <...> ikke hadde hatt ukentlig kontakt fordi at mor hadde .. - så skrev jeg et notat til dem da, at sånn var det NÅ. Vi hadde ikke ukentlig kontakt lenger. <...> Men vi får ikke noe respons på - altså vi vet ikke - de tar ikke en telefon og hører: hva kan vi gjøre DA og sånt. . Så de mottar vel antagelig bare informasjonen og så . skjer det ingen ting mer utover det. Men det er nå for å holde dem informert om hva som skjer i kommunen.

Vernepleier, første linje.

Hjemme i kommunen virker "X" tydeligvis ganske resignert. Hennes handlingsalternativer er begrenset, og verken i kommunen eller i tredjelinjetjenesten regner hun med at det er noen støtte å hente. Handlingsalternativet hun ser for seg er å gi sin bekymring videre til de som er ansvarlig for det tvungne vernet – ikke fordi hun forventer seg en aktiv reaksjon eller en løsning på at familien unndrar seg, men for å sikre sin egen posisjon i et skjørt og lite bærekraftig samarbeid rundt pasienten. Samtidig vil jeg tolke hennes forsiktige kontakt som et forsøk på å vedlikeholde en tross alt eksisterende samarbeidsrelasjon uansett hvor skjør den måtte være, både fordi og til tross for at samarbeidets hensikt bare er oppnådd i svært liten grad.

8.3.5 Sammenfatning

Jeg har innledningsvis beskrevet en pasient med en langvarig psykisk lidelse. I årenes løp har mange tiltak vært prøvd og pasientens nære pårørende har vist seg å motarbeide alle forsøk på å bygge opp et bærekraftig opplegg rundt pasienten.

I begynnelsen av undersøkelsen har pasientens kontaktpersoner både i kommunen og på sentralsykehuset tydelig formidlet at de har hatt store forhåpninger til et opphold i tredjelinjens rehabiliteringsenhet for å utrede pasientens funksjonsnivå. Dette var beskrevet som et sentralt tiltak for å planlegge et langsiktig opplegg rundt en pasient med en alvorlig psykisk lidelse og en lang sykdomskarriere.

Planer kan bli realisert, og selvfølgelig kan de, av ulike grunner, likeså godt aldri bli satt ut i livet. Det opprinnelige målet for samarbeidspartnerne var å legge organisatorisk til rette for et opphold på rehabiliteringsposten til grundig utredning. Men *uthaling* som vendepunkt i samarbeidskarrieren ligger ikke begrunnet i at det opprinnelige målet for et samarbeid ikke har blitt realisert. *Uthaling* blir derimot synlig i respondentenes ganske likegyldige holdning til det som de ved årets begynnelse har holdt fram som et sentralt moment i samarbeidet og det sammensatte tjenestetilbudet til pasienten. I den perioden jeg har registrert samarbeidskarrieren rundt pasienten, har samarbeidet vært kjennetegnet av å hale ut tiden framfor å gå inn i en aktiv diskusjon rundt mulige handlingsstrategier. I nesten et halvt år i livet til et menneske med en alvorlig psykisk lidelse, har samarbeidspartnere i første og tredjelinetjenesten ventet på et svar som aldri kom. Om noe, så virker selve intervjuundersøkelsen som utløseren for at respondenten på akuttposten, den instansen altså som i utgangspunktet har søkt om en plass på rehabiliteringsposten, i det hele tatt har informert seg om statusen for søknaden.

Det samme viser seg i forbindelse med den individuelle planen som alle institusjoner med et ansvar for oppfølging av pasienter underlagt tvungen psykisk helsevern er pålagt å utarbeide. Av de store forventningene til den individuelle planen som et koordinerende instrument, er til syvende og sist ikke annet til overs enn en uforpliktende erklæring om å fortsette som før; med lovpålagte rutineundersøkelser med noen måneders mellomrom på akuttposten og et ukentlig hjemmebesøk av den kommunale tjenesten. Begge deler er tiltak som

pasientens familie både før og i undersøkelsestidsrommet, har unndratt seg etter eget for-godtbefinnende.

Respondentenes argumentasjon bygger på en presentasjon av to ulike versjoner av "fakta". I den første framstår søknaden til rehabiliteringsposten som et sentralt og selvsagt moment i en individuell plan. I den andre versjonen mot slutten av undersøkelsen blir både søknad og individuell plan framstilt like selvfølgelig som forholdsvis perifere momenter. *Uthaling* i dette eksemplet betegner altså ikke et bestemt tidspunkt i samarbeidskarrieren, men enn en permanent tilstand; en uthaling av konkrete tiltak som etter hvert blir obsolet av seg selv.

Dermed er det heller ikke meningsfullt å utpeke en bestemt person eller en bestemt organi-satorisk enhet i det sammensatte tjenestetilbudet ut som ansvarlig for å hale ut tiden. Utha-ling er et vendepunkt som gjennomsyrrer en samarbeidsprosess over tid. I dette og i andre tilfeller skyldes uthaling en mangel på kontrollrutiner der de samarbeidende partene selv kvalitetskontrollerer sitt arbeid i forhold til sine egne målsettinger. At eksemplet jeg har valgt i dette kapitlet tok utgangspunkt i arbeidet med en individuell plan i en pasientkarriere, er lite overraskende. Individuelle planer er tenkt som et instrument for å realisere mål-settingen om en enhetlig planlegging av ulike tiltak. Samtidig skal disse planene være et forpliktende virkemiddel for tjenesteytere til å inkludere pasientene selv i planleggingen. Dette er tenkt som en kvalitetssikring for at de forskjellige tiltakene svarer til behovene slik pasienten selv opplever disse.

Jeg har nevnt at individuelle planer ikke bare er brukt i psykisk helsevern og psykisk helse-arbeid. Det som skiller individuelle planer for mennesker med psykiske lidelser ut fra and-re, er at institusjonene har en plikt til å utarbeide slike planer for pasienter underlagt tvung-ent psykisk helsevern, også mot deres vilje. Dette er sikkert en del av forklaringen for hvor-for arbeidet med den individuelle planen i eksemplet jeg har diskutert ikke har vært enkelt. Men uansett om det dreier seg om pasienter under tvungen eller frivillig vern, tyder erfa-ringene med individuelle planer i denne undersøkelsen på at disse ikke har den ønskete koordinerende effekten.

Med dette vil jeg på ingen måte hevde at arbeidet med individuelle planer gjennomgående er preget av uthaling som strategi fra de samarbeidende partene. Flere av pasientene som deltok i denne undersøkelsen, har tross alt hatt velfungerende planer enten i hele eller i de-

ler av undersøkelsesperioden. Ikke desto mindre markerer uthaling i noen pasientkarrierer et tydelig vendepunkt, og dette vendepunktet trenger derfor en utførlig diskusjon hvis ikke intensjonen med planleggingsarbeidet både i forbindelse med individuelle planer, og samarbeid mellom tjenesteutøvere for øvrig skal gå tapt.

Hittil har jeg beskrevet vendepunkt i samarbeidskarrierene som markerer strategier for deler av hjelpeapparatet for å unndra seg et samarbeid. For å demonstrere slike vendepunkt har jeg hentet eksempler fra intervju med respondenter på alle linjenivå. I den grad de kan betegnes som strategier i samarbeidskarrieren, er unnvikelse og uthaling i de pasientkarrierene jeg har undersøkt, strategier som preger forholdet mellom bakkebyråkratene i spesialisthelsetjenesten og dens samarbeidspartnere i den kommunale førstelinjetjenesten.

Det neste vendepunktet beskriver flere variasjoner av strategier som aktører fra forskjellige linjenivå bruker på bekostning av sine samarbeidspartnere både i spesialisthelsetjenesten og i kommunen. Dette vendepunktet har på den ene siden med en formell arbeidsdeling mellom tjenestene å gjøre, og på den andre siden med håndtering av et autonomt frirom som denne arbeidsdelingen åpner for.

8.4 Svarteper

8.4.1 Innledning

Uansett om de organisatoriske enhetene i psykisk helsevern og psykisk helsearbeid er enige om en ansvars- og arbeidsdeling eller ikke, er pasientene til enhver tid fysisk til stede en eller annen plass. Mens forhandlingene mellom de ulike organisatoriske enhetene pågår, om hvem som er ansvarlig for å bidra med hva for å skaffe til veie et tilpasset tjenestetilbud, utløser pasientenes tilstand ofte et umiddelbart handlingsbehov. Også samarbeidskarrierene i denne undersøkelsen var i noen tilfeller tydelig preget av at en del av hjelpeapparatet måtte stille opp for pasienten, selv om forholdene for en forsvarlig oppfølging ikke lå tilrette. Dette gjaldt i noen tilfeller akutte kriser, men også langsiktige prosesser der deler av tjenestetilbudet i psykisk helsevern og psykisk helsearbeid har koblet seg ut fra et samar-

beid over tid, mens andre deler har vært nødt til å organisere et improvisert tilbud med de som regel svært begrensede ressursene som i det hele tatt lot seg mobilisere. Disse situasjonene i samarbeidskarrierene vil jeg betegne som en svarteper-situasjon. Uttrykket er hentet fra en respondent som har brukt det for å beskrive sin posisjon i et tilfelle der hun som representant for det kommunale psykiske helsearbeidet satt igjen med et umiddelbart handlingsbehov uten mulighet til å hente inn hjelp fra andre tjenester. Liknende situasjoner har forekommet i en rekke varianter, både i forhold til et umiddelbart eller et permanent handlingsbehov, og både for en bestemt organisatorisk enhet eller for bakkebyråkrater som gruppe i psykisk helsevern og psykisk helsearbeid.

Dette vendepunktet har altså minst to ulike aspekt: et organisatorisk og et profesjonsspesifikt. Disse to aspektene vil jeg undersøke i de følgende to underkapitlene. I begge tilfeller bygger jeg videre på min beskrivelse i kapittel 2 av den organisatoriske og profesjonelle strukturen til psykisk helsevern og psykisk helsearbeid.

8.4.2 Svarteper mellom linjenivå: organisatorisk handlingsautonomi mellom kommuner og akuttpsykiatri

8.4.2.1 Innledning

For de ulike tjenestene i psykisk helsevern og psykisk helsearbeid gjelder det samme som for helsevesenet for øvrig: De skal ivareta bestemte oppgaver, og de er organisert i forhold til bestemte overordnede prinsipper.

Jeg har tidligere i denne avhandlingen i kapittel 2.1.1 beskrevet LEON-prinsippet som et av de sentrale prinsippene for helsevesenets organisering. Der har jeg framhevet at akronymet står for laveste effektive omsorgsnivå, og siden dette som regel betyr kommunene, påpekt at dette prinsippet derfor beskriver et kommunalt primæransvar for helse- og omsorgstjenester. For spesialisthelsetjenesten er oppgavene videre beskrevet i regionaliseringsprinsippet som tildeler hver institusjon i spesialisthelsetjenesten et ansvar for å levere sine tjenester for et avgrenset geografisk opptaksområde. Da begge prinsippene ble introdusert på 70-tallet, eksisterte det ikke noen enhetlig andrelinjetjeneste. Jeg har i kapittel 2.1 påpekt at

ansvarsfordelingen mellom spesialisthelsetjenestens andre og tredjelinje i den praktiske arbeidshverdagen, framstår som heller problematisk. Den formelle oppgavefordelingen er i en tilsynsmelding fra Helsetilsynet f. eks. beskrevet slik:

DPSene er tenkt å ha geografisk og faglig nærhet til kommunehelsetjenesten, ha ansvar for allmenn-psykiatriske tjenester på lokalsykehusnivå, og yte både døgnopphold, dagtilbud og polikliniske tjenester. Sykehusavdelingene skal yte mer spesialiserte tjenester.

Akuttavdelingene med plikt til å gi øyeblikkelig hjelp, har en vesentlig funksjon for alvorlig syke mennesker.

(Statens helsetilsyn, 2004a: 5)

Akuttavdelingene i tredjelinjen har lenge måtte kjempe med det problemet at de har denne plikten til å ta imot pasienter som trenger øyeblikkelig hjelp uavhengig av ressursene de har til rådighet. Samtidig har akuttavdelingene følt en alvorlig mangel på egnede, bærekraftige tilbud til utskrivingsklare pasienter. Utskrivingsklar betyr i denne sammenhengen at tjenestetilbudene på akuttposten ifølge behandlernes vurdering ikke har mer å bidra med for pasientens bedring, samtidig at pasienten for en begrenset periode trenger mer oppfølging enn det han eller hun kan få på hjemmeplassen (Hagen, 2001: 18 f; Sosial- og helsedepartementet, 1996: 64 f; Statens helsetilsyn, 2003: 12). Dette problemet har vedvart også etter flere år med Opptappingsplanen for psykisk helse der økte ressurser særlig har kommet første- og andrelinjetjenesten til gode (Hafstad, 2006; Statens helsetilsyn, 2003: 8 ff; Statens helsetilsyn, 2004b: 6 f).

Oppfølging i forlengelse av et opphold på en akuttpost er i mange tilfeller fortsatt en oppgave for spesialisthelsetjenesten – først og fremst for intermediærpostene i tredjelinjen og for døgnavdelingene på DPSene. Overgangen mellom disse to organisatoriske enhetene er glidende, og framstår for de ansatte i spesialisthelsetjenesten selv ofte som svært uklare. I den grad respondenter har påpekt forskjeller mellom intermediærposter og døgnavdelinger i andrelinjetjenesten, har de vist til en større sårbarhet for personalet på DPSene i krisesituasjoner, særlig i forbindelse med en redusert bemanning om natten eller i helgene. I slike situasjoner ble det tydelig i intervjuene at intermediærposter ble oppfattet som tryggere fordi personalet der ved behov kan hente inn personale fra andre poster.

Utover dette ble oppgavene for døgnavdelinger og intermediærposter beskrevet som svært sammenfallende. Siden funksjonen for begge enheter altså er svært like, betrakter jeg i dette kapitlet begge under ett. Begge skal betjene etterspørselen etter tjenester mellom kommunenes primære ansvar for å yte helse- og omsorgstjenester, og akuttavdelingenes plikt til å

gi øyeblikkelig hjelp i krisesituasjoner. I dette mellomrommet utspiller det seg et vendepunkt i samarbeidskarrierene som jeg har betegnet som svarteper mellom linjenivå – et vendepunkt som blir tydelig når organisatoriske enheter i psykisk helsevern og psykisk helsearbeid benytter seg av et autonomt handlingsrom mellom disse to ytterpunktene.

8.4.2.2 Organisatorisk autonomi som faktakonstruksjon: Å framstå posisjonert gjennom å posisjonere seg

Det første eksemplet for å illustrere min forståelse av svarteper som vendepunktet i samarbeidskarrierene, er hentet fra et intervju med en respondent på et DPS. Respondenten avgrensner i dette utdraget sin forståelse av oppgaven for den egne organisatoriske enheten fra akuttposten i tredjelinjen:

1. R: Vi har jo slitt med <tredjelinjen>. Når de skal ha pasienter hit så kan de ikke bare ringe og si at nå skal en pasient på døgn. Vi vil ha ei henvisning, og vi vil vurdere den, om vi kan ta imot den personen. Vi vil ha ei henvisning. Og sånn som vi har det, så har vi inntaksmøte EN gang i uka. <...> Jeg syns ikke at det er - jeg opplever at det er mer en drøftingssak, hva er det vi har nå, hva er det vi har mulighet for, hva kan vi ta? .. Vi skal ha to ledige senger <...> Har vi en sånn pasientsammensetning nå <...> der det egner seg for å ha den typen pasient, har vi ressurser til det nå? Jeg syns det er mange sånne spørsmål som - og jeg syns ikke <tredjelinjen> kan bestemme det, at nå er en pasient ferdigbehandla hos oss, så nå skal han være på DPS ei stund før han skal ut. Det kan ikke - altså vi er ikke noen sånn her salderingspost for <tredjelinjen>, sånn at de - Altså <tredjelinjen> kan ikke rå over plasser hos oss. Det er jo det vi opplever, at de tror at de skal disponere plasser på DPS når DE har funnet ut at en pasient skal - er utskrivningsklar ifra <tredjelinjen>, så skal han inn hit ei stund. Og det mener vi at det kan ikke <tredjelinjen> bestemme. Det er det vår suverene avgjørelse vi tar-
2. I: Hvor skal han være da, når han er ferdig på akuttposten? ...
3. R: Ja, det må jo bli ei vurdering, om han må på en .. en annen post på <tredjelinjen>. <Tredjelinjen> <...> har jo andre avdelinger. Og så får det være en dialog. Vi har jo telematikk møter en gang i måneden. Så får man - ellers så får man sende en henvisning til .. til DPS <...>, om vi kan ta imot den og den pasienten.

Sykepleier med videreutdanning i psykisk helsearbeid, lederteam DPS.

Respondenten presenterer DPSet tydelig som en autonom organisasjon i det psykiske helsevernet. I § 1 betegner hun forholdet til tredjelinjen som anspent nettopp fordi hun insisterer på en organisatorisk uavhengighet mellom de to linjenivå. Dette kommer ikke minst fram i respondentens gjentakelse av det insisterende ”*Vi vil ha ei henvisning*” fulgt av et formalistisk argument: ”*Og sånn som vi har det, så har vi inntaksmøte EN gang i uka*”. I respondentenes framstilling gir DPSet seg selv altså en egen organisatorisk ramme uavhengig av behovene i tredjelinjen. I den grad de samarbeider, skal dette skje på premisser som DPSet har satt selv.

Fortsatt i § 1 legitimerer respondenten dette autonome handlingsrommet på forskjellige måter. Først beskriver hun det som utenfor hennes rekkevidde: “*Vi skal ha to ledige senger <...> Har vi en sånn pasientsammensetning nå <...> der det egner seg for å ha den typen pasient, har vi ressurser til det nå*”. Disse momentene er imidlertid ikke noe som kommer fra høyere makter. To ledige senger er en regel som ledelsen og/eller personalet på DPSen har satt for seg selv.⁴⁹ Om pasientsammensetningen er slik at respondenten vurderer den som egnet eller uegnet for den eventuelle nye pasienten er heller ingen absolutt begrensning. En slik vurdering er alltid basert på skjønn, og det store handlingsrommet som respondenten åpner for seg selv er noe verken akuttpostene i tredjelinjen eller kommunehelsetjenesten kan tillate seg. Det tredje momentet, tilgangen til ressursene, viser likeså ettertrykkelig at DPSene i respondentens fremstilling er et tilbud i psykisk helsevern og psykisk helsearbeid som krever ganske optimale arbeidsbetingelser for at de skal kunne levere sin del av tjenestetilbudet.

Respondenten konstruerer her det Potter og Wetherell betegner som en faktisk versjon av et ideologisk felt (Potter & Wetherell, 1995: 83). Med denne konstruksjonen oppnår hun to mål. På den ene siden inntar hun med sin retorikk en subjektposisjon i en diskursiv sammenheng, der hennes senter framstår som en autonom enhet. På den andre siden framstår hun som posisjonert, og derfor begrenset, i sine handlingsmuligheter.

Med den retoriske måten hun presenterer sin egen holdning på posisjonerer hun den som del av en bredere sammenheng idet de organisatoriske rammene for DPSen framstår like mye som respondentens egen holdning enn som ytre rammebetingelser. Hun åpner med denne framstillingen også for sin videre argumentasjonen i § 1 der hun nekter at akuttposten i tredjelinjen “*kan bestemme det, at nå er en pasient ferdigbehandla hos oss, så nå skal han være på DPS ei stund før han skal ut*”. Respondenten forsterker sin versjon av DPSenes organisatoriske autonomi ytterligere med formuleringen “*vi er ikke noen salderingspost for <tredjelinjen>*”. Med begrepet “*salderingspost*” som respondenten velger, indikerer hun en situasjonsforståelse der DPSen må beskytte sin mulighet til organisatorisk å treffe en “*suverene avgjørelse*”. De skal ikke være nødt til å ta seg av pasienter som de i tredjelinjen

⁴⁹ For avdelinger med en høy grad av øyeblikkelig hjelp-innleggelse (dvs. i all hovedsak akuttposter på tredjelinjen og ikke døgnavdelinger på et DPS), anbefaler Helsetilsynet i en rapport ”at en til to av ti senger bør være ledige ved inngangen til hvert nytt døgn” (Statens helsetilsyn, 2003: 11).

ikke vil ha lenger, men pasienter som fagpersonale på DPS etter egen vurdering mener at de har et passende tilbud for.

DPSer framstår i en slik diskursiv sammenheng ikke som del av et sammenhengende tjenestetilbud, men som en organisatorisk autonom enhet uten videre forpliktelser overfor andre linjenivå. Dette forsterker respondenten i § 3 der hun svarer på mitt spørsmål om hvor pasienten skal være når han er ferdigbehandlet på akuttposten. Her er hun helt bestemt. Pasienten er ikke først og fremst på akuttposten, men i tredjelinjen. Derfor må akuttposten også sørge for å mobilisere ressurser på sitt eget linjenivå: ”<Tredjelinjen> <...> har jo andre avdelinger”. Først når disse andre avdelingene ikke strekker til, kommer DPSene inn i bildet i den nærmest motvillige innrømmelsen:

Og så får det være en dialog. Vi har jo telematikk møter en gang i måneden. Så får man - ellers så får man sende en henvisning til .. til DPS <...>, om vi kan ta imot den og den pasienten.

Men dette perspektivet er problematisk – ikke minst fordi det er stikk i strid med de helsepolitiske målsettingene som har ført til opprettelsen av en landsdekkende andrelinjetjeneste. Andrelinjetjenesten er i utgangspunktet tenkt som et sentralt ledd på den ene siden for å avlaste de kronisk overbelagte akuttpostene i tredjelinjetjenesten, og på den andre siden for å levere spesialisthelsetjenester så nært pasientens hjemplass som mulig. Sentrene har etter hvert fått en enhetlig struktur som organisatoriske enheter med en dag- og døgnavdeling samt poliklinikker. Intensjonen med denne enhetlige strukturen var å nå et helsepolitisk mål om et helhetlig tjenestetilbud tilpasset pasientens behov, der behandling uten innleggelse bør være regelen (Sosial- og helsedepartementet, 1996: 26).

Med andre ord skulle valget for pasienten ikke lenger bare stå mellom et unødvendig langt opphold i akuttpostenes vanskelig forutsigbare, og ofte konfliktfylte miljø og en utilstrekkelig oppfølging i hjemkommunen.

I respondentens beskrivelse er det framtrepende momentet DPSers organisatoriske autonomi framfor pasientens behov - i alle fall når det gjelder spørsmålet om hvilken del av tjenestetilbudet i psykisk helsevern og psykisk helsearbeid som er best egnet til å følge opp pasienten. Det organisatoriske perspektivet som respondenten formidler, er verken orientert ved LEON-prinsippet eller ved den eksplisitte målsettingen som ligger til grunn for både Psykiatrimeldingen og Opptrappingsplanen: at 3.linjens akuttavdelingene over lang tid har hatt kronisk overbelegg, og at den massive utbyggingen av DPSene skulle avhjelpe dette.

8.4.2.3 Kommunens plikt til å stå KLAR

Men svarteper som vendepunkt i samarbeidskarrierene er ikke bare tydelig når medarbeidere på et DPS eller en intermediærpost framholder en autonom organisatorisk status i sitt forhold til akuttpostene. Også i forhold til den kommunale førstelinjetjenesten markerer det organisatoriske frirommet som respondenter fra DPS og intermediærposter, beskriver et vendepunkt der svarteperen til syvende og sist plasseres hos kommunene. Det følgende utdraget illustrerer dette godt. Det er hentet fra et intervju med en respondent på en intermediærpost.

1. I: Altså, først har jeg lyst til å spørre deg om <...> hvilke funksjoner de enkelte deler har . etter din oppfatning? Hva skal kommunen gjøre, hva skal DPSene gjøre og hva skal <tredjelinje> gjøre? ..
2. R: Ja, herlighet altså! Det er så vanskelig å skille det der. Men det som nå i hvert fall er sikkert, det er jo at . at pasientene er jo <...> kommunen sitt ansvar .. å gå inn. Sånn at de blir jo henvist til oss ifra kommunen. Og når vi - vi ønsker å samarbeide med de, så må jo det være en selvfølge. Altså det skal jo ikke være sånn at vi må <...> kjempe om at de skal komme inn. Det må være en selvfølge at det er DE som eier pasienten, for å si det sånn (ler litt) - Altså det er ikke - det er ikke, holdt på å si -
3. I: At de tar kontakt med dere?
4. R: Nei, når det er - når pasienten er KLAR, så er det jo VI som tar kontakt. Ja. Men det er jo veldig bra - jeg syns - det opplever jeg jo nesten aldri, at DE tar kontakt med OSS. <...> Altså jeg skal ikke si at jeg opplever det aldri, det er feil. Altså, <...> i noen saker så er det jo primærhelsetjenesten som tar kontakt med oss. Og <...> da opplever vi virkelig at <...> de ber om en tjeneste, og de vil være med i samarbeidet. Ja. Men veldig ofte så er det VI som må .. må på en måte si at nå må dere komme og bli med. Og så kan det hende at de sier at ja, men jeg har ikke tid før om tre uker (ler litt), ikke sant? Så sier vi: nei, det går ikke. De er nødt til å ha samarbeid. Vi må <...> på en måte ha et møte tidligere.

Sykepleier med videreutdanning i psykisk helsearbeid, intermediærpost, tredjelinje, lederteam.

Respondenten begynner sitt resonnement i § 2 med å påpeke en uklar grenseoppgang mellom linjenivåene. Men hun formidler også en organisatorisk trygghet i denne uklarheten. Det primære ansvaret for pasienten plasserer respondenter hos kommunen: ”Men det som nå i hvert fall er sikkert, det er jo at . at pasientene <...> er jo kommunen sitt ansvar”. Dette er helt i tråd med de helsepolitiske prinsippene jeg har diskutert innledningsvis.

På dette sikre utgangspunktet i en ellers uklar arbeidsfordeling bygger respondenter sin videre retoriske argumentasjon. Fordi pasientene er et kommunalt ansvar, står kommunene svakt i sin relasjon til spesialisthelsetjenesten. De har ikke mulighet til å kreve hjelp, men de må be om en innleggelse i en formell henvisning. Men nå gjør uklarheten i ansvarsfordelingen mellom kommunene og intermediærposten seg gjeldende. Fordi kommunene i ut-

gangspunktet har bedt om bestemte tjenester fra spesialisthelsetjenesten, betegner respondenten det som en ”selvfølge” at kommunene er villige til å samarbeide. Men hva er premissene for dette samarbeidet slik respondenten skisserer det? Mitt spørsmål i § 3 ”*At de tar kontakt med dere?*” besvarer hun negativt. I § 4 blir det tydelig hvilke forventninger respondenten har til førstelinjen. Samarbeidet i respondentenes framstilling er ikke nødvendigvis den kontinuerlige kontakten under innleggelsen. Respondenten formulerer selv at ”*det opplever jeg jo nesten aldri, at DE tar kontakt med OSS*”. Slik hun beskriver, finnes det tilfeller der kommunene tar denne kontakten, og dette vurderer hun positivt. Positivt er det ikke fordi tilbudet pasienten får på intermedierposten har sammenheng med det tilbudet pasienten har på hjemplassen. Denne kontakten er positiv fordi ”*da opplever vi virkelig at <...> de ber om en tjeneste, og de vil være med i samarbeide*”. Kommuner er i respondentens vurdering positive samarbeidspartnere når de opptrer som ansøkende partner i et samarbeidsforhold. Hva som skjer under oppholdet, er i respondentens framstilling langt på vei skjernet fra kommunene. Også når noen fra den kommunale førstelinjetjenesten tar kontakt, beskriver respondenten dem som en passiv og avhengig part i forhold til intermedierposten.

På den andre siden rapporterer respondenten at førstelinjetjenesten i de fleste tilfellene ikke gir lyd fra seg mens pasienten er innlagt. Derfor er de på intermedierposten nødt til ettertrykkelig å kreve et kommunalt engasjement: ”*nå må dere komme og bli med*”. Når kommunene ikke vil, får de beskjed om at de ”*er nødt til å ha samarbeid*”. Her bruker respondenten begrepet samarbeid på en nærmest tingliggjort måte. Samarbeid framstår som et objekt, noe en må ”ha” eller ”gi”, og dermed også som noe ”alle” er klar over hva det er. Jeg har argumentert i kapittel 5 for det motsatte: at samarbeid i psykisk helsevern og psykisk helsearbeid er et svært mangfoldig og uklart definert begrep. Med sin objektiviserende framstilling av begrepet reduserer respondenten dette mangfoldet. Hun forsterker at hun vil ha samarbeid forstått på en bestemt måte: at kommunen skal stå klar til å ta imot pasienten når denne er ”*KLAR*”, når pasienten etter vurdering på intermedierposten altså er klar til utskrivning. Dette gjør respondenten tydelig når hun ettertrykkelig framhever pasientens status som ”*KLAR*”. Samarbeidet med kommunen er rettet mot det som skjer i forbindelse med pasientens utskrivning, og ikke i forbindelse med det tilbudet pasienten får under eller etter oppholdet.

Dette er et krav som også i andre intervju ble formulert fra respondenter på akuttposten i tredjelinjetjenesten. Men til forskjell fra DPSer og intermediærposter kan ikke akuttpostene rette det samme kravet til alle deler av tjenestetilbudet i psykisk helsevern og psykisk helsearbeid. I likhet med det forrige eksemplet betrakter denne respondenten fra en intermediærpost sin egen handlingsautonomi som en selvfølge. Hun kobler seg ut fra dette kravet om å være ”KLAR” når pasientene er ”KLAR” etter et opphold på akuttposten. I dette og i det forrige underkapitlet har jeg gitt eksempler på hvordan respondenter fra DPS og intermediærposter vurderer pasientene etter ganske forskjellige kriterier – først og fremst en egendefinert ressursituasjon og en likeså egendefinert behandlingssideologi. De eneste som må stå ”KLAR” er derfor den kommunale førstelinjetjenesten.

Dette eksemplet fra en intermediærpost er langt fra det eneste tilfellet der organisatoriske enheter i spesialisthelsetjenesten avskjermer seg fra kommunale behov. Det gjelder, kanskje i enda større grad, også for DPSene. I en nyere rapport konkluderer forfatteren at bare 46 av 268 undersøkte kommuner oppfatter at de vanligvis kan delta i beslutningsprosessen rundt pasientens utskrivelse fra et DPS. I denne rapporten sammenliknes tall fra 2002 og 2005, og konklusjonen er at dette forholdet har forverret seg i denne perioden (Myrvold, 2006: 76 f). Lite tyder altså på et mer inkluderende samarbeid mellom første og andrelinjetjenesten, og for de pasientkarrierene som jeg har undersøkt, vil jeg forlenge denne konklusjonen også for intermediærposter.

I tidsrommet jeg har fulgt pasientkarrierene, er det en god del eksempler for denne måten å håndtere en egen handlingsautonomi i disse to typene av organisatoriske enheter i psykisk helsevern. I forhold til en vurdering av ressursene som skal brukes, har i ett tilfelle ledelsen fra et DPS bestemt seg for å legge ned halvparten av sengeplassene på døgnavdelingen over sommeren for å sikre ferieavvikling til personalet, uten å måtte ty til å hente inn sommervikarer. Dette ble samarbeidspartnere i kommunene og på akuttposten i tredjelinjen varslet om i et brev. En eventuell økt belastning måtte bæres av disse. På den andre siden står et annet eksempel (her fra et annet DPS), der en liknende forespørsel om avlastning for å kunne avvikle personalets ferie i en kommune med en svært sårbar personalsituasjon, ble besvart negativt med henvisning til det ledelsen på dette DPSet oppfattet som en klar definert oppgavefordeling.

<...> og da må jeg skrive tilbake at <...> de avdelingene som er under <sykehuset> gir ikke noen tilbud om ferieavløsning for kommunene. <...> Sånn at det er ikke - det er noen som tenker på oss som et avlastningstilbud for kommunehelsetjenesten.

Sykepleier med videreutdanning i psykisk helsearbeid, andre linje, lederteam.

Jeg vil diskutere et tredje eksempel der denne handlingsautonomien ikke viser seg i forhold til en intern ressursfordeling, men i forhold til en egendefinert behandlingssideologi. Også i dette tilfellet har ledelsen besluttet å redusere sengeplassene på en døgnavdeling på et annet DPS med halvparten. Her var anledningen at den eneste overlegestillingen som var tilordnet dag- og døgnavdelingen, organisatorisk ble flyttet til poliklinikken. Mens dag- og døgnavdelingen helt siden oppstarten for flere tiår siden har fungert på denne måten, har ledelsen i dette tilfellet altså vurdert fraværet av en fast overlege som et så alvorlig hinder at driften ikke kunne opprettholdes på en faglig forsvarlig måte på samme nivå. Interessant er at avgjørelsen i dette tilfellet ble håndtert som et internt spørsmål, uten at samarbeidspartnerne i første og tredjelinjetjenesten ble informert på forhånd.

Med disse eksemplene vil jeg illustrere mitt argument om et organisatorisk frirom i forhold til en egendefinert ressursituasjon, og en likeså egendefinert behandlingssideologi for de enhetene i psykisk helsevern som plasserer seg organisatorisk mellom kommunenes primære ansvar for pasientene, og tredjelinjens akuttposter med sin forpliktelse til å gi øyeblikkelig hjelp. Jeg vil nå gå over til en analytisk betraktning av et kommunalt perspektiv på denne posisjonen som organisatorisk svarteper i psykisk helsevern og psykisk helsearbeid.

8.4.2.4 Om aktiv behandling og passiv oppbevaring

Fram til nå har jeg benyttet meg av eksempler fra intervju med bakkebyråkrater i spesialisthelsetjenesten for å tydeliggjøre konsekvensen av et autonomt handlingsrom som noen enheter krever på bekostning av andre i samarbeidet i psykisk helsevern og psykisk helsearbeid. Men også innenfor den kommunale førstelinjetjenesten finnes det eksempler der noen enheter gjør krav på et liknende frirom, mens andre synliggjør en selvforståelse som organisatorisk siste-instans.

Det første eksemplet jeg vil diskutere i denne forbindelsen, er et utdrag der en respondent fra den kommunale førstelinjetjenesten knytter sin opplevelse av å være siste-instans i tjenestetilbudet sammen med en bestemt forståelse av behandling i psykisk helsevern og psy-

kisk helsearbeid. Denne koblingen tar jeg mer detaljert opp igjen i kapittel 9 i min diskusjon av forholdet mellom de to gruppene av bakkebyråkrater og behandlere. Her vil jeg undersøke hvordan respondentens selvforståelse påvirker mulighetene for en aktiv behandling som del av tjenestetilbudet til en pasient.

Respondenten tar i det følgende intervjuutdraget utgangspunkt i et ganske problematisk samarbeidsforhold. Pasientkarrieren har over flere år vært svært turbulent, og det har oppstått en lang rekke kritiske situasjoner uten at det i hjemkommunen lyktes å organisere et bærekraftig tilbud. I de siste månedene har pasientens karriere vært preget av at han har oppsøkt legevakten svært ofte for å begjære seg innlagt enten på akuttposten eller på DPS. I mangel av et botilbud med regelmessig tilsyn i hjemkommunen har pasienten for noen måneder siden fått et midlertidig bo- og omsorgstilbud i en annen kommune. I den nye midlertidige bostedskommunen var denne respondenten ansvarlig både for pasienten og for samarbeidet med den opprinnelige hjemkommunen. Etter en uventet uproblematisk overflytting, har pasienten i den siste tiden begynt med det samme atferdsmønsteret. Umiddelbart før det følgende intervjuet har respondenten fra førstelinjetjenesten i vertskommunen hatt noen møter med representanter fra pasientens opprinnelige hjemkommune.

1. R: Men nå har <hjemkommunen> fatta et vedtak - Vi har hatt møter med <hjemkommune>, mange møter. Og vi hadde et møte i juni der vi sa klart ifra at han .. kan ikke få en oppbevaringsplass i <vertskommune>. Hvis 11 skal bo i <vertskommune> så er han nødt til å få behandling. Fordi han har så mye merkelig atferd som ikke gagnar verken han eller hans omgivelser. Så vi er nødt til å jobbe aktivt i forhold til det. Og - så det er ikke snakk om bare en oppbevaring, det er snakk om en aktiv behandling. <...> Og hvis ikke de er villig til det, så kan de liksom godt oppbevare han i <hjemkommune> som vi her. <...> Jeg synes jo at <vertskommune> - vi har vært veldig snill, vi har tatt imot han uten at det var noen økonomisk kontrakt. Og nå får vi svi for det, fordi at vi får .. vi får ikke betalt for - verken for behandling eller oppbevaring. Altså vi får noe betalt, men det dekker ikke engang oppbevaring. <...> Så jeg er jo kjempespent på hva det - hva som kommer ut av dette. Nå er det jo heldigvis ei hodepine som ikke .. - ikke ligger på MITT bord, det ligger administrativt over meg, fordi at jeg skal jobbe med behandling. <...>
2. I: Ja, hva slags behandling tenker du på at han må få?
3. R: Jeg tenker på at han må inn og lære .. en del sånne sosiale ferdigheter på korsen løse problemer uten å reise til <tredjelinjen>. Den siste innleggelsen han hadde på <tredjelinjen>, det var jo - det var jo et prakt eksempell, synes jeg. Han er hos broren i - på besøk i ferien, og får ikke den underholdningen eller servicen som han har lyst på, og så tar han veien om <tredjelinjen>, så får han et avbrekk i hverdagen, pluss at han får dekket gratis reise tilbake til <vertskommune>. Og sånn har han et LANGT og solid repertoar på korsen bruke spesialisthelsetjenesten, enten det er somatikken eller psykiatrien, når livet blir kjedelig. <...> Altså, han har ei lang læringshistorie, og hvis vi skal kunne by han et bedre liv så gjør vi ikke det bare med ved å knipse. .. Så det vi - Vi jobber mye igjennom nettverket hans, igjennom det å få inn sosiale ferdigheter, få inn aktiviteter .. som skal kunne være forhåpentligvis - være vel så attraktivt for han som det å dra til <tredjelinjen> og det å dra til DPS. Vi har ikke sjanse til å klare det alene som kommune.

Vi må - vi må ha DPS, og vi må ha <tredjelinjen>, og vi må ha voksenhabiliteringa på sykehuset i lag med oss hvis vi skal klare det. <...>

4. I: Tror du det er realistisk å få til det målet? Eller komme fram til en felles målsetting på et sånt ansvarsgruppemøte?
5. R: Ja, det er klart, det MÅ vi jo. Vi er jo nødt til å komme fram til en felles målsetting. Og om DPS sier at vi har ingen ting tjeneste å by han, så er det det de sier. Hvis <tredjelinje> sier at vi har ingen ting å by han, så er det det de sier. Og så er det sånn at, jaha, så står vi igjen med voksenhabiliteringa på sykehuset. Hva har DE å by, ikke sant? <...> Og hvis de også sier at, nei, vi har ingen ting til å by, javel, så er det jo bare helt latterlig å ha en spesialisthelsetjeneste. Fordi at denne mannen, han har - kan ha - Jeg vet ikke hvor lang karriere han har i psykiatrien, men det er mange år karriere han har i psykiatrien. <...> Han må få en avlæring på dette her. Og hvis psykiatrien ikke vil være med og hjelpe kommunenes primærhelsetjeneste på dette her .. - Javel, så - De eneste som ikke kan si <...> at jeg vil ikke være med når det gjelder klienter som er funksjonshemma, det er kommunene - Kommunene har i hvert fall ansvar. <...> Så vi har jo ennå det at vi kan si at nei, <hjemkommune>, vi får ikke hjelp fra spesialisthelsetjenesten, så dere får ta den sjøl. Men jeg kan ikke skjønne <...> at ikke spesialisthelsetjenesten skal være interessert i å hjelpe kommunene i å lage et felles mål.

Vernepleier, første linje.

I dette lengre intervjuutdraget starter respondenten i § 1 med en situasjonsbeskrivelse fra et møte med representanter fra pasientens hjemkommune. På møtet har respondenten sammen med sine kolleger gitt uttrykk for sine forventninger om hva et tilbud i vertskommunen må omfatte: Pasienten skal ikke ha noen ”oppbevaringsplass” men et ”behandlingstilbud” her. Dette skillet mellom behandling vs. oppbevaring tar respondenten opp en gang til i samme avsnitt; men nå enda mer markert: ”*det er ikke snakk om bare en oppbevaring, det er snakk om en aktiv behandling*”. Dermed tegner hun et bilde av et kommunalt tjenestetilbud der aktiv behandling og passiv oppbevaring utgjør hvert sitt ytterpunkt.

Senere i samme avsnitt skifter respondenten fokus i sin problembeskrivelse. Fra pasientens behov for behandling går hun over til hjemkommunens vilje til å gi økonomisk kompensasjon for en slik behandling. Igjen trekker respondenten et skille mellom behandling og oppbevaring, men her som et argument for at pasienten ikke kan ha et tilbud i det hele tatt hvis ikke den økonomiske rammen er tilfredsstillende – verken som behandling eller oppbevaring.

Sin egen vertskommune beskriver respondenten som en kollektiv enhet – et ”vi” – og framstiller dette ”vi” som den tapende part. ”Vi” leverer et tjenestetilbud, enten som dyr behandling eller som mindre kostnadsintensiv oppbevaring. I begge tilfeller presenterer hun seg selv og sin egen kommune som taper.

Økonomiske overveielser for det egne arbeidet er imidlertid ikke hennes ansvar. Penger er en bekymring, men slik respondenten framstiller det, er det en bekymring for andre: ”*Nå er*

det jo heldigvis ei hodepine som ikke <...> ligger på MITT bord”. Hun plasserer denne ”hodepinen” i administrasjonen og trekker dermed et skille mellom administrative begrensninger og faglig behandling. Uklart forblir imidlertid om hun faktisk har opplevd en begrensning for sitt behandlingsopplegg før finansieringen er avklart; om altså hennes administrativt foresatte har nektet henne å gå i gang med de tiltak som hun beskriver i det påfølgende § 3.

Men til respondentens forestilling om en ”aktiv behandling” hører også et annet vesentlig moment utover en økonomisk kompensasjon. I § 3 beskriver hun først sin problemforståelse: Pasienten bruker spesialisthelsetjenesten som et underholdnings- og servisetilbud når ting blir vanskelig. Gjennom flere år har han opparbeidet seg *”et LANGT og solid repertoar på korsen bruke spesialisthelsetjenesten <...> når livet blir kjedelig*”. Respondenten framhever uttrykkelig det lange tidsaspektet, og det er også sentralt for hennes videre argumentasjon. Hun gjentar det senere i § 3 som innledning for sin begrunnelse av hva som er en adekvat behandling: Når en dysfunksjonal atferd har festet seg over tid, er også en innlæring av handlingsalternativer en langvarig prosess. Og dette er i respondentens argumentasjon en prosess som kommunen ikke klarer alene: *”Vi har ikke sjanse til å klare det alene som kommune. Vi må <...> ha DPS, og vi må ha <tredjelinjen>, og vi må ha voksenhabiliteringa på sykehuset i lag med oss hvis vi skal klare det.”*

Ved siden av tilstrekkelige økonomiske rammer er dette altså den andre forutsetningen for en ”aktiv behandling”. Hun argumenterer at hun er avhengig av et aktivt samarbeid med forskjellige enheter i spesialisthelsetjenesten for å avlære pasienten hans lite meningsfulle måte å bruke disse delene av det psykiske helsevernet.

Er hennes forventninger om å trekke inn spesialisthelsetjenesten realistiske? Hun svarer ikke annet enn med en appell i § 5: *”Vi er jo nødt til å komme fram til en felles målsetting*”. Hvis ikke andre- og tredjelinjetjenesten er med på laget, har hun en klar oppfatning. Den uttrykker hun litt senere slik: *”javel, så er det jo bare helt latterlig å ha en spesialisthelsetjeneste*”.

Men det er ingen garanti. Faktisk møter det heller ikke til neste ansvarsgruppemøte noen representanter fra de inviterte enhetene i spesialisthelsetjenesten.

For denne respondenten ender samarbeidskarrieren med det hun antyder mot slutten i § 5. Kommunen får ikke støtte fra spesialisthelsetjenesten, og pasienten flytter tilbake til sin opprinnelige hjemkommune.

Respondenten antyder altså allerede en begrunnelse for denne tilbakeflyttingen og underbygger den i intervjuutdraget med to argumenter. For det første et økonomisk argument: at den økonomiske kompensasjonen som vertskommunen får fra pasientens hjemkommune, er utilstrekkelig for en kostnadsintensiv behandling. For det andre et faglig argument: at behandlingsopplegget som respondenten skisserer, forutsetter et engasjement fra andre- og tredjelinjetjenesten. Siden verken det ene eller det andre er tatt til følge, benytter respondenten seg av den muligheten hun antyder i § 5: ”Kommunene har i hvert fall ansvar”. Dermed får pasientkarrieren en foreløpig slutt med en oppfølging i hjemkommunen som respondenten innledningsvis i intervjuutdraget har beskrevet som *oppbevaring* – en posisjon der bakkebyråkraten i førstelinjetjenesten sitter igjen med den faglige og organisatoriske svarteperen.

Forventningene til en ”aktiv behandling” framstår i dette eksemplet som svært store – kanskje overdimensjonerte. Jeg oppfatter behandlingsbegrepet som et sentralt moment for samarbeid i psykisk helsevern og psykisk helsearbeid og skal, som nevnt innledningsvis, komme tilbake til dette mer detaljert i kapittel 9. For min diskusjon om vendepunkt i samarbeidskarrierene er det sentrale i respondentens framstilling hennes målsetting om en ”aktiv behandling” for pasienten, og det kravet om en aktiv medvirkning av andre og tredjelinjetjenesten som hun knytter til dette. I respondentens opposisjonelle struktur framstår *oppbevaring* som et passivt, og *behandling* som et aktivt ytterpunkt i det tilbudet som pasienten kan forvente fra de ulike instansene i psykisk helsevern og -arbeid.

Dette skillet beskriver et tydelig vendepunkt ikke bare i denne samarbeidskarrieren. Aktiv behandling, utredning eller kartlegging er en oppgave for spesialisthelsetjenesten. Men utover det skal enhetene i spesialisthelsetjenesten også gi veiledning til kommunen slik at de klarer å gi sine pasienter et tilpasset behandlings- eller omsorgstilbud. Flere undersøkelser har i de siste årene påpekt at særlig samarbeidet mellom første- og andrelinjetjenesten i forhold til dette, fungerer heller dårlig (Myrvold, 2006: 75 ff; Statens helsetilsyn, 2002). Også i en del av de pasientkarrierene jeg har registrert i min undersøkelse, står den kommunale

førstelinjetjenesten svært ensom tilbake når behandlingen som pasienten har fått i spesialisthelsetjenesten, ikke virker, eller når utredning og kartlegging av pasientens behov er avsluttet.

I forhold til de pasientkarrierene jeg har undersøkt, var anbefalingene som resulterte av opphold i spesialisthelsetjenesten ganske ensrettet. For åtte av de femten pasientene i min undersøkelse har en eller flere av respondentene i spesialisthelsetjenesten vurdert det slik at pasienten trenger et boligtilbud med døgkontinuerlig bemanning.

Et eksempel på dette kravet fra en respondent fra en intermedierpost i tredjelinjen, er gjengitt her.

1. R: Vi er vel rimelig sånn enig i at denne pasienten trenger mye mer oppfølging enn det som de kan gi. Og det vi gjør da det er jo på en måte å sammen se på et annet tilbud. Altså, et annet omsorgs- . nivå enn det å bo i leilighet for seg selv, f.eks.
2. I: Og hva består det i? I dette tilfellet?
3. R: Ja, det kan være, det kan være en sånn kommunal - altså, kommunen driver jo nå å ruste opp i forhold til omsorgsboliger. Ja. Og det trigger vi veldig nå for tiden. Det er noe med at vi har, vi har, vi har gjort vår kartleggingsarbeid på at det her er det vedkommende trenger. Og vi har gjort så mange erfaringer på at det går ikke. Det som kommunen tilbyr. Og . og da er vi på en måte enig i om at da må vi søke sammen. Og <...> vi er ganske så klart på det at <...> det er dere som har et problem som ikke kan stille opp med ressurser. For vedkommende skal ikke bo her på sykehuset.

Sykepleier med videreutdanning i psykisk helsearbeid, intermedierpost, tredjelinje.

Her er det flere interessante aspekt i respondentens argumentasjon som er problematiske i forhold til en helsepolitisk målsetting om et helhetlig og sammenhengende tjenestetilbud. I § 1 trekker respondenten først et skille mellom "vi" og "de". "Vi" er respondenten med sine kolleger fra intermedierposten, og "vi" ser sammen på et annet omsorgstilbud, mens det forblir uklart hvem de gjør det sammen med. På mitt spørsmål om hva hun oppfatter som et egnet tilbud, blir respondenten i § 3 mer konkret. Hun introduserer kommunens planer om å bygge omsorgsboliger og presenterer intermedierposten som en pådriver av denne aktiviteten: "*det trigger vi veldig nå for tiden*". Hun begrunner dette med to argumenter. For det første med at intermedierposten har gjort seg ferdig med sin kartlegging av pasientens behov, og for det andre med en forsterkning av at vurderingene er gjort på bakgrunn av tidligere erfaringer. Dermed avgrenser hun sitt arbeidsoppdrag til denne kartleggingen, og gjør ettertrykkelig klart at det fra nå av er kommunen som må spille ballen videre for å få opprettet et tilpasset boligtilbud. Pasienten trenger mer oppfølging enn han hadde, men dette har ikke noe med behandling å gjøre. Langt mer likner det den beskrivelsen som respon-

denten i det forrige eksemplet jeg har sitert i dette kapitlet, har gitt; nemlig den om en passiv oppbevaring.

I denne og andre pasientkarrierer virker resultatet av behandling, utredning og kartlegging for mennesker med alvorlige og langvarige psykiske lidelser ganske ensrettet og lite sofistisert. Det virker nærmest som et refleksaktig standard svar å kreve et kommunalt botilbud med døgkontinuerlig tilsyn. Også med økte bevilgninger gjennom Opptappingsplanen for psykisk helse framstår slike krav for mange kommuner med et kronisk overbelastet budsjett som ønsketenkning istedenfor som kortvarig realiserbare løsninger for pasienter med alvorlige psykiske lidelser. Samtidig framstiller disse respondentene muligheten til en effektiv behandling av psykiske lidelser som svært begrenset.

På bakgrunn av den finansielle og personelle situasjonen i mange kommuner virker et stadig gjentatt krav om døgkontinuerlig bemannede boliger derfor heller som retorisk argument for å avverge innleggelse, enn som et resultat av en nøye avveining av handlingsalternativer som kan realiseres med de gitte ressursene. På bakgrunn av min diskusjon av eksemplene i dette underkapitlet betrakter jeg dette standardiserte kravet om døgkontinuerlig bemannede boliger mest av alt som et forsøk på å beskytte de egne organisatoriske rammene, og ikke som et bidrag til å utvikle en felles strategi for å utarbeide et tilpasset omsorgstilbud til pasientene.

Men kravet om døgkontinuerlig bemannede boliger viser også til et annet aspekt i forholdet mellom primær- og spesialisthelsetjenesten. Det viser til at muligheten for en effektiv behandling av psykiske lidelser som spesialisthelsetjenesten er i stand til å gi, i mange tilfeller er svært begrenset. I de eksemplene jeg har diskutert, er spesialisthelsetjenestens oppgave etter utskrivelsen begrenset til å ordinere og justere medisiner, og, i noen tilfeller, til et likeså begrenset ansvar for å organisere bruken av tvangstiltak.

Det stadig gjentatte kravet om døgkontinuerlig bemannede boliger for pasienter med langvarige og sammensatte psykiske lidelser er i ytterste konsekvens ikke annet enn et krav om å opprette kommunale "miniinstitusjoner". I respondentenes beskrivelser har disse "miniinstitusjonene" sterke likhetstrekk med de tidligere psykiatriske sykehjem, som etter noen år med Opptappingsplan for psykisk helse har forsvunnet. Når mulighetene til en "aktiv" behandling for mange pasienter ikke ser ut til å føre videre, virker det som om de tidligere

psykiatriske sykehjem nå er på vei tilbake. Denne gangen er de riktignok drevet i kommunal regi, men i sin form og i tilbudenes innhold er de orientert ved å organisere en passiv oppbevaring.

8.4.2.5 Sammenfatning

I dette kapitlet har jeg presentert et vendepunkt i samarbeidskarrierene som har sitt utspring i et organisatorisk frirom mellom akuttpostenes plikt til å yte øyeblikkelig hjelp på den ene siden, og kommunenes forpliktelse til å stå for den kontinuerlige oppfølgingen av pasienter med psykiske lidelser på den andre siden. Helt i tråd med LEON-prinsippet skal den kommunale førstelinjetjenesten levere et tjenestetilbud tilpasset pasientenes behov. Dette fungerer i de tilfellene der representanter fra de ulike tjenestenivåene kommer til en enhetlig problemforståelse, og der bakkebyråkratene i spesialisthelsetjenesten viser seg tilgjengelig for pasientens kontaktperson i kommunen.

Men altfor ofte i mine eksempler virker det som om andre- og tredjelinjetjenesten blander dette kommunale ansvaret med en anledning til å trekke seg ut fra et samarbeid med den kommunale førstelinjetjenesten når denne trenger et spesialisert helsetjenestetilbud mest. Dette gjelder ikke nødvendigvis i de mest akutte tilfellene – her har tredjelinjetjenestens akuttposter en lovfestet forpliktelse til å yte øyeblikkelig hjelp. Men i de tilfellene der pasienten går fra en krisemaksimering til den neste, og der det derfor er nødvendig med et langvarig og aller helst forutsigbart, sammensatt tjenestetilbud for pasienten, eller der førstelinjetjenesten i en begrenset periode trenger et pusterom for å organisere et bærekraftig tilbud for pasienten som svarer til et nærmest standardisert og til stadighet gjentatt mantra om en egen, tilpasset bolig med døgnkontinuerlig bemanning - i disse tilfellene er førstelinjetjenesten i en svært sårbar situasjon. Jeg har diskutert flere eksempler der mulighetene til en aktiv behandling har vist seg å være svært begrenset. I disse og andre tilfeller i pasientkarrierene som jeg har undersøkt, har brorparten av de sparsomme ressursene i kommunene gått til å følge pasientene opp i den daglige krisehåndteringen. Samtidig har institusjonene i spesialisthelsetjenesten altfor ofte plassert bakkebyråkratene i kommunehelsetjenesten i en posisjon som organisatorisk svarteper. I slike situasjoner har kommunene hatt mest behov for et tett samarbeid med enheter i spesialisthelsetjenesten for eksempel i form av regel-

messige avlastningsopphold i en periode, slik at kommunene får et nødvendig pusterom i mellomtiden for å realisere en felles målsetting om en tilpasset og bærekraftig boform.

På lik linje med de andre vendepunktene jeg har diskutert hittil, er selvfølgelig heller ikke en organisatorisk svarteper det som gjennomgående kjennetegner forholdet mellom akuttposter og kommuner på den ene siden, og intermediærposter og DPSene på den andre. Størstedelen av tjenestene de sistnevnte leverer, består nettopp i behandlings- og avlastningstilbud for pasienter som i det daglige får sin oppfølging fra førstelinjetjenesten.

Vendepunktet for samarbeid som jeg har betegnet med svarteper mellom organisasjoner, ligger altså ikke i at DPSer og intermediæravdelinger ikke bidrar med slike avlastningstilbud. Min kritikk på bakgrunn av diskusjonen i dette kapitlet, er at andre- og tredjelinjetjenesten tilbyr disse avlastningstilbudene først og fremst ut fra en vurdering av organisasjonsinterne behandlingskriterier, og ikke ut fra en organisatorisk målsetting om et sammenhengende tjenestetilbud.

For å unngå det vendepunktet i samarbeidskarrierene som jeg har beskrevet som svarteper gjelder det særlig for intermediærpostene og, når det etter hvert har dannet seg en enhetlig struktur for de i utgangspunkt svært ulike DPSene, at disse i langt større grad må anse seg som del av et sammenhengende tjenestetilbud istedenfor som organisatorisk frittstående enheter. Dette innebærer at de må gi fra seg en god del av den institusjonelle autonomien som har blitt tydelig i eksemplene jeg har vist, og som de har brukt for å organisere sin egen drift etter eget skjønn, uten å vise en nødvendig sensibilitet for de organisatoriske begrensningene som gjelder for andre deler av tjenestetilbudet i psykisk helsevern og psykisk helsearbeid.

Andrelinjetjenesten er per i dag beskrevet som et enhetlig organisert tjenestetilbud innenfor spesialisthelsetjenesten. De organisatoriske enhetene som utgjør et DPS som en faglig selvstendig enhet på lokalsykehusnivå, altså døgn- og dagavdeling og poliklinikk, var i utgangspunktet tenkt som et avlastningstilbud for de kronisk overbelagte akuttpostene i tredjelinjenivå. De var også tenkt som et avlastnings- og veiledningstilbud for en sårbar kommunehelsetjeneste (Statens helsetilsyn, 2001: 8). Begge funksjoner er uforenlige med et vendepunkt i samarbeidskarrierer der ansvaret for pasienter skyves over på de tjenestene

som ikke kan unndra seg, og som, når det gjelder førstelinjetjenesten, må ta seg av de mest vanskelige tilfellene med minst støtte og minst tilgjengelige ressursene.

8.4.3 Svarteper mellom profesjoner

8.4.3.1 Innledning

Jeg har innledningsvis hevdet at svarteper beskriver et vendepunkt i samarbeidet som har to aspekt. Begge beskriver på hver på sin måte en siste-instans i organisasjonen av tjenestetilbudet i psykisk helsevern og psykisk helsearbeid. I det forrige kapitlet har jeg beskrevet de organisatoriske sidene ved dette vendepunktet. Det andre aspektet jeg vil diskutere i dette kapitlet, beskriver forholdet mellom de to yrkesgruppene som jeg tidligere i kapittel 4 har avgrenset overfor hverandre. Senere i kapittel 9 kommer jeg mer utførlig tilbake til forholdet mellom bakkebyråkrater og behandlere når jeg diskuterer den sentrale posisjonen som yrkesutøver i gruppen av behandlere har for konstruksjonen av en faglig identitet til bakkebyråkratene. Her vil jeg argumentere at bakkebyråkratene i noen pasientkarrierer ender opp i en posisjon som faglig siste-instans i et profesjonelt hierarki. Denne posisjonen i forhold til gruppen av behandlere beskriver samtidig et vendepunkt i disse samarbeidskarrierene.

Også her gjelder det at pasienten til enhver tid er fysisk til stede en eller annen plass, og at - uavhengig av en ideell ansvarsfordeling - noen yrkesutøvere holder kontakt med pasienten på det linjenivået der vedkommende oppholder seg. Som regel er det bakkebyråkratene i den kommunale førstelinjetjenesten som står for den kontinuerlige kontakten. I noen tilfeller var samarbeidet med andre instanser i de undersøkte pasientkarrierene, for disse bakkebyråkratene ikke bare tydelig preget av å være en organisatorisk siste-instans slik jeg har beskrevet det i det forrige kapitlet. Bakkebyråkratene var i disse tilfellene også fanget i et dilemma mellom en organisatorisk ansvarlighet på den ene siden, og sitt avhengighetsforhold til overordnede i et profesjonelt hierarki på den andre. Denne posisjonen som svarteper i et profesjonelt hierarki i psykisk helsevern og psykisk helsearbeid vil jeg beskrive med de følgende to eksemplene.

8.4.3.2 "Vi vil legge alt til rette for at pasienten skal ha det bra"

Det første av disse eksemplene beskriver en del av karrieren til en pasient som i de siste årene har utspilt seg i en stadig veksel mellom hjemplassen der vedkommende også i godt voksen alder bor sammen med sine foreldre, oppfølging gjennom den kommunale førstetjenesten, og flere, til dels langvarige innleggelse på akuttposten i tredjelinjen. Foranledningen til det følgende intervjuutdraget var en innleggelse på akuttposten i tredjelinjen. Under denne innleggelsen hadde personalet på akuttposten reagert på at pasienten, fordi uføretrygden ble forvaltet av foreldrene, ikke har egne penger til personlig forbruk til disposisjon. De har derfor framsatt et ønske overfor pasientens kontaktpersoner i førstelinjetjenesten om at de skal innlede prosessen med å få oppnevnt en økonomisk hjelpeverge for pasienten. Dette ønsket beskriver pasientens kontaktperson i hjemkommunen i det følgende utdraget.

1. I: Dere som jobber sammen med på <tredjelinjen>, hjemkommunen .. har dere en arbeidsfordeling? At det står en plass at DU skal gjøre det ene, <kontaktperson på akuttposten> skal gjøre det andre, <overlege på akuttposten> skal gjøre det tredje? ..
2. R: Nei. Og derom strides <kommunelege> og <overlege på akuttposten> kanskje en del, om hvem som skal gjøre hva. F.eks. når 15 var innlagt ved <tredjelinjen>, så fikk han en del penger. .. For trygden hans 15 går heim til mor. .. Og de fikk ikke pengene hos mor <...> til tobakk, til tyggis og litt klær, kanskje. Så de mente at dette måtte vi i kommunen ta tak i, at 15 - en økonomisk verge og at det kunne ikke være sånn. Og det er vi helt enig i, at dette her er ikke holdbart i det hele tatt. .. Mens <kommunelege> mente at, ok, det får være <tredjelinjen> sin .. greie. 15 er innlagt i institusjon. Altså <mor> vil jo ikke frivillig gi fra seg .. den trygden til 15, for den er med i deres heimeøkonomi. Så er de avhengig av 15 sin trygd. Og <mor> er ikke oppnevnt som verge, og 15 er ikke umyndiggjort. Og vi i kommunen kan på en måte ikke begynne å legge oss oppi det. Og når <tredjelinjen> og <akuttpost> så at dette var vanskelig, og de ikke fikk penger, så fikk DE på en måte gjøre noe med det. Og det kunne ikke vi sitte sammen og gjøre. ..
3. I: Er du enig i det? ..
4. R: På EN måte JA. For at .. hvis vi skal begynne å krige med <mor> om 15 sin .. sin trygd, hvem - om 15 skal disponere den sjøl eller vi vil oppnevne en økonomisk verge for han, så tror - det er vi i heimkommunen som skal - vi er veldig avhengig av et samarbeid med <mor>. Så da vil det være veldig uheldig, tror jeg, for VÅR relasjon videre, når 15 var heime i kommunen. De er jo mer anonym. De kan som <akuttpost> <...> ta opp dette, og overlegen ved den avdelingen der. .. Men det ble aldri gjort noen ting med det der.
5. I: Du sa at på den ene sida er du enig i det. Men på den andre sida?
6. R: På den andre sida så syns jeg også at det er forferdelig galt at 15 ikke skal ha noen ting å si over sine egne penger. 15 er 40 år, og ikke får penger engang til en pakke tobakk når han er innlagt ved <tredjelinjen>. <...> Jeg syns det blir veldig slitsomt. <Kontaktperson på akuttposten> tok kontakt pr. telefon og sier at <overlege på akuttposten> sier at dette må dere heime i kommunen ordne opp med. OK, vi får gjøre hva vi kan her heime. Og så går jeg på <kommunelege> videre med det, og så sier <kommunelege> nei, nå får de altså stoppe litt på <akuttpost> her. Dette får bli DERES ansvar. Men hun har ikke den kontakten tilbake. Den tilbakemeldinga må JEG gi. .. Så jeg og <kontaktperson på akuttposten>, vi blir sittende - der både jeg og <kontaktperson på

akuttposten> ønsker å gjøre alt vi kan for å legge ting til rette for at 15 skal ha det bra. . Så tørr ikke jeg å gjøre det <kommunelege> sier at jeg IKKE skal gjøre. Og så kan ikke <kontaktperson på akuttposten> gjøre det - <overlege på akuttposten> sier at det skal VI gjøre. Så jeg og <kontaktperson på akuttposten>, vil blir sånn der .. - Jeg vet ikke, buffere omtrent, imellom <kommunelege> og <overlege på akuttposten>. Så jeg har ønska et møte der - så får <overlege på akuttposten> og <kommunelege> TA den diskusjonen pr. telematikk, eller at de kommer hit på et møte.

7. I: Men hvorfor sa ikke du til <kommunelege> nå at da får heller du ringe til <overlege på akuttposten>, istedenfor at det går via tre andre personer?
8. R: Ja - Nå er det nå sånn at <kommunelege> er jo en meget opptatt person, så det er dårlig tid til å ta opp ting med <kommunelege>. Men vi har et legemøte hver onsdag der vi har 10 minutter på oss. Der er det jo ganske sånne kjappe greier, beskjeder, sånn og sånn, bang-bang - sånn er det, ferdig med det. Du gjør det og du gjør ikke det. Noe - det er ikke rom for noen diskusjon, å begynne å prate og . - Og om jeg sier til <kommunelege> at hun bør gi beskjed til <overlege på akuttposten>, så sier hun at nei, da får <overlege på akuttposten> ta kontakt med meg. .. Hvis hun mener at kommunen skal gjøre det så får <overlege på akuttposten> ta kontakt med meg . sier hun. Så .. - Ja. .. Jeg har i hvert fall ønska meg et møte på bakgrunn av at de kan få lov å diskutere hvem skal gjøre hva. Og helst et møte der de kan komme hit, eller at vi reiste dit, at en kan sitte . på hver sin side av bordet og se på den individuelle planen i lag.

Vernepleier, første linje.

I respondentens svar i § 2 på mitt spørsmål etter en arbeidsdeling, beskriver hun seg selv og sin samarbeidspartner blant bakkebyråkratene på akuttposten som relativt passive parter. Arbeidsdelingen har vært et tema, men da først og fremst som en konflikt mellom legene i tredjelinjen og i kommunen. I denne konflikten om hvem som skal ha ansvar for å sette i gang prosessen med en verge for pasienten, sier respondenten seg først enig med problemforståelsen til sin samarbeidspartner i tredjelinjen: *"Og det er vi helt enig i, at dette her er ikke holdbart i det hele tatt"*. Senere i samme avsnitt isolerer hun også sin kollega i første-linjetjenesten, kommunelegen, med en egen, avvikende problemforståelse: *"Mens <kommunelege> mente at, ok, det får være <tredjelinjen> sin .. greie. 15 er innlagt i institusjon."* Spurt i § 3 om hun deler denne oppfatningen, svarer hun avveiende i §§ 4 og 6. Det eksisterer gode grunner for at de i tredjelinjen skal ta dette opp med moren, men det egentlig relevante er at det må komme til en løsning som er til pasientens beste – i dette tilfellet at pasienten kan disponere noen midler for personlige behov.

I likhet med kommunelegen tenderer respondenten til at det er mest hensiktsmessig når de på akuttposten setter i gang prosessen med å få en økonomisk verge for pasienten. Men til forskjell fra sin legekollega trekker respondenten fram en felles problemforståelse med sine samarbeidspartnere fra tredjelinjen som det vesentlige momentet, og ikke formelle organisatoriske myndighetsforhold fra et linjenivå overfor et annet. Dermed signaliserer hun en åpenhet for en dialog mellom partene.

Men slik hun beskriver det i § 6, møter hun med sin holdning et dilemma. Hun tar opp ballen som samarbeidspartneren blant bakkebyråkratene på akuttposten spiller over til henne: ”OK, vi får gjøre hva vi kan her heime”. Men hun blir stoppet av kommunelegen som avviser at de i tredjelinjen skal gi direktiver til førstelinjen. Uansett hva respondenten nå foretar seg, blir det feil. Hvis hun ringer til sin samarbeidspartner i tredjelinjen, er de i beste fall enige om at situasjonen er fullstendig utilfredsstillende. I verste fall tar hennes samarbeidspartner overlegens posisjon, og respondenten risikerer sitt gode samarbeidsforhold til tredjelinjen. Nekter respondenten på den andre siden å formidle kommunelegens posisjon videre, risikerer hun sitt forhold til kommunelegen.

Senere i § 6 presenterer hun seg og bakkebyråkraten på akuttposten med en felles målsetting. De ”*ønsker å gjøre alt vi kan for å legge ting til rette for at 15 skal ha det bra*”. Dermed forsterker hun ytterligere at hun setter en felles problemforståelse framfor en formell organisatorisk arbeidsfordeling – den kan og skal de bli enige om, bare alle delaktige parter viser seg villige til å ta sin del. Samtidig beskriver hun seg som maktesløs – hun ”*tørr ikke*” å gjøre hva hun synes er riktig, men som kommunelegen nekter henne å gjøre.

Men konflikten stikker enda dypere. Kommunelegen med sin avvikende mening nekter ikke bare å la respondenten gjøre det hun synes er riktig. På lik linje med overlegen i tredje-linjetjenesten nekter også kommunelegen å ta kontakt selv. I respondentens framstilling går legenes konflikt seg i mellom på bekostning av muligheten til å komme fram til en løsning også for bakkebyråkratene seg imellom. Bakkebyråkratene er tydelig i en svært uheldig situasjon fordi de er redusert til å være formidler av informasjon. De er, som respondenten sier, ”*buffere*” mellom legene. De får trykk fra begge sider, og er i tillegg forhindret fra å gjøre det som de ut fra sitt faglige ståsted synes er riktig – nemlig å komme fram til en løsning for pasientens beste. I sin presentasjon av samarbeidskarrieren framstår respondenten som temmelig handlingslammet. Så, hvorfor tar hun ikke opp denne konflikten på den måten hun indikerer selv mot slutten av § 6 – nemlig at hun oppfordrer legene til å møtes direkte istedenfor å formidle beskjeder via tredje?

Etter respondentens framstilling har hun ikke anledning til det. Hun beskriver legen i § 9 som ”*en meget opptatt person*”. Legens arbeidshverdag er strukturert i forhold til tidsavgrensede konsultasjoner og hektisk møtevirksomhet:

Vi har et legemøte hver onsdag der vi har 10 minutter på oss. Der er det jo ganske sånne kjappe greier, beskjeder, sånn og sånn, bang-bang- - sånn er det, ferdig med det. Du gjør det og du gjør ikke det. Noe - det er ikke rom for noen diskusjon, å begynne å prate.

Denne strukturen for arbeidshverdagen gjør legen i respondentens framstilling altså til en opptatt person som ikke har tid til ”å prate”. Respondenten derimot, fyller arbeidshverdagen i store deler nettopp med dette: ”å prate” med folk. Hennes arbeidshverdag er heller ikke like planbar som legens. Den består i regelmessig, men langt mindre forutsigbar kontakt med brukere av tilbudene i psykisk helsearbeid. Jeg har i kapittel 4.1 diskutert denne forskjellige strukturen for bakkebyråkrater og behandlere. Respondenten i dette eksemplet skiller på liknende vis to grunnleggende forskjellige måter å strukturere arbeidshverdagen til bakkebyråkrater og behandlere på. Men respondenten går utover dette skillet. Hun rangerer i dette tilfellet også disse to forskjellige arbeidsmåtene når hun plasserer seg selv med sin retorikk i en subjektposisjon i en legefaglig dominert diskursiv sammenheng. Når respondenten betegner kommunelegen som en ”*meget opptatt person*” som ikke har mulighet til å diskutere mulige løsninger, posisjonerer hun seg med sine arbeidsoppgaver som kvalitativt underlegen i forhold til legens arbeidshverdag.

Dette framgår bl.a. av begrepet hun velger for sitt møte med sin overordnede. I intervju med andre respondenter har disse brukt begrep som team- eller psykiatrimøte for sine fellesfora med leger og andre behandlere. Ut fra perspektivet til denne respondenten skjer samarbeidet med kommunelegen derimot på et legemøte. Respondenten er ikke lege. Hun er vernepleier og med betegnelsen hun har valgt gjør hun det tydelig at hun med sin yrkesbakgrunn forstår seg som et faglig underordnet supplement på denne fellesarenaen. Med sin formulering inntar respondenten altså en subjektposisjon i en diskursiv referanseramme der hun vurderer intensiteten til sin egen og legens arbeid i forhold til legefaglige premisser.

Som bakkebyråkrat er hun er vel så travelt opptatt med sine egne oppgaver – først og fremst med å levere et mest mulig tilfredsstillende tjenestetilbud til pasientene hun følger opp. Men med sin formulering fratar hun seg langt på vei muligheten til å gå inn for det hun formulerer som mest ønskelig: at legene ordner opp seg imellom slik at hun og hennes samarbeidspartner blant bakkebyråkratene i tredjelinjen kan legge forholdene best mulig til rette for pasienten. I hennes beskrivelse i § 8 nekter kommunelegen både selv å gå inn i en dialog med legen i tredjelinjen, og hun nekter også respondenten å handle på eget initiativ:

Og om jeg sier til <kommunelege> at hun bør gi beskjed til <overlege på akuttposten>, så sier hun at nei, da får <overlege på akuttposten> ta kontakt med meg. .. Hvis hun mener at kommunen skal gjøre det så får <overlege på akuttposten> ta kontakt med meg.

I den underlegne posisjonen som respondenten definerer for seg selv, må hun derfor leve med den utilfredsstillende situasjonen hvis ikke hun vil sette sitt endelige mål i fare: å legge forholdene etter beste evne til rette for pasienten. Respondentens handlingsvalg er bestemt av den subjektposisjonen hun beskriver for seg selv: som "*buffer*" mellom legene. Hun plasserer seg dermed som svarteper i et profesjonelt hierarki ikke bare i forhold til sin egen foresatte i kommunen, men i forhold til gruppen av leger generelt.

Jeg vil gi et annet eksempel der den grunnleggende forskjellige strukturen for arbeidshverdagen til de to gruppene i psykisk helsevern og psykisk helsearbeid blir synlig. Dette utdraget er fra et senere intervju med samme respondent der hun beskriver hvordan bakkebyråkratene på tvers av linjenivåene tar utgangspunkt i en felles problemforståelse, uten å oppholde seg videre med en avgrensning av egne ansvars- eller myndighetsforhold:

Når jeg fulgte 15 til <akuttpost>, da sier <kontaktperson på akuttposten>: Kan DU ringe heim og be om å få sendt en bag med klær til 15? For 15 dro . uten at <mor> visste om det . til <akuttpost>. Nabo-en kjørte 15 ned til meg, og 15 sa først: jeg er syk, jeg vil inn på <tredjelinjen>. Og jeg tør ikke være heime med alt dette her. .. Så mor og far fikk jo bare gitt beskjed utenfor helsesentret at 15 ønsker tilbake til <tredjelinjen>, og vi blir å kjøre med han nå. Han er for syk til å være heime. Og <mor> godtok den helt uten videre, men hun hadde ikke villet høre på <kontaktperson på akuttposten>, hun ville ikke sende noen klær til 15. .. Altså 15 reiste uten toalettmappe, uten klesskift. .. Så den telefonen måtte da jeg ta ifra <tredjelinjen> og heim og prate med faren da. Så sa jeg: Jeg kan ordne med drosjesjåfør, bare dere leverer en bag på drosjesentralen og så tar de den med til <tredjelinjen>, til 15. Ingen problem, sa <far>, vi skal ordne det der. Så .. da ba <kontaktperson på akuttposten> meg om å ringe, fordi at kanskje de hørte mer på meg enn på <kontaktperson på akuttposten>. Men da var de sint på <kontaktperson på akuttposten>, på en måte, fordi at hun har mast så mye om 15, om å få penger og .. alt dette her. .. Det er det jeg sier - både jeg og <kontaktperson på akuttposten> - jeg tror vi ønsker å strekke oss langt for å gjøre det vi KAN. Men vi blir litt sånn hemma og stoppa når . overlegen på <akuttpost> sier at nei, <kontaktperson på akuttposten>, dette skal ikke du gjøre, det er det <kontaktperson i kommune> eller de heime i kommunen som skal gjøre. Og så sier min overordna her at nei, det der er ikke vårt ansvar. Det skal de ta på <akuttpost>.

Denne måten å organisere samarbeidet med andre vil jeg framheve som et eksempel på bakkebyråkratenes samtalebaserte arbeidshverdag. Praktisk-organisatoriske spørsmål som disse kommer ofte uventet opp og er derfor i liten grad planbare. De passer heller ikke inn i strukturen til en arbeidshverdag preget av korte, tidsavgrensede konsultasjoner, og like korte møter der beskjeder blir utvekslet uten at det er anledning for diskusjoner slik respondenten tidligere har beskrevet sin kontakt med kommunelegen.

I respondentens framstilling klarer bakkebyråkratene i dette eksemplet å komme til en ad hoc arbeidsfordeling. Istedenfor å skyve ansvaret fram og tilbake, setter de pasientens be-

hov som utgangspunkt for en fordeling av hvem som gjør hva. Selv om pasienten nå er formelt innlagt, og selv om tredjelinjen nå har et formelt ansvar for å sørge for at pasienten har det han trenger, blir bakkebyråkratene raskt enige om at det er lite formålstjenlig når kontaktpersonen i tredjelinjen skal ta telefonen til familien mens konflikten ulmer. Forholdet til pasientens pårørende er spent, og problemet er lettere å løse når pasientens kontaktperson i kommunen ringer. Bakkebyråkratene i dette eksemplet benytter seg av sitt handlingsrom og ”*ønsker å strekke seg langt*”. Men i denne pasientkarrieren har samarbeidet endt i en ufruktbar revirkning når legene blander seg inn.

Det interessante i respondentens framstilling er at hun ikke begrunner legenes autoritative stilling med deres medisinfaglige ekspertise, men med utgangspunkt i et organisatorisk hierarki. Den faglige kompetansen for slike organisatoriske spørsmål er like mye eller like lite utpreget hos leger som hos bakkebyråkratene. Men når bakkebyråkratenes arbeid måles på legefaglige premisser, framstår deres arbeid som kvalitativt underordnet. De må utføre sin jobb med å holde den fortløpende kontakten til pasienten, og med å legge forholdene til rette under nærmest umulige forhold. Også presset fra pasientens pårørende når arbeidet med å skaffe en verge for pasienten kommer i gang, er et press som retter seg først og fremst mot bakkebyråkratene. Legene som er involvert i samarbeidsforholdet har lite med saken å gjøre. Uansett utfallet for den konkrete avgjørelsen i forhold til en økonomisk verge, har samarbeidskarrieren erfart et vendepunkt der bakkebyråkratene må innta en posisjon som svarteper i et legefaglig dominert profesjonelt hierarki.

I eksemplet her ender bakkebyråkratene altså opp med svarteperen i et samarbeidsforhold dominert av organisatoriske føringer som er satt av leger på begge linjenivå.

Jeg vil nå gå over til å betrakte en variasjon av denne posisjonen som svarteper mellom profesjonene, og se på konsekvensene som denne plasseringen har for utviklingen av en profesjonell identitet.

8.4.3.3 "Når det ikke er psykiatri, hvorfor skal jeg da inn?"

I det forrige eksemplet har bakkebyråkratene både fra tredje- og førstelinjetjenesten erfart en begrensning av sitt arbeid gjennom sitt avhengighetsforhold til andre i et faglig hierarki. Selv om begge har plassert seg med sin retorikk i en ganske handlingslammet posisjon som faglig svarteper, var begge likevel inkludert i planlegging og gjennomføring av et sammensatt tjenestetilbud.

Det andre tilfellet jeg vil trekke fram for å beskrive denne posisjonen som faglig svarteper, handler om en respondent som ender både som faglig og organisatorisk siste-instans. I dette eksemplet opplever bakkebyråkraten imidlertid at hun blir ekskludert som del av et sammensatt tjenestetilbud i psykisk helsevern og psykisk helsearbeid. I det følgende utdraget fra et intervju forsøker respondenten nå å konstruere en meningsfull versjon av sin faglige kompetanse i et profesjonelt hierarki i psykisk helsevern og psykisk helsearbeid, som egentlig ikke har plass for henne.

1. R: Det er ikke så veldig lenge siden .. jeg var på hjemmebesøk hos han, og han var veldig urolig. Det var ikke så lenge siden han hadde vært på <tredjelinje> og . han hadde bl.a. da fått beskjed av den legen der at han kunne ringe henne. Sånn at han fikk låne min telefon og ringte da og fikk pratet litt med henne. Og han fortalte at jeg var til stede, og sånn fikk jeg snakke med henne også, hvor jeg ga uttrykk for at jeg syntes han <...> var svært urolig og hadde behov for . for hjelp da. Og så sier hun at jeg skulle ta kontakt med DPS der og da, for det var jo nærmest i forhold til kommunen. Og at det kanskje etter hvert ville bli DPS sitt ansvar i forhold til tredjelinjetjenesten da, at de overtok mer ansvaret for han. Og det gjorde jeg jo også, og <...> fikk snakke da med lege på DPS, hvor hun var veldig motstand mot å ta han inn, nettopp av den grunn at hun så at det ikke var så mye psykiatri. Det var mer psykisk utviklingshemming. .. Men jeg vet ikke, jeg sa jo det at jeg syns jo det at MINE observasjoner var jo litt .. litt mer nyansert, for jeg syns jo hans uttrykk overfor oss og de som han hadde rundt seg, var veldig sånn, ja, på en måte utagerende og aggresjon og .. mange var redd han. Og han har jo også vært medisinert med .. sterke - sterke psykofarmaka også.
2. I: Har du følelsen av at du ikke blir trodd på det du sier? ..
3. R: Ja altså, jeg .. jeg vet ikke hva jeg skal si til det. Jeg har en følelse av <...> at det er veldig sterk avgrensning, for jeg må si at som sykepleier med videreutdanning i psykisk helsearbeid - altså det er personer som har sammensatte problemer, altså skal vi i psykiatrien stille oss så .. på sidelinjen og si at nei, her er det en psykisk utviklingshemming i bunnen, så da har ikke vi noe med det å gjøre? Og jeg må si at ut ifra .. der som JEG befinner meg i dag, så ropes det jo på min hjelp, altså, i forhold til atferdsproblemer <...> enten det er PU-bakgrunn eller psykiatri eller andre . kriser. Altså mennesker i krise, kan man jo si. .. Ja. . Sånn at .. jeg ser ikke det at vi kan, i hvert fall her hos oss, klare å skille så veldig godt imellom.

Sykepleier med videreutdanning i psykisk helsearbeid, første linje.

Respondenten starter i § 1 med en beskrivelse av et samarbeidsforhold som inkluderer alle tre linjenivå. Under et hjemmebesøk møter hun en urolig pasient og både hun og pasienten blir enige om at han bør innlegges. Respondenten forteller også om en avtale de har med

legen i tredjelinjen for slike tilfeller. Denne viser forståelse for situasjonen, men oppfordrer til å ta kontakt med DPSet – det er nærmere og har en egnet organisatorisk ramme med et adekvat faglig tilbud. På DPSet møter respondenten imidlertid motstand – ikke på grunn av en organisatorisk, men en faglig uoverensstemmelse. Psykiateren på DPSet hevder at pasienten sliter med andre enn psykiatriske problemer: ”hun så at det ikke var så mye psykiatri”.

Respondenten har tre argumenter mot denne tolkningen. For det første et argument som hun begrunner med sin nærhet til pasienten: ”MINE observasjoner var jo litt .. litt mer nyantert”. Mens psykiateren i respondentens framstilling altså bare kan bygge sin vurdering på et lite utklipp av observasjoner i forhold til pasientens sammensatte problematikk, har hun et mer mangfoldig bilde for sin vurdering.

For det andre har respondenten en annen faglig begrunnelse for sin vurdering enn psykiateren. Respondenten ordlegger seg i en ”psykiatrisk” sjargong: ”hans uttrykk overfor oss og de som han hadde rundt seg, var veldig sånn, ja, på en måte utagerende og aggresjon”. I hennes beskrivelse er pasienten ikke ”voldelig” men ”utagerende”, og han viser ikke ”sinne” men ”aggresjon”. Med dette ordvalget bruker hun aktivt sin faglighet som sykepleier med videreutdanning i psykisk helsearbeid og setter den opp mot legens faglighet som psykiater.

For det tredje møter hun psykiateren på psykiaterens egne, medisinske premisser: ”Og han har jo også vært medisinert med .. sterke - sterke psykofarmaka også”. Når pasienten ikke er psykisk syk, men utviklingshemmet – hvorfor har da legen (enten det var denne psykiateren eller en av kollegaene) ordinert antipsykotisk medisin?

Det er tydelig at respondenten i denne framstillingen argumenterer som en del av ”psykiatrien”. I § 3 fortsetter hun med sin konstruksjon av en felles profesjonell identitet med sine samarbeidspartnere i spesialisthelsetjenesten: ”jeg må si som sykepleier med videreutdanning i psykisk helsearbeid”. Men hun gjør det ut fra en arbeidshverdag der hun må forholde seg til uklare og sammensatte problemstillinger hos dem hun følger opp. Psykiateren står imidlertid på sitt – diagnoser bør tross alt være entydige og psykiateren er spesialist bare for en del av helseproblemene, også når disse er sammensatt. Nå blir konflikten mellom psykiaterens forståelse av ”psykiatri” og respondentens forsøk på å inkludere seg selv i en ”psy-

kiatrisk” identitet mer tydelig. Psykiaterens logikk er ikke tilstrekkelig for respondentens arbeidshverdag: ”skal vi i psykiatrien stille oss så .. på sidelinjen” fordi en problematikk er sammensatt?

Hun lykkes ikke med sitt forsøk på å konstruere en felles faglig ”psykiatrisk” identitet. En profesjonell identitet som del av ”psykiatrien” med et klart avgrenset oppgaveområde, passer ikke overens med det respondenten opplever i sin arbeidshverdag. Hun blir tilkalt i krisesituasjoner uten at disse kan avgrenses klart: ”jeg ser ikke det at vi kan, i hvert fall her hos oss, klare å skille så veldig godt imellom.” Men ”oss” er i dette tilfellet ikke lenger ”psykiatri”. Den kollektive identiteten som respondenten konstruerer for ”oss”, inkluderer i dette tilfellet kollegaene i den kommunale helse- og omsorgstjenesten.

Jeg har i kapittel 8.1 introdusert Laclaus idé om identitet som en praktisk umulighet. I lys av denne forståelsen kan respondentens retoriske forhandling av sin profesjonelle identitet betraktes som et produkt av en stadig tilbakevikende forståelseshorisont. Denne unndrar seg respondentens forsøk på å inkludere seg selv i en universell identitet. Som del av ”psykiatrien”. Respondentens partikulære identitet blir derfor skjøvet utenfor den forståelseshorisonten hun bruker i sin forklaring. Hun framstår i sin egen beretning som ekskludert fra ”psykiatrien”, og trenger derfor en annen diskursiv ramme for å konstruere en meningsfull identitet for seg selv og sitt arbeid.

Senere i intervjuet fortsetter respondenten med konstruksjonen av en egen profesjonell identitet. Først skildrer hun at hun til slutt klarte å overbevise psykiateren på DPSet. I denne omgang fikk pasienten altså plass på døgnavdelingen. Men i motsetning til psykiaterens løfte om et lengre opphold, ble pasienten utskrevet og sendt hjem allerede etter få dager. Umiddelbart etter gikk pasienten til angrep på en nabo og ble tvangsinnlagt på akuttposten i tredjelinjen:

1. R: Og der ble han utskrevet med medisiner som - så han var sterkt medisinpåvirka og .. hjemme-sykepleien, hun som var leder der, hun kom jo til meg og sa at . jeg skjønner ingen ting, sa hun, for at hvordan kan de på <tredjelinje> og på DPS si at han ikke er psykiatrisk pasient, og så medisinere han så sterk.
2. I: Du sa at både på de på DPS og på <tredjelinje> sier at det ikke er noe psykiatrisk problemstilling. <...> Har du fått den samme tilbakemeldingen fra <tredjelinje> også, som du fikk fra DPSet?

3. R: Ja, på <tredjelinje> sa hun vel ikke rett ut at det - det har vi jo tidligere fått tilbakemeldinger at han har vært der oppe, at de har ikke funnet noen sånn sikker .. psykiatrisk diagnose på han. Og at det kanskje var mer sånn ... at han hadde lært seg - sånn tillært atferd, med dette med å høre stemmer.

Sykepleier med videreutdanning i psykisk helsearbeid, første linje.

I § 1 tar respondenten en gang til opp en logisk brist i argumentasjonen til spesialisthelsetjenesten: Hvorfor skal et menneske som ifølge ekspertenes vurdering ikke er en psykiatrisk pasient, bli sterkt medisinert med antipsykotiske medikamenter? Med dette uttrykker hun en ganske kritisk holdning til spesialisthelsetjenesten og også til en felles identitet som del av ”psykiatrien”. I § 3 antyder hun senere et ytterligere dilemma for seg selv i forhold til denne identiteten: Psykiaterne i andre- og tredjelinjetjenesten ekskluderer pasienten fordi de ikke har ”funnet noen sånn sikker .. psykiatrisk diagnose på han”. For respondenten, som også vil definere seg inn under en felles psykiatrisk identitet, er dette ikke mulig. Pasienten ender opp hos henne uansett om respondenten kan støtte seg på en diagnostisk vurdering eller ikke. Men hun må takle dette uten samarbeidspartnerne i spesialisthelsetjenesten. Dette utløser en frustrasjon hos respondenten som hun velger å formulere i et brev til DPS.

Jeg syntes jeg måtte <...> gi uttrykk for litt av mine frustrasjoner i forhold til hva med .. hva med MEG, altså? Hvorfor skal jeg som sykepleier med videreutdanning i psykisk helsearbeid være innblanda i noe som egentlig ikke er psykiatri?

Respondenten viser nå en tydelig usikkerhet i forhold til sin egen profesjonelle identitet. På den ene siden oppfatter hun seg som del av ”psykiatrien”, men på den andre klarer ikke hun å inkludere seg selv på de premissene hun får formidlet fra psykiaterne.

Denne usikkerheten begrunner respondenten ikke bare ut fra denne ene spesielle pasientkarrieren. Også i et senere intervju og i forhold til en annen pasient beskriver hun en situasjon der spesialisthelsetjenesten har ekskludert den kommunale enheten for psykisk helsearbeid fra en identitet som del av psykiatrien.

Men så sier de <...> på DPS at de har vurdert han sånn og sånn at han trenger ikke noe. Han trenger pleie og omsorg. Vi blir nå i hvert fall veldig redd, for å si det sånn. For, vi har jo erfaring fra førstelinjetjenesten. I hvert fall har nå jeg det at, man sitter nå veldig ofte som - ja, hva er det de sier: Man sitter som svarteper. Altså, vi sitter her og plutselig, så har en masse <...> VELDIG syke mennesker som vi skal ta hånd om. Og, ja, ja, BOLIGER har vi jo kunnet etter hvert skaffe de aller fleste. Men, et dagtilbud, støttekontakt, altså det å tenke på at, at .. disse her menneskene trenger noe mer enn tak over hodet? Og hva slags hjelpere skal inn hvis de er redd for å gå inn til pasienten og sånn? .. Og det vet vi, at det har vi jo ikke i dag. Det var jo han 11 et klassisk eksempel på at vi ikke hadde. Vi hadde ikke det! Det får - hjemmesykepleien, de var redd. De nektet å gå inn til han <...> når han begynte å bli aggressiv og .. og truendes.

Dette er langt fra en beskrivelse av et godt samarbeidsforhold. Respondenten bruker en metafor for å beskrive arbeidssituasjonen i førstelinjetjenesten: de ”sitter som svarteper” i et

sammensatt tjenestetilbud. Dette begrepet fra denne beskrivelsen har jeg valgt som overskrift for min diskusjon om en faglig og organisatorisk siste-instans i psykisk helsevern og psykisk helsearbeid.

I respondentens perspektiv framstår hun sammen med sine kolleger i kommunehelsetjenesten som faglig overlastet og ”redd” menneskene som de skal gi et forsvarlig tilbud til. Med sin beskrivelse av kommunehelsetjenesten som oppsamlingsplass ikke bare for syke, men for ”VELDIG syke mennesker” retter hun også en implisitt forventning til spesialisthelsetjenesten. Det ettertrykkelige ”VELDIG” er en tydelig appell –veldig syke mennesker er det andre enn førstelinjetjenesten som må ta ansvar for. Om de ikke bør ha sitt permanente oppholdssted på sykehusene, gjør hun det tydelig at hun i det minste forventer et samarbeid der spesialisthelsetjenesten viser et medansvar.

Det hun får, er imidlertid det motsatte: veldig syke pasienter med et umiddelbart behov for oppfølging, og ingen hjelp fra organisatorisk overordnede og faglig mer kompetente tjenester. Heller ikke får hun støtte fra andre profesjoner. Med dette må respondenten langt på vei ta avskjed fra sin identitet som del av ”psykiatrien”. Hun posisjonerer seg derimot med en ny identitet som del av kommunehelsetjenesten, og som maktesløs siste-instans i tjenestetilbudet – som svarteper.

Samarbeidskarrieren fortsetter i det første tilfellet videre som et samarbeid mellom forskjellige kommunale enheter. I utgangspunktet har respondenten jobbet sammen med den yrkesgruppen som representerer toppen i et psykiatrisk yrkeshierarki; nemlig psykiaterne. Disse har nå lyktes med på et faglig grunnlag å ekskludere to av pasientene som respondenten er ansvarlig for fra ”psykiatrien”. I det første eksemplet har psykiateren argumentert med at pasienten ikke representerte en primær psykiatrisk problemstilling. I det andre eksemplet har psykiaterne på DPS vurdert at pasienten har behov for pleie og omsorg – oppgaver altså som bør utføres i kommunen.

Men denne faglige begrunnelsen, er ikke like tilgjengelig for bakkebyråkrater i førstelinjetjenesten som for leger, psykologer og også bakkebyråkrater i spesialisthelsetjenesten. Respondenten i dette eksemplet er riktignok sykepleier med videreutdanning i psykisk helsearbeid. Men denne fagligheten gir ingen tilstrekkelig begrunnelse for å holde seg unna oppfølgingen av pasienten. I dette tilfellet er det rett og slett ingen andre igjen som kunne over-

ta. Respondenten er helsevesenets siste ledd. I det siste intervjuet ett år etter at undersøkelsen startet, oppsummerer denne respondenten i førstelinjetjenesten samarbeidskarrieren på den følgende måten.

Men jeg føler jo det at man trenger vel å komme i en posisjon hvor liksom ting går en naturlig vei, ikke sant, og, og, ja, hvor man kan plassere ansvaret og, og ikke bare hele tida <...> føler det at man står liksom her på laveste mulige nivå, og <...> uten å bli sett.

I respondentens retorikk i dette utdraget finnes det en ”naturlig” og derfor også en ”unaturlig” vei samarbeidet kan gå. Det er en ”unaturlig” tilstand at ingen i spesialisthelsetjenesten tar ansvar. Heller ikke hun tar ansvaret fordi det er ”naturlig”. Hun tar ansvaret fordi ingen andre er der. Respondenten plasserer seg selv på det laveste nivået i et helsefaglig tilbud. Men dette laveste nivået er ikke det laveste nivået som LEON-prinsippet legger opp til: det laveste *effektive* omsorgsnivået. Slik respondenten posisjonerer seg i et profesjonelt hierarki, er de tjenester hun er i stand til å levere både på et lavt og på et usynlig nivå – hun føler ”at man står liksom her på laveste mulige nivå, og <...> uten å bli sett”. Det samme gjelder for pasienten. Også denne har blitt usynlig for spesialisthelsetjenesten, og dermed forsvinner også spesialisthelsetjenestens perspektiv på behovet for behandlingen de skal gi i de tilfellene der et effektivt omsorgstilbud ikke kan leveres i kommunen. Som laveste ledd i et omsorgshierarki er respondenten nødt til å innta en subjektposisjon som profesjonell svar-teper, og å organisere det jeg har beskrevet tidligere – en passiv, ensom og usynlig oppbevaring.

8.4.3.4 Sammenfatning

Jeg har i kapittel 4 avgrenset bakkebyråkrater fra gruppen av behandlere. I eksemplene jeg har diskutert i dette underkapitlet ender bakkebyråkratene i en svært maktesløs og handlingslammet situasjon som faglig siste-instans. Ut fra perspektivet til bakkebyråkratene står behandlerne i et relativt perifert forhold til pasientene. Likevel har de sistnevnte i disse tilfellene nærmest tatt seg til rette. Jeg har diskutert to eksempler for dette. I det første har behandlerne nektet bakkebyråkratene et eget engasjementet i forhold til pasienten, samtidig som de har pålagt bakkebyråkratene den daglige sosialfaglige oppfølgingen. I det andre eksemplet har behandlerne i spesialisthelsetjenesten systematisk utdefinert pasienter fra sitt ansvarsområde, med det som følge at bakkebyråkraten i det kommunale psykiske helsearbeidet har funnet seg selv igjen i en faglig isolert og handlingslammet posisjon der hun er

ansvarlig for pasienter med et overhengende behov for faglig sammensatte og velkoordinerte tjenester.

I begge eksempler framstår bakkebyråkratene som handikappet i utformingen av et sammenhengende tjenestetilbud, fordi de er bundet inn i et profesjonshierarki der oppfølging av pasientene er begrenset gjennom organisatoriske rammer de får satt fra sine overordnede. De overordnede er ofte rekruttert fra andre yrkesgrupper, særlig leger. Problematisk er dette hierarkiet i de tilfellene der samarbeid med andre instanser berører den fortløpende sosial- og omsorgsfaglige, og ikke den medisinfaglige oppfølgingen av pasienter. I de eksemplene jeg har diskutert her, ender bakkebyråkratene opp i en handlingslammet posisjon som yrkesfaglig svarteper der de verken kan videreformidle pasienten til andre hjelpeinstanser, eller levere et faglig forsvarlig tilbud innefor de egne organisatoriske rammene.

8.4.4 Svarteper i psykisk helsevern – en oppsummering

Jeg har i dette kapitlet brukt eksempler der et bestemt vendepunkt har kommet tydelig fram: eksempler der pasienter ender opp med et tjenestetilbud levert fra en organisatorisk og faglig siste-instans. Denne posisjonen som svarteper er svært fjern fra de helsepolitiske målsettinger og idealbeskrivelser for samarbeid i psykisk helsevern og psykisk helsearbeid. Derfor bør de unngås så langt på vei som mulig.

På bakgrunn av eksemplene jeg har diskutert i dette underkapitlet vil jeg i et organisatorisk, helsepolitisk perspektiv først og fremst stille et krav til andrelinjetjenesten og intermediæravdelingene i tredjelinjetjenesten. Disse må gi fra seg en god del av sin organisatoriske handlingsautonomi til fordel for akuttposter og kommuner. De må strekke seg mye lengre for å ta imot pasienter fra akuttpostene som enten ikke profiterer av et lengre opphold der, eller som trenger mer enn den regelmessige, men begrensede oppfølging de kan få i kommunen. DPSene som har hatt mest nytte av midlene fra Opptrappingsplanen, må sammen med intermediæravdelingene bli langt mer kalkulerbare størrelser for en i mange tilfeller svært sårbar kommunehelsetjeneste. Situasjoner der for eksempel sengeposter har redusert sin drift ut fra organisasjonsinterne hensyn, må med hensyn til denne belastete kommunale situasjonen i psykisk helsearbeid søkes unngått. Det samme gjelder for tilbudet i dagavde-

linger og poliklinikker. Også de må i langt større grad forstå seg selv som del av et sammenhengende tjenestetilbud istedenfor som organisatorisk autonome enheter. For spesialisthelsetjenesten som helhet vil jeg argumentere at de organisatoriske enhetene der må vise et større ansvar for å bidra med kanskje utilstrekkelige og ikke i alle tilfeller like virksomme behandlingstilbud, for å gi kommunehelsetjenesten mulighet til å bygge opp et aktivt og aktiverende omsorgstilbud istedenfor en passiv, institusjonsliknende oppbevaring. Kommunene kan ikke ende opp som mottakere av pasienter i enhver situasjon, og institusjonene i andre- og tredjelinjetjenesten kan ikke fritta seg fra et ansvar for å ta høyde for situasjonen på hjemplassen.

Når det gjelder forholdet mellom yrkesgruppene, har respondentene i de brukte eksemplene beskrevet seg selv i en ganske håpløs situasjon. Enten har de oppfattet seg som en maktesløs brikke i spillet mellom kommune- og sykehuslegene. Bakkebyråkratenes egen planlegging og samarbeidsvilje, som de har utviklet ut fra en egen faglig begrunnet holdning, bukket i disse eksemplene under for legenes revirkriker. Eller de har presentert seg som passive aktører i en svært ubehagelig posisjon som en faglig usynlig siste-instans der de er overlatt til seg selv med sine forsøk på å organisere en noenlunde forsvarlig oppbevaring av en pasient som spesialisthelsetjenesten har skjøvet fra seg.

Tilbudet i psykisk helsevern og psykisk helsearbeid er i en omfattende strukturell endringsprosess. I en slik prosess skjer det neppe frivillig at en yrkesgruppe gir fra seg en del av sin profesjonsmakt til fordel for en annen. For å gjøre arbeidet som organisatoriske og faglige siste-instans i psykisk helsevern og psykisk helsearbeid både synlig og verdsatt kommer bakkebyråkraterne i kommunene, men også i institusjonene, ikke utenom å utvikle en egen faglig identitet utenfor et medisinsk, legefaglig dominert yrkeshierarki. Jeg skal i kapitlene 9 og 10 gå over til en betraktning av ulike diskursive referanserammer, og vise at bakkebyråkrater delvis har løst seg fra en identitetskonstruksjon i medisinskfaglige diskursive termer i sin retorikk.

Et lege- og psykiatrifaglig dominert hierarki preger ikke bare forholdet mellom yrkesgruppene, men også mellom linjenivåene. I noen tilfeller er dette hierarkiske forholdet årsak til et annet vendepunkt i samarbeidskarrierene; når samarbeidspartnerne enten gjør krav på

eller tilskriver andre en tvilsom status som ekspert. Dette vendepunktet vil jeg undersøke i det følgende kapitlet.

8.5 Spesialist i hva?

8.5.1 Innledning

I den organisatoriske beskrivelsen av tjenestetilbudet i psykisk helsevern og psykisk helsearbeid har jeg i kapittel 2.1 framhevet de kommunale tjenestene som den første, brede og uspesifikke kontaktflaten for pasienter. På den andre siden skal DPSene og sentralsykehuse- sene ta seg av utredning og behandling av spesifikke behov. Dette hierarkiske forhold mellom allmenn- og spesialisthelsetjeneste er imidlertid en realitet med mange fasetter. I dette kapitlet vil jeg beskrive hvordan et perspektiv på spesialisthelsetjenesten som sammensatt av eksperter, kan virke som et vendepunkt for samarbeidet på tvers av linjenivåene. For å synliggjøre det kritiske potensialet som vendepunkt i samarbeidet mellom de organisatoriske linjenivåene, undersøker jeg to eksempler der en slik ekspertstatus først blir beskrevet med utgangspunkt i en bakkebyråkrat i kommunehelsetjenesten sitt perspektiv, og deretter med utgangspunkt i perspektivet fra en respondent fra spesialisthelsetjenesten.

8.5.2 Ekspertstatus gjennom nærhet til faglig hierarki

Det følgende utdraget fra et intervju beskriver samarbeidet omkring en pasient med en mangeårig depresjon. Ifølge respondenten er pasienten, pasientens kontaktperson i kommunen og samarbeidspartnere i spesialisthelsetjenestens andre og tredje linje enige seg i mellom at denne depresjonen er begrunnet i dårlige boforhold og et problematisk ekteskap. Pasienten hadde for noen år tilbake kjøpt et hus med omfattende muggskader. Mens han oppfattet dette kjøpet som årsak til en eksistensiell økonomisk trussel, er de delaktige samarbeidspartnerne på de tre linjenivåene uenige om konsekvensene dette huskjøpet har for pasientens økonomiske status. I hjemkommunen var det satt i gang ulike tiltak. Blant annet hadde de undersøkt muligheten for å heve og refinansiere kjøpet m.m. Pasientens ektefelle

med et barn fra et tidligere samboerskap har i tråd med et barnevernstiltak flyttet inn i en kommunal leilighet, fordi pasientens tilstand påvirket barnets sosiale evne til å omgås andre. Til tross for forsøkene på å ordne opp i økonomien har pasientens tilstand forverret seg fortløpende. Respondenten og pasientens fastlege hadde nå søkt pasienten inn til tredjelinjen med en konkret bestilling av elektrosjokkbehandling (ECT). Resultatet av denne søknaden er beskrevet i den følgende sekvensen:

1. R: Ja, er det noe sånn .. som det blir behov for, så blir det jo det. Jeg ser ikke - jeg ser ikke noen lysning for han, sånn umiddelbart. .. Vi søkte han jo inn til <tredjelinje> for å - med tanke på elektrokonvertering da. <...> Heter det vel ECT-behandling. .. Ja, det er sånn elektrobehandling da, mot depresjon. .. Og .. etter at han kom dit da for å få den vurderinga, så ble jeg oppringt av avdelingslederen der, som mente det at hans problemer bunnet i de dårlige boforholdene heime. .. Og ferdig med det. Og da ble jeg litt paff. <...> Men jeg kjente jo avdelingslederen. Vi hadde jo gått på videreutdanning ilag, og jeg .. skjønte ikke riktig det der. For min erfaring med 7 er at .. når han får ETT problem lagt bak seg, så dukker det opp et nytt problem. Og jeg innbiller meg at problemene som han beskriver, det er knagger han henger sine .. sine depresjoner på. En indre faktor som .. som gjør at sjølbildet på en måte ivaretas.
2. I: Ja, nå er det DU som har opplevd han i - altså i hvert fall over et par år. Du har opplevd han sånn som du sier nå, at så snart det ene er vekk så kommer det neste, som gjør livet like jævlig - føler du deg tatt på alvor av den sykepleieren der, som har møtt han i ei uke eller .. noen få dager? Som sier noe sånt?
3. R: Nei, jeg gjør ikke det. <...> Nei. Ikke i det tilfellet, nei. .. Nei. .. Men -
4. I: Mhm. . Hva gjør du da, er det bare å trekke opp skuldrene og si ja, ja? <...> Har du ikke et pressmiddel å legge bak?
5. R: Jeg har ikke noe pressmiddel å legge bak. <...> Jeg har ikke det. <...> De sitter <...> med kunnskapene, føler jeg. Det er de som sitter med kunnskapene, de sitter med .. med ressursene innenfor psykiatrien. De ... trenger jo - Et avdeling på <tredjelinje> innehar jo flere psykiatriske sykepleierstillinger, de har overlege som er spesialist på dette her. .. De har .. - Altså det tar dem et øyeblikk å gjøre en blodscreening av en pasient og finne ut .. hvilken blodspeil han er og .. hvordan behandling burde være gunstig for denne pasienten. Det er sånne ting som de .. gjør kjapt unna. Altså, de sitter med kompetansen. ..
6. I: Føler du deg alene? .. Og forlatt?
7. R: Ja, ikke forlatt, men .. på en måte så blir man jo en junior .. i et seniormiljø.

Sykepleier med videreutdanning i psykisk helsearbeid, første linje.

Interessant i respondentens redegjørelse for hendelsesforløpet er for det første beskrivelsen av avdelingslederen på sentralsykehuset. Respondenten oppfatter i § 1 tydeligvis vurderingen til sykepleieren i tredjelinjetjenesten som mer autoritativ enn sin egen:

Og .. etter at han kom dit da for å få den vurderinga, så ble jeg oppringt av avdelingslederen der, som mente det at hans problemer bunnet i de dårlige boforholdene heime.

Selvfølgelig har respondenten hatt et bedre observasjonsgrunnlag over lang tid gjennom sin kontinuerlige kontakt med pasienten. Denne observasjonen var ikke minst grunnen til å søke pasienten inn til spesialisthelsetjenesten. Observasjonene har imidlertid ført til ulike vurderinger. Respondenten kan, etter at flere ulike tiltak ikke har ført fram, ikke lenger se

pasientens økonomiske problem som årsak for den dype depresjonen. Observasjonen i tredjelinjens akuttpost er langt spinklere. Likevel ser de bort fra respondentens virkelighetsfortolkning – denne blir i praksis tilsidesatt.

Respondenten beskriver sin reaksjon i § 1 forholdsvis bagatelliserende med: ”*da ble jeg litt paff*”. Hun forteller meg om tolkningen som hun har gitt overfor akuttpostens avdelingsleder. Men interessant nok avstår hun fra en vurdering av de ulike virkelighetstolkningene i kommune- og spesialisthelsetjenesten.

I § 2 formidler jeg tydelig mine sympatier for respondenten. I det ettertrykkelige ”DU” ligger det en hierarkisering av vurderingskompetansen for pasientens situasjon: Jeg presenterer ikke den formell-faglige kompetansen, men intensiteten og varighet av kontakten med pasienten som det avgjørende elementet for en best treffende tolkning av situasjonen, og for en vurdering av det best egnete hjelpetiltaket. I min formulering ”*sånn som du sier nå*” forsøker jeg å skape en allianse med respondenten før jeg følger opp med et konkret spørsmål; om respondenten føler seg tatt på alvor i samarbeidet med tredjelinjen. Respondenten bekrefter denne alliansen i § 3, men presiserer likevel at denne alliansen med min kategorisering er situasjonsspesifikk. Den gjelder for denne situasjonen, men den er ikke generaliserbar i forhold til hennes relasjon til tredjelinjen: ”*Nei. Ikke i det tilfellet, nei. .. Nei.*”

I ordvekslingen i §§ 4 til 5 presenterer respondenten seg som hierarkisk underordnet, og den introduserte kategoriseringen av kontakttetthet og –varighet som kvalitetskriterier for en vurdering av hva som er de riktige tiltakene for å hjelpe pasienten, blir holdt utenfor.

I § 5 gir respondenten en begrunnelse for dette. Hun posisjonerer seg i en bestemt diskursiv referanseramme: På sentralsykehusene sitter de med kunnskapene og også – etter en tenk-pause – ”*med ressursene innenfor psykiatrien*”. Den følgende lange pausen indikerer at respondenten må bygge opp sin argumentasjon i selve intervjusituasjonen – både for meg som intervjuer og for seg selv. Så definerer hun hva hun mener med kunnskaper og ressurser i psykiatrien. Begge er knyttet til et profesjonelt hierarki i helsevesenet. Først nevner hun psykiatriske sykepleiere som hver avdeling på sentralsykehuset rår over. Men denne kompetansen har også respondenten. Hva gjør så psykiatriske sykepleiere på sentralsykehuset mer kompetente enn respondenten som sykepleier med videreutdanning i psykisk helsearbeid i kommunen?

I et kunnskapshierarki kommer psykiatriske sykepleiere først til sin rett som ressurser gjennom sin faglige kobling med en ”overlege som er spesialist på dette her”. Eksempler for ”dette her” – de kunnskapsressursene altså som for respondenten gjør den profesjonelle aktiviteten på sentralsykehusene faglig overlegen – blir også nevnt: Det er f.eks. ”blodscreening” og ”blodspeil”. Begge er tekniske, medisinfaglige hjelpemidler for å avgjøre ”hvordan behandling burde være gunstig for denne pasienten”. Respondenten presenterer behandling altså først og fremst som medisinsk behandling, og posisjonerer det faglig relevante kunnskapsbegrepet som forankret i en medisinsk diskursiv sammenheng.⁵⁰

Men verken ”blodscreening” eller ”blodspeil” bidrar til å finne ut om det foreligger en depresjon, om årsaken til denne, eller om mulige tiltak mot en depressiv lidelse. Disse vurderingene treffes på bakgrunn av samtaler, miljøterapeutiske observasjoner, eller relevante psykologiske tester. Det meste av disse grunnlagene for en vurdering er del av et faglig handlingsrepertoar som også respondenten benytter seg av i sitt daglige arbeid. Faktisk har respondenten et langt bedre vurderingsgrunnlag gjennom sin kontinuerlige kontakt med pasienten over mange år. Hva gjør da tredjelinjens observasjoner mer høyverdige?

For det første rangerer respondenten den fysiske nærheten til tekniske, medisinalfaglige ressurser høyere enn sine egne profesjonsspesifikke (og ”medisinalfjerne”) ressurser. Samtaleteknikker, observasjoner i forhold til funksjonsnivå, koordinering av et helhetlig tjenestetilbud – kort sagt, hele det sosialterapeutiske og pleiefaglige handlingsrepertoaret blir av respondenten rangert som mindre relevant enn tilgang til tekniske ressurser.

Forholdet mellom en teknisk-medisinsk og en pleiefaglig handlingsorientering er imidlertid bare et aspekt i respondentens konstruksjon av et hierarki mellom faglige ekspertiser. Hun konstruerer også et hierarki mellom en pleiefaglig ekspertise i spesialisthelsetjenesten og det kommunale psykiske helsearbeid.

⁵⁰ Dette resonnementet er sentralt i min argumentasjon i kapittel 10, og jeg kommer tilbake til muligheter og begrensninger for bakkebyråkratens faglige handlingsorientering når de beskriver en subjektposisjon i en behandlingsdiskurs.

8.5.3 Ekspertstatus gjennom faglig kollektiv

I det aktuelle eksemplet er respondenten ikke bare ganske ydmyk overfor den faglige vurderingen fra sin sykepleierkollega i spesialisthelsetjenesten fordi denne har et nært samarbeid med psykiaterne.

I § 5 begrunner respondenten hierarkiet også med et faglig nettverk mellom flere psykiatriske sykepleierstillinger: *"EI avdeling på <tredjelinje> innehar jo flere psykiatriske sykepleierstillinger"*. Gjennom respondentens ettertrykkelige *"EI avdeling"* gjør hun tydelig at ikke antallet i seg selv er avgjørende, men at disse sykepleierne som faglig kollektiv i den samme organisatoriske rammen har mulighet til å treffe bedre faglig kompetente avgjørelser enn hun er i stand til som den eneste psykiatriske sykepleier i hjemkommunen. Dermed konstruerer respondenten altså et organisatorisk hierarki med den kommunale førstelinjetjenesten lavest, og tredjelinjetjenesten høyest på rangstigen. Men hun plasserer den kollektive sykepleierfagligheten også som underordnet i et faglig hierarki. Dette blir forsterket i den andre delen av respondentens resonnement: *"de har overlege som er spesialist på dette her"*. Mens respondenten beskriver evnen til å treffe kompetente avgjørelser som avhengig av et kollektiv for sykepleiere med spesialisering i psykisk helsearbeid, er altså overlegen spesialist *"på dette her"* som individ. Først nå følger respondenten opp med sin forståelse og sin beskrivelse av hva *"psykiatri"* eller *"dette her"* er: nemlig kunnskap om og tilgang til de nevnte teknisk-medisin faglige (og i forbindelse med depresjoner ikke relevante) tjenester som *"blod-screening"* og *"blodspeil"*.

Respondenten har dermed plassert seg både på bunnen av et organisatorisk og et profesjonelt medisinsk hierarki slik det er beskrevet mange steder (Berg, 1987; Freidson, 1988; Larkin, 2002). Men i sin argumentative begrunnelse for dette hierarkiet, beskriver hun den relevante spesialistkompetansen med utgangspunkt i kunnskap om, og tilgang til teknisk-medisinske ressurser. Selv om disse i dette tilfellet er fullstendig irrelevante for behandlingen, konstruerer respondenten et bilde av *"spesialistene"* på sentralsykehuset. *"Spesialist"* er man altså ikke fordi man har relevant kunnskap, men fordi man sitter i den *"riktige"* institusjonelle omgivelsen som gir tilgang til tekniske ressurser. Spesialistkompetansen som respondenten beskriver, framstår dermed først og fremst som akuttavdelingens dørvokterfunksjon til ressurser i spesialisthelsetjenesten – ressurser som *"blod-screening"* og *"blod-*

speil”, men også til det respondenten innledningsvis har etterlyst: en nevromedisinsk ECT-behandling. Men denne blir ikke utført av akuttposten som pasienten var henvist til, og heller ikke av sentralsykehusets allmennpsykiatriske avdeling. Denne tjenesten leveres av helt andre organisatoriske enheter i tredjelinjetjenesten enn respondentens samarbeidspartnere.

Med dette profesjonelle og organisatoriske hierarkiet som bakgrunn, er respondentens resymé innlysende. Hun er skuffet over utfallet av samarbeidet, men hun føler seg likevel ikke alene om pasienten. Selv om det i praksis ikke har forandret seg noe som helst med pasienten eller pasientens omgivelse, er ansvaret for dette plassert på et høyere nivå i hierarkiet – et hierarki der respondenten utgjør ”en junior .. i et seniormiljø” (§ 7).

Men grunnlaget for denne avgjørelsen er verken forankret i en helsepolitisk målsetting om en helhetlig behandling for pasienten, og heller ikke i pasientens behov slik det er vurdert i samarbeid mellom pasienten, respondenten og pasientens fastlege. Nærhet til pasienten, kontaktintensiteten og kjennskap til pasientens livsomstendigheter er i den diskursive sammenhengen som respondenten konstruerer, sekundære i forhold til en heller skjør spesialiststatus i tredjelinjetjenesten. En slik status er først og fremst begrunnet i en organisatorisk plassering, og ikke i tjenestens kvalitet.

Ikke alle bakkebyråkrater i spesialisthelsetjenesten er like komfortable med å bli plassert i en posisjon som ekspert eller spesialist. Jeg vil i et kort eksempel vise til en observasjon i forhold til en skjør status som ekspert ut fra perspektivet til en bakkebyråkrat fra en døgnavdeling på et DPS.

I dette utdraget hadde jeg etterspurt et eksempel på et samarbeidsforhold som respondenten vurderer som dårlig. Eksemplet i dette intervjuutdraget tok utgangspunkt i karrieren til en pasient fra undersøkelsen. Denne pasienten har i en lengre periode hatt forholdsvis hyppige opphold på døgnavdelingen. Samarbeidspartnerne hadde i løpet av flere år ikke lyktes med å komme fram til en arbeidsfordeling eller en felles linje overfor pasienten.

1. R: Det som har gått galt helt ifra starten av, det er vel at pasienten ikke er spesielt motivert for noen av de tiltakene som vi har prøvd å sette i gang med. <...> Og de mener at <...> nå må han få være inne her, mens vi mener at han MÅ snart begynne å ta ansvar for eget liv, og gjerne vil ha han ut i verden og prøve å etablere en ramme rundt han, både hva bolig og alt angår. <...> Jeg tenker at - jo, jeg tenker at det er - der kan jeg bare snakke helt personlig. Jeg kan ikke skjønne at ikke de skal kunne klare .. å etablere et tilbud rundt han. <...>
2. I: Ja. Hvorfor gjør de ikke det? ..

3. R: Altså, <...> jeg tror at de har veldig lett for å se på oss som spesialister, og at, oh! Dere spesialister, kan ikke dere heller gjøre noe? Jeg tror at folk føler en sånn tilkort kommenhet i at du ikke .. - De opplever vel kanskje at pasienten ikke blir tatt på alvor .. verken hos primærlege eller hos - her får de ikke være lenge nok etter deres syn, og .. - Jeg tror at psykiatritjenesten veldig ofte føler seg alldeles alene. .. Mhm. .. Og ikke blir hørt. ..
4. I: Av hvem?
5. R: Av de såkalte spesialistene.
6. I: Er DU en spesialist i dette tilfelle?
7. R: I deres øyne er jeg nok det ...
8. I: Med dine øyne?
9. R: Nei. Så er jeg ikke det. Jeg ser helt klart at ... at vi har et ... en kjempefordel med å jobbe i et stort fagmiljø her, og vi har tilgang til ... veiledning og svar på spørsmål umiddelbart, mens de MÅ slite ofte i ukesvis før de får tak i noen som de kan samrå seg med. Det er jo en kjempeen-som jobb uti der. <...> Jeg er jo kjempe privilegert som kan jobbe sånn som jeg gjør, altså.

Vernepleier, DPS, døgnavdeling.

Verken for personalet i kommunen eller på DPS er det tydeligvis enkelt å komme fram til en bærekraftig strategi. Respondenten beskriver pasienten i § 1 som ”ikke <...> spesielt motivert” for de tiltakene som har vært prøvd. Hun fortsetter med beskrivelsen av forskjellige realitetsoppfatninger: I kommunen setter de sin lit til at oppholdene på DPS kan motivere pasienten til å være med i en forandring av sin egen destruktive atferd mens respondenten på vegne av DPS stiller dette kravet til kommunen. Pasienten selv ”MÅ snart begynne å ta ansvar for eget liv”. Det er lite hold i dette kravet – problemet har tross alt vært at pasienten ikke tar dette ansvaret. Respondenten går derfor i samme setning over til å formulere det som et krav til kommunen. Der må de ”prøve å etablere en ramme rundt han”. Når respondenten stiller dette kravet til kommunen, avgrensner hun at hun nå snakker ”helt personlig” og ikke lenger på vegne av DPS.: ”Jeg kan ikke skjønne at ikke de skal kunne klare .. å etablere et tilbud rundt han”.

Dette er egentlig ikke koherent. I kommunen bor pasienten i et kollektiv sammen med andre pasienter. Han har egen leilighet, men kan ved behov ta kontakt med personale, han kan delta på fellesaktiviteter m.m. Den rammen som respondenten etterlyser i § 1 er altså allerede på plass. Mitt spørsmål i § 2 er derfor like mye en fortsettelse av hennes resonnement som en oppfordring om å utdype hva som etter hennes oppfatning utgjør et adekvat tilbud.

I § 3 viker hun unna en slik beskrivelse. Hun går ikke inn på rammen som pasienten har i kommunen, men beskriver en forventning som hun opplever rettet mot seg. Sammen med sine kolleger blir hun betraktet som spesialist, og i denne posisjonen uttrykker hun en viss forståelse for kommunehelsetjenesten. De føler seg alene, tilkortkommet, og ikke tatt på

alvor. Men hun er ikke komfortabel med å bli inkludert blant spesialistene. I § 5 tar hun avstand fra disse med sin formulering ”*de såkalte spesialistene*”. Hun bekrefter, ganske motvillig, i § 7 at hun nok også er en del av disse spesialistene. Men denne posisjonen får hun tilskrevet fra bakkebyråkratene i kommunen. Hennes egen selvforståelse er annerledes. Selv om hun arbeider i spesialisthelsetjenesten, gir hun i § 9 klart uttrykk for at hun ikke oppfatter seg selv som spesialist.

Ut fra hennes perspektiv i spesialisthelsetjenesten er et faglig kollegialt felleskap en tydelig verdsettelse ressurs for å utarbeide et adekvat tilbud til pasientene. Hun er ”*kjempe privilegert*” i sin jobbsituasjon framfor den ensomme jobben bakkebyråkratene utfører i kommunen, og hun forstår hvorfor de appellerer til ”spesialistene” i andre- og tredjelinjetjenesten. Men samtidig gir hun klart uttrykk for at hun ikke føler seg i stand til å imøtekomme disse forventningene.

Det er tydelig at respondenten vurderer sine muligheter til en intervensjon i forhold til denne pasienten som begrenset. I likhet med det forrige eksemplet er det derfor også her desto større grunn til å diskutere observasjonene på et bredt grunnlag på tvers av linjenivå for å komme fram til en felles handlingsstrategi. I begge samarbeidskarrierer framstår det som et kontraproduktivt vendepunkt når noen av samarbeidspartnerne opphøyer andre til en på mange måter ubegrunnet posisjon som ekspert overfor andre deler av tjenestetilbudet.

Men når bakkebyråkrater i spesialisthelsetjenesten føler at de ikke strekker til i forhold til forventningene knyttet til en status som ekspert, er det ingen begrunnelse for å vike unna et samarbeid på tvers av linjenivåene. Tvert imot er det i disse situasjonene et behov for godt koordinerte og mangfoldige tjenester viser seg sterkest.

8.5.4 Sammenfatning

Som vendepunkt i samarbeidskarrieren virker en ekspertstatus problematisk i tilfeller der de ansatte i spesialisthelsetjenesten treffer avgjørelser uten at løsningsstrategier diskuteres i fagfellesskap på tvers av de organisatoriske linjenivåene. Observasjonene i spesialisthelsetjenesten er konsentrert i den forstand at personale opplever pasienten døgnet rundt. De kan ta kontakt med pasienten umiddelbart når pasienten ber om det, eller når personalet ser et

behov for det. Og ikke minst kan personale i andre- og tredjelinjetjenesten diskutere behandlingsoalternativer i et kollegialt og tverrfaglig felleskap.

Til gjengjeld er observasjonene i kommunehelsetjenesten gjerne fordelt over et lengre tidsrom, og de skjer i pasientens vante omgivelse framfor den skjermete, og derfor spesielle rammen av en sykehusavdeling. Disse observasjonene bør opplagt tillegges større vekt i avgjørelsesprosessen i spesialisthelsetjenesten en det har vært tilfelle i samarbeidskarrierene jeg har diskutert i dette underkapitlet.

Men på den andre siden kan en problematisk status som ekspert virke som vendepunkt for samarbeidet når bakkebyråkrater i kommunehelsetjenesten tillegger sine samarbeidspartnere i spesialisthelsetjenesten en uforholdsmessig opphøyet status som ekspert. Bakkebyråkratene i førstelinjetjenesten har all grunn til å opptre mer selvbevisst enn det som var tilfellet i eksemplet jeg har diskutert her. Tross alt er mulighetene for observasjon og behandling under et opphold i andre- og tredjelinjetjenesten begrenset. Argumentene som respondenten har brukt for å fortolke avgjørelsen i en meningsfull kontekst, har jeg framhevet i analysen som lite bærekraftige. Samarbeidspartnere i spesialisthelsetjenesten kan godt ha en ekspertstatus avledet fra sin relative nærhet til en medisinfaglig, psykiatrisk ekspertise og også til et kollektivt faglig felleskap. Men i andre tilfeller enn dette, er en slik ekspertise ganske uvesentlig. Den er i hvert fall ikke mer relevant for avgjørelsen i forhold til et adekvat behandlingstilbud enn den kunnskapen som medarbeiderne i de kommunale enhetene for psykisk helsearbeid rår over. Også respondenten er ekspert på sitt område. Hun er ekspert på den delen i et sammensatt tjenestetilbud for mennesker med psykiske lidelser som vurderer behovene ut fra en kontakt med pasienten over tid, og i pasientens daglige liv. Denne ekspertisen burde alle samarbeidspartnere, inkludert bakkebyråkrater i den kommunale førstelinjetjenesten tillegge langt større vekt i en prosess der et mest mulig formålstjenelig behandlingstilbud skal utarbeides. Et krav om å unngå dette vendepunktet må derfor stilles til begge sider. I spesialisthelsetjenesten må samarbeidspartnere være lydør for de observasjonene som pasientens kontaktpersoner har gjort, og i kommunehelsetjenesten må bakkebyråkratene representere sin ekspertise langt mer selvbevisst enn det som har vært synlig i eksemplene jeg har diskutert her.

Jeg vil nå gå over til en siste betraktning i min diskusjon av vendepunkt for samarbeid i psykisk helsevern og psykisk helsearbeid. I denne delen vil jeg undersøke hvordan en problemforståelse som hovedsakelig er fokusert på de egne organisatoriske rammene, kan virke som vendepunkt for samarbeid.

8.6 Den lokale problemforståelsen

8.6.1 Innledning

I min diskusjon av den semantiske dimensjonen for samarbeidsbegrepet har jeg i kapittel 5 argumentert at begrepet er langt fra entydig definert og at det forandrer sitt meningsinnhold i forhold til relaterte momenter. Der har jeg også hevdet at samarbeidsbegrepet har forandret sitt meningsinnhold i de to sentrale rammedokumentene som har beskrevet den faglige og organisatoriske utformingen av tjenestetilbudet for mennesker med psykiske lidelser i løpet av de siste tiårene.

Det siste vendepunktet jeg vil beskrive i dette kapitlet, står i sammenheng med denne uklare grenseoppgangen mellom forskjellige forståelser av samarbeid. De pasientene jeg har fulgt i en del av deres karriere, har alle benyttet seg av tjenester fra flere enheter i psykisk helsevern og psykisk helsearbeid. I beskrivelsen av forskjellige vendepunkt i samarbeidskarrierene så langt har jeg argumentert at samarbeid på tvers av de organisatoriske linjenivåene i langt fra alle tilfeller kan betraktes som en felles problemløsning med en langsiktig planleggende koordinering fra ulike organisatoriske og faglige ressurser.

Etter en sammenliknende betraktning av de femten samarbeidskarrierene som jeg har undersøkt, er mitt inntrykk at respondenter i intervjuene ofte har presentert strategier til en problemløsning ut fra en isolert problemforståelse og med et innover rettet syn på ressursituasjonen i den egne enheten. I sitt forhold til ressursituasjonen i andre linjenivå har de derimot formidlet en i beste fall tentativ, i verste fall rett og slett feilaktig vurdering av ressursituasjon og faglige muligheter. I disse tilfellene har respondentene altså ikke formidlet inntrykk av at de i sitt samarbeid med andre deler av hjelpeapparatet har drøftet felles løs-

ningsstrategier der de forskjellige ressursene ble drøftet og forsøkt ført sammen i et bærekraftig langsiktig perspektiv. I dette underkapitlet vil jeg undersøke hvordan den lokale problemforståelsen i noen tilfeller har virket som vendepunkt i samarbeidskarrierene og hvorfor samarbeidet mellom de forskjellige tjenestenivå ofte har vært preget av et tydelig etterslep i forhold til pasientens bevegelse heller enn en felles problemløsning for pasientenes sammensatte problematikk.

8.6.2 Den lokale problemforståelsen

Det første aspektet for dette vendepunktet vil jeg illustrere ved hjelp av et intervjuutdrag der en respondent fra en akuttavdeling i tredjelinjetjenesten beskriver sine oppgaver i forhold til en pasient med en karriere over flere år i psykisk helsevern og psykisk helsearbeid. I denne beskrivelsen vil jeg spesielt fokusere på respondentens avgrensning av sine oppgaver som del av tredjelinjetjenesten på den ene siden, og som del av et sammensatt tjenestetilbud på den andre.

1. I: Har du følelsen av at dere jobber mot et felles mål som alle som er rundt han har i bakhodet? ..
2. R: Eh .. Jeg vet ikke hva jeg skal svare på det. Jeg føler ikke det at vi har noe sånn felles mål. Det vi tenker på når han kommer hit, det er hva vi kan gjøre for han HER. Vi har ikke noe ... noen sånne store målsettinger om hva vi skal gjøre for han HJEMME. Det vi har konstatert, det er vel at han ... han ikke har god nok oppfølging hjemme. Og han står på .. ei venteliste til å få en .. en 24 timer bemanna bolig, hvor det er personale i boligen hele døgnet. Når jeg snakka med <Samarbeidspartner i kommunen> så var dette her bare på papiret. Det var snakk om kanskje i 2007 at ... at de boligene skulle begynne å bygges. Så vi har bare konstatert at han har behov for noe mer enn hva han har i dag. Og det .. det støtter <Samarbeidspartner i kommunen>.
3. I: Han er jo en kandidat for en individuell plan.
4. R: Ja. <...>
5. I: Han har jo behov for sammensatte tjenester, for langvarige tjenester. Er det tenkt noe i den retningen?
6. R: Det er ikke igangsatt noen individuell plan, så vidt jeg vet. <...> Og .. vi har ikke prata om det heller. Men det er rett som du sier, han er absolutt en kandidat for å ha individuell plan. Det er nok en pasient som vi vil ... se en god del fremover i avdelinga, med jevne mellomrom, uavhengig av hvordan hjelpeapparatet hjemme fungerer, tror jeg. <...>
7. I: Når du ser på arbeidsuka di - .. har du inntrykk av at du bruker mye tid på å jobbe sammen med andre, samkjøre det som du gjør med andre som IKKE jobber her på <tredjelinjen>? ..
8. R: Hm. .. Det syns jeg er veldig avhengig av hvordan pasient man har, egentlig, og om hvordan fase pasienten er i. .. Jeg syns jo det at når det nærmer seg utskriving av en pasient så bruker man mye større andel av tida til å jobbe utadretta enn når pasienten er i akutfase og man vet at pasienten blir i avdelinga i overskuelig framtid, kanskje .. i månedsvis. Så det er jo litt sånn .. - Jeg syns det er vanskelig å svare eksakt på det, for det varierer mye.

9. I: Det er ikke et spørsmål etter hvor mange timer du bruker på samarbeid, men det er et spørsmål om du har inntrykk av at, nei, nå gjør jeg for mye med andre, fordi det - på de oppgavene som jeg har her på avdelinga? ..

10. R: Nei, jeg prioriterer i hvert fall å gjøre de oppgavene som er i avdelinga. Ja. ..

Sykepleier med videreutdanning i psykisk helsearbeid, akuttpost, tredje linje.

Respondenten begynner sitt svar på mitt spørsmål om en felles målsetting i § 2 med et ganske innlysende argument. Hun har ingen slik eksplisitt målsetting som hun deler med sine samarbeidspartnere, fordi de på akuttposten reagerer når pasienten kommer innenfor de egne organisatoriske grensene. Da mobiliserer personalet på akuttposten de ressursene som trengs for at pasienten kan få det bedre, og målsettingene de har på akuttposten har ikke umiddelbart noen sammenheng med situasjonen på hjemplassen. Riktignok har de en formening om at det trengs et bedre tilbud enn det pasienten har per i dag: *”Det vi har konstatert, det er vel at han <...> ikke har god nok oppfølging hjemme”*. Respondenten signaliserer også at denne vurderingen deles med samarbeidspartneren i kommunen og at de der holder på å planlegge en tilpasset boform for pasienten. Men disse planene har ingen umiddelbare konsekvenser for samarbeidet. I tredjelinjen har de *”bare konstatert”* dette.

I § 3 etterlyser jeg det instrumentet som er praksis i for å koordinere tjenestetilbudet til mennesker med sammensatte og langvarige behov: nemlig en individuell plan. Respondenten bekrefter i § 4 at pasienten har krav på en slik plan, men forblir ellers indifferent. Først etter en ny oppfordring gir hun i § 6 et mer utdypende svar. Hun bekrefter at pasienten er en aktuell kandidat for en individuell plan, men vet tydeligvis ikke om det eksisterer en. Heller ikke har det vært tema i samtale mellom tredje- og førstelinjetjenesten. Så kommer respondenten med en interessant vurdering. Uavhengig av tilbudet på hjemplassen vurderer hun det slik at pasienten kommer til å kreve en god del tjenester fra akuttposten i tida som kommer. Tydeligvis er problematikken såpass alvorlig at pasienten har behov for et sammensatt tjenestetilbud som inkluderer en del kriseintervensjoner på akuttavdelingen. Men til tross for dette, ser respondenten altså ingen nødvendighet for en felles strategi med sine samarbeidspartnere i kommunen.

I § 7 tar jeg dette opp på et generelt grunnlag. Er samarbeid med andre i det hele tatt noe som opptar respondenten i hennes arbeidshverdag i vesentlig grad? Respondenten formulerer sitt svar i en passiv form. Når det nærmer seg en utskrivning bruker ikke respondenten, men generelt *”man”*, mer tid på et samarbeid med andre. Dermed distanserer hun seg både

fra det konkrete samarbeidet i denne spesielle pasientkarrieren, men også generelt fra den organisatoriske verdien om et samarbeid med andre. Samarbeid med førstelinjetjenesten er kanskje viktig for respondenten, men i § 10 gir hun klart uttrykk for at dette kommer i andre rekke: ”*jeg prioriterer i hvert fall å gjøre de oppgavene som er i avdelinga*”.

Det er neppe overraskende at de ansatte i psykisk helsevern prioriterer oppgavene i sin egen organisatoriske omgivelse framfor et samarbeid med andre. Heller ikke er det overraskende at de utnytter først og fremst resurssene som de kan mobilisere innenfor sine egne organisatoriske grenser til problemløsning. Men på den andre siden utgjør samarbeid på tvers av linjenivå ikke bare på akuttposten i tredjelinjetjenesten, men i psykisk helsevern og psykisk helsearbeid som helhet, en sentral organisatorisk verdi. Derfor er det interessant å undersøke nærmere hvordan denne bakkebyråkraten beskriver sitt forhold til sine samarbeidspartnere i den kommunale førstelinjetjenesten og andre deler av spesialisthelsetjenesten med utgangspunkt i en slik lokal problemforståelse.

I en senere del av intervjuet har jeg spurt samme respondent hvordan hun vil beskrive sine oppgaver i forhold til pasienten og i forhold til de andre linjenivåene.

1. I: Når du skal beskrive DINE oppgaver i forhold til pasienten, hva er det? ...
2. R: Mine oppgaver er å ivareta fysiske og psykiske behov. ... Det er også viktig å ivareta situasjonen i hjemmet til pasienten, og forsikre meg om at .. at leilighet og evt. forsørgeransvar er ivaretatt. ... Så det er et ganske stort ansvar, føler jeg. Eller mange punkter som er - som jeg er ansvarlig for. <...>
3. I: Ja. . Og dine oppgaver - du jobber på <sentralsykehus>, i tredjelinjen. Dine oppgaver i forhold til de andre linjenivåene, hva er de? ...
4. R: Jeg synes det at kanskje den viktigste oppgaven, det er å . å . å være faglig støtte for første- og andrelinjen. .. Svare på spørsmål, diskutere problemstilling i lag med dem. .. Når pasienten er innlagt hos oss, så synes jeg det er .. - den viktigste oppgaven er å .. bestille - eller å . å fortelle litt om hvordan jeg synes at . hjelpeapparatet ute må fungere for at pasienten skal ha det bra. .. Hvor mye oppfølging man skal gi pasienten, og hvordan oppfølging.

Det er ikke lett for respondenten å beskrive sine oppgaver. Mange pauser i dette utdraget indikerer at hun trenger tid for å overveie hvilke deler av sin mangfoldige og sammensatte arbeidshverdag hun skal framheve. Hun starter i § 2 med en personlig beskrivelse for det hun gjør innenfor avdelingens organisatoriske omgivelse: ”*Mine oppgaver er å ivareta fysiske og psykiske behov*”. Denne korte formuleringen inneholder antakelig et vell av arbeidsoppgaver som respondenten på lik linje med andre bakkebyråkrater bruker mesteparten av sin arbeidshverdag på. Når respondenten i sin beskrivelse forlater avdelingens sosiale rom, går hun imidlertid fra en personlig skildring over til en indirekte form: ”*Det er også*

viktig å ivareta situasjonen i hjemmet til pasienten". Med denne indirekte formen uttrykker respondenten altså en relativ distanse til oppgaver som ikke kan ordnes innenfor avdelingens grenser. I sin framstilling formidler respondenten dermed at hun tar hånd om pasientens problem her og da, mens hun beskriver arbeidsoppgaver som betinger en kontakt utad som en relativt fjern og hypotetisk mulighet.

Dette gjelder respondentens forhold til pasienten som er fysisk til stede i avdelingen. Men hva med samarbeidspartnerne? I § 4 presenterer respondenten to oppgaver i forhold til de andre linjenivåene. Tredjelinjetjenesten utgjør det mest spesialiserte tjenestetilbudet i psykisk helsevern, og som del av dette formulerer hun først en faglig veilednings- og støttefunksjon. Denne funksjonen utfører respondenten på anmodning fra kommunen eller andrelinjetjenesten. Hun svarer på spørsmål og diskuterer problemstillinger for pasienter som er innlagt på akuttposten og i denne forbindelse kommer hun også inn på den andre oppgaven. Hun kommer med bestillinger *"om hvordan jeg syns at . hjelpeapparatet ute må fungere for at pasienten skal ha det bra"*.

Men det som er utelatt i denne beskrivelsen, er oppgaven om å utarbeide et sammenhengende tjenestetilbud der de forskjellige tjenestenivåene formidler overfor hverandre hva de kan, eller vil bidra med for å løse pasientens problematikk på best mulig måte.

Når pasienten er innlagt, gjør respondenten sammen med mange av sine kolleger helt sikkert det beste de kan for å ivareta pasientens behov, og for at pasienten skal få et best mulig utbytte av oppholdet. Men denne ivaretagelsen utløser ikke nødvendigvis et behov for samarbeid med instanser utenfor grensene til de enkelte enhetene i spesialisthelsetjenesten. Problemløsningen finner sted her og da, og er ikke noe som følger pasienten etter utskrivelsen. Dermed har behandlingen som pasienten får og løsningsstrategiene som utarbeides i spesialisthelsetjenesten, lite sammenheng med ressursene i andre linjenivå.

I dette tilfellet gjelder det bl.a. pasientens individuelle plan. Pasientens kontaktperson i kommunen hadde faktisk allerede utarbeidet et utkast til en slik plan tidligere, og hadde i den forbindelse også forespurt på akuttavdelingen hvilke ressurser de hadde å bidra med som del av et sammensatt tjenestetilbud. Jeg er ikke kjent med hvem som tok imot denne forespørselen på akuttavdelingen, men planarbeidet var tydeligvis ukjent for respondenten som tross alt i lengre tid har vært pasientens kontaktperson blant bakkebyråkratene der.

Respondentens manglende kjennskap til den individuelle planen tyder både på dårlig fungerende informasjonskanaler innad, og et manglende faglig initiativ til å holde seg oppdatert om pasientens oppfølging på hjemmeplassen.

Dette eksemplet viser tydelig at et helhetlig tjenestetilbud består av langt mer enn bare summen av enkelte tiltak, og den lokale problemforståelsen som jeg har illustrert i dette underkapitlet vil jeg framheve som problematisk.

8.6.3 Når pasienten flytter, forsvinner problemet

Flere steder i denne undersøkelsen har jeg allerede påpekt at samarbeid mellom tjenesteytere ideelt sett skal være orientert ved idealet om et helhetlig tjenestetilbud. I det forrige underkapitlet har jeg diskutert en isolert forståelse av det egne arbeidet begrenset til ressursene og et faglig perspektiv innenfor det egne linjenivået som en alvorlig belastning for samarbeidet med andre instanser. Det andre kritiske aspektet som gjør en lokal problemforståelse i noen tilfeller til et vendepunkt i samarbeidet, ligger i en selvbegrensning på perspektivet noen samarbeidspartnere legger an på rekkevidden av det egne oppdraget.

Et eksempel på dette perspektivet blir synlig i det følgende intervjuutdraget. Der har jeg bedt respondenten om på generelt grunnlag å fortelle hva hun vil framheve som et eksempel på et godt samarbeid med andre instanser:

1. R: Ja, da kan jeg jo ta <...> En mann i .. tidlig i 40-årene som kom inn. <...> Han var ganske urolig og <...> var vel opplevd som litt sånn utagerende, han stakk av når han var inntaket og vi måtte sende flere personale dit for å .. få tak i han. Men denne her mannen ble innlagt og han roa seg ned etter hvert. .. Han var sikker på at han skulle flytte fra kommunen der hvor han bodde .. og .. det var da forskjellige grunner til det <...> Så vi var i kontakt med familien hans, vi var i kontakt med .. hjelpeapparatet i den kommunen som han kom ifra, der hvor han ville flytte ifra. .. Og det ble enighet om at vi skulle holde fast overfor han at han - hvis han hadde lyst til å flytte fra kommunen så var det greit, men han skulle ikke gjøre det mens han .. mens han var innlagt på posten. .. Vi tok kontakt med psykiatritjenesten, og de var kjempepositive at de skulle .. hjelpe han. De skulle hjelpe han å flytte etter hvert. Altså han måtte komme hjem dit når han var utskrevet. Så ønsket han å flytte da, så skulle de hjelpe han med det han måtte trenge hjelp til. Og de var - de hadde sett denne her mannen i mange år, og lurt på hvorfor ikke han var inne i bildet. Altså de hadde jo liksom vurdert at han så ut som en som egentlig kanskje trengte hjelp. Så de stod klar med åpne armer til å ta imot han. <...> Vi fikk denne her mannen på trua til at han kunne dra hjem, at han skulle dra dit hvor han kom ifra, med løfte fra psykiatritjenesten om at hvis han etter hvert - når han var kommet hjem - stod fast at han skulle flytte så skulle de hjelpe han med det. Og .. mannen dro hjem og .. var i kontakt med psykiatritjenesten i etterkant, og de .. hadde kontakt med han. .. Og dette her er vel to år siden. Det var første gang denne her mannen var innlagt. Vi har ikke hørt noe eller sett noe til han .. i etterkant. Og jeg mener at han fortsatt bor i den kommunen hvor han .. kom ifra. Så det var veldig positivt. ..

Det gikk veldig greit, altså, helt ifra han kom inn og til han dro, og de var .. - ble tatt imot hjemme med åpne armer og fikk ... hjelp som han egentlig kanskje skulle hatt for mange, mange år siden.

2. I: Men hva var det gode nå i samarbeidet?
3. R: At de var positiv innstilt på å ta imot han, det var bare liksom ... kom med han, send han til oss, vi skal .. hjelpe han .. så godt vi kan, og .. og - Det var veldig positivt. Så man kunne med stor trygghet på en måte si ting til han her .. og vite at holdt på å si de stod ved det ute i kommunen.
..
4. I: Du hadde - altså, du visste at du hadde ryggdekning for det som du sa?
5. R: Ja, jeg visste jeg hadde ryggdekning for det som jeg sa. Men altså, det var jo en kommune som - og folk vi hadde samarbeidet med tidligere og visste at de .. sa - gjorde det de sa. <...> Man visste jo ikke da pasienten ble utskrevet HVORDAN det gikk, men .. det har jo gått bra.

Omsorgsarbeider med videreutdanning i psykisk helsearbeid, akuttpost, tredje linje.

Respondenten forankrer sin beskrivelse av det gode samarbeidet i et konkret eksempel. I sentrum for denne beskrivelsen står i § 1 en pasient med et overhengende og, i respondentens framstilling, et ganske langvarig og sammensatt behov for hjelp. Hun husker fra denne innleggelsen en urolig, utagerende og rømningsfarlig pasient. Flere av personalet må til for å overføre pasienten til avdelingen. Han ”*roa seg ned etter hvert*” men holder under hele oppholdet fast ved at han skal flytte fra sin daværende hjemkommune. I løpet av oppholdet hadde respondenten tatt kontakt med pasientens familie og den kommunale enheten for psykisk helsearbeid og de finner fram til en enhetlig linje: Hvis pasienten fortsatt vil flytte etter utskrivelsen, skal han få hjelp fra de kommunalt ansatte, men han skal ikke ta noen avgjørelser mens han er innlagt.

Så, hvilke kriterier legger respondenten i dette utdraget til grunn for å betegne samarbeidet som godt? I § 3 nevner hun for det første at samarbeidet er godt fordi samarbeidspartnerne i kommunen er villige til å stille opp. Det gode i samarbeidet består altså i at de på akuttposten har en plass der de kan sende pasienten til.

For det andre har hun opplevd sine samarbeidspartnere tidligere som pålitelige. I § 5 blir det tydelig at et godt samarbeid også er preget av at kommunen virkelig stiller opp med det de makter.

Det tredje kriteriet vil jeg imidlertid framheve som det mest interessante i denne sammenhengen. Hun har opplevd pasienten som agitert og med et klart uttalt ønske om å flytte fra hjemplassen. På utskrivelsestidspunktet er det ikke avklart annet enn at pasienten skal ta kontakt med den kommunale enheten for psykisk helsearbeid. Om de skal overtale han til å forbli i kommunen, om de hjelper han med flytting eller hva de nå gjør vet ikke responden-

ten til dette tidspunktet. Alt tyder imidlertid på at pasienten kommer til å ha behov for et sammensatt tjenestetilbud i overskuelig framtid (§ 5). Hvorfor trekker nå respondenten nettopp dette eksemplet fram i sin beskrivelse av godt samarbeid? Det tredje kriteriet for et godt samarbeid er tydeligvis at akuttposten i dette tilfellet har blitt forskånet for en ny innleggelse og at dette, ut fra respondentens perspektiv, er en oppgave som kommunen må sørge for. Hvis de på akuttposten må trå til på nytt, er samarbeidet mindre godt. Men samtidig betyr dette ikke at respondenten betrakter det som akuttpostens oppgave å holde kontakt med sine samarbeidspartnere i kommunen i forhold til hvordan det går med pasienten etter utskrivelsen:

Og dette her er vel to år siden. Det var første gang denne her mannen var innlagt. Vi har ikke hørt noe eller sett noe til han .. i etterkant. (§ 1)

Ut fra dette perspektivet er et godt samarbeid med andre linjenivå altså ikke preget av at samarbeidspartnere har lyktes med å utarbeide en felles strategi for tiden som kommer. Det er kjennetegnet ved at pasienten ikke kommer tilbake når han først er utskrevet fra tredje-linjen.

Dette vendepunkt for samarbeid vil jeg beskrive som en holdning preget av ”ut av øye, ut av sinn”. Det er imidlertid ikke bare synlig i forholdet mellom linjenivåene. Også innad i institusjonen forsvinner en bevissthet om pasientens sammensatte problematikk i det øyeblikket pasienten forlater den organisatoriske omgivelsen til et bestemt linjenivå.

I disse tilfellene viser de langsiktige løsningsstrategiene som yrkesutøverne i et tverrfaglig team har utarbeidet under pasientens opphold seg ikke som overlevelsesdyktige, fordi verken teamet som kollektiv, eller de individuelle teammedlemmene makter å opprettholde en nødvendig kontinuitet i tilbudet.

Det følgende eksemplet er hentet fra karrieren til en pasient som i løpet av undersøkelsesperioden har benyttet seg av alle tre linjenivå. Situasjonen på hjemplassen har tilspisset seg over lengre tid. Pasienten var flere ganger søkt innlagt på DPS og kom etter hvert dit. Som alle pasienter fikk også denne oppnevnt et behandlerteam bestående av to bakkebyråkrater og en behandler. Dette teamet har i den første tiden av oppholdet utarbeidet et gradert tilbud. Først var pasienten innlagt i noen uker på døgnavdelingen. Deretter flyttet han til en såkalt treningsleilighet som er lokalisert i samme bygget. Der fikk han oppfølging av personalet fra døgnavdelingen og deltok også i avdelingens aktiviteter.

Etter at pasienten hadde flyttet til denne treningsleiligheten har tilstanden forverret seg. Han ble diagnostisert som manisk og behandlerteamet vurderte situasjonen slik at pasienten måtte overføres til akuttavdelingen i tredjelinjen. Etter flere ukers opphold der, har behandlerteamet på akuttposten innkalt til et ansvarsgruppemøte. Det følgende intervjuutdraget tar utgangspunkt i dette møtet.

1. I: Så der er altså et møte på mandag? <...> Per telematikk? Og så er det planlagt at 14 skal komme tilbake til døgnavdelinga?
2. R: Nei, det er ikke planlagt.
3. I: Å nei?
4. R: Det er IKKE planlagt. For - Men vi ser for oss at det BLIR en del av behandlninga hans. <...> Men det er ikke noen plan over det enda. Så, vi må jo se hvordan - vi må jo høre litt med dem hvordan det går og hva - hva de har gjort og forskjellige sånne ting.
5. I: Ja. <...> Jeg må spørre en gang til: Du sa at legene - de har egentlig ikke annet å gjøre med 14 enn medisineringen?
6. R: Ja, det var kanskje feil. De har jo samtaler også med han. <...> Og det er klart, vi samarbeider jo med legene om det vi gjør. Det gjør vi jo.
7. I: Hvordan foregår det? Det samarbeidet med legene?
8. R: Vi har jo diskusjoner daglig med legene, kan du si, hver . . - Når det er behov så tar vi opp <...> pasientene og snakker om hvordan - hva vi gjør videre, når de er innlagt og - Men når de er utskrevet herfra så - Så NÅ så har vi ikke - da er det ikke noe samarbeid.

Sykepleier, andre linje, døgnavdeling.

Det er tydeligvis et betent spørsmål om pasienten skal komme tilbake til DPSet etter sin innleggelse på akuttposten i tredjelinjen. Respondenten der hadde i et intervju presentert det som en selvfølge at pasienten flytter tilbake til DPSet etter at den akutte krisen er overstått. Slik jeg fikk formidlet det fra akuttposten, var det planlagte ansvarsgruppemøtet tenkt som en felles vurdering av om pasienten skal flytte tilbake til sin leilighet eller til døgnavdelingen. Men i dette utdraget fra intervjuet med pasientens kontaktperson på DPS blir det tydelig at det er langt fra avklart om pasienten i det hele tatt skal tilbake til andrelinjen. Respondenten gjør det i § 4 ettertrykkelig klart: ”*Det er IKKE planlagt*”. Ut fra andrelinjens perspektiv er pasienten ikke lenger deres ”eie”. De har overført pasienten og dermed alt ansvar for han til tredjelinjen, og hvis pasienten skal komme tilbake til DPSet må han søkes inn på nytt med en formell henvisning. Senere i intervjuet fikk jeg formidlet at ut fra perspektivet til andrelinjetjenesten, var dette det temaet som skulle forhandles på ansvarsgruppemøtet.

Hvor dyptgripende denne ansvarsoverføringen er ut fra perspektivet til denne respondenten, blir tydelig etter mitt spørsmål i § 5 om forholdet mellom bakkebyråkrater og behandlere i behandlerteamet på DPS. I § 6 bekrefter respondenten et samarbeid med legene. Men hvor-

dan foregår det og hvor langt strekker dette samarbeidet seg? I den påfølgende § 8 avgrenser respondenten sitt forhold til behandlere. Samarbeidet med behandlerne foregår mens pasienten er innlagt: ”Når det er behov så tar vi opp <...> pasientene og snakker om hvordan - hva vi gjør videre, når de er innlagt”. Respondenten setter en sluttstrek under dette samarbeidet i det øyeblikket pasienten er utskrevet: ”Men når de er utskrevet herfra så - Så Nå så har vi ikke - da er det ikke noe samarbeid”.

Etter at pasienten er overført til et annet linjenivå er han altså ikke bare forsvunnet fra DPSets organisatoriske grenser. Han er også forsvunnet fra bevisstheten til behandlerteamet. De ser ingen grunn til å opprettholde kontakten med hverandre rundt en pasient som er utskrevet, til tross for at pasienten i dette eksemplet tidligere eller senere kommer tilbake til DPSet. Når pasienten kommer, skal de ta hånd om han. Men når pasienten flytter, forsvinner problemet ikke bare for andrelinjetjenesten, men også for behandlerteamet som innad i senterets organisatoriske omgivelse kollektivt skal utarbeide en langsiktig og bærekraftig strategi for å møte pasientens problematikk.

Dette er et vendepunkt som har preget flere av samarbeidskarrierene i min undersøkelse, og det gjelder ikke bare i de tilfellene der andrelinjetjenesten sender pasienten videre i systemet. En lokal problemforståelse gjelder på samme måte for det linjenivået som pasienten kommer til. Et eksempel er det følgende utdraget – her fra et annet intervju og om en annen pasient.

I: <...> når han drar ut fra <tredjelinje> så er den biten ferdig, så drar han ut til kommunen, så er den biten også ferdig til han kommer neste gang?

R: Ja, altså - hvis vi har noe å spørre <tredjelinje> om ... når han var her, så gjorde vi det. Men DE tok ikke kontakt med oss etter at HAN hadde reist.

Sykepleier med videreutdanning i psykisk helsearbeid, andre linje, døgnavdeling.

I dette eksemplet hadde pasienten kommet fra sin hjemkommune først til andrelinjetjenesten, så til sentralsykehuset, og derfra tilbake til DPS. Respondenten beskriver disse tre oppholdene i dette eksemplet som tre atskilte tilbud nærmest uten forbindelse med hverandre. Når pasienten kommer til dem, danner de seg et bilde av hva de skal gjøre med han der. De trenger ingen informasjon om hva personalet i tredjelinjen har gjort, og de går heller ikke aktivt videre til førstelinjen med forslag om hva som bør gjøres videre på sikt. Hvis bakkebyråkratene i førstelinjen har spørsmål kan de ringe sånn som også respondenten fra DPS kunne ha ringt til tredjelinjetjenesten hvis de hadde hatt et spørsmål. Men i dette eksemplet

hadde respondentene ikke det, hun klarte å gjøre sin jobb på samme måte som også første- og tredjelinje tydeligvis har klart å gjøre sin jobb uten kontakt med de andre linjenivåene.

I slike tilfeller forflytter altså pasientene seg. Problemløsningen gjør det tydeligvis ikke – ikke fra et linjenivå til det neste, og heller ikke fra en del av et tverrfaglig behandlersteam til de andre deltakerne i samarbeidet.

8.6.4 Sammenfatning

Det er verken overraskende eller umiddelbart problematisk at de ansatte i psykisk helsevern og psykisk helsearbeid utnytter først og fremst de ressursene til en problemløsning som de kan mobilisere innenfor sine egne organisatoriske grenser. Denne lokale problemforståelsen virker imidlertid som kontraproduktivt vendepunkt i en samarbeidskarriere når informasjonen om det som er oppnådd med disse ressursene, ikke følger med pasienten når den forlater et bestemt linjenivå. En samordnet bruk av ressurser forutsetter en fungerende informasjonsflyt mellom linjenivåene, like mye som en selvforståelse av de involverte organisatoriske enhetene som del av et sammenhengende tjenestetilbud. I de eksemplene jeg har diskutert i dette underkapitlet, har respondentene imidlertid beskrevet et isolert arbeid med pasientenes problematikk, istedenfor et sammenhengende tjenestetilbud. I de undersøkte pasientkarrierene har et slikt isolert perspektiv i noen tilfeller ført til en helt feilaktig vurdering av mulighetene til en oppfølging av pasienten på de andre linjenivå. Spesielt gjelder det mulighetene for en oppfølging av pasientene i kommunene.

I min beskrivelse av andre vendepunkt for samarbeid har jeg vist eksempler fra forskjellige linjenivå. Det har altså ikke vært mulig å tilordne disse vendepunktene til ett eller flere bestemte linjenivå. På bakgrunn av mitt datamateriale fra de femten pasientkarrierene som jeg har undersøkt, vil jeg argumentere at et vendepunkt for samarbeid knyttet til en lokal problemforståelse først og fremst er synlig i den institusjonelle omgivelsen til andre og tredje-linjetjenesten. Derfor vil jeg argumentere at en lokal problemforståelse er et vendepunkt som særlig institusjonene i spesialisthelsetjenesten må være oppmerksomme på. Her er det i alle fall et åpenbart behov for en økt sensibilitet i forhold til at et helhetlig opplegg rundt pasienten er mer enn summen av enkelttilbudene. Vel så avgjørende for å etablere et vel-

lykket, bærekraftig og sammenhengende tjenestetilbud er samhandlingen mellom tjenestetilbyderne.

8.7 Vendepunkt for samarbeid – oppsummering

Det finnes neppe et samarbeidsforhold som ikke opplever en eller annen form for forstyrrelse eller midlertidig avbrekk underveis i prosessen. Noen avbrekk er imidlertid mer alvorlige enn andre, og noen setter hele samarbeidet i fare. Slike avbrekk har jeg i dette kapitlet betegnet som vendepunkt i samarbeidskarrieren. I eksemplene jeg har presentert, har disse vendepunktene truet det konkrete samarbeidsforholdet. Som et fenomen ikke bare i disse eksemplene, men som en generell handlingsorientering for bakkebyråkratenes samarbeid i psykisk helsevern og psykisk helsearbeid, virker slike vendepunkt kontraproduktivt for en helsepolitisk orientering om et sammenhengende, og for pasienten forståelig, tjenestetilbud.

For en analytisk bearbeiding av vendepunkt i samarbeidet har jeg i min innledning til dette kapitlet introdusert et begrepsmessig skille mellom pasient- og samarbeidskarriere. Jeg har argumentert at et slikt skille er nødvendig, fordi psykisk helsevern og psykisk helsearbeid framstår som organisatorisk langt mer komplekst enn tidligere. Denne kompleksiteten byr både på muligheter og problemer. Et differensiert mangfold av tilbud gir mulighet for en langt bedre tilpassing enn et psykisk helsevern som tradisjonelt kun åpnet for en mer eller mindre ensformet pasientkarriere i langtidsinstitusjoner. Problemer oppstår når disse tilbudene skal samordnes og når pasientens karriere avviker fra samarbeidskarrieren som utspiller seg mellom potensielle samarbeidspartnere.

Jeg har i denne delen av min analyse beskrevet flere slike avvik mellom pasient- og samarbeidskarrierene, og betegnet disse som vendepunkt i samarbeidet. Unnvikelse, uthaling, en organisatorisk eller profesjonell posisjon som svarteper, en overdreven respekt for samarbeidspartners status som ekspert, og en lokalistisk problemforståelse, kan hver på sin måte virke som et vendepunkt for samarbeid i psykisk helsevern og psykisk helsearbeid.

Et felles trekk ved disse vendepunktene var at noen tjenestetilbydere har ganske autonome handlingsmuligheter til å bidra eller til å unndra seg et samarbeid med andre. De har også i

langt større grad enn andre anledning til å utforme premissene for samarbeidet. Et annet trekk er knyttet til tesen jeg har formulert som resultat av min innholdsanalyse av stortingsmeldinger i kapittel 5: at konnotasjonene i begrep knyttet til samarbeid i dagens psykiske helsevern og helsearbeid ikke regulerer samarbeidet gjennom myndighetsforhold. Spesielt gjelder det ledelsesaspektet som langt på vei har forsvunnet fra dokumenter som beskriver rammen for et tverrfaglig samarbeid på tvers av de organisatoriske linjenivåene i psykisk helsevern og psykisk helsearbeid. Denne mangelen av klare myndighetsforhold er også framtrødende i de pasientkarrierene jeg har undersøkt. Vendepunktene som jeg har beskrevet var gjerne knyttet til ansvarsgrupper, individuelle planer eller andre fora som er tenkt å gi en organisatorisk ramme for samarbeid på tvers av linjenivå og profesjoner. For yrkesutøvere som skal organisere samarbeidet i disse kollektive fora, har vendepunktene ofte vært knyttet til manglende muligheter til å innfordre tjenester fra andre.

Fordi bakkebyråkrater som regel har tetttest og mest kontinuerlig kontakt med pasientene, rekrutteres personer med en koordinerende funksjon vanligvis fra denne gruppen. På bakgrunn av sin nære kontakt med pasientene velger de hvem de inviterer til et samarbeid. De mangler imidlertid enhver mulighet til å forplikte andre deler av hjelpeapparatet til dette samarbeidet. En organisatorisk struktur for psykisk helsevern og psykisk helsearbeid som ser bort fra ledelsesaspektet i det koordinerende samarbeidet, overser organisatoriske og profesjonelle maktforhold slik jeg har framhevet i dette kapitlet i min beskrivelse av vendepunkt i samarbeidskarrierene.

Flate hierarkier og uforpliktende samarbeidsformer har i lengre tid vært favoriserte slagord i organisatoriske sammenheng. I det siste har det imidlertid også kommet kritiske betraktninger rundt denne formen å organisere samarbeid på. En av de kanskje mest poengterte har Stefan Kühl formulert med sin kritikk av det han betegner som postbyråkratiske organisasjoner, der med en uklar ledelse også organisasjonens målsetning blir mer og mer uklar (Kühl, 1998). På bakgrunn av min analyse i dette kapitlet vil jeg hevde at en god del av vendepunktene i det organiserte samarbeidet for eksempel i ansvarsgrupper, på teammøter eller i forbindelse med arbeidet om individuelle planer, kunne ha vært unngått med en mer tydelig beskrevet og eventuelt lovfestet myndighet for de personer som er ansvarlig for å koordinere dette samarbeidet.

I eksemplene jeg har diskutert, har disse vendepunktene ut fra respondentenes perspektiv blitt presentert som del av en koherent diskursiv meningssammenheng. De betegner derfor ikke bestemte forhold i samarbeid mellom bakkebyråkrater i psykisk helsevern og psykisk helsearbeid som uten videre kan ”avskaffes” eller unngås. Men partene må være seg bevisst hva disse vendepunktene innebærer. De må diskuteres og måles opp mot de aktuelle helsepolitiske målsettingene som dominerer til enhver tid. For tiden er samarbeid en organisatorisk verdi som skal virkeliggjøre et ideal om et sammenhengende og bærekraftig tjenestetilbud, og i lys av dette idealet virker de vendepunktene jeg har diskutert som kontraproduktive.

I mange av eksemplene mine har vendepunktene for samarbeid i varierende form hatt sammenheng med forholdet mellom de to gruppene av bakkebyråkrater og behandlere slik jeg har avgrenset dem i kapittel 4. Både rammebetingelser og den diskursive fortolkningen av mulighetene for en faglig handlingsautonomi, avhenger tydeligvis av dette forholdet. Derfor vil jeg i det følgende kapitlet undersøke nærmere på hvilke måter samarbeid i psykisk helsevern og psykisk helsearbeid ut fra bakkebyråkratenes perspektiv er avhengig av forholdet til behandlerne.

9 Samarbeid om behandling og samarbeid med behandlere

9.1 Innledning

Det kvalitative skillet mellom bakkebyråkrater og behandlere i psykisk helsevern og psykisk helsearbeid har jeg innledningsvis begrunnet med en grunnleggende forskjellig struktur i arbeidshverdagen. I min beskrivelse av vendepunkt for samarbeid har jeg framhevet forholdet mellom disse to sammensatte gruppene av yrkesutøvere som en avgjørende faktor for hvordan samarbeid i psykisk helsevern og psykisk helsearbeid kan utformes.

I dette kapitlet vil jeg undersøke noen sentrale momenter i dette forholdet. Jeg tar utgangspunkt i et etter hvert ganske utydelig behandlingsbegrep og undersøker hvordan bakkebyråkrater instrumentaliserer sitt forhold til gruppen av behandlere når de konstruerer en egen faglig identitet.

Flere steder har jeg allerede påpekt at behandlingsbegrepet er et sentralt moment for de posisjonene som respondentene beskriver med sin retorikk når de presenterer seg selv og sitt faglige virke i forhold til gruppen av behandlere. Selve behandlerbegrepet er delvis beskyttet gjennom en lovfestet status. I Psykisk helsevernlovens § 1.4 er et faglig ansvar for å treffe vedtak samt å beslutte tvangstiltak tillagt og forbeholdt overleger i psykisk helsevern.⁵¹ Denne bestemmelsen er imidlertid myket opp gjennom flere unntaksbestemmelser. For det første har nå også psykologspesialister rett til å treffe vedtak om tvungent psykisk helsevern. For det andre er et praktisk ansvar for behandling i psykisk helsevern ikke lenger forbeholdt leger og psykologer. Legene som profesjon har eksklusiv råderett over behandlingen bare i ett bestemt tilfelle – nemlig når det gjelder medisinske spørsmål. Sosial- og helsedepartementet har i et brev til de berørte instansene påpekt at medisinske spørsmål i psykisk helsevern i motsetning til i de somatiske delene av helsevesenet, må defineres snevert

⁵¹ Jmf. http://www.lovdatab.no/cgi-wift/wiftldles?doc=/usr/www/lovdata/all/nl-19990702-062.html&emne=psykisk+helsevern*&&, oppsøkt sist 27.07.07.

(Nivison, 2003: 3). Behandlingsansvar for øvrig er som all annen tjenestevirksomhet i hel-sevesenet orientert ved faglige krav om forsvarlige og faglig kvalifiserte tjenester. Denne utydelige situasjonen åpner for at langt flere yrkesgrupper enn leger og psykologer kan få en formell status som behandlere.

Men kan da en forholdsvis åpen status som behandler i psykisk helsevern i det hele tatt av-grenses noenlunde entydig fra bakkebyråkratenes status? Er arbeidsoppgavene til de sist-nevnte del av en behandling andre står ansvarlig for, eller representerer deres tjenester en egen form for behandling i et sammensatt tjenestetilbud?

Den formaljuridiske avgrensingen mellom behandlere og behandling er i denne undersøkel-sen av mindre interesse. Langt mer relevant i forhold til min problemstilling er å undersøke hvordan bakkebyråkraterne selv oppfatter sitt arbeid, både i forhold til gruppen av behandle-re og i forhold til et utydelig behandlingsbegrep. Dette spørsmålet vil jeg i de følgende un-derkapitlene undersøke ut fra forskjellige perspektiver.

Kapitlet er strukturert på følgende måte. I del 9.2 diskuterer jeg et eksempel fra mitt data-materiale der en bakkebyråkrat i spesialisthelsetjenesten beskriver et svært begrenset hand-lingsrom for sitt samarbeid med kommunen. Jeg bruker dette eksemplet som utgangspunkt for å argumentere at disse begrensningene kan føres tilbake til bakkebyråkraters posisjon som avhengig av deler av behandlergruppen, og at denne avhengigheten fører til en svært problematisk faglige endimensjonalitet i et ideelt sett tverrfaglig tjenestetilbud for mennes-ker med psykiske lidelser.

I et neste skritt undersøker jeg i del 9.3 en eksklusiv posisjon som portvokter for tilbudene i spesialisthelsetjenesten som legene innehar, og jeg sammenlikner de idealtypisk formulerte premissene for en slik posisjon med beskrivelser av konkrete samarbeidsforhold. Med ut-gangspunkt i denne sammenlikningen ut fra bakkebyråkratenes perspektiv utvikler jeg et argument om en svært perifer posisjon for gruppen av behandlere i det kontinuerlige sam-arbeidet rundt pasientene.

Underkapittel 9.4 omhandler forskjellige varianter av denne perifere posisjonen i bakkeby-råkratenes retoriske forhandling. Der begrunner jeg en tese om at samarbeid utspiller seg som to parallelle prosesser for de to gruppene bakkebyråkrater og behandlere.

I del 9.5 betrakter jeg samarbeid i psykisk helsevern og psykisk helsearbeid som en identitetsdannelsesprosess for bakkebyråkrater. Jeg presenterer eksempler der gruppen av behandlere til tross for sin svært perifere posisjon i det tverrfaglige samarbeidet på tvers av linjenivåene, har en sentral posisjon i konstruksjonen av en kollektiv identitet for bakkebyråkrater som gruppe. Jeg framhever særlig den sentrale betydningen av en tydelig grenseoppgang mellom bakkebyråkrater og behandlere i denne konstruksjonen. For å støtte denne argumentasjonen undersøker jeg mer detaljert hvilke konsekvenser det har når denne grensen står i fare for å bli perforert.

Den siste delen av kapitlet omhandler selve behandlingsbegrepet som jeg betrakter som sentralt for bakkebyråkratenes konstruksjon av en kollektiv identitet. Jeg argumenterer at bakkebyråkraterne står for en vesentlig del av behandlingstilbudet i psykisk helsevern og psykisk helsearbeid, men at behandlingssideologien de støtter seg på, er ufullstendig utviklet og derfor problematisk å instrumentalisere i konkurranse med andre, mer dominerende behandlingssideologier.

Forholdet mellom bakkebyråkrater og behandlere er mangsidig, og jeg vil begynne min undersøkelse av dette forholdet med en diskusjon av flere eksempler der bakkebyråkratenes mulighet til et samarbeid på tvers av linjenivåene, allerede i utgangspunktet gjennom et faglig snevert syn på oppgaver i psykisk helsevern og psykisk helsearbeid har blitt begrenset.

9.2 Institusjonalisert profesjonsmakt som begrensning for samarbeid

9.2.1 Innledning

Begrensninger for et samarbeid med andre instanser som bakkebyråkratene erfarer direkte eller indirekte gjennom behandlernes sentrale posisjon, vil jeg i dette underkapitlet diskutere ut fra to perspektiv.

I en første del undersøker jeg en spesiell form for institusjonalisert profesjonsmakt som legene innehar i sin posisjon som portvoktere for tjenester i spesialisthelsetjenesten. I denne posisjonen er først og fremst primærlegene i kommunene omtalt. Jeg argumenterer imidlertid at leger har en dobbel posisjon som portvoktere både i primær- og i spesialisthelsetjenesten, og at denne dobbelte posisjonen fører til en alvorlig begrensning bakkebyråkratenes i mulighet til et bærekraftig samarbeid på tvers av de organisatoriske linjenivåene.

I den andre delen av dette underkapitlet undersøker jeg en annen begrensning for samarbeidet mellom bakkebyråkrater i spesialisthelsetjenesten og deres samarbeid i kommunehelsetjenesten. Også denne begrensningen fører jeg tilbake til et ensidig og dominant legefaglig perspektiv på psykiske lidelser, som kolliderer med et krav om tverrfaglige tjenester. I dette tilfellet er behandlernes dominans imidlertid ikke knyttet til en institusjonalisert posisjon som portvokter, men til en bestemt organisatorisk struktur i spesialisthelsetjenesten.

9.2.2 Portvoktere i psykisk helsevern og helsearbeid

Tilgangen til ressurser i spesialisthelsetjenesten er prinsipielt åpen for alle trengende. I spesialisthelsetjenesten er tilbudet imidlertid svært variert, og verken for pasientene selv eller for de forskjellige yrkesgruppene i helsevesenet er det uten videre synlig hvilke tilbud som svarer best til et bestemt helseproblem. Dessuten er ressursene begrenset, og derfor blir også behovene etterprøvd.

En slik posisjon for tilgangen til tjenester i spesialisthelsetjenesten er ofte omtalt som portvokter og portåpner, og den er som regel tilskrevet primærlegene i kommunehelsetjenesten (Finnvold, 2006; Hansen, 2004; Wisløff & Helse- og omsorgsdepartementet, 2005). I NOU 3/2005 *Fra stykkevis til helt : en sammenhengende helsetjeneste* er primærlegenes posisjon for eksempel beskrevet slik:

<F>astlegene er en viktig del av primærhelsetjenesten og skal ha et samlet ansvar for å vurdere helheten i pasientenes situasjon og har en rolle som portåpner og portvakt til det mer spesialiserte nivå. Dette gir fastlegen en naturlig rolle som koordinator for tjenestene til den enkelte pasient. Dette innebærer alt fra samhandling med ulike kommunale instanser til samhandling med en sammensatt spesialisthelsetjeneste.

(Wisløff & Helse- og omsorgsdepartementet, 2005: 129)

Her brukes altså fastlegens posisjon som portvakt og et ansvar for å vurdere helheten i pasientens behov til å legitimere en ”*naturlig rolle som koordinator*”. Jeg har flere steder i denne avhandlingen dokumentert at fastlegene i de pasientkarrierene jeg har undersøkt, ikke var i nærheten av en posisjon som koordinator for et sammensatt tjenestetilbud. Heller ikke når respondenter har beskrevet arbeidet i andre ansvarsgrupper, ble fastleger nevnt annet enn som heller perifere deltakere. I disse beskrivelsene var posisjonen som koordinator, som leder for ansvarsgruppen eller lignende, posisjoner som uten unntak ble ivaretatt av yrkesutøvere fra gruppen av bakkebyråkrater. Grunnlaget for en legitimering av fastlegens ”*naturlig rolle som koordinator*” framstår i lys av dette derfor i høyeste grad som tvilsomt.

Men også av andre grunner er en posisjon som portvakt problematisk. Selv om primærlegenes rolle som portvakt, i utredningen er framhevet som et faktum, eksisterer, så vidt meg bekjent, ingen lovhjemmel for dette. Jeg vil i det følgende underkapitlet se nærmere på konsekvensene som en eksklusiv legefaglig posisjon som portvokter, har for samarbeid i et tverrfaglig tjenestetilbud for mennesker med psykiske lidelser.

9.2.3 Henvisningsrett som mulighet og begrensning for å etablere et sammensatt tjenestetilbud

De organisatoriske enhetene i spesialisthelsetjenesten som jeg har undersøkt, skiller seg fra hverandre i sin praksis hvorvidt de utelukkende tar imot henvisninger skrevet av leger, eller om de også åpner for henvisninger fra andre yrkesgrupper. På et av de distriktpspsykiatriske

sentrene i min undersøkelse er det praksis bare å behandle henvisninger skrevet av en primærlege. Ikke overraskende er dette det samme senteret der psykiaterne er i en tydelig dominant posisjon.

Andre DPS eller avdelinger i tredjelinjetjenesten som jeg var i kontakt med i denne undersøkelsen, har angitt at de behandler både henvisninger skrevet av leger og av bakkebyråkrater i kommunehelsetjenesten. Likevel har også disse respondentene påpekt at henvisninger fra legepersonalet er regelen, mens henvisninger skrevet av bakkebyråkrater er unntaket. Interessant nok kommer motstanden mot at også bakkebyråkrater skriver henvisninger til spesialisthelsetjenesten ikke alltid fra behandlerensiden.

I: Har du fått tilbakemelding om at det er uvanlig at du som PRO-sjef skriver det?

R: Ja. .. Ja, selvfølgelig. De har i noen år prøvd å si at det er legen som skal skrive søknader. Og det er vel IKKE legene som syns det, men det er sykepleierne som snakker noe om systemer og hvordan ting skal være. .. Legene har ingen problemer med å forholde seg til at det er meg som kjenner pasienten, og at det er meg som skriver søknadene, med en kopi til fastlegen. .. Fastlegen har heller ikke noe imot å slippe den jobben. <...> De har ikke kontakt med pasienten. Sånn at de har ikke noe grunnlag for å vurdere hvordan tilstanden er. <...> Altså når legevakta i <kommune> får telefon fra 14, så ringer legevakta meg opp med en gang og sier at nå har vi en typisk <respondent>-pasient, og så diskuterer vi hva de skal gjøre. Det er legene som bestemmer til slutt hvordan behandling som blir gitt. Men de gjør det aldri uten å ha konferert med meg, fordi at jeg vet noe om hjemmeforholdene.

Sykepleier, PRO-sjef, første linje.

Her kommer motstanden altså verken fra kommunelegene eller fra legene i spesialisthelsetjenesten. Respondenten peker ut sine sykepleierkolleger som de som ”*snakker noe om systemer og hvordan ting skal være*”. Slik respondenten opplever det, blir legenes posisjon som portvokter paradoksalt nok forsvart av bakkebyråkratene og ikke fra legene selv. Hun presenterer også en forklaring for forståelsen fra legesiden: Hun kjenner pasienten best, og hun har oversikt over hjemmeforholdene. Her bruker altså respondenten sin nærkontakt til pasienten som begrunnelse for at hun har anledning til å skrive henvisninger til spesialisthelsetjenesten.

Jeg skal komme mer utførlig tilbake til den sentrale funksjonen som en nær og tett kontakt til pasientene har for konstruksjonen av en identitet som bakkebyråkrat i psykisk helsevern og helsearbeid. Her vil jeg nå fastholde at leger i primærhelsetjenesten tydelig har en sterk stilling som portvoktere for tilbudet i spesialisthelsetjenesten, selv om de ikke er enerådende. At bakkebyråkrater skriver henvisninger til spesialisthelsetjenesten forekommer, men dette representerer heller unntaket enn regelen.

Men hvordan er situasjonen i spesialisthelsetjenesten? Jeg har i det forrige underkapitlet påpekt den sterke legedominansen i vurderingen om hvorvidt DPSet skal stille tjenester til rådighet eller ikke. Også i intervju med bakkebyråkrater fra andre organisatoriske enheter blir legenes posisjon framhevet som mest autoritativ. I samarbeidet mellom behandlere og bakkebyråkrater inntar altså legene en dominant posisjon som dørvokter i dobbel forstand. Selv om det finnes unntak, er det tydelig at bakkebyråkrater i førstelinjetjenesten som regel må gå omveien via primærleger når de ut fra sin tette kontakt med pasienten vurderer situasjonen slik at pasientene trenger assistanse fra spesialisthelsetjenesten. I spesialisthelsetjenesten setter legenes sterke posisjon dem på nytt i en posisjon som dørvoktere. Til tross for en mange steder uttalt helsepolitisk målsetting om tverrfaglig psykisk helsevern og psykisk helsearbeid, blir nødvendigheten av et tilbud i spesialisthelsetjenesten altså først og fremst vurdert ut fra et medisinsk-psykiatrisk perspektiv, mens andre faglige perspektiv blir trengt i bakgrunnen gjennom legenes posisjon som dørvokter.

Når diskusjonen om hvorvidt en pasient skal innlegges eller ikke, forblir en diskusjon mellom leger som vurderer behovet ut fra rent medisinfaglige hensyn, er dette svært problematisk. Men legenes dominante posisjon stopper ikke ved innleggelsen. Den fortsetter også i utforming av tjenestetilbudet under pasientens opphold, som i det følgende eksemplet:

1. I: Har du noen gang følt at du blir holdt utenfor behandling av en pasient? ... At det treffes avgjørelser der du synes: altså her skulle jeg jammen ha sagt noe?
2. R: Ja, det har det jo vært. Altså .. ved opprettelsen av sentret her så har det jo vært en ting som har måtte gå seg til i hvor stor grad vi skulle ha en medbestemmelsesrett.
3. I: Hvem er vi?
4. R: Vi i teamet. Altså vi miljøterapeutene på .. på avdelingsnivå. Og det er noe som vi har jobba kontinuerlig og veldig mye med, og .. og det er også på bakgrunn av det at vi bestemte at vi skulle jobbe i team, for vi tenkte at som team står vi sterkere. Og pr. i dag så vil jeg si at vi absolutt har utvikla oss stort i forhold til det, og en dag i uka har vi disse her teammøtene der vi samles med legene. Og det er ganske høyt under taket. Der vil jeg si at absolutt alle blir hørt. Og vi har ofte ting som vi er uenig med legene i, og vi legger fram vår mening. Fordi at det er vi som jobber nærmest på disse her pasientene og kjenner dem i det daglige. ... <...> I forhold til dette her med permisjoner og hva slags type utgang de skal ha <...> disse her unge rusmisbrukerne. <...> Vi tester dem jo og jeg tenker at når de - eller VI tenker at når de i over såpass lang tid har vært rusfri, hadde jeg nær sagt, så er vel vi litt snarere å tenke at .. at de MÅ - de må komme litt ifra oss også, de må få ut i verden og prøve seg lite grann i forhold til permisjon. DER syns jeg vel legene kanskje holder LITT lenger tilbake enn det vi .. vi gjør. <...> Og da tar vi det opp i teamet, og da argumenterer vi knallhard for det at nå MÅ denne her gutten eller jenta få prøve seg lite grann, og så har vi en høylydt diskusjon omkring DET. Og så .. - som regel opplever jeg faktisk at vi blir hørt på det.
5. I: Ja. Men hvem sitter da der og treffer avgjørelsen om utgangen blir forandret?

6. R: Legene. <...> Men vi er vel egentlig blitt flinkere på å avgjøre sånn - Altså vi kan jo faktisk tenke sjøl, og vi har jo .. haugevis med erfaring, en del av de som jobber her. Og i forhold til permisjoner og sånn, hvis ikke leger er tilgjengelig, så vurderer vi det sjøl hvorvidt han kan ha en permisjon i helga.

Vernepleier, andre linje, døgnavdeling

Spørsmålet i § 1 retter seg ikke uttrykkelig mot forholdet mellom bakkebyråkrater og behandlere. Jeg spurte om respondenten noen gang har følt seg utelukket fra pasientens behandling og dette kan like mye tolkes som helheten av tiltakene på senteret som den delen som behandlergruppen er ansvarlig for. Men allerede i § 2 relaterer respondenten det tydelig til et konfliktfullt forhold mellom bakkebyråkrater og behandlere. Hun skisserer en historisk utvikling der bakkebyråkratene helt siden opprettelsen av senteret i 1999 måtte tilkjempe seg en *"medbestemmelsesrett"*, og der denne prosessen fram til intervjutidspunktet fremdeles ikke er avsluttet. I § 4 framhever respondenten uttrykkelig en kollektiv identitet for bakkebyråkratene (*"vi miljøterapeutene"*) i avgrensning til gruppen av behandlere. Men det gjelder ikke hele behandlergruppen. Hun framhever spesielt legene, og det er tydelig at en kamp om faglig selvstendighet først og fremst føres mellom disse og bakkebyråkratene. Også den kollektive identiteten er presentert som et strategisk trekk for å motvirke en legefaglig dominans: *"vi tenkte at som team står vi sterkere"*. Denne kollektive identiteten er viktig for respondenten. Det vises for eksempel når hun korrigerer seg selv i sin beskrivelse av en uenighet mellom bakkebyråkrater og leger: *"jeg tenker at når de - eller VI tenker at når de i over såpass lang tid har vært rusfri"*. *"Vi"* er i denne prosessen tydelig både viktigere og mer virkningsfullt enn *"jeg"*.

Strategien med å bygge opp en kollektiv identitet for å motvirke en faglig legedominans viser altså delvis virkning. Dette påpeker respondenten flere ganger i § 4. Diskusjoner mellom de to gruppene på teammøtene er høylydte, det er stor takhøyde og *"alle blir hørt"*. Men *"knallharde"* argumenter og høylydte diskusjoner fører bare til en viss grad fram. Legene på senteret hører hva bakkebyråkratene sier og de tar deres synspunkter med i betraktning. Men på mitt spørsmål om ansvars- og myndighetsforhold er respondenten i § 5 klar i sin vurdering: På senteret har legene det siste ordet. Likevel indikerer respondenten at dette kapitlet ikke er avsluttet enda. Bakkebyråkratene som kollektiv (hun holder fast ved det kollektive *"vi"* istedenfor *"jeg"*) har klart å ta en del myndighet fra legene. Når ingen lege er tilgjengelig, vurderer de selv behandlingsrelaterte tiltak som permisjoner og lignende. Respondenten formidler også en klar formening i forhold til hvordan hun vurderer denne

utvidelsen av et faglig handlingsrom. Den er i respondentens beskrivelse positiv. Bakkebyråkratene har blitt ”*flinkere*” siden de tillater seg å treffe den slags avgjørelser på egen hånd uten å vente på klarsignal fra legene.

Fram til nå har jeg i min analyse av forskjellige eksempler argumentert at legene har en dobbel posisjon som dørvokter for innleggelse i spesialisthelsetjenesten. I denne posisjonen begrenser de mulighetene for bakkebyråkratene til å utforme et tjenestetilbud ut fra egne faglige premisser, og som jeg innledningsvis har vist, de begrenser i sin dominante posisjon som dørvoktere i noen tilfeller også muligheten for bakkebyråkrater til å delta i et kontinuerlig samarbeid på tvers av de organisatoriske linjenivåene.

I de eksemplene jeg har diskutert i dette underkapitlet, fører legenes dørvokterposisjon til at avgjørelser blir truffet først og fremst ut fra medisinske hensyn, mens andre faglige perspektiver i beste tilfelle blir tatt til etterretning som supplerende innskudd. Dette er problematisk i forhold til den sentrale verdien om et tverrfaglig samarbeid på tvers av de organisatoriske linjenivåene i psykisk helsevern og psykisk helsearbeid. En slik arbeidsfordeling mellom bakkebyråkrater og behandlere forhindrer i disse tilfellene at et bærekraftig og kontinuerlig samarbeid kan utvikle seg. I dette samarbeidet må nødvendigvis også andre enn medisinfaglige vurderinger komme til sin rett, og når leger i sin dørvokterposisjon forhindrer andre yrkesgrupper fra å delta på ansvarsgrupper og lignende, er ikke mye til overs verken av samarbeid som organisatorisk verdi, eller av de store forhåpningene som er knyttet til tverrfaglighet i det sammensatte feltet av psykisk helsearbeid.

Men en dominant legefaglighet virker ikke bare kontraproduktiv for et tverrfaglig samarbeid når legene okkuperer en dobbel posisjon som portvokter for tilbudene i spesialisthelsetjenesten. Den samme konsekvensen har en del av de organisatoriske strukturene for de organisatoriske enhetene i andre- og tredjelinjetjenesten. I det følgende underkapitlet vil jeg undersøke disse strukturene som plasserer behandlerne generelt, og legene spesielt i en organisatorisk dominant posisjon. Med utgangspunkt i denne presentasjonen argumenterer jeg at disse strukturene i høy grad begrenser bakkebyråkratenes mulighet til et samarbeid på tvers av de organisatoriske linjenivå.

9.2.4 Bakkebyråkratenes avhengighet fra behandlernes organisatorisk dominante posisjon

En første framstilling av bakkebyråkratenes avhengighet av behandlernes dominante posisjon i en organisatorisk struktur vil jeg gi gjennom et eksempel fra en pasientkarriere som jeg allerede har presentert deler av i kapittel 8.3.3.3. Der har jeg beskrevet hvordan bakkebyråkratene i den kommunale førstelinjetjenesten har endt opp som ensom faglig sisteinstans med ansvar for en pasient med en akutt og farlig problematikk. I dette tilfellet hadde både andre og tredjelinjetjenesten trukket seg fra samarbeidsforholdet med den begrunnelsen at pasientens problematiske karriere ikke var begrunnet i en psykisk lidelse, men i en form for utviklingshemning.

I dette underkapitlet vil jeg følge den samme samarbeidskarrieren, men denne gangen ut fra perspektivet til bakkebyråkratene i andrelinjetjenesten.

Pasientens karriere hadde i årenes løp ført til mange opphold både i andre- og tredjelinjetjenesten. Ikke alle i spesialisthelsetjenesten delte vurderingen i forhold til et simpelt skille mellom pasienter med psykiske lidelser og psykisk utviklingshemning, slik jeg har antydnet ovenfor. Det følgende utdraget er fra et intervju med en bakkebyråkrat fra andrelinjetjenesten. Denne respondenten har vært pasientens kontakt gjennom de forgående fire årene.

1. I: Er det noe som du synes skiller ut det samarbeidet rundt 11 fra andre pasienter du har å gjøre med? ...
2. R: Jaa .. altså ... - Nei, han 11, han har en - altså han 11 oppfattes - og jeg er jo ikke i tvil om at det ikke er tilfelle .. at han er lettere psykisk utviklingshemmet. <...> Jeg vet ikke om disse her pasientene blir tatt like mye på alvor som de som er mer .. kan mer snakke for seg og .. - Jeg skulle ønske at det ikke var sånn, men jeg .. jeg tror nok kanskje at det ER sånn. ..
3. I: Mhm. .. Og det preger samarbeidet også med kommunen? .. At ikke DU føler at du får gehør for det som du sier fordi han er litt .. tregere?
4. R: Ja, jeg synes det. Jeg synes at det er nesten litt sånn - Og det kan veldig godt være ifra vår side også, at .. - Men når man gjør en sånn henvendelse, så er det sånn: Huff, kommer han nå inn igjen! Altså - jeg tror han ER en sånn pasient som man .. er nok blitt litt lei av og ikke helt vet om man skal ta på alvor, det som han sliter med.

Vernepleier, andre linje, døgnavdeling

Innenfor DPSet er denne pasientkarrieren tydelig et betent spørsmål. Flere lengre pauser i dette utdraget tolker jeg som et uttrykk for at respondenten veier sine svar nøye. Likevel er respondentens holdning ganske klar. Den ”offisielle” holdningen på DPSet er at pasienten har en psykisk utviklingshemning, men respondenten begynner sitt resonnement i § 2 med

en kraftfull dobbel benektelse: *"jeg er jo ikke i tvil om at det ikke er tilfelle"*. Hun tegner også et bestemt hierarki blant pasienter. Noen kan gjøre krav på bestemte tjenester, mens andre ikke i samme grad kan det og denne pasienten hører til den siste gruppen. Etter en ubestemt oppfordring om å utdype, åpner jeg i § 3 for å legge ansvaret for å være lydhør overfor pasientens behov helt og holdent på kommunen. Men respondenten benytter seg bare delvis av denne muligheten. *"Det er nesten litt sånn"* i § 4 er en forholdsvis mitigerende formulering, og midt i setningen avbryter respondenten seg selv for å komme med en organisatorisk selvkritikk: *"Og det kan veldig godt være ifra vår side også"*. Hennes forklaring for hvorfor ingen fra DPS deltar i ansvarsgruppa har ingenting med pasientens usikre status som psykisk syk eller psykisk utviklingshemmet å gjøre. Mye mer er det en faglig rådvillhet som blir synlig i § 4: *"man"* er blitt lei pasienten, og dette er i respondentens beskrivelse den egentlige grunnen for at DPS har trukket seg fra samarbeidet.

Respondenten formidler altså tydelig at hun ikke deler den rådende "offisielle" holdningen på DPS. Hun avviser den simplificerende ekskluderende logikken og vil ikke trekke seg fra et samarbeid med kommunen. Hun er pasientens kontaktperson på DPS, og når hun kommuniserer i dette utdraget at hun vil bidra til det kontinuerlige samarbeidet mellom linjenivåene, blir spørsmålet hvem det egentlig er som har trukket andrelinjetjenesten ut?

En mulighet er at bakkebyråkratene i kommunen selv ikke har invitert aktiv til et samarbeid for eksempel i ansvarsgruppen. I flere av intervjuene har imidlertid respondentene fra førstelinjetjenesten framhevet nettopp sine bestrebelser for å inkludere enhetene i spesialisthelsetjenesten i et aktivt samarbeid.

Hvilken posisjon har så pasientens kontaktperson på DPS i samarbeidet med kommunen? I det følgende intervjuutdraget (fortsett med pasientens kontaktperson i andrelinjetjenesten) blir det tydelig at hennes kunnskap om hva som foregår rundt pasienten utenfor døgnavdelingen på DPS er svært begrenset.

1. I: Å ja. .. Mhm. .. Har du fulgt han opp hele tida?
2. R: Ja, det har jeg gjort, mer eller mindre. Det var jeg som hadde med 11 å gjøre ved den første innleggelsen når han kom hit i 2000. <...> De første innleggelsene så prøvde vi jo å bruke veldig mye tid på å bli kjent med 11, og han hadde jo bestemte ønsker på hva som kunne bli bedre i hans liv da. Og der gjorde jo vi de henvendelsene på bakgrunn av opplysninger fra han, som retta seg mot hjemstedskommunen hans. Og der har jeg hatt kontakt med - Jeg har hatt kontakt med legen hans. <...> Jeg har hatt kontakt med trygdekontoret. .. Ei dame der som 11 har veldig godt forhold til. Jeg har hatt kontakt med hjemmesykepleien, diverse personer i hjemmesykepleien. Og jeg har hatt kontakt med arbeidssamvirket <...>.

3. I: Mhm. Og med psykiatritjenesten i <hjemkommune>, har du hatt-?
4. R: Ja, der har jeg hatt kontakt.
5. I: Hvem er det?
6. R: Eh. .. Hun er vel nettopp ansatt. Jeg husker ikke navnet på henne, men vi har hatt en . en - da hun – <X> heter hun. <...> Vi hadde en lang samtale om 11 da for jeg prøvde meg på en individuell plan og skulle lage til han. <...> For jeg tenkte at vi må prøve å samle alle gode krefter rundt han, hadde jeg nær sagt. Og da snakka jeg lenge med <X>. Men hun var nytilsatt i den stillingen. <...> 11 sier sjøl at - nevner henne som .. som en person som . jeg holdt på å si han kan akseptere kommer innom der. Det syns han er OK. ..
7. I: Men er det ikke <Y> som følger opp 11? Har jeg misforstått noe?
8. R: Altså han snakker om hun her <Y>. Det er <...> psykologen min, <Y>, sier han. Men 11 er ikke så nøye på hva folk ER, hadde jeg nær sagt. Så det er mulig at de har gjort en - at det er hun som skal ha med han å gjøre NÅ da.
9. I: Mhm. .. OK. .. Når du tar kontakt med noen utenfor huset, hvordan foregår det vanligvis?
10. R: Per telefon.
11. I: Dere har jo hele opplegget med et telematikkutstyr og du reiser liksom også en del.
12. R: Mhm.
13. I: Men du har ikke vært på møte i kommunen?
14. R: Nei. <...> Det har vært sånn at hver gang 11 har vært innlagt her, så har jeg jo skrevet en sånn rapport. Og jeg har også ringt til dem for å prøve å - og snakka litt rundt 11 og .. og hva som evt. skulle skje med han når han kom hjem. ..
15. I: Ja. Og den går til hjemmesyke- - eller til psykiatritjenesten?
16. R: Ja. Mhm.
17. I: Går det til flere plasser?
18. R: Nei, jeg har jo snakka med han her primærlegen hans da, det har jeg jo gjort. Men det har vel stort sett vært hjemmesykepleien, egentlig. Jeg vet ikke om de nettopp har organisert seg med en psykiatritjeneste. Jeg tror ikke den har vært oppe og gått så spesielt lenge. ..

Vernepleier, andre linje, døgnavdeling

Respondenten beskriver i begynnelsen av dette utdraget i § 2 en lang og kontinuerlig profesjonell relasjon til pasienten. Han har vært innlagt ofte, og etter hvert da pasienten ytret bestemte ønsker i forhold til oppfølgingen på hjemplassen, har respondenten under disse innleggelsene tatt kontakt med hjelpeapparatet i hjemkommunen. Den første kontaktpersonen hun nevner, er fastlegen, deretter følger en rekke andre instanser: trygdekontoret, hjemmesykepleien og pasientens arbeidsplass. Overraskende nok mangler den kommunale enheten for psykisk helsearbeid som vanligvis i det daglige følger opp mennesker med psykiske lidelser. På mitt direkte spørsmål bekrefter respondenten i § 4 at hun også har vært i kontakt med denne enheten. Hun nevner imidlertid ikke pasientens kontaktperson i kommunen, men en nytilsatt medarbeider der. Etter litt husker respondenten også navnet til bakkebyråkraten hun har snakket med, men det er tydelig at hun ikke har en særlig aktiv kontakt med den kommunale enheten for psykisk helsearbeid. Det er tydelig at respondentens første

kontakt med ”psykiatritjenesten” i kommunen, og hun er tydelig ukjent med arbeidsfordelingen der.

Som hun sier i § 6 vil hun ”samle alle gode krefter rundt han” og begynne på en individuell plan. På bakgrunn av informasjon om kommunen og de intervjuene jeg har gjennomført der, etterspør jeg i § 7 om respondenten også har vært i kontakt med pasientens kontaktperson <Y>. I § 8 blir respondenten litt usikker. Pasienten selv har nevnt <Y> under oppholdene, og respondenten forklarer for seg selv og meg hvorfor hun ikke har tatt kontakt med <Y>: ”Så det er mulig <...> at det er hun som skal ha med han å gjøre NÅ da”. Dette er stikk i strid med den posisjonen som <Y> har beskrevet for seg selv i andre intervju. Der har <Y> beskrevet seg som den sentrale kontaktpersonen for pasienten over flere år, og har også gitt uttrykk for at hun mangfoldige ganger har invitert pasientens kontaktpersoner på senteret til ansvarsgruppemøter og lignende, uten at de har møtt opp eller har svart på innkallingene.

Ikke bare i forhold til pasientens kontaktperson i kommunen viser respondenten seg å være svært dårlig informert. I § 10 gir hun til kjenne at hennes kontakt med andre instanser vanligvis forgår per telefon. Når jeg i § 11 nevner andre kanaler for et samarbeid med kommunene (videokonferanser og reiser ut til førstelinjen) blir respondenten først ubestemt, men på det direkte spørsmålet i § 13 bekrefter hun i § 14 klart at hun, til tross for at hun har vært pasientens kontaktperson i andrelinjetjenesten over flere år, aldri har deltatt på et møte rundt pasienten utenfor DPSet. Når hun i § 18 gir uttrykk for at hun oppfatter den kommunale enheten for psykisk helsearbeid som relativt nylig etablert, blir det tydelig at hennes perspektiv på forholdene i pasientens hjemkommune bygger på svært mangelfull og delvis feilaktig informasjon.

Respondenten utøver sin posisjon som kontaktperson for pasienten klart ut fra et svært begrenset perspektiv på et mulig samarbeid med andre. I de fire årene hun har jobbet med pasienten, har hun som hun sier i § 16, rutinemessig varslet hjemmesykepleien om en utskrivning. Hun er ukjent med oppfølgingen pasienten har på hjemplassen, og når hun etter fire år vil ”samle alle gode krefter” rundt pasienten for å skrive en individuell plan, er hun ukjent med at en slik plan er skrevet for lengst, at det i alle disse årene har eksistert en ansvars-

gruppe rundt pasienten, og at pasientens kontaktperson i kommunen mange ganger har forsøkt å få pasientens kontaktpersoner på senteret til å delta i dette arbeidet.

Men hva kan dette sørgelig innovervendte perspektivet som respondenten formidler si om forholdet mellom bakkebyråkrater og behandlere?

I flere intervju har pasientens kontaktperson i kommunen uttrykkelig framhevet at hun regelmessig har invitert DPSet til alle ansvarsgruppemøter. Hun har også sterkt beklaget beskjeden derfra – nemlig at DPSet ikke anser pasienten som deres bord siden de oppfatter han som psykisk utviklingshemmet og ikke psykisk syk. På den andre siden ytrer pasientens utilstrekkelig informerte kontaktperson på døgnavdelingen en interesse i et samarbeid. Hvor har nå kommunikasjonen stoppet opp i dette tilfellet?

Jeg vil i dette eksemplet særlig framheve DPSets rutiner i forhold til kontakten utad som årsak til denne informasjonssvikten. På spørsmål om rutinene for innleggelser svarte et medlem av det tverrfaglige lederteamet ved senteret følgende:

I: Hvem er det som treffer en sånn avgjørelse, at noen skal tas inn eller ikke inn?

R: Det er inntaksmøtet. Inntaksmøtet er alle overlegene, og alle behandlerne i poliklinikken. Og jeg representerer døgn .. og dag. Og så har jeg en psykolog som jobber i dagavdelinga som representerer dag, men nå er hun ute, sånn at det er han overlegen som har ansvaret for dag, pluss meg da, som representerer dagavdelinga i inntaksmøtet. Og beslutninga der - Noen ganger så kan det gjøres ganske .. konkrete beslutninger, at .. at man drøfter der og da .. problemstillinger, hvem som skal ta denne her pasienten. Andre ganger så finner man ut at <...> allmennteamet får ta søknaden og diskutere videre.

Sykepleier med videreutdanning i psykisk helsearbeid, andre linje, leder

Innleggelser ved DPSet avgjøres ut ifra dette i en tverrfaglig beslutningsprosess. Men tverrfaglighet er i denne sammenhengen ganske relativt. Ikke bare er respondenten i denne runden den eneste bakkebyråkraten blant mange behandlere. Respondenten framhever også spesielt gruppen av overleger. Allerede her avtegner det seg en profesjonell slagside fordi legene tydeligvis har en langt sterke stilling ved innleggelser enn andre yrkesgrupper. Flere respondenter både med et perspektiv innenfra og utenfra senteret, har i andre sammenheng framhevet en ganske autonom beslutningsmyndighet som overlegene ved dette senteret utøver.

Ved denne autarke posisjonen strander i dette tilfellet så vel respondentens gode, om ganske sene idé om ”å samle alle gode krefter”, og den kommunale kontaktpersonens forsøk på å inkludere DPSet i ansvarsgruppen. Når det gjelder søknader om innleggelser, blir disse

diskutert i det legedominerte inntaksmøte. Også andre skriftlige henvendelser blir først bearbeidet i legekollegiet og derfra sendt videre til andre berørte parter på senteret.

I andrelinjetjenesten kan respondenten derfor ikke holde seg kontinuerlig oppdatert om pasientens tilbud i kommunen, mens på den andre siden når henvendelser til DPSet som organisatorisk enhet ikke fram til de som står for kontinuiteten i pasientkontakten, og som derfor har best kjennskap til pasienten. Slike henvendelser stopper opp hos behandlergruppen dominert av psykiatere, og blir der vurdert ut fra andre faglige premisser enn hos bakkebyråkratene. I dette tilfellet har behandlergruppen lagt medisinsk-psykiatriske kriterier til grunn både for å definere pasienten ut fra DPSets virksomhetsområde, og for å forhindre bakkebyråkratenes deltakelse i en samarbeidsprosess på tvers av linjenivåene.

9.2.5 Sammenfatning

I dette underkapitlet har jeg diskutert forholdet mellom bakkebyråkrater og behandlere ut fra et organisatorisk perspektiv der behandlerne (og her særlig yrkesgruppen av leger) har en dominerende posisjon. Denne posisjonen har jeg beskrevet som et alvorlig hinder for bakkebyråkratenes mulighet til et samarbeid på tvers av de organisatoriske linjenivå.

Et aspekt for et slikt problematisk hierarki mellom behandlere og bakkebyråkrater er begrunnet i en posisjon som portvokter for tjenester i spesialisthelsetjenesten. I en slik posisjon er først og fremst primærlegene i kommunehelsetjenesten omtalt, men jeg har hevdet at leger sitter i en dobbel posisjon som portvokter både i primær- og i spesialisthelsetjenesten.

Et annet aspekt har jeg beskrevet med et eksempel fra en organisatorisk enhet i spesialisthelsetjenesten som har gitt et tydelig inntrykk av for lite bærekraftige kommunikative strukturer mellom de to gruppene av bakkebyråkrater og behandlere. I dette tilfellet har psykiaterne som den dominante yrkesgruppen både i forhold til andre behandlere og til bakkebyråkratene, fastlagt og begrenset premissenene for et samarbeid med andre linjenivå ut fra sitt eget faglige perspektiv. De har effektivt hindret at bakkebyråkraten i spesialisthelsetjenesten kunne bygge opp og opprettholde en kontinuerlig kontakt til sine samarbeidspartnere i kommunen. Dette eksemplet er langt fra det eneste i de femten pasientkarrierene jeg har

fulgt, der bakkebyråkratenes mulighet til samarbeid med andre er blitt begrenset på liknende måter. I et tverrfaglig tilbud for psykisk helsearbeid på tvers av linjenivåene vil jeg framheve dette som et svært problematisk aspekt i forholdet mellom de to gruppene av bakkebyråkrater og behandlere.

I det følgende underkapitlet vil jeg ytterligere understreke det problematiske aspektet ved behandlernes sentrale posisjon i den organisatoriske strukturen både i primær- og i spesialisthelsetjenesten. Jeg undersøker her behandlernes posisjon slik bakkebyråkraterne beskriver den i et allerede etablert kontinuerlig og tverrfaglig samarbeid i kollektive fora, som for eksempel i ansvarsgrupper og i arbeidet med individuelle planer.

9.3 Behandlernes perifere posisjon i samarbeid mellom linjenivå

9.3.1 Innledning

Overraskende ofte har bakkebyråkraterne beskrevet pasientens formelle behandlere som relativt perifere i det kontinuerlige samarbeid på tvers av linjenivåene. I alle de femten pasientkarrierene som jeg har fulgt, har koordinatoren for arbeidet med individuelle planer, ansvarsgrupper og andre kollektive fora som skal føre sammen bidragene fra ulike tjenester til et sammenhengende tilbud, vært rekruttert fra gruppen av bakkebyråkrater. I den grad personer med en formell behandlerstatus har deltatt i det koordinerende samarbeidet, har dette skjedd bare i korte perioder og ikke kontinuerlig. Dette er overraskende fordi politiske føring, som jeg har påpekt i kapittel 9.2.2 plasserer dette ansvaret hos behandlerne, og her særlig hos fastlegene.

Posisjonen til pasientenes formelle behandlere i det kontinuerlige samarbeidet på tvers av de organisatoriske linjenivåene vil jeg med utgangspunkt i de pasientkarrierene jeg har undersøkt, beskrive som ganske perifer. I dette underkapitlet skal jeg begrunne denne påstanden med eksempler fra mitt datamateriale. Felles for disse eksemplene er at bakkebyråkrater på forskjellige måter har konstruert en bestemt diskursiv sammenheng der de har plas-

sert behandlerne i en marginal posisjon i samarbeidet. Jeg vil begynne med en betraktning av bakkebyråkratens beskrivelser om primærlegens posisjoner i dette samarbeidet.

9.3.2 Primærlegens endimensjonale behandlingsansvar

Kommune- og fastleger har blitt omtalt i svært forskjellige posisjoner i samarbeidet rundt pasienter. I noen tilfeller var pasientenes primærlege fraværende, og det har variert både mellom pasientkarrierene og mellom respondentene om de har framhevet dette fraværet som en ulempe for samarbeidet. Noen tolkninger i forhold til primærlegens fraværende posisjon har jeg allerede diskutert i min beskrivelse av vendepunkt for samarbeid.

I andre tilfeller har fastlegen blitt beskrevet som en mer eller mindre kontinuerlig del av samarbeidet i ansvarsgrupper og lignende fora. Det er imidlertid påfallende at respondentene også i tilfeller der fastlegene har blitt omtalt som en del av samarbeidet rundt pasienten, har beskrevet deres oppgave som svært avgrenset. Det følgende intervjuutdraget er et eksempel for hvordan respondenten har plassert fastlegen diskursivt i en slik marginal og avgrenset posisjon i samarbeidet.

1. I: Når du snakker om . om samarbeidsmøter og ansvarsgruppe og sånt, så snakker du om . rehabiliteringsteamet, du snakka om, uff, sosialkontoret, om, om hjemmesykepleien, .. du snakker om <tredejlinje>, men da snakker du også om .. om pleierne der. <...> Legene, de er stadig vekk sånn-
2. R: Fastlegen er jo med på ansvarsgruppemøtene.
3. I: Den er alltid med, ja?
4. R: Ja.
5. I: For ellers så har jeg hørt så ofte nå: Ja, leger, de trekker vi inn når det er behov for dem. Og behov er det sjelden. Og hvis det er behov, så er det behov i forbindelse med medisinering <...> eller med et sånt vedtak om tvungen psykisk helsevern <...> da kommer legene inn i bildet. Men ellers ser det ut for meg som om psykiatritjenesten . egentlig går fullstendig på egen maskin, og at de har mye tettere samarbeid med andre pleiere, med sosionomer, altså med DET nivået, med det utøvende nivået, enn med leger.
6. R: Ja. Ja altså, det ser jeg jo at, at det varierer jo veldig, altså, avhengig av pasient - altså ifra pasient til pasient. <...> Det er jo også avhengig av det behovet de har og hva slags problematikk de egentlig har, så, så er jo fastlegen en del av ansvarsgruppa. . Altså hos oss kan du si, altså, der har vi jo - der er det jo på en måte at, at det er - det er det som egentlig har med MEDISIN å gjøre. <...> Så DER er det fastlegene kommer inn, altså. Mens i - altså den psykiatridelen, altså det er psykiatrisk sykepleier. Og det er jo klart altså - der vil det jo også være avhengig av behov, altså. Noen ganger så har jo jeg behov for å samarbeide og snakke med legen om korsen jeg skal forholde meg til den og den brukeren-
7. I: Ja, men kan legene noe om - si noe om det, om korsen du skal forholde deg til dem? Når de egentlig ikke forholder seg til pasienten? Når de snakker om medisin med pasienten? <...> Altså DU forholder deg til pasienten og hjemmesykepleien forholder seg til pasienten. <...> Og

sosialkontoret, barnevernet, alle de - de forholder seg til pasienten. Og voksenrehabilitering. Men, altså legene, de - de forholder seg jo til pasienten på den måten at de sier: god dag, hvordan har vi det i dag? <...> Og vi reduserer eller vi øker medisinen. Punktum.

8. R: Ja, ja-

9. I: Hvorfor går du da til legen for å høre hvordan DU skal møte pasienten?

10. R: Mhm. Ja - altså - altså det er vel derfor at man ikke HAR dette tette samarbeidet sånn som det vil være for eksempel på, på DPS - altså på ei avdeling på DPS eller på <tredjelinje>. Det er jo det at - at du .. du - Ja, altså der er det jo et helt anna samarbeid med pasienten, for der er jo legen også mye mer med i, i alt det - i det andre som er og sånn. For jeg har inntrykk av det legene - veldig ofte så overlater de til, til sykepleierne, hjemmesykepleien eller psykiatrisk sykepleier og ja, og sosialkontoret - det som ikke direkte, kan du si, berører medisineringsa.

Sykepleier med videreutdanning i psykisk helsearbeid, første linje

I dette tilfellet var pasientens behandlere både i første og andrelinjetjenesten leger. Etter en gjennomgang av samarbeidspartnerne som respondenten hadde nevnt i tidligere intervju, la jeg merke til at behandlerne ikke var nevnt i beskrivelsen fra den ellers aktive ansvarsgruppen. Liknende beskrivelser hadde jeg også fått fra arbeidet i andre ansvarsgrupper, og jeg ville derfor forsikre meg om hvorvidt behandlergruppen også i dette tilfelle var fraværende.

Før jeg kan fullføre mitt resonnement, avbryter respondenten meg imidlertid i § 2. Hun beskriver fastlegene som en selvsagt del av ansvarsgruppen. I § 5 avslutter jeg mitt resonnement og gir mitt inntrykk til kjenne. Leger blir trukket inn bare i spesielle tilfeller: Når det er spørsmål i forbindelse med medisinerings eller med vedtak om tvungent psykisk helsevern. Respondenten bekrefter resonnementet flere ganger underveis med et ”ja” og indikerer på denne måten at hun kjenner seg igjen i beskrivelsen. I § 6 modifierer hun sin beskrivelse. Legene er ikke med i alle ansvarsgrupper og i de tilfellene der de er med, deltar de heller ikke på alle møter. De kommer når det er behov for dem, og senere i § 6 utdyper hun også hva dette behovet består i: ”*det er det som egentlig har med MEDISIN å gjøre*”. Hun bekrefter altså min opprinnelige formodning om at legenes bidrag til arbeidet i ansvarsgrupper først og fremst har med medisinerings å gjøre, og ikke med sosiale problemstillinger. Det er interessant hvordan respondenten avgrensner sitt eget arbeid fra fastlegenes. Fastlegene har med medisinerings å gjøre, mens hun står for ”*psykiatridelen*”.

Respondenten forstår ”psykiatri” her altså som noe helt annet enn et medisinsk spesialområde når hun ekskluderer ”psykiatri” fra en legefaglig ekspertise.

Men selv om fastleger har en funksjon i ansvarsgruppen først og fremst som spesialister for medisinerings, bruker respondenten dem også som ressurspersoner når hun er i tvil om sin sosiale kompetanse i forhold til pasienten. Noen ganger snakker hun med legene også ”om

hvordan jeg skal forholde meg til den og den brukeren". Dette er inkonsistent og i § 7 konfronterer jeg respondenten med det. Spør hun legen, som har en ensidig kontakt med pasienten, som kollega i kommunehelsetjenesten eller som ekspert for den slags pasientkontakt som hun har? Fortsatt i § 7 parafraserer jeg forskjellen i respondentens og legenes kontakt med pasientene. Respondenten bekrefter denne ironiserende framstillingen og modifierer i § 10 tydelig sin opprinnelige iaktakelse av sin kontakt med legene. Hennes inntrykk fra forholdet mellom bakkebyråkratene (hun nevner sykepleiere i hjemmesykepleien og i psykisk helsearbeid sammen med sosionomer på sosialkontoret) og legene er nå en klar bekræftelse av tesen jeg har lansert innledningsvis: at leger overlater alt som ikke har med medisinerer å gjøre til bakkebyråkratene. Dette synes å gjelde også for arbeidet i ansvarsgrupper.

Men før respondenten mot slutten i § 10 kommer så langt, modifierer hun sin framstilling av behandlernes perifere posisjon i samarbeid mellom linjenivåene. Kontakten med legene om hvordan hun skal møte en bestemt bruker eller pasient, er egentlig ikke så tett eller givende som respondenten ønsker seg. Hun svarer ikke direkte på spørsmålet om hun henvender seg til legen som fagperson, eller for å få en kollegial, men utenomfaglig samtale i forhold til sin egen usikkerhet på hvordan hun skal møte pasienten. Hun gir derimot klart uttrykk for at den slags kontakt med fastlegen er heller sjelden, og heller ikke særlig givende: *"det er vel derfor at man ikke HAR dette tette samarbeidet"*.

Men dette gjelder i førstelinjetjenesten og ut fra denne respondentens perspektiv er hennes kolleger i spesialisthelsetjenesten da bedre stilt. Der antar respondenten at legene er *"også mye mer med i, i alt det - i det andre som er"*. Med *"alt det andre"* mener respondenten tydeligvis den helse- og sosialfaglige kontakten som hun tidligere har beskrevet med *"psykiatridelen"* i hennes arbeid.

Tre forhold vil jeg framheve som spesielt interessante i dette eksemplet. Det første er at primærlegens posisjon i arbeidet på ansvarsgruppemøtene ut fra perspektivet til denne respondenten i førstelinjetjenesten framstår som ganske marginal.

For det andre er det interessant at respondenten har endt opp med et slikt perspektiv først etter en utførlig retorisk forhandling med meg. Denne variable diskursive posisjoneringen er et illustrativt eksempel på nytten av en analytisk strategi som også inkluderer intervju-

rens bidrag til en diskursiv produksjon av meningssammenheng. I utgangspunktet har respondenten ikke beskrevet fastlegen som perifer, men som en sentral og selvsagt del av ansvarsgruppen. Til dette dobbelte perspektivet på behandlerne både som sentrale og perifere kommer jeg tilbake i kapittel 9.5 når jeg undersøker behandlernes marginale, men likevel svært viktige posisjon i konstruksjonsprosessen av en egen identitet hos bakkebyråkratene.

For det tredje vil jeg framheve at respondenten har begrenset sin framstilling av leger som perifere deltakere i samarbeid til legene i kommunehelsetjenesten. Forholdet mellom bakkebyråkrater og behandlere i spesialisthelsetjenesten har hun derimot presentert som langt tettere og mer orientert ved et holistisk tjenestetilbud for pasientene.

Dette tredje forholdet i respondentens framstilling vil jeg i det følgende eksemplet holde opp mot den posisjonen som respondenter fra andre og tredjelinjetjenesten generelt plasserer sine kolleger blant legene og fra behandlerens side i.

9.3.3 Samarbeid om medisiner og samarbeid om livskvalitet

Med den relativt perifere posisjonen som respondenten i det forrige eksemplet har beskrevet for fastleger i arbeidet i ansvarsgrupper og andre kollektive samarbeidsfora på tvers av linjenivåene, framstår leger som yrkesgruppe med et heller ensidig fokus på medisiner. Den sosialpsykiatriske delen av et medisin faglig behandlingstilbud som for eksempel Den norske lægeforening beskriver for sine medlemmer (2004: 17 ff), virker på bakgrunn av de eksemplene jeg har diskutert så langt, som heller realitetsfjern.

For samarbeidet mellom de ulike organisatoriske enhetene i psykisk helsevern og psykisk helsearbeid er det opplagt av avgjørende betydning om samarbeidet skal være dominert av spørsmål relatert til en mest mulig formålstjenelig medisiner, eller til en best mulig livskvalitet for pasienten. Ut fra perspektivet til respondenten i det forrige eksemplet står bakkebyråkratene i kommunen for utformingen av et helse- og sosialfaglig ” psykiatrisk ” tjenestetilbud. Hvordan beskriver respondenter i spesialisthelsetjenesten forholdet mellom bakkebyråkrater og behandlere på tvers av tjenestenivåene?

Det følgende eksemplet er hentet fra et intervju med en vernepleier i tredjelinjetjenesten. Respondenten tar her utgangspunkt i en pasientkarriere der det også etter flere år med svært hyppige og, som regel, også svært kortvarige opphold i tredjelinjetjenesten, ikke har lyktes å utarbeide et bærekraftig opplegg for pasienten. I løpet av disse årene har personalet på akuttposten prøvd mange ulike medikamentelle eller miljøterapeutiske behandlingstiltak, uten å oppnå en merkbar forbedring i pasientens liv. Situasjonen har etter hvert blitt uholdbar på den måten at pasienten, ofte på egen anmodning, til stadighet har blitt overført med drosje eller ambulanse fra legevakten på hjemplassen til akuttposten på sentralsykehuset som ligger 120 kilometer borte. Jeg gjengir her en lengre del av respondentens beretning om fellesstrategien som samarbeidspartnerne på akuttposten og i kommunen har utarbeidet, siden jeg kommer til å bruke flere momenter fra denne senere i min argumentasjon.

Vi reiste ut til kommunen for å se hva det var som var problemet. For vi mente jo at han er jo så frisk til å være her, så vi sender han hjem. Og de mener han er for syk til å være her, så vi må jo sende han inn igjen. <...> Så jeg og et annet miljøpersonale reiste ut til kommunen. . Fikk komme hjem til pasienten, se hvor han har bodd midlertidig <...> Og med de tilbakemeldingene vi hadde fått fra hjemmetjeneste og psykiatritjeneste om korsen det stod til heime, og med det vi så .. og sånn som vi opplevde han i leiligheta .. så mente vi at han faktisk hadde så dårlig boevne at enten måtte han ha døgnkontinuerlig tilsyn i boligen. Men så var det såpass mye somatiske ting .. som har med <...> mye medisinbruk over tid, at aldringsprosessen har rast ifra, ikke sant, og står så dårlig stelt at vi mente at en plass på sykehjemmet hadde vært det beste. .. Ja, så .. de sendte en søknad til <sykehjem> om - henviste han dit. Vi sendte vår anbefaling herfra, for at han burde få plass, og argumenter for det. . Han har fått plass nå, og vi har nettopp hatt et .. ansvarsgruppemøte der. <...> Vi har utarbeidet en veldig bra individuell plan. <...> Så .. fikk han plassen. Men etterpå på det ansvarsgruppemøtet - fastlegen hans, som har vært fastlege i masse, masse år sier at jeg har aldri sett han her mannen i så fin form før. Og han stortrives. Han har det SÅ bra! Har lagt på seg masse kilo. Han var veldig tynn. Og han er i kjempeform. Og han stortrives, og det går bare flott. .. Og det - det syns jeg er fint å høre. .. Han har ikke vært her nå siden i påsken.

Vernepleier, akuttpost, tredje linje

Denne ganske tragiske pasientkarrieren har tydeligvis etter hvert likevel fått et ganske vellykket forløp. Mens første- og tredjelinjetjenesten i mange år tydeligvis har jobbet både forbi hverandre, og ikke minst, også forbi pasientens behov, har mye av den problematiske situasjonen åpenbart løst seg etter et hjemmebesøk. I følge respondentens beretning har samarbeidspartnerne etter dette besøket kommet fram til en felles situasjonsforståelse og de metodiske instrumentene som er vanlig for arbeidet rundt pasienter med sammensatte og langvarige hjelpebehov, er også tatt i bruk. Pasienten har fått etablert en ansvarsgruppe rundt seg og samarbeidspartnerne har også utarbeidet en individuell plan. Søknaden fra den kommunale enheten for psykisk helsearbeid til det kommunale sykehjemmet har fått ettertrykkelig støtte fra akuttposten i spesialisthelsetjenesten, og denne strategien har vist virk-

ning. Pasienten har fått tildelt en av de få tilgjengelige plasser på sykehjemmet. Etter mange år med svært hyppige og kortvarige innleggelse har pasienten nå i over et halvt år ikke vært innlagt på akuttposten. Respondenten forteller også at hun sammen med pasientens andre kontaktperson blant bakkebyråkratene, har reist til kommunen til det siste ansvarsgruppemøtet. Fra beholdersiden var ingen med på dette møtet, og jeg har senere i intervjuet etterspurt en begrunnelse for dette.

1. R: Ja altså, de tingene som vi tok opp - altså det som var viktig for HAN, i hans bosituasjon - vi diskuterte ikke medisiner .. på det ansvarsgruppe- Altså fastlegen hans og overlegen her har hatt kontakt og blitt enig om at vi fortsetter sånn som vi gjorde. Altså hun syns det går bra, hun mente at det var .. adekvat medisiner. Så, de har blitt enig om å fortsette sånn som .. situasjonen er når han var blitt skrevet ut her. De tingene vi diskuterte, det var, det var rundt hans boevne, fritid, familie - sånne ting. Legen var ikke med på det ansvarsgruppemøtet. Det var psykiatritjenesten, hjemmetjenesten og vi to personale her OG personale fra <sykehjem>. .. Og vi to fra <akuttpost>. ..
2. I: Altså, det var ikke snakk om medisiner, og derfor måtte ikke legen være med. Da henger jeg meg opp i noe. <...> Du sa helt innledningsvis, at legen har nå det overordna behandlingsansvaret.
3. R: Ja.
4. I: Nå sier du - de har puttet alskens slags medisin i mannen. <...> Han var knallmedisinert, ikke medisinert, litt medisinert -
5. R: Egenmedisinert.
6. I: -egenmedisinert igjen. Han har autoseponert, han var knalldårlig, han var inne visstnok to-tre ganger i uka og nå, nå skjer det at den delen av behandlingen, det går bare sin gang?
7. R: Ja.
8. I: <tredjelinje>-leger, de tar seg en telefonsamtale med en annen lege i hjemkommunen <...> og den medisineringsbiten, den tar vi helt ut?
9. R: Ja.
10. I: Og likevel har dere gjort noe - jeg kaller det for behandling dere har gjort. ..
11. R: Ja.
12. I: Så hvorfor - altså hvorfor trenger dere da ikke .. ?
13. R: Jo, altså - jo da, vi hadde sikkert - altså hun sikkert kunne ha bidratt. <...> Altså .. hun hadde nok ikke kapasitet til å være med. <...> Så det var ikke sånn NØDVENDIG at hun skulle være der. Altså vi MÅTTE ikke ha hun der. Men det hadde vært veldig fint hvis hun hadde vært med, selvfølgelig. Hun er jo en del av teamet her. <...> Men altså, det var ikke sånn at vi MÅTTE ha hun med. <...> Altså . jeg ser ikke - jeg ser ikke hensikten til at for eksempel fastlegen heller skal være med på alle ansvarsgruppemøtene. <...> Som ikke har daglig kontakt. .. Jeg syns det er mer fruktbart å snakke med de som er sammen med han hver dag og som ser utviklinga, og som, som får med seg de, de, de SMÅ forskjellene.

Som i det forrige eksemplet med en respondent fra førstelinjetjenesten, begrenser også denne respondenten i § 1 legenes oppgave i samarbeidet til medisinfaglige spørsmål. Siden legene seg imellom har avtalt den medikamentelle delen av behandlingstilbudet, er det i respondentens framstilling ikke noe behov for deres deltakelse i et samarbeidsforum som ikke omhandler medisin-relaterte spørsmål. I den lengre ordvekslingen i §§ 4 til 12 utvikler jeg

etter hvert et bestemt resonnement. Tidligere har behandlingstilbudet til pasienten vært tydelig medisinfokusert – hvorfor er det da nå plutselig mulig å isolere denne delen fra et sammensatt behandlingstilbud, og hvorfor kan det være en begrunnelse for at legen nå ikke lenger behøver å være del av det videre samarbeidet? Med flere korte bekreftende ”ja” indikerer respondenten at hun følger den gradvise utviklingen av dette resonnementet. I § 2 viser jeg til et tidligere utsagn der respondenten hadde framhevet det overordnede behandlingsansvaret til avdelingens overlege, og i § 10 inkluderer jeg også respondentens virksomhet som en del av den behandlingen overlegen i tredjelinjetjenesten til syvende og sist er ansvarlig for; noe hun bekrefter i § 11.

Respondenten viser forståelse for denne tilsynelatende innkonsistensen og bekrefter i § 13 at også legen på akuttposten ”*sikkert kunne ha bidratt*”. Hun følger imidlertid opp med en praktisk begrunnelse for hvorfor dette ikke har skjedd. Legen hadde rett og slett ikke kapasitet til å være med. Rett etterpå kommer respondenten likevel tilbake til det opprinnelige argumentet. Kapasitetsproblemer er bare en medvirkende årsak for legenes fravær. Langt tyngre veier det at det heller ikke er noen faglig grunn for hvorfor legen burde være med, annet enn i sin funksjon som del av et tverrfaglig behandlerteam innad på akuttposten. Men dette indikerer ikke et permanent behov for en deltakelse på ansvarsgrupper generelt, verken for sykehusleger eller for fastleger i kommunen. På disse møtene vil respondenten helst unngå å bruke tid til å snakke om medisinerings. Denne har i respondentens redegjørelse lite å gjøre med pasientens dagligliv, og derfor vil hun heller snakke med dem som har innsikt i dette på grunn av sin tette og kontinuerlige kontakt med pasienten. En kontinuerlig deltakelse i de kollektive samarbeidsfora som ansvarsgrupper eller i arbeidet med individuelle planer er i dette eksemplet altså knyttet til tett pasientkontakt som det avgjørende kriteriet. Det er evnen til å følge pasientens utvikling og til å se ”*de SMÅ forskjellene*” i hverdagen, og denne muligheten har ikke legene.

I samarbeidet på tvers av de organisatoriske linjenivå i psykisk helsevern og psykisk helsearbeid framstår legenes bidrag altså ut fra dette perspektivet som langt på vei unnværlig. I et slikt perspektiv er samarbeid om medisinerings noe helt annet enn samarbeid om livskvalitet, og leger har til det sistnevnte lite å bidra med. Dette framstår i og for seg som en funksjonell arbeidsdeling mellom bakkebyråkrater og behandlere. Bakkebyråkrater tar seg av utviklingen av et helse- og sosialfaglig tjenestetilbud og trekker inn behandlere med sin

partikulære ekspertise ved behov. Men denne arbeidsdelingen er avhengig av at behandlerne også aksepterer sin perifere posisjon i samarbeidet. I flere tilfeller i denne undersøkelsen har dette ikke vist seg å være tilfelle - noen ganger også med svært problematiske konsekvenser for samarbeidsforholdet.

9.3.4 Bakkebyråkrater og behandlere: to nivå for samarbeid

Pasientenes kontaktpersoner i behandlergruppen opptrer ikke bare som ganske distanserte deltakere på ansvarsgruppemøter. I noen tilfeller har behandlere bevisst valgt å ignorere et allerede etablert, koordinert og velfungerende samarbeid, og satt i gang en parallell prosess for å viderefremme informasjon. Et eksempel på en slik framgangsmåte er gjengitt i dette utdraget fra et intervju med en vernepleier i førstelinjetjenesten:

1. R: Vi har jo ei ansvarsgruppe rundt 13 da. Og den er aktiv. <...> Annenhver måned samles hele gruppa, ikke sant? Men vi har kommunikasjon utenom det også, hvis det er nødvendig. Og i den ansvarsgruppa så sitter jo de som har mest med 13 å gjøre da, og det er fysioterapeuten, som har jobba med 13 siden han var 6 år gammel, psykomotorisk fysioterapi. Skolen er veldig aktivt med. . Der er rådgiver fra skolen. <...> Helt fra han starta på skolen så har han hatt tilrettelagt opplegg. .. Har gått på de fleste skolene i <hjemkommune>. . Legen er jo med, selvfølgelig. .. Nå er DPS med. . Dagavdelinga. Og før det så var det jo BUP da, barne- og ungdomspsykiatrien. .. Foreldrene har vært med hele tida i den gruppa, og er det fortsatt, selv om han er 19 år. . Det som er nytt er at 13 sjøl er begynt å være med på de møtene. ..
2. I: Er det ikke noen lege eller en psykolog med?
3. R: Ikke i ansvarsgruppa.
4. I: Savner du det?
5. R: Nei, egentlig ikke. For at . det - det har vært en del møter utenom ansvarsgruppa, ikke sant, hvor det har vært psykiater med, når det har vært nødvendig, ikke sant? I disse her overgangene og i forbindelse med innleggelse og .. -
6. I: Hva er forskjellen mellom en ansvarsgruppe og de møtene der NOEN møter med psykiateren?
7. R: Ja, det har vært i forbindelse med - Nei, forskjellen er jo det at det har vært f.eks. - Jeg må bare ta et eksempel. Da 13 fikk diagnosen . så var det psykiater da som informerte oss da og pårørende. Men da var ikke alle i ansvarsgruppa med. Da var det bare noen få stykker som var med. ..
8. I: Og hvorfor var det sånn ekstramøte? Hvorfor kom hun ikke bare til et vanlig ansvarsgruppemøte? ... Altså jeg tenker meg -
9. R: Ja, si det! <...> Det kan jeg ikke svare på hvorfor.
10. I: Hvordan kom møtet da i stand? ..
11. R: Det var nok kontaktpersonen på dagavdelinga som - de snakker jo mye som ikke VI får ta del i, om .. om 13 da. Så det var DE som fikk det i stand. . Og det var bare noen få - det var kun JEG og legen som ble innkalt til det møtet. ..
12. I: Du sier meg den fungerer bra, den ansvarsgruppa, hvorfor tar ikke hun det neste møtet da, så å si, til en anledning til å .. si det til alle? <...>

13. R: Jeg tror ikke vi har tenkt så mye over det, egentlig. .. Jeg tror ikke det. Men det kan jo være noe at . JEG har jo fungert som koordinator for den ansvarsgruppa, ikke sant? Så jeg har vel heller ikke følt behovet, ikke sant. Jeg føler jo at hvis det er noe jeg trenger å ta opp så kan jeg ta direkte kontakt. .. Men da må jeg jo si at det er jo synd for de andre i ansvarsgruppa. Selv om jeg har mye kontakt med dem også .. hvis det er noe spesielt da, som . som skjer i tilbudet til 13.
14. I: Nå ser det ut for meg som om du stusser litt - hvorfor var egentlig ikke psykiateren på ansvarsgruppa?
15. R: Ja, jeg stussa litt. For jeg har liksom ikke sett det som nødvendig heller.
16. I: Men da er det jo bra, hvis du ikke syns det er nødvendig?
17. R: Nei, jeg syns ikke - Mange ganger så syns jeg jo ikke det er nødvendig at legen er der heller. Hun føler seg jo mange ganger ... at hun ikke har noe der å gjøre, ikke sant? Når det ikke er - For det har jo ikke vært noen sånne store medisinske ting i forhold til .
18. I: Har dere en ansvarsfordeling på - ut fra gruppa? <...> At legen tar medisinske hensyn - det må hun vel nesten gjøre da, det er jo de som skriver ut medisin. Hva gjør de andre så?
19. R: Ja, fysioterapeuten tar jo . DEN delen da, sier noe om det. Men hun fungerer jo også veldig mye i forhold til . samtaler også. .. Skolen - det skolen dreier seg om . og den tilrettelagte undervisninga som hun har hatt hele livet da. .. Men den røde tråden, det er jo hans psykiske helse, ikke sant, som går igjen på alle områdene. .. Det har jo vært veldig mye diskutert, ikke sant . hvor mye kan vi presse han, . hvor mye klarer han å gjøre . før han backer ut, ikke sant? ..

Vernepleier med videreutdanning i psykosebehandling, første linje

Respondenten beskriver i § 1 en tydeligvis ganske stor og velfungerende ansvarsgruppe rundt en ung pasient med en likevel allerede langvarig karriere. Når respondenten teller opp deltakerne i denne ansvarsgruppen, nevner hun flere kommunale enheter og også pasientens kontaktperson i andrelinjetjenesten. På spørsmål om ingen av pasientens behandlere på DPS deltar i gruppearbeidet der de ulike tiltakene rundt pasienten skal samkjøres, svarer respondenten i § 3 negativt. Verken lege eller psykolog fra senteret deltar i ansvarsgruppen.

I §§ 5 og 7 blir det tydelig at det ikke har å gjøre med at de andre gruppedeltakerne ikke vil ha noen fra behandlergruppen med, men heller at den behandlende legen ikke vil bruke sin tid på arbeidet i gruppen. Fra behandlerens side synes det ikke å være noe behov for å utarbeide et helhetlig tjenestetilbud, og det virker heller ikke som om respondenten savner et slikt engasjement.

Men legen *har* en del å fortelle. I § 5 opplyser respondenten om en del møtevirksomhet med pasientens behandler utenom ansvarsgruppens kollektive arena. Interessant er begrunnelsen i § 7 for hvorfor respondenten ikke anser behandlerens deltakelse som nødvendig for arbeidet i ansvarsgruppen. I dette tilfellet er behandleren en psykiater og i respondentens framstilling går psykiaterens arbeidsoppdrag utenom det de andre i ansvarsgruppen gjør. Hun begrenser altså legens arbeidsoppdrag til medisinske spørsmål som ikke nødvendigvis

må samkjøres med de øvrige tiltakene og hun klarer derfor å unnskyldde behandleren på senteret for at hun ikke deltar.

Forklaringen for hvorfor det eksisterer to parallelle samarbeidsfora er imidlertid uklar, og i § 11 kommer en refleksjonsprosess i gang hos respondenten.

Sammen med fastlegen ble hun ”innkalt” til senteret av psykiateren og pasientens kontaktperson på dagavdelingen, og denne gangen har hun ikke stilt spørsmål ved denne framgangsmåten. I § 13 finner hun etter hvert en grunn for hvorfor hun ble innkalt til et slikt ekstramøte på DPS. Etter en del overveielser ender hun opp med at dette skyldes sin posisjon som koordinator for ansvarsgruppen. Fra psykiaterens side blir hun tydeligvis betraktet som bindeledd, uten at denne spesielle behandleren føler seg oppfordret til å meddele seg til hele gruppen eller til å delta i det kontinuerlige arbeidet.

Så kommer en omfattende refleksjonsprosess i gang. Respondenten forandrer etter hvert sitt perspektiv på dette dobbelte arbeidet. I § 15 beskriver hun at hun hittil ikke har oppfattet behandlerens deltakelse som nødvendig, men når jeg bekrefter i § 16 at det da ikke er noe problem for samarbeidet når psykiateren insisterer på et parallelt forum, avviser hun i § 17 både sin egen tidligere versjon og denne tolkningen. Denne framgangsmåten er ikke bra og selv om hun fortsatt har en viss forståelse for at legen mange ganger føler at hun ikke har noe å gjøre på disse møtene, er det tydelig at respondenten er i tvil om hun skal innrømme legen et spesielt handlingsrom som er begrenset til en bestemt faglig ekspertise - i dette tilfellet ”*sånne store medisinske ting*”.

Men dette gjelder ikke for de andre deltakerne i ansvarsgruppen. Hva har for eksempel fysioterapeuten å gjøre med det som skjer på skolen? Det eneste fysioterapeuten får ut av et ansvarsgruppemøte er å være informert om hva som skjer med pasienten i en annen del av hans liv, samtidig som hun kan bidra med sine erfaringer ut fra sitt eget profesjonelle perspektiv. Men legene synes å være unntatt fra et slikt tverrfaglig perspektiv på samarbeid i psykisk helsevern og psykisk helsearbeid.

I § 19 blir det tydelig at andre deltakere i gruppen har en langt mindre snevert definert posisjon i det koordinerende samarbeidet i ansvarsgruppen. Både skolen og fysioterapeuten bidrar med tjenester som er langt mer holistisk orientert, og det eneste som knytter disse tjenestene sammen er den ”*røde tråden*”; pasientens ”*psykiske helse <...> som går igjen på*

alle områdene”. For behandleren i andrelinjetjenesten er tydeligvis bare et utsnitt av pasientens psykiske helse interessant – nemlig den som har med medisinerings å gjøre. Derfor har psykiateren valgt å innkalle noen få personer fra det sammensatte tjenestetilbudet rundt pasienten, istedenfor å begi seg med sin medisinske ekspertise ut i det tverrfaglige samarbeidet i ansvarsgruppen. Der er de faglige perspektivene underordnet et holistisk syn på pasientenes behov, og en flytende arbeidsfordeling i gråsonen mellom psykisk helsevern og psykisk helsearbeid er resultatet.

I kapittel 9.2 har jeg diskutert fastlegenes problematiske posisjon som portvoktere for et behandlingstilbud i spesialisthelsetjenesten. Der har jeg påpekt at primærleger i denne posisjonen får tilskrevet en ”naturlig rolle som koordinator for tjenestene til den enkelte pasient” (Wisløff & Helse- og omsorgsdepartementet, 2005: 129). I eksemplet jeg har diskutert her, har fastlegen tydeligvis like lite å gjøre med arbeidet i ansvarsgruppen som det overordnede behandlingsansvaret overleger innehar på institusjonene i andre og tredjelinjetjenesten. Problematisk for samarbeidet på tvers av linjenivåene blir det når behandlere ignorerer de kollektive samarbeidsfora, ikke bare når de ikke ser et direkte behov ut fra sitt faglige særegne perspektiv, men også i de tilfellene der de har et bidrag som er vesentlig for det tverrfaglige arbeidet med å bygge opp et formålstjenelig tjenestetilbud for mennesker med et behov for langvarige og sammensatte tjenester fra forskjellig hold.

9.3.5 Sammenfatning

I flere av eksemplene jeg har støttet meg på i dette kapitlet, har respondentene tydelig framhevet en tett pasientkontakt og en fortrolighet med pasientenes livssituasjon som det avgjørende kriteriet når de ble spurt etter egenskaper de etterlyser hos sine samarbeidspartnere i de kollektive fora på tvers av linjenivåene. Også i fortellingene til andre respondenter har beskrivelser av en nær kontakt med og kjennskap til pasientens livsomstendigheter vært et gjennomgående trekk når de har framhevet hva som kjennetegner kvaliteten i samarbeidet. I dette samarbeidet spiller tiltak relatert til medisinerings en heller fjern, og i beste tilfelle, en supplerende rolle.

Verken i psykisk helsearbeid i kommunen eller i psykisk helsevern i andre og tredjelinjetjenesten, tilskriver bakkebyråkratene altså leger og andre fra gruppen av behandlere en særlig aktiv posisjon i det kontinuerlige samarbeidet. Legenes oppdrag er som regel begrenset til den medikamentelle delen av et sammensatt behandlingstilbud, mens arbeidet i ansvarsgrupper for øvrig er rettet mot å koordinere et tjenestetilbud som best kan beskrives som en sosialfaglig begrunnet oppfølging orientert ved pasientenes hverdagslige behov.

Det er interessant at denne begrensede behandleroppgaven ikke var framhevet som et vesentlig problem i de eksemplene jeg har diskutert her. Behandlernes posisjon var derimot formulert som et begrunnet fravær, fordi det i mange tilfeller ikke eksisterer et særskilt behov for den faglige spesialoppgaven legene eller andre behandlere kan bidra med.

Men dette gjelder for gruppen av behandlere. I de tilfellene der respondenter har etterlyst et mer intensivt samarbeid med andre organisatoriske enheter, var dette som regel formulert som en appell om et engasjement fra et bestemt linjenivå som i dette eksemplet:

Jeg vet ikke hvor mange ganger jeg har skrevet og ringt til <tredjelinje> og sagt: nå må dere komme for – dere kjenner han tross alt også.

Sykepleier, første linje

Også her poengterer respondenten et kjennskap til pasienten, enten til atferd eller livsomstendigheter som kriterium for et samarbeid i en ansvarsgruppe. Ut av denne kjennskapen avleder respondenten en moralsk forpliktelse til å delta i arbeidet. Men denne forpliktelsen retter seg mot tredjelinjen som organisatorisk enhet. Til dette engasjementet etterlyser bakkebyråkrater som regel andre bakkebyråkrater og ikke behandlere.

Et forhold som kjennetegner relasjonen mellom bakkebyråkrater og behandlere i psykisk helsevern og i psykisk helsearbeid, er altså at samarbeid på tvers av linjenivåene langt på vei utspiller seg på to parallelle nivå; ett der bakkebyråkrater administrerer arbeidet med individuelle planer, i ansvarsgrupper eller andre kollektive, tverrfaglige samarbeidsfora og ett der behandlergruppen samarbeider seg imellom. Når behandlere opptrer i det kontinuerlige samarbeidet som bakkebyråkratene koordinerer, samhandler bakkebyråkrater og behandlere først og fremst om faglig avgrensede spørsmål – mest framtrædende i forhold til medisinerings.

Behandlernes deltakelse er altså ikke etterlyst av bakkebyråkratene i særlig stor grad, og fraværet av behandlergruppen er ikke nødvendigvis formulert som en kritikk. Det er heller

beskrevet som en følge av en pragmatisk arbeidsfordeling der behandlernes behandling ikke har noen særlige berøringspunkt med det arbeidet bakkebyråkratene utfører.

Ut fra bakkebyråkratenes perspektiv blir behandlernes perifere posisjon i samarbeid ofte satt i sammenheng på den ene siden med behandlernes begrensede befatning med pasientene, og på den andre siden med en ganske stor forståelse for at behandlernes arbeidshverdag ikke gir rom for deltakelse i et kontinuerlig og sammensatt samarbeid med en flytende arbeidsfordeling. Behandlernes kontakt med pasienten har av bakkebyråkrater i de pasientkarrierene som jeg har undersøkt her, gjerne blitt framstilt som begrenset og som fokusert på en bestemt del i pasientenes sammensatte problematikk. Ut i fra bakkebyråkratenes perspektiv har behandlere derfor verken forutsetning eller et umiddelbart behov for et koordinert og kontinuerlig samarbeid med andre.

Ut fra bakkebyråkratenes perspektiv fritar altså et formelt behandlingsansvar langt på vei fra deltakelse i det langsiktige arbeidet i ansvarsgrupper, med individuelle planer og i den løpende kontakten på tvers av organisatoriske enheter.

I lys av dette viser passasjen fra NOU 3/ 2005, der fastlegene får tilskrevet ”en naturlig rolle som koordinator for tjenestene til den enkelte pasient”, som jeg siterte innledningsvis, seg som en lite dekkende beskrivelse av realiteten i psykisk helsevern og psykisk helsearbeid (Wisløff & Helse- og omsorgsdepartementet, 2005: 129).

Med bakgrunn i analysen av pasientkarrierene i denne undersøkelsen vil jeg hevde at det er bakkebyråkratene og ikke behandlerne som sikrer kontinuiteten i samarbeidet på tvers av linjenivåene, mens gruppen av personale med offisiell behandlerstatus har en relativ perifer posisjon i dette. Men i en annen sammenheng er behandlere svært sentrale for bakkebyråkratene: nemlig som referansegruppe som bakkebyråkratene sammenlikner seg med når de beskriver sin egen identitet i psykisk helsevern og psykisk helsearbeid. Denne sentrale posisjonen for utvikling av en faglig identitet hos bakkebyråkrater vil jeg beskrive i det følgende underkapitlet.

9.4 Behandlernes sentrale posisjon i utviklingen av en bakkebyråkrat-identitet

9.4.1 Innledning

Flere ganger har jeg vist til eksempler der respondenter på et prinsipielt nivå har beskrevet behandlere som sentrale samarbeidspartnere, mens behandlergruppen i beskrivelsen av konkrete samarbeidsrelasjoner framstår som heller perifere samarbeidspartnere.

I samarbeidsrelasjonen på tvers av linjenivåene har bakkebyråkratene i sin arbeidshverdag altså forholdsvis få berøringspunkt med behandlerne. Denne diskrepansen mellom idealbeskrivelser og skildringer av den konkrete arbeidshverdagen kommer også til uttrykk i intervju der forholdet mellom de to yrkesgruppene på tvers av organisatoriske enheter blir beskrevet som langt tettere enn i de egne organisatoriske omgivelsene.

Relasjonen til behandlerne er altså på samme tid beskrevet som perifer og som nær. Formulert med diskursteoretiske begrep kan behandlernes posisjon i disse beskrivelsene betegnes som en fjern og stadig tilbakevikende forståelseshorisont, både når bakkebyråkrater omtaler sitt forhold til gruppen av behandlere, men også når de meningsfortolker sitt eget arbeid.

Jeg vil i denne delen av min undersøkelse i et første underkapittel se på hvordan bakkebyråkrater framhever og begrunner en felles identitet som sammensatt gruppe i psykisk helsevern og psykisk helsearbeid. I et neste skritt vil jeg diskutere den sentrale betydningen som en avgrensning fra behandlerne har for bakkebyråkratenes identitetskonstruksjon. I den siste delen i dette kapitlet framhever jeg to aspekt av en avgrensning fra behandlerne. For det første undersøker jeg konsekvensen for en identitetskonstruksjon for bakkebyråkratene når en diskursiv grense mellom de to gruppene er truet. For det andre undersøker jeg hvor sentralt det er for en identitet som bakkebyråkrat å omtale behandlerne i en diskursiv posisjon med en faglig og kollegialt høyre status enn seg selv.

9.4.2 Bakkebyråkrater som gruppe

Et sentralt argument for å ta et eksplisitt utgangspunkt i en bestemt gruppe yrkesutøvere i denne undersøkelsen har vært å framheve perspektivet til en sammensatt gruppe yrkesutøvere som gir et svært sentralt, men lite vektlagt bidrag til et mangsidig og sammensatt tjenestetilbud. Jeg har i denne sammenhengen argumentert at både strukturen i arbeidshverdagen og kvaliteten i pasientkontakten skiller bakkebyråkrater fra gruppen av behandlere.

Men har et slikt skille også dekning i bakkebyråkratenes egne beskrivelser av deres arbeidshverdag og deres forhold til kollegene? Jeg vil først undersøke på hvilke måter bakkebyråkrater diskursivt konstruerer en identitet som gruppe i psykisk helsevern og psykisk helsearbeid.

Det følgende eksemplet er et utdrag fra et intervju med et medlem av senterledelsen i andrelinjetjenesten. Der konstruerer respondenten en felles identitet for bakkebyråkratene med utgangspunkt i et felles arbeidsopdrag:

1. R: Hos oss så har vi jo fire yrkesgrupper. Det er barnevernspedagoger, det er vernepleiere, sosionomer og sykepleiere. Og de jobber sidestilt. .. De SKAL jobbe tverrfaglig. Men jeg er redd at det blir veldig flerfaglig, at ikke - Altså man jobber ved siden av hverandre, og man gjør etter hvert de samme oppgavene. <...> Og i forhold til dette her med å få utnytta hverandres ressurser. <...> Fordi at vi har nå en sterk, som du sier, legedominans og mye på det medisinskfaglige. Jeg synes - JEG synes pr. definisjon nå at det har for stor plass. Så blir vernepleierne også veldig gode på det medisinskfaglige, de også. Altså de blir med i den rettinga. <...>
2. I: På døgnavdelinga .. kaller dere alle for miljøterapeuter, uansett hva slags yrkesbakgrunn de har? <...> Hvorfor <...> kalles de for miljøterapeuter?
3. B: Ja, for det er miljøterapi som er deres hovedoppgave å jobbe med. Altså, vi kunne selvfølgelig ha kalt dem for sykepleier og vernepleier. Ja. .. Det kunne vi. <...> Men hvorfor, det kan jeg ikke svare på.

Sykepleier med videreutdanning i psykisk helsearbeid, andre linje, lederteam

I dette intervjuet hadde jeg i utgangspunkt spurt om hvilke yrkesgrupper som jobber i døgnavdelingen på dette senteret. Allerede i det første svaret plasserer respondenten spørsmålet inn i en bestemt kontekst. Hun er i ledelsesteamet for hele senteret, men det er ikke for senteret eller for andrelinjetjenesten hun konstruerer en felles identitet for "oss" i § 1. De fire yrkesgruppene hun nevner, er alle deler av bakkebyråkratiet, mens yrkesgrupper fra behandlersiden mangler i denne beskrivelsen. Bakkebyråkrater jobber i hennes konstruksjon uten et bestemt hierarki mellom yrkene. De er "sidestilt", og i denne sidestilte arbeids-

hverdagen er det ikke noe spørsmål om tverrfaglighet er et gode eller ikke. Respondenten gjør ettertrykkelig klar at bakkebyråkrater ”*SKAL jobbe tverrfaglig*”.

Men hun ser også et problem med denne tverrfagligheten. De ulike yrkesgruppene deler ikke bare et felles arbeidsmiljø, men for en stor del også de samme arbeidsoppgavene: ”*man jobber ved siden av hverandre, og man gjør etter hvert de samme oppgavene*”. Dette truer i respondentens beretning den viktige tverrfagligheten. I et medisinfaglig dominert miljø har en ensformet arbeidshverdag som følge at andre enn medisinske perspektiver bukker under. Tverrfaglighet er i dobbel forstand i respondentens framstilling et gode for gruppen av bakkebyråkrater. For det første er tverrfaglighet et gode fordi ulike ressurser kan mobiliseres til det beste for pasienten. For det andre kan bakkebyråkrater som gruppe bedre motstå legenes ensidige faglige dominans.

Bakkebyråkratenes kollektive identitet som en tverrfaglig gruppe kommer også til uttrykk i fellesbetegnelsen respondenten har valgt for seg og sine kolleger. Hun har tidligere i intervjuet introdusert betegnelsen ”*miljøterapeuter*” for alle bakkebyråkrater på senterets døgn- og dagavdeling. Når jeg i § 2 etterspør en begrunnelse for hvorfor hun presenterer bakkebyråkratene som miljøterapeuter istedenfor å bruke fagspesifikke betegnelser, relaterer respondenten i § 3 dette ordvalget til en felles arbeidsoppgave: ”*det er miljøterapi som er deres hovedoppgave*”. I den diskursive sammenhengen respondenten konstruerer her, er altså denne ”*hovedoppgaven*” signifikant og bestemmende for de fagspesifikke bidragene til de enkelte yrkesutøverne. Formulert med diskursteoretiske begrep er miljøterapi et nodalpunkt i denne konstruksjonen, og med utgangspunkt i et etter hvert ganske problematisk behandlingsbegrep skal jeg i underkapittel 9.5 komme tilbake til dette i min diskusjon av konstruksjonen av en identitet som bakkebyråkrat i psykisk helsevern. Her vil jeg først se nærmere på dette begrepet om tverrfaglighet som synes å være et viktig moment i respondentens konstruksjon av en identitet som bakkebyråkrat.

Jeg har i kapittel 5 påpekt at tverrfaglighet er et av de sentrale slagordene som har preget den organisatoriske utformingen av psykisk helsevern og psykisk helsearbeid i de senere årene. Der har jeg også argumentert at dette kravet om et tverrfaglig samarbeid først og fremst retter seg mot gruppen av bakkebyråkrater og i langt mindre grad mot gruppen av behandlere. Dette gjenspeiler seg også i bakkebyråkratenes beskrivelser av deres forhold

seg imellom og til behandlergruppen. Et eksempel er det følgende utdraget der respondenten ble spurt om en beskrivelse av arbeidsfordelingen i det tverrfaglige behandlerteamet på en akuttpost i tredjelinjetjenesten.

Det går litt på slump, holdt jeg på å si. <...> Vi har ikke noen sånne faste avtaler om at miljøkontakter gjør DET og så lege gjør DET og psykolog gjør DET. Det ... det er ei arbeidsfordeling internt i teamet.

Sykepleier med videreutdanning i psykisk helsearbeid, akuttpost, tredjelinje

Denne tilsynelatende flate strukturen i et tverrfaglig behandlerteam slår imidlertid rask sprekker når respondenten beskriver arbeidsdelingen nærmere.

1. R: Jeg syns helt klart det er lettere å diskutere problemer og gjøremål med personer som er på . på min .. ranke, hvis man kan kalle det det. Altså andre sykepleiere .. eller nedover. Det kan være hjelpepleier, omsorgsarbeidere. . Men når du kommer til psykologer og leger og psykiatere, så syns jeg det er .. er litt verre å innkalle til møter og diskutere pasienter. .. Så da syns jeg det er greiere å overlate de innkallelene til - eller de samtalene til vår psykolog eller våre leger.
2. I: Mm. Og hva gjør at du trekker et skille fra sykepleierne og nedover i hierarkiet og fra psykolog og lege og oppover? <...>
3. R: Jeg tror det kommer litt av .. behandlingsansvar for pasienter. Det er jo sånn at en lege, hun har jo - spesielt leger i kommunene, de har jo . kanskje flere hundre pasienter å forholde seg til. Så det å skulle ringe til en lege som .. mest sannsynlig sitter med andre pasienter, det syns jeg er litt tungvint i forhold til å ringe til en i hjemmetjenesten, som .. som har færre pasienter å forholde seg til.
4. I: Hvorfor er det tungvint? Mer tungvint å ringe til legen? ...
5. R: Eh ... Jeg føler vel det at jeg forstyrrer mer, på en måte. Det .. - At de - de tingene jeg ønsker å ta opp ikke blir . verdsatt like mye, eller det blir ikke prioritert like mye. De syns kanskje ikke det er like viktig som JEG syns det er.
6. I: Men så sa du - du hadde lettere for å overlate det til leger å ringe til fastlegen hjemme. Tror du at de blir mer tatt på alvor?
7. R: Ja, det tror jeg absolutt. <...> Det er jeg fast bestemt på at de gjør.
8. I: Hva skyldes det?
9. R: Det tror jeg har noe med .. med respekt å gjøre. .. Jeg tror en respekt - en lege som ringer fra vår avdeling får mye større respekt i .. ifra en lege som han prater med ute i hjelpeapparatet enn om en hjelpepleier skulle ringe herfra og snakke med en psykiater, så tror jeg det er .. - Det går mye på respekt. <...> For jeg tror ikke man får like ... gehør for sine ... faglige vurderinger som hjelpepleier som man får ... som en lege...

Sykepleier med videreutdanning i psykisk helsearbeid, akuttpost, tredjelinje

Her trekker respondenten en langt mer synlig skillelinje mellom bakkebyråkrater og behandlere enn den homogene beskrivelsen fra behandlerteamet i det forrige sitatet lar formode. Når respondenten trenger en faglig oppbakking, er hun i § 1 ikke i tvil om hvor hun henvender seg- nemlig til de ”på min .. ranke”.

Respondenten knytter tydeligvis ingen bestemt yrkesgruppe til denne konstruksjonen av en kollektiv identitet. De på egen ”ranke” er en samlebetegnelse for forskjellige yrkesutøvere og disse er langt fra likeverdige. Gruppen slik den er presentert her, er strukturert i et hie-

rarki der sykepleiere inntar toppen. Derfra går det nedover til hjelpepleiere og omsorgsarbeidere.

Men den heterogene strukturen til tross, er den sammensatte gruppen av bakkebyråkrater også i dette tilfellet presentert som tydelig avgrenset fra gruppen av behandlere. Disse er tydeligvis ikke på samme ”ranke”, men rangerer både utenfor og hierarkisk overordnet den kollektive identiteten som respondenten har konstruert for seg og sine kolleger blant bakkebyråkratene. Når arbeidet rundt en pasient gjør det nødvendig for behandlerteamet å hente inn yrkesutøvere fra andre organisatoriske enheter, blir oppgavene fordelt i forhold til gruppetilhørigheten til henholdsvis behandlere og bakkebyråkrater. Leger eller psykologer snakker seg imellom, og det samme gjør syke-, hjelpe- eller vernepleiere og andre blant bakkebyråkratene.

Hva denne grensen er begrunnet i, har respondenten også en klar formening om når hun i § 3 relaterer den til et formelt behandlingsansvar. Tar respondenten kontakt med en fastlege i kommunen, oppfatter hun det som en krenkelse av grenseoppgangen mellom de to yrkesgruppene. I § 5 beskriver hun denne krenkelsen på en dobbel måte. På den ene siden opplever hun at hun ”forstyrrer” med sin henvendelse, mens behandleren holder på med sitt. På den andre siden beskriver hun at innholdet i hennes henvendelse blir oppfattet som mindreverdige. Den blir verken ”verdsatt <...> eller <...> prioritert like mye” som behandlerens gjøremål. Da er det uvesentlig om respondenten tar kontakt med pasientens behandler på et annet tjenestenivå på bakgrunn av sitt eget arbeid med pasienten, eller på vegne av det tverrfaglige behandlerteamet. Den usynlige grensen i et sammensatt tjenestetilbud går i dette eksemplet altså ikke først og fremst mellom organisatoriske enheter på ulike tjenestenivå, men mellom bakkebyråkrater og behandlere, og derfor er det som i § 1 ”greiere å overlate de innkallelene <...> eller de samtalene til vår psykolog eller våre leger”.

Denne grenseoppgangen forsterkes ytterligere i ordvekslingen i §§ 6 til 9. Ikke bare opplever respondenten denne grensen i sin kontakt med andre. Den er også definert gjennom en hierarkisering av ulike faglige synspunkt. Mens respondenten tydelig uttrykker en respektfull holdning overfor fagligheten til behandlerne (uavhengig av om det dreier seg om leger, psykologer eller andre), savner hun den samme respekten for sin egen faglighet hos behandlerne. Bakkebyråkrater blir langt mindre tatt på alvor (§ 7), de nyter lite respekt og de

får lite gehør for sine faglige vurderinger (§ 9). Hvor sterk denne iakttakelsen er forankret hos respondenten, kommer ikke bare til uttrykk i det bastante ordvalget med ”*absolutt*” og ”*fast bestemt på*” i § 7. Hun forsterker den også gjennom sin retoriske presentasjon i § 9 der hun kontrasterer en yrkesgruppe blant bakkebyråkratene som rangerer lavt i hierarkiet, (”*hjelpepleier*”) med en behandler (”*lege*”). Med denne retorikken framhever respondenten ytterligere statusforskjellen mellom bakkebyråkrater og behandlere.

Disse to eksemplene illustrerer hvordan bakkebyråkrater konstruerer en kollektiv identitet som gruppe i psykisk helsevern. Langt mer enn en egen faglig kjerne er denne identiteten konstruert gjennom en avgrensning til gruppen av behandlere. I konstruksjonen av en egen identitet er bakkebyråkratenes egenforståelse som faglig underordnet behandlerne et retorisk middel både for å avgrense gruppene fra hverandre, men også for å mobilisere et diskursivt motstandspotensial mot en faglig dominans av bestemte yrkesgrupper blant behandlerne.

I den neste delen av min analyse vil jeg videreføre dette resonnementet og argumentere at bakkebyråkrater ikke bare avgrenser seg overfor behandlergruppen ut fra en opplevd nedvurdering av egen faglighet, men at en opprettholdelse av denne grensen i bakkebyråkratenes diskursive praksis er et sentralt instrument for konstruksjonen av en egen identitet.

9.4.3 Den viktige grensen mellom ”vi” og ”de”

Den diskursive begrensningen av behandlernes bidrag til en spesiell og avgrenset tjenesteproduksjon som har få berøringspunkter med bakkebyråkratenes arbeid, ble bare i noen få tilfeller satt i sammenheng med personlighetstrekk ved bestemte leger eller psykologer. I noen tilfeller ble behandlere omtalt som ukollegiale eller problematiske å samarbeide med, men det dominerende inntrykket i de pasientkarrierene jeg har fulgt, var at behandlerne nyter en distansert respekt fra heller fjerne samarbeidspartnere. Det følgende eksemplet illustrerer dette respektfulle, men distanserte forholdet.

1. R: Altså . det er jo kjempemerkelig. Altså når en lege har en bestemt mening om en pasient, så hører alle veldig godt på den. Og det kan være en mening basert ut fra en times samtale. Det er den timen denne her legen har sett pasienten, eller prata med den. Mens et miljøpersonale som kanskje har vært på jobb her ei hel helg, og sittet - <...> ja, kanskje 10-15 timer på ei skjerming med pasienten, DEN blir ikke like mye vektlagt. . Og hva det kommer av eller hva man skal

kalle det? .. Det er jo kanskje en litt sånn opphøyd ide om hva en lege ER for noe, eller hva en lege skal brukes til. ..

2. I: Mhm. Hva er det nå? Hva skal en lege brukes til? .. Altså det å skrive ut medisiner, det er EN ting. <...> Men er det ikke noe mer? <...> ..
3. R: Nei, kanskje er det det å lede samtaler. Men det kjenner jeg også at man begynner å bli flinke til. Altså jo mer erfaring man får, jo flere sånne situasjoner man har sittet i og vært i, så blir man jo flinkere sjøl også til å lede samtaler. Så jeg opplever jo ofte nå at .. at jeg kan være vel så dominant i et behandlerteam møte som legen er. .. Og det vet jeg i hvert fall tidligere var, var . var min tanke om legene at de var veldig flinke til å prate (ler litt). At det var veldig greit å ha dem i behandlerteamene fordi at de var så flinke til å sette - Men det varierer jo fra lege til lege også. Noen leger er veldig flinke til å sette ting - å sette ord på ting og sette ting på spissen enn andre leger. . Men hva vi skal med legene? De skal - de skal skrive ut medisiner, og så skal de . diskutere seg imellom og bli klok. (begge ler)

Sykepleier med videreutdanning i psykisk helsearbeid, akuttpost, tredje linje

Utdraget begynner med respondentens refleksjon rundt forholdet mellom behandlere og bakkebyråkrater. Hun trekker i § 1 fram en situasjonsbeskrivelse slik hun ofte har opplevd den i sitt yrkesliv. Behandlere – i dette tilfelle nevner hun leger, mens hun senere i intervjuet også inkluderer psykologer i denne beskrivelsen – nyter stor respekt i diskusjoner på fellesmøter der begge yrkesgrupper er representert: ”*så hører alle veldig godt på den*”.

Respondentens arbeidshverdag er, som for andre bakkebyråkrater, for en stor del strukturert gjennom langvarige og lite planbare møter med pasienter. Hun trekker som et eksempel fram ”*miljøpersonale som <...> har <...> sittet <...> kanskje 10-15 timer på ei skjerming med pasienten*”, men slik hun opplever det, teller tettheten i pasientkontakten langt mindre på disse fellesmøtene enn behandlernes kortvarige observasjoner. Ganske forsiktig formulerer respondenten en modifikasjon av sitt bilde av den på mystisk vis kompetente legen som evner å formulere en vanligvis vektlagt ”*mening*” ut fra en distansert øyeblikksbetraktning: ”*Det er jo kanskje en litt sånn opphøyd ide om hva en lege ER for noe*”. Med dette ”*kanskje*” begynner respondenten å dekonstruere en opphøyet og mystifisert status for legene. Denne prosessen fortsetter etter at jeg i § 2 tar opp den delen der respondenten relaterer legenes arbeid til sitt eget: ”*hva en lege skal brukes til*”. Forsiktig nærmer respondenten i § 3 seg en avgrensning av legenes kompetanse i forhold til sin egen. Leger leder som regel samtaler, men er det en posisjon de fyller fordi deres yrkesfaglige kvalifikasjon tilsier at de kan og skal gjøre det? I respondentens refleksive betraktning tar hun utgangspunkt i sin egen karriere. Hun nevner først et opprinnelig inntrykk. Legene ”*var veldig flinke til å prate*”, og med denne evnen var det ”*veldig greit å ha dem i behandlerteamene*”. Respondenten har i sin egen karriere imidlertid også erfart at denne evnen ikke nødvendigvis har noe

med et bestemt yrke å gjøre. Etter en del år som yrkesutøver i psykisk helsevern, opplever hun seg selv som absolutt i stand til å *”lede samtaler”* og til å bli *”vel så dominant i et behandlerteammøte som legen er”*. Hun har i sitt arbeidsliv lært at dette er et spørsmål om erfaring og personlighet, og ikke om faglige evner forbeholdt leger eller andre behandlere.

Dermed begynner den opphøyde ideen om *”hva en lege er for noe”* (§ 1) å smuldre bort. Respondenten gir uttrykk for at den høyere kompetansen for å strukturere samtaler med pasientene som hun har forutsatt hos legene, bygger på en ikke holdbar premis.

Det hevdes at interessen for psykoterapeutisk arbeid er dalende blant psykiatere i forhold til psykofarmakologisk behandling (Scheid, 2000). Men som yrkesgruppe kan psykiatere trolig fortsatt bygge på spesielle faglige kvalifikasjoner i forhold til en formell samtalebehandling for pasienter, og antakeligvis også for å strukturere tverrfaglige samtaler som de nevnte behandlerteamene i respondentens fortelling. Men i den grad leger som yrkesgruppe har slike forutsetninger fra sin grunnutdanning, vil jeg hevde at de kan bygge på langt mindre relevant kunnskap enn mange yrkesgrupper blant bakkebyråkratene. Dette gjelder syke- og vernepleiere, sosionomer og barnevernspedagoger med flere.

Men kjent med sin egen utilstrekkelighet slik respondenten antakelig har erfart i utallige situasjoner fra sin arbeidshverdag, har hun relatert denne evnen til å strukturere samtaler med pasientene i et behandlerteam i bakkebyråkratenes tilfelle til erfaring, og ikke som i behandlernes tilfelle, til en yrkesspesifikk kompetanse.

Etter denne reflekterende betraktningen, kommer konklusjonen i § 3: *”Men hva skal vi med legene?”* For det første skal legene holde seg til det de er utdannet til: *”de skal skrive ut medisiner”*. For det andre avslutter respondenten sin dekonstruksjon av et opphøyet legebilde på den måten at hun relativiserer sin egen diskursive posisjon i forhold til dem. Hun latterliggjør ikke legene. Leger har et originært bidrag i et sammensatt tjenestetilbud: De kan og skal ordinere medisin. Men i den delen der de skal jobbe i team, har respondenten oppdaget at leger og bakkebyråkrater ikke skiller seg vesentlig fra hverandre i forhold til sin faglige kompetanse. For å opprettholde både legenes særstilling og den diskursive grensen overfor sitt eget virke som en viktig og effektiv del av behandlingen, konstruerer respondenten derfor en felles identitet for miljøpersonalet gjennom en eksklusjon av legene: *”så skal de diskutere seg imellom og bli klok”*.

Dette eksemplet illustrerer på en anskuelig måte at grensen mellom bakkebyråkrater og behandlere er en viktig del av konstruksjonsprosessen for en egen identitet som bakkebyråkrat. Det indikerer også at denne identiteten er preget av en ganske respektfull holdning overfor behandlernes bidrag, mens det egne arbeidet i utgangspunkt har et større forklaringsbehov både overfor behandlere og i bakkebyråkratenes selvforståelse av verdien av det egne arbeidet i et sammensatt tjenestetilbud.

Grensen mellom "vi" og "de" er altså ikke bare trukket av behandlere som viser liten forståelse og interesse for faglige synspunkter fra bakkebyråkraterne. Også fra bakkebyråkraterne selv er en diskursiv posisjon som faglig underordnet behandlerne framhevet som et viktig moment i konstruksjonen av en kollektiv identitet. Derfor blir det straks svært problematisk for konstruksjonen av en egen identitet når grenseoppgangen mellom bakkebyråkrater og behandlere er i ferd med å bli utvisket. Dette blir tydelig i det følgende eksemplet der en respondent beskriver sitt forhold til en bestemt assistentlege.

1. R: "H" er en litt annen type ass-lege. Hun har jo jobba i miljøet i mange år før hun ble lege. Så hun . - hun er jo en av de få legene jeg ser som kommer inn i avdelinga og setter seg ned i en stol og ikke bare springer til og fra et kontor. Hun bruker litt tid i miljøet, og kjenner vel kanskje litt på stemningen og . og tar de tingene litt lettere. Det er nok en fordel med å ha jobba i psykiatrien før du blir lege. .. Ulempen er vel kanskje at .. i den grad man skal nyte respekt, så . så mister du kanskje en bit av det når du har jobba i noen år som vikar først, og SÅ har blitt lege, enn om du hadde kommet inn som en fremmed lege. Ikke respekt, men dette her med . - Ja, hva skal man kalle det da? Altså, hvis man ser opp til en lege, altså, .. som en autoritetsperson, så mister vel "H" litt av DEN biten.
2. I: Blant pasientene eller blant personalet eller begge deler?
3. R: Jeg vil tro at det er mest merkbart blant personalet. Jeg tror ikke det er noen ulempe blant pasientene. Tvert imot, tror jeg. . Det er jo kanskje et . lite paradoks.
4. I: At jo mer synlig en lege er, jo mindre respekt har du for hun? (begge ler litt)
5. R: Nei, jeg respekterer "H" VELDIG fordi at hun nettopp setter seg ned i miljøet. Det er vel kanskje mer dette her at jeg blir mer DUS med hun. Altså, jeg tør å si mer til "H" enn jeg ville ha gjort til en annen ass-lege som hadde kommet inn døra nettopp.
6. I: Er det en ulempe?
7. R: Nei. Jeg tror ikke det.
8. I: Men du sier at du lurer på om hun mister respekten?
9. R: Nei, ikke respekt. .. Denne her profesjonelle avstanden. <...> Men kanskje det også i utgangspunktet er kunstig, det skillet man har mellom lege og resten av miljøet.
10. I: Og går det et sånt skille også mellom deg som sykepleier og <en> miljøterapeut eller en vernepleier, en hjelpepleier?
11. R: Nei. Jeg syns ikke det er noe skille mellom . - Altså det går i så fall - bare rent praktisk betydning, at noen må gjøre ting som - Altså jeg må gjøre en del ting som ikke andre KAN gjøre. Sånn rent medisinsk eller - Altså dele ut medisin eller legge opp medisiner og sanne ting. Men altså .. jeg syns miljøet i avdelinga er kjempegodt, og det . det jobbes bra, folk tar sine tak. <...> Jeg syns ikke det er noe sånn merkbart skille mellom folk. Det syns jeg ikke.

Sykepleier med videreutdanning i psykisk helsearbeid, akuttpost, tredjelinje

Jeg vil først betrakte hvordan respondenten konstruerer sin identitet som bakkebyråkrat i slutten av dette utdraget. I § 11 framhever respondenten en ganske flat struktur bakkebyråkratene imellom. Dette betyr ikke at de ulike yrkesutøvere ikke står i et hierarkisert forhold til hverandre. Men de yrkesfaglige ansvarsområdene påvirker i denne framstillingen hverdagen på akuttposten bare i svært liten grad. I eksemplet respondenten presenterer, plasserer hun den medisinfaglig orienterte delen av en sykepleieidentitet i randsonen av sitt arbeid: ”*Sånn rent medisinsk*”. Hverdagen på akuttposten er beskrevet som faglig ganske holistisk, og de som jobber der må ta sine tak alt etter når behovene melder seg. I hvilken grad dette holistiske perspektivet blir realisert, beskriver samtidig respondentens kriterium for et vellykket samarbeid bakkebyråkratene imellom. På respondentens arbeidsplass fungerer dette bra, og derfor er også ”*miljøet i avdelinga <...> kjempegodt*”. Miljøpersonalet, dvs. bakkebyråkratene er altså også i dette tilfellet omtalt først og fremst som et kollektiv, og ikke som en samling av forskjellige yrkesgrupper.

Men det gjelder altså for bakkebyråkratene det var spurt om i § 10. Når det gjelder forholdet mellom bakkebyråkratene og behandlerne, har respondenten før denne utlegningen kommet med en interessant observasjon.

På bakgrunn av en pasientkarriere blir respondenten spurt etter en samarbeidspartner som hun har veldig lett for å jobbe sammen med. Hun nevner pasientens behandler ”H”, og beskriver denne i § 1 som en ”*litt annen type*” assistentlege. Denne legen er annerledes fordi vedkommende tydeligvis kjenner livet som bakkebyråkrat ut fra egen, tidligere erfaring. Fra denne tiden har hun tatt med seg en spesiell måte å strukturere sin arbeidshverdag, noe som skiller henne fra legekollegene.

I respondentens framstilling er legene flest ekskludert fra livet på avdelingen. De ”*springer til og fra et kontor*”, gjør sitt, og er i denne beskrivelsen ikke inkludert i ”*miljøet*”. ”H” derimot, er present. Hun ”*kjenner <...> på stemningen*” og respondenten vurderer både den generelle kunnskapen om livet på avdelingen, og legens nærhet til miljøet i første omgang som positivt.

Men dette er også problematisk. Slik respondenten beskriver behandlergruppen, skal de ikke være del av ”*miljøet*”. De er ikke inkludert i den kollektive identiteten som respondenten beskriver for bakkebyråkratiet på akuttposten, og faktisk beskriver hun legens nærhet

som direkte truende for konstruksjonen av en slik identitet. I § 3 gjør respondenten tydelig at det skillet hun beskriver, ikke angår forholdet mellom behandlere og pasienter. Mellom de to gruppene av yrkesutøvere stikker derimot dette skillet dypt.

Leger er ikke bare plassert utenfor ”miljøet”. De er beskrevet som del av ”de andre”, nemlig behandlerne. Men grensen mellom de to gruppene er i dette eksemplet bare en komponent i en identitetskonstruksjon som bakkebyråkrat. Like viktig er også et klart hierarki mellom gruppene. Respondentens kategorisering av behandlerne lever av at legene, som i § 1, må kunne behandles med respekt og som autoritetspersoner. Hun må kunne se ”*opp til en lege*”, og selv om hun oppfatter sitt nære forhold til ”H” i utgangspunktet som positivt, er det for henne og andre tydeligvis problematisk å innpasse dette forholdet i en diskursiv sammenheng der den viktige grensen mellom behandlere og bakkebyråkrater kan opprettholdes. En behandler med førstehåndskunnskap om tilværelsen som bakkebyråkrat er ikke problematisk først og fremst fordi hun kjenner til denne arbeidshverdagen. Dette framhever respondenten i § 5 som en styrke: ”*jeg respekterer H. VELDIG fordi at hun nettopp setter seg ned i miljøet*”. Problematiske er det fordi denne legen ikke uten videre er å plassere i den autoritative og faglig mer kompetente behandlergruppen. Respondenten ”*blir mer DUS med hun*” og dette truer muligheten for henne og hennes kolleger til å konstruere en felles identitet gjennom en avgrensning overfor faglig overordnede behandlere.

Så, hvorfor er ”*denne her profesjonelle avstanden*” som respondenten framhever i § 9 så viktig for konstruksjonen av identiteten som bakkebyråkrat? Respekten som legene nyter, synes å være avhengig av en distansert posisjon de må innta hvis de ønsker å bli tatt på alvor. Når en lege vil leve seg inn i stemningen på avdelingen, går hun delvis over til å være en av ”oss”.

Respondenten trekker et semantisk skille mellom ”*respekt*” og ”*profesjonell avstand*”. Selv om hun fortsatt kan mobilisere en viss respekt for legens person, er det problematisk å opprettholde en nødvendig profesjonell avstand. Uten profesjonell avstand slår det mystifiserte bildet av de respekterte og faglig mer kompetente legene sprekker.

De fleste bakkebyråkraterne med lengre fartstid i psykisk helsevern og psykisk helsearbeid har antakeligvis opplevd eksempler i sitt yrkesliv der en medikamentell behandling ikke har ført til en synlig forbedring av pasientenes tilstand. På den andre siden har de i løpet av sin

yrkeskarriere også opplevd pasienter som har hatt tydelig nytte av de miljøterapeutiske tiltakene bakkebyråkratene selv står får. Hvis leger nå tyr til å oppholde seg i avdelingens miljø for å kunne utføre sin del av behandlingen bedre, er deres faglige kompetanse avkledd som avhengig av den samme arbeidsmåten bakkebyråkratene bygger sine intervensjoner på. Dermed minsker ”denne her profesjonelle avstanden”. Legenes status blir avmystifisert, og for bakkebyråkratene åpner det seg to handlingsalternativer for å opprettholde en diskursiv orden med et synlig skille mellom bakkebyråkrater og behandlere.

Ett alternativ består i at de justerer måten de omtaler sitt eget arbeid som kvalitativt likeverdig med behandlernes. Dermed forsvinner imidlertid muligheten til å betrakte legene som autoritetspersoner det er mulig å se opp til. Dette fører på sin side til at bakkebyråkratene mister muligheten til å benytte legene som en autoritativ siste-instans i de tilfellene der ulike behandlingstiltak ikke fører fram. Hvis leger og, i et videre perspektiv, behandlere blir omtalt som ansvarlige bare for en del av behandlingstilbudet, finner bakkebyråkratene seg igjen i en situasjon der de må posisjonere seg med langt mer ansvar for et sammensatt behandlingstilbud enn det som er tilfelle når arbeidet i ”miljøet” er diskursivt plassert som selvstendig, men samtidig som faglig og autoritativt underordnet.

Det andre alternativet består i at bakkebyråkratene i sin diskursive praksis fastholder et idealisert bilde der leger og andre fra behandlergruppen råder over et mystifisert handlingsrom. Dette handlingsrommet beskriver muligheter for en virkningsfull behandling med midler som ikke er like tilgjengelige for bakkebyråkratene selv. Men dermed oppstår et forklaringsbehov i situasjoner som i det eksemplet jeg har diskutert. Den uvanlige måten til denne spesielle legen – at hun ”kjenner<...> litt på stemningen” i avdelingen for å kunne bidra best mulig med sin ekspertise – utfordrer bakkebyråkratenes diskursive orden og legen blir derfor plassert med en hybrid status i avdelingens arbeidsfordeling mellom bakkebyråkrater og behandlere. Hun er ikke en av ”oss”, og heller ikke helt en av ”dem”.

For å konstruere den egne identiteten må det egne arbeidet legitimeres, og for å oppnå dette er det nødvendig at også bildet av behandlernes behandling blir opprettholdt som noe eget. I bakkebyråkratenes diskursive praksis må begge deler stå på egne ben uten å måtte ty til momenter fra andre behandlingsformer.

Denne grensen er i enda større grad sentral i bakkebyråkratenes tilfelle enn den er for behandlerne, fordi begrepet om ”miljøet” slik det brukes i respondentens beskrivelse, og det derfra avledete begrepet om miljøterapi som behandlingsform, har en heller skjør status i forhold til de forskjellige behandlingsformene som de ulike profesjonene i behandlergruppen utøver. For bakkebyråkraterne skaper nettopp avstanden i et yrkeshierarki mellom behandlerne og bakkebyråkrater en trygghet, fordi de opplever seg med sitt eget arbeid posisjonert i randsonen mellom ulike behandlingsideologier der innholdet i det egne arbeidet er lite definert, og derfor truet av uklare grenseflater overfor gruppen av behandlerne.

Jeg har i kapittel 4 argumentert at bakkebyråkrater i praksis står for en stor del av behandlingstilbudet i psykisk helsevern og psykisk helsearbeid, men at de leverer denne delen av tjenestetilbudet i et vanskelig planbart og heller lite strukturert arbeidsmiljø. De er derfor mer avhengige av å kunne ”se opp” til behandlerne, enn omvendt behandlerne er avhengige av å kunne se opp til bakkebyråkrater. I konstruksjonen av en identitet som bakkebyråkrat i psykisk helsevern har deres tillit til effektive, ”bedre” behandlingsmåter som behandlerne tilsynelatende rår over, lite å gjøre med empirisk dokumenterte erfaringer. Men et diskursivt konstruert hierarki mellom bakkebyråkrater og behandlerne er en måte å skape trygghet i denne prosessen, i et ellers usikkert og vanskelig forutsigbart arbeidsmiljø. Avgjørende i denne identitetskonstruksjonen er at en tydelig grenseoppgang mellom bakkebyråkrater og behandlerne kan bli opprettholdt.

Før jeg i kapittel 9.5 diskuterer det problematiske innholdet i behandlingsbegrepet for konstruksjonen av en identitet som bakkebyråkrat, vil jeg i et siste underkapittel diskutere en variasjon av denne viktige diskursive grensen mellom bakkebyråkrater og behandlerne. I eksemplet jeg har diskutert i dette underkapitlet, har en tidligere bakkebyråkrat gått over i rekken av behandlerne fordi hun hadde utdannet seg som lege, og dermed forandret hun sin profesjonelle status. I det følgende underkapitlet vil jeg understreke ytterligere hvor sentralt den viktige diskursive grenseoppgangen mellom bakkebyråkrater og behandlerne er. I langt større grad enn i eksemplene jeg har diskutert så langt, blir denne grensen truet når en bakkebyråkrat forandrer sin tilhørighet til en av gruppene, uten at denne forandringen er legitimert med en forandring i en profesjonell kvalifikasjon.

9.4.4 Når behandlerbegrepet mykner opp

Like lite som bakkebyråkrater er heller ikke behandlere en homogen gruppe, og ut fra bakkebyråkratens perspektiv blir også behandlergruppen beskrevet med en hierarkisert struktur. Respondenten i eksemplet i det forrige underkapitlet har beskrevet det problematiske innholdet i en grenseovergang mellom bakkebyråkrater og behandlere. I et annet intervju har den samme respondenten formulert sin opplevelse av et hierarki i behandlergruppen.

- I: Er det forskjell mellom legene og psykologene? For de er jo omtrent i samme situasjon? De kommer inn i avdelinga når de har noe å gjøre her og forsvinner igjen <...> på kontoret sitt?
- R: Ja. Nei, forskjellen er vel det at . hvis det er pasienter som kommer inn med medisinske spørsmål så er det legen som tar det, og hvis det er folk som kommer inn med . depresjon, eller sånn som ikke krever all verden med utfordringer medisinsk, så er det gjerne psykologene som tar litt sånn . stabskontakt . supplert med en sosionom.

Sykepleier med videreutdanning i psykisk helsearbeid, akuttpost, tredje linje

Slik respondenten beskriver behandlergruppen i dette utdraget, representerer legene tydelig toppen i behandlerhierarkiet. Pasienter med behov for medisinsk behandling utgjør i respondentens perspektiv regeltilfellet, og da er leger den profesjonen som er best i stand til å finne en løsning på problemene. Psykologene trer til når behandlingen ”*ikke krever all verden med utfordringer medisinsk*”, og formulert på denne måten har psykologene en slags ”reservekompetanse” for den egentlige (medikamentelle) behandlingen. Lite er i denne beskrivelsen til overs av idealet om et tverrfaglig psykisk helsevern.

Legene utfyller respondentens forventninger i sin helhet. De står ansvarlig for den medisinske delen av behandlingen som respondenten assisterer i ved behov, men som forøvrig ikke har noe med hennes egen identitet som bakkebyråkrat å gjøre. Legene kan berømmes eller kritiseres i forhold til hvordan de ivaretar sitt ansvar, men de kan også diskursivt ekskluderes fra respondentens arbeidshverdag i avdelingen. Med psykologene er det mer problematisk. Heller ikke de er beskrevet som en del av respondentens arbeidshverdag. De er diskursivt plassert som del av behandlergruppen, men i respondentens beskrivelse ender psykologene opp i en egen kategori som ufullstendige behandlere. De forsøker å ivareta denne rollen uten at de klarer å fylle den i kraft av en klart definert yrkesfaglig kompetanse. De ”*tar litt sånn . stabskontakt*” og ikke engang denne svake posisjonen kan de fylle på en selvstendig basis. Psykologer er framstilt som avhengig av andre – i eksemplet er det sosionomer. Når sosionomer opptrer supplerende til legens medisinske kompetanse, skjer dette

altså uten at det har konsekvenser for legens autoritet som behandler. For psykologene er sosionomen beskrevet som et nødvendig supplement for at de kan utfylle sin behandlerposisjon.

Dette hierarkiet i behandlergruppen med legene i toppen og psykologene som ikke fullt utviklede behandlere, gjenspeiler seg også i det følgende eksemplet der en annen respondent sammenlikner sine erfaringer fra arbeidet i tverrfaglige behandlerteam hvor beholdersiden er representert først av en lege og så av en psykolog.

1. I: Hvordan plasserer behandleren seg i hierarkiet? Er det de som fortsatt topper det? ...
2. R: (Sukker) .. Der er det jo forskjell fra team til team og fra behandler til behandler, syns jeg. Det er jo - det er altså en person- - personlige ..
3. I: Ja, hvordan ser det ut i praksis? Er det da fortsatt legen som bestemmer og miljøpersonalet som tilarbeider? ..
4. R: (Sukker) Eh ... <...> Hvordan skal jeg si det? Jo, i ... ET team <...> som vi har avslutta samarbeidet i nå, <...> DER var det sånn at .. at .. egentlig så var det legen som da tok ansvaret. .. <...> Men det, .. jeg tror det har med yrkesgruppene også. .. <...>
5. I: På hvilken måte? ...
6. R: Eh, ... Legene, de er jo opplært til å ta ansvar. <...> Psykologer, de <...> har vel ikke fått den utdannelsen med, med ledelse.

Assistent, rehabiliteringspost, tredje linje

Det er tydelig at respondentens erfaringer med ulike behandlere var både positive, men også mindre gode. I § 2 formidler respondenten at hun har en litt ømtålig relasjon til en eller flere behandlere.

Interessant er perspektivskiftet i respondentens forklaring. I § 2 relaterer hun først sine forskjellige erfaringer til personlighetstrekk hos de ulike behandlere. Når jeg i § 3 utfordrer henne til et svar som personfester disse ulike erfaringene, tar respondenten seg god tid før hun i § 4 kommer med et eksempel. I samme avsnitt skifter hun imidlertid perspektiv. Nå framhever hun ikke lenger bestemte personlighetstrekk hos behandleren som ”tok ansvaret”, men relaterer det til en bestemt yrkessosialisering. Når hun blir utfordret til å utdype dette, trekker hun i § 6 et tydelig skille mellom yrkesgruppene i behandlergruppen. Leger er ”opplært til å ta ansvar”. I denne sammenhengen er ”ansvar” relatert til å innta en ledende posisjon i teamet, mens psykologer i respondentens øyne ser ut til å mangle en slik opplæring i ledelse.

Også i dette eksemplet er psykologenes posisjon som behandlere altså beskrevet som ufullstendig, men her er dette begrunnet med et manglende moment i psykologenes utdanning,

som ville sette dem i samme hierarkisk overordnede posisjon overfor bakkebyråkratene slik som med legene.

Med ulike begrunnelser er behandlergruppen i alle disse eksemplene diskursivt framstilt som avgrenset fra bakkebyråkratene. Samtidig viser disse eksemplene at respondentene i sine beskrivelser oppfatter behandlerne som langt mer hierarkisert enn den sammensatte gruppen av bakkebyråkrater. Hvilke konsekvenser har det nå for konstruksjonen av en identitet som bakkebyråkrat, når en av bakkebyråkratene plutselig går over til gruppen av behandlere?

Dette siste momentet i min diskusjon om et diskursivt skille mellom bakkebyråkrater og behandlere i psykisk helsevern vil jeg illustrere med et eksempel fra en respondent i andrelinjetjenesten. Ordvekslingen tok sitt utgangspunkt i et uklart behandlingsbegrep som respondenten hadde formidlet i tidligere intervju, og ved en senere anledning spurte jeg henne direkte etter hennes selvforståelse.

1. I: Driver du med behandling på sentret? ..
2. R: Altså .. - Behandling? Hva er behandling? ...
3. I: Jeg vet ikke. Jeg spør deg.
4. R: Ja. .. Eh .. Jeg er jo miljøterapeut. ... Ja. ...
5. I: Er ikke du sykepleier, sa du?
6. R: Jo, psykiatrisk sykepleier. .. I sentret vårt så er det faktisk vært diskutert i den senere tid det der om .. om sykepleiere og <...> ergoterapeuter og .. sosionomer - Er en sosiom behandler .. i forhold til en sykepleier? Det er jo - den DER diskusjonen, vet du, DEN - .. At vi skulle overta mer behandlingsansvar har vært diskutert i vårt senter.
7. I: Hva kom dere fram til? <...>
8. R: Altså jeg ser sånn - men det er sånn man er opplært til: psykolog og psykiater. <...> De er behandlere. <...> Jeg husker jeg reagerte ganske sterkt - vi hadde en sosionom som ikke hadde NOE ekstra, som gikk - vanlig, nyutdanna sosionom, og som var <...> miljøterapeut. <...> Og plutselig så var hun inne i behandlerteamet!
9. I: Hvem er behandlerteamet?
10. R: Psykiater, psykolog. .. Behandlerne. Vi sier behandlerne kommer. .. Når vi har refleksjonsmøte på tirsdager så kommer behandlerne. .. Psykolog, psykiater. .. <...> Ja. Men hun kom plutselig over i behandlingsteamet. Og hadde- .. Det var greit, liksom, som sosionom - samtaler i forhold til spesifikke ting som en sosionom kan. Men .. at hun ble - altså at en pasient like godt fikk en sosionom som behandler som en psykiater, DA reagerte jeg veldig på det. <...> Jeg syntes ikke hun hadde forutsetning for det. ..
11. I: Hva er forutsetningen for å drive behandling?
12. R: Altså du må jo ha i hvert fall - du må nå i hvert fall ha en del psykiatrikunnskap. Og når hun kun var utdannet sosionom, åssen kunne hun være behandler .. og ha pasient? Altså - jeg tenkte det var egentlig veldig urettferdig for pasientene. Noen pasienter fikk erfarne psykologer, psykiatere, og en kanskje dårlig - like dårlig pasient fikk en sosionom som behandler! .. Skjønner du? Og fikk samtale .. en gang i uka eller to.

13. I: Jeg skjønner ikke helt <...> - altså, hadde du gått over i det behandlerteamet <...> så hadde du kunnet drive med behandling. <...> Så kommer det en nyutdanna psykolog <...> som er - på grunn av at hun er psykolog, er del av behandlerteamet. <...> Det syns du er helt riktig? ..
14. R: Eh ... Jeg tenker <...> egentlig burde heller en av de virkelig erfarne psykiatriske sykepleiere <...> være med i det behandlerteamet enn en nyutdanna sosionom. En nyutdanna sosionom kunne fortsatt vært i miljøet. For det er veldig fint å kunne bruke <...> hverandre. Vi har forskjellige typer kunnskaper, så jeg syns egentlig det er veldig sunt at det er både ergoterapi - kanskje fysioterapeut for den del, i miljøet. .. Altså i det daglige, ikke bare at du går dit til en samtale, men <...> jobber i miljøet. <...> For når hun var i avdelinga - det var så mange ting HUN visste, så bare på personalrommet - <...> Jeg kunne spørre "A" liksom: Hva gjør jeg med det? <...> Så var det så fint at hun gikk der i turnus og ... og .. og vi kunne samsnakkes om at, ja .. det var noe jeg lurte på i forbindelse med noen stønader eller noen greier, så kunne vi bruke henne. ..
15. I: Og det kunne du ikke etterpå, da hun ble behandler?
16. R: Nei, for da var hun så langt unna. Da .. hadde hun sine samtaler.

Sykepleier med videreutdanning i psykisk helsearbeid, døgnavdeling, andre linje.

Gir respondenten behandling? I første omgang gir hun i § 2 spørsmålet tilbake til intervjueren. Når jeg gir uttrykk for at det var et spørsmål til respondenten som jeg ikke hadde noen fast formening om på forhånd, trenger hun i § 4 mye betenkningstid før hun begynner med et resonnement. Til slutt inntar hun en posisjon i den yrkesfaglige strukturen i psykisk helsevern: *"Jeg er jo miljøterapeut"* og signaliserer deretter med flere lengre pauser og et bekræftende *"Ja"* at hun oppfatter det som et uttømmende svar. I § 5 tar jeg opp den utilfredsstillende retorikken og konfronterer respondenten med hennes yrkesfaglige bakgrunn, men i § 6 holder hun fast ved sin kategorisering av yrkesutøvere. Hun snakker om behandlere og ikke om behandling. Sykepleiere, ergoterapeuter og sosionomer er alle miljøterapeuter, og om disse utfører behandling relaterer respondenten til en foregående diskusjon på senteret. Kan eller skal miljøterapeuter i det hele tatt være *"behandler"*? Hun introduserer også et generelt eksempel om det hun oppfatter som problematisk ved denne diskusjonen: *"Er en sosionom behandler .. i forhold til en sykepleier"*? Kan altså en yrkesgruppe som egentlig hører hjemme blant bakkebyråkraterne være behandlere og dermed bli plassert hierarkisk overordnet andre bakkebyråkrater? I § 8 utdypes respondenten de to forhold som preger resten av utdraget. For det første framhever respondenten sin etablerte inndeling i behandlere og bakkebyråkrater: *"Det er sånn man er opplært til: psykolog og psykiater. De er behandlere"*. For det andre introduserer hun det problematiske innholdet i et behandlerbegrep som blir åpnet for yrkesutøvere fra gruppen av bakkebyråkrater. Problematisk er det ut fra respondentens perspektiv fordi hun ikke klarer å se noe faglig grunnlag for et utvidet behandlerbegrep. Hun nevner en del karakteristika for en bestemt miljøterapeut som har for-

andret sin status på denne måten. Sosionomen hun beskriver i § 8 er nyutdannet og har ikke ”*NOE ekstra*” som kunne heve henne utover en posisjon som ”vanlig” bakkebyråkrat. I § 10 resonnerer respondenten med seg selv. Den forhenværende bakkebyråkraten stikker på en måte ut og har faktisk en spesiell kompetanse. Hun kan gjennomføre ”*samtaler i forhold til spesifikke ting som en sosionom kan*”, men dette kvalifiserer i respondentens øyne ikke til en posisjon som behandler. Fortsatt er skillet mellom behandler og behandling uklart, og når hun i § 13 blir spurt etter forutsetninger for å drive behandling, snevrer respondenten inn sitt behandlerbegrep: ”*behandlere må nå i hvert fall ha en del psykiatrikunnskap*”.

Legitimiteten for å være behandler i psykisk helsevern avleder respondenten altså fra nærheten til et medisinfaglig perspektiv, der hun også inkluderer psykologene. Andre perspektiver kommer i respondentens tolkning bare til sin rett når de inngår i et faglig kollektiv av bakkebyråkrater, eller med hennes begrep, av miljøterapeuter. For å understreke den manglende legitimiteten til sosionomen som behandler benytter respondenten ytterligere en retorisk strategi der hun fremmer sitt argument i form av en ekstrem kontrastering. Den tidligere nevnte sosionomen, beskrevet som ny og uten ”*noe ekstra*”, setter hun i § 14 opp mot ”*erfarne*” psykologer og psykiatere, og i et slikt perspektiv framstår pasientene som urettferdig behandlet.

Slike *extreme case formulations* er ofte beskrevet som en retorisk strategi i situasjoner der taleren er sterkt i tvil om det framsatte argumentet blir akseptert av andre kommunikasjonsdeltakere (Baker, 1997; Jørgensen & Phillips, 2002: 137). I dette eksemplet fortsetter samtalen med en avvisning av denne ekstreme framstillingen av erfarne psykiatere og psykologer, versus nyutdannede sosionomer. I § 17 vender intervjueren respondentens kontrastering om og introduserer sin egen: hva med en ”*nyutdanna psykolog*”? Hvor henter denne sin legitimitet som behandler fra? Respondenten velger i § 18 imidlertid å ikke forholde seg til dette spørsmålet. Implisitt holder hun dermed fast ved sitt opprinnelige bilde av psykiatere og psykologer som behandlere. Når det gjelder hennes egen gruppe, modifierer hun ganske motvillig sitt perspektiv. Hvis det først må være slik at bakkebyråkrater skal bli behandlere, må dette være begrunnet i erfaring og ikke i en særskilt kunnskap utenfor psykiatri eller psykisk helsearbeid. Ved siden av de tidligere diskuterte sosionomene inkluderer hun i § 18 også ergo- og fysioterapeuter i miljøpersonalet. Denne formen for kunnskap er viktig, men bare når den er tilgjengelig i bakkebyråkratenes kollektive arbeidshverdag. Avgjørende for

respondenten er å kunne gå den korte veien ”så bare på personalrommet”. Denne kontakten har respondenten ikke med ”de andre”; altså med behandlerne fra poliklinikken, og heller ikke er det i respondentens versjon mulig å opprettholde den uformelle kontakten med en av kollegene når denne går over fra bakkebyråkratene og over til behandlerne. Respondentens avsluttende utsagn i § 20 (”da var hun så langt unna”) beskriver like mye en fysisk som en faglig avstand i et hierarki mellom de to gruppene av yrkesutøvere. De ulike måtene å strukturere arbeidshverdagen på skiller dem fra hverandre, men også uavhengig av slike praktiske rammer er en grensesetting mellom bakkebyråkrater og behandlere nødvendig for en konstruksjon av en identitet som bakkebyråkrat i psykisk helsevern og -arbeid.

Jeg har i dette underkapitlet argumentert for at en kollektiv identitet som bakkebyråkrat for en stor del lever av en tydelig avgrensning overfor gruppen av behandlere. I det forrige underkapitlet har jeg påpekt det problematiske innholdet for et diskursivt vedlikehold av denne grensen, når en tidligere bakkebyråkrat skifter sin yrkesfaglige bakgrunn og dermed også sin status. Langt mer truende for denne vanskelige diskursive identitetskonstruksjonen viser det seg når grensen mellom de to gruppene blir utydelig, fordi yrkesutøvere blant bakkebyråkratene går over til gruppen av behandlere uten at dette er begrunnet i en synlig forandring i en bestemt yrkesstatus. Når behandlerbegrepet mykner opp, er det direkte truende for bakkebyråkratenes selvforståelse. Den egen posisjonen i psykisk helsevern og psykisk helsearbeid blir mer uklar, og dermed trues også konstruksjonen av en egen kollektiv identitet atskilt fra behandlerne.

9.4.5 Sammenfatning

I min diskusjon om behandlernes sentrale posisjon i utviklingen av en identitet som bakkebyråkrat i psykisk helsevern og psykisk helsearbeid, har jeg først undersøkt hvordan bakkebyråkrater konstruerer en kollektiv identitet først og fremst gjennom en avgrensning fra behandlergruppen. Jeg har argumentert at denne grensen er essensiell fordi bakkebyråkratenes selvforståelse som gruppe nødvendigvis lever av en grensetrekking som inkluderer noen og ekskluderer andre. Strukturen i arbeidshverdagen gjør det forholdsvis enkelt for miljøpersonalet i spesialisthelsetjenesten, men også for bakkebyråkratene i det kommunale psykiske

helsearbeidet både å nedtone forskjellene mellom ulike yrkesgrupper blant bakkebyråkraterne, og å avgrense seg overfor yrkesutøvere med en formell status som behandlere.

For å konstruere en kollektiv identitet som bakkebyråkrater betrakter jeg grensen mellom bakkebyråkrater og behandlere altså som essensiell. Jeg har framhevet i min diskusjon at bakkebyråkrater omtaler behandlere med relativt stor respekt, og at de innrømmer dem og deres faglighet en opphøyet posisjon på grunn av en behandling som har lite å gjøre med bakkebyråkraternes arbeid.

Med de eksemplene jeg har diskutert, har jeg også vist at bakkebyråkraterne beskriver behandlerne både som perifere og som sentrale i samarbeidet på tvers av linjenivåene. Perifere er de fordi behandlerne har forholdsvis få berøringspunkt med bakkebyråkraternes praktiske samarbeid. Selv om blant annet fastlegene i disse eksemplene i noen tilfeller var omtalt som "selvfølgelige" deltakere i ansvarsgrupper og lignende fora, har de i praksis som regel vært fraværende i det kontinuerlige arbeidet. I det fortløpende arbeidet er bakkebyråkraterne henvist til hverandre, og i de eksemplene jeg har diskutert, har de vist seg absolutt i stand til å klare oppgaven med å koordinere de forskjellige tjenestetilbudene uten behandlernes deltakelse.

Jeg har også argumentert at behandlerne er sentrale for bakkebyråkraterne fordi behandlernes arbeid blir omtalt som kvalitativt høyreverdig, og fordi denne hierarkiserte presentasjonsmåten skaper en trygghet for måten bakkebyråkrater utøver sin egen faglighet på. Selv om de i det daglige arbeidet langt på vei handler autonomt fra behandlerne, er denne tryggheten viktig for konstruksjonen av en tverrfaglig, og derfor sårbar kollektiv identitet som bakkebyråkrater. Disse må posisjonere seg og sitt arbeid ikke bare i forhold til behandlerne, men også i forhold til et uklart behandlingsbegrep. De "etablerte" yrkesgruppene blant behandlerne er langt mindre eksponert for et krav om tverrfaglig samarbeid. Hva som er "riktig" behandling avgjøres kanskje i konkurranse internt mellom yrkesgruppene blant behandlerne. Dette har jeg ingen data på i denne undersøkelsen, annet enn de observasjonene som bakkebyråkraterne har formidlet ut fra deres eget perspektiv utenifra. I dette perspektivet rangerer imidlertid legene med sin medikamentelle behandling høyest, mens psykologene framstår med en heller uklar behandlingskompetanse. I den grad sosionomene er inkludert i beskrivelsen av behandlergruppen, er de omtalt som supplerende til legenes og psy-

kologenes behandling. Men uansett perspektivet på forskjeller innad i behandlergruppen er det for bakkebyråkratenes diskursive praksis først og fremst avgjørende å opprettholde grensen mellom de to gruppene. Derfor er det direkte truende for en identitet som bakkebyråkrat i psykisk helsevern og psykisk helsearbeid når denne grensen er i ferd med å gå i oppløsning. På denne måten er både behandlernes autoritet som en, i diskursteoretisk forstand, mytisk forståelseshorisont truet, og samtidig er de enkelte bakkebyråkraterne utfordret til å redefinere sin egen posisjon som del av et sammensatt tjenestetilbud. De er presset til å revurdere sitt eget arbeid ikke bare i forhold til yrkesgrupper med en formell status som behandlere, men også i forhold til et uklart behandlingsbegrep.

Langt vanskeligere enn den relativt klare grensen mellom bakkebyråkrater og behandlere, er det for bakkebyråkraterne med et tverrfaglig, og derfor svært heterogen faglig profil, å beskrive sin egen forståelse av behandling. Den siste delen av dette kapitlet vil jeg bruke til å undersøke dette problematiske behandlingsbegrepet for bakkebyråkratenes arbeid, og til å beskrive implikasjonene av dette for konstruksjonen av en identitet som bakkebyråkrat.

9.5 Det problematiske behandlingsbegrepet

9.5.1 Innledning

Den norske lægeforeningen har for få år siden i en uttalelse om situasjonen i psykisk helsevern beskrevet rollen til sine medlemmer. Der er legene omtalt som leverandører av tjenester sammensatt i et ”biopsykososialt perspektiv” (Den norske lægeforening, 2004: 30). Også internasjonalt har et slikt perspektiv blitt gjort gjeldende for en legefaglig behandling av psykiske lidelser (Wifstad, 1997: 27 ff). Dette er både et vidtfavnende og ambisiøst prosjekt, og ikke overraskende deler ingen av bakkebyråkraterne i min undersøkelse direkte en slik oppfatning verken av legenes eller av de andre behandleres posisjon i et sammensatt tjenestetilbud.

Når respondentene er blitt spurt etter sin forståelse av behandling i psykisk helsevern, har de i intervjuene med varierende vektlegging nevnt medikamentell behandling, samtalerapi

og miljøterapi. Disse behandlingsformene ble som regel ganske entydig tilordnet bestemte yrkesgrupper, og i sin omtale av en bestemt kompetanseprofil har bakkebyråkratene tydelig formidlet at ingen av disse yrkesgruppene er betraktet som kompetent på alle områder.

Jeg har flere plasser framhevet eksempler der leger i respondentenes fortellinger først og fremst ble omtalt som fagpersoner i forbindelse med medikamentell behandling. Respondentenes omtale av legenes samtaler med pasienten ble som regel beskrevet som en forutsetning for eller i relasjon til den medikamentelle behandlingen legene står for. Respondentene har altså vanligvis ikke beskrevet legenes samtaler med pasientene som et tiltak med en egen terapeutisk verdi slik de gjorde det for samtaler mellom psykologer og pasienter, eller mellom bakkebyråkrater og pasienter. I bakkebyråkratenes beskrivelse har legene altså et faglig langt mer ensidig perspektiv enn legeföreningens idealtypiske ”biopsykososiale” perspektiv på behandling i psykisk helsevern legger opp til.

Hva som er å forstå som psykologenes originære behandlingsform (eller behandlingsformer), var langt mindre tydelig definert. Selv om psykologer i en del tilfeller ble omtalt som eksperter på samtalebehandling, var det påfallende at respondentene som regel hadde tydelige problemer med å beskrive form og innhold i en slik behandling, og med å passe denne inn som del av et sammensatt tjenestetilbud. Ved siden av en uklar samtalebehandling ble psykologene også omtalt som eksperter på diagnostikk og forskjellige tester.

Jeg har allerede påpekt at sosionomenes bidrag til behandlergruppen i den grad den i det hele tatt var nevnt særskilt, ble formulert som en slags supplerende kunnskap i forhold til ulike støtteordninger og barneverns- eller boligrelaterte spørsmål. Sosionomenes samtaler med pasientene ble nevnt i enkelte tilfeller, og jeg har i kapittel 9.4.4 allerede diskutert et eksempel der en respondent har utfordret sosionomenes kompetanse til å gjennomføre samtalebehandling; samtaler altså med et terapeutisk istedenfor et pragmatisk, rådgivende innhold.

I dette kapitlet vil jeg undersøke hvordan bakkebyråkrater beskriver sin egen faglighet når de argumenterer for sin virksomhet både som del av et sammensatt tjenestetilbud i psykisk helsevern og helsearbeid, og når de formulerer det som behandling i sin egen rett. Jeg oppfatter disse beskrivelsene som et vesentlig moment i bakkebyråkratenes diskursive konstruksjon av en egen identitet i psykisk helsevern og i psykisk helsearbeid. Derfor betrakter

jeg bakkebyråkratenes beskrivelser også som sentrale for samarbeid på tvers av linjenivåene og mellom bakkebyråkrater og behandlere. fordi denne konstruksjonen av en faglig identitet til syvende og sist setter føringene for hva dette samarbeidet skal handle om.

Kjernen i et behandlingsbegrep som bakkebyråkraterne har gjort krav på i sine beskrivelser av samarbeidet langs de 15 pasientkarrierene jeg har fulgt over et år, ble først og fremst knyttet til et begrep om miljøterapi. I et første skritt undersøker jeg derfor hvordan denne miljøterapien i bakkebyråkratenes fortellinger ble holdt opp som et alternativ til annen, først og fremst medisinsk behandling. I et neste analytiske skritt betrakter jeg innholdet i dette uklare miljøterapibegrepet, før jeg i en siste del av dette kapitlet betrakter en utvikling der bakkebyråkrater benytter sitt miljøterapeutiske arbeid, både for å befeste den faglige statusen for sin egen behandling, og for å demystifisere selve behandlingsbegrepet.

9.5.2 Miljøterapi som faglig alternativ til medisinsk behandling

Igjen vil jeg ta utgangspunkt i den nevnte rapporten fra Den norske lægeforening. I beskrivelsen av forskjellige behandlingsformer i psykisk helsevern er også miljøterapi nevnt:

Miljøterapi er en viktig del av behandlingen ved institusjonene. Det finnes lite forskning på effekt av miljøterapi sammenliknet med individualterapi og gruppeterapi. Slik forskning bør initieres.

(Den norske lægeforening, 2004: 11)

Omtalt som ”*viktig del av behandlingen*” blir miljøterapi her ikke tilordnet en bestemt yrkesgruppe. Framhevet er det derimot at denne behandlingsformen kun kan skilte seg med en relativt udokumentert effekt.

Slik det framkommer i mitt datamateriale er dette i begge punkt et tydelig avvik fra bakkebyråkratenes forståelse. Etter analysen så langt kommer det neppe overraskende at bakkebyråkraterne i sin diskursive praksis reklamerer begrepet miljøterapi for seg og sitt arbeid i avgrensning til behandlerne som i det følgende eksemplet.

I: Driver du med behandling? ...

R: Ja. .. Jeg er litt usikker på hva du mener med det. Jeg mener jo i høyeste grad at jeg driver med behandling. Altså både miljøterapeutisk og – Ja.

Vernepleier, døgnavdeling, andre linje.

Spørsmålet til respondenten om hun oppfatter det egne arbeidet som behandling, besvarer hun positivt. Etter en liten tenkepause formidler hun imidlertid at hun er i tvil om egen og intervjuerens forståelse av behandling er sammenfallende. Hun formulerer sin egen forståelse svært ettertrykkelig: ”i høyeste grad” oppfatter hun det egne arbeidet som behandling. Denne behandlingen er beskrevet som ”både miljøterapeutisk og”. Men det kommer ingen ”og”. Hennes behandling består i miljøterapi og ikke noe annet. Bakkebyråkrater på institusjonene i psykisk helsevern utfører en lang rekke forskjellige oppgaver, og ikke alle kan subsumeres under et begrep om miljøterapi. Men i den grad disse oppgavene beskriver en behandling, faller de inn under denne. Den samme respondenten avgrensner senere i intervjuet sin del av behandlingen fra legenes. I den sammenhengen beskriver respondenten en frustrasjon i forhold til en pasient der samarbeidspartnerne i behandlerteamet i andrelinjetjenesten til tross for mangfoldige forsøk, ikke lyktes med å finne fram til bærekraftige strukturer.

Jeg tror nok at kanskje jeg bærer mer på den <frustrasjonen> enn legen gjør, for at jeg er mer til stede i miljøet, og ser det daglige - altså forfallet, hva han gjør mot seg sjøl. Og vi evner på en måte ikke å stoppe det. ... Og det ser ikke legen. Legen forholder seg egentlig mer til sånn samtale- hva skal jeg si - sånn medisinske problemer. En miljøterapeut - fordi legen er ikke til stede - han opplever, kan du si, den utførelsen av det.

Respondenten i dette eksemplet opplever å få tillagt et stort ansvar gjennom sitt miljøterapeutiske arbeid. Hun opplever umiddelbart ”forfallet” til pasienten. I respondentens beskrivelse bygger miljøterapi på nærhet til pasienten, og derfor framstiller hun både suksess og mislykkethet som en byrde hun som bakkebyråkrat opplever langt mer påtrengende enn den fjerne legen med sin offisielle behandlerstatus. Legen ser ”medisinske problemer” og ikke pasientens sammensatte problematikk. Det gjør derimot respondenten i sin miljøterapeutiske praksis. Med denne nærheten til pasienten legitimerer respondenten altså miljøterapi både som en svært viktig del av et sammensatt behandlingstilbud, og samtidig som en del der behandlere ikke har noe å gjøre.

Men selv om miljøterapi blir beskrevet som en avgrenset del av tjenestetilbudet, framhever bakkebyråkrater også et holistisk syn på det sammensatte tjenestetilbudet til pasientene. Både den nære pasientkontakten og den medikamentelle behandlingen, blir som i det følgende eksemplet fra et intervju med en annen respondent i spesialisthelsetjenesten, framhe-

vet som to deler av et sammensatt og ut fra bakkebyråkratens perspektiv, gjensidig avhengig og helhetlig behandlingstilbud.

1. R: Fra i høst da jeg begynte å jobbe <...> og til i dag så er det en ganske stor endring i hans, 2 sin atferd, psykotisk atferd. <...>
2. I: Hva skyldes det? Oppfølging, medisin eller begge deler?
3. R: Jeg tror en kombinasjon av begge deler. Jeg tror ikke bare at medisinen hjelper men jeg tror at det her med tetthet - fordi vi har også laget en plan som går på kontinuitet i oppfølgingen. Hvor han vet til enhver tid hvem som er hans kontakt og at vi har ansvar for å gå inn i forhold til han. Mye tettere. Det gjør verden hans mer forutsigbar. Men også at den typen medisin han har begynt med . er mer, mer effektiv i forhold til den lidelsen han har. Så det er en kombinasjon. Jeg tror ikke at en ting alene ville ha gjort så mye, men de to sammen, tror jeg, har betydd mye.

Sykepleier med videreutdanning i psykisk helsearbeid, intermedieærpost, tredje linje.

Den positive utviklingen til pasienten som respondenten beskriver i § 1, relaterer hun i § 3 ikke til to behandlingsformer som fungerer uavhengig av hverandre. Slik hun beskriver det, har to gjensidig utfyllende deler av en sammenhengende intervensjon kommet til sin rett – ”en kombinasjon av begge deler”.

Hun distanserer seg forsiktig fra forestillingen om at det først og fremst er den medikamentelle behandlingen som vanligvis får æren for en vellykket behandling: ”Jeg tror ikke bare at medisinen hjelper”. Like viktig i hennes beretning er tettheten i den miljøterapeutiske pasientkontakten, og for denne delen av behandlingen er ikke behandleren, men bakkebyråkraterne ansvarlige: ”vi har ansvar for å gå inn i forhold til han”. Dette skaper tillit, trygghet og forutsigbarhet, og derfor er tett oppfølging som bakkebyråkrater sikrer like viktig som en adekvat medisinerings. Men effektive er de to behandlingsformene først i kombinasjon med hverandre.

I bakkebyråkratenes beretning avgrensner de altså miljøterapi både overfor medisinsk, men også annen behandling, og de markerer det som sitt eget domene. Men hvordan vurderer de selv effekten av denne miljøterapeutiske behandlingen som i legeforeningens rapport er beskrevet som lite dokumentert? Det følgende utdraget er hentet fra et intervju med en respondent med lang fartstid i flere organisatoriske enheter i psykisk helsevern og psykisk helsearbeid.

1. I: Jeg har flere ganger hørt folk her fra døgnavdelinga, fra dagavdelinga som sier: Og så drar vi med pasienten til behandleren, til <poliklinikk>. <...> Hvorfor driver dere med behandling her, men så må dere dra til behandleren til <poliklinikk>? ...
2. R: Altså, det er jo forskjellig nivå i behandling. <...> Det ene er miljøterapi eller om det er .. mer en sånn individuell terapi. ..
3. I: Er det sånn - er det uttrykk for en statusforskjell, at miljøterapi er en sånn lavstatus-

4. R: Altså, det har det vel alltid vært, en type statusforskjell. <...> I hvert fall fra pasientens synspunkt. .. Og det <...> er en sannhet at pasientene .. ønsker mer samtale med doktoren, med behandleren, med psykologen. .. Det er vel, DE ser ikke særlig mye nytte av å være i avdelingen, i aktiviteter. Så - så det har vi brukt mye tid på, å .. å snakke om at miljøterapi, eller det som skjer i avdelingen, er behandling. <...> Sånn at .. vi har vel en ide om at .. medisiner er .. 20% ansvarlig for behandlingsresultatet, samtale med behandler 30, og 50% er miljøterapi. .. Altså, at miljøterapi er veldig viktig.
5. I: Er det noe som legene <...> på <poliklinikk> deler med - eller <overlegen på senteret> deler?
6. R: Ja - ja. HUN gjør det. Og hun er bevisst <...> - Samtalene er ikke det viktigste. Samtalen med hun. .. Fordi hun ser at .. den - det som skjer i miljøterapi som - Vi har jo samtaler ... veldig fokuserte samtaler - at det er like viktig. ... Eller det er jo det som danner grunnlag for de samtale-ene HUN har senere, det som er blitt observert ellers i uka, i miljøterapi sånn.

Sykepleier med videreutdanning i psykisk helsearbeid, døgnavdeling, andrelinje.

Utgangspunkt i denne delen av samtalen er det semantiske skillet mellom behandling og behandlere, som ofte har kommet til uttrykk i intervjuene. I disse tilfellene har bakkebyråkratene gitt klart uttrykk for at de oppfatter sin tjenesteproduksjon som behandling, mens de samtidig trekker et semantisk skille overfor personer med en formell status som behandler. I eksempler som det foregående følger bakkebyråkratene i deres funksjon som miljøterapeuter faktisk "sine" pasienter til behandlernes behandling på poliklinikken. Konfrontert med dette reagerer respondenten i § 2 etter en lengre innledende pause med en differensiering. Miljøterapi er en form for behandling, og på poliklinikken får pasientene en annen form for behandling. De to behandlingsformene har lite med hverandre å gjøre, og respondenten formidler at hun bare har en vag forestilling om hva behandleren på poliklinikken gjør: *"en sånn individuell terapi"*. Respondenten rangerer også de ulike behandlingsformene. Hun tar med denne rangeringen i § 4 imidlertid utgangspunkt i pasientenes perspektiv, og ikke i personalets.

I pasientenes perspektiv framstår miljøterapi tydelig som et ganske uklart begrep. Respondenten gjengir pasientenes opplevelse av denne behandlingen som det å være i avdelingen og å være involvert i forskjellige aktiviteter. At pasientene oppfatter miljøterapi som mindre viktig enn annen behandling, er et problem for respondenten og hennes kolleger, og hun rapporterer om bestrebelser på senteret for å formidle til pasientene at miljøterapi er en svært viktig del av behandlingen de får på senteret: *"det har vi brukt mye tid på <...> å snakke om at miljøterapi, eller det som skjer i avdelingen, er behandling"*.

Så kommer respondentens svært selvbevisste, egen vurdering av hvor viktig denne miljøterapien virkelig er. Ut fra hennes perspektiv er den faktisk like viktig som medisinsk og samtalebehandling med de offisielle behandlere er til sammen. Respondenten underbygger

ikke nærmere sin høye mening om bakkebyråkratenes miljøterapeutiske bidrag, men det er tydelig at miljøterapi utgjør det vesentlige momentet (eller med Laclau og Mouffes begrep: nodalpunktet) i denne konstruksjonen av en faglig identitet i psykisk helsevern. Også i sin antakelse i § 6 om hvorvidt denne vurderingen deles av behandlerne, er hun tydelig. Hun unngår å svare på vegne av behandlere på poliklinikken, men når det gjelder psykiateren som er tilknyttet døgnavdelingen på senteret, føler hun seg på trygg grunn. Slik hun oppfatter det, deler i alle fall denne behandleren respondentens vurdering at samtaler med behandleren ikke er det viktigste. Den miljøterapeutiske behandlingen er ”*grunnlag for de samtalene HUN har senere*”, og på denne måten framstiller respondenten behandlernes mulighet til en effektiv samtalebehandling i et avhengighetsforhold til miljøterapi.

Dette er et tydelig eksempel på en beskrivelse av miljøterapi som bakkebyråkratenes domene, og som en virkningsfull behandling i psykisk helsevern. Ikke alle respondenter har uttalt seg like bastant om miljøterapiens effektivitet som i dette eksemplet, men i alle varianter av beskrivelsene er det tydelig at miljøterapi utgjør kjernen i den diskursive identitetskonstruksjonen for bakkebyråkrater i psykisk helsevern. Derfor er miljøterapi også et sentralt begrep som bakkebyråkraterne med organisatorisk plassering i spesialisthelsetjenesten relaterer sitt samarbeid på tvers av linjenivåene til.

Bakkebyråkraterne i det kommunale psykiske helsearbeidet viser et langt mindre ensartet bilde i forhold til den i psykisk helsevern sentrale miljøterapien. Noen bakkebyråkrater har i sin diskursive praksis plassert det egne bidraget til et sammensatt tjenestetilbud for mennesker med psykiske lidelser tydelig utenfor et sammensatt behandlingsbegrep. Denne måten å konstruere en egen faglig identitet som bakkebyråkrat i førstelinjetjenesten, både i avgrensning til gruppen av behandlere, men også i avgrensning til bakkebyråkrater på institusjonene i spesialisthelsetjenesten, blir tydelig i dette utdraget.

1. R: Jeg har ikke behandlingsansvar. Jeg har - ikke sant, i kommunen - vi gir omsorg. . Så snart jeg kjenner at dette er kanskje ikke godt nok, eller jeg tror pasienten krever noe mer, så melder jeg det skriftlig til legen.
2. I: Hva er forskjellen mellom behandling og omsorg?
3. R: Altså behandling så har vi jo en - hadde så nær sagt en . - Du kan ha en medikamentell behandling. Du kan ha en miljø . terapibehandling. .. Du kan ha en .. en mer psykoanalytisk behandling. Men vi driver omsorg. Vi driver ikke behandling. Vi driver med støttesamtaler og vi gjør praktiske ting i lag, og noen sier at vi kanskje driver med miljøterapi. Men . men kommunen har ikke lov- lovhjemmel for behandlingsansvar. .. En sånn her tjeneste. .

Vernepleier med videreutdanning i psykisk helsearbeid, første linje.

Det semantiske skillet mellom behandling og omsorg som respondenten trekker i § 1, er klart hierarkisert. Når respondenten føler at ”omsorg” ikke strekker til, må kvalitativ høyereverdige og mer effektive tiltak til: ”Så snart jeg kjenner at dette er kanskje ikke godt nok”. Til dette formålet henvender respondenten seg til legen som har det formelle behandlingsansvaret. Respondenten markerer også ettertrykkelig hvordan hun fritar seg fra ansvaret. Hun samkjører ikke sin omsorg med legens behandling for å utarbeide et tilbud der begge har et felles ansvar for hver sin del. Hun ”melder” derimot situasjonen til legen, og for å dokumentere at hun dermed overfører ansvaret i sin helhet, skjer denne meldingen i en formell, skriftlig form.

Når jeg i § 2 etterlyser en entydig avgrensning av behandling og omsorg, blir det problematisk for respondenten. I § 3 starter hun med et forsøk på en reifisert forståelse av behandling. Respondentens formulering ”så har vi jo” indikerer ”noe som alle vet” - altså en sedimentert diskursiv forståelse av behandling (Laclau, 1990: 34). Hun klarer imidlertid ikke å presentere noe i nærheten av et slikt noenlunde enhetlig og uomtvistelig behandlingsbegrep. I stedet går hun over til å presentere en liste med forskjellige behandlingsformer. Listen er toppet av en medikamentell behandling, og siden hun i § 1 har introdusert legen som formell behandler, er dette i tråd med hennes opprinnelige argumentasjon. Så kommer de mer utydelige behandlingsformene. Hun trenger en pause for å innpasse miljøterapi inn i et behandlingsbegrep (”miljø . terapibehandling”), og avslutter sin liste med en behandlingsform som hun bare har en omtrentlig formening om: ”en .. en mer psykoanalytisk behandling”. Men etter denne i økende grad utydelige listen blir hun klar i sin avgrensning overfor alle disse behandlingsformene. Hennes tjeneste driver med omsorg, ikke med behandling. Hun gir også eksempler på hva denne omsorgen består i: ”støttesamtaler” og ”praktiske ting”.

Denne respondenten fra førstelinjetjenesten har mange års erfaring i jobben. Hun har regelmessig arbeidet sammen med andre- og tredjelinjetjenesten, og hun har også hospitert i perioder i spesialisthelsetjenesten. Med en beskrivelse av sitt eget arbeid nærmer hun seg det som også bakkebyråkratene på institusjonene gjør, og antakelig er dette også grunnen til at hun kommer med en heller motvillig innrømmelse: ”noen sier at vi kanskje driver med miljøterapi”. Hun avslutter imidlertid sitt resonnement med en gjentakelse av det innleden-

de argumentet. Behandling setter hun lik med et formelt behandlingsansvar, og dette plasserer hun utenfor sitt eget arbeid.

I dette tilfellet er miljøterapi altså beskrevet som et relativt distansert moment i den diskursive sammenhengen som respondenten posisjonerer sitt eget arbeid i. Andre respondenter i den kommunale førstelinjetjenesten har langt mer uforbeholdent reklamert med begrepet miljøterapi for sitt bidrag til et sammensatt tjenestetilbud. Men i motsetning til sine kolleger i spesialisthelsetjenesten, ekskluderer disse begrepet om miljøterapi fra et begrep om behandling. Det følgende utdraget er hentet fra et intervju med lederen for et kommunalt bo-kollektiv, der en av pasientene i denne undersøkelsen har fått tilbud om en plass.

1. I: Er det behandling, det du gjør?
2. R: Eh .. Vi driver ikke sånn direkte behandling. <...> Vi er vel i et sånt der grenseland der . - behandling og . - Vi styrer jo en god del av den - ja, medikamenter og <...> har sånn tilbud til dem.
3. I: Nå er jeg litt nysgjerrig. Du sa at dere er litt i grenseland mellom behandling OG. Og så kom det ikke noe?
4. R: Ja, og . og et botilbud da. <...> Ja. Men om vi - vi driver jo ikke direkte behandling, i den forstand. <...> Vi driver jo miljøterapi, på en måte.
5. I: Mhm. . Ja, det gjør de jo på <tredjelinje> og på <andre linje> også?
6. R: Ja
7. I: Hva er da behandling? .
8. R: Ja, du kan jo kanskje kalle det for behandling. <..> Miljøarbeid er vel det det går på.

Vernepleier, første linje.

Også i dette eksemplet er det vanskelig for respondenten å subsumere det egne arbeidet inn under "behandling". Først avgrensner hun i § 2 forsiktig: "*Vi driver ikke sånn direkte behandling*", for så å plassere seg i et "*grenseland*" mellom behandling og andre tilbud. Hva direkte behandling er, blir tydelig i beskrivelsen av dette grenselandet. Personalet på boligen styrer utdelingen av medikamenter, og på denne måten reduserer respondenten kjernen i sitt egentlige behandlingsbegrep til medikamentell behandling. Når hun i § 3 blir spurt om hva hun kontrasterer denne "*direkte*", medisinske behandlingen med, introduserer hun i § 4 miljøterapi som betegnelse for det faglige arbeidet på hennes arbeidsplass. Men samtidig relativiserer hun begrepet. De driver med miljøterapi, men de gjør det "*på en måte*". Forsiktig oppfordret i § 5 til en avgrensning av sin miljøterapeutiske forståelse i forhold til tredje- og andrelinjetjenesten hvor de forstår miljøterapi som behandling, åpner respondenten delvis opp: "*du kan jo kanskje kalle det for behandling*", men hun lar det forbli åpent om hun selv deler denne forståelsen. I den avsluttende setningen unngår hun det problematiske po-

tensialet i begrepet, idet hun forandrer den behandlingskonnoterte miljøterapien til et mer ufarlig ”miljøarbeid”.

Begge eksempler har tydeliggjort at miljøterapi også i den kommunale førstelinjetjenesten er et moment i identitetsdannelsen til bakkebyråkratene. Langt sterkere enn i spesialisthelsetjenesten avgrenser imidlertid bakkebyråkratene sin forståelse av miljøterapi fra et begrep om behandling. Når bakkebyråkratene i den kommunale førstelinjetjenesten har framhevet sentrale sider av sitt arbeid i et sammensatt tjenestetilbud, har de ved siden av et mindre behandlingsrelatert begrep om miljøterapi også beskrevet et annet begrep som sentralt. På lik linje med sine kolleger i spesialisthelsetjenesten har de i sitt forhold til pasientene framhevet den nære kontakten med brukerne, og fra denne kontakten har de avledet sin posisjon som tillitspersoner. For kontakten med andre instanser var derimot en posisjon som koordinatorer mest framtrædende, og når denne posisjonen var knyttet til et teoretisk begrep, har bakkebyråkratene i de kommunale tjenestene nevnt nettverksarbeid som en konseptuell ramme for sitt arbeid.

Nettverksarbeid var i disse tilfellene beskrevet som et aktivt referanse- eller nodalpunkt for det faglige arbeidet. Et eksempel er det følgende utdraget fra en pasientkarriere der pasienten gjennom langvarige og hyppige opphold i spesialisthelsetjenesten hadde fått store vanskeligheter med å bygge opp et liv med bærekraftige strukturer på hjemplassen.

Han oppfører seg i forhold til de reglene vi lager, som blir satt i forhold til samfunnet, for at vi skal kunne leve som en kommune. <...> Vi jobber mye igjennom nettverket hans, igjennom det å få inn sosiale ferdigheter, få inn aktiviteter .. som skal kunne være forhåpentligvis - være vel så attraktivt for han som det å dra til <tredjelinje> og det å dra til <andre linje>.

Vernepleier med hovedfag i helsearbeid, første linje

Pasienten har etter mange, til dels langvarige institusjonsopphold etter hvert mistet sine sosiale kontakter på hjemplassen. Han har blitt handlingslammet i forhold til sin sosiale omgivelse, og for å gjøre pasienten på sikt uavhengig av hyppige institusjonsopphold trekker respondenten i dette eksemplet fram tre momenter i en strategi for å oppnå dette. For det første nevner hun pasientens nettverk som medium for å nå fram til pasienten. For det andre vil hun hjelpe han med å lære sosiale ferdigheter, og for det tredje vil hun fylle pasientens liv med mer aktiviteter.

De to siste punktene kunne like godt beskrives som miljø- eller atferdsterapeutiske tiltak, og på denne måten er miljøterapi også i dette eksemplet fra førstelinjetjenesten et viktig

moment i konstruksjonen av en faglig identitet. Men i dette tilfellet framhever respondenten senere i intervjuet ikke miljøterapien som det avgjørende momentet, men en forankring av disse tiltakene i pasientens sosiale nettverk.

Jeg har ganske god kontakt med en del av hans nettverk, så det er DET jeg har - det er derigjennom vi kan jobbe. JEG kan ikke jobbe med å lære 11 ditt og datt, men JEG kan jobbe med å lære nettverket til 11 ditt og datt sånn at de også lærer det til 11.

Nettverksarbeid framstår i dette tilfellet altså som et nodalpunkt i en diskursiv sammenheng der pasientens sosiale ferdigheter og aktiviteter blir relatert til som momenter. De er meningsfulle deler av en strategi for å hjelpe pasienten, ikke i sin egen rett, men gjennom deres relasjon til dette nodalpunktet. Nettverksarbeid er presentert som avgjørende for et vellykket resultat og derfor også som hovedfokus for respondentens arbeid.

Også i spesialisthelsetjenesten er nettverksarbeid nevnt som et viktig moment i det daglige arbeidet. Men til forskjell fra arbeidet i kommunen, framstilles arbeidet med pasientenes sosiale nettverk her heller som en passiv prosess. Dette blir tydelig for eksempel i det følgende utdraget, der en respondent fra en intermediærpost i tredjelinjetjenesten avgrenser sin måte å arbeide sammen med kommunehelsetjenesten fra måten dette samarbeidet blir håndtert på akuttposten.

I en akutfase så, så vil det vel være at <akuttposten> klarer å kartlegge at den personen har behov for mye mer oppfølging enn det som kommunen på det her tidspunktet kan gi. Og da trenger han kanskje mer tid på sykehuset for å - altså, de trenger mer tid for å kartlegge hva er tilgjengelig av ressurser ute og hva er <...> behovet. <...> For når en person har blitt akutt syk, så trenger han jo et apparat rundt seg og det er ikke tilstede i kommunene. Sånn at, vi trenger tid på å få tilrettelagt, altså, pasienten trenger litt tid på seg for å komme ut av den store krisen også. Så, vi kartlegger veldig i forhold til både familien og nettverk som er ute og til kommunen. Så, jeg tror ikke at vi får det bedre til enn akutt, nei, det tror jeg ikke. Jeg tror bare det er snakk om en sånn tids - tidsperspektiv.

Sykepleier med videreutdanning i psykisk helsearbeid, intermediærpost, tredje linje.

På bakgrunn av en idealtypisk beskrivelse skisserer denne respondenten her en arbeidsfordeling mellom tre organisatoriske enheter: akuttposten, kommunen og hennes egen intermediærpost. Pasienter med en akutt problematikk får være på akuttposten i tredjelinjen til den umiddelbare krisen er overstått. I denne perioden skal, ifølge respondenten, personalet på akuttposten også kartlegge om kommunen har et tilstrekkelig tilbud på hjemplassen. Intermediærposten trer til av to grunner. Enten fordi pasienten trenger mer tid på sykehuset, eller fordi situasjonen på hjemplassen må kartlegges ytterligere. I den forbindelse kommer også pasientens nettverk opp som et moment blant flere: ”vi kartlegger veldig i forhold til både familien og nettverk som er ute og til kommunen”. I denne beskrivelsen er altså kart-

legging det meningsgivende nodalpunktet for momentene familie, nettverk og de kommunale tjenestene. Nettverksarbeid framstår fra dette perspektivet i spesialisthelsetjenesten dermed som et langt mer passivt moment i en faglig strategi.

Selv om vektleggingen av begrepene miljøterapi og nettverksarbeid varierer i psykisk helsevern og psykisk helsearbeid, har jeg framhevet i de eksemplene jeg har diskutert, at begge er sentrale for bakkebyråkratenes faglige identitetskonstruksjon på alle linjenivå. Men i sitt samarbeid på tvers av linjenivå er det først og fremst begrepet miljøterapi som bakkebyråkratenes holder fram i sin retoriske posisjonering av en egen faglighet som alternativ til medisinsk behandling. Men er dette begrepet om miljøterapi tilstrekkelig definert med et eget innhold?

I det følgende underkapitlet vil jeg undersøke dette spørsmålet. Jeg betrakter først hvilken dekning et begrep om miljøterapi som respondentene har referert til i sine beskrivelser, har i faglitteraturen. Deretter undersøker jeg hvordan bakkebyråkratenes selv fyller denne diskursive kjernen i sin konstruksjon av en egen identitet med et faglig innhold i avgrensning til behandlerne.

9.5.3 En ufullstendig faglig orienteringsramme for identitetskonstruksjonen

I sitt samarbeid med andre organisatoriske enheter og med yrkesgrupper blant behandlere har altså bakkebyråkratenes i intervjuene i mange tilfeller framhevet miljøterapi som faglig kjerne i sitt eget behandlingsrelaterte arbeid. Når respondentene ble bedt om å avgrense miljøterapi overfor andre behandlingsformer eller når de ble spurt direkte om en konkret beskrivelse, har de overraskende ofte henvist til en del skriftlig materiale. I noen tilfeller hentet de også fram disse tekstene som en slags selvforklarende beskrivelse.

Det dreide seg i disse tilfellene om to kortere brosjyrer på hhv. 59 og 50 sider (Bratheland et al., 2004; Tveit et al., 2003). Begge har blitt publisert i flere utgaver, og begge inneholder en lettforståelig, dog heller rudimentær handlingsrettet beskrivelse av miljøterapeutisk tenkning i form av erfaringsrapporter. Disse brosjyrene synes å bli brukt som et slags

umiddelbart tilgjengelig teoretisk forankringspunkt for bakkebyråkratenes arbeid i de organisatoriske enhetene som har deltatt i denne undersøkelsen.

I en av disse brosjyrene er miljøterapi beskrevet som et felt "under stadig utvikling og endring ettersom pasientpopulasjonen endrer seg" (Bratheland et al., 2004: 3). Denne beskrivelsen av miljøterapi som en dynamisk behandlingsform i utvikling, gjenspeiles ikke i litteraturlisten. Av tekster som omhandler selve miljøterapibegrepet, er det referert to fra slutten av 70- og begynnelsen av 80-årene. De øvrige publikasjonene som er nevnt i litteraturfortegnelsen, omhandler dels psykiatriske, dels pleiefaglige emner. Litteraturutvalget i den andre brosjyren er av enda eldre dato og favner tidsrommet mellom 1936 og 1978. Lite tyder altså på en aktiv og kritisk diskusjon av grunnlagene for miljøterapeutisk tenkning.

Derfor er det heller ikke overraskende at også bakkebyråkratenes egne beskrivelser for hva kjernen i en miljøterapeutisk behandling egentlig utgjør, langt på vei har vært overfladisk og lite detaljert. Jeg vil kategorisere disse beskrivelsene av det sentrale miljøterapibegrepet i form av noen idealtypiske strategier i respondentenes redegjørelser.

Den første av disse strategiene unngikk å definere miljøterapi annet enn med utgangspunkt i selve begrepet, som i det følgende utdraget.

1. I: Hva gjør en dagavdeling?
2. R: Hva gjør ei dagavdeling? Ja, det kan jo være ... så forskjellig. Men vår dagavdeling, hvis det er behandlingstilbudet du tenker på? <...> Altså i utgangspunktet er det jo miljøterapi som er sagt. ... Og i de - i det så har vi tre hovedbein som vi står på. .. Det er sosial trening, fysisk aktivitet og samtale. Tilbud om samtale med pasientene. <...>
3. I: Vil du si at du også driver med behandling her?
4. R: Ja, miljøterapi er jo en behandlingsform.
5. I: Er det det?
6. R: Er det ikke det? MiljøTERAPI, ja. .. Og som også - .. Som jeg sa til deg i sted, de tre tingene som er hoveddelene i vår - Og så har vi også en del grupper og kurs, som de - som de får her i regi - hvis de trenger det.

Sykepleier med videreutdanning i psykisk helsearbeid, dagavdeling, andre linje.

Respondentens jobb på dagavdelingen er mangfoldig, og det er sikkert gode grunner til at det ikke er enkelt for henne å beskrive i noen korte setninger hva hovedmomentene i denne arbeidshverdagen består i. Når det gjelder den behandlingsrelaterte delen, står også i denne respondentens redegjørelse i § 2 miljøterapien i sentrum: "*i utgangspunktet er det jo miljøterapi*". Hun spesifiserer også til en viss grad hva denne miljøterapien består i og nevner tre "*hovedbein*". Men er det behandling? Dette bekrefter respondenten klart i § 4. Intervjuerens

spørsmål i § 5 kan oppfattes som kritikk og i § 6 gir hun det tilbake til intervjueren som et retorisk spørsmål. Hun avventer ikke et svar, men fortsetter umiddelbart med en presentasjon av selve begrepet som dokumentasjon for sin holdning idet hun framhever ”MiljøTERAPI”. Respondenten kategoriserer altså alt som har med terapi å gjøre som behandling, og derfor er også miljøterapi en form for behandling. På denne måten legitimerer respondenten både sosial trening, fysisk aktivitet og samtaler som del av et miljøterapeutisk behandlingstilbud, uten å måtte begrunne det nærmere.

Ekskludert fra dette miljøterapeutiske tilbudet i denne beretningen er ”en del grupper og kurs” som pasientene kan delta i ved behov. Like lite som de tre miljøterapeutiske hovedbein er beskrevet nærmere, er det heller ikke forklart hvorfor gruppearbeid og kursing ikke er del av miljøterapien. I dette utdraget virker beskrivelsen av miljøterapien heller overfladisk, og det nærmeste respondenten kommer en forklaring av form og innhold er en semantisk nærhet hun konstruerer mellom behandling og terapi, som gjør det mulig for henne å inkludere også miljøterapi i sin forståelse av behandling.

En annen strategi har respondenter valgt i eksempler der de har forsøkt å fylle det problematiske miljøterapibegrepet med et eget innhold. Men også i flere av disse tilfellene var beskrivelsene lite utfyllende, som i det følgende eksemplet.

1. I: Hva skal dere gjøre på døgnavdelinga her? Hvilke oppgaver har dere? ...
2. R: Fra a til å?
3. I: Ja, hvis det er så mye å si? ..
4. R: Herlighet! Hva gjør vi? ... Vi driver jo på med miljøterapi. ... Og vi som er sykepleiere deler ut medisin og ... - (ler litt) Hva gjør vi mer? ..
5. I: Nei, jeg vet ikke. <...>
6. R: Herlighet! Ja, hva er det vi gjør? Helt vanlige ting. (ler) ... Nei, vi har jo forskjellige grupper og .. hobbygruppe og .. samtalegruppe, vi driver litt med undervisning og. .. Ja. .. Så er vi sosialt i lag.

Sykepleier med videreutdanning i psykisk helsearbeid, døgnavdeling, andre linje.

Når jeg i dette eksemplet spør om en uttømmende beskrivelse av respondentens oppgaver, er det tydelig forlangt for mye. Hun oppfatter sin arbeidshverdag som kompleks, oppgavene er mange, og derfor er det også vanskelig å sammenfatte det ”Fra a til å” (§ 2) i noen korte setninger. I § 4 introduserer hun miljøterapi som en samlende kategori for det meste av sitt arbeid, og samme sted avgrensar hun det også overfor en annen oppgave hun utfører sammen med noen kolleger på avdelingen: ”Og vi som sykepleiere deler ut medisin”. Denne

yrkesfaglige sær oppgaven plasserer hun altså utenfor det som har størst plass på avdelingen, nemlig miljøterapi.

Men hva består miljøterapien av i denne respondentens beskrivelse? I § 6 blir det tydelig hvorfor det er så vanskelig å beskrive dette spesifikt. Miljøterapi er ”*Helt vanlige ting*” og selv om ”*vanlige ting*” gjør arbeidshverdagen både hektisk og krevende, er det vanskelig for respondenten å peke i detalj på hva disse tingene er. Noen tiltak stikker likevel ut. Som i det forrige intervjuutdraget med en annen respondent, nevner også denne respondenten forskjellige gruppe- og undervisningstilbud. Men i motsetning til det første eksemplet, inkluderer hun i dette tilfellet disse tilbudene i sin beskrivelse av miljøterapien på døgnavdelingen.

Etter at hun har nevnt disse enkelttiltakene, gjør respondenten det med flere pauser og et bekræftende ”*Ja*” klart at hun egentlig er ferdig med sin beskrivelse. Når intervjueren ikke reagerer, tilføyer hun imidlertid et moment til beskrivelsen sin: ”*Så er vi sosial i lag*”. Denne sosiale nærkontakten vil jeg framheve som det fremste kjennetegnet for det terapeutiske innholdet i et uklart begrep om miljøterapi. Det er den tette, langvarige, men samtidig uspesifikke kontakten mellom miljøterapeuter og pasienter der det blir snakket om mye, men der samtalene mangler en på forhånd fastlagt struktur og en umiddelbart framtrædende agenda. Derfor trenger respondenten en god del betenkningstid før hun klarer å introdusere dette ”*Så er vi sosial i lag*” som del av terapien.

Det er mer å si om innholdet i miljøterapien. Et annet sted i intervjuet beskriver respondenten sitt konkrete arbeid med pasienten: ”*Vi har samtaler med han, både på dag og ettermiddag, og prater ut om det som plager han*”, og hun nevner også at pasienten har deltatt i fysiske aktiviteter på senteret. Miljøterapien er altså langt mer mangfoldig enn respondentens opprinnelige beskrivelse antyder. Hvorfor er det da så vanskelig å beskrive denne sentrale delen av tjenestetilbudet i psykisk helsevern?

Jeg vil argumentere at dette skyldes den særegne kontaktkvaliteten mellom bakkebyråkrater og pasienter. I kapittel 4 har jeg argumentert at bakkebyråkratenes arbeidshverdag som regel utspiller seg i tett og langvarig kontakt med pasientene, samtidig som denne kontakten er vanskelig planbar, lite strukturert og sjelden på forhånd fokusert på et bestemt tema. Derfor er også innholdet i bakkebyråkratenes behandling vanskelig å sammenfatte i en kort og

konsis form. Dette kommer til uttrykk for eksempel i det følgende utdraget der jeg har spurt respondenten om hun savner en bestemt yrkesgruppe i samarbeidet rundt pasienten.

1. R: Ja, det - jeg savner jo psykolog. Jeg savner jo samarbeid med psykolog her hos oss. <...> Fordi at de kan bidra med noe annet enn bare den medisinske innfallsvinkelen. <...>
2. I: Hva er DIN synsvinkel?
3. R: Ja, det er at det er - jeg er ikke så forferdelig medisinsk orientert, men <...> JEG syns vel i veldig stor grad i .. i det daglige arbeidet at vi er litt for rask til å gi en pille til alt, altså. <...> Hvis ting begynner å bli vanskelig for en pasient, hadde jeg nær sagt, så kan det ofte hende at det kunne vært akkurat like greit hvis vi hadde hatt tid til å sitte litt ned med dem og gått igjennom dette her .. voldsomt vanskelig med dem, der og da, istedenfor - Men det er lettere å gi en tablett.
4. I: Ja. .. Men for å snakke med pasienten istedenfor å gi en tablett, trengs det da en psykolog til det?
5. R: Nei, nei, nei. Nei, det - Nei, det blir to forskjellige ting. Nei, der trengs den personen som er medmenneske og som er i nærheten der og da. Det tror jeg er helt uvesentlig hva slags yrkesgruppe .. du tilhører.
6. I: Men hva gjør nå DU som andre ikke kan? ...
7. R: Hva JEG gjør som ikke noen andre kan? .. Nei, det tror jeg ikke er så særdeles mye. Det kommer jo an på liksom menneskelige kvaliteter, hva slags oppfatning man har sjøl, og .. og hva man syns hjelper der og da. .. Jeg er av den oppfatning at hvis livet begynner å rakne for et menneske så trenger du ikke at folk rundt deg skaper ytterligere kaos, da trenger du noen som sitter der, og gjerne signaliserer at du er i stand til å være der uansett hvor vanskelig det kommer til å bli.

Vernepleier, døgnavdeling, andre linje.

Både som vernepleier og som bakkebyråkrat savner denne respondenten en faglig motvekt mot et dominant medisinsk perspektiv. *"Bare den medisinske innfallsvinkelen"*, slik hun formulerer det i § 1 blir for endimensjonalt. For å få denne motvekten ønsker hun seg en psykolog med i samarbeidet. Når hun blir spurt etter sin egen synsvinkel, avgrenser respondenten seg i § 3 først overfor det medisinske perspektivet (*"jeg er ikke så forferdelig medisinsk orientert"*) før hun introduserer sin egen behandlingsideologi. Istedenfor å medisinere bort problemene, er det i hennes beskrivelse like effektivt å gjøre det hun gjør til daglig med pasientene; å sette seg ned med dem og snakke om det som er vanskelig.

Men hva har det med psykologen å gjøre som hun har savnet i § 1? Det blir tydelig at ønsket om en psykolog først og fremst har en strategisk og instrumentell begrunnelse. Hun ønsker å sette en faglig motvekt mot et dominant ensidig medisinsk perspektiv, og til dette formålet vil hun gjerne mobilisere flere yrkesgrupper. Men formålet med denne motvekten er ikke nødvendigvis å få ytterligere faglige perspektiver. Formålet er derimot å gjøre det egne faglige perspektivet gjeldende overfor det legefaglige på en mer effektiv måte. Dette er en vanskelig oppgave for respondenten, ikke minst fordi hun beskriver sitt eget faglige

perspektiv i § 5 mest av alt som en medmenneskelig og ikke en yrkesfaglig kvalitet. Derfor presenterer respondenten seg selv i § 7 heller ikke som vernepleier, men som person med ”*menneskelige kvaliteter*”.

Den egne miljøterapeutiske fagligheten er i dette perspektivet ikke noe en bestemt yrkesgruppe ”kan”. Det er noe et empatisk menneske gjør, og denne forståelsen av miljøterapi er, uansett om det er til pasientens beste i en belastende situasjon, et dårlig utgangspunkt for en faglig diskusjon med legene som kan ty til et langt mer snevert, men nettopp derfor også et langt mer presist formulerbart faglig perspektiv.

Dette åpne begrepet om miljøterapi orientert ved empatiske kvaliteter, er både en faglig styrke og samtidig et problem for samarbeidet mellom bakkebyråkrater og behandlere. En faglig styrke er det fordi bakkebyråkratenes nære og intensive kontakt med pasienten nødvendigvis må bygge på en faglig orienteringsramme som tillater å reagere på svært forskjellige situasjoner og problemer med et vidt og fleksibelt spekter av ulike tiltak. Disse kan godt subsumeres under paraplybetegnelsen ”miljøterapi”, men for å kunne bli fleksibelt tilpasset må disse tiltakene både være svært ulike, og de må bygge på lite detaljert beskrevne handlingsanvisninger. Derfor er det også vanskelig for bakkebyråkraterne å beskrive disse tiltakene utfyllende og presist.

Et uklart begrep om miljøterapi er derimot problematisk for samarbeidet i psykisk helsevern fordi det er vanskelig for bakkebyråkraterne i deres diskursive praksis med behandlerne å argumentere for en mangfoldig, men lite definert måte å behandle pasienter på. Når de ulike behandlingssideologiene kommer i konflikt med hverandre i konkrete samarbeidssituasjoner, må bakkebyråkratenes miljøterapeutiske behandling konkurrere med et mer snevert, men derfor samtidig et medisinsk eller psykologisk perspektiv på behandling som er lettere å beskrive.

Dette dilemmaet er utgangspunktet for en tredje strategi for å definere begrepet miljøterapi. Denne strategien vil jeg illustrere med et eksempel der respondenten har forsøkt å fylle det uklare miljøterapibegrepet, ikke med utgangspunkt i en kollektiv identitet som bakkebyråkrat, men som yrkesutøver med en spesifikk utdanningsbakgrunn.

I den følgende beskrivelsen ble respondenten i utgangspunktet spurt om sitt inntrykk av forholdet mellom ulike yrkesgrupper blant behandlere.

Altså i forhold til når det gjelder .. pasienter som kommer inn, som har behov for utredning .. i forskjellig grad, ikke sant, så har jeg et inntrykk av at .. <psykolog> går mer inn .. ikke sant, med - Hun har jo en dunge med sånne tester som hun kjører. <...> Og hvis det er, ja, medisiner, hvis det er litt sånn der - OK, endring av medisiner, stabiliserende <...> så .. er det nok <overlege> eller <assistentlege> - ja, så er vel DE mer aktuell. Så jeg tror at i hovedsak fordeles det litt .. der. .. Og så kommer hun sosionomen inn .. i forhold til bolig, økonomi og .. barn. Hvis det er barnevernet, ikke sant? Hvis det er .. sånne ting inne i bildet.

Vernepleier, akuttpost, tredje linje.

I forhold til de relativt fjerne yrkesgruppene blant behandlerne har denne respondenten en ganske klar forestilling om oppgavefordelingen. Psykologen tar seg av pasienter ”*som har behov for utredning*”, og hun har også en formening om psykologens metodiske redskaper: ”*hun har jo en dunge med sånne tester*” til dette formålet. Også leger og sosionomer har klart avgrensede oppgaver. Legene tar seg av medisiner og sosionomen av spørsmål relatert til økonomi, bolig, barn.

Det neste spørsmålet i dette intervjuet retter seg mot respondentens egne oppgaver.

1. I: Og hva tar DU deg av? ..
2. R: Ja, du spør nå! ..
3. I: Ja, du fyller jo dagen din med noe?
4. R: Ja, jeg gjør jo det. .. Jeg har et inntrykk av at faktisk når vi får psykisk utviklingshemmede som kommer hit, så er jeg i behandlerteamet. Ja. Da har jeg faktisk vært det, ikke sant, når vi har hatt det. Så jeg vet ikke om det faller automatisk - Altså det gjør meg ingen ting. Jeg syns det er veldig .. OK. <...>
5. I: Men nå er 14 ikke psykisk utviklingshemmet, og likevel endte du opp i det teamet der. Så mitt spørsmål er: Hva var dine oppgaver i forhold til han?
6. R: I forhold til han? .. Eh .. Ja, altså, jeg og <miljøkontakt>, vi jobba med behandlingsplanen. Altså sånn .. som alle vi liksom i utgangspunktet skal jobbe ut ifra når vi jobber med 14. .. Og ellers så - altså .. jeg jobba jo som en vanlig miljøkontakt, altså .. var sammen med han på ei skjerming, for eksempel. Men vi snakka veldig mye også. .. <...> Og sånn - Ja. . For han hadde <...> veldig behov for å snakke om ting som var skjedd tidligere, om økonomiske bekymringer. Han hadde behov for veldig mye .. trygging på at vi kunne ta ansvaret for han.<...> VELDIG behov for det. At det med økonomien, det holder vi på og jobber med. Og så var det med barnet, ikke sant? Det var mange ting inne i bildet her ... som han hadde bekymringer for. Så han trengte jo da veldig mye trygging. Og så prøvde jeg å hjelpe han med å se, se det positive. Altså fordi at .. manien dreide seg også om mye negativt. .. Det samme som kom fram når han ble mer deprimert .. når han kom ut av manien. <...> Altså fokuset hans var hele tida på det med barn, økonomi, bolig. .. Ikke sant. .. Og, altså - og det er jo tydeligvis ting som ikke bare opptar han når han er manisk, ikke sant. Det er ting som han tenker på veldig mye i hverdagen. .. Og jeg tror det var veldig viktig for han at han fikk snakke ut om de tingene.

Hva gjør hun? Dette er vanskelig: ”*Ja, du spør nå! ..*” (§ 2). Hun har ikke noe klart svar. Mitt oppfølgings spørsmål i § 3 er retorisk: ”*Ja, du fyller jo dagen din med noe?*”. Selvfølgelig gjør respondenten det. Hun har det tross alt ganske travelt i sin arbeidshverdag. Men denne travelheten hjelper lite for å formulere et klart svar. Hennes oppgaver lar seg ikke like klart beskrive som legenes eller sosionomenes, og i tilfelle hennes arbeid likner på en

av yrkesgruppene i behandlergruppen, er dette psykologene. Heller ikke dem har respondenten beskrevet i forhold til et originært og presist definerbart bidrag til pasientens behandling. Psykologens kunnskapsdominans består i diverse tester, ikke i et eksklusivt behandlingstilbud som ikke andre også kan gi.

Men fortsatt har det ikke blitt tydelig hva respondentens bidrag til et sammensatt tjenestetilbud er. I § 4 relaterer hun sitt spesielle bidrag til sin kompetanse som vernepleier: ”*når vi får psykisk utviklingshemmede som kommer hit, så er jeg i behandlerteamet*”. Her definerer denne respondenten seg altså for første gang ikke som del av den kollektive identiteten som bakkebyråkrat, men som del av en bestemt yrkesgruppe.

Men dette er utrygg grunn. Hun må forsikre intervjueren at dette er sant: “*Da har jeg faktisk vært det, ikke sant, når vi har hatt det.*” Til en viss grad har respondenten empirien på sin side, men det er et inntrykk, ikke noen uttalt profesjonell arbeidsdeling innenfor avdelingens organisatoriske rammer. Derfor er hun nødt til å relativere det: “*Så jeg vet ikke om det faller automatisk*”. Hun legger merke til at det ikke ligger noe automatisme i det, og derfor har hun dårlig ryggdekning for å påberope seg en egen posisjon som spesialist innenfor avdelingens organisatoriske strukturer. Med sin kommentar “*Altså, det gjør meg ingenting*” unnskylder hun nærmest en slik eksponert posisjon i avdelingens struktur. Hun reposisjonerer seg derfor - ikke blant behandlerne som har en egen, originær yrkeskompetanse, men blant bakkebyråkraterne som står for brorparten av kontakten med pasientene, og som leverer et diffust miljøterapeutisk tjenestetilbud. Dette forsterker respondenten ytterligere i beskrivelsen av sine oppgaver i forhold til pasienten. Da jobber hun ikke som vernepleier, men som “*vanlig miljøkontakt*” (§ 6). I denne posisjonen utarbeider hun en miljøterapeutisk behandlingsplan, hun sitter sammen med pasienten i de lange timene mens denne er skjermet, og forsøker sakte men sikkert å formidle en trygghet til pasienten om at problemene hun nevner i forbindelse med barn, økonomi og bolig kan løses.

Alt dette er uspesifikt og heller ikke koblet til en bestemt yrkesbakgrunn. Skjerming når en pasient i en hyperaktiv tilstand er holdt tilbake på et rom, er for eksempel en svært slitsom oppgave der bakkebyråkraterne avløser hverandre regelmessig uavhengig av om de har en bestemt status som kontaktperson for pasienten. Men i dette møtet utfører både respondenten og andre bakkebyråkrater det egentlige terapeutiske arbeidet, idet de åpner for et bredt

perspektiv i de lite planlagte, langvarige og ofte ustrukturerte samtaler med pasienten. Disse samtaler er først og fremst orientert ved behovene pasienten selv ser for seg i den vanskelige situasjonen som der og da bestemmer hans hverdag – nemlig de lange, tunge dagene på akuttposten.

For å besvare det vanskelige spørsmålet i § 5: “*Og hva tar du deg av?*” har respondenten i dette utdraget etter hvert forandret sin strategi. Først gjorde hun et mislykket forsøk på å posisjonere seg med en bestemt ekspertise i akuttavdelingens organisatoriske rammer. Men, som jeg har diskutert tidligere i kapittel 9.4, definerer bakkebyråkrater seg først og fremst gjennom en avgrensning overfor yrkesutøvere blant behandlergruppen, og ikke gjennom klart definerte oppgaver i akuttpostens arbeidsdeling. Derfor repositionerer hun seg raskt som del av bakkebyråkratiet.

Bakkebyråkrater kan heller ikke bygge på en i like høy grad avgrenset og utformulert behandlingsideologi som yrkesgruppene blant behandlerne. For bakkebyråkratenes arbeid med pasientene er miljøterapi en sentral, og kanskje også tilstrekkelig, orienteringsramme. Hva bakkebyråkratenes kontakt betyr for pasientens bedring, er vanskelig å beskrive og neppe målbart. Men selv om bakkebyråkraterne står får brorparten av kontakten med pasientene, er det tydelig at de i sitt samarbeid med behandlerne har problemer med å argumentere for denne fleksible, og ufullstendige miljøterapeutiske faglige orienteringsrammen, som samtidig er vanskelig å beskrive fordi den er fleksibel og ufullstendig.

9.5.4 Sammenfatning

Behandling for psykiske lidelser har tradisjonelt vært et svært omstridt område for konkurrerende faglige referanserammer (Skålevåg, 2003: 67 ff; Wifstad, 1997: 27 ff). Situasjonen i dagens psykisk helsevern og psykisk helsearbeid er da heller ikke noe unntak. Jeg har framhevet en rekke særpreg i forholdet mellom bakkebyråkrater og behandlere som alle er knyttet til det problematiske behandlingsbegrepet. For bakkebyråkrater i psykisk helsevern, men også i de kommunale enhetene for psykisk helsearbeid, er deres eget bidrag til et sammensatt behandlingstilbud med varierende vektlegging knyttet til to sentrale begrep om miljøterapi og nettverksarbeid. De to begrepene går i bakkebyråkratenes beskrivelser ofte

over i hverandre. I den grad de i sin diskursive praksis i det hele tatt blir holdt atskilt, framstår begrepene heller som forskjellig vektlegging i arbeidshverdagen enn som to forskjellige arbeidsmåter.

Jeg har argumentert at miljøterapi er kjernen i konstruksjonen av en egen faglighet for bakkebyråkratene, som de på ulikt vis forsøker å sette opp mot behandlernes, særlig legenes dominante behandlingsideologi.

Jeg har videre argumentert at selv om dette begrepet om miljøterapi gir bakkebyråkratene en mulighet for en konstruksjon av en faglig identitet i en utfordrende og lite planbar arbeidshverdag, representerer dette også en ufullstendig faglig orienteringsramme i konkurranse med behandlernes mer snevre, men samtidig mer avgrensede faglige behandlingsideologier.

Jeg vil derfor hevde at samarbeidet på tvers av linjenivåene ut fra bakkebyråkratenes perspektiv, langt på vei er avhengig av om de klarer å utvikle den faglige miljøterapeutiske kjernen i sitt arbeid i en så stor grad at den klarer å sette føringer for samarbeidet på tvers av linjenivåene, ikke bare for et samarbeid med andre bakkebyråkrater, men også i et samarbeid med behandlerne, og dermed i konkurranse med andre behandlingsideologier.

9.6 Samarbeid om behandling og samarbeid med behandlere – oppsummering

Formålet med dette kapitlet har vært å undersøke det spesielle forholdet mellom de to yrkesgruppene av bakkebyråkrater og behandlere for derigjennom å se på konsekvensene dette har for et samarbeid på tvers av linjene i psykisk helsevern og psykisk helsearbeid.

Det første momentet i min betraktning av forholdet bakkebyråkrater har til behandling, har omhandlet legenes problematiske posisjon som formelle portvoktere i et faglig sammensatt tjenestetilbud til mennesker med psykiske lidelser.

Deretter har jeg pekt på en del alvorlige begrensninger for bakkebyråkratenes arbeid som resultat av legenes dominante posisjon i det sammensatte tjenestetilbudet. På bakgrunn av

flere eksempler har jeg vist hvordan disse begrensningene fører til en ensidig medisinfaglig vurdering av behov for samarbeid med andre deler av tilbudet i helse- og sosialvesenet. Jeg har videre argumentert at denne faglige dominansen hindrer bakkebyråkratene i utførelsen av sitt koordinerende arbeid i et tverrfaglig perspektiv.

På bakgrunn av denne diskusjonen av problematiske aspekt i forholdet mellom bakkebyråkrater og behandlere, har jeg så argumentert at gruppen av behandlere ut fra perspektivet til bakkebyråkratene har en svært perifer posisjon i den delen av det organiserte samarbeidet på tvers av linjenivåene som utspiller seg i kollektive fora som ansvarsgrupper eller i arbeidet med individuelle planer. Dette er samtidig den delen som i de organisatoriske beskrivelsene av psykisk helsevern og psykisk helsearbeid blir framhevet som sentrale momenter for å sikre et helhetlig tjenestetilbud. Dette har vært utgangspunkt for min argumentasjon om at samarbeid på tvers av de organisatoriske linjenivåene utspiller seg på to nivå med forholdsvis få berøringspunkt med hverandre: På den ene siden i bakkebyråkratenes samarbeid i ansvarsgrupper o.l. der behandlere i beste fall deltar sporadisk, og på den andre siden et samarbeid som forgår mellom behandlere på forskjellige linjenivå.

Fra disse beskrivelsene har jeg gått over til å undersøke hvordan bakkebyråkrater beskriver sin egen posisjon i psykisk helsevern og helsearbeid. I denne diskusjonen har jeg tatt utgangspunkt i et diskursteoretisk begrunnet identitetsbegrep, og argumentert at behandlere selv om de i det organiserte samarbeidet spiller en forholdsvis perifer rolle, likevel representerer et sentralt referansepunkt i bakkebyråkratenes konstruksjon av en egen faglig gruppeidentitet. I denne prosessen har jeg særlig framhevet den sentrale betydningen av en diskursiv avgrensning overfor behandlerne. Deretter har jeg diskutert problemer som oppstår når grensen mellom bakkebyråkrater og behandlere blir perforert.

Den siste delen av min diskusjon om forholdet mellom bakkebyråkrater og behandlere har vært knyttet til et problematisk behandlingsbegrep. Behandling i bakkebyråkratenes diskursive presentasjon er delvis begrunnet i en avgrensning av det egne arbeidet overfor arbeidet som yrkesutøvere med en offisiell status som behandler utfører. I stor grad er det egne arbeidet imidlertid omtalt som en egen behandlingsform, og jeg har argumentert at grensen mellom behandling og behandlere på denne måten i bakkebyråkratenes diskursive praksis er i ferd med å bli utvisket. Mens jeg tidligere har påpekt at grensen mellom bakkebyråkra-

ter og behandlere er viktig for bakkebyråkratenes konstruksjon av en egen faglig identitet, har jeg her argumentert at et miljøterapeutisk behandlingsbegrep som kjerne for en egen faglighet er problematisk, fordi dette begrepet både i forhold til de teoretiske grunnlagene, og i forhold til bakkebyråkratenes bevissthet om muligheter og begrensninger for denne formen for behandling, bare i utilstrekkelig grad er utformulert.

I dette kapitlet av min undersøkelse har jeg vist at forholdet mellom bakkebyråkrater og behandlere på mange måter er sentralt for muligheter og begrensninger for et samarbeid på tvers av de organisatoriske linjenivåene i psykisk helsevern og psykisk helsearbeid. Sentralt er også et flertydig behandlingsbegrep, og jeg har i min analytiske betraktning av bakkebyråkratenes retoriske posisjonering framhevet hvordan denne gruppen av yrkesutøvere skiller sin behandlingsideologi fra behandlernes. Bakkebyråkrater framhever særlig et forholdsvis overfladisk definert begrep om miljøterapi som den faglige kjernen av sitt behandlingsrelaterte arbeid. Samtidig posisjonerer bakkebyråkraterne de ulike yrkesgruppene blant behandlerne tydelig utenfor dette uklare begrepet om miljøterapi i sin retoriske framstilling.

Men til tross for det konstruktive arbeidet med å opprette en identitet som bakkebyråkrater i psykisk helsevern og psykisk helsearbeid foretar gjennom et poengtert skille fra behandlere og gjennom en faglighet knyttet til et begrep om miljøterapi, orienterer bakkebyråkraterne seg i sitt samarbeid på tvers av linjenivåene ved svært forskjellige diskursive handlingsrammer.

I det følgende kapitlet vil jeg undersøke disse handlingsrammene ved å se nærmere på noen sentrale begrep som respondentene har konnotert ulikt i intervjuene. Også i denne delen av min analyse tar jeg utgangspunkt i den retoriske forhandlingen mellom intervjuet og intervjuer. Jeg beskriver de diskursive handlingsrammene som Potter og Wetherell i sin diskurspsykologiske modell har betegnet som sedimenterte diskursive praksiser (Wetherell & Potter, 1992: 78 f). I denne siste delen av min analyse løser jeg meg imidlertid i større grad fra Potter og Wetherells diskurspsykologiske modell, og støtter meg i større grad på begrepsapparatet fra Laclau og Mouffes diskursteori.

Jeg presenterer derfor det jeg oppfatter som sentrale diskursive handlingsrammer for samarbeid i psykisk helsevern og psykisk helsearbeid, i form av ulike diskurser sammensatt av ulikt vektlagte momenter og nodalpunkt. Disse momentene og nodalpunkt identifiserer jeg

delvis ut fra respondentenes retoriske framstilling av sine egne handlinger som meningsfulle, men delvis også ut fra en overordnet betraktning av pasientkarrierene på bakgrunn av observasjoner som jeg har registrert i registreringskjemaene som er blitt introdusert tidligere.

10 Mellom medisin, pleie og livskvalitet - diskursive handlingsorienteringer for samarbeid

10.1 Innledning

Sentrale organisatoriske verdier som samarbeid er som regel ikke entydig definerte. Dette har jeg bl.a. påpekt i kapittel 5. Samarbeid er omtalt med et mangfold av forskjellige konnotasjoner, og derfor er det heller ikke overraskende at ulike måter å snakke om samarbeid i psykisk helsevern og psykisk helsearbeid på, byr på et problematisk potensial fordi ulike diskursive referanserammer legger opp til helt ulike handlingsorienteringer.

I min beskrivelse av den teoretiske referanserammen for denne undersøkelsen har jeg i kapittel 3 gjort oppmerksom på at diskursbegrepet jeg har lagt til grunn for min analyse, er orientert ved Potter og Wetherells modell om diskurser som fleksible ressurser. Selv om jeg ikke har tatt opp deres begrep om fortolkningsrepertoar, har jeg framhevet variabiliteten i bruk av disse diskursive ressursene. Jeg betrakter diskurser altså ikke som statiske, "reifiserte" handlingsrammer slik en del diskurspsykologer og andre har kritisert mer tydelig poststrukturalistisk forankrete diskursteorier for. Når jeg i det følgende avgrenser tre forskjellige diskurser i psykisk helsevern og psykisk helsearbeid fra hverandre, vil jeg understreke at jeg oppfatter disse som idealtypiske beskrivelser av diskursive ressurser som respondentene i min undersøkelse har benyttet seg av i bestemte situasjoner for å presentere sine handlinger i sitt samarbeid med andre i en meningsfull kontekst. I andre situasjoner kan de samme respondentene ha benyttet seg av andre diskursive ressurser. Dette betrakter jeg ikke som uttrykk for en analytisk inkonsistens, men heller som uttrykk for en konsekvent diskursanalytisk metodikk - nemlig at språklige ressurser er brukt for å konstruere et bestemt utsnitt av et meningsunivers i en bestemt sosial sammenheng. Respondentene har formulert seg på en bestemt måte i forhold til et bestemt tema for å oppnå noe i denne spesielle sammenhengen, og når de i andre situasjoner har posisjonert seg i en annen diskursiv sammenheng ved å bruke andre diskursive ressurser, betrakter jeg det som uttrykk for at de som aktive språkbrukere også ville oppnå noe annet.

Jeg har allerede annonsert at jeg i dette kapitlet i større grad benytter meg av begrepsapparatet i Laclau og Mouffes diskursteori. Selv om denne er en av de poststrukturalistiske teoriene som er rammet av kritikken jeg har nevnt ovenfor, oppfatter jeg diskursbegrepet de legger til grunn, som absolutt forenlig med Potter og Wetherells betoning av den fleksible karakteren av diskursive ressurser. Heller ikke Laclau og Mouffe tegner et bilde av en statisk diskursiv orden. Tvert imot framhever de mest av alt i sin modell en permanent konkurranse mellom ulike diskursive referanserammer og det kontingente aspektet i ethvert forsøk på en endelig fiksering av mening. Derfor oppfatter jeg det som uproblematisk å analysere en diskursiv variabilitet i respondentenes redegjørelser innenfor Laclau og Mouffes diskursteoretiske modell. Jeg betrakter det som uproblematisk å sidestille et diskursteoretisk fokus på en diskursiv kontingents med Potter og Wetherells betoning av aktørenes fleksible bruk av diskursive ressurser i form av fortolkningsrepertoar. For en avgrensning av ulike diskursive referanserammer støtter jeg meg i min analytiske strategi mer enn hittil på en analyse av subjektposisjonene som respondentene beskriver for seg og andre i sin retoriske framstilling. Jeg analyserer disse subjektposisjonene gjennom en beskrivelse av ulike momenter og nodalpunkt som i respondentenes beretninger er ordnet i forhold til hverandre på forskjellige måter.

Før jeg begynner med en beskrivelse av ulike diskursive handlingsrammer for samarbeid, avgrensner jeg i de to følgende underkapitlene to teoretiske begrep. Det første begrepet om en diskursiv variabilitet, har jeg allerede nevnt. I det neste underkapitlet begrunner jeg gjennom et kort empirisk eksempel hvorfor jeg betrakter en inkonsistent og variabel bruk av diskursive ressurser som en nødvendig del av en diskursanalyse. Det andre begrepet vil jeg betegne som diskursive grenseflater. Også dette illustrerer jeg med et kort empirisk eksempel der jeg argumenterer at diskursive grenseflater fører konkurrerende handlingsorienteringer i konflikt med hverandre, og at disse grenseflatene derfor har avgjørende konsekvenser for samarbeid.

10.1.1 Diskursiv variabilitet i beskrivelser av samarbeid

I dette kapitlet vil jeg avgrense tre konkurrerende diskursive handlingsorienteringer med utgangspunkt i de diskursive ressursene som respondentene har benyttet i forskjellige situasjoner i varierende grad og til ulike formål. Derfor kan disse tre diskursene for samarbeid i psykisk helsevern og i psykisk helsearbeid heller ikke uten videre tilordnes bestemte organisatoriske enheter. De er brukt av bakkebyråkrater på alle linjenivå, og de er i flere tilfeller også brukt av en og den samme respondenten i samme intervju. Hvordan respondenter har brukt disse diskursive ressursene, er avhengig av hvordan vedkommende har posisjonert seg alt etter hva han ville oppnå i sin diskursive praksis.

De følgende to utdrag fra det samme intervjuet er et kort eksempel på en slik variabilitet i respondentenes beskrivelser, og viser hvordan en variabel bruk av diskursive ressurser setter respondenten i stand til å belyse ulike sider ved samarbeidet. I dette tilfellet gjelder det arbeidsfordelingen mellom yrkesgruppene.

1. Vi skal jo ikke drive med noe sånt terapeutisk arbeid. .. Men vi hjelper jo <...> og legger til rette dagen .. og hverdagene for disse folkene, og ordner dem - hjelper dem og . alt, i forhold til å få skrevet handleliste og få handla og . klare å følge opp timer på sosialkontor, hos lege, . BUP. .. Ja. .. Dagligdagse ting som de trenger hjelp til å løse er vi jo inne og hjelper dem med.
2. Når jeg blir bekymra eller ser at her er det endringer på deres atferd <...> som gjør at jeg blir bekymra, så går jeg jo enten til <kommunelege> eller <...> så tar jeg kontakt med behandlende psykiater. .. Og når jeg på en måte sier hva jeg har sett og observert og tenker - kanskje er det i forhold til . å starte å gi den og den typen medisin da og da, og jeg lurer på: kan det ha noen forbindelse med ..? Eller at den medisinen HAR ikke noen ønska effekt <...> så er de ofte enig med meg, uten engang å ha sett pasienten. Sier at OK, kanskje vi bør kalle han inn og så bør vi endre på de medisinene. Og da har det ofte skjedd at . jeg etterpå får et brev om at <...> det er endra på medisiner i .. på bakgrunn av telefonsamtale med <respondent> så har vi gjort sånn og sånn endring da. .. Så jeg føler egentlig at jeg blir tatt på alvor. <...> Men egentlig så styrer vi <...> ganske mye sjøl hvordan vi <...> vil jobbe og hva vi gjør i jobb.

Vernepleier, første linje.

I utdrag 1 begynner respondenten først med en beskrivelse av en begrensning for sitt arbeid: ”*vi skal ikke drive med <...> terapeutisk arbeid*”. Med denne beskrivelsen av en faglig begrensning i den organisatoriske omgivelsen til psykisk helsearbeid i kommunen kan hun deretter fortsette med en meningsfull beskrivelse av hva hun gjør: nemlig å hjelpe, legge til rette og ordne hverdagen til pasientene hun følger opp. Hun plasserer seg altså som faglig underordnet de som utfører terapeutisk arbeid, men gjennom sin tydelige plassering utenfor terapi og behandling, kan hun nå formidle at hun likevel står for en svært viktig del av tjenestetilbudet til pasienten.

Ganske annerledes er posisjonen hun skisserer for sitt arbeid i utdrag 2. Her bruker hun beskrivelsen av en underordnet posisjon til å argumentere at hun faktisk har innflytelse på den medisinske behandlingen til tross for at hun rangerer heller lavt i et medisinsk hierarki. Når respondenten i sin posisjon der hun er nektet terapeutisk arbeid ser, observerer eller tenker at den medikamentelle behandlingen ikke virker etter hensikten, formidler hun det videre til legene. Hennes vurdering blir vektlagt. Legene er *”ofte enig med meg, uten engang å ha sett pasienten”*. Hun er fortsatt utestengt fra behandling og terapi, men *”ofte”* blir hun etterpå informert om at hennes observasjoner og anbefalinger har blitt tatt til følge: *”på bakgrunn av telefonsamtale med <respondent> så har vi gjort sånn og sånn endring”*.

I denne framstillingen posisjonerer respondenten seg altså som en riktignok underordnet, men samtidig viktig og delvis selvstendig del av et medisinsk tjenestetilbud.

I begge eksemplene plasserer respondenten seg i et underordnet forhold til legene, men hennes bruk av ulike diskursive ressurser varierer. Hun kan benytte denne underordnete posisjonen til helt ulike formål – enten for å presentere seg som frakoblet fra et medisinsk tjenestetilbud, eller som en del av dette.

Den samme respondenten kan altså i sin beskrivelse av sitt samarbeid på tvers av yrkesgruppene eller på tvers av linjenivåene benytte seg av helt ulike diskursive ressurser.

Forskjellige diskursive referanserammer legger imidlertid opp til svært ulike orienteringer for faglig handling, og derfor også til svært ulike målsettinger for hva som skal oppnås gjennom et samarbeid. Ikke minst for å unngå situasjoner som jeg i kapittel 8 har betegnet som vendepunkt for samarbeid, er det nødvendig å kartlegge ulike diskursive referanserammer.

I det følgende underkapitlet vil jeg gi et eksempel for hvordan to forskjellige diskursive handlingsorienteringer har kommet i konflikt med hverandre. Gjennom disse eksemplene ønsker jeg å understreke hvor sentralt det er for samarbeid i psykisk helsevern og i psykisk helsearbeid å beskrive de ulike referanserammene.

10.1.2 Diskursive grenseflater og konflikter for samarbeid

Med ulike utgangspunkt har hele undersøkelsen så langt vært strukturert rundt en gjennomgang av ulike perspektiver på samarbeid på tvers av organisatoriske enheter og yrkesgrupper. Når jeg i dette kapitlet beskriver forskjellige diskurser om samarbeid, vil jeg på ingen måte implisere at disse har en ontologisk status. Bakkebyråkratens egen fortolkende språklige praksis legger imidlertid avgjørende strukturelle føringer og begrensninger for deres samarbeid seg imellom og med andre yrkesgrupper. Selv om disse diskursive føringer slik de kommer til uttrykk i respondentenes språklige konstruksjoner, er variable og kontingente, kan de likevel bli beskrevet i form av en idealtypisk konstruksjon med utgangspunkt i respondentenes retoriske forhandling i intervjuene og de subjektposisjonene de inntar i ulike situasjoner. Denne idealtypiske kategoriseringen foretar jeg i form av ulike diskurser.

I denne delen av min analyse vil jeg illustrere hvordan to slike idealtypisk konstruerte diskurser har kommet i konflikt med hverandre i en samarbeidskarriere, og hvilke konsekvenser dette har hatt for det framtidige samarbeidet mellom de involverte partene.

Eksemplet er ikke hentet fra et bestemt intervju, men fra en overordnet betraktning av en samarbeidskarriere gjennom et tidsrom på flere måneder. Jeg har blant annet i kapittel 7.2 allerede beskrevet spesielle skjema der jeg har registrert samarbeidskarrierene med stikkord om innleggelser, utskrivninger, planlagte tiltak m.m. Disse skjemaene har jeg senere brukt i analysen som komplementære data i tillegg til intervjutranskripsjonene.

I den følgende samarbeidskarrieren har pasienten hatt en ordning med planlagte innleggelser på en døgnavdeling i andrelinjetjenesten i over ett år. Samarbeidspartnerne i kommunen og i andrelinjetjenesten har i intervjuene flere steder framhevet denne ordningen som svært viktig for pasienten, fordi han i sitt dagligliv var svært avhengig av faste rutiner og forutsigbarhet. Ved siden av daglige besøk på det kommunale dagsenteret har disse planlagte oppholdene utgjort mesteparten av pasientens sosiale liv.

I månedene før et slikt planlagt opphold har pasientens kontaktpersoner lagt merke til at pasienten i økende grad har blitt fastlåst i rutiner og tvangsmønstre. For eksempel var han fast bestemt på at han måtte stå opp presis kl. 7.00 og at han måtte være i seng kl. 23.00. Pasientens kontaktperson i kommunen har beskrevet denne rigide dagsrytmen som et alvor-

lig sosialt problem. Pasienten fortalte henne bl.a. om en film som han hadde gledet seg veldig til, men som han ikke kunne se ferdig fordi filmen ikke sluttet før kl. 23.30. Dette har opptatt pasienten i en hel uke. Et annet eksempel var pasientens rutiner i forhold til hygiene. Han var fast bestemt på at han kunne dusje bare en bestemt dag i uka. Da hadde han dusjet med klærne på. Som følge har pasienten begynt å lukte ille og de andre besøkende på dagsenteret har trukket seg mer og mer unna.

I det følgende utdraget fra et registreringsskjema har jeg notert kommentarer om samarbeidspartners situasjonsforståelse fra transkriberte intervju, men også fra ikke transkriberte telefonsamtaler.

Overgang	Hva skjer?	Kommentar
25.01.04	Planlagt opphold på DPS. Før dette ringer "X" til døgnavdelinga og ber dem om å: Jobbe med pasientens hygiene slik at han dusjer oftere og uten klær. Utrede pasienten fordi han viser mer og mer fastkjørte rutiner/ tvangsmønstre. "X" ønsker at de på DPS skulle bryte disse mønstrene. Hun ber også at pasienten neste gang skal få et litt lengre opphold for at de på DPS skal jobbe mer langsiktig med tvangsmønstrene.	På DPS mener "Y" at 1 har roet seg. Han vurderes av en psykolog og denne mener at de på DPS ikke skal røre på tvangsmønstrene fordi det er pasientens måte å holde angsten unna. "Y" sier at de ikke vil forurolige pasienten og gå for dypt inn i tvangsmønstrene. Hvis de skulle gå inn på det måtte han ha et mye lengre opphold. "Y" mener også at det er umulig for henne å få pasienten til å dusje flere ganger i uka. Da måtte han i tilfelle være på DPS til et mye lengre opphold.
06.02.04	1 reiser hjem.	
18.03.04	Ansvarsgruppe i kommunen.	Fra kommunehelsetjenesten gjentar de oppfordringen til DPS om å gjøre noe med tvangsmønstrene fordi pasienten begrenser og isolerer seg mer og mer.
22.03.04	Planlagt opphold på DPS.	"Y" starter med å registrere tvangsmønstrene. Hun sier at hun har "snakket 1 til å dusje to ganger i uka".
05.04.04	1 reiser hjem.	"X" sier at det er ingen forandring i rutinene til 1.
	1: pasientnummer "X": pasientens kontaktperson i kommunen "Y": pasientens kontaktperson på DPS.	

Denne teksten vil jeg analysere i et diskursteoretisk perspektiv. Utgangspunkt for registreringen var en forskningsinteresse om å undersøke samarbeid mellom partene i psykisk helsevern og psykisk helsearbeid. Derfor vil jeg betegne den diskursive sammenhengen som skal beskrives her, som en diskurs om samarbeid. Med et diskursteoretisk perspektiv er det neste skrittet å undersøke dette utdraget fra en pasientkarriere i forhold til et begrep som kan beskrives som et meningsgivende nodalpunkt for andre momenter i teksten.

I de tre månedene som dette utdraget beskriver, har samarbeidspartnerne særlig framhevet og forholdt seg til et bestemt moment i pasientens karriere – nemlig det de beskriver som

tvangsmønstre. Derfor betrakter jeg disse tvangsmønstrene som nodalpunkt i denne delen av en diskurs om samarbeid. Men i dette tilfellet relaterer samarbeidspartnerne på ulike måter andre momenter til dette nodalpunktet om tvangsmønstre.

I kommunehelsetjenesten knytter de pasientens tvangsmønstre flere ganger til en oppfordring til de ansatte på DPSet om å begrense eller forhindre dem. På denne måten er nodalpunktet om tvangsmønstre relatert til en forandring av pasientens atferd, og også til en grunn for en slik forandring. Tvangsmønstrene begrenser pasientens muligheter til å delta i det sosiale livet, og dermed til å vedlikeholde det begrensede sosiale kontaktnettet han har. Derfor framstår tvangsmønstrene i denne diskursive sammenhengen som et problem for å oppnå en tilfredsstillende livskvalitet.

I spesialisthelsetjenesten har de derimot et mer avslappet forhold til denne begrensningen. Der framhever de langt mer en annen side. Tvangsmønstrene er pasientens måte å takle en grunnleggende sosial angst. Betraktet på denne måten er pasientens tvangsmønstre ikke et problem men, tvert imot, en viktig psykologisk ressurs.

Med det samme nodalpunktet blir en diskurs om samarbeid altså ført med to helt forskjellige fortegn. Pasientens tvangsmønstre opptrer som en flytende signifikant i to ulike diskurser. Begge er sub-diskurser i en diskurs om samarbeid, men begge legger opp til helt forskjellige handlingsorienteringer.

På den ene siden står det hva jeg vil betegne som en livskvalitetsdiskurs der pasientens tvangsmønstre er et nodalpunkt som relaterer andre momenter til seg i form av problemer for pasienten med å oppnå en tilfredsstillende livskvalitet. På den andre siden står en behandlingsdiskurs der de samme tvangsmønstrene relaterer andre momenter til seg i form av ressurser for pasientens psykiske funksjonsevne.

Avgjørende for samarbeidet mellom første og andrelinjetjenesten er i dette eksemplet hvilken av de to diskursene som kommer til å dominere forholdet mellom de to tjenestenivåene, fordi begge legger opp til helt forskjellige føringer for samarbeidet i framtiden.

Med dette eksemplet vil jeg understreke hvor sentral en avgrensning av ulike diskurser er for å forandre en bestemt praksis i samarbeidet. Disse diskursene er konstruksjoner, ikke enheter med en egen ontologisk status, og de kan selvfølgelig beskrives og avgrenses på mange forskjellige måter. Potensialet for en forandring av en bestemt diskursiv praksis lig-

ger imidlertid ikke i en diskusjon av om en bestemt beskrivelse er ”riktig” eller om det ”virkelig finnes” den eller den diskursen. Dette potensialet ligger derimot i diskusjonen hvorvidt en bestemt beskrivelse av en kontingent diskursiv orden framstiller grenseflaten mellom forskjellige diskursive handlingsorienteringer på en meningsfull måte i forhold til en bestemt problemstilling. Når disse grenseflatene har blitt gjort tydelige, er det også mulig å argumentere på hvilken måte en bestemt diskursiv handlingsorientering er mindre meningsfull. Først da kan partene komme til enighet om hva de egentlig vil oppnå gjennom et koordinert og tverrfaglig samarbeid på tvers av de organisatoriske linjenivåene.

I eksemplet jeg har diskutert her, har to forskjellige diskurser kommet i konflikt med hverandre og samarbeidet mellom to tjenestenivåer har vist seg å være avhengig av hvilken av de to diskursive handlingsorienteringene som til syvende og sist kommer til å dominere over den andre.

I de tre følgende underkapitlene vil jeg avgrense tre diskurser overfor hverandre som alle på hver sin måte legger opp til ulike handlingsorienteringer i bakkebyråkratenes daglige arbeid, og derfor også til ulike målsettinger for et samarbeid i psykisk helsevern og psykisk helsearbeid.

10.2 Behandlingsdiskurs

10.2.1 Innledning

En første avgrensning for samarbeidet i psykisk helsevern og psykisk helsearbeid vil jeg treffe i forhold til handlingsorienteringer rettet mot en medisinskfaglig diskursiv handlingsramme.

En lang rekke diskursanalytiske arbeider har i ulike sammenheng diskutert en medisinsk diskurs som eksempel på en utformulert og dominant diskursiv referanseramme (Annfelt, 2000; Dreyfus & Rabinow, 1983: 64 ff; Foucault, 2002: 53; Jørgensen & Phillips, 2002: 26 ff, 144; Laclau & Mouffe, 2001: 107 ff; Måseide, 2003). I min innledning til kapittel 3 har jeg blant annet framhevet en betydelig diskursiv motstand fra forskjellig hold mot en språk-

lig reduksjon av et sammensatt tjenestetilbud til behandling av psykiske lidelser på eksklusivt medisinske premisser. Jeg betrakter denne konflikten om begrepene som en indikator for at medisin som hegemonial faglig forståelsesramme for psykiske lidelser, er på vikende front. Men til tross for denne motstanden representerer en medisinsk diskurs fortsatt en, om ikke enerådende, så i alle fall dominant diskursiv referanseramme for utformingen av tjenestetilbudet til mennesker med psykiske lidelser.

I denne undersøkelsen har jeg imidlertid framhevet et skille ikke bare mellom bakkebyråkrater og leger, men mellom bakkebyråkrater og en sammensatt gruppe av behandlere. Jeg har også flere steder illustrert at respondenter har avgrenset seg fra en sammensatt behandlergruppe der legene riktignok har blitt betraktet som den dominante, men likevel bare som en profesjon blant flere.

Med utgangspunkt i den sterke diskursive avgrensningen mellom bakkebyråkrater og behandlere som jeg har diskutert i kapittel 9.4, betrakter jeg det derfor som mer meningsfullt å avgrense en behandlingsdiskurs fra andre diskursive referanserammer, enn å avgrense en medisinsk diskurs i psykisk helsevern og psykisk helsearbeid. Mye av det jeg diskuterer i det følgende om bakkebyråkratenes diskursive plassering i forhold til legene gjelder også for bakkebyråkratenes forhold til psykologer og andre i behandlergruppen. I en behandlingsdiskurs slik jeg vil beskrive den på de følgende sidene, omtaler bakkebyråkrater psykologene som regel som underordnet legene, men de plasserer seg selv i et faglig hierarki underordnet behandlerne som gruppe.

Men selv om det er gode grunner for å framheve en behandlingsdiskurs som dominant i tjenestetilbudet i psykisk helsevern og psykisk helsearbeid, blir spørsmålet om den derfor også er dominant som handlingsorientering for bakkebyråkratene? Flere steder i denne undersøkelsen har jeg påpekt at legenes arbeid i bakkebyråkratenes beskrivelser som regel ble gjengitt som orientert mot og begrenset til en medikamentell behandling. Jeg vil i denne første delen av min beskrivelse av ulike diskursive handlingsrammer for samarbeid i psykisk helsevern og psykisk helsearbeid diskutere noen eksempler der en slik medisinfaglig handlingsorientering i bakkebyråkratenes arbeid blir synlig, dog i ulike variasjoner i forhold begrepet om behandling som på mange måter er sentralt for samarbeid.

10.2.2 Bakkebyråkrater som legenes forlengete arm

En vanlig profesjonsteoretisk måte å presentere forholdet mellom de ulike pleieyrkene og legeyrket har jeg allerede diskutert i kapittel 2.2. I et slikt perspektiv er syke- eller hjelpepleiere ansett for å være i en assisterende posisjon til legenes arbeid (Berg, 1987: 46 ff; Davies, 2002; Freidson, 1988: 57 ff). På denne måten blir pleiernes og andre bakkebyråkraters arbeid først og fremst vurdert i forhold til medisinfaglige kriterier, og bakkebyråkraternes posisjon framstår derfor nødvendigvis som underordnet legenes.

Denne forståelsen er også synlig i bakkebyråkraternes egne beskrivelser. Det følgende utdraget gir et eksempel på en slik diskursiv plassering.

1. I: Vil du si at du driver med behandling i din jobb? ...
2. R: Både og. Nei. Nei, egentlig vil jeg ikke si at jeg driver med behandling.
3. I: Hva gjør du da?
4. R: Jeg oppfatter meg sjøl som en co-terapeut. <...> Men jeg har jo ganske ofte støttesamtaler og .. såkalte containersamtaler og .. og tar imot veldig .. veldig mye av DE tingene, som jeg formidler videre.
5. I: Når du er co-terapeut, hvem er terapeuten da?
6. R: Legen. <...> Og legen har aldri samtale med pasienten alene. Vi har alltid en sånn trekant. ..
Vernepleier, døgnavdeling, andre linje.

Her trekker respondenten et klart skille mellom seg selv og behandleren. Etter en lang betenkingspause begynner hun sitt resonnement i § 2 med et forsiktig ”Både og”, men ender ganske fort opp med en avgrensning til både behandlere og behandling. Hun driver ikke med behandling, men er i en assisterende funksjon som ”co-terapeut” (§ 4). Behandlerne er leger, og behandling er i dette utdraget for en gangs skyld ikke relatert først og fremst til medikamentell, men isteden til samtalebehandling (§ 6). Respondentens co-terapeutiske arbeid utfører hun i forhold til denne legefaglige samtalebehandlingen: Hun gjennomfører ”containersamtaler” og formidler innholdet i disse videre til legen (§ 4), og hun er også med i ”trekanten” (§ 6), dvs. legenes terapeutiske samtaler med pasienten.

I respondentens konstruksjon av en diskursiv referanseramme i dette intervjuutdraget betrakter jeg behandling som det sentrale nodalpunktet. Andre momenter er arrangert i forhold til dette legefaglige behandlingsbegrepet. Dette gjelder respondentens ”co-terapeutiske” posisjon, hennes støtte- eller containersamtaler i § 4, og også legens posisjon som terapeut (§ 6), siden terapi er formulert som del av legens behandling. I respondentens

diskursive orden i dette utdraget framstår bakkebyråkratene derfor som viktige, men samtidig som avhengige deler i et sammensatt tjenestetilbud. Hennes arbeid er meningsfullt gjennom relasjonen til det jeg vil betegne som nodalpunkt i en behandlingdiskurs – nemlig et begrep om behandling. Men i en behandlingdiskurs er bakkebyråkratens arbeid bare meningsfullt i forhold til et nodalpunkt om behandling i en sammenheng der bakkebyråkraterne framstår i en assisterende funksjon, altså som ”legens forlengete arm”.

I denne diskursive sammenhengen er bakkebyråkratene ikke bare plassert i en avhengig og underordnet posisjon. De er samtidig ekskludert fra vesentlige deler av dette sentrale nodalpunktet. Dette gjelder den medikamentelle behandlingen som respondentene ellers har framhevet som det originært legefaglige bidraget til et sammensatt tjenestetilbud. I dette tilfellet gjelder det imidlertid også legenes samtaler med pasienten i den grad disse samtalerne er forstått som behandling.

Senere i samme intervju kommer dette langt mer tydelig til uttrykk når jeg spør respondenten om hun har en klar formening om autoritetsfordelingen i senterets forskjellige tjenester overfor en pasient.

I: Hvem har mest autoritet, tror du? .. Hvem har mest å si nå? <...>

R: Det tror jeg må være på legenivå, at de er litt usikker på hvor han <...> hører inn under. <...> Hvis man leser papirene på 11 så bestrides det jo hvorvidt at det er reelt, de her stemmene som han - Og det kan virke <...> som at det er noe som er tillært, noe som 11 liksom .. ja, det er noe som han - hører jeg stemmer så må det tas på alvor, altså.

Ikke overraskende etter diskusjonen i det forrige utdraget plasserer respondenten legene med mest autoritet høyest i hierarkiet. Bak denne plasseringen skjuler det seg imidlertid ikke bare en autoritetsforskjell, men en svært stor avstand mellom gruppene av behandlere og gruppen av bakkebyråkrater. ”*Hvem har mest å si*” var spørsmålet, men respondenten svarer på dette spørsmålet på en måte der hun ikke inkluderer seg selv blant de som har autoritet. Uenigheter rundt pasienten finnes, men de finnes blant legene: ”*de er litt usikker på hvor han <...> hører inn under*”. Dermed foregår diskusjonen rundt pasienten og pasientens behandling også mellom legene. Respondenten ekskluderer bakkebyråkratene fullstendig fra en deltakelse i denne diskusjonen. Dette forsterker hun ytterligere senere. Her er det ikke legene som bestrider pasientens stemmehøring. Det er ikke engang ”noen” som gjør det. Respondenten velger en fullstendig passiv og ubestemt form for å rapportere om en uenighet omkring dette spørsmålet: ”*så bestrides det jo hvorvidt at det er reelt*”. På denne

måten holder respondenten seg selv helt og holdent utenfor, og plasserer diskusjonen om pasientens behandling i en mystifisert sfære som er utilgjengelig for bakkebyråkratene. Behandling i den meningsgivende sammenhengen av en behandlingsdiskurs framstår for bakkebyråkrater dermed både som en frakoblet, mystifisert og utilgjengelig del av tjenestetilbudet for mennesker med psykiske lidelser.

I en mer resignert form, men med samme frakoblede holdning beskriver også den følgende respondenten i førstelinjetjenesten en posisjon innenfor en behandlingsdiskurs. Bakgrunnen for intervjuet var en pasientkarriere der samarbeidspartnerne i kommunen og på akuttposten i tredjelinjetjenesten tidligere har kommet til enighet om en arbeidsfordeling. Pasienten var underlagt tvungent psykisk helsevern, og var også pålagt å komme til regelmessige undersøkelser til akuttposten. Der ble det vurdert om grunnlagene for det tvungne vernet fortsatt var til stede, og om medisineringen fremdeles var adekvat. I kommunen har respondenten fulgt opp pasienten med et ukentlig besøk og har i den forbindelse også delt ut medisinene til pasienten. I det siste intervjuet har respondenten fortalt om en angivelig reduksjon i medisineringen. Dette fikk hun formidlet fra pasienten som en avtale mellom pasienten og psykiateren på akuttposten, uten at respondenten har fått noen informasjon fra sykehuset.

1. I: Sist vi snakket sammen, da sa du at <...> de hadde snakket med legen på <tredje linje>, som sa at de ikke måtte ta så mye medisin og <...> så var du litt usikker på om det stemmer. Har du gjort noe i DEN saken?
2. R: Nei, vi har bare snakket med <tredje linje> og de sier at det stemmer. Mor TAR kontakt, og de er enig i å redusere medisinen hennes.
3. I: Aha. Men det var ingen - det var ikke noen forklaring på hvorfor de ikke sa det til deg?
4. R: Nei, det var ikke noen oppklaring. Og det eneste - det er fremdeles ingen ting. Jeg har skrevet et nytt brev nå til - altså bare sånn notat eller hva jeg skal si, informasjon til dem .. om at vi er ikke .. - den avtalen om at vi skal være inne i bildet en gang i uka har vært .. - Det har ikke vært sånn at vi har fått fulgt opp fast en gang i uka, fordi at mor en del ganger har på en måte ringt og sagt at vi ikke trenger å komme. <...> Så nå er vi jo litt usikker på da i forhold til medisin. Men mor sier at de HAR medisinene heime, sånn at han FÅR medisin. For vi er oppe og legger i en sånn ukedose. Det er på en måte det påskuddet vi har - at vi må komme heim til dem for vi må legge i den dosetten.

Vernepleier, første linje.

Respondenten som skal sikre en adekvat medisinerings til pasienten, befinner seg tydelig i en ganske uheldig arbeidssituasjon når psykiateren på akuttposten forhandler med pasienten om å redusere tvangsmedisinerings, uten at også respondenten får beskjed om det. Det er all grunn til å få en oppklaring i denne saken og også til å formidle en tydelig kritikk til tredjelinjetjenesten om framgangsmåten der respondenten i kommunen har blitt holdt uten-

for. Men dette skjer bare delvis. I respondentens fortelling i § 2 har ”Vi”, altså kommunehelsetjenesten, ”bare snakket med < tredje linje > og de sier at det stemmer.

Har hun fått den forklaringen jeg etterspør i § 3? Respondenten svarer ganske tilbakeholdent og nærmest ydmykt: ”Nei, det var ikke noen oppklaring”. Hun indikerer at hun åpenbart ikke er i en posisjon der hun kan ettertrykkelig etterlyse informasjon. Dette blir tydelig bl.a. i respondentens bruk av det upersonlige ”det var” istedenfor et mer aktivt ”jeg fikk” det som egentlig kunne forventes, nemlig en utfyllende begrunnelse eller også en unnskyldning for framgangsmåten. Istedenfor en ”forklaring” som ble etterspurt i § 3 velger hun også et mer nøytralt begrep om ”oppklaring”, og fjerner dermed det potensielt betente meningsinnholdet som følger med det å innhente eller kreve en ”forklaring”.

I denne svake posisjonen kan respondenten heller ikke gjøre gjeldende overfor pasienten at hun må ivareta den andre delen av de kommunale oppgavene, nemlig den kontinuerlige oppfølgingen med ukentlige besøk hos pasienten: ”Så nå er vi jo litt usikker på da i forhold til medisin” (§ 4). Dette beskriver ikke bare respondentens usikkerhet i forhold til den medikamentelle behandlingen. Hun presenterer medisnutdelingen som legitimering for å kunne komme hjem til pasienten, og siden medisineringen nå er avtalt mellom psykiater og pasienten eller pasientens pårørende, faller legitimiteten for disse besøkene også bort. I forhold til de behandelende legene plasserer respondenten seg i en posisjon i et organisatorisk hierarki der hun som medarbeider i den kommunale førstelinjetjenesten ikke kan stille tredjelinjetjenesten til ansvar for et ganske alvorlig brudd i kommunikasjonen.

Medisinering er i dette tilfellet en del av behandlingen og behandling har respondenten ikke annet å gjøre med enn i sin posisjon som utførende organ i forhold til legens direktiver. I den marginale diskursive posisjonen som respondenten konstruerer for seg selv, framstår hun i randsonen av et behandlingsbegrep der hun må handle slik hun får anvist, eller når en slik handlingsanvisning uteblir, der hun i beste tilfelle kan forsøke å få en oppklaring for sine handlingsbetingelser. I en behandlingsdiskurs presenterer respondenten seg altså helt og holdent som avhengig av legene.

I disse eksemplene har begge respondenter plassert seg selv i en avhengig og passiv subjektposisjon innenfor en behandlingsdiskurs. De har presentert seg som legenes forlengete arm med svært begrensede muligheter til å treffe egne avgjørelser. I andre tilfeller har res-

pondenter beskrevet en liknende posisjon i en behandlingsdiskurs. Men der har de gjort langt mer aktiv bruk av denne posisjonen for å forskyve et endelig ansvar ut fra deres virksomhetsområde og over til legenes.

10.2.3 Behandlingsdiskurs som mulighet for å forskyve ansvar

I min diskusjon i det forrige underkapitlet har jeg framhevet bakkebyråkrater i en posisjon der de framstår som et assisterende og utførende organ for legenes behandling. I denne subjektposisjonen framstår de også som ekskludert fra behandling for øvrig. I andre eksempler har bakkebyråkrater derimot aktiv ekskludert seg selv fra et ansvar enten for hele eller også for deler av pasientens behandling. I disse tilfellene har de presentert seg selv i en ganske selvbevisst posisjon som viktige informanter for behandlere, der de samtidig framstår som fritatt fra et ansvar for hvordan behandlere til syvende og sist gjør bruk av denne informasjonen i sin behandling.

Et eksempel på en slik diskursiv posisjon er det følgende utdraget:

1. I: Har du noen gang følt <...> at du blir holdt utenfor den behandlingen rundt pasienten?
2. R: Nei. Vi har faste <...> møter med vår lege, og det er jo de på en måte som er kjernen i behandlingstilbudet. Og de er jo kjempeflink til å informere, og vi observerer. Så det går på at .. vi har stabilitet i vår legemasse, og de har tillit til oss og .. - Jeg føler ikke at vi har blitt holdt utenfor.
3. I: Det som du sa i sted, at . det varierer så veldig avhengig av overlegen på <tredjelinje> hvordan behandlingen av en pasient utformes. Savner du da ikke at du blir tatt inn i det der også? .. At du som kjenner pasienten -
4. R: Nei.
5. I: -blir spurt nå: hva syns du nå?
6. R: Nei, det - Altså, min vurdering er at det er <tredje linje> som har spesialisthelsetjenesten, og de vet best hva som er best for pasienten der. Jeg har noen andre forventninger til det, at jeg tenker at - altså du burde kanskje ikke gå på <akuttpost> i tre uker, kanskje du heller - Men jeg forventer at <tredje linje> likevel har vurdert det som aller best å være på <akuttpost>, selv om jeg ikke forstår det. Men jeg blander - altså jeg har tillit til det <tredje linje> gjør, altså. <...> Men - og da forventer jeg faktisk at <tredje linje> ringer til oss og spør, hvis det er noe de lurer på. Og det skjer jo. <...> Men jeg kunne kanskje forvente at de ringte litt mer og spurte. Og det har også skjedd - spesielt fra DPS, at de kanskje er litt - Jeg har nærmere til <tredje linje> enn jeg har til DPS. Men ofte hvis jeg vet at pasienten er på DPS så ringer jeg og gir opplysning, for <...> de kan tjene masse tid på, behandlingsmessig være rett og - .
7. I: Har du opplevd noen gang at du ble ikke tatt på alvor med det du kommer med?
8. R: Nei. <...> Jeg har jo opplevd å bli hørt på, men det er ikke sikkert at ... Jeg kommer jo ikke med løsning på noe, ikke sant. <...> Jeg gir jo bare observasjonene.

Vernepleier med videreutdanning i psykisk helsearbeid, første linje.

Allerede i det innledende svaret i § 2 på mitt spørsmål om respondenten har følt seg ekskludert fra behandlingen, trekker hun et skille mellom sitt eget arbeid og behandling. Bakkebyråkrater og leger i kommunen har faste møter. Men det er legene ”*som er kjernen i behandlingstilbudet*”. Disse legene informerer om behandlingen, mens bakkebyråkratene observerer pasientene. I denne arbeidsfordelingen føler respondenten seg ikke holdt utenfor behandlingen fordi hennes egen posisjon ganske enkelt ikke skal være behandling.

I andre sammenheng har bakkebyråkrater i avgrensning til behandlere tydelig framhevet sin tette kontakt med pasienten som kvalitetskriterium. Er ikke dette en grunn til at også overlegen i tredjelinjen drar henne inn i behandlingen (§ 3)? Før jeg kan avslutte resonnementet, avbryter respondenten meg med et kontant ”*Nei*” (§ 4). I § 6 begrunner hun denne kontante avvisningen: I spesialisthelsetjenesten sitter spesialistene, og selv om hun har avvikende meninger, er hennes oppgave ikke behandling. Derfor er hun kategorisk i sin tillitserklæring til tredjelinjen. De gjør det beste for pasienten ”*selv om jeg ikke forstår det*”.

Denne beskrivelsen av en distansert posisjon gjelder i forhold til behandling. Respondenten er likevel svært aktiv i samarbeidet med tredje- og andrelinjetjenesten. Når hun synes at hun har informasjon som er nødvendig for at enhetene i spesialisthelsetjenesten kan utføre sin behandling, ringer hun dit. Hun registrerer at dette ønsket om informasjon fra hjemplassen er heller ensidig, og hun kritiserer spesialisthelsetjenesten for denne manglende interessen: ”*jeg kunne kanskje forvente at de ringte litt mer og spurte*”. Men hun lar seg ikke stoppe av det når hun vil gi informasjon videre: ”*for de kan tjene masse tid på, behandlingssmessig være rett*”. Hun opptrer altså ganske selvbevisst og med en klar formening om sitt arbeid som et vesentlig moment i tjenestetilbudet rundt pasienten. Men samtidig presenterer hun sitt mandat som begrenset. Det slutter i det øyeblikket der det er snakk om behandling. For denne er enten primærlegene i kommunen eller enhetene i spesialisthelsetjenesten ansvarlige. På denne måten kan respondenten plassere seg i en subjektposisjon i en behandlingsdiskurs uten ansvar for det sentrale begrepet om behandling. Hun ”*kommer jo ikke med løsning på noe*” men ”*gir jo bare observasjonene*” (§ 8) for en behandling andre står ansvarlig for.

Det samme fjerne behandlingsbegrepet bruker også en annen respondent i det følgende eksemplet. Her bruker hun det for å posisjonere seg i en sentral posisjon i forhold til et sam-

mensatt tjenestetilbud for pasienten, der hun samtidig plasserer ansvaret utenfor sitt eget mandat.

1. I: Hva er det nå som er planlagt framover, etter denne utskrivelsen nå? ..
2. R: Nei, han skal jo hjem til samme - samme helvete da, hjemme, med <ektefelle>, som har prøvd å slutte å drikke mens han er borte. .. (sukker) Man kan ikke hjelpe folk som har et miljø rundt seg <...> hvor det ikke er liv laga for god behandling. <...> Det hjelper ikke å gi han et tilbud i dagavdelinga eller avlastning i døgnavdelinga når han kommer hjem til <ektefelle> som fortsatt holder han våken om natta og stjeler sovemedisinene og drikker opp alle pengene de har og .. - Da er det så mye, mye mer enn psykiatri det er snakk om. ...
3. I: Får du hjelp i DEN biten fra spesialisthelsetjenesten, når du ber om veiledning f.eks.? Eller ser de bare den .. psykiatriske biten? ...
4. R: Nei. .. Vi er vel mer sånn på det stadiet at vi er oppgitt sammen. <...>
5. I: Det der er vel ikke så ukjent i psykiatrien?
6. R: Nei.

Sykepleier med videreutdanning i psykosebehandling, første linje

Respondenten skildrer en situasjon på hjemmeplassen som synes å være ganske håpløs. Familielivet er preget av mangeårig alkoholmisbruk og et samlivs-”helvete” (§ 2). Disse forholdene gjør det i respondentens beskrivelse umulig å nå fram med behandlingstiltak: ”*Man kan ikke hjelpe folk som har et miljø rundt seg <...> hvor det ikke er liv laga for god behandling*”. I samme avsnitt beskriver respondenten hvor en slik ”*god behandling*” eventuelt kan foregå: nemlig i dag- eller døgnavdelingen i andrelinjetjenesten og dermed utenfor hennes rekkevidde. Hun gir også en faglig begrunnelse for hvorfor behandlingstiltak er utilstrekkelig: ”*Da er det så mye, mye mer enn psykiatri det er snakk om*”.

Respondenten følger opp pasienten i det daglige. Der er behovene sammensatt, og ikke bare ”*psykiatri*”. Hun får ikke noe hjelp fra ”*psykiatrien*” for å gjøre noe med den frustrerende hverdagen, men gjennom den kollektive identiteten hun konstruerer i § 4 for seg selv og samarbeidspartnerne i spesialisthelsetjenesten (”*vi er oppgitt sammen*”), kan hun legitimere den egne utilstrekkeligheten. For psykiske lidelser framhever hun en behandling i ”*psykiatrien*” som den ansvarlige instansen, og fordi hun er del av et sammensatt helsevesen kan hun relatere sitt arbeid til et medisinfaglig behandlingsbegrep. Dette ligger imidlertid utenfor hennes kompetanse- og ansvarsområde. Det hun gjør, er støttetiltak til en vellykket behandling i andrelinjetjenesten, og i forhold til denne behandlingen fortolker hun også sine handlingsbetingelser. I § 5 aksepterer også jeg denne situasjonsvurderingen: ”*Det der er vel ikke så ukjent i psykiatrien?*”. På denne måten bekrefter både intervjuer og respondent en subjektposisjon i en behandlingsdiskurs der respondenten plasserer ansvaret for sitt arbeid

hos de som er ansvarlige for behandlingen. Frustrasjonen over situasjonen deler samarbeidspartnerne, men ansvaret er plassert hos behandlerne i spesialisthelsetjenesten og utenfor respondentens mandat.

I disse eksemplene har respondentene altså posisjonert seg i en behandlingsdiskurs og i et avhengighetsforhold til leger og behandlere generelt. Men de har også brukt denne subjektposisjonen aktivt for å forskyve det endelige ansvaret for arbeidet sitt utenfor sitt mandat. I et siste underkapittel om en avgrensning av en behandlingsdiskurs vil jeg dokumentere hvordan en respondent forsøker å bruke den samme subjektposisjonen for å ansvarliggjøre de ganske motvillige legene til å leve opp til deres faglig opphøyete posisjon i en behandlingsdiskurs.

10.2.4 Behandlingsdiskurs som strategisk mulighet for å ansvarliggjøre behandlere

Bakkebyråkrater har altså posisjonert seg på forskjellige måter i en behandlingsdiskurs. I noen tilfeller har de brukt denne posisjoneringen målrettet som et strategisk middel for å ansvarliggjøre legene til å utøve en faglig overordnet oppgave, også for den delen av tjenestetilbudet som bakkebyråkratene utfører. De følgende utdragene er fra et intervju med en respondent med arbeidserfaring fra flere organisatoriske enheter på forskjellige linjenivå i psykisk helsevern og psykisk helsearbeid. Først rapporterer hun om sin tidligere arbeidssituasjon på et DPS og beskriver posisjonen til overlegen der på den følgende måten:

1. I: Er det noe som du har opplevd på DPS, at du ikke ble hørt faglig?
2. R: Ja. Veldig ofte. <...> Altså, det var jo mange ganger sånn at jeg .. jeg følte at jeg gjorde ting FOR pasientene, men at jeg visste at det var ikke akseptert av mine overordna. Men jeg gjorde det allikevel, ikke sant. <...> Det var bare noen få som ble tatt på alvor. <...> Og de som hadde best kontakt med pasientene og som fikk . ja, som fikk mest til da, altså faglig sett, de ble skvisa ut. .. <...>
3. I: Ble du holdt utenfor behandling av pasienter på DPS'et? ..
4. R: Eh, .. både ja og nei. ..
5. I: Du var på jobb om dagen på onsdag, kommer tilbake på dag på . torsdag og ser at behandlingsplanen er skrevet om, eller at pasienten er utskrevet, selv om dere ble enig <...> at han skulle bli der til mandag etterpå? Har sånt skjedd?
6. R: Ja, det skjedde nok. Men jeg kan vel ikke føle egentlig at man ble holdt utenfor på DEN måten. For at, det var jo team, ikke sant. <...> Sånn at det var jo den koordinatoren for det teamet da som var ansvarlig i å informere om endringer, til resten av teamet. <...>

7. I: Nå henger jeg ikke helt med - Det er koordinatoren for teamet som skal formidle til de som er i teamet .. hvilken avgjørelse som er truffet. Hvem er det da som treffer avgjørelsen?
8. R: Nei, det kunne godt være møter helt sånn plutselig. Det var jo litt av taktikken, å ha møter utenom de fastansatte i teamet, fordi at de fant nødvendigheten i å forandre på et vedtak, ikke sant? .. Og da var det jo bare å akseptere det. Hvis man ikke var på jobb den dagen så fikk man jo beskjed om at . da VAR det sånn. Da hadde man ingen ting man skulle ha sagt.
9. I: Men hvem er - hvem er det som står for avgjørelsen? Er det overlegene som kommer inn og treffer avgjørelsen .. sammen med teamleder?
10. R: Ja. Ja. .. Overlegen satt der hele tida.

Vernepleier, første linje.

I den diskursive orden respondenten skisserer i dette utdraget, er samarbeid mellom yrkesgruppene et svært hierarkisert foretak. Jeg vil først definere hva jeg betrakter som de sentrale momentene og nodalpunkt i denne variasjonen av en behandlingsdiskurs.

Spørsmålet i § 1 var rettet mot respondentens opplevelse av sin egen faglighet på senteret. Hun begynner i § 2 med en beskrivelse av en arbeidssituasjon preget av det hun har oppfattet som hyppige krenkelsers. Det hun gjorde ble ikke akseptert av hennes overordnede, hun ble faktisk ikke tatt på alvor. Denne opplevelsen er tydeligvis ikke begrenset til respondenten og hennes overordnede alene, men beskriver et særegent forhold mellom bakkebyråkrater og overordnede. Senere i utdraget i § 10 presiserer hun hvem disse overordnede er – nemlig overlegen. Respondenten beskriver på denne måten et faglig hierarki mellom bakkebyråkrater og behandlere der bakkebyråkratens faglighet rangerer lavest. Innholdet i respondentens faglighet er beskrevet nærmere to steder i dette utdraget. I § 2 gjør hun krav på ”*at jeg gjorde ting FOR pasienten*”, og at bakkebyråkrater med best kontakt til pasienten også ”*fikk mest til*”. I den diskursive orden respondenten beskriver, er altså pasientnærhet et første viktige moment.

I §§ 3 og 4 kommer et annet moment til når intervjueren relaterer denne pasientnærheten til et annet sentralt moment - nemlig behandling. Faktisk er alt som er sagt hittil enten direkte eller indirekte relatert til denne behandlingen, og i dette utdraget betrakter jeg derfor behandling som det sentrale nodalpunktet i den diskursive orden respondenten beskriver.

Det tredje momentet jeg vil framheve, introduserer respondenten i § 6. Der framhever hun en teamstruktur for bakkebyråkratene og også den kollektive identiteten hun konstruerer for dette teamet er relatert til nodalpunktet om behandling. Hva som skjer med pasienten – om han altså blir utskrevet i motsetning til det som er holdt fast i behandlingsplanen eller lignende, er ingen krenkelse for respondentens faglighet: ”*jeg kan vel ikke føle egentlig at man*

ble holdt utenfor på DEN måten". Respondenten forholder seg til et nodalpunkt om behandling som del av dette kollektivet og ikke som individuell yrkesutøver. Følgelig består også krenkelsen som respondenten opplever, i en krenkelse av bakkebyråkratenes organisatoriske struktur i teamet. Møtene ble fastsatt ad hoc og med et taktisk formål "*utenom de fastansatte i teamet*" (§ 8), og respondenten fant i slike situasjoner seg selv igjen i en passiv og faglig paralyisert posisjon: "*da var det jo bare å akseptere det*". Når jeg i § 9 nevner to faglige instanser som begrenser respondentens mulighet til å påvirke avgjørelser, tar hun i § 10 bare opp den ene. Det er ikke teamlederen som har begrenset respondenten i sitt faglige virke, men overlegen som "*satt der hele tiden*".

Slik overlegen i respondentens fortelling er beskrevet, framstår hun nærmest i en posisjon i et av Foucaults panoptiske scenarier (Faubion, 2001: 58 ff). For seg selv formidler respondenten i § 10 et inntrykk av en svært utsatt posisjon. Med sin formulering "*Overlegen satt der hele tida*" framstår hun uten mulighet til å unndra seg overlegens observasjoner. Fordi hun aldri vet når overlegene innkaller til et ad hoc møte, beskriver hun seg som handlingslammet: "*Da hadde man ingen ting man skulle ha sagt*" (§ 8), og også med den begrensede diskursive motstanden som hun innledningsvis har beskrevet i § 2, ("*Men jeg gjorde det allikevel*") er det tydelig at denne følelsen av å være under permanent observasjon har satt dype spor. Hun har ikke bare vært begrenset av overlegene i sitt selvstendige arbeid på senteret, men hun har selv begrenset sitt handlingsrom.

I denne versjonen av en diskursiv orden i en behandlingsdiskurs har respondenten altså beskrevet sin egen faglighet gjennom å sette momentene pasientnærhet og den kollektive identiteten for teamet i forhold til et nodalpunkt om behandling. Behandling er imidlertid først og fremst definert med et legefaglig utgangspunkt, og legenes og bakkebyråkratenes faglighet er i en slik diskursiv sammenheng hierarkisert. I denne behandlingsdiskursen er overlegen plassert i en subjektposisjon der hun framstår som manipulerende, idet hun gjennom flere taktiske skritt forsøker å opprettholde den dominante legefagligheten. Respondenten mobiliserer et visst diskursivt motstandspotensial mot denne dominansen, men presenterer bakkebyråkratene likevel som avhengige av legene, og som ganske handlingslammet i forhold til å treffe egne faglige vurderinger.

Den samme respondenten har senere byttet sin arbeidsplass til den kommunale førstelinjetjenesten. I en annen del av samme intervju forteller hun om sine erfaringer med å delta i veiledningen som andrelinjetjenesten er lovpålagt til å gi kommunen. I dette tilfellet var denne veiledningsplikten ivaretatt av en psykiater fra senteret som i utgangspunktet har gitt veiledning bare til primærlegene i kommunen.

1. R: Altså jeg syns jo det er tåpelig å må drive og tigge seg til å få være med på . de møtene som psykiateren fra sentret har - den veiledninga med legene. Det syns jeg jo er teit. .. Det er jo ikke legene her som motsetter seg det. <...>
2. I: Men er det ikke sånn at kommunen her .. bestiller en tjeneste på spesialisthelsetjenesten som har en plikt til veiledning? <...>
3. R: Ja. Men .. men jeg har forstått det sånn, uten at jeg er hundre prosent sikker, at <...> den psykiateren da, som skulle veilede legene, har sagt at hun skal KUN veilede leger. Altså, skal personalet - eller miljøpersonalet her i <kommune> ha veiledning, så skal de benytte seg av andre. F.eks. så skal sentret stille med en person som skal veilede ... det pleiepersonalet som har med høyt fungerende psykisk utviklingshemma å gjøre. Altså sånn - i forhold til det da. <...> Og ellers så må vi bestille veiledning på hver enkelt person vi trenger det på, så -
4. I: Er <...> ikke det en fornuftig tankegang at .. en med samme yrkesgruppe veileder sine egne yrkesgrupper? <...> Det er greit nok?
5. R: Nei, ikke helt greit. Altså - for vi har like mye kompetanse her i <kommune> på akkurat det som de har - altså hvis du tenker på miljøpersonalet. .. Vi føler veldig ofte at vi trenger veiledning fra noen som har en HØYERE utdannelse enn oss. .. Vi gjør det. <...> Det kan være helt andre ting som vi trenger veiledning på. Ja.

I kommunehelsetjenesten er respondenten langt mer uavhengig av legene enn i sin tidligere posisjon som bakkebyråkrat på senteret. Likevel definerer hun seg klart inn under en medisinsk orientert helsetjeneste. Av psykiateren ved senteret – en av overlegene som hun tidligere har beskrevet i en kontrollerende og uberegnelig panoptisk posisjon – opplever hun på nytt å bli utdefinert. Slik hun framstiller det, er hun i psykiaterens perspektiv ikke del av den medisinske, behandlingsorienterte veiledningen vedkommende gir til allmennlegene i kommunen, og respondenten opplever i § 1 å måtte ”*tigge seg til å få være med*”.

I § 3 presiserer hun denne holdningen. Psykiateren fra senteret trekker tydeligvis et klart skille mellom leger og ”*miljøpersonalet*” eller ”*pleiepersonalet*”. Hvis ”*miljøpersonalet*” vil ha veiledning fra senteret, må de innfordre den fra en av sine egne. I lys av respondentens skildring av arbeidssituasjonen på senteret er denne holdningen kanskje et uttrykk for en fortsatt pågående konflikt mellom psykiaterne og bakkebyråkratene på senteret, uten at respondenten utdyper dette nærmere.

I § 4 utfordrer jeg respondenten. Jeg presenterer det som en ”*fornuftig*” arbeidsdeling, men i § 5 avviser respondenten denne versjonen. Dette er ”*ikke helt greit*” og grunnen til det er

nettopp det faglige hierarkiet som respondenten har beskrevet i det første intervjuutdraget. Mellom bakkebyråkratene på senteret og i kommunen eksisterer det ingen vesentlig kompetanseforskjell: ”vi har like mye kompetanse her i <kommune> på akkurat det som de har”, og hva skal da en veiledning fra bakkebyråkrat til bakkebyråkrat være godt for? På denne måten understreker respondenten på den ene siden den kollektive faglige identiteten mellom bakkebyråkratene seg imellom, og på den andre siden poengterer hun sin egen posisjon i en behandlingsdiskurs. Hun argumenterer like mye for sin egen versjon som hun underminerer retorikken til psykiateren med sitt tydelige skille mellom yrkesgruppene, idet hun bekrefter og framhever statusforskjellen mellom yrkesgruppene: ”Vi føler veldig ofte at vi trenger veiledning fra noen som har en HØYERE utdanning enn oss”. Respondenten posisjonerer her psykiateren tydelig i en faglig høyere posisjon i en behandlingsdiskurs, men samtidig benytter hun denne posisjonen for å argumentere at også hun som bakkebyråkrat er del av den samme diskursive sammenhengen. På denne måten bruker hun en behandlingsdiskurs strategisk for å ansvarliggjøre legene.

Selve veiledningen som i intervjuet var utgangspunktet for denne diskusjonen, representerer etter mitt syn ikke nodalpunktet i dette utdraget. Veiledning er et moment som respondenten setter sammen i en ganske tilslørt ekvivalenskjede med et nodalpunkt om behandling.

Dette viser seg for eksempel i respondentens avvisning av et veiledningstilbud gitt fra andre bakkebyråkrater: ”vi har like mye kompetanse her i <kommune> på akkurat det som de har” (§ 5). Dette mystiske ”akkurat det” betrakter jeg som det sentrale nodalpunktet i en behandlingsdiskurs. ”Akkurat det” er selve behandlingsbegrepet som respondenten posisjonerer seg i en marginal posisjon i forhold til. Til behandling kan bakkebyråkrater i kommunehelsetjenesten veilede andre like lite som bakkebyråkrater i spesialisthelsetjenesten, og derfor framstår en veiledning gitt av andre bakkebyråkrater som lite meningsfull.

Fordi psykiaterne i en behandlingsdiskurs rår over behandling i sin helhet, henvender respondenten seg med sin partielle og ufullstendige kompetanse til disse behandlerne. Med sin formulering i § 5: ”Det kan være helt andre ting som vi trenger veiledning på” understreker hun hvorfor det er legitimt å innfordre veiledning fra psykiateren. Men mer enn det. Når respondenten med sin retorikk inntar en subjektposisjon i en behandlingsdiskurs, konstrue-

rer hun en moralsk forpliktelse for psykiateren til å inkludere også bakkebyråkratene i veiledningen denne gir for legene i kommunehelsetjenesten.

10.2.5 Sammenfatning

I dette underkapitlet har jeg avgrenset en første av tre diskursive handlingsrammer for samarbeid i psykisk helsevern og psykisk helsearbeid. I eksemplene jeg har diskutert, har jeg framhevet behandling som et nodalpunkt for relaterte momenter i en behandlingdiskurs. Jeg har i dette underkapitlet og også i andre deler av undersøkelsen påpekt at denne medisinske behandlingen i bakkebyråkratenes beskrivelser først og fremst opptrer som medikamentell behandling. Psykologenes arbeid og andre behandlingsformer er satt i sammenheng med medikamentell behandling som underordnede former men for bakkebyråkratenes vedkommende er behandlingbegrepet i en behandlingdiskurs i sin helhet beskrevet som utenfor deres mandat og kompetanse. Bakkebyråkratene ekskluderer sitt eget arbeid i en slik diskursiv sammenheng både fra et begrep om behandling og om behandlere. Når bakkebyråkrater har plassert seg i en subjektposisjon i en behandlingdiskurs, har de beskrevet sitt arbeid for eksempel med begrep om pleie, omsorg eller livspraktiske råd og aktiviteter, og relatert disse begrep som momenter i form av supplerende og assisterende funksjoner til et nodalpunkt for en medisinfaglig dominert behandling.

I en slik diskursiv sammenheng beskriver bakkebyråkrater seg selv og sitt arbeid i en subjektposisjon der de framstår som faglig underordnet og avhengig i forhold til yrkesutøvere med en formell status som behandlere. Med et behandlingbegrep som setter medikamentell behandling på toppen av ulike behandlingsformer, framstår også de behandlende legene som toppen av et behandlerhierarki.

Når bakkebyråkrater har beskrevet seg selv i en subjektposisjon i en behandlingdiskurs, har de dermed ikke nødvendigvis presentert seg som passive. De har absolutt beskrevet sitt arbeid som viktig, og de har også beskrevet seg som aktive deler av et sammensatt tjenestetilbud innenfor behandlingdiskursiv meningssammenheng. I de eksemplene jeg har diskutert i dette kapitlet, har noen respondenter konstruert en subjektposisjon i en behandlingdiskurs og benyttet denne posisjonen strategisk som en diskursiv ressurs for å ansvarliggjø-

re behandlere. Men til syvende og sist virker en språklig praksis som omtaler bakkebyråkrater som avhengige og faglig uselvstendige deler i et sammensatt tjenestetilbud, stabiliserende på et yrkeshierarki i psykisk helsevern og psykisk helsearbeid der et legefaglig syn dominerer mål og muligheter for samarbeid på tvers av de organisatoriske linjenivåene.

I den neste diskursive handlingsorienteringen blir dette medisinfaglig dominante perspektivet på psykiske lidelser delvis utfordret. Også i beskrivelsen av denne diskursive orienteringen for faglig handling vil jeg ta utgangspunkt i forståelsen av behandlingsbegrepet.

10.3 Pleiediskurs

10.3.1 Innledning

I min beskrivelse av ulike profesjonsteoretiske modeller i kapittel 2.2 har jeg blant andre tatt utgangspunkt i Vibeke Erichsens modell. Hun skisserer framveksten av sykepleieyrket i de senere årene på den følgende måten.

Historisk har sykepleierne sett seg nødt til å akseptere at sykepleie dreide seg om aktiviteter avledet fra et biomedisinsk kunnskapsgrunnlag. Dermed har de inngått som en underordnet yrkesgruppe i den biomedisinske arbeidsdelingen. I de senere årene er det utviklet en forståelse av sykepleiekunnskap som forskjellig fra biomedisin, en forskjell som er begrepsfestet i to retninger, som henholdsvis ”sykepleievitenskap” og som en særegen ”erfaringsbasert kunnskap” om pleie <...>. I uklarhetene i forholdet mellom behandling, pleie og omsorg finner vi viktige premisser for konflikter mellom leger og sykepleiere omkring arbeidsdeling og ansvarsforhold, og mellom sykepleiere og hjelpepleiere.

(Erichsen, 2003a: 31)

Erichsens beskrivelse av sykepleiens utvikling som egen profesjon, har sterke paralleller til profesjonaliseringen av legene – i hvert fall når det gjelder legenes behandling av psykiske lidelser. Også i dette tilfellet har psykiatri som enhetlig medisinsk spesialisering historisk sett utviklet seg gjennom en forsiktig og langvarig tilnærming av to områder for legevirksomhet som i utgangspunktet hadde svært lite å gjøre med hverandre. På den ene siden stod en etter hvert vitenskapeliggjort legestyrte forskning om psykiske lidelser, og på den andre siden en praksisrettet, erfaringsbasert ”behandling” i de tidlige asylene for ”sinnsyke” (Ludvigsen, 1998: 223 ff; Skålevåg, 2003: 47 f).

Men denne parallelle utviklingen er likevel forskjellig på en avgjørende måte. For legene var denne tilnærmingen til en enhetlig profesjonell profil til forskjell fra sykepleierne ikke belastet av en avhengig relasjon til en annen yrkesgruppe. Både for sykepleierne og andre bakkebyråkrater er en diskursiv posisjon i en behandlingsdiskurs slik jeg har diskutert den i det forrige kapitlet, begrunnet i denne avhengigheten av det biomedisinske kunnskapsgrunnlaget som Erichsen framhever.

Når det gjelder forholdet mellom ulike yrkesgrupper i psykisk helsevern og psykisk helsearbeid har utviklingen imidlertid også et annet aspekt som gjør parallellen mellom profesjonskampen for leger og sykepleiere bare begrenset anvendelig for min undersøkelse. Jeg har i kapittel 9.4 av min undersøkelse argumentert at sykepleierne sammen med yrkesutøverne fra andre pleieyrker, men også med yrkesutøverne fra en rekke heller sosial- enn pleiefaglig orienterte yrker, definerer sin faglige identitet først og fremst med utgangspunkt i sin tilhørighet til gruppen av bakkebyråkrater framfor sin tilhørighet til et bestemt yrke. I kapittel 9.5 har jeg deretter illustrert hvordan bakkebyråkrater i psykisk helsevern og i psykisk helsearbeid definerer sitt arbeid som en egen form for behandling. Pleie og omsorg er to momenter som inngår i dette begrepet om en miljøterapeutisk behandling, og bakkebyråkratene avgrensner sterkt dette behandlingsbegrepet knyttet til miljøterapi fra behandlingen som leger, psykologer eller andre i behandlergruppen utfører.

På bakgrunn av denne diskusjonen i kapittel 9 vil jeg derfor avgrense en annen diskursiv referanseramme som bakkebyråkratene orienterer seg ved, når de beskriver sitt samarbeid på tvers av linjenivå og yrkesgrupper. Denne referanserammen vil jeg betegne som en pleiediskurs, og et første aspekt i en slik diskursiv sammenheng er bakkebyråkratenes avgrensning av sitt arbeid som en egen form for behandling ved siden av behandlingen som leger og psykologer utfører. Dette vil jeg eksemplifisere i det følgende underkapitlet.

10.3.2 Avgrensning av et eget behandlingsbegrep i konkurranse med en medisinsk handlingsorientering

I det følgende utdraget har jeg i utgangspunktet spurt etter respondentens opplevelse av ulike faglige syn. Det er interessant at verken respondent eller intervjuer har brukt selve behandlingsbegrepet. Likevel er forholdet mellom de ulike yrkesgruppene tydelig avgrenset gjennom en relasjon til forskjellige behandlingsideologier. Interessant er det også hvordan respondenten reduserer spørsmålet om forholdet mellom yrkesgruppene i spesialisthelsetjenesten til et spørsmål om forholdet mellom leger og bakkebyråkrater.

1. I: Har du opplevd at dere har spesielle syn ut fra det at du er sykepleier, psykologen er psykolog, at legen er overlege? Eller psykiater? Finnes da sånne forskjellige oppfatninger om hva en korttidspost skal gjøre?
2. R: Ja da! Det gjør det. Forskjellige oppfatninger, ja. Jeg tror ikke om hva en korttidspost skal gjøre, men jeg tror at <...> vi ser noen ganger ei sak sånn veldig forskjellig. <...> Og da, ikke sant, vi kan, vi kommer opp i problemstillinger der <...> helt klart vi kan ha forskjellige syn på det <...> når vi ser litt på hva er det som har virket her? Altså, når det på en måte blir medisin som er det avgjørende. <...> Ikke sant, hvis nå .. en sykepleier tenker at det her <...> nå det miljømessige som vi har jobbet med nå er begynt på en måte å virke. Og legen tenker at nå begynner jo de medisinene som vedkommende er satt på å virke. Altså, alt kan jo virke sammen, selvfølgelig. Men jeg tror jo at . -altså, hva slags signaler vi gir til pasienten på hva som nå begynner å virke er veldig avgjørende. Og, det der, da kan vi nok operere i litt sånn forskjellige verdener. .. Men vi må bli klar på det i hvert fall.
3. I: Hvem synes du det er vanskeligst å argumentere i mot? Ut fra et faglig syn? <...>
4. R: Altså, hvis man har veldig sterke meninger om, om hva som på en måte er årsak og virkning her, altså. Da synes, da kommer jeg til kort. For jeg tenker at livene er ikke så <...> lett å på en måte klassifisere og si: Sånn er det! Den medisinen satt i!
5. I: Har du som sykepleier ikke sånne klare årsaks-virknings . tankemåter?
6. R: Nei, jeg tror <...> det er sikkert avdelingen hos oss preget av <...> at vi har veldig mye fokus på det å skape håp og se ressurser. Og det er litt sånn vanskelig å - altså, du kan jo ha dine årsaksgreier i bakhodet, men det blir på en måte å sette fokus på ressurser hos vedkommende og, at her skal du videre. Det her klarer du! Skape håp!
7. I: Du sa at av og til da kommer du til kort med ditt syn <...>. Har du følt deg av og til underlegen med den måten å argumentere på? ..
8. R: At jeg kommer til kort? Ja. Altså, jeg tenker jo at, noen ganger synes jeg jo at der er fryktelig synd at jeg ikke har <...> nok språk for å uttrykke <...> de tanker som jeg kan ha noen ganger i forhold til pasienten fordi at det medisinske språket er såpass mye mer .. - det er så mye mer sånn der effektivt. <...>. Mye mer konkret. For å si det sånn. Det er jo, alt som er konkret, er jo, det kan jo være mye enklere å forholde seg til. Men jeg tenker jo noen ganger så, så kan, når det blir veldig, veldig så konkret, så kan det også bli veldig låst.

Sykepleier med videreutdanning i psykisk helsearbeid, lederteam intermedieærpost, tredje linje.

Respondenten er i § 2 ikke i tvil i sitt svar på spørsmålet om det finnes ulike problemforståelser på bakgrunn av forskjellige faglig bakgrunn. Hun generaliserer også denne observasjonen. Dette gjelder ikke bare hennes spesielle arbeidsplass (nemlig korttidsposten), men en grunnleggende forskjell i faglige perspektiver. Problematisk er imidlertid først og fremst forskjellen mellom perspektivene til to av de tre yrkesgruppene jeg har spurt etter i § 1: leger og sykepleiere. Verken her eller senere avgrenser respondenten seg overfor psykologene. Disse holder hun utenfor sitt resonnement, mens hun avgrenser seg tydelig overfor legene. Slik hun presenterer det i § 2 er det altså først og fremst legenes og sykepleiernes ulike perspektiver som kommer i konflikt med hverandre. Her konkurrerer to ulike behandlingsformer om en vurdering av hvilken behandling som er effektiv: *”hva er det som har virket her?”*. Både sykepleiere og leger har i respondentens beskrivelse en tilbøyelighet til å tilskrive pasientens bedring den delen av behandlingen de står ansvarlig for. For sykepleiere og andre bakkebyråkrater er det *”det miljømessige som vi har jobbet med”*, for legene er det *”medisinene som vedkommende er satt på”*. Selv om behandlingsbegrepet ikke er nevnt særskilt, er miljøterapi og medikamentell behandling her altså satt opp i konkurranse med hverandre og når det gjelder å reklamere for den egne behandlingen som effektiv *”kan vi nok operere i litt sånn forskjellige verdener”*.

Respondenten har også en klar formening om hvordan hun er plassert med sin behandlingsmåte. Fortsatt holder hun psykologene utenfor denne diskusjonen. Hun har det mest vanskelig med å argumentere mot legene. Deres argumentasjon er bygd rundt en årsaks-virkningstenkning (§ 4), og deres språk er *”effektfullt”* og *”konkret”* og derfor også *”enklere å forholde seg til”* (§ 8). I konkurranse med legenes behandling kommer hun ofte til kort når hun skal framstille bakkebyråkratenes miljøterapeutiske behandling som effektiv. Dette er et diskursivt problem. Slik hun uttrykker det har hun ikke *”nok språk”* for å uttrykke sine tanker rundt en sammensatt problematikk som hun opplever i sin kontakt med pasienten. Med en sammensatt, uklar problemforståelse er det vanskelig for henne å argumentere mot legenes reduksjonistiske årsaks-virkningstenkning.

Med denne konkurransen med legene om forskjellige problemforståelser og om en ulik vurdering av hvilken del av behandlingen som har vært effektiv, avgrenser respondenten seg fra en behandlingsdiskurs. Hun gjør krav på en egen behandlingsideologi, og beskriver den i en egen diskursiv handlingsramme. Denne vil jeg betegne som en pleiediskurs. I en

slik pleiediskurs relaterer hun miljøterapi som et sentralt moment til et nodalpunkt om behandling, og like tydelig plasserer hun medisinsk behandling utenfor denne diskursive sammenhengen.

Behandling i form av miljøterapi er i respondentens beskrivelse ikke dårligere enn medikamentell behandling, men fordi den ikke bygger i like stor grad på en underliggende reduksjonistisk logikk, er det for respondenten vanskelig å argumentere imot legene. I en pleiediskurs er derfor en avgrensning overfor en behandlingsdiskurs et sentralt moment. Dette blir tydelig i en diskursiv motstand mot en behandlingsdiskurs to steder i dette utdraget. Den første gangen skjer dette når respondenten i § 6 framhever: *“du kan jo ha dine årsaksgreier i bakhodet, men det blir på en måte å sette fokus på ressurser hos vedkommende og, at her skal du videre. Det her klarer du. Skape håp!”*

Hun avmystifiserer legenes kunnskapsgrunnlag (*“årsaksgreier”*), og distanserer seg på denne måten fra en meningssammenheng i en behandlingsdiskurs. Legene må gjerne ha dette, men hun gjør tydelig at hun også vil bli tatt på alvor med sin egen behandlingsideologi, nemlig det slitsomme arbeidet med å bygge opp under resurssene hos pasientene.

Også i kritikken i § 8 blir en diskursiv motstand synlig: *“når det blir veldig, veldig så konkret, så kan det også bli veldig låst”*. Hun anerkjenner fordelene med tenkemåten hun tilskriver legene, men samtidig plasserer hun den tydelig utenfor den diskursive rammen som hun konstruerer rundt sitt eget arbeid. Verken forventer eller ønsker hun at legene skal kunne det hun kan, men hun forventer seg en gjensidig profesjonell respekt.

Respondenten posisjonerer seg dermed innenfor en pleiediskurs der hun beskriver sitt eget arbeid som behandling. Denne behandlingen er annerledes, men i respondentens, framstilling minst like viktig som legenes fokus på medisin.

Hun trekker også en klar grense i § 2 for hvor langt hun oppfatter det som legitimt å presentere et bestemt profesjonelt perspektiv som dominant: *“jeg tror jo at <...> hva slags signaler vi gir til pasienten på hva som nå begynner å virke er veldig avgjørende”*. Idet hun trekker inn pasienten, retter hun en implisitt kritikk mot legene: Det er neppe bakkebyråkratene som formidler sitt miljøterapeutiske fokus som enerådende i et behandlerteam møte med pasienten. Dermed kritiserer hun via sin omvei innom pasienten legenes dominante presentasjon av en behandlingsdiskurs.

I motsetning til en behandlingsdiskurs konstruerer respondenten altså en subjektposisjon i en pleiediskurs gjennom et behandlingsbegrep som hun avgrenser fra medisinsk behandling. I dette tilfellet har respondenten konstruert en egen faglighet gjennom å skyve legefaglig tenkning bort fra bakkebyråkratenes behandlingsbegrep. I motsetning til en behandlingsdiskurs slik jeg har beskrevet den i det forrige underkapitlet, har hun plassert den delen av sykepleiefaglig virksomhet som består i en assisterende funksjon til legene, i randsonen av en pleiediskurs.

En pleiediskurs er altså kjennetegnet ved en sterk avgrensning overfor legefaglig tenkning. I det innledende spørsmålet hadde jeg spurt etter ulike faglige syn på behandling ikke bare mellom bakkebyråkrater og leger, men også psykologer. De siste har respondenten imidlertid ikke inkludert i sitt resonnement. Enten er forholdet til psykologene mindre betent, eller også mindre relevant i en pleiediskurs.

Jeg vil betrakte dette forholdet mellom bakkebyråkrater og psykologer nærmere i et annet eksempel, denne gangen med en respondent fra andrelinjetjenesten.

1. R: Det er klart, vi ER legetung. <...> Og leger har ganske stor makt i et system også, og jeg synes vi er FOR legetung. Og <...> JEG føler at vi har ei svak kanskje psykologgruppe, som tradisjonelt sett jobber i poliklinikken med sine enkelte .. individuelle samtaler. <...> Og når vi da får så mange overleger inn i vårt system, så er .. - De er vant til å ta ansvar, de er vant til å dirigere, de er vant til å .. å, på en måte .. ta regi. Om ikke de får <...> veldig mye motstand. <...> For eksempel hadde vi hatt ei sterk psykologgruppe, så, så hadde - men det har vi ikke, dessverre. Vi sliter litt <...> med å få ansatt psykologer. <...> Vi har nettopp ansatt en ny psykolog, og jeg satt sammen med henne og sjefpsykologen og diskuterte akkurat disse her tingene, at vi må ...
2. I: Klippe vingene på legene?
3. R: Ja, på en måte det. Og hvordan få, få til en litt annen arbeidsform, altså. Fordi at - du kan si at miljøterapeutene på døgn - det er alltid co-terapeuter med i samtaler. Men .. men de burde kunne gjøre mye mer, mer ansvarsrette ting enn de gjør.

Sykepleier med videreutdanning i psykisk helsearbeid, lederteam, andre linje.

Også i dette eksemplet er legene presentert som den dominante yrkesgruppen, og også her er dette forholdet presentert som problematisk for respondentens egen faglige orientering. Slik respondenten presenterer legene i § 1, dominerer de tydelig på senteret. I denne beskrivelsen er leger vant til å "ta ansvar", "dirigere" og å "ta regi". I en behandlingsdiskurs er dette uproblematisk. Der representerer legene en "naturlig" topp i et faglig hierarki og bakkebyråkrater som posisjonerer seg i en slik diskursiv sammenheng, relaterer sine egne handlinger til en overordnet medisinsk behandling. Men i dette eksemplet er det et problem for respondenten: "jeg synes vi er FOR legetung".

I likhet med respondenten i det forrige eksemplet betrakter hun bakkebyråkratene med en annen faglige orientering, men hun ser også at bakkebyråkratene ikke er i stand til å mobilisere ”*veldig mye motstand*” mot legene på egen hånd. Når respondenten nå trekker inn psykologene, er det for å skape en faglig motvekt til en ensidig legefaglig dominans. Respondenten inkluderer ikke nødvendigvis psykologene i en pleiediskurs. De er også faglig fremmede når hun presenterer dem utenfor bakkebyråkratenes arbeid på døgn- og dagavdelingen, siden psykologene ”*tradisjonelt sett jobber i poliklinikken med sine enkelte .. individuelle samtaler*”. På senteret sliter de derfor med å ansette psykologer i det legefaglig dominerte miljøet. Men nettopp fordi psykologene holder seg på faglig avstand til legene, utpeker de seg, i bakkebyråkratenes perspektiv, som egnete allierte.

Mot slutten i § 1 forteller respondenten om en sped begynnelse for en slik allianse. Hun rapporterer om en diskusjon der hun har diskutert ”*akkurat disse her tingene, at vi må ...*”. Hun avbryter og etter en lengre pause hjelper jeg henne ut: ”*Klippe vingene på legene?*”. Dette er sterke ord som bør brukes med varsomhet i en formell sammenheng slik som i denne intervjusituasjonen – i hvert fall når en snakker om en faglig overordnet. Men respondenten bekrefter dette ordvalget i § 3: ”*Ja, på en måte det*”. På denne måten understreker hun bakkebyråkratenes selvstendige posisjon i en pleiediskurs som prinsipielt er uavhengig av legene. Hun beskriver leger ikke som ”*naturlige*” sjefer på senteret, men som en yrkesgruppe som er vant til å dirigere og til å ta regi. Fordi hun har andre faglige hensyn, vil hun arbeide mot en ensidig legefaglig orientert behandling.

Men psykologene tilbyr seg også som allierte på grunn av behandlingsbegrepet de legger til grunn for sitt arbeid. Siden legene har et monopol for sin medikamentelle behandling, har de en dominant rolle også i samtaler med pasienten. Bakkebyråkratene som deltar i disse samtaler, kan derfor bare presentere seg som delvis kompetente i forhold til legene. Det er språklig paradoksalt at en sykepleier, sosionom eller andre bakkebyråkrater betegner seg som ”*co-medisinerer*”. Derfor framstår de også som begrenset i forhold til bidraget de kan gi til samtaler som del av et sammensatt behandlingstilbud. For legene utgjør imidlertid samtaler bare en del av behandlingen, og denne delen er, i hvert fall i store deler, relatert til den medikamentelle behandlingen. For bakkebyråkratene er samtalen hoveddelen i behandlingen. Derfor framstår de i respondentens beskrivelse som ”*co-terapeuter*” (§ 3). I forhold til psykologene er det annerledes. De gir sin behandling utelukkende i form av sam-

taler, og på denne arenaen kan bakkebyråkratene absolutt bidra på lik linje med psykologene. I en slik faglig sterkere posisjon håper respondenten å få til ”*en litt annen arbeidsform*” (§ 3).

Med psykologene som allierte kan bakkebyråkratene opptre som tilnærmet likestilte parter overfor legene – ikke som co-terapeuter, men som ansvarlig for sin del av behandlingen i seg selv. Og denne i forhold til psykologene mer likestilte posisjonen i behandlingssituasjonen gjør det også mulig for bakkebyråkratene å overta “*mer ansvarsretta ting*” side om side med psykologene. Disse møter legene allerede med en status som formelle behandlere. I forhold til psykologene har bakkebyråkratene i begge eksempler som jeg har diskutert, altså enten implisitt eller eksplisitt understreket en faglig nærhet, langt mer enn de har framhevet forskjeller. Mer framtrædende er betoningen som respondenten i sin diskursive presentasjon i det andre eksemplet har lagt på en strategisk relevans av en allianse med psykologene.

I den diskursive sammenhengen jeg har betegnet som pleiediskurs, framhever bakkebyråkratene altså et eget behandlingsbegrep, og de avgrensner det tydelig fra andre behandlingsformer. Først og fremst gjelder dette en dominant legefaglig medikamentell behandling. Assisterende funksjoner som bakkebyråkrater med en yrkesbakgrunn fra forskjellige pleieyrker utfører for legenes medikamentelle behandling, er diskursivt framstilt som heller marginale deler av bakkebyråkratenes arbeidshverdag. Når bakkebyråkrater inntar en subjektposisjon i en pleiediskurs, utfordrer de til en viss grad en behandlingdiskurs på den måten at de presenterer sitt arbeid som selvstendig behandling og som uavhengig av de dominante legene. Forholdet er mindre betent til andre yrkesgrupper blant behandlerne. Når det gjelder psykologene framhever bakkebyråkrater heller en faglig affinitet enn at de understreker forskjellene.

Men selv om bakkebyråkrater i en subjektposisjon i en pleiediskurs, utfordrer en behandlingdiskurs på den måten at de framhever sitt arbeid som en selvstendig og effektiv behandling, foretar noen av disse bakkebyråkratene en tydelig diskursiv selvbegrensning i forhold til et skille mellom behandling og en formell status som behandler. Dette vil jeg diskutere i det følgende kapitlet.

10.3.3 Behandling uten behandlere

Det følgende utdraget fra et intervju med en respondent i andrelinjetjenesten bygger på en liknende avgrensning mellom et eget behandlingsbegrep og den behandlingen som pasienten får hos leger eller psykologer. Men selv om et selvstendig behandlingsbegrep er sentralt for den diskursive posisjonen som respondenten inntar i meningssammenhengen av en pleiediskurs, presenterer hun dette som faglig underordnet et lege- eller psykologfaglig behandlingsbegrep

1. R: Vi hadde en psykiater som var innom et par dager i uka og ellers så var vi alene. <...> Og hva fikk de ellers i uka? Fikk de bare behandling når psykiateren var der i .. en liten snutt innom? Hva var det de fikk ellers? <...>
2. I: Hva fant dere ut da?
3. R: Eh .. Nei, det ble jo sagt at - altså vi gir jo - vi gir jo behandling. Men ... men - Altså jeg har aldri sett på - jeg kommer aldri til å se på meg sjøl som behandler. Men jeg vet .. For det har vi diskutert. <...>
4. I: Hva driver du med da?
5. R: Hm? Nei, men jeg vil ikke kalle meg sjøl behandler. Men jeg kan si - altså det er en behandling - altså det hele - helheten, behandlinga vi .. Men jeg vil ikke kalle meg sjøl-
6. I: Når psykiateren kommer inn de der to-tre dagene i uka, da driver han med behandling?
7. R: Ja. Så .. det drives jo .. behandling hele - hele tida, men jeg er ikke en behandler.
Sykepleier med videreutdanning i psykisk helsearbeid, døgnavdeling, andre linje.

Jeg vil først undersøke hvordan respondenten bruker den semantiske grensen mellom behandling og behandlere som et element i konstruksjonen av en pleiediskurs.

På respondentens arbeidsplass, nemlig døgnavdelingen på et DPS, fører bakkebyråkratene en relativ isolert tilværelse fra gruppen av behandlere. Psykiateren kommer bare ”en liten snutt innom” (§ 1) og respondenten gjengir spørsmålet bakkebyråkratene har diskutert og fortsatt diskuterer på senteret. Får pasientene behandling bare når psykiateren dukker opp en sjelden og kort gang, eller skal bakkebyråkratene definere sitt eget arbeid som behandling? I § 3 rapporterer hun om resultatet fra denne diskusjonen: ”vi gir jo behandling”. Men for sitt eget vedkommende avgrensner hun seg tydelig fra et begrep som formell behandler. Hun kommer ”aldri til å se på meg sjøl som behandler”, men hun antyder også at denne delen av spørsmålet blir besvart ulikt blant hennes kolleger: ”Men jeg vet-”. Hun avbryter seg selv men det ser ut til å finnes forskjellige posisjoner i forhold til dette spørsmålet.

Hva består så respondentens behandlingsbegrep i? I §§ 5 til 7 befester hun sin posisjon i forhold til gruppen av behandlere. Behandling beskriver hun i § 5 som ”helheten” av tilbu-

dene pasienten får på senteret, men selv om respondenten står som ansvarlig for en del av denne helheten, gjør hun det ikke i egne øyne til en behandler.

Formulert med et diskursteoretisk begrepsapparat kan behandling også i dette tilfellet betraktes som et nodalpunkt for respondentens redegjørelse. Behandling er ”helheten”, og til denne helheten relaterer respondenten et begrep om behandlere som et moment. Behandlere utfører en del av den sammensatte behandlingen, men den inkorporerer også respondentens arbeid. I et senere intervju har respondenten beskrevet dette forholdet mellom eget og behandlernes arbeid nærmere.

1. R: Jeg ser ikke meg sjøl som behandler. Men jeg er, .. eh, ... Altså jeg har jo lang erfaring. Men jeg syns faktisk psykologen og psykiateren har ... Det er DER jeg på en måte sjøl ser på ... på behandlerne. <...>
2. I: Du sier at det er psykologene og psykiaterne som er behandlerne? <...> Fikk ikke 3 behandling mens han var hos dere i døgnavdelinga?
3. R: Jo, jo, jo, jo. <...> Nei, han fikk selvfølgelig samtaler, og samtaler som kunne være like gode som den behandleren gir, på en halvtime, kanskje. Det kan vel variere veldig hvor .. hvor gode samtaler en pasient får. Det varierer både på dagsformen og det varierer på - ikke sant? .. Så .. så . han får god behandling her. Men jeg er allikevel ikke - jeg er miljøterapeut, jeg er ikke behandler. <...> For 3, kan du si, i forhold til det å bli innlagt <...> Han sier det jo egentlig veldig fint sjøl: Det der å kunne komme inn på avdelinga, være der hele døgnet, å kunne ha det samspillet, ikke bare gå til en psykolog en time i uka, men kunne ha samtaler flere ganger om dagen, og <...> ha noen å <...> sortere tanker og følelser med. Og så kan han gå inn på rommet sitt, kanskje, og skrive det ned <...> Og så kan vi jobbe videre, liksom, dag for dag, istedenfor <...> at han er hos en psykolog, tar opp ting som kan være ganske så tøff, og så går han alene heim til seg sjøl. Han har ikke fagpersonale rundt seg. Og så kommer han tilbake og jobber videre.

Sykepleier med videreutdanning i psykisk helsearbeid, døgnavdeling, andre linje.

I dette utdraget bekrefter respondenten i § 1 en gang til det diskursive skillet mellom seg selv og gruppen av behandlere. Selve behandlingsbegrepet etterspør jeg i § 2 i forhold til en konkret pasient og i § 3 beskriver respondenten den delen av behandlingstilbudet hun står ansvarlig for. Først i rekken av bestemte tiltak er samtaler. Når det gjelder respondentens samtaler med pasienten framhever hun disse samtalerne som helt på høyde med de samtalerne pasienten får hos sin behandler. Litt senere relaterer respondenten sine samtaler til den miljøterapeutiske behandlingen: ”så . *han får god behandling her*” fulgt av en selvdefinisjon ”*jeg er miljøterapeut*”. På denne måten relaterer respondenten både miljøterapien og samtalerne som momenter i en pleiediskurs til et nodalpunkt om behandling.

Om kvaliteten til behandlernes samtaler har respondenten også noe å si. Hun uttrykker tydelig at hun ikke oppfatter pasientens samtaler med behandleren nødvendigvis som bedre enn sine egne, når hun beskriver behandlernes kontakt med pasienten som ganske begrenset

og frakoblet fra pasientens hverdag. Dette skjer for eksempel når hun begrenser tidsrommet for en slik samtale til ”*en halvtime, kanskje*”, eller når hun beskriver at pasienten etter en ”*tøff*” samtale hos behandleren går ”*alene heim til seg sjøl*”.

I dette eksemplet er altså behandling et nodalpunkt i en pleiediskurs som momentene samtaler og miljøterapi relaterer seg til. Behandlerbegrepet blir derimot ekskludert fra en posisjon i en pleiediskurs bortsett fra når det er relatert til andre former for behandling enn respondentens egen.

Siden behandlerne i dette eksemplet stort sett er fraværende fra det daglige arbeidet på senteret, legitimerer nettopp dette fraværet en betraktning av det egne arbeidet som behandling. Men i en pleiediskurs er behandling definert som helheten av tjenestetilbudet til pasienten, og ikke som en spesiell del av den. Dette skiller bakkebyråkratene med en subjektposisjon i en pleiediskurs fra behandlerne. Bakkebyråkratenes behandlingsbegrep er bare meningsfullt som helheten i et sammensatt tilbud, mens behandlernes behandling framstår som legitim også som en autonom del. I psykologens tilfelle i dette eksemplet gjelder dette samtalene som han har med pasienten.

Bakkebyråkratenes behandlingsbegrep blir altså framsatt som et sammensatt tilbud til pasienten der også bakkebyråkratenes eget arbeid inngår som en selvstendig del. Men i den diskursive orden i en pleiediskurs er en status som behandler likevel reservert behandlere utenfor bakkebyråkratenes miljøterapeutiske behandlingsbegrep.

Et tredje kjennetegn for en pleiediskurs som jeg vil framheve, viser seg når yrkesutøvere fra gruppen av behandlere uttrykker en tydelig ringeakt for bakkebyråkratenes behandlingsbegrep. I slike tilfeller har noen bakkebyråkrater i intervjuene reagert med en ettertrykkelig fremheving av sitt eget arbeid som behandling, og også delvis med en de-kanonisering av behandlernes faglig høyere posisjon i en diskursiv sammenheng i en pleiediskurs.

10.3.4 Når faglighet blir krenket

Bakkebyråkrater som i sin retoriske presentasjon benytter seg av diskursive ressurser i en pleiediskurs, har som regel vist en stor respekt for arbeidet behandlerne utfører. Langt på vei har de også akseptert en assisterende posisjon i forhold til behandlere, selv om de har plassert denne oppgaven i randsonen av eget arbeid. Særlig har det kommet opp i intervjuene i forhold til legenes medikamentelle behandling som i det følgende eksemplet.

Jeg gjør vel ikke spesielle ting som andre IKKE gjør. Altså, vi er jo to miljøkontakter, f.eks., og - altså vi jobber jo i team, sånn at vi gjør jo ganske mye av de samme tingene. Altså, jeg bestemmer ikke hva slags medisin 15 skal ha alene. Jeg kan bringe videre hva jeg tenker kan være bra for han, og bringer videre gode og dårlige erfaringer ifra tidligere. <...> Ellers gjør jeg vel ikke spesielle ting her som ... andre ikke gjør, annet enn at jeg er en person som 15 kjenner godt igjennom mange år.

Omsorgsarbeider med videreutdanning i psykisk helsearbeid, akuttpost, tredje linje.

For sitt eget arbeid framhever denne respondenten tydelig en kollektiv orientering blant bakkebyråkratene blant annet gjennom å understreke at hun ikke har en spesiell oppgave, at hun bare er en av to miljøkontakter for pasienten, og at hun jobber som del av et team. Som i andre eksempler ekskluderer denne respondenten seg også fra et ansvar for medikamentell behandling. I den grad hun har en funksjon i denne delen av behandlingstilbudet, består det i at hun gir sin mening til kjenne. Men det betyr ikke at hun krever å bli hørt med den. Hennes behandlingskompetanse utspiller seg på et annet plan som del av bakkebyråkratkollektivet på akuttposten. På denne måten posisjonerer respondenten seg i en pleiediskurs der hun avgrensner sitt behandlingsbegrep fra en respektert, men distansert betraktet medikamentell behandling.

Også i en senere del av intervjuet holder hun fast ved overlegens primat i et overordnet behandlingsansvar. Men når overlegen sår tvil rundt bakkebyråkratenes kompetanse for deres egen del av behandlingen, reagerer respondenten med å plassere overlegen i en isolert posisjon.

1. I: Har du følt noen gang at du at ikke blir tatt på alvor? <...>
2. R: Hm. .. Hvis jeg kommer og <...> gir en ... tilbakemelding om en telefonsamtale eller observasjoner som er gjort .. - Ja, ting jeg ser og opplever - så er jeg vant til at folk tror meg på det jeg sier. At de .. - Tar jeg en telefon så er jeg vant - Jeg er ikke vant til at en annen må ta samme telefonen for å sjekke at -
3. I: Mhm. Det har skjedd? <...>
4. R: Ja. Jeg har vel fått stoppa noen ganger <...> telefoner som skulle vært tatt. <...> Da har jeg sagt ifra at .. vi får bli enig om hvem som skal ringe. Hvis det må ringes to ganger så kan bare jeg la være å ringe.

5. I: Hva skjedde da?
6. R: Nei, det var helt greit. Men jeg måtte si fra om det. .. Overlegen lot være å ringe. <...> Jeg hadde ansvarsvakter hvor jeg hadde - hvor det var personale som var på jobb som jeg stolte på og hadde full tillit til, også i forhold til det de fortalte når de kom tilbake med pasienter. Og det var jo ting som jeg rapporterte videre. <...> Da opplevde jo jeg at det - på en måte ikke ble hørt. Altså, jeg hadde hørt på dem, men .. overlegen trodde ikke helt på .. det de sa, fordi det var jo liksom "de guttan der, ja". Og ... Ja -
7. I: Ja. Var det ting som hadde innvirkning på behandlingen?
8. R: Ja. Stor innvirkning på behandlingen. .. <...> Og de som hadde vært ilag med dem, de ga rapport om hva som var skjedd. .. Dette måtte overprøves og ikke helt - Det ble ikke .. trodd på det som var sagt. <...>
9. I: Så har du sagt ifra?
10. R: Ja, jeg har sagt ifra, og jeg har gitt rapport videre, som jeg har fått, som jeg har trodd på. .. Og ikke hatt noen grunn til å ikke tro skulle stemme. <...> Og de fleste var vel enig, altså om hvordan ting burde være. Men hun .. - Vi følte vel heller kanskje at overlegen ikke hørte helt på det.

Først posisjonerer respondenten seg i § 2 i forhold til sin personlige integritet. Hun er ”*vant til at folk tror meg på det jeg sier*”, og dette synes ikke å ha vært tilfelle i forhold til en bestemt overlege som hun introduserer senere i § 6. Hun har i flere situasjoner opplevd at denne overlegen har krenket denne integriteten: i forhold til telefonsamtaler (§ 4) eller til rapporter der overlegen sår tvil om de gjenspeiler de faktiske forholdene (§ 6). I det første tilfellet har hun klart å stå imot overlegens paternalistiske holdning (”*Men jeg måtte si fra om det*”). Men når overlegen i respondentens fortelling i § 6 begynner å trekke hennes rapport i tvil om observasjoner som andre bakkebyråkrater har gjort, reagerer hun med en dekonstruksjon av overlegens overordnede behandlingsansvar. Hun formulerer i § 6 en kritikk av overlegen når denne setter en sympatiserende grunnholdning overfor pasienter foran miljøpersonalets observasjoner. Dette er krenkende og det vitner om manglende respekt. ”*De guttan der*” er nedlatende og truer også respondentens diskursive posisjon i en pleiediskurs. Selv om hun i utgangspunkt er villig til å innrømme overlegen et overordnet ansvar også for hennes del av behandlingen, forventer respondenten at overlegen verdsetter hennes bidrag.

Bakkebyråkratenes observasjoner har i respondentens fortelling ”*Stor innvirkning på behandlingen*” (§ 8), og når overlegen ikke respekterer verken respondentens eller de andre bakkebyråkratenes observasjoner som gyldige, truer overlegen bakkebyråkratenes forståelse av en egen del av et sammensatt behandlingstilbud som de er ansvarlig for i den diskursive sammenhengen i en pleiediskurs. Dermed trår overlegen over en grense, og respondenten isolerer henne i sin retoriske framstilling i § 10. ”*De fleste*” blant respondentens kolle-

ger deler hennes forståelse ”om hvordan ting burde være”, og dermed står overlegen alene tilbake med en problemforståelse som kanskje kan legitimeres gjennom fotfeste i en annen diskursiv sammenheng som for eksempel i en behandlingsdiskurs, men ikke i en pleiediskurs.

I dette tilfellet har bakkebyråkraten altså begynt med en diskursiv de-kanonisering av den faglig overordnede overlegen. Etter at denne behandleren har krenket bakkebyråkratenes faglighet, har respondenten plassert henne diskursivt i en isolert posisjon. Dette har vært mulig for respondenten idet hun har beskrevet den egne fagligheten med utgangspunkt i en pleiediskurs, der hun har presentert det egne arbeidet som del av en sammensatt behandling på lik linje med behandlerens. Gjennom å påberope seg bakkebyråkratenes faglige kollektiv framstår bakkebyråkratenes behandling i dette tilfellet faktisk med en sterkere posisjon enn behandlerens, der den sistnevnte er framstilt med en isolert og ”sær” forståelse ”om hvordan ting burde være”.

10.3.5 Sammenfatning

En diskursiv meningssammenheng som jeg her har beskrevet som en pleiediskurs, står i sterk kontrast til en behandlingsdiskurs der lege- og psykologfaglig tenkning dominerer bakkebyråkratenes arbeid. Også i en pleiediskurs kan behandling betraktes som et nodalpunkt. Til dette nodalpunktet relaterer bakkebyråkrater i sin diskursive praksis andre, mindre sentrale momenter i en felles meningssammenheng. Men i motsetning til en behandlingsdiskurs omtaler bakkebyråkraterne med utgangspunkt i en pleiediskurs sitt arbeid som en selvstendig del av et sammensatt tjenestetilbud i psykisk helsevern og psykisk helsearbeid.

Jeg har vist at dette egne behandlingstilbudet først og fremst blir beskrevet i avgrensning til legenes medikamentelt orienterte behandling. Denne blir ofte beskrevet som dominant, men samtidig som langt på vei utenfor bakkebyråkratenes arbeid. I den grad bakkebyråkrater i en subjektposisjon i en pleiediskurs har beskrevet assisterende oppgaver for et legefaglig behandlingsbegrep, har de plassert disse i randsonen av sitt eget faglige virke. Som egen faglig kjerne har de derimot framhevet det miljøterapeutiske arbeidet.

Psykologenes behandlingsbegrep på den andre siden er omtalt som annerledes, men langt mindre truende for bakkebyråkratenes egen faglige identitet. Når det gjelder forholdet til psykologene har jeg har illustrert med flere eksempler fra intervjuene hvordan bakkebyråkrater har forsøkt å inkludere disse i en faglig allianse for å kontre en legefaglig dominans i et sammensatt tjenestetilbud. Jeg har også argumentert at denne alliansen i den diskursive sammenhengen i en pleiediskurs er langt sterkere beskrevet som et strategisk formål enn som en faglig nærhet mellom bakkebyråkrater og psykologer.

I de eksemplene jeg har vist, er behandlere omtalt som ansvarlige for andre deler av behandlingen enn bakkebyråkratene selv. Samtidig opprettholder bakkebyråkratene i en slik diskursiv sammenheng et hierarki der ulike former for behandling utføres side om side, men der de likevel rangerer behandlernes behandling i en høyere posisjon enn sin egen. Selv om bakkebyråkrater beskriver sitt arbeid som en selvstendig del av et sammensatt behandlingstilbud, avgrensner de seg tydelig i en subjektposisjon i en pleiediskurs fra en status som formell behandler.

Denne diskursive posisjonen opprettholder bakkebyråkratene med mindre de opplever at deres kollektive behandlingsbegrep blir krenket fra behandlernes side. I slike tilfeller har bakkebyråkrater begynt med en dekonstruksjon av det diskursive bildet om faglig mer kompetente behandlere.

Bakkebyråkrater som posisjonerer seg i en subjektposisjon i en pleiediskurs, omtaler altså det egne arbeidet som en selvstendig del av et sammensatt behandlingstilbud. Samtidig plasserer de assisterende oppgaver for legenes behandlingsbegrep i randsonen av det egne arbeidet. Dermed virker en pleiediskurs delvis destabiliserende for et yrkeshierarki toppet av legene og med andre behandlere plassert over bakkebyråkratene. Men siden en status som formell behandler fortsatt er plassert utenfor bakkebyråkratenes arbeidsmiljø, virker en pleiediskurs neppe umiddelbart truende for en legefaglig dominans i utforming av et sammensatt tjenestetilbud på tvers av linjenivå og profesjoner.

Langt mer kritisk for et legefaglig perspektiv på behandling av psykiske lidelser er den tredje av de diskursive referanserammene som jeg vil diskutere i det følgende underkapitlet. Kritisk er det ikke fordi bakkebyråkrater i denne diskursive sammenhengen definerer et eget behandlingsbegrep i opposisjon til legene eller andre yrkesgrupper blant behandlere,

men fordi bakkebyråkrater med en subjektposisjon i en livskvalitetsdiskurs viser en heller indifferent holdning til behandling.

10.4 Livskvalitetsdiskurs

10.4.1 Innledning

Miljøterapi har vært et sentralt begrep i den diskursive handlingsrammen som jeg har beskrevet ovenfor som en pleiediskurs. Tidligere har jeg i kapittel 9.5 argumentert for at bakkebyråkrater i psykisk helsevern knytter mye av sin identitetskonstruksjon til dette begrepet. Samme sted har jeg også påpekt at andre bakkebyråkrater, særlig i de kommunale enhetene for psykisk helsearbeid, har et mer distansert forhold til denne miljøterapien. I den grad de trekker miljøterapi fram som et moment i sin konstruksjon av en faglig identitet, løser de det i stor grad fra et begrep om behandling. Samtidig framhever de i langt større grad enn sine kolleger i spesialisthelsetjenesten et begrep om nettverksarbeid som et sentralt moment for deres arbeid.

Men til tross for nokså forskjellig vektlegging er begge begrep brukt av respondenter både i kommunene og i spesialisthelsetjenesten. Når respondenter derfor posisjonerer seg i en behandlings- eller en pleiediskurs, relaterer de sitt eget arbeid til et begrep om behandling.

Når det gjelder en behandlingsdiskurs er behandling et nodalpunkt som bakkebyråkrater relaterer sitt arbeid til i et underordnet forhold til medisinsk eller psykologisk behandling, mens behandling i en pleiediskurs opptrer som et nodalpunkt hvor bakkebyråkrater relaterer sitt eget arbeid i form av en selvstendig behandling ved siden av andre behandlingsformer.

I den tredje diskursen jeg vil avgrense, er handlingsorienteringen for bakkebyråkrater i psykisk helsevern og i psykisk helsearbeid i langt mindre grad orientert ved behandling som målsetting for det egne arbeidet. I denne diskursive sammenhengen utgjør behandling altså ikke et nodalpunkt, men et moment blant flere som respondentene relaterer til pasientens livskvalitet. Denne diskursive handlingsrammen vil jeg undersøke først i forhold til hvordan livskvalitet opptrer som målsetting for det egne faglige arbeidet.

10.4.2 Forbedring av livskvalitet som målsetting for bakkebyråkratenes arbeid

I likhet med de andre diskursene jeg har beskrevet, er også en livskvalitetsdiskurs en analytisk konstruksjon. I de totalt 75 intervju jeg har gjennomført i denne undersøkelsen, har respondenter bare i noen få tilfeller benyttet dette begrepet om livskvalitet. Mens begrepene ”pleie” eller ”medisin” har forekommet langt hyppigere i respondentens egne beskrivelser, er ”livskvalitet” altså i større grad en syntetisk kategori. Men selv om bakkebyråkratenes selv har brukt begrepet livskvalitet heller sjelden i sine beskrivelser, kommer jeg i dette underkapitlet til å argumentere at en livskvalitetsdiskurs utgjør en egen diskursiv referanseramme for bakkebyråkrater i psykisk helsevern og psykisk helsearbeid. Også i dette tilfellet avgrensers jeg en livskvalitetsdiskurs på bakgrunn av en analytisk betraktning av hvordan respondentene i sine fortellinger om samarbeid med andre relaterer forskjellige momenter til hverandre. Når jeg i det følgende beskriver en livskvalitetsdiskurs som handlingsorientering for bakkebyråkratenes samarbeid på tvers av linjenivåene, er dette altså på lik linje med en behandlings- eller en pleiediskurs et idealtypisk begrep som jeg har avledet fra disse beskrivelsene.

En første betraktning for å avgrense en livskvalitetsdiskurs gjelder forholdet mellom et moment om behandling og et moment om organisering.

Respondenten har i det følgende eksemplet framhevet et nært samarbeid mellom vernepleiere, sosionomer og hjelpepleiere i den kommunale enheten for psykisk helsearbeid i kommunen. Hun har også etterlyst en sykepleier i denne strukturen:

1. R: Jeg ønsker jo en sykepleier, for det har vi ikke. I forhold til medisinoppfølging og sånne ting <...>
2. I: Hva vil det si? At dere deler ut medisin på dagsentret? .
3. R: Ja. Ja - Nei, ikke så veldig mye. Men vi følger veldig ofte opp, ikke sant, og . og observerer, ikke sant? <...> Det med bivirkninger og sånn <...> Funker medisinene og - For vi har en del ganske alvorlig syke folk.

Vernepleier med videreutdanning i psykisk helsearbeid, første linje.

I denne versjonen av et sammensatt tjenestetilbud levert av bakkebyråkrater er sykepleieren etterspurt som en slags spesialist: ”I forhold til medisinoppfølging og sånne ting”. I § 3 beskriver respondenten nærmere hva ”sånne ting” er. Hun nevner observasjoner i forhold til

bivirkninger av medisinerings og vurderinger av om medisinerings virker. Til dette vurderer respondenten verken seg selv eller sine kolleger som kompetente nok, og dermed plasserer hun pasientenes oppfølging i forhold til en medikamentell behandling i randsonen av sin faglige virksomhet. Senere i intervjuet spurte jeg derfor hvor respondenten plasserer seg i et sammensatt helse- og sosialfaglig tjenestetilbud.

- I: Føler du deg egentlig som en del av helsevesenet eller noe som er like mye en del av sosialvesenet?
- R: Jeg tror jeg er begge deler. <...> Jeg føler at vi - vi samarbeider veldig sånn, .. ja, om mange ting, ikke sant? Vi er NØDT til å samarbeide. Vi har veldig mye . sånne møter med leger, kontakt, hvor vi snakker om <...> dette her med å se helheten i hele behandlingstilbudet, ikke sant? Så jeg føler ikke det at DE gjør DEN jobben og DE gjør DEN jobben. Ikke sant - jeg kan ringe opp på sosialkontoret og be om råd til noe, og de kommer ned og hjelper oss, sammen med pasienten, ikke sant? <...> Vi trekker dem inn. Det er veldig ofte at vi er - ja, at pasienten og . en til - ja, at vi er to stykker som - ja, når ting skal forklares. Bl.a. han 13. <...> Han skulle vite sine rettigheter da i forhold til - ja, økonomi og sånne ting. Og istedenfor å sende han alene opp - det ville jo han ikke da - så kom det en ned første gangen og hadde møte hvor hun fortalte om hva han hadde krav på og sånn.

Med sin beskrivelse plasserer respondenten seg med en fot både i helse- og i sosialvesenet. Hun beskriver seg ikke først og fremst som del av en tredelt helsetjeneste for mennesker med psykiske lidelser, men ut fra et ansvar for en pasient med sammensatte behov. Disse varierende behovene gjør et samarbeid med mange forskjellige instanser nødvendig: ”vi samarbeider veldig <...> om mange ting”. Blant samarbeidspartnerne hun nevner er også leger, men ut fra respondentens perspektiv dominerer ikke medisinske behov og heller ikke den medisinske behandlingen på fellesmøtene. Det som dominerer er derimot ”helheten i hele behandlingstilbudet”. Legene inngår i dette behandlingstilbudet, men det gjør også sosionomene på sosialkontoret i eksemplet som respondenten forteller om senere. Pasientens økonomiske behov utløser altså et like legitimt behov for samarbeid som pasientens eventuelle behov for medisinsk behandling.

Når respondenten framhever et helhetlig behandlingstilbud, gjør hun det altså med utgangspunkt i pasientens sammensatte behov for hjelp fra ulike deler av et sosial- og helsefaglig tjenestetilbud. Hennes egen handlingsorientering er imidlertid ikke rettet mot denne behandlingen. Den er heller rettet mot å organisere denne ”helheten” av faglig sammensatte, og ganske ulikt orienterte tjenester. Hvis pasientens behov gjør et samarbeid med legene nødvendig, organiserer respondenten et slikt samarbeid. Hvis pasienten har behov for øko-

nomiske stønader for å oppnå en bedre livskvalitet, organiserer respondenten et samarbeid med sosionomene på sosialkontoret.

Det helhetlige behandlingstilbudet som respondenten i dette eksemplet beskriver, har egentlig løst seg fra et diskursivt nodalpunkt om behandling. I den grad respondenten relaterer behandling til medisinsk behandling, plasserer hun det som et heller perifert moment i den diskursive sammenhengen hun beskriver for sitt eget arbeid.

Hele behandlingsbegrepet får sin mening gjennom en relasjon til en målsetting om å koordinere forskjellige tiltak for å bedre pasientens livskvalitet. I en slik livskvalitetsdiskurs har behandling ingen privilegert posisjon i forhold til andre tjenester. Behandling er et moment blant flere som bakkebyråkratene forsøker å mobilisere for å få til en best mulig livskvalitet for pasienten, men behandling er på ingen måte den eneste veien til dette. Istedenfor behandling kan de enkelte momentene i et sammensatt tjenestetilbud i dette eksemplet betraktes som relatert til et nodalpunkt om koordinering, fordi det først og fremst er denne koordinerende virksomheten som respondenten her har framhevet.

Et aspekt ved en livskvalitetsdiskurs er altså at en målsetting om å forbedre livskvaliteten til pasienten bestemmer handlingsorienteringen til bakkebyråkratene. I en slik diskursiv sammenheng er koordinering av ulike tjenestetilbud det sentrale nodalpunktet som bakkebyråkratene relaterer andre begrep (eller momenter) til.

I noen tilfeller har bakkebyråkrater orientert seg i sine handlinger ved en diskursiv ramme som jeg her beskriver som en livskvalitetsdiskurs på den måten at de har koblet et fokus på pasientens livskvalitet med en ganske pessimistisk vurdering av muligheten til en vellykket behandling. Dette aspektet av en livskvalitetsdiskurs vil jeg undersøke i det følgende underkapitlet.

10.4.3 Når behandling ikke hjelper

Når bakkebyråkrater med en subjektposisjon i en livskvalitetsdiskurs har beskrevet et medisinsk eller også et psykologisk behandlingsbegrep som en ressurs blant flere de forsøker å mobilisere for å bedre pasientens livskvalitet, har de ikke bare framhevet sitt organisatoriske arbeid som den bestemmende handlingsorientering. I noen tilfeller har de også begrun-

net et slikt fokus på en organisering av ulike, prinsipielt likeverdige ressurser med en frustrasjon over en lite effektiv behandling.

1. I: Av de du jobber sammen med rundt 11, hvem jobber du best sammen med? <...>
2. R: I forhold til 11 må det være <sosionom> på sosialkontoret, for jeg tror vi backer hverandre veldig mye opp. Så <...> når jeg tenker på liksom det menneskelige, det mennesket bak diagnosene <...> tror jeg at det er hun som backer meg faktisk mest opp, på den måten at <...> Ja, det er jo - man er jo sykepleier, man er jo her for å ta vare på menneskene, ikke sant? <...>
3. I: Hva er det dere har til felles som du ikke har til felles med legen eller med . en sykepleier på <tredje linje> f.eks.?
4. R: Altså, jeg - Ja, jeg vet ikke hva vi har til felles. Altså, jeg skal jo ikke si at ikke de bryr seg om menneskene. <...> Han har jo også fått hjelp hos legevakta på den måten at de har lagt han inn på <tredjelinje>, de har sendt han til DPS <...>. Men de har gjort akkurat sånn - hva kaller de det? Øyeblikkelig hjelp <...> men ikke det å ta tak i <...> det langsiktige behovet hans. <...> Og jeg tenker også på dette her med . med livskvalitet og verdighet og sånn. <...> Altså jeg skal ikke si det at . - ikke verken de på DPS eller de på .. på .. <tredje linje> at ikke de vil hjelpe. Men det er vel bare hva de skal hjelpe han med? De kan jo ikke - det er jo kommunen sitt ansvar, det å sørge for at han får en .. en bemanna bolig, for å si det sånn. For det tror jeg, at det er det vi må <...> arbeide mot at han blir ivaretatt og får en personalgruppe rundt seg. <...> Altså, det får ikke være så nøye om det er psykiatri eller ikke. <...> Men dette her - han kan ikke forholde seg til en egen bolig og bo alene og ta vare på seg sjøl på den måten.

Sykepleier med videreutdanning i psykisk helsearbeid, første linje.

Først ut i sykepleierens betraktning av hennes nærmeste samarbeidspartner er i denne beskrivelsen en person med en sosialfaglig og ikke en helsefaglig bakgrunn – nemlig sosionomen på sosialkontoret. Med denne kollegaen i kommuneadministrasjonen deler respondenten i § 2 for det første et felles syn på ”*mennesket bak diagnosen*”. Med denne beskrivelsen konstruerer respondenten ikke bare en felles faglig identitet med sosionomen. Hun plasserer den samtidig utenfor en behandlings- eller en pleiediskurs der behandling på bakgrunn av en diagnostisk kategorisering har en sentral posisjon. Hun avgrenser seg fra en diagnostisk logikk med sin yrkestilhørighet (”*man er jo sykepleier*”). Men når hun trekker fram sosionomen som den fagpersonen hun får mest ”back up” fra, framhever hun også et felles tverrfaglig syn med denne: ”*man er jo her for å ta vare på menneskene*”.

I § 4 beskriver hun forskjellen mellom sitt nære forhold til den faglig egentlig heller fremmede sosionomen og de helsefaglige kollegene i spesialisthelsetjenesten. Respondenten holder fast ved en ulik diskursiv posisjon for seg selv på den ene siden, og legene og bakkebyråkratene i spesialisthelsetjenesten på den andre. Men hun modererer delvis sin begrunnelse for de ulike subjektposisjonene. Også de andre instansene ”*bryr seg om menneskene*” og yter hjelp. I spesialisthelsetjenesten behandler de syke mennesker og slik respondenten ordlegger seg her, er det prinsipielt kanskje en effektiv måte å møte problemer. Men

respondenten distanserer seg også tydelig fra et nodalpunkt om behandling som står sentralt i en behandlings- eller en pleiediskursiv sammenheng. Hun trenger betenkningstid for å finne en passende betegnelse for de tiltakene hun har opplevd at spesialisthelsetjenesten har gjort: *”hva kaller de det? Øyeblikkelig hjelp”*. Øyeblikkelig hjelp er ikke videre meningsfullt i hennes arbeidshverdag. Hun er opptatt av *”langsiktige behov”*, av *”livskvalitet”* og *”verdighet”*. For slike målsetninger har behandling lite å bidra med, og pasientens svingdørtilværelse inn og ut av spesialisthelsetjenesten er heller kontraproduktiv i forhold til å oppnå en akseptabel livskvalitet. Med den behandling som pasienten kan forvente seg der, møter den i beste tilfelle partielle interesser hos pasienten. I respondentens arbeidshverdag kan hun ikke tillate seg et slikt partielt perspektiv. Hun definerer det som en kommunal oppgave å organisere en egnet boform for pasienten og i denne sammenhengen er det ikke *”så nøye om der er psykiatri eller ikke”*. Dette holistiske perspektivet har hun ikke opplevd i spesialisthelsetjenesten, og derfor er også forventningene til en effektiv behandling heller indifferent.

Når respondenten i § 2 beskriver seg selv med *”man er jo sykepleier”*, beskriver hun derfor ikke en subjektposisjon i en behandlingsdiskurs der hun avleder sitt arbeid fra et medisiner eller psykologfaglig behandlingsbegrep. Heller ikke beskriver hun en subjektposisjon i en pleiediskurs der behandling knyttet til et begrep om miljøterapi står sentralt. Hun posisjonerer seg i en livskvalitetsdiskurs der et begrep om koordinering av forskjellige tjenestetilbud er et nodalpunkt i en diskursiv sammenheng som tar sitt utgangspunkt i pasientens livskvalitet.

I den diskursive sammenhengen i en livskvalitetsdiskurs er altså ikke bare et distansert, men i noen tilfeller også et ganske pessimistisk syn, framtrædende i forhold til muligheten for behandlingstiltak som kan bidra til en langsiktig bedre livskvalitet for mennesker med psykiske lidelser. Bakkebyråkrater som på denne måten posisjonerer seg i en subjektposisjon i en livskvalitetsdiskurs, inkluderer i sitt samarbeid med andre hjelpeinstanser også de organisatoriske enhetene i psykisk helsevern og psykisk helsearbeid, men de presenterer behandling bare som en partiell og ikke som den sentrale delen i et sammensatt tjenestetilbud.

10.4.4 Å hjelpe pasienten er ikke å hjelpe i behandlingen

Denne relative distansen til et behandlingsbegrep som er sentralt både i en behandlings- og en pleiediskurs, er ikke bare synlig når bakkebyråkrater viser en sterk skepsis til ulike behandlingsformer. Med en subjektposisjon i en livskvalitetsdiskurs viser noen bakkebyråkrater også en ganske indifferent holdning til et begrep om behandling, og plasserer den på denne måten utenfor sin egen arbeidshverdag. De tar ikke stilling til ulike behandlingsformer annet enn med et distansert blikk på den som en del av et tilbud andre instanser står for. For sitt eget arbeid og sin egen organisatoriske enhet definerer de en forbedring av pasientens livskvalitet som mål, og i denne sammenhengen hjelper de pasienten med hans sammensatte og varierende behov, uavhengig av hvem som står for tjenestene de mobiliserer for å nå dette målet.

I den følgende lengre redegjørelsen beskriver en respondent i den kommunale førstelinjetjenesten seg i en subjektposisjon i en livskvalitetsdiskurs på denne måten:

1. Altså . I sitt mål, har han uttalt sjøl, er jo det å på en måte ha en best mulig livskvalitet med de begrensningene som han har med den sykdommen. Og jeg syns jo det er et kjempemål. Og det er jo DET vi hele tida prøver å jobbe med I, at han, med den sykdommen han har, skal fungere så godt som mulig. <...>
2. Det vi har sett er at for at I skal fungere så er det med å følge han opp i forhold til medisin, det er kjempeviktig. For vi har sett noen ganger hva som har skjedd når han dropper ut med medisinen. Og så er det veldig viktig for I dette her med å . å ha noe å gå til. Altså å ikke bli sittende hjemme i leiligheta. Og da er dagsentret - der er det en plass der han kan prate med folk, der han kan lese avisa, han er flink til å spille et instrument, så han spiller der nede. Så han har masse ressurser. <...>
3. Jeg tror at både vi i psykiatritjenesten og dagsentret, vi er - blir en sånn trygghetsfaktor for han. Altså han har mye angst. Han trenger f.eks. hjelp til å gå på apoteket og hente medisin. Jeg var med han senest i går. Og at det at vi hadde en avtale, at klokka da og da så skulle jeg komme og hente han, og så kjører vi til apoteket og så henter vi medisinen hans, så betaler han sjøl, ordner alt. Men han trengte den tryggheten at jeg stod ved siden av han. <...> Og den fikk han. Og han klarte det utmerket. Og han gikk ut fra apoteket og hadde betalt og fått med seg medisin og var SÅ fornøyd, at det der gikk jo så fint. Men han hadde våkna tidlig den morran, for han hadde grudd seg til det. Altså det er en del sånne der ting som han trenger faktisk en sånn støtte underveis til å - han klarer å gjøre det med støtte. Men han hadde ikke klart det alene.

Sykepleier med videreutdanning i psykisk helsearbeid, første linje.

Først ut i respondentens beskrivelse i § 1 er pasientens eget mål i livet: å ha ”en best mulig livskvalitet med de begrensningene som han har med den sykdommen”. Hun overtar denne målsettingen også for sitt eget arbeid: ”Og det er jo DET vi hele tida prøver å jobbe med I”.

I § 2 nevner respondenten to tiltak som skal hjelpe pasienten til å nå dette felles målet. Først beskriver hun å følge opp pasientens regelmessige medisinerings, og deretter å sikre at han har et sosialt kontaktnett. I denne siste sammenhengen nevner hun spesielt det kommunale dagsenteret.

I respondentens presentasjon er disse to tiltakene ikke rangert, men beskrevet side om side. Begge deler presenteres som viktige momenter for pasientens livskvalitet, og i forhold til andre instanser forsøker respondenten å organisere disse forskjellige momentene slik at pasienten kan få mest mulig utbytte av dem. Hvilket av disse momentene som er mer viktig, er i denne sammenhengen et heller uinteressant spørsmål. I respondentens beskrivelse er begge viktige tiltak som hun støtter opp under.

I § 3 fortsetter respondenten sin fortelling med en skildring av et besøk på apoteket sammen med pasienten. Ut fra perspektivet innenfor en livskvalitetsdiskurs er heller ikke dette besøket behandlingsrelatert. Det er derimot relatert til pasientens angst og utrygghet som forhindrer at han på egen hånd kan nyttiggjøre seg et bestemt tiltak som kan forbedre livskvaliteten til pasienten – i dette tilfellet dreier det seg altså om en medikamentell behandling. Og som med andre tiltak organiserer respondenten også her et støttetiltak når hun ledsager han ved et besøk på apoteket.

Både i sitt daglige arbeid med pasienten og i sitt samarbeid med andre instanser, er hun altså først og fremst orientert ved pasientens livskvalitet. Hennes eget arbeid er meningsfullt i en sammenheng der koordinering er nodalpunktet som momenter blir satt i en meningsfull sammenheng med. Blant disse momentene er for eksempel behandling, støtte eller mobilerings av et sosialt kontaktnett. Ingen av disse stikker ut som viktigere eller mer effektive enn andre. De blir innpasset i en diskursiv sammenheng der koordinering har en sentral posisjon.

Når respondenten i dette eksemplet altså sikrer pasientens medisinerings, framstår det ut fra perspektivet til en livskvalitetsdiskurs ikke først og fremst som del av et behandlingstiltak. Behandling er en ressurs blant flere og langt fra den eneste veien til en bedre livskvalitet. I dette utdraget hjelper respondenten ikke leger, psykologer eller andre bakkebyråkrater i deres behandling, men hun hjelper pasienten med de problemene han møter i sin hverdag.

10.4.5 Sammenfatning

Sammenliknet med bakkebyråkrater som i sin retoriske framstilling har posisjonert seg i en subjektposisjon i en behandlings- eller pleiediskurs, har respondenter med et fokus på pasientens livskvalitet et heller distansert forhold til behandling. De er også heller kritisk i sin vurdering av om denne behandlingen kan være effektiv. For pasienter med et behov for langvarige og sammensatte tjenester betrakter bakkebyråkrater med en subjektposisjon i en livskvalitetsdiskurs behandling ofte som feilslått. De framhever for eksempel pasientenes tilværelse som svingdørpasienter med hyppige innleggelser og utskrivelser som årsak for sin skepsis overfor mulighetene til en (medikamentell) behandling, og ekskluderer behandling i sine beskrivelser som del av sin egen arbeidshverdag.

Behandling betraktes i en livskvalitetsdiskurs som et tjenestetilbud utført av andre, og for bakkebyråkrater med en subjektposisjon i en slik diskursiv sammenheng er behandling bare et moment i et sammensatt tjenestetilbud som de forsøker å koordinere sammen med andre. Med en subjektposisjon i en livskvalitetsdiskurs vurderer bakkebyråkrater både disse tjenestetilbudene og sine samarbeidspartnere først og fremst i forhold til om de bidrar til en forbedring av pasientens livskvalitet, og ikke om hvorvidt de passer inn i et helsefaglig behandlingsbegrep.

Jeg betrakter nettopp denne koordineringen av ulike tjenester som det sentrale nodalpunktet som disse bakkebyråkratene relaterer andre momenter til. Når bakkebyråkrater med et slikt perspektiv, omtaler en medisin- eller psykologfaglig behandling, eller også behandling generelt, avgrenser de seg tydelig fra disse behandlerne. På denne måten konstruerer de en faglig identitet utenfor et medisinsk og på andre måter behandlingsorientert yrkeshierarki. En livskvalitetsdiskurs virker derfor destabiliserende på en dominerende behandlingsdiskurs, men også på en pleiediskurs når bakkebyråkrater i subjektposisjon i en livskvalitetsdiskurs relaterer behandling som et moment ved siden av andre til et nodalpunkt om koordinering.

Jeg vil framheve tydelige paralleller mellom dette perspektivet og et perspektiv som for en del tiår siden preget diskusjonene om HVPU-reformen. Der ble det ført en aktiv diskusjon om utviklingshemning bør betraktes med et helsefaglig perspektiv eller heller med et sosial-

faglig (Oliver, 1996; Sandvin, 1992; Tøssebro, 1996). Det virker som om psykiske lidelser i en livskvalitetsdiskurs framstår langt mindre som en sykdom med et derav avledet behov for behandling, enn som en funksjonshemming som krever en aktiv tilrettelegging av livet på hjemplassen.

10.5 Diskursive handlingsorienteringer for samarbeid - oppsummering

Jeg har innledet dette kapitlet med et argument om at den måten forholdet mellom yrkesgrupper og organisatoriske enheter blir omtalt på, bestemmer hvordan et samarbeid mellom delene i et sammensatt tjenestetilbud i psykisk helsevern og psykisk helsearbeid til syvende og sist kommer til å utvikle seg. Forskjellige diskursive referanserammer legger opp til forskjellige målsettinger for samarbeid, og derfor også til forskjellige handlingsorienteringer.

Den første delen av min kartlegging av forskjellige diskurser har jeg begynt med et eksempel der den samme respondenten har posisjonert seg i forskjellige subjektposisjoner i ulike diskursive referanserammer. På bakgrunn av dette eksemplet har jeg argumentert at subjektposisjonene som respondenter inntar, varierer alt etter hva disse respondentene vil oppnå med sin retoriske presentasjon. Med en forståelse av diskursive referanserammer som variable språklige ressurser, kan diskursene jeg har avgrenset heller ikke senere tilordnes bestemte linjenivå eller bestemte yrkesgrupper. Men for samarbeid mellom forskjellige deler i psykisk helsevern og psykisk helsearbeid er det viktig å avgrense slike idealtypisk konstruerte diskursive referanserammer, fordi målsettingen for et samarbeid kan bli samstemt mellom samarbeidspartnere først når forskjellen mellom ulike handlingsorienteringer er tydeliggjort. Hvor relevant denne prosessen er, har jeg dokumentert ved et annet eksempel der samarbeidspartnere har lagt to helt forskjellige tolkninger om pasientens problematik til grunn for hvordan de har utformet sin del av tjenestetilbudet.

På bakgrunn av denne diskusjonen har jeg så avgrenset tre diskurser og understreket at jeg ikke tilskriver disse diskursene en annen ontologisk status enn som idealtypiske konstruksjoner. I denne delen av min analyse har jeg i større grad tatt Laclau og Mouffes diskursteo-

retiske modell i bruk, og jeg har avgrenset en behandlings-, pleie- og livskvalitetsdiskurs overfor hverandre i forhold til et signifikant begrep om behandling.

Jeg har argumentert at behandling i to av de tre diskursene kan betraktes som nodalpunkt. I denne posisjonen blir samarbeid en prosess der alle deler av et sammensatt tjenestetilbud blir organisert, utformet og samkjørt i forhold til denne behandlingen. Likevel opptrer nodalpunktet om behandling på helt forskjellig måte i en behandlings- og en pleiediskurs.

I en behandlingsdiskurs er, ut fra bakkebyråkratenes perspektiv, behandling et hierarkisert foretak som leger, psykologer og eventuelt andre yrkesgrupper med en formell status som behandlere står for. I denne sammenhengen er behandling først og fremst presentert som legefaglig behandling med psykologenes behandling som mindre dominerende. Bakkebyråkrater med en subjektposisjon i en behandlingsdiskurs omtaler seg og sitt arbeid som supplerende og assisterende for ulike behandlingsformer, mens de samtidig avgrenser seg fra et ansvar for denne behandlingen.

Med en subjektposisjon i en behandlingsdiskurs støtter bakkebyråkrater en diskursiv orden der forholdet mellom yrkesgruppene i psykisk helsevern og psykisk helsearbeid er dominert av legefaglig tenkning fulgt av psykologer og andre behandlere, mens bakkebyråkrater er omtalt på en måte som minner om paraprofesjoner slik jeg har diskutert dem i kapittel 2.2.

I en meningssammenheng som jeg har avgrenset som en pleiediskurs, omtaler bakkebyråkrater behandling også som sentral. Men her inkluderer de sitt eget arbeid som en riktignok underordnet, men likevel selvstendig del av et sammensatt behandlingstilbud. En eventuell assisterende og utfyllende posisjon for yrkesgrupper med en formell status som behandler, skyver de i en diskursiv randsone mens de framhever hoveddelen av sitt eget arbeid som et selvstendig behandlingstilbud. Likevel framhever de også en sentral forskjell mellom behandlingen de selv utfører og en lege- eller psykologfaglig behandling. Bakkebyråkrater som posisjonerer seg med en subjektposisjon i en pleiediskurs, omtaler seg ikke som individuelle behandlere, men presenterer sin del av behandlingen utført av bakkebyråkrater som et kollektiv. Et begrep om behandlere reserverer de i sin diskursive praksis for leger, psykologer og andre med en formell status som behandler.

Når bakkebyråkrater omtaler sitt arbeid som selvstendig behandling, virker en pleiediskurs delvis destabiliserende for et forhold mellom yrkesgruppene, der legefaglig tenkning fram-

står som et ”naturlig” faglig utgangspunkt for samarbeid slik jeg har beskrevet det for en behandlingsdiskurs. Også når bakkebyråkrater forsøker å inngå strategiske allianser med psykologer, er dette uttrykk for en dekonstruksjon av en dominant legefaglighet. Men med en subjektposisjon i en pleiediskurs, er samarbeid presentert som behandlingsrettet uten at det grunnleggende skillet mellom bakkebyråkrater og behandlere er direkte utfordret eller truet.

Den tredje av de tre diskursene jeg har avgrenset, bygger på et langt mer distansert forhold til det ellers sentrale behandlingsbegrepet. I en slik diskursiv sammenheng er ikke behandling det sentrale nodalpunktet som andre momenter er relatert til. Denne posisjonen har derimot koordinering av et sammensatt tjenestetilbud som i sin helhet er orientert mot å sikre en best mulig livskvalitet for mennesker med psykiske lidelser. Behandling er bare et moment blant flere som bakkebyråkrater med en subjektposisjon i en livskvalitetsdiskurs forsøker å mobilisere og å samkjøre med andre tiltak for å sikre at pasientene de følger opp kan delta så langt som mulig i et sosialt liv på lik linje med andre. Samarbeid med andre er i en slik diskursiv sammenheng altså ikke orientert ved behandling verken av leger, psykologer eller bakkebyråkrater, men ved å tilrettelegge og organisere ressurser for et bærekraftig tilbud av varierte tjenester.

Fenomenologien til psykiske lidelser har til stadighet vært omdiskutert, og dermed har også de faglig dominerende reaksjonene på psykiske lidelser variert. Foucault har framhevet at psykiske lidelser i den vestlige verden har blitt fortolket innenfor svært forskjellige diskursive referanserammer (eller, for å bruke hans begrep: innenfor forskjellige episteme). Ifølge Foucault er det historisk sett også et relativt nytt fenomen at psykiske lidelser er betraktet som sykdom, og derfor som en tilstand best ivaretatt gjennom en medisinsk behandling (Foucault, 1995; 2001; 2002). Både i den diskursive referanserammen av en pleiediskurs og en livskvalitetsdiskurs, er bakkebyråkratenes faglige handlingsorientering imidlertid enten delvis eller helt beskrevet utenfor et slikt medisinfaglig dominert behandlingsbegrep. Dette vil jeg framheve som en svært interessant utvikling: at bakkebyråkrater i sine faglige perspektiver langt på vei har løst seg fra en medisinfaglig dominert forståelse, og når det gjelder en faglig handlingsorientering i en livskvalitetsdiskurs, også fra en forståelse av behandling som den dominante faglige reaksjonen for å møte psykiske lidelser.

Med utgangspunkt i de profesjonsteoretiske modellene jeg har skissert innledningsvis i kapittel 2.2, vil jeg ta opp Ole Bergs tese om en forvitring av medikratiet også for en beskrivelse av forholdet mellom yrkesgruppene i psykisk helsevern og psykisk helsearbeid.

Men samtidig vil jeg tilbakevise Bergs og andres inndeling i profesjoner på den ene siden, og para- eller semiprofesjoner på den andre. Bakkebyråkratiet i psykisk helsevern og psykisk helsearbeid har tydelig fjernet seg fra en slik simplifiserende kategorisering. De idealtypiske diskursive referanserammene som jeg har beskrevet i denne undersøkelsen med utgangspunkt i bakkebyråkratenes retoriske posisjonering, tar bare i svært varierende grad hensyn til et behandlingsbegrep definert i medisins- eller psykologfaglige termer. I en pleie-diskurs beskriver bakkebyråkrater et eget behandlingsbegrep som kjerne for sitt arbeid, i en livskvalitetsdiskurs beskriver de en heller indifferent holdning til behandling generelt, og innordner behandling ved siden av en lang rekke andre tjenestetilbud.

Min tese er at disse to handlingsorienteringene, altså den diskursive italesettingen av det egne arbeidet, blir langt mer dominerende i årene som kommer. Som andre institusjoner i samfunnet blir også helsevesenet stadig mer komplekst, og denne kompleksiteten i definerte behov og ulike hjelpetilbud vil kreve en mer organisatorisk-koordinerende handlingsorientering. Derfor vil jeg anta at særlig betydningen av en livskvalitetsdiskurs som handlingsorientering for bakkebyråkrater, kommer til å vokse i randsonen av et helsevesen som viser stadig flere grenseflater overfor andre deler av velferdsstatlige tjenestetilbud. Dermed blir et originært medisinfaglig bidrag til et faglig mangfold ut fra bakkebyråkratenes perspektiv ytterligere redusert til en teknisk spesialisert tjeneste ved siden av flere i et komplekst tjenestetilbud i psykisk helsevern og psykisk helsearbeid.

Jeg vil avslutte den analytiske betraktningen med denne oppsummerende beskrivelsen av forskjellige diskursive referanserammer for samarbeid i psykisk helsevern og psykisk helsearbeid. I det neste kapitlet vil jeg avrunde undersøkelsen med en oppsummering av resultatene og noen orienteringer for en framtidig utforming av samarbeidsrelasjonene mellom yrkesgrupper og organisatoriske linjenivå.

11 Mellom linjene i psykisk helsevern og psykisk helsearbeid - resymé og orienteringer for framtiden

I denne undersøkelsen har jeg satt meg som mål å undersøke to problemstillinger. For det første ville jeg undersøke hva som kjennetegner samarbeid som organisatorisk verdi, og hvordan denne verdien blir realisert i bakkebyråkratenes arbeidshverdag i psykisk helsevern og psykisk helsearbeid. For det andre ville jeg undersøke hvilke referanserammer bakkebyråkrater bruker til å beskrive et samarbeid som vellykket eller mislykket. Disse to problemstillingene har jeg bearbeidet innenfor et diskursanalytisk perspektiv. Epistemologisk har jeg plassert analysen i sosialkonstruktivistisk tenkning, og argumentert at enhver betraktning nødvendigvis må være perspektivisk.

I innledningen har jeg argumentert for at psykisk helsevern og psykisk helsearbeid først og fremst har blitt beskrevet ut fra et dominant legefaglig perspektiv, og at dette også gjelder en vurdering av samarbeid som organisatorisk verdi. Gjennom å ta eksplisitt utgangspunkt i perspektivet til en gruppe av yrkesutøvere som hittil har fått lite oppmerksomhet, har det vært mulig å undersøke denne dominante diskursive orden for forholdet mellom organisatoriske linjenivå og yrkesgrupper ut ifra et distansert perspektiv.

Metodisk har jeg utviklet en diskursanalytisk modell der jeg har argumentert at respondentenes retoriske posisjonering først blir synlig når også intervjuerens posisjon er inkludert i analysen. Jeg har betraktet intervjuene som et sted for å konstruere mening, og har framhevet at velinformerte respondenter med sine svar i forhold til intervjuets tematiske fokus bidrar i en intervjusituasjon, men at også intervjueren bidrar med sin egen retorikk. Derfor har jeg i min analyse undersøkt den retoriske forhandling av mening mellom den intervjuete og intervjueren, og har presentert denne forhandlingsprosessen i form av lengre utdrag fra intervjuene, framfor å presentere utelukkende respondentenes svar som støtte for min argumentasjon.

Fordi intervjuene ble gjennomført langs 15 pasientkarrierer over et tidsrom på et år, har det vært mulig å analysere samarbeid som en prosess over tid, og dermed også å heve analysen over det som hadde vært mulig via en engangsbetraktning. En betraktning av samarbeid

som prosess i en samarbeidskarriere har gitt mulighet til å ta hensyn til forandringer i respondentenes holdninger, både i forhold til det egne arbeidet og til samarbeidet med andre.

Denne teoretiske og metodiske rammen har vært utgangspunkt for min undersøkelse der jeg har bearbeidet de to problemstillingene ved å svare på fem forskningsspørsmål. I det følgende underkapitlet vil jeg kort sammenfatte de sentrale funn i forhold til disse forskningsspørsmålene.

11.1 Undersøkelsens viktigste funn

Det første spørsmålet har vært rettet mot bakkebyråkratenes posisjon i offisielle styringsdokumenter som beskriver rammen for samarbeid i psykisk helsevern og –arbeid. Dette spørsmålet har jeg undersøkt i kapittel 5 gjennom en innholdsanalyse av to stortingsmeldinger. Begge har, med 20 års mellomrom, beskrevet den organisatoriske utformingen av tjenestetilbudet for mennesker med psykiske lidelser.

Jeg har argumentert for at samarbeid er et begrep som har preget begge stortingsmeldinger. De skiller seg imidlertid vesentlig fra hverandre på den måten at samarbeid i den eldre teksten ble omtalt i forbindelse med et styringsaspekt, mens dette aspektet langt på vei er fraværende i den nyere stortingsmeldingen. Der er samarbeid derimot knyttet til et begrep om tverrfaglighet.

I forbindelse med tverrfaglig samarbeid er først og fremst bakkebyråkratene omtalt. Yrkesgrupper med en formell status som behandlere er omtalt langt mindre i forbindelse med samarbeid eller beslektede begrep, og heller ikke i forbindelse med et begrep om tverrfaglighet. Jeg har derfor konkludert at et krav om tverrfaglig samarbeid først og fremst retter seg mot bakkebyråkrater og at samarbeid i psykisk helsevern og psykisk helsearbeid derfor bør undersøkes med et tydelig fokus på bakkebyråkratene.

Mitt andre forskningsspørsmål har vært hvordan bakkebyråkrater argumenterer for å beskrive et samarbeid som vellykket eller mislykket. Dette har jeg besvart i kapittel 7 gjennom min utvikling av et begrep om en samarbeidskarriere parallelt til et sosiologisk etablert begrep om en pasientkarriere. Jeg har argumentert at samarbeid må betraktes som mislyk-

ket når handlingsorienteringen til de samarbeidende partene – altså samarbeidskarrieren - avviker fra pasientens karriere.

Disse to begrepene har samtidig vært utgangspunkt for det tredje forskningsspørsmålet om kritiske punkt der samarbeidet stopper opp. Jeg har i kapittel 8 identifisert fem slike vendepunkt for samarbeid. Disse har jeg betegnet som unnvikelse, uthaling, svarteper, en overdreven tro til ekspertvurderinger, og en ensidig lokalistisk problemforståelse. Jeg har argumentert at alle disse virker kontraproduktive for en effektiv bruk av et utdifferensiert tjenestetilbud for mennesker med psykiske lidelser, slik jeg har beskrevet det i kapittel 2, og at disse vendepunktene derfor så langt som mulig må unngås.

Mitt fjerde forskningsspørsmål har vært rettet mot bakkebyråkratenes konstruksjon av en faglig identitet som meningsfull del av et sammensatt tjenestetilbud.

Dette spørsmålet har jeg i kapittel 8 illustrert med eksempler fra samarbeidskarrierene. I kapittel 9 har jeg undersøkt forholdet mellom bakkebyråkrater og behandlerne, og argumentert at dette forholdet er svært ambivalent. På den ene siden har jeg framhevet konsekvenser av at et kontinuerlig og langvarig samarbeid som bakkebyråkraterne organiserer, blir perforert av en dominant legeguppe som er ensidig orientert ved en medisinfaglig behandling. I denne forbindelsen har jeg diskutert legenes posisjon som dørvoktere og deres monopol på å henvise pasienter til spesialisthelsetjenesten. Begge deler har jeg med utgangspunkt i eksempler fra samarbeidskarrierene påpekt som et hinder i samarbeidet. Jeg har argumentert at yrkesutøverne fra behandlergruppen har en forholdsvis perifer posisjon i det konkrete samarbeidet på tvers av linjenivåene i de karrierene jeg har undersøkt. Jeg har også vist at bakkebyråkraterne reduserte behandlernes bidrag til dette samarbeidet til svært begrensede, faglig partielle interesser og spørsmål.

På den andre siden har jeg framhevet at bakkebyråkratenes konstruksjon av en faglig identitet er avhengig av behandlerne, selv om de har en heller perifer posisjon i det kontinuerlige samarbeidet. Behandlerne er likevel sentrale i denne sammenhengen fordi bakkebyråkraterne for en stor del konstruerer en egen faglig identitet gjennom en diskursiv avgrensning av sitt eget arbeid fra behandlernes arbeid. Et annet sentralt moment i denne identitetskonstruksjonen er utformingen av et eget behandlingsbegrep som ekskluderer de faglige perspektivene til yrkesutøverne i behandlergruppen.

Det femte og siste forskningsspørsmålet om hvilke organisatoriske og faglige handlingsrammer som kan avgrenses for bakkebyråkratenes arbeid, har jeg bearbeidet i kapittel 10. Der har jeg avgrenset tre forskjellige diskursive referanserammer for bakkebyråkratenes samarbeid. Jeg har først framhevet forskjellige handlingsorienteringer. Her har jeg påpekt det problematiske potensialet når ulike handlingsorienteringer støter på hverandre i samarbeidet på tvers av linjenivåene. Sentralt i denne delen av min diskusjon har vært ulik vektlegging av et behandlingsbegrep, som enten har opptrådt som et nodalpunkt eller et heller perifert moment i samarbeidet.

På bakgrunn av denne beskrivelsen av tre ulike diskurser har jeg så argumentert at bakkebyråkrater i sitt samarbeid på tvers av linjenivåene, men også med andre yrkesgrupper, delvis har distansert seg fra et hittil dominerende medisinsk perspektiv. Med utgangspunkt i de profesjonsteoretiske modellene som jeg har skissert innledningsvis i kapittel 2, har jeg så argumentert at en medisinsk referanseramme ser ut til å være på vikende front, og at den også i framtiden kommer til å miste ytterligere betydning som handlingsorientering for bakkebyråkratene.

Jeg har avsluttet min diskusjon med et argument om at forskjellene mellom disse diskursive handlingsorienteringene må gjøres tydelig i diskusjonen mellom samarbeidspartnere fordi samarbeid som organisatorisk verdi først kan komme til nytte når målet med dette samarbeidet er definert tydelig.

Disse analytisk begrunnede svarene på mine forskningsspørsmål vil jeg i det følgende underkapitlet ta som utgangspunkt for å formulere åtte organisatoriske og faglige orienteringer for en framtidig utforming av samarbeid mellom yrkesgruppene og på tvers av de organisatoriske linjenivå i psykisk helsevern og psykisk helsearbeid.

11.2 Organisatoriske og faglige orienteringer for framtidig samarbeid

Psykisk helsevern og psykisk helsearbeid har lenge vært et akterutseilt velferdsstatlig satsingsområde. Med Opptrappingsplanen for psykisk helse har dette området fått tilført både mer oppmerksomhet og flere finansielle midler. I den nye organisatoriske strukturen for tjenestetilbudet til mennesker med psykiske lidelser er samarbeid en av de sentrale organisatoriske verdiene. Selv om alle yrkesgrupper i psykisk helsevern og psykisk helsearbeid er inkludert i et krav om mer og bedre koordinert samarbeid, rettes dette kravet først og fremst mot bakkebyråkratene.

Det er ikke et spørsmål om bakkebyråkrater kan eller bør ta et selvstendig ansvar for samarbeid i psykisk helsevern og psykisk helsearbeid. I praksis har bakkebyråkratene for lengst overtatt ansvaret for en betydelig del av tilbudene som helsevesenet har å by mennesker med alvorlige psykiske lidelser, og med et behov for sammensatte tjenester. Når det gjelder samarbeid på tvers av organisatoriske linjenivå er de i en ganske enerådende posisjon. I de pasientkarrierene som jeg har undersøkt, har både ansvarsgrupper, arbeidet med individuelle planer og andre fora der grunntrekkene for et koordinert og langvarig tjenestetilbud er blitt utformet, vært administrert og organisert av bakkebyråkrater. Yrkesutøvere med en status som formelle behandlere har opptrådt bare sporadisk og i forhold til avgrensede problemstillinger.

Samarbeid er en prosess som nødvendigvis er karakterisert av både gode og mindre gode faser. Når de samarbeidende partene møter problemer, når prosessen midlertidig stopper opp, eller når resultatene fra samarbeidet ikke er i samsvar med de opprinnelige målene, er dette ikke nødvendigvis en indikator på at partene betrakter prosessen i sin helhet enten som vellykket eller mislykket.

I noen tilfeller blir samarbeidet imidlertid satt alvorlig på prøve hvis det går ut over tilbudene til pasientene, som da blir skadelidende. Den overordnede målsettingen for all tjenestetvirkosomhet i helsevesenet er å gi pasientene et best mulig behandlings- og omsorgstilbud. De tilfellene der denne målsettingen tydelig har blitt forsømt, har jeg betegnet som vende-

punkt for samarbeid. Av disse finnes det bekymringsverdig mange i de pasientkARRIERE jeg har undersøkt, og det er all grunn til å diskutere hvordan slike vendepunkt kan unngås.

For at samarbeid i framtiden kan fylle de store forventningene som koples til denne organisatoriske verdien, vil jeg avslutningsvis på bakgrunn av mine funn i denne undersøkelsen formulere åtte orienteringer for et framtidig samarbeid i psykisk helsevern og psykisk helsearbeid.

1. Det moderne, sammensatte tjenestetilbudet til mennesker med psykiske lidelser har vokst fram med psykiatri som faglige kjerne. Derfor har legene som yrkesgruppe og en medisinsk behandling som tilbudets faglige orientering, lenge vært utgangspunkt for den organisatoriske strukturen i psykisk helsevern og psykisk helsearbeid. Bidragene fra andre yrkesgrupper har blitt betraktet som supplerende eller assisterende funksjoner. Jeg har i denne undersøkelsen argumentert at psykisk helsevern og psykisk helsearbeid for lengst har vokst fra denne begrunnelsen for et organisatorisk hierarki. Psykisk helsevern og psykisk helsearbeid er i dag et helsepolitisk område der flere faglige perspektiver flyter sammen. Blant disse er et psykiatrisk, bio-medisinsk orientert perspektiv riktignok på mange måter dominerende, men det er langt fra enerådende. Behandlingstilbud fra legene, men også fra andre yrkesgrupper med en status som formelle behandlere, må derfor i langt sterkere grad forstås som deler av et sammensatt tjenestetilbud enn som dets "naturlige" midtpunkt.
2. I denne undersøkelsen har jeg framhevet at bakkebyråkratene har en sentral posisjon i utformingen av tjenestetilbudet for mennesker med psykiske lidelser. De står for en god del av behandlingstilbudene og bærer brorparten av ansvaret for å koordinere samarbeidet rundt pasientene. Deres perspektiv bør derfor i langt større grad bli synlig i diskusjonen om en framtidig utforming av psykisk helsevern og psykisk helsearbeid.
3. Når det gjelder bakkebyråkratenes bidrag til et sammensatt behandlingstilbud må de i langt større grad ha mulighet til å bidra til et samarbeid med andre organisatoriske enheter på premissene av en egen, faglig begrunnet vurdering. Bakkebyråkratenes kontakt med pasientene er grunnleggende forskjellig fra kontakten som yrkesutøvere med en formell status som behandlere har. For bakkebyråkratene er møtene med pasienten som regel lite planbare, mer langsiktige og også mer uforutsigbare. De bygger på en tett kon-

takt, gjerne i et lengre perspektiv. Fordi kontakten med pasienten tar utgangspunkt i pasientenes daglige behov, er den lite planbar, og derfor må også intervensjonene være fleksible. Dermed blir de imidlertid også vanskelige å beskrive i konkurranse med et lege- eller psykologfaglig behandlingsbegrep.

Denne undersøkelsen viser at bakkebyråkratenes faglige vurderinger som de avleder fra sin særegne kontakt med pasientene, i langt større grad må bli vektlagt når forskjellige behandlingstilbud skal koordineres og vurderes i forhold til hverandre. Når et sammensatt behandlingstilbud blir vurdert ensidig ut fra et legefaglig perspektiv, er dette uheldig. Det hemmer utviklingen av alternative betraktninger som gjør det mulig å belyse en sammensatt problematikk ut fra forskjellige perspektiv. Det hemmer også en effektiv samordning av et tjenestetilbud som, i hvert fall for mennesker med langvarige og sammensatte lidelser, i mange tilfeller bare har perifere berøringspunkter med et medisinsk perspektiv. Langt den største delen av behovene viser seg i pasientenes dagligliv. For en slik oppfølging er bakkebyråkraterne ansvarlig framfor andre yrkesutøvere.

4. Når samarbeidspartnere fra spesialisthelsetjenesten og kommunen på en kollektiv arena som ansvarsgrupper, samarbeidsmøter eller lignende utformer en faglig strategi til pasientens beste, har jeg i denne undersøkelsen vist at legenes eksponerte posisjon som dørvoktere i mange tilfeller er et alvorlig hinder. Ikke minst gjelder det når de, som i de pasientkarrierene jeg har undersøkt, langt på vei er fraværende i disse kollektive fora. Denne dørvokterposisjonen viser seg som fullstendig paralyserende for samarbeid på tvers av faglige og organisatoriske grenser når kontakten mellom flere organisatoriske enheter blir kanalisert inn mot en legegruppe som vurderer en anmodning om samarbeid ut fra legefaglige premisser. Dette har jeg dokumentert i undersøkelsen. Dermed blir faglige vurderinger til den gruppen som opprettholder en tett og kontinuerlig pasientkontakt og - ideelt sett - kontakten mellom linjenivå, holdt utenfor denne vurderingsprosessen.

I langt større grad må bakkebyråkrater i spesialisthelsetjenesten få muligheten, men også forpliktelsen, til å opprettholde den regelmessige kontakten med bakkebyråkrater i kommunen uavhengig av behandlernes vurdering. Det samme gjelder når bakkebyråkrater i kommunen ser et behov for et opphold i spesialisthelsetjenesten ut fra sin tette

og kontinuerlige kontakt med pasientene. Dette behovet må betraktes som et like legitimt grunnlag for en henvisning som legenes eksklusivt medisinsk begrunnede, faglige vurdering.

5. Jeg har argumentert at bakkebyråkratenes vurdering av behov og muligheter til en effektiv intervensjon i spesialisthelsetjenesten, først og fremst er knyttet til et uklart begrep om miljøterapi. Sammen med et like uklart begrep om nettverksarbeid må begge utformes med langt mer tydelige konturer, slik at bakkebyråkrater kan bruke det som del av en referanseramme for utformingen av en faglig identitet i psykisk helsevern og psykisk helsearbeid.
6. Behandling er ikke alt helsevesenet tilbyr mennesker med psykiske lidelser. En uttalt helsepolitisk målsetting er at tjenestene skal leveres i et tverrfaglig og helhetlig perspektiv. Både i forhold til kravet om tverrfaglighet og som koordinatore av et sammensatt tjenestetilbud, er bakkebyråkraterne i en nøkkelposisjon. I den organisatoriske strukturen til dagens psykiske helsevern og -arbeid har en del instrumenter blitt etablert som skal ivareta det helsepolitiske målet om et helhetlig tjenestetilbud. Ansvarsgrupper og individuelle planer er de to mest prominente eksemplene på slike. Jeg har i denne undersøkelsen vist at disse instrumentene som regel er organisert og samordnet av bakkebyråkraterne, mens yrkesutøvere med en status som formelle behandlere har en heller perifer posisjon. Selv om verdien av et tverrfaglig tjenestetilbud blir framhevet mange steder, er yrkesgrupper med en formell status som behandlere i sentrale rammedokumenter for den organisatoriske utformingen av tjenestetilbudet for mennesker med psykiske lidelser, merkelig nok langt på vei unntatt fra dette kravet om tverrfaglighet.

På den andre siden får behandlerne (særlig fastlegene) tilskrevet en ufortjent sentral posisjon for koordinering av forskjellige tjenester. Jeg har vist at denne beskrivelsen fullstendig mangler dekning i datamaterialet jeg har brukt i min undersøkelse. Derfor må bakkebyråkratenes sentrale posisjon i det koordinerende arbeidet bli langt mer satt i fokus i diskusjonen om en framtidig organisatorisk utforming av psykisk helsearbeid.

7. Bakkebyråkrater nyter i sitt samarbeid med andre et stort frirom, og de er i mange sammenheng uavhengig av behandlergruppen. Dette viser den semantiske forskyvning i meningsinnholdet i begrepet samarbeid. Jeg har beskrevet at samarbeid tidligere var

knyttet til begrep om styring og ledelse. Denne koblingen er nå erstattet med begrep som samordning og tverrfaglighet. Eldre profesjonsteoretiske modeller har betraktet legeprofesjonen som faglig sentrum for helsevesenet. Derfor var også styring og ledelse i siste instans en oppgave for legene. Når den hierarkiske komponenten uttrykt i disse begrepene har blitt erstattet av begrep som indikerer en flat samarbeidsstruktur, åpner det for et større handlingsrom for bakkebyråkratene. Men når samarbeidet på tvers av de organisatoriske linjenivå, og også på tvers av faglige grenser er koordinert av bakkebyråkrater, må disse også ha myndighet til å dra partene inn i et forpliktende samarbeid som de oppfatter som relevant for å nå et helsepolitisk mål om å organisere et helhetlig tjenestetilbud for pasienten. Bare når bakkebyråkrater også har myndighet til å innkalle yrkesutøverne med en formell status som behandler for eksempel til et ansvarsgruppemøte (der koordinatoren ut fra sin nære kjennskap til pasientens livssituasjon anser dette som nødvendig), kan vedkommende også fylle denne posisjonen på en effektiv måte. Dette gjelder både på tvers av tjenestetilbyderne, linjenivå, og ikke minst, på tvers av yrkesgrensene.

8. Når det gjelder forholdet mellom de organisatoriske linjenivåene vil jeg stille et krav særlig til enhetene i spesialisthelsetjenesten. Kommunene har ansvaret for sine borgere med psykiske lidelser. Derfor må de også levere et tjenestetilbud som kan fylle dette ansvaret. I mange tilfeller er kommunene selv etter flere år med økte bevilgninger gjennom Opptappingsplanen for psykisk helse, imidlertid ikke i stand til å levere disse tjenestene i tilstrekkelig grad. I noen tilfeller mangler egnete boliger, i andre mangler det dagsentre der mennesker med psykiske lidelser uten et sosialt kontaktnett kan fylle sin hverdag på en meningsfull og verdig måte. I andre kommuner eksisterer en slik infrastruktur, men det mangler kvalifisert personale som kan ivareta en kontinuerlig oppfølging av pasientene på en tilfredsstillende måte.

Men også kommuner der alle disse tjenestene er utbygd i tilstrekkelig grad, har og kommer fortsatt til å ha behov for tjenester fra andre- og tredjelinjetjenesten. Dette har jeg illustrert med flere eksempler i denne undersøkelsen. Selv om hovedansvaret er plassert i kommunene, betyr det ikke at enhetene i spesialisthelsetjenesten kan unndra seg sitt ansvar som del av et sammensatt, men også et sammenhengende tjenestetilbud for mennesker med psykiske lidelser. I langt større grad må andre og tredjelinjetjenes-

ten bidra til å utarbeide og sikre et koordinert, kontinuerlig og sammenhengende tilbud gjennom de organisatoriske instrumentene som allerede er etablert. Til disse hører først og fremst ansvarsgrupper og arbeidet med individuelle planer. I de pasientkarrierene som jeg har fulgt i denne undersøkelsen, sitter koordinatorene for slike grupper og planer i den kommunale førstelinjetjenesten fordi de også følger opp pasientene i det daglige. Dette nære kjennskapet til pasientens behov for å kunne oppnå en tilfredsstillende livskvalitet, må veie langt tyngre enn institusjonelle særinteresser, og må derfor også kunne overstyre disse. Spesielt den fortsatt svært heterogent organiserte andrelinjetjenesten må i langt større grad utvikle en enhetlig forståelse som del av et sammenhengende tjenestetilbud. Denne forståelsen må være orientert mot et perspektiv på de egne tjenestene som et bidrag til å bygge opp et verdig liv for pasientene i kommunen, istedenfor å betrakte seg som autonome organisatoriske enheter med egne organisatoriske og faglige mål.

11.3 Utfordringer for videre forskning

Har denne undersøkelsen gitt svar på de problemstillingene jeg har formulert innledningsvis? Jeg vil hevde at den har det. Men den har også åpnet for nye spørsmål.

Jeg har argumentert at det ikke er holdbart å betrakte psykisk helsevern og psykisk helsearbeid under ett. Tjenestetilbudet til mennesker med psykiske lidelser representerer ikke bare et stort, men også et svært sammensatt felt for velferdsstatlig tjenesteproduksjon preget av vesentlige forskjeller mellom organisatoriske enheter og yrkesgrupper. I denne undersøkelsen har jeg tatt utgangspunkt i et faglig perspektiv på samarbeid i psykisk helsevern og helsearbeid som fram til nå har vært lite vektlagt

En forskningsdesign slik jeg har utviklet den for denne undersøkelsen, understreker at sentrale organisatoriske verdier som samarbeid på en fruktbar måte kan bli analysert med utgangspunkt i et bestemt perspektiv. Derfor er det en logisk fortsettelse å ta for seg resultatene fra denne undersøkelsen og undersøke disse med andre perspektiver.

I dette tilfellet har jeg kontrastert bakkebyråkrater med behandlere. Et nærliggende perspektiv er derfor å se på behandlernes beskrivelse av ulike diskursive referanserammer for deres tjenesteproduksjon.

Særlig spennende hadde det vært å konfrontere en respondentgruppe av behandlere med den relativt perifere posisjonen som bakkebyråkratene i min undersøkelse har tilvist dem i samarbeidet på tvers av linjenivåene. Interessant er utvilsomt også å analysere subjektposisjonene som behandlerne beskriver når de tar stilling til det som noen bakkebyråkrater har beskrevet som overdimensjonerte og urealistiske forventninger til behandling generelt.

Et annet aspekt jeg vil framheve som interessant felt for framtidig forskning, er forskjellene i faglige perspektiver hos de ulike yrkesgruppene blant behandlerne. Jeg har flere steder diskutert eksempler der bakkebyråkrater har beskrevet forholdet mellom leger og psykologer som en heller ansent konkurranse mellom to rivaliserende faglige perspektiver. Derfor vil jeg anta at forsøket på å konstruere en felles identitet, er langt mindre tydelig i den sammensatte gruppen av behandlere enn det som jeg har framhevet her for bakkebyråkraterne.

Et annet perspektiv som utvilsomt fortjener å bli undersøkt nærmere, er perspektivet til pasientene og deres pårørende. Jeg har vist i innholdsanalysen av Stmeld 25 (1996-97) at dette perspektivet ikke har stått særlig i fokus i dette sentrale rammedokumentet for den organisatoriske utformingen til psykisk helsevern og psykisk helsearbeid. Brukere og brukernes organisasjoner har derimot fått mye oppmerksomhet ellers i den offentlige debatten - ikke minst i mediene. Med utgangspunkt i de to parallelle teoretiske begrepene om en pasient- og en samarbeidskarriere som jeg har utviklet i denne undersøkelsen, ville det være interessant å undersøke hvilke forventninger pasientene selv har til et tverrfaglig samarbeid på tvers av de organisatoriske linjenivå.

Språk former virkelighet. I denne analysen har jeg tatt utgangspunkt i dette sosialkonstruktivistiske postulatet og undersøkt hvilke diskursive ressurser bakkebyråkrater i psykisk helsevern og psykisk helsearbeid benytter seg av, når de beskriver sitt samarbeid med andre. Med denne språklige virkelighetskonstruksjonen former bakkebyråkrater i likhet med andre profesjonelle aktører handlingsbetingelsene for samarbeid mellom de forskjellige linjenivå-

ene i psykisk helsevern og psykisk helsearbeid. En analyse av disse diskursive ressursene gir et viktig grunnlag for diskusjon ikke minst fordi sedimenterte, dominante virkelighetstolkninger om en profesjonell styrkefordeling er presentert med et nytt perspektiv og på denne måten satt i et kritisk søkelys.

Med denne henvisningen til utfordringer om videre forskning på den organisatoriske utformingen av tjenestetilbudet for mennesker med psykiske lidelser, vil jeg avslutte min undersøkelse om samarbeid mellom yrkesgrupper og organisatoriske enheter.

Innledningsvis har jeg allerede rettet en stor takk til alle som har stilt seg til disposisjon for denne undersøkelsen. Dette vil jeg gjenta også som avslutning. Velviljen hos både pasientene og bakkebyråkratene i psykisk helsevern og psykisk helsearbeid har vært grunnlaget for denne avhandlingen.

Litteratur

- Abbott, A.** (1988), *The system of professions : an essay on the division of expert labor*, Chicago, University of Chicago Press.
- Album, D.** (1991), 'Sykdommers og medisinske spesialiteters prestisje', *Nordisk medicin*, 106, 8-9, 232-236.
- Almvik, A. og Borge, L.** (red.) (2000), *Tusenkunstnerne : muligheter og mangfold i psykisk helsearbeid*, Fagbokforl., Bergen.
- Alvesson, M.** (2002), *Postmodernism and social research*, Buckingham, Open University Press.
- Alvesson, M.** (2003), 'Beyond neopositivists, romantics and localists: A reflexive approach to interviews in organizational research', *The Academy of Management Review*, 28, 1, 13-33,
<http://aom.metapress.com/app/home/contribution.asp?wasp=9agnxkvytp4ncevwyjf6&referrer=parent&backto=issue,3,11;journal,8,8;linkingpublicationresults,1:109447.1>.
- Alvesson, M. og Kärreman, D.** (2000a), 'Taking the Linguistic Turn in Organizational Research', *The Journal of Applied Behavioral Research*, 36, 2, 136-158,
<http://jab.sagepub.com/content/vol36/issue2/>.
- Alvesson, M. og Kärreman, D.** (2000b), 'Varieties of discourse: On the study of organizations through discourse analysis', *Human Relations*, 53, 9, 1125-1149.
- Andersen, N.Å.** (1994), *Institutionel historie*, København, Center for Offentlig Organisation og Styring.
- Aneshensel, C.** (1999), 'Mental Illness as a Career; Sociological Perspectives', i Aneshensel, C. og Phelan, J. (red.), *Handbook of the Sociology of Mental Health*, New York, Kluwer Academic/ Plenum Publisher.
- Annfelt, T.** (1999), *Kjønn i utdanning : hegemoniske posisjoner og forhandlinger om yrkesidentitet i medisin- og faglærerutdanning*, Dragvoll, Senter for kvinneforskning Norges teknisk-naturvitenskapelige universitet.
- Annfelt, T.** (2000), 'Om å riste kategoriene', *Kvinneforskning*, 24, 1, 45-56.
- Annfelt, T.** (2001), 'Rekk meg arterieklemmen eller: Kjønnsbilder i kirurgi', *Kvinneforskning*, 25, 1, 21-32.
- Arbeids- og Administrasjonsdepartementet** (2003), 'Makt og demokrati', *NOU 2003: 19*, Oslo, <http://odin.dep.no/aad/norsk/publ/utredninger/NOU/002001-020015/index-dok000-b-n-a.html>.
- Atkinson, P. og Silverman, D.** (1997), 'Kundera's Immortality: The interview society and the invention of the self', *Qualitative Inquiry*, 3, 3, 304-325,
<http://proquest.umi.com/pqdweb?did=14420417&sid=1&Fmt=2&clientId=21127&RQT=309&VName=PQD>.
- Baker, C.** (1997), 'Membership Categorization and Interview Accounts', i Silverman, D. (red.), *Qualitative Research. Theory, Method and Practice*, London, SAGE.

- Berg, O.** (1987), *Medisinens logikk : studier i medisinens sosiologi og politikk*, Oslo, Universitetsforlaget.
- Berg, O.** (1991), 'Medikrati, hierarki og marked. Noen historiske betraktninger om regulering av medisinsk yrkesutøvelse.' i Album, D. og Midre, G. (red.), *Mellom idealer og realiteter. Studier i medisinsk sosiologi.*, Oslo, ad Notam.
- Bird, C.** (2005), 'How I stopped dreading and learned to love transcription', *Qualitative Inquiry*, 11, 2, 226-248.
- Borge, L.** (2000), 'Samarbeid gjennom et helhetlig og sammenhengende behandlingsnettverk', i Almvik, A. og Borge, L. (red.), *Tusenkunstnerne : muligheter og mangfold i psykisk helsearbeid*, Bergen, Fagbokforl.
- Bratheland, O., Dahle, A.S., Hammervold, U.E., Torsvik, A., Henriksen, S.N., Smedvig, K., Torgrimsen, C., Tytlandsvik, M., Vevatne, K. og Østerbø, G.** (2004), *Miljøterapi. En modell for tenkning, holdning og handling i en psykiatrisk institusjon*, (4. utgave), Stavanger.
- Bredsdorff, N.** (2002), *Diskurs og konstruksjon : en samfunnsvidenskabelig kritikk af diskursanalyser og socialkonstruktivismen*, København, Forlaget Sociologi.
- Burke, L. og Miller, M.** (2001), 'Phone Interviewing as a Means of Data Collection: Lessons Learned and Practical Recommendations', *Forum Qualitative Sozialforschung*, 2, 2, <http://www.qualitative-research.net/fqs-texte/2-01/2-01burkemiller-e.pdf>.
- Burr, V.** (1995), *An introduction to social constructionism*, London, Routledge.
- Burr, V.** (2003), *Social constructionism* (2. utgave), London, Routledge.
- Cameron, E.** (2004), 'Psykiatri og innvandrere', *Aftenposten*, Oslo.
- Checkland, K.** (2004), 'National Service Frameworks and UK general practitioners: street-level bureaucrats at work?' *Sociology of Health & Illness*, 26, 7, 951-975, <http://www.blackwell-synergy.com/links/doi/10.1111/j.0141-9889.2004.00424.x/full/>.
- Colombo, A., Bendelow, G., Fulford, B. og Williams, S.** (2003), 'Evaluating the influence of implicit models of mental disorder on processes of shared decision making within community-based multi-disciplinary teams', *Social Science and Medicine*, 56, 7, 1557-1570.
- Condor, S.** (1997), 'And So Say All of Us? Some Thoughts on Experiential Democratization as an Aim for Critical Social Psychologists', i Ibáñez, T. og Íñiguez, L. (red.), *Critical social psychology*, London Sage
- Dahl, A.A. og Retterstøl, N.** (1995), 'Det psykiatriske sykehus - fortid, nåtid og fremtid', i Retterstøl, N. (red.), *Gaustad sykehus 140 år*, Oslo, Universitetsforlaget.
- Davies, C.** (2002), 'Registering a Difference: Changes in the Regulation of Nursing', i Allsop, J. og Saks, M. (red.), *Regulating the Health Professions*, London, Sage.
- Den norske lægeforening** (2004), *Statusrapport: Psykiske lidelser - Faglighet og verdighet. Rett til utredning, diagnostisk vurdering og målrettet behandling*, Den norske lægeforening, http://www.legeforeningen.no/asset/23310/1/23310_1.pdf.
- Dowdall, G.** (1999), 'Mental Hospitals and Deinstitutionalization', i Aneshensel, C. og Phelan, J. (red.), *Handbook of the Sociology of Mental Health*, New York, Kluwer Academic/ Plenum Publisher.
- Dreyfus, H.L. og Rabinow, P.** (1983), *Michel Foucault : beyond structuralism and hermeneutics* (2. utgave), Chicago, Ill., University of Chicago Press.

- Dyrberg, T.B., Hansen, A.D. og Torfing, J.** (2000), 'Metodiske refleksjoner', i Torfing, J., Dyrberg, T.B. og Dreyer Hansen, A. (red.), *Diskursteorien på arbejde*, Frederiksberg, Roskilde Universitetsforlag.
- Edley, N.** (2001), 'Analysing Masculinity: Interpretative Repertoires, ideological dilemmas and Subject Positions', i Wetherell, M., Taylor, S. og Yates, S. (red.), *Discourse as Data. A Guide for Analysis*, London, Sage.
- Eikermann, B.** (2000), 'Grenzen der Deinstitutionalisierung', *Psychiatrische Praxis*, 27, Sonderheft 2, 53-58.
- Erichsen, V.** (2003a), 'Helsetjenesten og profesjonene', i Erichsen, V. (red.), *Profesjonsmakt : på sporet av en norsk helsepolitisk tradisjon*, Oslo, Pensumtjeneste.
- Erichsen, V.** (2003b), 'Profesjonenes forhold til hverandre', i Erichsen, V. (red.), *Profesjonsmakt : på sporet av en norsk helsepolitisk tradisjon*, Oslo, Pensumtjeneste.
- Erichsen, V.** (red.) (2003c), *Profesjonsmakt : på sporet av en norsk helsepolitisk tradisjon*, Pensumtjeneste, Oslo.
- Fairclough, N.** (1992), *Discourse and social change*, Cambridge, Polity Press.
- Fairhurst, G.T. og Putnam, L.** (2004), 'Organizations as discursive constructions', *Communication Theory*, 14, 1, 5-26.
- Faubion, J.D.** (2001), *Michel Foucault, Power, Essential Works of Foucault 1954 - 1984*, London, Penguin Books.
- Finnvold, J.E.** (2006), 'Fastlegen som portvaktar for spesialisthelsetenester: Ikkje berre eit spørsmål om helsa til pasienten ', *Samfunnsspeilet*, 2, <http://www.ssb.no/ssp/>.
- Fisher, K.** (1997), 'Locating frames in the discursive universe', *Sociological Research Online*, <http://www.socresonline.org.uk/2/3/4.html>.
- Forster, R.** (2000), 'Die vielen Gesichter der Deinstitutionalisierung - soziologisch gedeutet', *Psychiatrische Praxis*, 27, Sonderheft 2, 39-43.
- Foucault, M.** (1995), 'Madness, the Absence of Work', *Critical Inquiry*, 21, Winter, 290-298.
- Foucault, M.** (2001), *Madness and civilization. A history of insanity in the age of reason*, London, Routledge, <http://site.ebrary.com/lib/tromsoub/Doc?id=2002701>.
- Foucault, M.** (2002), *Archaeology of knowledge*, London, Routledge.
- Foucault, M.** (2003), *The birth of the clinic : an archaeology of medical perception*, London, Routledge.
- Freidson, E.** (1988), *Profession of medicine : a study of the sociology of applied knowledge*, Chicago, University of Chicago Press.
- Friedrichs, J.** (1985), *Methoden empirischer Sozialforschung* (13. utgave), Opladen, Westdeutscher Verlag.
- Geller, J.** (2000), 'The last half-century or psychiatric services as reflected in *Psychiatric Services*', *Psychiatric Services*, 51, 1, 41-67.
- Gergen, K.** (1985), 'The Social Constructionist Movement in Modern Psychology', *American Psychologist*, 40, 3, 266-275.
- Gerhardt, U.** (1989), *Ideas about illness : an intellectual and political history of medical sociology*, Basingstoke, Macmillan.
- Gibbs, G.R.** (2002), *Qualitative data analysis : explorations with NVivo*, Buckingham, Open University Press.
- Gjertsen, H.** (2006), *Tap av ektefelle i eldre år : sorg og mestring. En sosiologisk analyse*, Tromsø, Senter for aldersforskning i Tromsø.

- Glasze, G.** (2007), 'Vorschläge zur Operationalisierung der Diskurstheorie von Laclau und Mouffe in einer Triangulation von lexikometrischen und interpretativen Methoden', *Forum Qualitative Sozialforschung*, 8, 2, <http://www.qualitative-research.net/fqs-texte/2-07/07-2-14-d.htm>.
- Goffman, E.** (1961), *Asylums : essays on the social situation of mental patients and other inmates*, New York, Doubleday.
- Goffman, E.** (1974), *Vårt rollespill til daglig : en studie i hverdagslivets dramatik*, Oslo, Dreyer.
- Grønmo, S.** (2004), *Samfunnsvitenskapelige metoder*, Bergen, Fagbokforlaget.
- Hafstad, A.** (2006), 'Akutt plasser nok. Problemet i psykiatrien er ikke mangel på akutt plasser. Problemet er at mange pasienter blir værende for lenge, hevdes det i ny rapport.' *Aftenposten nettutgave*, Oslo, <http://www.aftenposten.no/helse/article1324476.ece>.
- Hagen, H.** (1992), 'Pasienter i psykiatriske institusjoner, 1 november 1989', i SINTEF-NIS (red.), Trondheim, SINTEF-NIS,.
- Hagen, H.** (red.) (2000), *Psykiatritjenesten 1999 - omstilling og vekst. NIS-rapport 4/00*, SINTEF Unimed NIS SAMDATA, Trondheim.
- Hagen, H.** (2001), *Pasienter i psykisk helsevern for voksne 1 november 1999. NIS-rapport 5/01*, Trondheim, SINTEF Unimed NIS SAMDATA.
- Hammersley, M.** (2003), 'Conversation Analysis and Discourse Analysis: Methods or Paradigms?' *Discourse & Society*, 14, 6, 751-781.
- Hamran, T.** (1991), *Pleiekulturen : en utfordring til den teknologiske tenkemåten*, [Oslo], Gyldendal.
- Hansen, A.D.** (2000), 'Lokaludvalg som konstruksjon af lokale politiske fællesskaber', i Torfing, J., Dyrberg, T.B. og Dreyer Hansen, A. (red.), *Diskursteorien på arbejde*, Frederiksberg, Roskilde Universitetsforlag.
- Hansen, A.H.** (2004), 'Hva kan Helse Nord gjøre bedre', *Nordlys*, Tromsø.
- Haug, H. og Rössler, W.** (1999), 'Deinstitutionalization of psychiatric patients in central Europe', *Eur Arch Psychiatry Clin Neurosci*, 249, 115-122.
- Heidenreich, K.S.** (2001), 'Empati i lege-pasient-forholdet - teknikk eller etikk?' *Tidsskrift for den Norske Lægeforening*, 121, 1507-1511
http://www.tidsskriftet.no/pls/lts/PA_LTS.Vis_Seksjon?vp_SEKS_ID=324642.
- Hellevik, O.** (1991), *Forskningsmetode i sosiologi og statsvitenskap* (4. utgave), Oslo, Universitetsforlaget.
- Hepburn, A. og Potter, J.** (2004), 'Discourse analytic practice', i Seale, C., Gobo, G., Gubrium, J.F. og Silverman, D. (red.), *Qualitative Research Practice*, London, Sage.
- Hernes, H.** (1996), *Social identifications and prosocial behavior among hospital employees*, Bergen, Norwegian School of Economics and Business Administration.
- Hilden, P.K. og Middelthon, A.L.** (2002), 'Kvalitative metoder i medisinsk forskning - et etnografisk perspektiv', *Tidsskr Nor Lægeforen*, 122, 25, 2473-6,
http://www.ncbi.nlm.nih.gov/entrez/query.fcgi?cmd=Retrieve&db=PubMed&dopt=Citation&list_uids=12448120.
- Holstein, J.A. og Gubrium, J.F.** (1997), 'Active Interviewing', i Silverman, D. (red.), *Qualitative Research. Theory, Method and Practice*, London, SAGE.
- Howarth, D.R. og Stavrakakis, Y.** (2000), 'Introducing discourse theory and political analysis', i Howarth, D.R., Norval, A.J. og Stavrakakis, Y. (red.), *Discourse theory and political analysis : identities, hegemonies, and social change*, Manchester ; New York.

- Huseby, B.M.** (red.) (2002), *SAMDATA sykehus og psykisk helsevern : rapport : helseregionenes utfordringer*, SINTEF Unimed, Trondheim.
- Høgskolen i Tromsø, A.f.h.** (1999), *Videreutdanning i psykisk helsearbeid, kursbeskrivelse*, Tromsø, Høgskolen i Tromsø, Avdeling for helsefag.
- Iedema, R. og Wodak, R.** (1999), 'Introduction: Organizational discourses and practices', *Discourse & Society*, 10, 1, 5-19.
- Jacobsen, D.I.** (1993), 'Hvordan måles koordinering? Ulike strategier for empirisk forskning', i Repstad, P. (red.), *Dugnadsånd og forsvarsverker: tverretattlig samarbeid i teori og praksis*, Oslo, Tano.
- Janbu, T.** (2000), 'Er flere kvinner i legeyrket en berikelse?' *Tidsskr Nor Lægeforen*, 120, 1, 85-87,
http://www.tidsskriftet.no/pls/lts/PA_LT.VisSeksjon?vp_SEKS_ID=89707.
- Johansen, K.I.** (1997), 'Samarbeid mellom andre og førstelinjetjenesten innen psykiatrien', i Unimed, S. (red.), Trondheim, SINTEF Unimed.
- Johansen, K.I.** (1999), *Fylke og kommune - hånd i hånd? En nasjonal kartlegging av samarbeid innen psykisk helsevern for voksne*, Trondheim, SINTEF Unimed, NIS helse-tjenesteforskning.
- Jørgensen, M.W.** (2001), 'Diskursanalytiske strategier', i Christrup, H., Mortensen, A.T. og Pedersen, C.H. (red.), *At begribe og bevæge kommunikasjonsprosesser - om metoder i forskningspraksis*, Roskilde, Kommunikation Roskilde Universitetscenter.
- Jørgensen, M.W. og Phillips, L.** (2002), *Discourse analysis as theory and method*, London, Sage.
- Kirk, S.A. og Kutchins, H.** (1992), *The selling of DSM : the rhetoric of science in psychiatry*, New York, A. de Gruyter.
- Kjellevoid, A.** (2005), *Retten til individuell plan* (2. utgave), Bergen, Fagbokforlaget.
- Kjørup, S.** (2001), 'Den ubegrundede skepsis', *Sosiologi i dag*, 31, 2, 5-22.
- Kneer, G. og Nassehi, A.** (1993), *Niklas Luhmanns Theorie sozialer Systeme : eine Einführung*, München, W. Fink Verlag.
- Knight, L.V. og Mattick, K.** (2006), 'When I first came here, I thought medicine was black and white': Making sense of medical students' ways of knowing', *Social Science & Medicine*, 63, 4, 1084-1096.
- Knoph, R., Andenæs, J. og Lilleholt, K.** (2004), *Knophs oversikt over Norges rett* (12. utg. utgave), Oslo, Universitetsforl.
- Kutchins, H. og Kirk, S.A.** (1997), *Making us crazy : DSM : the psychiatric bible and the creation of mental disorders*, New York, Free Press.
- Kvale, S.** (1996), *Interviews : an introduction to qualitative research interviewing*, Thousand Oaks, Calif., Sage.
- Kvale, S.** (2006), 'Dominance through interviews and dialogues', *Qualitative Inquiry*, 12, 3, 480-500, <http://qix.sagepub.com/cgi/reprint/12/3/480>.
- Kühl, S.** (1998), *Wenn die Affen den Zoo regieren: Die Tücken der flachen Hierarchien* (5. utgave), Frankfurt a.M. , Campus Verlag.
- Laclau, E.** (1990), *New reflections on the revolution of our time: Ernesto Laclau*, London, Verso.
- Laclau, E.** (1996), *Emancipation(s)*, London, Verso.
- Laclau, E. og Mouffe, C.** (2001), *Hegemony & socialist strategy: towards a radical democratic politics* (2. utgave), London, Verso.

- Larkin, G.** (2002), 'The Regulation of the Professions Allied to Medicine', i Allsop, J. og Saks, M. (red.), *Regulating the Health Professions*, London, Sage.
- Law, J.** (2003), 'Notes on the Theory of the Actor Network: Ordering, Strategy and Heterogeneity', *Centre for Science Studies*, <http://www.lancs.ac.uk/fss/sociology/papers/law-notes-on-ant.pdf>.
- Lian, O.** (2003a), 'Convergence or Divergence? Reforming Primary Care in Norway and Britain', *Milbank Quarterly*, 81, 2, 305-330, <http://www.blackwell-synergy.com/links/doi/10.1111/1468-0009.t01-2-00055/abs>.
- Lian, O.S.** (2003b), *Når helse blir en vare : medikalisering og markedsorientering i helse-tjenesten*, Kristiansand, Høyskoleforl.
- Lidal, E.** (2000), 'Helhetlig psykiatriplanlegging - et metodeverktøy for dokumentasjon, samhandling og planutvikling', i Almvik, A. og Borge, L. (red.), *Tusenkunstnerne : muligheter og mangfold i psykisk helsearbeid*, Bergen, Fagbokforl.
- Lind-Kassah, B.L.** (2005), *Ser du meg? En studie av selvpresentasjon og relasjonsdannelser i distribuerte grupper*, Tromsø, Universitetet i Tromsø.
- Lipsky, M.** (1980), *Street-level bureaucracy dilemmas of the individual in public services*, New York, Russell Sage Foundation.
- Lothem, G.F.** (2005), *Withdrawal and Exclusion. A study of the spoken word as means of understanding schizophrenic patients*, Tromsø.
- Ludvigsen, K.** (1998), *Kunnskap og politikk i norsk sinnssykevesen, 1820-1920*, Bergen, Institutt for administrasjon og organisasjonsvitenskap Universitetet i Bergen.
- Løchen, Y.** (1971), *Idealer og realiteter i et psykiatrisk sykehus* (4. utgave), Oslo/ Bergen/ Tromsø, Universitetsforlaget.
- Malterud, K.** (2002), 'Kvalitative metoder i medisinsk forskning - forutsetninger, muligheter og begrensninger', *Tidsskr Nor Laegeforen*, 122, 25, 2468-72, http://www.ncbi.nlm.nih.gov/entrez/query.fcgi?cmd=Retrieve&db=PubMed&dopt=Citation&list_uids=12448119.
- Martinsen, K.** (2003), *Omsorg, sykepleie og medisin : historisk-filosofiske essays* (2. utgave), [Oslo], Universitetsforl.
- Martinsen, K. og Wærness, K.** (1991), *Pleie uten omsorg? Norsk sykepleie mellom pasient og profesjon*, Oslo, Pax.
- May, C.** (2007), 'The clinical encounter and the problem of context', *Sociology-the Journal of the British Sociological Association*, 41, 1, 29-45.
- McDonald, R.** (2002), 'Street-level bureaucrats? Heart disease, health economics and policy in a primary care group', *Health Soc Care Community*, 10, 3, 129-135, <http://www.blackwell-synergy.com/links/doi/10.1046/j.1365-2524.2002.00359.x/abs>.
- Miller, G.** (1994), 'Toward Ethnographies of Institutional Discourse - Proposal and Suggestions', *Journal of Contemporary Ethnography*, 23, 3, 280-306, [http://pao.chadwyck.co.uk/articles/displayItem.do?QueryType=articles&QueryIndex=journal&ResultsID=110AB24164517A44E8&ItemNumber=17&BackTo=journalid&BackToParam=QueryType=journals&ItemID=f633&issue=23%20\(1994:Apr.-1995:Jan.\)&journalID=f633](http://pao.chadwyck.co.uk/articles/displayItem.do?QueryType=articles&QueryIndex=journal&ResultsID=110AB24164517A44E8&ItemNumber=17&BackTo=journalid&BackToParam=QueryType=journals&ItemID=f633&issue=23%20(1994:Apr.-1995:Jan.)&journalID=f633).
- Miller, J. og Glassner, B.** (1997), 'The 'Inside' and the 'Outside'. Finding Realities in Interviews', i Silverman, D. (red.), *Qualitative Research. Theory, Method and Practice*, London, SAGE.

- Mohr, W.** (1999), 'Deconstructing the language of psychiatric hospitalization', *Journal of Advanced Nursing*, 29, 5, 1052-1059.
- Mouffe, C.** (1992), 'Feminism, Citizenship and Radical Democratic Politics', i Butler, J. og Scott, J.W. (red.), *Feminists Theorize the Political*, New York, London, Routledge.
- Mulvany, J.** (2001), 'Disability, impairment or illness? The relevance of the social model of disability to the study of mental disorder', i Busfield, J. (red.), *Rethinking the sociology of mental health*, Malden, Mass., Blackwell Publishers.
- Myrvold, T.M.** (2006), *Kommunalt psykisk helsearbeid. Utviklingstrekk 2002 – 2005*, Oslo, Norsk institutt for by- og regionforskning - rapport 2006: 11, <http://www.nibr.no/content/download/4191/19539/file/2006-11.pdf>.
- Måseide, P.** (1997), 'Feltarbeid i ekspertorganisasjonar. Sjukehuset som arena for sosiologisk forskning', i Fossåskaret, E., Fuglestad, O.L. og Aase, T.H. (red.), *Metodisk feltarbeid : produksjon og tolkning av kvalitative data* Oslo, Universitetsforlaget.
- Måseide, P.** (2003), 'Medical talk and moral order: Social interaction and collaborative clinical work', *Text*, Volume 23, Issue 3 (2003), 3, 369–403, http://www.degruyter.de/journals/text/2003/pdf/23_369.pdf.
- Neumann, I.B.** (2001), *Mening, materialitet, makt : en innføring i diskursanalyse*, Bergen, Fagbokforl.
- Nilsen, Ø.** (2006), 'Pasienter fortsatt "objekter"', *Aftenposten*, Oslo, <http://www.aftenposten.no/meninger/kronikker/article1359845.ece>.
- Nivison, M.** (2003), 'Behandlingsansvar i det psykiske helsevernet. Hvem kan ha det og hva består det av?' Tromsø, Universitetssykehuset i Nord-Norge. Allmennpsykiatrisk avdeling.
- Oliver, M.** (1996), *Understanding disability : from theory to practice*, Basingstoke, Macmillan.
- Opjordsmoen, S.** (2006), 'Distriktpsikiatriske sentre med dårlig attest', *Tidsskrift for den norske lægeforening*, 126, 21, 2826, http://www.tidsskriftet.no/pls/lts/PA_LT.VisSeksjon?vp_SEKS_ID=1449258.
- Ose, S.O.** (2007), *Psykisk helsearbeid i kommunene: Anslag på antall brukere, personell-innsats og udekket personellbehov*, Trondheim, SINTEF, rapport A 1254, http://www.shdir.no/psykisk/fagnytt/nyhetsbrevet_psykisk/nr_4_-_juni_07/100_000_personer_f_r_psykisk_helsehjelp_i_kommunen_75154.
- Ottersen, I.H.** (2005), 'Syv år med Opptrappingsplanen for psykisk helse - hvor står vi', *Samfunnsspeilet*, 5, <http://www.ssb.no/ssp/>.
- Paulsen, B.** (1991), "'Oss leger imellom". Samarbeid på tvers av nivågrensene', i SINTEF-NIS (red.), Trondheim, SINTEF-NIS.
- Pescosolido, B., Boyer, C. og Lubell, K.** (1999), 'The Social Dynamics of Responding to Mental Health Problems; Past, Present and Future Challenges to Understanding Individuals' Use of Services', i Aneshensel, C. og Phelan, J. (red.), *Handbook of the Sociology of Mental Health*, New York, Kluwer Academic/ Plenum Publisher.
- Phillips, L.** (2001a), 'Forskning i tvivl - en refleksiv evaluering af det diskursanalytiske interview som metode til kritiske studier', i Christrup, H., Mortensen, A.T. og Pedersen, C.H. (red.), *At begribe og bevæge kommunikationsprosesser - om metoder i forskningspraksis*, Roskilde, Kommunikation Roskilde Universitetscenter.
- Phillips, L.** (2001b), 'Multiperpektivisk diskursanalyse som metode til kvalitativ forskning i kommunikation og samfund', i Pedersen, K.B. og Nielsen, L.D. (red.), *Kvalitative metoder. Fra metateori til markarbejde*, Frederiksberg, Roskilde Universitetsforlag.

- Pilgrim, D. og Rogers, A.** (1999), *A sociology of mental health and illness* (2. utgave), Buckingham, Open University Press.
- Potter, J.** (1996), *Representing reality: discourse, rhetoric and social construction*, London, Sage.
- Potter, J.** (1997), 'Discourse Analysis as a Way of Analysing Naturally Occurring Talk', i Silverman, D. (red.), *Qualitative Research. Theory, Method and Practice*, London, Sage.
- Potter, J. og Wetherell, M.** (1987), *Discourse and social psychology : beyond attitudes and behaviour*, London, Sage.
- Potter, J. og Wetherell, M.** (1994), 'Analyzing Discourse', i Bryman, A. og Burgess, R.G. (red.), *Analyzing qualitative data*, London, Routledge.
- Potter, J. og Wetherell, M.** (1995), 'Discourse Analysis', i Smith, J., Harré, R. og Van Langenhove, L. (red.), *Rethinking Methods in Psychology*, London, Sage.
- Poulsen, B.** (2000), 'Inklusion/ eksklusion og idealet om politisk lighed', i Torfing, J., Dyrberg, T.B. og Dreyer Hansen, A. (red.), *Diskursteorien på arbejde*, Frederiksberg, Roskilde Universitetsforlag.
- Protzas, J.M.** (1979), *People-processing the street-level bureaucrat in public service bureaucracies*, Lexington, Mass., Lexington Books.
- Ramsdal, H.** (2002), 'Om formingen av det kommunale psykiatrifeltet', i Norvoll, R. (red.), *Samfunn og psykiske lidelser : samfunnsvitenskapelige perspektiver - en introduksjon*, Oslo, Gyldendal akademisk.
- Ratner, C.** (2005), 'Social Constructionism as Cultism. Comments on: "Old-Stream' Psychology Will Disappear With the Dinosaurs!"'. Kenneth Gergen in Conversation With Peter Mattes and Ernst Schraube', *Forum Qualitative Sozialforschung*, 6, 1, <http://www.qualitative-research.net/fqs-texte/1-05/05-1-28-e.htm>.
- Repstad, P.** (1993), 'Behandlingsallianser og etatsmotsetninger. En case-studie av en døgninstitusjon i barne- og ungdomspsykiatrien', i Repstad, P. (red.), *Dugnadsånd og forsvarsverker: tverretatlig samarbeid i teori og praksis*, Oslo, Tano.
- Ringberg, U., Fors, T. og Larsen, M.** (1999), 'Samarbeidsprosjektet. Primærlegetjenesten i Troms - Regionsykehuset i Tromsø. Bruk av allmennpraktiker på sykehusavdelinger', i Regionsykehuset i Tromsø (red.), *Intern Evalueringsreport*, Tromsø, <http://www.kith.no/vedlegg/12556/Rapport-samarbeid-pleger-sykehus-Tromsø.rtf>.
- Rosenhan, D.** (1984), 'On Being Sane in Insane Places', i Watzlawick, P. (red.), *The Invented Reality: How do we know what we believe we know?: Contributions to Constructivism.*, New York.
- Rudjord, K., Bugge Strøm, T. og Nybordahl, I.** (2003), *Aktivitetsdata - psykisk helsevern for voksne. 1. halvår 2002 og 1. halvår 2003*, Trondheim, SINTEF Unimed.
- Sacks, H., Jefferson, G. og Schegloff, E.A.** (1992), *Lectures on conversation*, Oxford, Blackwell.
- Sandvin, J.T.** (red.) (1992), *Mot normalt? Omsorgsideologier i forandring*, Kommuneforlaget, Oslo.
- Sandvin, J.T. og Söder, M.** (1998), 'Fullt og helt eller stykkvis og delt? En sammenligning av HVPU-reformen og nedbyggingen av institusjonsplasser i psykiatrien', *Tidskrift for velferdsforskning*, 1, 1, 35-49.
- Sarangi, S. og Roberts, C.** (1999), 'The dynamics of interactional and institutional orders in work-related settings', i Sarangi, S. og Roberts, C. (red.), *Talk, Work and Institutional Order*, Berlin/ New York, De Gruyter.

- Scheid, T.L.** (2000), 'Rethinking professional prerogative: managed mental health care providers', *Sociology of Health & Illness*, 22, 5, 700-719.
- Schönfelder, W.** (Under utgivelse), 'The Limits of Analyzing Rhetoric in the Analysis of Organizational Discourse'.
- Scott, W.R.** (2003), *Organizations : rational, natural, and open systems* (5. utgave), Upper Saddle River, N.J., Prentice Hall.
- Silverman, D.** (2000), *Doing qualitative research : a practical handbook*, London, Sage.
- Silverman, D.** (2001), *Interpreting qualitative data : methods for analysing talk, text and interaction* (2. utgave), London, Sage.
- Sitter, M.** (red.) (2003), *Samdata psykisk helsevern tabeller. Sammenligningsdata for psykisk helsevern 2002*, SINTEF Unimed, Trondheim.
- Sjoblom, L., Pejler, A. og Asplund, K.** (2005), 'Nurses' view of the family in psychiatric care', *Journal of Clinical Nursing*, 14, 5, 562-569.
- Skålevåg, S.A.** (2003), *Fra normalitetens historie : sinnssykdom 1870-1920*, Bergen, Stein Rokkan senter for flerfaglige samfunnsstudier.
- Smith, J.** (1995), 'Semi-Structured Interviewing and Qualitative Analysis', i Smith, J., Harré, R. og Van Langenhove, L. (red.), *Rethinking Methods in Psychology*, London, Sage.
- Sosial- og helsedepartementet** (1996), *Åpenhet og helhet. Om psykiske lidelser og tjenestetilbudene*, Oslo, <http://www.odin.dep.no/hd/norsk/publ/stmeld/030005-040008/index-dok000-b-n-a.html>.
- Sosial- og helsedepartementet** (2006a), '76 DPS etablert: Mer utviklingsarbeid gjenstår', *Nyhetsbrev psykisk helse*, 6, http://www.shdir.no/vp/multimedia/archive/00012/Nyhetsbrevet_Psykisk_12175a.pdf.
- Sosial- og helsedepartementet** (2006b), 'Et likeverdig tilbud i nord', *Nyhetsbrev psykisk helse*, 6, http://www.shdir.no/psykisk/fagnytt/nyhetsbrevet_psykisk/nr_6_okt_06/et_likeverd_ig_tilbud_i_nord_57915.
- Sosialdepartementet** (1974), *Sykehusutbygging m.v. i et regionalt helsevesen : tilråding*, [Oslo] ,.
- Statens helsetilsyn** (2001), 'Distriktpsikiatriske sentre - organisering og arbeidsområder', Oslo, Statens helsetilsyn.
- Statens helsetilsyn** (2002), 'Spesialisthelsetjenestens veiledningsoppgaver overfor kommunehelsetjenesten. Rapport fra en pilotundersøkelse i Sogn og Fjordane og Sør-Trøndelag i 2001'.
- Statens helsetilsyn** (2003), 'Kartlegging av belegg i psykiatriske akuttavdelinger 2002', i Statens helsetilsyn (red.), *Rapport fra helsetilsynet*, Oslo, http://www.helsetilsynet.no/trykksak/rapporter2003/kartlegging_belegg_psykiatriske_akuttavdelinger_2002_rapport_062003.pdf.
- Statens helsetilsyn** (2004a), 'Oppsummering av tilsyn i 2003 med spesialisthelsetjenester til voksne med psykiske problemer', Oslo, Helsetilsynet, http://www.helsetilsynet.no/trykksak/rapporter2004/oppsummering_tilsyn_2003_pasientrettigheter_somatiske_poliklinikker_rapport_032004.pdf.
- Statens helsetilsyn** (2004b), 'Tilsynsmelding 2003', Oslo, Statens Helsetilsyn, <http://www.helsetilsynet.no/tilsynsmelding/tilsynsmelding2003.pdf>.

- Steine, V.O. og Sosial- og helsedepartementet** (1997), *Pasienten først! : ledelse og organisering i sykehus : utredning fra et utvalg oppnevnt av Sosial- og helsedepartementet 29. april 1996 : avgitt til Sosial- og helsedepartementet 21. januar 1997*, Oslo, Statens forvaltningstjeneste, Norges offentlige utredninger ; NOU 1997: 2, http://odin.dep.no/hod/norsk/dok/andre_dok/nou/030005-020012/dok-bn.html.
- Szasz, T.** (1974), *The myth of mental illness : foundations of a theory of personal conduct* (Rev. utgave), New York, Harper & Row.
- Søndergaard, D.M.** (1999), *Destabilising discourse analysis : approaches to poststructural empirical research*, København, Institut for Statskundskab Københavns Universitet.
- Søndergaard, D.M.** (2000), 'Destabiliserende diskursanalyse: veje ind i poststrukturalistisk inspireret empirisk forskning', i Haavind, H. (red.), *Kjønn og fortolkende metode : metodiske muligheter i kvalitativ forskning*, Oslo, Gyldendal akademisk.
- Sørgaard, K.** (2002), 'Fra institusjonsbehandling til åpen omsorg. Hva frambrakte reformene innen psykisk helsevern?' *Tidsskrift for Norsk psykologforening*, 39, 09/02, 796-805.
- Taylor, S.** (2001), 'Locating and Conducting Discourse Analytic Research', i Wetherell, M., Taylor, S. og Yates, S. (red.), *Discourse as Data. A Guide for Analysis*, London, Sage.
- Tellefsen, T.** (1993), 'Hva har ideologien å si for hverdagspraksisen? Kunnskapssosiologiske perspektiver på tverretattlig samarbeid', i Repstad, P. (red.), *Dugnadsånd og forsvarsverker: tverretattlig samarbeid i teori og praksis*, Oslo, Tano.
- Thomsen, J.P.F.** (2000), 'Diskursanalyse', i Andersen, H. og Kaspersen, L.B. (red.), *Klassisk og moderne samfundsteori* (2. utgave), København, Hans Reitzels Forl.
- Torfinng, J., Dyrberg, T.B. og Hansen, A.D.** (2000), *Diskursteorien på arbejde*, Frederiksberg, Roskilde Universitetsforlag.
- Torgersen, U.** (1994), *Profesjoner og offentlig sektor*, [Oslo], Tano.
- Tveit, H., Haaland, T., Knudsen, H. og Bøe, T.** (2003), *Miljøterapeutiske prosesser i en psykiatrisk avdeling. Forståelse Forankring Forandring*, Stavanger.
- Tøssebro, J.** (1996), *En bedre hverdag? : utviklingshemmedes levekår etter HVPU-reformen*, Oslo, Kommuneforl.
- Villeneuve, L.H., R./ Hancock, M./ Wolf, J.** (2001), 'Establishing process indicators for joint working in mental health: rationale and results from a national survey', *Journal of interprofessional care*, 15, 4, 329-340.
- Vold, B.** (2002), *Psykiatrien på 1990-tallet, mer aktiv behandling*, Oslo, <http://www.ssb.no/emner/03/02/sa56/kap10.pdf>.
- Werner, W.** (2000), 'Wo sind die Grenzen? Von der Institution zur Auflösung der Anstalt. Das Beispiel des Saarlandes.' *Psychiatr Prax*, 27 Suppl 2, S49-52, http://www.ncbi.nlm.nih.gov/entrez/query.fcgi?cmd=Retrieve&db=PubMed&dopt=Citation&list_uids=11048321.
- Wetherell, M.** (1998), 'Positioning and interpretative repertoires: conversation analysis and post-structuralism in dialogue', *Discourse & Society*, 9, 3, 387-412.
- Wetherell, M. og Potter, J.** (1992), *Mapping the language of racism: discourse and the legitimation of exploitation*, New York, Harvester Wheatsheaf.
- Wifstad, Å.** (1997), *Vilkår for begrepsdannelse og praksis i psykiatri : en filosofisk undersøkelse*, [Oslo], Tano Aschehoug.

- Wirtz, V., Cribb, A. og Barber, N.** (2006), 'Patient-doctor decision-making about treatment within the consultation. A critical analysis of models', *Social Science & Medicine*, 62, 1, 116-124.
- Wisløff, N.F. og Helse- og omsorgsdepartementet** (2005), *Fra stykkevis til helt : en sammenhengende helsetjeneste*, Oslo, Statens forvaltningstjeneste, Informasjonsforvaltning, <http://www.regjeringen.no/nb/dep/hod/dok/NOUer/2005/NOU-2005-03.html?id=152579>.
- Zielke, B.** (2005), 'The Case for Dialogue. Reply to: Social Constructionism as Cultism, Carl Ratner, December 2004', *Forum Qualitative Sozialforschung*, 6, 2, <http://www.qualitative-research.net/fqs-texte/2-05/05-2-13-e.htm>.
- Ørstavik, S.** (2002), 'Det tvetydige brukerperspektivet - en teoretisk analyse', i Norvoll, R. (red.), *Samfunn og psykiske lidelser*, Oslo, Gyldendal.
- Ørstavik, S.** (2003), 'Det tvetydige brukerperspektivet', *Psykisk helse*, Rådet for psykisk helse, <http://www.psykiskhelse.no/artikkel.asp?id=1481>.
- Aanonsen, A.-M.** (2003), 'Språk er makt: Psykisk helsevern versus psykiatri', *Tidsskrift for Norsk psykologforening*, 40, 12, 996.

Appendiks

- Transkripsjonsskjema
- Forkortelser
- Intervjuguide
- Melding til Norsk samfunnsvitenskapelig datatjeneste
- Godkjenning Regional komité for medisinsk forskningsetikk REK Nord

Transkripsjonsskjema

Transkripsjon	Betydning	Eksempel
I:	Intervjuer	
R:	Respondent	
1	Pasientnavn anonymisert med nummer	Jeg har hørt at 1 hadde faste innleggelser tidligere?
Ord i store bokstaver	Markerer skifte i volum og aksentuering.	Det var DE som sa det.
.	Korte, middels lange og lange pauser.	Men altså .. jeg syns
- ved slutten og begynnelsen av linjen	Markerer overlapping i tale.	I: Har det bare gått unna i - R: Ja, det har bare blitt sånn. I: -dagens hete?
()	Supplerende situasjonsrelatert kommentar.	I: Stemmer det? (ler litt).
< >	Ordlyd ikke forstått fra opptaket.	Vi har en < > kommer i dag.
<...>	Tekst utelatt i sitat.	Fordi, det vi har sett det er at han er <...> så avhengig av forutsigbarhet. Fordi, det vi har sett det er at han er <en av de som er> så avhengig av forutsigbarhet.
<tredjelinje>	Navnet på en bestemt organisatorisk enhet eller person er anonymisert med linjenivå eller yrkestittel.	Altså <tredjelinje> kan ikke rå over plasser hos oss.

Forkortelser

- DPS – distriktspyskiatrisk senter
NSD – Norsk samfunnsvitenskapelig datatjeneste
REK - Regional komité for medisinsk forskningsetikk
StMeld – Stortingsmelding
NOU – Norges offentlige utredninger
SSB – Statistisk sentralbyrå

Intervjuguide

Siden intervjuene ble gjennomført i forhold til utviklingen i de enkelte pasientkarrierene, varierte også spørsmålene fra gang til gang. Intervjuguiden var, som vanlig i semistrukturerte intervju, utgangspunkt og rammen for samtalene som utviklet seg i forskjellige retninger alt etter i hvilken retning respondentenes svar og intervjuerens forskningsinteresse utviklet seg. De følgende spørsmålene var imidlertid et felles utgangspunkt for alle førstegangs intervju og, for de pasientrelaterte spørsmål, for oppfølgingsintervju.

Pasientrelatert:

- Er pasienten kjent?
- Hva har skjedd i for-/ etterkant av innleggelsen?
- Hva har skjedd siden siste intervju?
- Hvem jobber du sammen med rundt pasienten på ditt/ andre linjenivå?
- Hvem vil du framheve som din nærmeste samarbeidspartner rundt pasienten?
- Har pasienten:
 - En ansvarsgruppe?
 - En individuell plan?
 - Hvem deltar i arbeidet?
- Forhold til andre linjenivå.
 - Har du vært i kontakt med andre (linjenivå/ personer)?
 - Planer framover?
 - Vurdering: Hvor lenge blir pasienten her?
 - Har du møtt dine samarbeidspartnere personlig?
- Har dere en arbeidsfordeling:
 - I teamet/ på tvers av enhetene?
 - Hva er dine oppgaver?
 - Hvem vil du framheve som den med mest autoritet?
- Målsetting for arbeidet:
 - Har du et mål for ditt arbeid med pasienten?
 - Har dere snakket om en felles målsetting?

Generelt:

- Synspunkter om samarbeid med andre personer/ enheter:
 - Kan du beskrive dine oppgaver (i forhold til pasienten/ andre yrkesgrupper/ andre organisatoriske enheter)?
 - Kan du beskrive oppgavene for din organisatoriske enhet/ andre organisatoriske enheter på ditt linjenivå/ andre linjenivå?
 - Kan du beskrive hva du/ andre bakkebyråkrater/ ulike behandlere gjør med pasientene?
 - Hvem er det enklest/ mest vanskelig å jobbe sammen med (enheter/ profesjoner)?
 - Har du opplevd at noen yrkesgrupper/ organisasjoner unndrar seg et samarbeid?
- Når du er i tvil om hva du skal gjøre i forhold til en pasient; har du en tillitsperson du kan spørre om råd (hvem/ hvorfor denne)?
- Er det du gjør behandling?
- Har du noen gang følt at du blir hold utenfor behandlingen av en pasient som du er kontaktperson for?
- Eksempel på vellykket/ dårlig samarbeid med andre?

Jorid Anderssen
Institutt for sosiologi
Det samfunnsvitenskapelige fakultet
Universitetet i Tromsø

9037 TROMSØ

Deres ref.: 07.11.2003

Vår ref.: 200304800-7/BMA2/400

Dato: 24.11.2003

**P REK NORD 72/2003 MELLOM LINJENE I PSYKIATRIEN.
SAMARBEIDSFORMER OG KOMMUNIKASJONSSTRUKTURER MELLOM
FØRSTE-, ANDRE- OG TREDJELINJEN I PSYKIATRIEN — SLUTTVURDERING-
KOMITEEN HAR INGEN INNVENDINGER MOT AT PROSJEKTET
GJENNOMFØRES**

Vi viser til prosjektleders brev av 07.11.2003.

Tilbakemeldingene på komiteens merknader tas til etterretning.

Regional komité for medisinsk forskningsetikk, Helseregion Nord-Norge har ingen innvendinger mot at prosjektet gjennomføres.

Det forutsettes at prosjektet er godkjent av aktuelle formelle instanser før det settes i gang.

Det forutsettes at prosjektet forelegges komiteen på nytt, dersom det under gjennomføringen skjer komplikasjoner eller endringer i de forutsetninger som komiteen har basert sin avgjørelse på.

Komiteen ber om å få melding dersom prosjektet ikke blir slutført.

Vennlig hilsen



Berit Mathisen
førstekonsulent

**REGIONAL KOMITÉ FOR MEDISINSK FORSKNINGSETIKK, NORD-NORGE
REK NORD**

Universitetet i Tromsø, N-9037 Tromsø, telefon 77 64 40 00, telefaks 77 64 53 00
Berit Mathisen, førstekonsulent, direkte innvalg 77 64 53 62, e-post Beritma@fagmed.uit.no



Hans Holmboes gate 22
N-5007 Bergen
Norway
Tel: +47 75 55 58 21 17
Fax: +47 75 55 95 95 50
nsd@nsd.uib.no
www.nsd.uib.no
Org.nr. 985 321 884

Walter Schönfelder
Institutt for sosiologi
Universitetet i Tromsø

9037 TROMSØ

Vår dato: 24.11.2003

Vår ref.: 200300761_GHA/RH

Deres dato:

Deres ref.:

KVITTERING FRA PERSONVERNOVBUDET

Vi viser til melding om behandling av personopplysninger, mottatt 26.08.2003. All nødvendig informasjon om prosjektet forelå i sin helhet 20.11.2003. Meldingen gjelder prosjektet:

10256 *Mellom linjene i psykiatrien. Samarbeidsformer og kommunikasjonsstrukturer mellom første-, andre- og tredjeetningen i psykiatritjenesten*

Norsk samfunnsvitenskapelig datatjeneste AS er upekt som personvernombud av Universitetet i Tromsø, jf. personopplysningsforskriften § 7-12. Ordningen innebærer at meldeplikten til Datatilsynet er erstattet av meldeplikt til personvernombudet.

Personvernombudets vurdering

Etter gjennomgang av meldeskjema og dokumentasjon finner personvernombudet at behandlingen av personopplysningene vil være regulert av § 7-25 i personopplysningsforskriften. Dette betyr at behandlingen av personopplysningene vil være unntatt fra konsesjonsplikt etter personopplysningsloven § 33 første ledd, men underlagt meldeplikt etter personopplysningsloven § 31 første ledd, jf. personopplysningsforskriften § 7-20.

Unntak fra konsesjonsplikten etter § 7-25 gjelder bare dersom vilkårene i punktene a) – e) alle er oppfylt:

- forstegangskontakt opprettes på grunnlag av offentlig tilgjengelige registre eller gjennom en faglig ansvarlig person ved virksomheten der respondenten er registrert,
- respondenten, eller dennes verge dersom vedkommende er umyndig, har samtykket i alle deler av undersøkelsen,
- prosjektet skal avsluttes på et tidspunkt som er fastsatt før prosjektet settes i gang,
- det innsamlende materialet anonymiseres eller slettes ved prosjektavslutning,
- prosjektet ikke gjør bruk av elektronisk sammenslåing av personregistre.

Personvernombudets vurdering forutsetter at prosjektet gjennomføres slik det er beskrevet i vedlegget.

Behandlingen av personopplysninger kan settes i gang

200300761_GHA/RH

Ny melding

Det skal gis ny melding dersom behandlingen endres i forhold til de punktene som ligger til grunn for personvernombudets vurdering.

Selv om det ikke skjer endringer i behandlingsopplegget, skal det gis ny melding tre år etter at forrige melding ble gitt dersom prosjektet fortsatt pågår.

Ny melding skal skje skriftlig til personvernombudet.

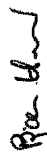
Offentlig register

Personvernombudet har lagt ut meldingen i et offentlig register, www.nsd.uib.no/personvern/register/

Ny kontakt

Personvernombudet vil ved prosjektets avslutning, 31.07.2007, rette en henvendelse angående status for prosjektet.

Vennlig hilsen


Bjørn Heinrichsen


Grethe Halvorsen

Kontaktperson: Grethe Halvorsen tlf. 55583542

Vedlegg: Prosjektbeskrivelse

Kopi: Behandlingsansvarlig Jorid Andersen