

MASTEROPPGAVE

Ledelse ved innføring av pakkeforløp i psykisk helsevern for barn og unge

Kristin S. Breda

15.mai 2020

Master i organisasjon og ledelse

Avdeling for økonomi, språk og samfunnsfag



Forord

Dette studiet har vært en broket reise og en lang læreprosess.

I 2005 tok jeg en lederutdanning på Høgskolen i Oslo. Våren 2009 ble tanken om å ta en Master i ledelse styrket, jeg søkte og kom inn på Master i organisasjon og ledelse ved Høgskolen i Østfold. Høsten 2009 gikk jeg friskt i gang, og gledet meg både over det faglige innholdet, medstudenter og lærerkollegiet ved utdanningsløpet. Den gang var planen å skrive en master om kvalitet i tjenesteyting. Flere forhold blant annet pendling og jobb utenfor fylket gjorde at jeg dessverre måtte velge å avslutte før fullført løp.

Fra mars 2018 kom jeg tilbake til Østfold og etter kort tid søkte jeg meg inn på masterstudiet på nytt med spørsmål om mulighet for å fullføre.

Denne gang med blikket rettet mot lederes arbeid med en ny reform: Innføring av pakkeforløp i psykisk helsevern for barn og unge.

Jeg vil rette en takk til Høgskolen i Østfold, til førsteamanuensis Frode Hübertz Haaland ved avdeling for økonomi, språk og samfunnsfag, og seniorrådgiver Karin Helene Anker Rasch, for at dere var så positive til å legge til rette for at det skulle la seg gjøre. Jeg fikk komme inn i studiets 3.år – og har derfra hengt med etter beste evne i studieprogresjon og arbeidsoppgaver.

Mitt mål med studiet har vært å lære om organisasjoner og ledelse for å forbedre og utvikle mitt eget arbeid som leder - og å lære om å forske og skrive.

Min veileder i dette Masterarbeidet har vært førsteamanuensis Mats Göran Persson, avdeling for økonomi, språk og samfunnsfag, Høgskolen i Østfold. En stor takk til deg for god støtte og passe utfordring gjennom prosessen.

Og sist, men ikke minst, takk til min kjære Truls som alltid støtter meg i alle mine valg – også dette å fullføre masterarbeidet.

Sammendrag

Ledere i psykisk helsevern for barn og unge i Norge har etter beslutning fra storting og regjering, fra 1.januar 2019 hatt i oppdrag å innføre flere pakkeforløp for psykisk helse i sine virksomheter. I denne studien har jeg gjennom en kvalitativ tilnærming ved intervjuer av førstelinjeledere i barne- og ungdomspsykiatriske poliklinikker i Norge, undersøkt hvordan disse lederne arbeider med innføringen av pakkeforløp.

Som teoretisk ramme har jeg tatt utgangspunkt i Røviks translasjonsteoretiske perspektiv knyttet til oversettelse ved innføring av reformer og ideer.

Jeg har undersøkt hvordan førstelinjelederne forstår og oversetter innhold og mening i pakkeforløpene, hvordan de omformer og tilpasser dem i egne seksjoner, og på hvilken måte lederne bruker sin translatørkompetanse i arbeidet med oversettelsen slik at de blir forstått og tatt imot egen organisasjon.

Studien viser at førstelinjelederne har jobbet systematisk med oversettelse gjennom å sette seg godt inn i mål, hensikt og innhold i pakkeforløpene, ved å involvere viktige aktører i oversettelsesarbeidet og delta på og etablere egnede arenaer i oversettelseskjeden for operasjonalisering og konkretisering av pakkeforløpene.

Førstelinjelederne oppfatter pakkeforløpene som en strukturreform med begrenset frihet til oversettelse og omforming, særlig gjelder dette frister og koding. Økt antall koder kombinert med dårlige dataregistreringsverktøy kritiseres av lederne i studien og påvirker holdningen til pakkeforløpene i negativ retning. Dette sammen med øvrige kontekstuelle rammebetingelser gjør at lederne på en pragmatisk funksjonell måte omformer, legger til, trekker fra og tilpasser pakkeforløpene slik at det passer best mulig med den totale lokale virksomheten i poliklinikken. Dette kan utgjøre en risiko for mangelfull oppnåelse av hensikt med pakkeforløpene.

I arbeidet med innføring av pakkeforløpene har førstelinjelederne anvendt translatørkompetanser som kunnskap, mot, kreativitet, tålmodighet, styrke og utholdenhet for å informere om mål og hensikt, håndtere ansattes motstand og sortere og komme fram til pragmatiske og funksjonelle oversettelser.

Innholdsfortegnelse

<i>Forord</i>	2
<i>Sammendrag</i>	3
1 Innledning	1
1.1 Ledelse ved innføring av pakkeforløp i psykisk helsevern - barn og unge.	2
1.2 Innføring av Pakkeforløp i psykisk helse og rus	5
1.3 Offentlige velferdstjenester de siste 30-40 årene.....	11
1.4 Kritikk mot helsetjenestene i psykisk helsevern.	12
1.5 Synspunkter på pakkeforløp i psykisk helse og rus.....	14
2 Problemstilling	17
2.1 Forskningsspørsmål.....	18
2.2 Avgrensning.....	19
3 Translasjonsteori som teoretisk utgangspunkt	21
3.1 Oversettelse.....	22
3.1.1 Dekontekstualisering -når praksis oversettes til ideer	22
3.1.2 Kontekstualisering – når ideer oversettes til praksis.....	24
3.2 Omforming og tilpasning.....	26
3.3 Translatørkompetanse.....	26
4 Forskningsdesign og -metode	30
4.1 Kvalitativ forskning og dets relevans for dette forskningstema	30
4.2 Forskningsdesign.....	31
4.3 Utvalg	31
4.4 Dokumenter	34
4.5 Sammenligning	35
4.6 Datainnsamlingsmetoder	35
4.7 Semistrukturert intervjuguide.....	36
4.8 Analysemetoder	36
4.9 Dataene - Intervjuene.	37
4.10 Koding.....	38
4.11 NSD-søknad	42
4.12 Troverdighet og pålitelighet.....	43
4.13 Ethiske overveielser.....	44
5 Analyse	45
5.1 Hvordan oversetter førstelinjeledere i BUPP pakkeforløpene i psykisk helsevern for barn og unge?	46

5.1.1	Styringssignaler.....	48
5.1.2	Holdning til pakkeforløp.....	62
5.1.3	Struktur – i forhold til temaet lederes oversettelse	70
5.2	Hvordan omformer og tilpasser førstelinjelederne pakkeforløpet til egen virksomhet?	72
5.2.1	Medvirkning.....	74
5.2.2	Tilpasning	76
5.2.3	Struktur – i forhold til omforming og tilpasning	89
5.3	Hvilke translatørkompetanser viser seg hos førstelinjelederne i dette arbeidet?.....	90
5.3.1	Skape felles forståelse for hensikt.....	95
5.3.2	Anerkjenne utfordringer.....	101
5.3.3	Struktur – i forhold til translatørkompetanser hos lederne	109
6	Oppsummerende diskusjon	115
6.1	Konklusjon.....	115
6.2	Diskusjon.....	116
6.2.1	Hvordan oversetter førstelinjeledere pakkeforløpene i psykisk helsevern for barn og unge?	117
6.2.2	Hvordan omformer og tilpasser førstelinjelederne pakkeforløpene til egen virksomhet?	120
6.2.3	Hvilke translatørkompetanser viser seg hos førstelinjelederne i dette arbeidet? ...	121
6.2.4	Betraktninger knyttet til det som har kommet fram i studien.	124
6.2.5	Betraktninger knyttet til skriveprosessen.....	126
	Referanser.....	128
	Vedlegg.....	132

1 Innledning

Pakkeforløp for psykiske lidelser hos barn og unge ble innført i Norge fra januar 2019. Det har vært et langt forarbeid gjennom flere år, og synspunktene og motforestillingene på forhånd har vært mange og sterke.

Denne studien retter seg mot hvordan ledere i front i poliklinikker i psykisk helsevern for barn og unge arbeider med innføringen av pakkeforløpene i psykisk helsevern for barn og unge.

I kapittel 1 Innledning presenteres bakgrunn og interesse for temaet ledelse ved innføring av pakkeforløp i psykisk helsevern for barn og unge. Leseren får så informasjon om innføringen av pakkeforløpene med dets hensikt og innhold. Deretter gis en kort gjennomgang av bakgrunn for innføring av globale trender for organisasjonsutvikling i helsevesenet, litt informasjon om kritikk som har vært mot psykisk helsevern og som gir et bakteppe for myndighetenes behov for innføring av nye reformer, og tilslutt en kort gjennomgang av forskjellige synspunkter på pakkeforløpene i det offentlige ordskifte og i noen undersøkelser.

I kapittel 2 gjøres rede for min problemstilling, mine forskningsspørsmål og avgrensninger i oppgaven.

I kapittel 3 gjennomgås den teorien jeg benytter ved analyse av dataene, primært Translasjonsteori slik den framstilles av Røvik.

I kapittel 4 presenteres forskningsdesign og metode. Studien er en kvalitativ studie med semistrukturerte intervjuer. Utvalget beskrives, analysemetoder, behandling av dataene, hvordan kodingen er gjort og godkjenning av NSD. I dette kapitlet omtales også studiens troverdighet og etiske overveielser.

I kapittel 5 Analyse, presenteres dataene med min argumentasjon, funn og drøfting sett opp mot studiens tre forskningsspørsmål og teori.

I kapittel 6 finner vi konklusjon, oppsummerende diskusjon, om skriveprosessen og mulige videre studier.

1.1 Ledelse ved innføring av pakkeforløp i psykisk helsevern - barn og unge

Denne studien retter seg mot hvordan ledere i front i poliklinikker i psykisk helsevern for barn og unge har tatt imot, formidler innhold og hensikt, forbereder og legger til rette for at det skal forstås og fungere i den daglige driften, hvordan de forandrer og tilpasser innholdet til den kontekst de er i, hvordan de møter praktiske og holdningsmessige utfordringer - rett og slett hvordan førstelinjelederne arbeider med implementering av pakkeforløpene.

Min interesse for temaet kommer fra mange års tidligere arbeid i psykisk helsevern for barn og unge (BUP), både som klinisk sosionom/familieterapeut og som seksjonsleder. Å være leder i forskjellige typer omstillings- og endringsprosesser kan være både givende og utfordrende. Det er interessant å få tak i hvordan ledere selv tenker om sin egen rolle, ansvar og bidrag inn i slike prosesser.

Ledelse kan ses på som en helt sentral faktor for å lykkes med innføring av nye nasjonale retningslinjer slik pakkeforløpene må forstås å være. Pakkeforløpene handler om organisering, logistikk, framdrift, styring og ledelse av arbeidsstokken, faglig innhold, kvalitet i tjenestetilbudet, kompetanse, kunnskapsgrunnlag for fagutøvelse, samhandling, brukermedvirkning og sikring av at tjenestetilbudet skal være likeverdig uavhengig av hvor du bor i landet. Dette berører i stor grad områder som ses på som ledelse og styring, oppgaver som er knyttet til formelle ledere, men også til ansatte med sterk faglig og strukturell posisjon og makt.

Det fordres både et leveranse- og et utviklingsperspektiv av ledere i BUP i dag, jamfør for eksempel «Forskrift om ledelse og kvalitetsforbedring i helse- og omsorgstjenesten» fra 2016 (Helse-og-omsorgsdepartementet, 2017), og «Plattform for ledelse i staten» fra 2008 (Administrasjonsdepartementet, 2008). Ledere i front står midt i krysspresset mellom kollegaer og overordnet ledelse. De skal oversette og kommunisere begge veier. Ledere og ansatte kan se at endring i mange sammenhenger er nødvendig, andre ganger kan de tenke at det er «feil medisin». Ledere i BUP er etter det jeg kjenner til, som oftest selv fagpersoner med høy kompetanse og lang erfaring innenfor arbeid med barn og unge med psykiske lidelser. De har blitt ledere på forskjellige måter; når noen slutter rekrutteres det ofte i egen virksomhet eller avdeling, gjerne som konstitueringer som etter hvert

blir fast tilsetting, eller de har søkt og fått jobben på grunn av kombinasjon av fagkunnskap og lederevner. Det er grunn til å anta at mange ledere kjenner seg trukket mellom fokus på fag versus styring og ledelse, og hvor det for mange ikke alltid oppfattes som godt faglig arbeid å rette seg etter alle styringssignaler som kommer fra politisk hold og fra overordnet ledelse i egen organisasjon. Dette erfarer nok også mange av medarbeiderne «på gulvet», behandlere med behov for og tradisjon for høy egen autonomi i forhold til eget arbeid, og det kan lett bli mismatch mellom forventninger hos dem og hos ledere på alle nivåer. Dette er temaer som er kjent i teorien, for eksempel i Arbeiderkollektivet av Sverre Lysgaard (Lysgaard, 1967). Helsetjenestene utøves og ledes i stor grad av ansatte med høy faglig kompetanse, såkalt profesjonsbyråkrati, jamfør Mintzberg i Jacobsen (Jacobsen, 2004/2009, s. 81-82) De har tradisjonelt hatt stor autonomi og selv besluttet alt faglig innhold, sikret kvalitet og nødvendig samarbeid og fordelt tjenester til brukerne. Når det «ovenfra» styres sterkt på flere områder er det naturlig at det kan skape mistenksomhet og motstand i organisasjonene. Vellykket kontekstualisering og implementering av ovenfra besluttede reformer og ideer har vist seg å skje i svært varierende grad. Hvorvidt ideene overføres og tas inn er avhengig av flere faktorer (Røvik, 2007).

Når myndighetene satser så sterkt på pakkeforløp som pasientrettighet er det grunn til å anta at det ligger mye prestisje og kraft fra politisk hold på gjennomføring og krav til resultater. Endringene er planlagt og i offentlig forvaltning legges det vekt på å følge opp beslutning, beskrivelse og gjennomføring med evaluering og justering av intervensjoner. Demings forbedringshjul anbefales ofte som modell for kvalitetsforbedring (Folkehelseinstituttet, 2015), se figur 1.

Figur 1 Demings sirkel



Det er signalisert fra direktorats- og departementshold at innføringen skal monitoreres og evalueres nøye.

Det er også signalisert fra myndighetene at dette er et utviklingsarbeid (Helsedirektoratet, 2019c), og tjenestene/helseforetakene blir oppfordret til å registrere egen status i forhold til forskjellige områder og lage planer for endring og utvikling i retning av å lykkes i gjennomføring med pakkeforløpene. Det er utarbeidet et excelskjema for Statuskartlegging for Psykisk helsevern for barn og unge (PHBU) som skal hjelpe sykehusene å få nødvendig framdrift og sikre implementeringen.

Pasienter og foresatte har på forskjellig måte de senere årene uttrykt at de trenger andre tjenester fra BUP og at de ønsker å medvirke aktivt i utformingen av tilbudet. Det er økende krav fra myndighetene på flere områder. Begrunnet i forventninger om høyere kvalitet i tilbudet til pasientene settes økende krav til produksjon gjennom økt krav til aktivitet og til styring gjennom endring av finansieringssystem med stykkprisfinansiering som mer vesentlig del av finansieringen av BUP. Organisasjonene og deres ansatte settes på strekk fordi finansieringen i sterkere grad knyttes til aktivitet. Jamfør retningslinjene for Innsatsstyrt finansiering (ISF) (Helsedirektoratet, annual).

Det forventes av ledere i BUP på alle nivåer at de jobber lojalt med de overordnede målene, implementerer nye krav og sørger for effektiv drift og god kvalitet i tjenestetilbudet.

Ved innføring av nye retningslinjer er det en lang vei fra beslutning til praksis. I det norske systemet er pakkeforløpene besluttet på regjeringsnivå etter omfattende forarbeid og plan for implementering i regi av Helsedirektoratet (Helsedirektoratet, 2018). Det er sendt ut styringsinformasjon i linjen og ledernivåene i de regionale helseforetakene, de lokale helseforetakene, klinikker, de aktuelle avdelinger og seksjoners ledere har på hvert nivå fått informasjon om pakkeforløpene, deres mål og middel. Hvordan de forstår innhold og mening, og hvordan de snakker om det i eget sykehus, egen klinikk, avdeling og seksjon vil i stor grad påvirke hvordan de lederne og medarbeiderne som er under dem i organisasjonshierarkiet vil forstå,

fortolke og skape meningsinnhold til hva som er vesentlig og viktig med pakkeforløpene. Hvor de forskjellige lederne setter lyskasteren – hva de velger ut og hva de velger bort, hva de løfter fram og hva de reduserer betydningen av, vil sannsynligvis variere og igjen ha påvirkning på behandlerne som skal utøve det daglige arbeidet med pasientene i henhold til pakkeforløpene.

Denne studien handler om å undersøke hvordan ledere i BUP i Norge forholder seg til de innførte pakkeforløpene i psykisk helsevern for barn og unge. Hvordan forstår de mål og hensikt med pakkeforløpene? Hvordan oversetter de og skaper mening til innholdet i de forskjellige pakkeforløpene inn i egne virksomheter og hvordan arbeider de med den besluttede implementering av pakkeforløpene?

For å kunne gjøre vurdering og analyse av informantenes utsagn må jeg som forsker ha god kjennskap til det jeg undersøker, og jeg vil derfor i neste underkapittel gi en kort framstilling av plan for utarbeidelse og innføring, intensjon med og innholdet i pakkeforløpene i psykisk helsevern for barn og unge.

1.2 Innføring av Pakkeforløp i psykisk helse og rus

Storting og regjeringen Solberg besluttet i Nasjonal Sykehusplan 2015-2016, at det, på samme måte som for kreft, og etter modell fra Danmark, skulle legges til rette for innføring av pakkeforløp for psykiske helsetjenester og rusbehandling (Helse-og-omsorgsdepartement, 2015-2016, s. 57). Pakkeforløpene skulle innføres uten ekstra tilførsel av ressurser i tjenestene.

Danmark innførte pakkeforløp i psykisk helsevern for flere år siden. Det har vært både positive og negative reaksjoner på pakkeforløpene der. Tre sentrale aktører i dansk psykiatri skrev en artikkel i Morgenbladet i september 2015 hvor de gikk gjennom erfaringer med pakkeforløp i Danmark og henstilte det norske fagmiljøet til å adressere flere ankepunkter i samarbeidet med norske helsemyndigheter ved utarbeidelsen av pakkeforløp i Norge (Heinskou, 2015).

Helsedirektoratet har hatt hovedansvaret for arbeidet. Det er gjennomført omfattende forarbeid i flere bredt sammensatte arbeidsgrupper. Arbeidsgruppens forslag har vært ute på høring og det ble gitt svært mange høringsuttalelser.

Det var meningen at de første pakkeforløpene skulle igangsettes fra begynnelsen av 2018, det ble så først utsatt til ca september 2018, og de siste beslutningene ble iverksetting fra januar 2019. De første informasjonsmøtene fra Helsedirektoratet om pakkeforløpene ble gjennomført 12.09.18, og flere lanseringskonferanser ble gjennomført over hele landet i oktober 2018.

Intensjonen med innføring av pakkeforløp i psykisk helse og rus blir tydeliggjort i helseminister Bent Høies tale på Lanseringskonferanse Pakkeforløp psykisk helse og rus, 12.09.18 (Høie, 2018) :

Vi trenger trygghet og forutsigbarhet når sykdom rammer. Å ikke vite hva som skjer gjør det tyngre å være syk. I 2015 innførte regjeringen pakkeforløp for kreft. Det har ført til at kreftpasientene har fått bedre behandling og føler seg tryggere. Nå skal pasienter med psykiske lidelser og rusproblemer få den samme tryggheten og forutsigbarheten.

De 3 første pakkeforløpene for psykisk helse og rus, som er innført fra januar 2019 er generelle forløp uavhengig av tilstand:

Pakkeforløp utredning og behandling;

- 1) **ett for barn og unge i psykisk helsevern**, (Helsedirektoratet, 2019c)
- 2) ett for voksne i psykisk helsevern og
- 3) ett for tverrfaglig spesialisert rusbehandling.

De tre neste som er innført fra medio februar 2019 er mer diagnosespesifikke;

- 4) **Pakkeforløp for spiseforstyrrelser hos barn og unge**, (Helsedirektoratet, 2019e, s. 213-244)
- 5) **Pakkeforløp ved mistanke om psykose, hos barn, unge og voksne** og (Helsedirektoratet, 2019d)
- 6) **pakkeforløp ved OCD (obsessive compulsive disorder)**. (Helsedirektoratet, 2019b)

Det er altså fra 2019 innført fire pakkeforløp for barn og unge i psykisk helsevern.

Pakkeforløpene er publisert elektronisk og oppdateres elektronisk på Helsedirektoratets hjemmeside. Det er etter hva jeg kjenner til, oversendt diverse informasjon til de lokale helseforetakene for hjelp til implementering av forløpene, uten at jeg har direkte tilgang til dette. På Helsedirektoratets hjemmesider har jeg den 20.05.19 hentet følgende informasjon om hva pakkeforløp er:

Pakkeforløp

Nasjonale pakkeforløp er normerende pasientforløp for konkrete diagnoser eller grupper av pasienter. Pakkeforløpene er politisk initiert på bakgrunn av et ønske om mer forutsigbarhet, trygghet og brukermedvirkning for pasientene.

De ulike pakkeforløpene har noe ulikt innhold og inneholder anbefalinger om alt fra kvalitetskrav, roller, ansvar, organisering og forløpstider for utredning, behandling, oppfølging og dialog med pasient og pårørende.

Det er to typer pakkeforløp:

Diagnosespesifikke som bygger på en faglig retningslinje eller et handlingsprogram. Eksempel: Kreft, hjerneslag og spiseforstyrrelser barn og unge.

Generelle pakkeforløp som gjelder flere pasientgrupper på tvers av diagnose, men hvor pasientgruppene behandles i de samme tjenestene. I disse pakkeforløpene inngår alle pasienter i et tjenesteområde i pakkeforløpet, så pakkeforløpet er en beskrivelse av organiseringen av tjenesten. Eksempel: Psykisk helsevern og tverrfaglig spesialisert rusbehandling (TSB), (Helsedirektoratet, 2019a).

På den samme nettsiden står det den 06.04.20 står følgende om pakkeforløp:

Pakkeforløp

Et pakkeforløp er et normerende pasientforløp som beskriver organisering av utredning, behandling og oppfølging, kommunikasjon med pasient og pårørende, samt ansvars plassering og konkrete forløpstider. Et pakkeforløp skal bygge på nasjonale faglige retningslinjer der det finnes, alternativt på best tilgjengelig kunnskap og faglig konsensus.

Det er to typer pakkeforløp:

Tilstands-/diagnosespesifikke: Pakkeforløpet omhandler pasienter med én type tilstand eller diagnose.

Tilstands-/diagnoseuavhengig pakkeforløp: Pakkeforløpet omhandler flere pasientgrupper på tvers av flere tilstander eller diagnoser (Helsedirektoratet, 2019a).

Direktoratets egen omtale av pakkeforløpenes normerende karakter har altså endret seg noe i løpet av året, og det fremheves sterkere i den siste versjonen at pakkeforløpet **beskriver organisering** av utredning, behandling og oppfølging, **kommunikasjon** med pasient og pårørende, samt **ansvarsplassering** og konkrete **forløpstider**. Dette handler i stor grad om struktur.

Pakkeforløpene for psykisk helsevern for barn og unge har noen felles elementer som går igjen i alle sammen:

Pakkeforløpene starter i kommunen

Alle **pakkeforløpene starter i kommunen**, med fokus på hva kommunen/henvisende lege kartlegger, vurderer og har gjort av tiltak samt hvordan pasientene har fungert. Selv om det står at pakkeforløpene starter i kommunen, registreres oppstart først etter at spesialisthelsetjenesten, her BUPP, har vurdert henvisningen etter nasjonale prioriteringsveiledere, for eksempel Prioriteringsveileder Psykisk helsevern for barn og unge (Helsedirektoratet, 2015), gitt rett til helsehjelp og pasienten tas inn i et pakkeforløp. Da starter også kodingen knyttet til frister.

Pakkeforløpene har frister og målepunkter som skal kodes.

Alle pakkeforløpene i psykisk helse har eksplisitte **frister som skal kodes** knyttet til forskjellige målepunkter i forløpet; Vurdering av henvisning skal skje innen 10 dager og det settes frist for oppstart utredning eller behandling, dette følger prioriteringsveilederen men er også fastsatt som målepunkt i pakkeforløpet. Basis utredning i det **generelle forløpet** skal gjennomføres innen 6 uker, utvidet utredning skal skje innen ytterligere 6 uker, ved oppstart behandling i spesialisthelsetjenesten skal første evaluering gjennomføres innen 6 uker ved det generelle forløpet, deretter hver 12.uke. De diagnosespesifikke forløpene har litt andre frister.

Bruk av standardisert verktøy for måling av symptom og/eller funksjon
Symptomvurderingsskjemaet cGAS eller tilsvarende standardisert verktøy for måling av symptom og/eller funksjon skal brukes, og de bør ifølge pakkeforløpsbeskrivelsene benyttes tidlig i utredningen og ved avslutning av pakkeforløpet.

Brukermedvirkning

Barn og foreldre skal aktivt kunne medvirke i utforming av utredning og behandlingstilbudet, De skal få informasjon og kunne velge tilgjengelige behandlingsmetoder. De skal delta aktivt i evaluering. Barn skal få informasjon tilpasset deres alder og modning. Det skal kodes om dette faktisk gjennomføres.

Samhandling på tvers av tjenester vektlegges

Det skal kodes når det gjennomføres samarbeidsmøter med andre instanser.

Pasienters og foresattes systematiske tilbakemelding til tjenesten og behandleren.

Feedbackverktøy skal benyttes for å registrere pasienters og foresattes opplevelse av tilbudet. Dette skal kodes ved avslutning av tilbudet.

Avslutning av pakkeforløpene. Det gis mange forskjellige alternative måter å avslutte et pakkeforløp. Avslutningsmåte skal kodes.

Forløpskoordinering både i kommune og spesialisthelsetjeneste vektlegges

Det framgår i alle forløpene at det skal utpekes forløpskoordinatorer for pakkeforløpene i spesialisthelsetjenesten. De skal blant annet kunne kontaktes av pasienter, foresatte, henvisere og lokale samarbeidsparter og samarbeide med koordinatorer i kommunen. De skal koordinere hele forløpet for den enkelte pasient og de skal ha et overordnet ansvar for at forløpstider følges og at målepunkter blir kodet. Kommunene avgjør selv hvordan de organiserer koordineringen.

Det faglige innholdet i pakkeforløpene

Som det framgår av forklaringen om pakkeforløp på Helsedirektoratets

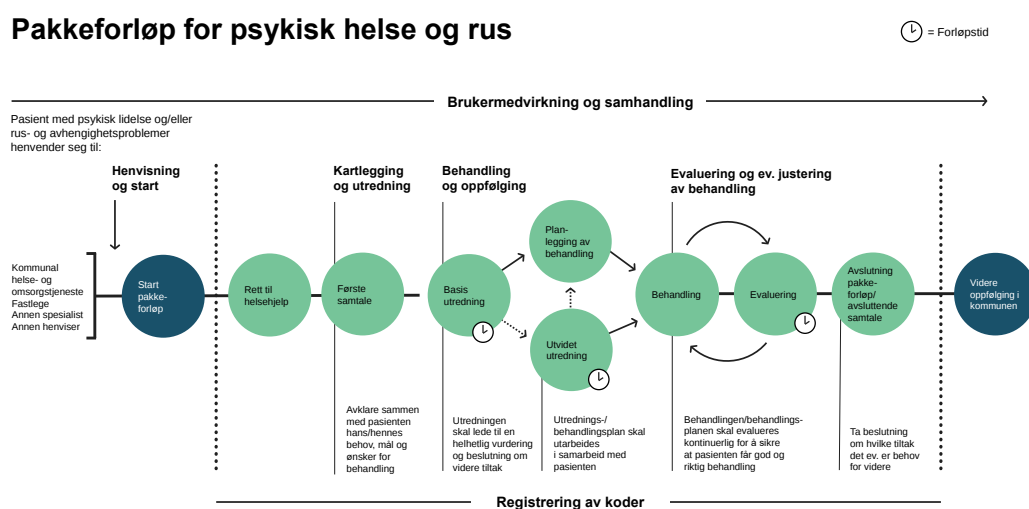
hjemmeside bygger de diagnosespesifikke forløpene på en faglig retningslinje, alternativt på best tilgjengelig kunnskap og faglig konsensus.

De generelle forløpene gjelder alle pasienter som benytter seg av en tjeneste og handler mer om organiseringen av tjenesten. Det ser imidlertid ut som det generelle pakkeforløpet for utredning og behandling av barn og unge i psykisk helsevern har hentet inn ganske detaljert info om hva som anbefales gjennomført og hvordan. I kapittel 9 i pakkeforløpet framkommer referanser til kunnskapsgrunnlaget, at det har vært gjennomført brede høringer og informasjon om hvem som har sittet i arbeidsgruppen.

Helsedirektoratet har utgitt en «Nasjonal plan for implementering av pakkeforløp i psykisk helse og rus 2018-2020» (Helsedirektoratet, 2018).

Helsedirektoratet har også laget et flyttdiagram som beskriver pakkeforløp for psykisk helse og rus. Se fig.2

Figur 2: Illustrasjon Pakkeforløp for psykisk helse og rus, utarbeidet av Helsedirektoratet.



Målsetningene for pakkeforløpene er 5 - delte:

1. Økt brukermedvirkning og brukertilfredshet
2. Sammenhengende og koordinerte pasientforløp
3. Unngå unødige ventetider

4. Likeverdig tilbud til pasienter og pårørende uavhengig av hvor i landet de bor
5. Bedre ivaretagelse av somatisk helse og gode levevaner

Det er et mål at pasientene skal oppleve mer sammenheng i tjenestetilbudet uavhengig av hvor i landet hjelpen ytes, hvem som yter den og hvordan tilbudet er i kommunen og spesialisthelsetjenesten. Hvordan klare å sørge for gode helsetjenester på spesialisthelsenivå som både er tilpasset den enkelte pasients ønsker og behov, at de er likeverdige og gis raskt og uten unødig ventetid? Dette er viktige spørsmål som medarbeidere og ledere i alle helsetjenester er opptatt av.

I den nasjonale planen for implementering av pakkeforløpene framkommer det at «folk ... skal ha likeverdige tilbud» og at pakkeforløpene «skal bidra til å løse noen av dagens utfordringer, blant annet når det gjelder variasjon i ventetider, utredning og behandling. Brukere og pårørende gir tilbakemelding om mangelfull innflytelse i behandlingen, og at det er behov for mer sammenhengende og koordinerte tjenester.» ... Det uttrykkes også at «Forløpene er et utviklingsarbeid som bygger på nasjonale faglige retningslinjer og veiledere» (Helsedirektoratet, 2018, s. 1).

Vi har nå sett på plan for utarbeidelse og innføring, intensjon med og innholdet i pakkeforløpene i psykisk helsevern for barn og unge. Jeg vil i neste underkapittel gi et lite innblikk i utviklingen av de offentlige velferdstjenestene gjennom de siste 30-40 årene og vise at noe av bakgrunnsteppet for utviklingen i retning på tjenester og organisasjoner mot mer standardisering, prosessstyring og forløpsplanlegging er knyttet til den globale og internasjonale utvikling og overføring av konsepter for organisering og ledelse (Røvik, 2007).

1.3 Offentlige velferdstjenester de siste 30-40 årene

Offentlige tjenester og velferdssystemer finansieres over borgernes skattesedler. Det må kunne sies at det er en utbredt oppfatning i folket og hos politikerne at disse tjenestene skal tjene folket med gode og nødvendige tjenester med høy faglig kvalitet og god ressursutnyttelse. Det har de siste 30-40 årene vært en stadig tydeligere politisk prosess inn mot de offentlige velferdssystemene i Norge med fokus på bedre utnyttelse av samfunnets ressurser, bruk av økonomiske modeller

og ledelsestenkning fra næringslivet. Det er flere nasjonale og globale årsaker til denne trenden; de offentlige budsjettene i Norge økte betydelig, inflasjonen flatet ut, kostnadsnivået måtte komme under kontroll. Mange internasjonale programmer for økonomi og ledelse ble forsøkt innført; NPM, TQL, LEAN. Målene var å få kontroll på kostnadsnivået, likere fordeling av velferdsgodene, økt krav til produktivitet og kvalitet, bedre samordning og utnyttelse på tvers av tjenestenivåer og sist men ikke minst et stadig økende fokus på at brukerne må få medvirke aktivt i utformingen av tjenestetilbudet. Tenkningen og språket fra næringslivet om prosessstyring, bedre flyt og reduksjon av ikke-produktiv tid i forhold til primæroppgaven er sentrale.

Helse-, velferds- og sosialtjenestene arbeider i stor grad med komplekse problemer. Noen av disse er av en karakter som kan styres gjennom behandlingslinjer og forløp, da de jobber med det Vabø kaller «tamme» problemer (Vabø, 2014, s. 17).

Utviklingen av behandlingslinjer i helsetjenesten startet inne i sykehus knyttet til arbeid med spesifikke diagnoser og avgrensede problemer. LEAN-tankegang og prosessforbedring er kjent i norske sykehus i 2019. Etterhvert har politikerne utvidet arbeidet med forløp til områder for «uregjerlige» problemer; med flertydige årsaker, som er vanskelige å avgrense, uten at vi vet når de er løst og hvor hvert problem er unikt (Vabø, 2014). Dette gir andre utfordringer og det er antatt at det er vanskeligere å styre pasientbehandling innen psykisk helse med forløpstenkning. Med samhandlingsreformen, St.meld. nr 47, (Det-kongelige-helse-og-omsorgsdepartement, 2009) innfører myndighetene ytterligere forventninger til tjenestene om å samarbeide og utvikle forløp for brukere og pasienter som henger sammen. Denne og andre helsereformer kommer blant annet som en reaksjon på befolkningens, brukeres og tilsynsmyndigheters kritikk mot mangler i tjenestene.

1.4 Kritikk mot helsetjenestene i psykisk helsevern.

Som del av grunnlaget for myndighetenes fokus på og ønske om forbedring av tjenestene ligger det forskning, tilsyn, rapporter fra brukere og brukerorganisasjoner. Her nevnes to eksempler:

Riksrevisjonen gjorde i 2015-2016 en undersøkelse av ressursutnyttelse og kvalitet i helsetjenesten etter innføringen av samhandlingsreformen (Riksrevisjonen, 2015-2016). Denne satte blant annet søkelyset på mangler i både spesialisthelsetjenestens og kommunenes måte å samarbeide og utvikle koordinerte og sammenhengende tjenester for pasienter med behov for psykiske helsetjenester.

Det foreligger en Pasopp-rapport fra Folkehelseinstituttet fra høsten 2018; «Pakkeforløp for psykisk helse og rus. Resultater fra en spørreskjemaundersøkelse i befolkningen» (H. Iversen, 2018). «Målet var å undersøke hvordan befolkningen vurderte ulike forhold og utfordringer rundt helsetjenestetilbudet pasienter innenfor psykisk helsevern og rusbehandling får før implementeringen av Pakkeforløpene». Hovedbudskapet fra resultatene fra spørsmålene knyttet til helsetjenestetilbudet til pasienter med psykiske lidelser/plager var følgende:

- 76 prosent har inntrykk av at helsetjenestetilbudet er «veldig dårlig», «ganske dårlig» eller «både og»
- 78 prosent svarte at de «ikke i det hele tatt», «i liten grad» eller «i noen grad» føler seg trygg på at de ville fått den beste behandlingen som er tilgjengelig
- 85 prosent var «helt uenig», «ganske uenig» eller «både og» i påstanden om at helsetjenestene er tilgjengelige når pasientene har behov for det
- 76 prosent var «helt uenig», «ganske uenig» eller «både og» i påstanden om at helsetjenestene legger til rette for god livskvalitet for pasientene og pårørende
- 35 prosent var «ganske enig» eller «helt enig» i påstanden om at behandlingen har høy kvalitet
- 31 prosent var «ganske enig» eller «helt enig» i påstanden om at helsetjenestene alltid setter pasientene i sentrum
- 77 prosent svarte «ikke i det hele tatt», «i liten grad» eller «i noen grad» på spørsmålet om helsetjenestetilbudet nærstående fikk var tilfredsstillende
- 67 prosent svarte «ikke i det hele tatt», «i liten grad» eller «i noen grad» på spørsmålet om egne erfaringer med tilbudet var tilfredsstillende

Samtidig med at brukere, befolkningen, tilsynsmyndigheter og lovgivere ser flere kritikkverdige forhold ved tjenestene som gjør at det er grunnlag for forbedringsarbeid er det også forskjellige synspunkter på pakkeforløpene og hva som er «rett medisin» for tjenestene fra fagfolk og ledere i BUPP. Vi vil i neste underkapittel se på noen av disse synspunktene.

1.5 Synspunkter på pakkeforløp i psykisk helse og rus

Det råder mange forskjellige synspunkter omkring pakkeforløp i psykisk helse blant brukere, fagfolk og ledere i Norge. Mange er positive til pakkeforløpenes mål og hensikt. Noen innvendinger har vært at pasienter må behandles individuelt, at de ikke er en «pakke» og at et utrednings- og behandlingsforløp til den enkelte pasient må skreddersys og tilpasses den enkelte. Det er for eksempel ikke lett å sette en fast tidsramme for tilbudet, da det er så mange uforutsette faktorer som bidrar til forsinkelser og utsettelse; sykdom hos pasient, foresatte, lærere, behandlere i BUPP, det kan være at ungdom må møte på skolen for å få karakterer eller at de glemmer timer (Haugland, 2018).

Innføring av reformer og endring i praksis uten samtidig økte ressurser oppfattes av mange som krevende og til en viss grad umulig og uønsket. Det er mange interesser som kan komme i konflikt med hverandre (B. J. Andersen, 2018; Udem, 2018).

Den første rapporten fra evalueringsarbeidet omkring pakkeforløpene kom fra SINTEF i januar 2020: «Pakkeforløp for psykisk helse og rus – fagfolks erfaringer første året» (Ådnanes, 2020). Denne rapporten er utarbeidet på bakgrunn av en spørreundersøkelse til alle ansatte i rus og psykisk helsevern, en kvalitativ studie og det er innhentet informasjon fra kommunene i Norge fra september til november 2019. Konklusjonene i rapporten er at det råder en betydelig skepsis til pakkeforløpene hos fagfolkene, noe større skepsis hos behandlerne enn hos lederne, og at skepsisen har blitt større etter at implementeringen er iverksatt. Et stort flertall mener at ikke pakkeforløpet på det aktuelle tidspunkt bidrar til måloppnåelse når det gjelder brukermedvirkning og brukertilfredshet (mål 1), sammenheng og

koordinering (mål 2) og ivaretagelse av somatisk helse og levevaner (mål 5). De er allikevel fornøyd med sin egen virksomhets innsats på disse områdene, men formidler at de har jobbet med det bevisst over flere år, og at de i stor grad ønsker å arbeide med faglig utviklingsarbeid kontinuerlig og vil ha kontroll på det lokalt. Flere ledere har gjort pakkeforløpet til sitt ved å justere det inn mot allerede pågående utviklingsarbeid. Rapporten peker også på at forsinkede og lite velfungerende datasystemer har påvirket implementeringen negativt, og at det har skapt store frustrasjoner og stress hos de ansatte.

Barne- og ungdomspsykiatrien bygger sitt arbeid på tverrfaglig arbeid mellom flere profesjoner og arbeider etter en bio-psyko-sosial forståelsesmodell hvor pasientenes biologiske forutsetninger, de psykologiske faktorene og de sosiale betingelsene ses i sammenheng både i tid og aktuell kontekst. Mange av de psykiske problemene som et barn eller en ungdom har eller utvikler, utvikles nettopp gjennom et langvarig samspill mellom faktorer i barnet selv, i omgivelsene og i samspillet mellom barn og voksne. Det betyr at årsak – virkningsforholdene innen dette fagområdet svært sjelden er lineært og enkelt. Det er vanskelig å standardisere kvalitetsmål ut fra en faglig vurdering, og det er vanskelig å utvikle styringsparametere for kvalitet i dette feltet. Det ender derfor ofte opp med at man lager kvalitetsindikatorer som er kvantitative i sin karakter, for spesialisthelsetjenesten for eksempel: antall konsultasjoner, antall epikriser innen 7 dager, antall fristbrudd ventetid osv.

BUPP består av medarbeidere som er høyt utdannet; leger, psykologer, pedagoger og sosionomer med spesialistkompetanse og ofte lang erfaring. Det er en kunnskapsvirksomhet hvor den enkelte fagpersons autonomi er stor og tradisjonelt har behandlerne selv lagt plan for både faglig innhold og framdrift i arbeidet i samarbeid med pasient og foresatte.

Grad av fleksibilitet og individuell tilpasning av tjenestetilbudet vil være en sannsynlig suksessfaktor for pakkeforløpet for den enkelte pasient. Pakkeforløpene skal både standardisere tilbudet og det skal baseres på brukermedvirkning og individuell tilpasning (Håland, 2017). Behovet for å vurdere hva som er hjelpsomt for den enkelte pasient har vært anført som viktig i debatter både i Danmark og i Norge forut for innføring av pakkeforløp i psykisk helsevern. I Danmark er

pakkeforløpene avgrenset med antall timer for forskjellige tilstander og problemområder. Det er Danske Regioner som har utarbeidet og evaluerer pakkeforløpene, se for eksempel «Pakkeforløb til utredning» i børne og ungdomspsykiatrien (regioner, 2017a) og «Pakkeforløb for depression» for børn og unge (regioner, 2017b). Det er stilt spørsmål ved om det er faglig holdbare begrunnelser for avgrensning av tid og type behandling. Videre er det i debatten gitt kritiske kommentarer til om de riktige pasienter får tilbud, at administrasjon og måling tar for mye tid, at fagfolk forsvinner og at pakkeforløpene fører til et dehumaniserende språk. Noe av dette kommer for eksempel til uttrykk i ytringen «Hva skal vi med pakkeforløp i psykisk helsevern?» av Svein Atle Alfarnes (Alfarnes, 2015), en av bidragsyterne i den nasjonale debatten om pakkeforløpene. Positive stemmer om pakkeforløp peker på at flere i Danmark får behandling etter innføringen av pakkeforløp, at det er ressurs sparende og har gitt økt satsing på psykisk helsevern.

Rannveig Woll Lothe leverte høsten 2019 en Masteroppgave i ledelse om ansattes opplevelse av pakkeforløp i psykisk helsevern barn og unge. I denne studien, som inkluderer en spørreundersøkelse før og etter innføring av pakkeforløpene ved en BUP- poliklinikk i Akershus, fant Lothe at den positive holdningen hos de ansatte behandlerne var lavere etter enn før innføringen, mens det hos ledere og sekretærer var omtrent like positiv holdning både før og etter innføringen. Lothe antyder selv at ledere og sekretærer sitter nærmere arbeidet med ansvar for å følge opp og sikre et godt helsetilbud til alle pasienter i BUPP, og at pakkeforløpene gir et bedre verktøy for å kunne gjennomføre slik oppfølging. De ansatte behandlerne erfarer at det er mye arbeid med koding og strukturelle ting som ikke er godt nok forberedt på forhånd, tar mye tid, ikke dreier seg om det primære pasientarbeidet, og det frustrerer (Lothe, 2019).

Med dette bakgrunnsteppet har jeg som det framkommer av neste kapittel, formulert min problemstilling og forskningsspørsmålene til denne studien av hvordan førstelinjeledere i BUPP arbeider med innføring av pakkeforløpene.

2 Problemstilling

Hvordan arbeider førstelinjeledere i barne- og ungdomspsykiatriske poliklinikker med innføringen av pakkeforløp?

Med **førstelinjeleder** menes her ledere som har lederansvar med fag-, personal- og budsjettansvar i virksomheter som arbeider direkte med utredning og behandling av pasienter i BUP (barne- og ungdomspsykiatrien). Disse enhetene kalles ofte for seksjoner i helseforetakene og lederne kalles seksjonsledere. Personalansvaret omfatter fagpersoner fra flere profesjoner; leger, psykologer, sosionomer og pedagoger, helsesekretærer og evt. andre som er direkte underlagt førstelinjelederen. Det innebærer for lederen også i en viss grad direkte og indirekte kontakt med pasienter, foresatte og samarbeidende virksomheter som kommuner og fastleger.

Barne- og ungdomspsykiatriske poliklinikker (BUPP) er virksomheter som er underlagt lokale helseforetak/sykehus, men som har sin lokalisering utenfor sykehus (som regel) i lokale områder/bysentrum. De er tverrfaglig sammensatt med leger, pedagoger, psykologer og sosionomer, de fleste med langvarige videreutdanninger og spesialisering for oppgavene i BUPP. Deres oppdrag er å gi poliklinisk utredning og behandling til barn og unge (og deres familier) som har psykiske lidelser og som har rett til nødvendig helsehjelp i spesialisthelsetjenesten i henhold til Prioriteringsveileder for psykisk helsevern for barn og unge (Helsedirektoratet, 2015).

Pakkeforløp representerer en idé knyttet til organisasjoners organisering og strukturering av arbeid og kunnskap forstått som Taylorisme, Lean -tankegang med verdistrøm, prosessforbedring, kvalitetsforbedring og standardisering som sentrale elementer. Pakkeforløp for psykisk helse og rus, i psykisk helsevern for barn og unge foreligger fra Helsedirektoratet som 4 pålagte retningslinjer fra 2019. Ett fra 1.1.19 (Helsedirektoratet, 2019c) og ytterligere tre fra 15.02.19 (Helsedirektoratet, 2019b, 2019d, 2019e)).

Øversettelse og omforming er begreper som her knyttes til Translasjonsteori slik Røvik beskriver det i (Røvik, 2007). Alle ideer og vedtatte reformer må i en viss grad oversettes med et innhold, mening og en tilpasning til den aktuelle organisasjonens kultur. Denne oversettelsen gjøres på mange måter (skriftlig og muntlig) og av mange personer og organisatoriske systemer. Den translatørkompetansen, jfr. Røvik, som organisasjonene og individene har og viser påvirker konkretiseringen og implementeringen av pakkeforløpene.

2.1 Forskningsspørsmål

- Hvordan oversetter førstelinjeledere i BUPP pakkeforløp for utredning og behandling?
- Hvordan omformer og tilpasser førstelinjelederne pakkeforløpet til egen virksomhet?
- Hvilke translatørkompetanser viser seg hos førstelinjelederne i dette arbeidet?

Jeg er opptatt av hvordan BUPP vil lykkes med innføringene av pasientforløpsspakkene, og tenker at ledelse er helt sentralt for hvordan resultatene blir. Denne studien skal ikke undersøke resultatene av innføring av pakkeforløp i psykisk helsevern for barn og unge. Det vil bli gjennomført målinger, undersøkelser og forskning på pakkeforløpene fra myndighetene sin side som vil svare på dette.

Min studie har fokus på hvordan førstelinjeledere/ledere i BUPP tenker om pakkeforløpene. Hvordan har de forberedt seg selv og medarbeiderne på hvordan pakkeforløpene skal forstås, hensikten med dem og planlegging av innføring og implementering. Jeg vil sette søkelyset på hvordan ledere i BUPP forstår, fortolker og oversetter innholdet i pakkeforløpene inn i sine virksomheter. Hvordan informerer de og involverer medarbeiderne sine om pakkeforløpene? Hva sier de, hva tenker de og hva gjør de for at medarbeiderne de er ledere for skal forstå hensikt og innhold i pakkeforløpene? Og hva gjør de praktisk for å legge til rette for at medarbeiderne skal ta imot og innrette arbeidet etter pakkeforløpets intensjon?

Jeg vil undersøke hvordan ledere i barne- og ungdomspsykiatriske poliklinikker (BUPP) oversetter og skaper mening og innhold til pakkeforløpene og hvordan de bruker sine evner som translatører for å oppnå implementering av pakkeforløpene.

2.2 Avgrensning

Det er de psykiatriske poliklinikkene for voksne og for barn og unge, samt ruspoliklinikkene som i all hovedsak får ansvar for innføring av pakkeforløpene.

Jeg har avgrenset studien til lederes oversettelse av ideene i pakkeforløpene og deres oversettelseskompetanse i forhold til innføringen av pakkeforløpene hos førstelinjeledere i BUPP; Barne- og ungdomspsykiatriske poliklinikker i Norge.

Det kunne vært interessant å gjøre en case-studie av ett helseforetaks arbeid med innføring av pakkeforløp i sin egen BUP-avdeling og poliklinikker, nettopp se på den hierarkiske oversettelseskjeden (Røvik, 2007, s. 294-295), hvordan ledere på forskjellige nivåer i samme organisasjon (klinikksjef, avdelingssjef og 5-8 seksjonsledere) oversetter mål og innhold med pakkeforløpene og hvilken oversettelseskompetanse helseforetaket og dets ledere viser. Jeg fant imidlertid ut at det ville være et risikoprojekt i forhold til om det var mulig å rekruttere informanter og inngå avtale med ett konkret helseforetak om en slik case-studie. Videre om det ville være sannsynlig at informantene ville kjent at de blir bundet til å svare mer riktig enn ærlig fordi det gjennom studien i noen grad vil bli kjent i egen organisasjon hvem som er intervjuet og hva de svarer, samt at jeg som forsker må vurdere om alle dataene kan benyttes av etiske hensyn. Jeg valgte dette derfor bort. Det hadde også vært interessant å kunne sammenligne resultater hos klinikker sett opp mot ledernes forståelse, forberedelser og implementering. Dette ser jeg imidlertid er alt for omfattende for en Masteroppgave, men kan være en interessant problemstilling for andre senere.

For å utvide forståelse og innsikt har jeg vurdert det riktig å gjennomføre en kvalitativ studie med enkeltstående samtaler/intervjuer og det har gitt begrensede muligheter for å inkludere mange i studien.

Det er som sagt flere pakkeforløp også for barn og unge i psykisk helsevern. I denne studien vil de aller fleste utsagn og vurderinger være knyttet til det generelle pakkeforløpet for utredning og behandling for barn og unge i psykisk helsevern. Det generelle pakkeforløpet er gjennomgående og for alle pasienter som tas inn i

BUPP, og det er nok også derfor informantene først og fremst har fokusert på dette forløpet.

Denne studien er ikke en kritisk studie av pakkeforløpene som fenomen. Det kan i seg selv være interessant, men ikke tema for denne oppgaven.

Jeg har konsentrert meg om å forsøke å forstå hvordan lederne i BUPP forstår pakkeforløpenes innhold og hensikt, hvordan de oversetter det, hvordan de omformer og tilpasser det til egen virksomhet og hvordan de arbeider med å kommunisere det og motivere de ansatte i implementeringsarbeidet; hvordan de bruker sin translatørkompetanse. I neste kapittel vil vi se på det teoretiske grunnlaget jeg baserer min studie og analyse på.

3 Translasjonsteori som teoretisk utgangspunkt

Som teoretisk grunnlag for å analysere og forstå mine empiriske data har jeg tatt utgangspunkt i translasjonsteori slik Røvik (Røvik, 2007) omtaler det, knyttet til oversettelse av ideer med en kulturell forståelse av translasjon og med fokus på aktører, arenaer og regler for oversettelse, omforming og tilpasning, samt betydningen av god translatørkompetanse for vellykket oversettelse og overføring av organisasjonsideer.

Røvik (Røvik, 2007) omtaler ideer og oppskrifter om organisasjoner i tiden som svært mange, allestedsnærværende, med uklar historie, gjennomgående, reformutløsende og med tvetydige virkninger. Han omtaler prosess som et paradigme i moderne organisasjonsteori. Røvik tilbyr en translasjonsteoretisk tilnærming til forståelsen av hvordan disse ideene formes, styres og ledes.

Han redegjør for forskjellige måter å forstå translasjon på – oversettelse som ren kopi, eller oversettelse også som kulturell oversettelse, med mulighet for å tillegge og trekke fra for å tilpasse meningsinnhold til aktuell kontekst.

I et translasjonsteoretisk perspektiv kan det ses på som en del av oversettelsen av konseptet til den/de virksomhetene som pakkeforløpene for psykisk helse i Norge skal implementeres i, at man på overordnet faglig og styrings-/ledelsesmessig nivå, direktorat, velger, intendert eller uintentert, det Røvik kaller en modifierende modus, hvor de både legger til og trekker fra elementer fra den opprinnelige ideen om standardisering og prosesskonsept, sammenstiller med erfaringene fra Danmark, og tilpasser og omformer konseptet til norske forhold. Denne omformingsprosessen kan også være koblet til tilbakemeldingene fra fagfeltet gjennom de nasjonale arbeidsgruppene og den omfattende høringsrunden med tilhørende bearbeiding og ferdigstilling av pakkeforløpene før iverksetting.

Ideer om organisering slik som pakkeforløpene er, kan hentes ut (dekontekstualiseres) og bringes inn i ny organisasjon (kontekstualiseres) som originale/ reproduserende, som modifiserte eller radikalt omvandlet. (Røvik, 2007, s. 308-318)

Røvik mener at utvidelse av translasjonsteorien er svært relevant for overføring av ideer mellom organisasjoner. Et sentralt spørsmål er hvordan man kan øke

sannsynligheten for at de ideene man oversetter og overfører, også blir forstått og kommer til å fungere i den konteksten/de kontekstene de skal inn i, dvs i mottakende organisasjoner? Og - hvor mange frihetsgrader har formidlerne (oversetterne) - og tar de seg når det gjelder å selv redigere (for eks legge til, trekke fra, omforme) det som skal overføres?

I min studie har jeg fokusert på hvordan 1-linjeledere i BUPP oversetter, omformer og tilpasser pakkeforløpene til sin egen organisasjon – og hvordan deres egen translatørkompetanse viser seg i dette arbeidet. Derfor vil jeg også i teorigjennomgangen fokusere på de teoretiske temaene Oversettelse, Omforming og tilpasning og Translatørkompetanse slik de beskrives hos Røvik.

3.1 Oversettelse

Når man i det offentlige Norge beslutter at det for eksempel skal innføres nye måter å gjøre ting på, arbeidsområder skal få endret og nytt faglig innhold, nye lover som skal operasjonaliseres i praksis, eller store reformer som skal implementeres i virksomheter over hele Norge, fordrer det som regel et større arbeid for at man skal forstå oppdrag, innhold og hensikt. For å lykkes med overføring og innføring av ideer må ideene forstås, oversettes og tilpasses på en slik måte at alle ledd forstår innholdet og hva det innebærer i daglig arbeid lokalt.

Pakkeforløp i psykisk helsevern for barn og unge er en slik type reform som fordrer oversettelse i mange ledd og på mange nivåer. Med forankring i Røviks begrep pragmatisk institusjonalisme (Røvik, 2007, s. 247-337) vil jeg her redegjøre for de teoretiske perspektiver jeg legger til grunn for forståelsen av hva som ligger implisitt i en slik translasjon.

3.1.1 Dekontekstualisering -når praksis oversettes til ideer

Dekontekstualisering anvendes ifølge Røvik

som felles betegnelse på tilfeller der en praksis og /eller en allerede språksatt idé identifiseres i bestemte organisasjoner og/eller i felt, og forsøkes tatt ut av denne sammenhengen og omformet, ofte, (men slett ikke alltid!) med det formål å bli overført til andre organisasjoner. (Røvik, 2007, s. 260)

Ideene som ligger til grunn for pakkeforløpene i psykisk helsevern for barn og unge er dekontekstualisert, oversatt, fra mange forskjellige ideer og praksiser. I utgangspunktet fra Taylorismens effektivisering av arbeidsprosesser gjennom styring av arbeidsoppgaver og ansatte for å gi best mulig produktivitet. Videre via LEAN-tenkning med fokus på å fjerne unødig tid brukt på ting som ikke støtter verdiskapingen kontinuerlig, på forbedring nedenfra og på standardisering av arbeidsprosesser. Total kvalitetsledelse er et annet konsept som har hatt innpass i norske sykehus – det skulle arbeides for kvalitet i alle ledd og ledelse er sentralt i dette arbeidet. New Public Management med fokus på effektivisering, målstyring og økonomiske resultater har vært sentralt i offentlige styringsdokumenter i en årrekke, og virksomhetene har rapportert på måloppnåelse og økonomi i større og større grad.

I norsk offentlig sammenheng har forløpstenkningen vært hentet inn i styringsdokumenter som Samhandlingsreformen (Det-kongelige-helse-og-omsorgsdepartement, 2009), Nasjonal helse- og omsorgsplan (Helse-og-omsorgsdepartementet, 2011), nasjonal helse- og sykehusplan (Helse-og-omsorgsdepartementet, 2015), Opptappingsplanen for psykisk helse, (omsorgsdepartementet., 1998), Nasjonal plan for implementering av pakkeforløp for kreft 2014- 2015. (Helsedirektoratet., 2015) m.fler.

Womack and Jones (Womack, 2003) beskrev fem Lean-prinsipper som satte kundens verdi og reduksjon av sløsing som det sentrale i Lean-filosofien:

1. Fokus på verdiskaping: Hvem er kunden og hvilke aktiviteter gir verdi for dem?
2. Identifiser verdikjeden: Kartlegg alle prosessene, hvilke gir verdi for kunden og hvilke gjør det ikke?
3. Skap flyt i prosessene: Eliminer sløsing, og sikre at prosessene flyter effektivt
4. Etabler "trekk" i verdikjeden: Gjør oppgavene når de blir etterspurt av kunden
5. Kontinuerlig forbedring, eliminere all unødvendig produksjon.

Pakkeforløpene for psykisk helse for barn og unge har sannsynligvis i seg elementer fra alle de nevnte ideene og praksisene. Arbeidet med å utforme pakkeforløpene for psykisk helsevern for barn og unge har gjennomgått en omfattende prosess hvor føringer om pakkeforløpenes innhold og form ligger til grunn fra direktorat, departement og politisk ledelse. I tillegg har politisk ledelse og departement og

helsedirektorat ønsket en prosess med medvirkning nedenfra – gjennom arbeidsgrupper bestående av fagfolk med spisset og tverrfaglig kompetanse fra spesialisthelsetjeneste og kommunehelsetjeneste samt solid brukerrepresentasjon. Dette arbeidet kan forstås som første runde med kontekstualisering.

3.1.2 Kontekstualisering – når ideer oversettes til praksis

Røvik bruker begrepet kontekstualisering om når ideer oversettes til praksis. «Ideer, som i varierende grad er representasjoner av praksiser fra bestemte kontekster, forsøkes introdusert i en ny organisatorisk kontekst» (Røvik, 2007, s. 293).

Når pakkeforløpene i psykisk helsevern for barn og unge skal oversettes til konkret praksis i BUPP-klinikkene i Norge gjennomgår de en type tilpasning.

Røvik trekker fram 2 temaer som er sentrale:

1. Kontekstualiseringens aktører og arenaer: Hvor foregår vanligvis kontekstualiseringen av ideer, hva kjennetegner arenaene der denne formen for oversettelse foregår, og hva kjennetegner aktørene som utfører denne formen for oversettelse?
2. Kontekstualiseringsregler: Hvordan foregår selve transformasjonen fra en ide og til mer kontekst- eller virksomhetsspesifikke varianter? Finnes det mønster - og kan det i så fall føres tilbake til noen mer allmenngyldige kontekstualiseringsregler? Hvor mange frihetsgrader har - og tar - aktørene seg med hensyn til å omforme når de oversetter fra ideer til praksis?(Røvik, 2007, s. 293)

Kontekstualiseringens aktører og arenaer i forhold til pakkeforløpene i psykisk helsevern er mange forskjellige mennesker og systemer og skjer på mange steder. Som nevnt har det skjedd i de nasjonale arbeidsgruppene og i direktoratets arbeid med tekst og innhold fram til ferdige pakkeforløp. Det har skjedd gjennom høringsrunder. Og tjenestene inviteres til videre kontekstualisering gjennom at forløpene omtales som utviklingsarbeid. Det vil sannsynligvis skje en sentral kontinuerlig rekontekstualisering gjennom jevnlig revisjoner av innholdet. Videre vil det skje en kontekstualisering og kontinuerlig rekontekstualisering i de lokale helseforetakenes BUP-avdelinger og BUP-seksjoner.

Det er grunn til å anta at de kontekstualiseringsregler som råder har i seg både regler knyttet til direkte kopiering; at det er beskjeder som må følges, og langs et kontinuum mot mer rom for fri tolkning av hvordan forløpet skal forstås.

Røvik (Røvik, 2007, s. 294) kaller det en hierarkisk oversettelseskjede når han betegner et sett med logisk sammenhengende forutsetninger og forventninger til hva som vil være sentrale aktører og arenaer når ideer skal tas inn og tas i bruk i bestemte organisatoriske kontekster, samt hvordan kontekstualiseringsprosessene vil løpe.

Den hierarkiske oversettelseskjeden bygger på 5 sammenkjedede argumenter og antakelser. Disse hevder Røvik har mye til felles med en rasjonell implementeringsprosess:

1. *Top-down orientering* - ideer og oppskrifter kommer fra toppledelsen.
2. *Problembetinget søking etter løsninger*: først og fremst toppledelsen som har myndighet til å ta inn og implementere nye ideer.
3. *Begrenset frihet til oversettelse*: kontekstualisering og oversettelse av en ide oppfattet som nokså ensbetydende med en sentralt styrt implementeringsprosess.
4. *Stimulus- respons-basert sekvensialitet*: i en hierarkisk oversettelseskjede vil kontekstualiseringen av en idé løpe sekvensielt. Prosessene starter i toppen, og rykker etappevis nedover, en versjon blir oversatt og konkretisert før den sendes nedover til neste nivå.
5. *Fra det abstrakte til det konkrete*: Kontekstualisering. En sammenhengende konkretiserings- og materialiseringsprosess

(Røvik, 2007, s. 294-295)

Røvik fremholder videre at forestillingen om den hierarkiske oversettelseskjeden stemmer i endel tilfeller, men at det fins mange eksempler på at det ikke er slik; han mener dette utkrystalliserer seg i 4 hovedpunkter:

1. Fra hierarkiske myndighetsorganer til eksterne utviklingsarenaer
 - a. Dramatisk økning i distribusjon av analytisk kapasitet og kompetanse i moderne organisasjoner
 - b. Endrede betingelser for hierarkisk kontroll. Ideverdenen er generelt lite egnet for hierarkisk kontroll
2. Lokalt mangfold, men ingen sentral masterversjon

3. Fra kjede til spiral – «at ideene sirkulerer innenfor et felt eller en organisasjon i en slags osmoseaktig vekselvirkning mellom abstrakte og mer materialiserte former»
4. Soppmodellen - tuftet på tanken om at oversettelser av en idé kan utløses mer eller mindre samtidig i flere organisasjoner og på flere steder - omtrent som når sopp springer ut i skog og mark på høsten. (Røvik, 2007, s. 294-301)

Gjennom dataene og analysen vil jeg i analysen i kapittel 5 komme tilbake til hvordan informantene formidler at kontekstualisering av pakkeforløpene inn i en BUPP-kontekst skjer, på hvilke arenaer det skjer og hvilke aktører som er involvert. Jeg vurderer også hvordan oversettelseskjeden ser ut til å være i dette arbeidet.

3.2 Omforming og tilpasning

Kontekstualiseringsregler deles i to hovedtyper; Innskrivingsregler og spesifikke oversettelses- og omformingsregler, ifølge Røvik (Røvik, 2007, s. 305). Røvik (Røvik, 2007, s. 307) trekker fram at man basert på Klassisk translasjonsteori (Vinay og Darbelnet (1985), Nida (1964) og Barkhudarov (1975) analytisk kan skille mellom 4 grunnleggende oversettelsesregler, og disse representerer hver av dem ulike grader av omforming av det som søkes overført: *Reproduserende modus*: a) kopiering, *den modifierende modus*: b) addering, og c) fratrekking og *den radikale modus*: d) omvandling (Røvik, 2007, s. 307-328). I gjennomgangen av dataene og analysen vurderes om og på hvilken måte disse oversettelsesreglene har gjort seg gjeldende i implementeringen av pakkeforløpene i psykisk helse for barn og unge.

3.3 Translatørkompetanse

Røvik påstår at sannsynligheten for å lykkes med overføring av organisasjonsideer mellom ulike kontekster øker dersom man i organisasjoner blir bedre oversettere og dermed er i stand til å lage bedre oversettelser (Røvik, 2007, s. 319).

Røvik sier at organisasjoners translatørkompetanse er en kritisk suksessfaktor for å lykkes med kunnskaps- og idéoverføring (Røvik, 2007, s. 320). Translatørkompetanse knyttes altså både til enkeltpersoner og til organisasjoner

som system. Hvordan viser dette seg hos den enkelte leder ved innføringen av pakkeforløpene, og hvordan har sykehuset og BUP-avdelingen arbeidet med å gjøre fenomenet pakkeforløp forståelig og meningsfullt?

Mange lykkes ikke med overføringsarbeidet og Røvik (Røvik, 2007, s. 320-325) hevder at mislykkede forsøk kommer til uttrykk på tre hovedmåter:

- 1) Frikopling - at ideer tas inn, men ikke tas i bruk,
- 2) Frastøting - at ideer tas inn og forsøkes tatt i bruk i praksisfeltet, men blir så av ulike grunner lagt vekk, og
- 3) Ideen tas inn og tas i bruk, men gir andre effekter enn forutsatt.

Røvik mener at det kan tyde på at grunnen er dårlig oversettelsesarbeid; det kan være mangler ved måten man gjennomfører dekontekstualisering på eller mangler ved implementeringen - knyttet til introduseringen av en idé i en bestemt organisasjon (kontekstualisering) Ideer tas inn, men blir ikke helhjertet forsøkt oversatt og konkretisert.

Røvik hevder videre at viktigheten av translatørkompetanse i betydelig grad er oversett og utviklingen av slik kompetanse tilsvarende vanskjøttet, samtidig med at både forskere og praktikere mangler blikk og begreper for alle de translasjonsprosessene som utløses når man prøver å overføre ideer.

Han hevder også at tunge transformasjoner rundt tusenårsskiftet gjør translatørkompetanse til en langt mer knapp og kritisk ressurs enn for bare et par tiår siden. (Røvik, 2007, s. 320-325)

Røvik (Røvik, 2007, s. 325-337) omtaler Translatørkompetanse som «Den dugende oversetter av organisasjonsideer». Han definerer følgende kompetansekrav til den gode oversetteren av organisasjonspraksiser:

- **Den kunnskapsrike, flerkontekstuelle oversetter.**

- o Vedkommende må ha kunnskap om organisasjonsideene både i organisasjonen som det skal oversettes fra og til.
- o Dekontekstualiseringskompetanse - evne til å identifisere godt fungerende praksiser i andre organisasjoner og til å lage idémessige representasjoner som fanger inn og gir en dekkende beskrivelse av den praksis man ønsker å overføre og oversette

- Rekontekstualiseringskompetanse – med å rekontekstualisere ideen menes at man forsøker å frembringe mer sikker kunnskap om hvorvidt, hvor og hvordan den generelle oppskriften de facto er blitt praktisert i andre organisasjoner.
- Kunnskap om kontekst det oversettes til –
 - Sorteringskompetanse
 - Konfigurasjonskompetanse
- **Den modige og kreative oversetter.** En som evner å kombinere hensyntaken til det som skal overføres og oversettes, og den konteksten det kommer fra, slik at det passer inn, gir mening og kan brukes i en ny kontekst. Etterdiktende (reproduserende og kreativ, innovativ)
 - Utfordringer: Oversetteren må språksette før man kan oversette og Oversetteren skal velge hensiktsmessig oversettelsesmodus og - regel
- **Den tålmodige oversetter** - Tålmodighet og styrke er dyder. En sentral problemstilling i klassisk translasjonsteori om virkningene av en oversatt tekst: passiv posisjon eller aktiv holdning der det legges vekt på at oversettelsen helst bør bevege og skape ringvirkninger på mottakssiden. Ideer oppfører seg som virus, når de er kommet inn i en organisasjon kommer de først til syne som «språksmitte», de blir til begreper og resonnementer, og kommer til uttrykk i prat. For translatøren er utfordringen bl.a. å sørge for at det finnes interne arenaer for prating, og at det settes av tid for prat og dermed for meningsdanning, klargjøring og modning av ideen. Oversetteren må sørge for formålsrettet prat., rettes inn mot å konkretisere ideen.
- **Den sterke oversetter.** Oversettelsesprosesser kan skje i en kontekst av konflikt, forhandlinger og maktspill. Krever at oversetteren håndterer motstand.
 - Når oversettelser utfordrer interesser. Det kan være mange grunner til at implementering av reformideer utløser motstand. For eksempel har ansatte sin ære knyttet til at de vil pasientenes beste, og at arbeidsoppgavene allerede utføres så effektivt og nøyaktig som mulig. En reform som pakkeforløp. kan bli sett på som en dårlig løsning i forhold til dette. Andre ganger kan det være mindre noble grunner, for eksempel at ansatte ønsker å være i fred og unngå belastende omstilling og uro.
 - Inkompatibilitetsargumentene –

- Teknisk inkompatibilitet – for eksempel at ideen er for enkel i forhold til kompleksiteten i praksisfeltet
- Verdier – for eksempel at den nye løsningen kan støte mot de verdier og grunnsyn som institusjonen er forpliktet på
- Håndtering - kyndighet og myndighet. Det er stor kraft i inkompatibilitetsargumentene, og det fordres av den sterke translatøren ifølge Røvik, evne til å kombinere kyndighet og myndighet. Fritt gjengitt fra Røvik (Røvik, 2007, s. 325-337)

I sykehusene, helseforetakene, innføres stadig nye ideer, prosedyrer og retningslinjer. Noen kommer fra topp politisk nivå, andre gjennom løpende internt utviklingsarbeid. De som arbeider med oversettelse og implementering av disse kan være staber som jobber eksplisitt med innføring av konsepter og ideer, noe kan være regionforetakets støttefunksjoner. Men det meste arbeides det med i den hierarkiske organisasjonen, i linjen. Ledernes interesse for og måten de arbeider med denne type oversettelse vil etter hva jeg kan forstå påvirke hvordan konsepter innføres, tas imot og om de blir benyttet over tid.

Jeg har i dette kapitlet presentert den teori jeg vil bruke til å analysere mine data mot i kapittel 5.

I kapittel 4 vil jeg presentere studiens forskningsdesign og det metodevalg jeg har tatt for best mulig å kunne besvare mine forskningsspørsmål.

4 Forskningsdesign og -metode

4.1 Kvalitativ forskning og dets relevans for dette forskningstema

Mine forskningsspørsmål retter seg mot å få en bedre innsikt og forståelse av hvordan ledere i BUP tenker om og forholder seg til retningslinjer om innføring av pakkeforløp i psykisk helsevern. Jeg ønsker å få tak i nyanser og dybdeforståelse av mange faktorer om hvordan den enkelte leder forstår pakkeforløpene, hvilke ord og begreper de benytter for å beskrive mål og innhold, hva de sier om hvordan de informerer og forbereder ansatte og hva de tenker og mener om det oppdraget de har fått. Jeg tenker at det er viktig å skaffe så bred og åpen informasjon som mulig om hva de som har fått oppdraget fra helseminister og helsebyråkrater i departement, direktorat og helseregion selv tenker om det som er vedtatt og startet opp. I tillegg vil jeg høre med dem om hva de oppfatter at organisasjonen, andre ledere og ansatte har tenkt og gjort i forhold til innføringen av pakkeforløpene.

En kvalitativ studie gir fleksibilitet i den forstand at jeg som forsker kan tilpasse intervjuene og endre/utvide spørsmålene både i innhold og antall hvis jeg får informasjon som tilsier at det er nyttig for innhenting av relevante data. Videre at det ville være mulig å gå tilbake og ta et tilleggsintervju hvis det dukket opp flere spørsmål som trengte avklaring i løpet av studien. (Repstad, 1998, s. 15)

Det forelå ingen klare hypoteser som jeg ville teste ut, men et ønske om å få en dypere forståelse for lederes oppfatninger, tanker og handlinger knyttet til temaet sett opp mot en teoretisk ramme – translasjonsteori og translasjonskompetanse.

Kvalitative metoder støtter en slik åpen og utforskende forskningsform hvor det å få mest mulig informasjon fra viktige, men færre deltakere er mulig.

«Kvalitativ samfunnsforskning prøver å finne fram til den (ofte stilltiende, underforståtte) «teori om verden» som aktørene har..» (Repstad, 1998, s. 16)

Det vil i en kvalitativ studie ikke kunne telles opp data og si at funn er statistisk signifikante eller generaliserbare i forhold til sannsynlighet for omfang av det som er undersøkt, da antallet informanter vil være få. Det kan imidlertid være nyttig å se på volum for å få et inntrykk av hva informantene fokuserer mye og lite på, og slik sett gjøres det som del av analysearbeidet.

4.2 Forskningsdesign

Studien har et intensivt design – Jeg har undersøkt noen få enheter – på den måten at jeg ønsket å få med så mange nyanser som mulig i undersøkelsen, jeg ønsket å få tak i den enkelte respondents forståelse og fortolkning av fenomenet pakkeforløp. Jeg har også ønsket å få en så helhetlig forståelse som mulig av forholdet mellom hvordan informantene oversetter innholdet og hensikten med pakkeforløpene og hvordan de oversetter det inn i BUP der de er ledere.

Undersøkelsen er gjennomført med en utforskende hensikt.

Det er en tverrsnittstudie hvor jeg har undersøkt hvordan ledere i BUP forstår pakkeforløpene på ett noenlunde samtidig tidspunkt.

Det er en liten N-studie, hvor fokuset er fenomenet oversettelse av pakkeforløp hos ledere (Jacobsen, 2005, s. kap.6).

4.3 Utvalg

Barne- og ungdomspsykiatriske poliklinikker i Norge.

Det finnes totalt 80 poliklinikker for barn og unges psykiske helse (BUP) i alle regionale/ lokale helseforetak i Norge (Helse-og-omsorgsdepartement, 2015-2016, s. 66). Alle disse inngår i en avdeling, oftest kalt BUPA. Jeg anslår at det er ca 15 avdelinger i Norge. BUPP finnes i alle helseforetakene i Norge, over hele landet. Noen er store med mange ansatte og ligger i byer, andre er små og ligger på landet eller i områder med færre innbyggere og store avstander.

Det har vært og er en målsetting at pasientene og foresatte skal ha tilbudet så lett tilgjengelig som mulig. Mange pasienter og foresatte møter av erfaring til konsultasjon på BUPP ca 1 gang pr uke, noen sjeldnere, over lengre tid, ofte i 6 - 18 måneder.

Seksjonsledere

Lederne for den enkelte poliklinikk kalles som regel seksjonsleder og er den nærmeste lederen til de ansatte behandlerne. Lederhierarkiet i sykehusene består stort sett av 4 nivåer; seksjonsleder, avdelingssjef (for alle BUP'er i samme helseforetak), klinikkdirektør (som regel ansvar for all psykiatri og rus, både barn og voksne) og øverste leder er sykehusdirektør. Mange steder der BUPP er stor med

mer enn ca 20-30 ansatte, deles den opp i team, som regel basert på geografi og/eller alder. Noen steder er det også inndeling etter en matrisemodell knyttet til enkeltdiagnoser/ problemstillinger på tvers av team. Disse teamene ledes som regel av en teamleder eller enhetsleder, som ofte ikke har formell lederstatus med budsjett og personalansvar, men har ansvar for å bistå med daglig drift og på forskjellig måte veilede behandlerne i det løpende arbeidet.

Noen av poliklinikkene har hatt ansatte med i nasjonale arbeidsgrupper forut for innføring av Pakkeforløpene, andre har i liten grad være involvert i forarbeidene.

Det er førstelinjelederne i BUPP som står i front når det daglige ledelsesarbeidet skal gjennomføres. De balanserer mellom føringer fra ledelse ovenfra i organisasjonene, både administrativt og politisk, og synspunkt og handlinger fra sin ansatte som er de som skal gi direkte pasientbehandling. Det er en posisjon med både muligheter og begrensninger av forskjellig karakter. Førstelinjelederen har sterke forventninger knyttet til seg både nedenfra og ovenfra i organisasjonen. Det anses som nyttig å få en klarere forståelse for disse ledernes tanker om det tema jeg vil undersøke.

I Repstads bok «Mellom nærhet og distanse» beskriver han den gode informant (Repstad, 1998, s. 47-50) og sier at for å få mest mulig allsidig datagrunnlag bør informantene være mest mulig ulike.

Jeg ønsket å samle data fra forskjellige førstelinjeledere, oftest kalt seksjonsledere, i helseforetakene

- Med forskjellig alder
- med forskjellig profesjonsbakgrunn
- med varierende erfaring som ledere
- fra forskjellige steder i Norge - by og land
- fra små og store enheter

Min plan ved søknadstidspunktet til NSD var å innhente data fra ca 7-15 seksjonsledere i poliklinikker i psykisk helsevern for barn og unge i Norge.

Dataene er samlet inn gjennom semistrukturert intervju med 7 ledere for barne- og ungdomspsykiatriske poliklinikker i Norge i løpet av perioden oktober og november 2019. På dette tidspunktet hadde pakkeforløpene vært innført i 9-11 mnd., og det var grunn til å anta at seksjonslederne allerede hadde betydelig erfaring med pakkeforløpene, hvordan forstå dem og hvordan innføre dette i egen seksjon.

Utvalgets sammensetning

Etter å ha laget en uformell og ikke fullstendig oversikt over BUP-poliklinikker i Norge, basert på opplysninger fra de enkelte helseforetakenes hjemmesider, hadde jeg dannet meg en ganske god oversikt over antall poliklinikker i de forskjellige regionene. Det ligger ikke systematisk ute på nett kontaktinformasjon om ledere eller størrelse på poliklinikkene. Jeg valgte til slutt å ta utgangspunkt i et utvalg av ledere i BUP som hadde meldt seg på NBUPs lederkonferanse (Norsk Forening for Barn og Unges psykiske helse) i oktober 2019 i Oslo. Jeg fikk, gjennom å kontakte NBUPs leder, tilgang til deltakerlisten før lederkonferansen. Invitasjon (vedlegg 1) ble sendt på mail til 21 BUPP- ledere som deltok på lederkonferansen.

Informantene ble utvalgt fra alle regioner unntatt region Nord, da det var svært få tilstede derfra. Jeg ønsket informasjon fra ledere både ved mindre BUPP'er og større BUPP'er. Ledere ble også forespurt ut fra min egen kjennskap til forskjellige poliklinikker og personer som kunne ha noe å si om saken. En person svarte at vedkommende nylig hadde startet i BUPP og dermed anså seg som uaktuell. Flere av de jeg henvendte meg til var positive, men fant ikke egnet tid. Tilslutt hadde 7 informanter svart at de gjerne ville delta i studien og bekreftet avtale om intervju. Jeg hadde positiv tilbakemelding fra 2 til, men det ble vanskelig å finne tid med den ene, og jeg ville se om det var nødvendig med mer informasjon, så jeg valgte å avvente begge disse.

Alle informanter ble stilt noen spørsmål om profesjon, stilling, arbeidssted, antall ansatte de ledet, hvor lenge de hadde jobbet i BUPP og hvor lenge de hadde vært leder i BUPP. Informantene fikk tilsendt informasjonsskrivet (vedlegg 2), signerte samtykkeerklæringen(vedlegg 2) og returnerte den til meg.

Antall intervjuer

Det ble gjennomført 7 intervjuer. 3 intervjuer ble gjennomført i direkte møte med personene, 4 intervjuer ble gjennomført på Skype/Facetime. Alle intervjuer ble spilt inn på lydbånd, lastet opp og lagret i henhold til retningslinjene til Høgskolen i Østfold.

Størrelse på poliklinikkene.

4 av poliklinikkene hadde mellom 20 og 30 ansatte. 3 av poliklinikkene hadde mellom 40 og 50 ansatte. I BUPP sammenheng i Norge er etter min kjennskap, 50 ansatte en stor poliklinikk. Alle poliklinikkene var delt inn i team med teamledere/enhetsledere. Det var kun en av poliklinikklederne som tematiserte at de fordi de var en distrikts- og litt mindre poliklinikk hadde noen problemer med å sikre tilstrekkelig spesialistkompetanse (psykolog- eller legespesialist) til enhver tid.

Varighet ledererfaring.

En seksjonsleder hadde vært leder i BUP poliklinikk i drøyt 2 år, de øvrige 6 hadde vært leder i BUP – poliklinikk fra 5- 8 år. En av disse hadde vært leder i BUP-systemet totalt 14 år. En seksjonsleder hadde jobbet i BUP totalt i drøyt 2 år, de seks andre hadde jobbet i BUPP totalt mellom 10 og 18 år, og vært BUP-poliklinikkleder i 5-8 av disse. Man må samlet sett si at informantene antas å være godt kjent med BUPP, samt ha omfattende ledererfaring fra tjenesten.

Geografisk fordeling.

Informantene er fordelt med 4 fra Helse Sør Øst, 1 fra Helse Vest, 2 fra Helse Midt.

Profesjonsfordeling.

2 psykologspesialister, 2 barnevernspedagoger, 2 kliniske sosionomer og 1 klinisk pedagog. En av fagpersonene har tilleggskompetanse som jurist.

4.4 Dokumenter

I tillegg til informasjon gjennom intervjuene og gjennomgang av alle pakkeforløpene for BUP, har jeg sett på nasjonale dokumenter fra politisk nivå og administrativt øverste nivå hvor det framkommer ideer og styringssignaler om helsehjelp, pasient- og pårørende ivaretagelse og styring og ledelse: Stortingsmelding 47, Samhandlingsreformen (Det-kongelige-helse-og-omsorgsdepartement, 2009), Nasjonal helse- og sykehusplan 2015-2016, (Helse-og-omsorgsdepartement, 2015-2016), Nasjonal helse- og omsorgsplan, (Helse-og-

omsorgsdepartementet, 2011), Forskrift om ledelse og kvalitetsforbedring i helsetjenesten, (Helse-og-omsorgsdepartementet, 2017)

4.5 Sammenligning

Det foreligger som sagt lite studier på området, da pakkeforløp i psykisk helse og rus er helt nytt i Norge. Det foreligger noe forskning fra Danmark. Det finnes også studier på Pakkeforløp for kreft som kan gi teoretisk innsikt og ideer for forståelse. Det har ikke vært rom for sammenligning i min studie ut fra tidshensyn. Jeg har sett på noen studier og informasjon om pakkeforløpene i Danmark og kreftforløpene i Norge som bakgrunn og kontekstinformasjon (regioner, 2017b), (regioner, 2017a) (Helsedirektoratet., 2015), (Håland, 2017), (Hegstad, 2016), (H. H. o. B. Iversen, Øyvind Andresen, 2016).

4.6 Datainnsamlingsmetoder

I en kvalitativ studie er det ikke nødvendig eller mulig å gjøre et representativt utvalg av deltakerne i forhold til generalisering. Det vil allikevel være viktig å gjøre et utvalg av deltakere som opplyser spørsmålene best mulig.

Jeg valgte å gjennomføre semistrukturerte intervjuer av enkeltpersoner. En fordel ved dette framfor spørreundersøkelser med faste svaralternativer i kvantitativ metode, er at den som blir intervjuet ganske fritt kan snakke om sine egne perspektiver og oppfatninger og det er god mulighet for å utforske ytterligere utsagn som kan gis en dypere eller mer tydelig mening og innhold.

Jeg vurderte om det kunne være aktuelt med Fokusgrupper, ved å samle flere ledere og høre deres egne og hverandres samtaler og innspill til temaene og spørsmålene, men fant ut at jeg ønsket å høre hver enkelt leders perspektiver hver for seg. Da kan det hende jeg har gått glipp av eventuelle refleksjoner lederne seg imellom som kunne vært nyttige perspektiver å ta med seg.

Ifølge Repstad (Repstad, 1998, s. 13-14) snakker man i kvalitative intervjuer om informantintervjuer og respondentintervjuer; informantintervjuer erstatter observatører fordi det ikke er mulig å observere selv og de kan si noe om for eksempel fortiden og om andre i organisasjonen mener det samme som dem selv. Respondentintervjuer gir ifølge Repstad mer direkte informasjon om den som

svarer sine egne følelser og oppfatninger. Begge disse tilnærmingene kan benyttes i samme intervju.

Jeg forsøkte å få til møter face-to face, men det også ble nødvendig ut fra kapasitet og ressursituasjon, å gjennomføre flere av intervjuene som Skype-møter. Det var ønskelig å sikre tilstrekkelig geografisk spredning selv om reisemulighetene var begrensede.

På forhånd var jeg usikker på hvordan invitasjon til deltakelse forskning ble tatt imot av lederne. Alle som svarte var positive og ville gjerne komme med sine tanker og synspunkter om pakkeforløpene. 3 av informantene holdt selv på med masteroppgaver og ønsket også derfor å svare på mine spørsmål.

4.7 Semistrukturert intervjuguide

Intervjuguiden jeg utarbeidet har noen hovedspørsmål innenfor forskjellige teoretiske områder innenfor translasjonsteori som jeg så for meg at det var mulig å analysere dataene mot. Hensikten var å få mest mulig informasjon fra informantene og at intervjuet skulle foregå på en fleksibel og åpen, lyttende måte. Målet med intervjuet var å både være orientert mot en helhetlig forståelse, og samtidig spisset mot de temaer jeg ønsket å vite noe om. Alle spørsmålene med dott-punkt foran la jeg opp til at kunne benyttes som hjelpetekst og huskeliste for meg selv for å sikre at disse områdene ble dekket gjennom intervjuet, eventuelt å stille dem ved behov. Intervjuguiden kunne eventuelt også justeres underveis ved behov. (Repstad, 1998) Jeg har imidlertid brukt den samme intervjuguiden til alle intervjuene. (Vedlegg 3)

4.8 Analysemetoder

Jeg har tatt utgangspunkt i tematisk analyse som metode i arbeidet med koding og analyse av dataene. Jeg har hentet teori om dette fra boken «Hvordan bruke teori?» av Johannessen, Rafoss og Rasmussen. (Johannessen, 2018) Tematisk analyse innebærer ifølge forfatterne "at vi ser etter **temaer** i dataene våre." og "Et tema er en gruppering av data med viktige fellestrekk. Nærmere bestemt er hvert tema en kategori, hvor data med viktige fellestrekk er gruppert. " (Johannessen, 2018, s. 279)

De samme forfatterne skisserer tematisk analyse med utgangspunkt i psykologene Virginia Braun og Victoria Clarke sin beskrivelse fra 2006, men en forenklet og justert versjon med 4 steg eller faser:

1. Forberedelse (der du skaffer til veie og får oversikt over data)
 2. Koding /der du fremhever og setter ord på viktige poenger i data)
 3. Kategorisering (der du kategoriserer de kodede dataene dine i mer generelle temaer)
 4. Rapportering (der du rapporterer temaene og deres innhold)
- (Johannessen, 2018, s. s.282)

4.9 Dataene - Intervjuene.

Alle intervjuene ble spilt inn på en lydfil. Jeg laget også håndskrevne notater underveis. De fleste informantene oppga noe informasjon om seg selv, sin stilling og størrelsen på seksjonen de ledet på forhånd på et tilsendt skjema. 2 oppga denne informasjonen i begynnelsen av intervjuet. Alle intervjuene var fra ca 45 minutter til 60 minutter lange. Jeg fulgte intervjuguiden og stilte hovedspørsmålene, samt fulgte opp med tilleggsspørsmål i henhold til intervjuguiden der det var naturlig. Ikke alle fikk alle spørsmålene, og alle temaer ble ikke berørt like nøye med alle, både fordi de selv ikke hadde mer å si om enkelte temaer, men nok også at det er krevende for meg som intervjuer å holde høy bevissthet om hvordan man utdyper og prøver alle spørsmål av relevans. Men jeg vil si at som et hovedinntrykk er alle hovedtemaer berørt med alle informantene.

Jeg hadde håpet å klare å transkribere ett og ett intervju, slik at jeg eventuelt kunne justere på intervjuguiden ved behov. Det viste seg å bli så tidsmessig tett mellom de første intervjuene at jeg ikke klarte dette. Alle intervjuene ble først ferdig transkribert i slutten av februar. Hvert intervju er skrevet ut med linjenummer og periodisk med tidsangivelse i intervjuet, for å kunne gjenfinne det i lydfilen ved behov. Utskriftene ble satt opp slik at det var god plass til kommentarer i margin. Kodingen ble gjort etter at alle intervjuer og all transkribering var gjennomført.

4.10 Koding

Kodingen av intervjuene har jeg gjort gjennom å først lese gjennom det enkelte intervju på nytt, markert med gul merketusj ord og meninger som jeg har tenkt er relevante eller potensielt kan være relevante i forhold til de forskningsspørsmålene jeg har og den teorien jeg brukte. Jeg har også markert ord og meninger som ikke er relevante, men dette har først vist seg etter flere runder med bearbeiding av dataene. Informantene har ikke alltid svart direkte på mine spørsmål. De har gått i egne assosiasjonssløyfer og snakker om delvis andre ting enn det jeg spør dem om. Eller de har snakket om et tema som ifølge intervjuguiden skulle komme senere eller var tidligere i intervjuet, ved at de for eksempel kom på noe de ikke husket tidligere.

Det har derfor vært en krevende øvelse å plassere svarene i de teoretiske kategoriene på en slik måte at det blir nyttig og riktig i forhold til etterrettelighet i oppgaven. Når jeg har plassert et svar inn i en kategori er det min tolkning og mitt valg.

Jeg har gjort en tematisk analyse av dataene etter modell fra Johannessen, Rafoss og Rasmussen (Johannessen, 2018, s. 278-314). Kodingen er også inspirert av Elise Øby (Øby, 2016) sin måte å kode etter modell fra Saldaña; en organiserende, beskrivende og konseptuell koding (Saldaña, 2016).

Første og andre koding

Jeg systematiserte informantenes utsagn i en excel-fil hvor hvert ark har et hovedspørsmål og en teoretisk ramme slik det framgår i intervjumalen. Ved nøye gjennomlesing av hvert enkelt intervju har jeg så hentet ut data, eksakt eller meningsfortettet, det vil si ord og meninger som svarer på det aktuelle spørsmål, og plassert dem som en første koding inn i excelarket med en kolonne med nummer på informanten, og fra hvilke(n) linje(r) i det transkriberte intervjuet det er hentet. Så har jeg arbeidet med å gjøre en andre koding. Den andre kodingen har dreid seg om å prøve å lage et beskrivende begrep for utsagnet.

I systematiseringen av dataene har jeg i noen grad valgt å se informantenes svar under hvert hovedspørsmål og teoretisk tema opp mot pakkeforløpenes 5 mål:

- 1) Økt brukermedvirkning og brukertilfredshet
- 2) Sammenhengende og koordinerte pasientforløp

- 3) Unngå unødig ventetid
- 4) Likeverdig tilbud til pasienter og pårørende uavhengig av hvor i landet de bor
- 5) Bedre ivaretagelse av somatisk helse og gode levevaner

Måten jeg har strukturert kodingen på er illustrert her ved et utdrag av en tidlig strukturering av det første arkets overskrifter og innhold som jeg har gruppert under spørsmålene som omhandler fenomenet Dekontekstualisering i figur nr 3.

Figur nr. 3. Eksempel på første, andre og tredje runde med koding

TEORETISK TEMA		DEKONTEKSTUALISERING	Andre	Tredje	målområde
Spørsmål		Hva vet du om bakgrunnen for innføring av pakkeforløp i psykisk helsevern for barn og unge?	Organiserende, beskrivende og konseptuell koding	Konsepter	
Informant nr	Linje	Data, eksakt eller meningsfortettet	kode		
1	8, 9	for å få bedre og likeverdige tjenester for barn og ungdom i Norge med – eh – som står i fare for å utvikle eller som har psykiske lidelser.	Mål om bedre og likeverdige tjenester	Mål om bedre og likeverdige tjenester	4
1	9, 10	Det har vært for stor spredning i tilbudene rundt omkring i landet.	For stor variasjon	for stor variasjon	4
2	8, 9	få bukt med de store variasjonene knyttet til utredning og behandling	For stor variasjon	for stor variasjon	4
2	10	Utover det, så vet jeg ikke noe mer.	Vet ikke	vet ikke mer	
3	7	går helt tilbake til 80-90-tallet	Historisk		
3	7, 8	Alle rapporter og utredninger som viser at vi ikke klarer å innfri kravene.	BUP leverer ikke	klarer ikke å endre tjenestene	
3	8, 9	Undersøkelser fra brukerne som viser at de ikke er fornøyde	Misfornøyde brukere	rapporter viser mangler over tid	1
3	9	Vi leverer ikke godt koordinerte tjenester	BUP leverer ikke koordinerte tjenester	Manglende koordinering	2
3	11, 12	i tillegg så viser det seg at selv om vi får påpekt mangler så klarer vi ikke å endre tjenestene i tråd med det vi burde ha gjort	BUP klarer ikke å endre seg i tråd med behovene	klarer ikke å endre tjenestene	
3	12, 13, 18	behov for endring...den kommer fra brukerne, først og fremst, befolkningen.	Behov for endring	klarer ikke å endre tjenestene	1
3	19,20,21	helsetilsynets rapporter, samdata, alt det som viser at pasienter ikke får det de har krav på å få i en del sammenhenger.	Pasienter får ikke det de har krav på	rapporter viser mangler over tid	
3	24,25	veldig mange ting som står i loven som likevel ikke blir implementert	Manglende implementering/lovbrudd?	mangler over tid	
3	27	Gavepakke til ledere	Lederstøtte	lederstøtte	
3	28	så har vi egentlig veldig lite systemer og rammer og verktøy til å hjelpe oss i dette her.	strukturmangel	Struktur-mangel	2
4	40-41	sikre overganger ja, og komprimere utredningstiden er i hvert fall to viktige punkter.	sammenhengende pasientforløp, unngå unødig ventetid		2 og 3

4	45-46	Det har vært nedsatt et omfattende arbeid i dette hvor brukermedvirkningen har stått veldig sentralt og sterkt	brukermedvirkning,		1
5	13-16	Bakgrunnen, er vel sånn som slik vi har fått formidlet det, er jo at dept. Ikke er fornøyd med fremdriften som har vært i BUP, at ting har tatt for lang tid, at pasientene har ventet for lenge, utredningen er gjerne litt for omfattende, at man har ønsket å gjøre det mer strukturert da, og mer likt for alle uansett hvor man bor.	BUP leverer ikke		4, 3
5	25	vi har brukt for klang tid...på utredning	Tidsbruk for lang	Tidsbruk	2,3

Konsepter

Etter første og andre runde med koding, hvor jeg har forsøkt å gå fra beskrivende koding av mening, til mer å redusere antall koder slik at jeg kommer fram til et redusert antall grupper jeg kaller overgripende konsepter, som kan dekke innholdet fra flere kodete grupperinger av data/meninger og si noe essensielt om mine funn. Jeg brukte farger på grupperingene, satte det opp mot målene i pakkeforløpene der det passet, og andre farger der temaene handler om noen annet. Jeg har tilslutt komprimert det hele ned til færrest mulig konsepter. I figur 4 er det illustrert ved hvordan konseptene knyttet til temaet «Omforming og tilpasning» ble. Antallet utsagn er kun en hjelp til meg selv for å ha litt oversikt over hvor stort fokus de forskjellige temaene hadde hos informantene under intervjuene. Det *kan* si noe om betydningen av temaet, men ikke nødvendigvis.

Figur 4: Illustrasjon på hvordan jeg har kodet konseptene under temaet Omforming og tilpasning.

Omforming og tilpasning	
konsept	Antall utsagn
løpende drøfting om forståelse av, innhold om og holdning til PF	15
struktur	6
Arbeidsgrupper forberedte PF lokalt	5
PF passer med annen faglig tenkning	5
sortering av oppgaver, sorteringskompetanse	11
modifisering – både addering og fratrekk	19

Dette arbeidet har vært både tidkrevende og mentalt utfordrende. Jeg har gått mange runder mellom det enkelte intervju og de kodede dataene under hvert intervju spørsmål, i forsøk på å samle de kodede utsagnene i meningsfulle kategorier. I og med at jeg har en teoretisk ramme jeg ville analysere dataene i forhold til, har det vært viktig å forsøke å vurdere de kodede utsagnene opp mot dette. Samtidig har jeg lurt på om det ville være klokt å prøve å fristille meg fra teorien og slik sett løfte blikket for å se hva er det informantene forteller meg? Hva er det viktigste budskapet?

Etter overveielser fram og tilbake landet jeg på at jeg ville analysere dataene opp mot Røviks teori, da dataene forteller meg mye om oversettelse, omforming og tilpasning og translatørkompetanse – som var det jeg ville se på i utgangspunktet.

Til slutt har jeg hentet ut disse konseptbetegnelse og satt dem sammen under hvert teoretisk hovedtema (Dekontekstualisering, kontekstualisering, oversettelse, oversettelseskjede, omforming og tilpasning, translatørkompetanse og organisasjonskultur) i en arkfane i excelarket for å få en samlet oversikt over konseptene. Jeg hadde laget et spørsmålsområde for implementering, men fant at det var få rene svar der og alle svarene passet inn i de andre kategoriene.

Etter å ha hentet alle konseptbetegnelse ut fra hvert sitt ark og satt dem inn i samme ark gjorde jeg enda en gjennomgang av og vurdering av hva dataene handler om. Jeg erfarte at flere temaer ble omtalt gjennom hele intervjuet med informantene, og at det slik sett ble vanskelig å opprettholde en helt strikt deling av konseptene til de forskjellige teoretiske temaene, og har derfor hentet data på tvers i materialet der det har vært vurdert som riktig og nyttig for å svare på studiens forskningsspørsmål.

Kategorier

Etter bearbeiding, tenkning og vurdering har jeg kommet fram til 6 forskjellige kategorier som samlende beskrivelser i analysen av dataene. Disse er: Styringssignaler, Holdning til pakkeforløpene, Medvirkning, Tilpasning, Skape felles forståelse for hensikt og Anerkjenne utfordringer. Se Figur nr.5. Jeg knytter to og to av dem til de forskjellige forskningsspørsmålene. I tillegg har jeg tatt inn Struktur som tema som gjennomgående i hele datamaterialet. Det er naturlig, da

hele ideen bak Pakkeforløpene handler om at pasientene skal få bedre oversikt over hvilket helsetilbud de får og at forløpene skal være koordinerte og sammenhengende. Jamfør statsminister Erna Solbergs uttalelser i sin åpningstale ved lanseringskonferansen for pakkeforløp for psykisk helse og rus 12.09.18. «I pakkeforløpene får pasienten vite hva som skal skje, når det skal skje og hvem som skal gjøre det» (E. Solberg, statsminister, 2018).

Figur nr.5: Valgte kategorier knyttet til forskningsspørsmålene

Mine valgte kategorier knyttet til forskningsspørsmålene			
Hvordan oversetter førstelinjeledere i BUPP pakkeforløpene i psykisk helsevern for barn og unge?	Styringssignaler	Holdning til PF	struktur
Hvordan omformer og tilpasser førstelinjelederne pakkeforløpet til egen virksomhet?	Medvirkning	Tilpasning	struktur
Hvilke translatørkompetanser viser seg hos førstelinjelederne i dette arbeidet?	Skape felles forståelse for hensikt	Anerkjenne utfordringer	struktur

Memoer

Jeg har laget memoer underveis i arbeidet med intervjuene, kodingen og analysearbeidet for å forsøke og huske på ting som jeg har tenkt på og fått ideer om, og som ikke nødvendigvis har passet inn i det kodingsarbeidet jeg holdt på med, eller som jeg har villet ha med meg videre. Disse har jeg lagret i et eget excelark sammen med kodingen. De har i noen grad vært nyttige underveis.

4.11 NSD-søknad

Søknad ble, i samarbeid med veileder, sendt NSD 04.07.19, reg.nr, 624124, og prosjektet ble godkjent av NSD 10.07.19. Vedlegg til søknaden var Informasjonsskriv til deltakerne og samtykkeerklæring til deltakelse i prosjektet (Vedlegg 2) og Utkast til semistrukturert intervjuguide (vedlegg 3)

4.12 Troverdighet og pålitelighet

I enhver studie skal det sikres på mest mulig tydelig måte at dataene og analysen, hvordan alt materialet er samlet inn, notert ned, tatt vare på og brukt i studien, er valide og reliable. Leseren må kunne stole på at studien er troverdig.

Jeg viser her til en definisjon om validitet og reliabilitet i kvalitativ design av Gibbs i John W. Creswells bok om Research design: “Qualitative validity means that the researcher checks for the accuracy of the findings by employing certain procedures, while Qualitative reliability indicates that the researcher’s approach is consistent across different researchers and different projects” (Creswell, 2014, s. s.201, (Gibbs, 2007 i))

Jeg har benyttet anerkjente metoder for å sikre at dataene er behandlet korrekt. Data om informantene er holdt adskilt fra de transkriberte intervjuene, hver informant har fått et nummer som er koblet til rett informant i egen separat liste. Jeg har spilt inn alle intervjuene på bånd, og vært nøyaktig i transkriberingen av det enkelte intervju. Alle linjer er nummerert i hvert intervju, og det er notert tidsangivelse flere steder i hver transkripsjon hvor langt ut i intervjuet det aktuelle utsagn kom, for lettere å finne det igjen på lydbånd ved behov.

Jeg har arbeidet systematisk og gjentatt gjennomgang av både det enkelte intervju, kodingen, vurdert koding og kategoriseringen flere ganger, for på så samvittighetsfull og nøyaktig måte som mulig innenfor den tidsrammen og konteksten jeg råder over, å presentere data og funn på en slik måte at det også kan vurderes av leseren. I et stort materiale med muntlig tekst som er nedtegnet er det mange vurderinger som er gjort i forhold til om hvilke enkeltutsagn som er relevant og ikke for studiens formål. Det har vært krevende å få oversikt over materialet, finne det relevante, legge til side mindre aktuelle utsagn og systematisere de utsagn som jeg har vurdert relevante.

4.13 Etske overveielser

BUP-feltet i Norge er oversiktlig. Mange kjenner hverandre. Det er viktig å sikre anonymitet for informanter. Dette har jeg tilstrebet ved å tenke godt gjennom hvordan jeg skulle rekruttere til studien og hvordan jeg bruker dataene i studien. Noen av utsagnene er sitert i sin helhet, og den enkelte informant vil kanskje kunne kjenne igjen sine egne uttalelser, men jeg har fjernet identifiserende utsagn som for eksempel navn på poliklinikken, helseforetaket eller andre utsagn som ville gjenkjennes ved bruk av utsagn i teksten ved å sette inn for eksempel [nn] i teksten som erstatning for det faktiske ordet.

Min egen kjennskap til feltet og til andre ledere i tjenestene gjennom mange års arbeid som kliniker og leder i BUP vil kunne redusere nøytraliteten, men også sikre et godt kunnskapsgrunnlag om det jeg har studert. Jeg har tilstrebet å ha et kritisk blikk på mine egne utsagn og vurderinger i teksten, og på hvordan min egen person har påvirket intervjuene for å forebygge at intervjuobjektene blir påvirket av meg i mine svar. Siden semistrukturerte intervjuer alltid utføres av mennesker i en dialogisk og relasjonell prosess vil de aldri kunne bli helt objektive eller nøytrale. Dette er det viktig at også leseren er klar over. Det vil selvfølgelig alltid kunne ha en slagside at man selv er innenfor systemet, men det kan også gi grunnlag for et mer informert intervju med den enkelte. Det som jeg kunne erfare var at det var flere ting som var implisitt og som ikke ble sagt, siden informantene antok (med rette) at jeg kjente feltet og temaet for studien godt. Dette har jeg vært bevisst på når jeg har gått gjennom dataene og tolket utsagnene.

I vurderingen av om jeg ville gjøre en studie horisontalt av ledere på samme nivå eller vertikalt i ett spesifikt helseforetak, som en case-design, har jeg vurdert det dithen at studien ved et case-design risikerte å få problemer med gjennomføringen. Det ville særlig være knyttet til etiske aspekter som at lederne ville kjenne hverandre og forstå hvem som sier hva, og at de da kanskje ikke ville svare helt ærlig, samt at jeg som forsker ville måtte vurdere om noen data ikke kunne benyttes av hensyn til informantene. Dette kunne og ville jeg ikke risikere.

5 Analyse

I min studie har jeg som tidligere beskrevet, ønsket å finne ut mer om lederes oversettelse av reformen innføring av pakkeforløp i psykisk helsevern for barn og unge i Norge ut fra en teoretisk ramme om translasjonsteori fra Røvik (Røvik, 2007).

Mine forskningsspørsmål er:

- 1) Hvordan oversetter førstelinjeledere i BUPP pakkeforløpene i psykisk helsevern for barn og unge?
- 2) Hvordan omformer og tilpasser førstelinjelederne pakkeforløpet til egen virksomhet?
- 3) Hvilke translatørkompetanser viser seg hos førstelinjelederne i dette arbeidet?

Jeg har i kapittel 4 vist hvordan jeg har arbeidet med systematisering og organisering av dataene, og hvordan jeg har kommet fram til koding, konseptualisering og kategorisering av dataene.

I dette kapittelet vil jeg ta utgangspunkt i hvert enkelt forskningsspørsmål for å vise min argumentasjon, dataene som belyser dette og koble det mot relevant teori.

Jeg henter inn sitater/meningsfortattede utsagn fra datagrunnlaget/intervjuene for å illustrere og synliggjøre hva som er kommet fram fra informantene om de forskjellige temaene. I datapresentasjonen velger jeg å sette inn ganske mange, både kortere og lengre, sitater/utsagn fra informantene. Dette velger jeg fordi det er i teksten at nyansene ligger, og jeg fant det viktig å hente informantenes egne utsagn inn i størst mulig grad, slik at mine vurderinger kan leses opp mot dataene, men uten at det samlet sett skal ta for stor plass i analysen og oppgaven som helhet. Min analyse er bakt inn løpende i teksten i hvert tema.

5.1 Hvordan oversetter førstelinjeledere i BUPP pakkeforløpene i psykisk helsevern for barn og unge?

I det første forskningsspørsmålet inngår ledernes kjennskap til ideen om pakkeforløpene i psykisk helse for barn og unge, hvor det kommer fra, hvordan og av hvem det er besluttet og hva som er mål og innhold i pakkeforløpene.

Dette svarer informantene i hovedsak på gjennom de fire første hovedspørsmålene i intervjuguiden:

- Hva vet du om bakgrunnen for innføring av pakkeforløp i psykisk helsevern for barn og unge?
- Hva vet du om pakkeforløp i psykisk helsevern for barn og unge?
- Hvordan arbeider du med å forstå innholdet i pakkeforløpene slik at det passer inn i din virksomhet?
- Hvordan har du fått informasjon om pakkeforløpene? (i styringslinjen, i pressen, i fagblader, undersøkt selv?)

I dette kapittelet ser jeg på og analyserer det informantene har svart og hvordan det kan knyttes til de teoretiske temaene dekontekstualisering, kontekstualisering, oversettelseskjede og oversettelse hos Røvik (Røvik, 2007).

Dekontekstualisering handler i vår sammenheng om at den språksatte praksisen «Pakkeforløp for kreft» tas ut av den sammenhengen de brukes og omformes med formål å overføres til «pakkeforløp for psykisk helse og rus» (Røvik, 2007, s. 260).

Kontekstualisering handler ifølge Røvik om når ideer oversettes til praksis (Røvik, 2007, s. 293). I vår sammenheng - når ideene om pakkeforløp i pasientbehandlingen skal passes inn i konteksten og kulturen psykisk helsevern for barn og unge. Vi har sett at det er mange aktører og arenaer involvert i kontekstualiseringen av ideene om pakkeforløp i psykisk helse for barn og unge.

Hvilke kontekstualiseringsregler kan gjenkjennes/brukes i det oversettelsesarbeidet som BUPP-lederne er delaktige i?

Oversettelseskjede - I denne spørsmålssekvensen var jeg interessert i å høre hvordan lederne hadde fått informasjon om pakkeforløpene, hvilke styringssignaler de hadde fått i egen organisasjon knyttet til pakkeforløpene, og hvordan det har vært drøftet og besluttet om pakkeforløpene i den ledergruppen de selv var del av. Dette henviser teoretisk til om oversettelseskjeden skjer hierarkisk, på hvilken måte, og om det også er andre former for oversettelseskjeder enn den hierarkiske (Røvik, 2007, s. 295-300)

Oversettelse – Her er vi teoretisk interessert i å finne hvilke spesifikke oversettelsesregler vi kan gjenkjenne i informantenes utsagn knyttet til hvordan pakkeforløpene oversettes inn i egen virksomhet (Røvik, 2007, s. 305-318)

Lederes kunnskap om hva pakkeforløpene er, hvilket innhold og hensikt det har, hva som er kravene til organisasjonen og de ansatte, hvilke holdninger til det nye som eksisterer og utfordres og hvilken struktur som innføres eller forventes er viktige elementer som påvirker på hvilken måte pakkeforløpene tas imot og tas inn i virksomheten.

Vi skal nå belyse det første forskningsspørsmålet gjennom analyse av data som jeg har samlet under kategoriene 1) Styringssignaler, 2) Holdning til PF og 3) Struktur.

Figur nr.5: Valgte kategorier knyttet til forskningsspørsmålene

Mine valgte kategorier knyttet til forskningsspørsmålene			
Hvordan oversetter førstelinjeledere i BUPP pakkeforløpene i psykisk helsevern for barn og unge?	Styringssignaler	Holdning til PF	struktur
Hvordan omformer og tilpasser førstelinjelederne pakkeforløpet til egen virksomhet?	Medvirkning	Tilpasning	struktur
Hvilke translatørkompetanser viser seg hos førstelinjelederne i dette arbeidet?	Skape felles forståelse for hensikt	Anerkjenne utfordringer	struktur

5.1.1 Styringssignaler

Informantene har mange uttalelser som handler om det jeg har valgt å kalle styringssignaler når de snakker om hvordan de forstår bakgrunnen for innføringen av og innholdet i pakkeforløpene. Inn i denne kategorien er det temaer om hvor de oppfatter at pakkeforløpene kommer fra, hvilken informasjon de har hentet inn, hvor de får og gir informasjon om faglig og strukturelt innhold, mål og hensikt med pakkeforløpene, hvilke retningslinjer som er gitt knyttet til krav og rapportering, hvordan implementeringen styres hierarkisk i linjen og hvordan det arbeides med å gi mening og innhold til pakkeforløpene i den enkelte avdeling og seksjon. Ledernes kunnskap om og forståelse for bakgrunn og innhold i reformen er avgjørende for hvordan de språksetter og formidler innhold og mening i egen seksjon (Røvik, 2007, s. 331).

Bakgrunn for innføring av pakkeforløp

Det første spørsmålet dreide seg om hva informantene visste om bakgrunnen for innføring av pakkeforløp i psykisk helsevern for barn og unge.

En av informantene trekker de lange linjene i bakgrunnen for at denne reformen kom nå; at myndighetene og tilsynsmyndighetene siden 80-90-tallet har vært opptatt av at tjenestene på forskjellige måter ikke klarer å innfri kravene til kvalitet og likeverdige tilbud:

det store omfattende, landsomfattende tilsynet som ble gjort, jeg husker ikke årstallet, men som viste veldig stor variasjon i rett og slett pasientforløp. Og at ønske med pakkeforløpene er jo å få kvalitet faktisk. Eller det man klarte å lese ut av journaler så så man en stor variasjon. Både i struktur og nok kvalitet. Og at man da har et ønske om gjennom pakkeforløpene å få til mindre variasjon og en større, økt pasientsikkerhet med tanke på involvering og struktur.

Informantene sier noe om at bakgrunnen for innføring av pakkeforløpene handler om at det har vært for stor variasjon i tjenestetilbudet til pasientene slik at det ikke blir likeverdige tilbud, at brukermedvirkningen har vært for dårlig og at den må bli

bedre, at brukerne ikke er fornøyde med tjenestene, at pasientene har måttet vente for lenge både før og underveis i tilbudet, og at tilbudet ikke har vært godt nok strukturert og koordinert. Et annet sitat illustrerer dette:

Bakgrunnen, er vel sånn som slik vi har fått formidlet det, er jo at departementet ikke er fornøyd med fremdriften som har vært i BUPP, at ting har tatt for lang tid, at pasientene har ventet for lenge, utredningen er gjerne litt for omfattende, at man har ønsket å gjøre det mer strukturert da, og mer likt for alle uansett hvor man bor.

Gjennom disse uttalelsene om hvordan de mener ting har vært i tjenestene, viser lederne at de har forståelse for hva pakkeforløpene er, hva de kommer fra og hva som er hensikten med dem. De berører samtidig alle målområdene i pakkeforløpene, bortsett fra målet om bedre ivaretagelse av somatisk helse og levevaner. Ingen av informantene vektlegger dette i særlig grad i løpet av intervjuene, en av dem nevner kort at det er et mål å få mer grundig avklaring av somatisk helse hos pasientene, ellers er de opptatt av hvordan legespesialisten/barnepsykiateren skal medvirke i utredningsforløpet, det kommer fram under temaet oversettelse. Men jeg tolker disse utsagnene slik at de da ikke har fokus på somatisk helse, men mer på psykiatrisk vurdering.

Noen sitater fra informantene illustrerer tydelig at de har et blikk bakover – altså at beslutningen om pakkeforløpene henger sammen med de erfaringer som er gjort tidligere – og at det er en forventning om at tjenestene må endre seg – på flere områder som skal gi bedre helsetjeneste for pasientene.

Disse svarene kan tolkes inn i en dekontekstualiseringsforståelse (Røvik, 2007, s. 260), i betydningen at de viser til at pakkeforløpene innføres for å få til forbedring og effektivisering av tjenestene til pasientene, men akkurat disse informantene kobler det ikke direkte til ideer eller konsepter.

Andre informanter sier noe konkret om at de knytter pakkeforløpene til andre ideer; pakkeforløp for kreft: «etter modell fra kreftpakkeforløpene», pakkeforløp for psykisk helse i Danmark: «jeg kan ikke inngående hvordan dette har fungert i Danmark, men bare se på Danmark hvordan de har feilet i forhold til denne typen

jobbing», og LEAN-metodikk: «jeg hadde god forståelse selv for pakkeforløpene eh, fordi jeg også hadde jobba med et forbedringsprosjekt, med utgangspunkt i LEAN, som var å prøve å skape en struktur, og få til bedre utredninger.»

Disse utsagnene kan i større grad kobles til betegnelsen dekontekstualisering i betydningen at en språksatt praksis (pakkeforløp kreft, pakkeforløp psykisk helse i Danmark og LEAN-metodikk) er forsøkt tatt ut av den sammenhengen de har oppstått i og omformet med formål å bli overført til nye organisasjoner (BUPP) (Røvik, 2007, s. 260).

Samlet sett formidler ikke informantene mye om dekontekstualisering og koblingen til internasjonale ideer om organisering av tjenester. De har slik jeg ser det, en begrenset kobling til pakkeforløp for kreft i Danmark og Norge, og noe til LEAN-metodikk gjennom erfaring fra eget arbeid. I min forståelse er det ikke så rart; du skal være særskilt interessert i organisasjonsutvikling for at dette kommer langt fram i bevisstheten til medarbeidere i organisasjoner. Samtidig er informantene ledere med lang erfaring og flere av dem holder selv på med masterløp i ledelse, så det kunne være at de hadde hatt fokus på det. Koblingen til globale ideer har nok i større grad skjedd forut for og i prosessen rundt utviklingen av de tekstlige pakkeforløpene. Det ligger utenfor rammen av denne oppgaven å undersøke utviklingen av selve pakkeforløpet, selv om jeg gjennom beskrivelse av myndighetenes begrunnelse for innføring av pakkeforløpene og at det var et omfattende forarbeid i nasjonale arbeidsgrupper, høringer og nye beslutningsrunder i kapittel 1 indirekte kommer inn på at ideene bak pakkeforløpene er knyttet til ideer om kvalitetsledelse, NPM, LEAN, prosessforbedring og andre konsepter og organisasjonsideer.

Lederne som er intervjuet er innforstått med at pakkeforløpene er besluttet innført fra regjering og helsepolitisk ledelse, og at det er noe som **skal** gjennomføres.

Sitat fra en av lederne illustrerer dette: «Det er jo godeste Høie som har bestemt at det skal innføres også for psykisk helsevern og rus for barn, unge og voksne, etter modell fra kreftpakkeforløpene da. Så det er jo bestemt fra sentralt hold.»

De konkrete styringssignaler som lederne rapporterer om at de hører fra sine ledere og fra myndighetene og slik de tolker selve teksten i pakkeforløpene har et stort spenn. De oppfatter som beskrevet at det er gitt en tydelig beskjed om at

pakkeforløpene *skal* gjennomføres, men også at det er et utviklingsarbeid og at de skal lære underveis. Følgende utsagn illustrerer dette:

Nei, det er jo i hvert fall sånn at dette her er noe vi skal i gang med. Det er ikke noe valg på pakkeforløpet. Men de har vært tydelige på at det er et utviklingsarbeid og det har vært veldig sånn; målsettingen er 80% i pakkeforløpet, og alle disse tallene, de skjønner kompleksiteten i det, klinikkjefen og sånt noe.

Styringssignalene om at pakkeforløpene *skal* innføres kan teoretisk kobles til at kontekstualiseringens aktører i den hierarkiske oversettelseskjeden har begrenset frihet til oversettelse av hvorvidt de kan si ja eller nei til pakkeforløpene. De kan gjøre noen lokale tilpasninger, men ledelse, i denne sammenheng departement og direktorat, vil være opptatt av å kontrollere og sikre at innføringen gjennomføres (Røvik, 2007, s. 294).

Noen uttrykker eksplisitt at det er greit å ikke ha full oversikt fra dag en: «Helt greit å prøve og feile, ha lave skuldre» og en annen formidler at leder over tok tydelige grep om både prosessen og at de skulle velge ut hva de starter med fra pakkeforløpet:

...min leder veldig opptatt av å forsøke å dempe stresset. At man ikke skulle få noe panikk, at man skulle bruke tid osv. Sånn at leder tenkte at vi kunne ikke gjennomføre hele pakkeforløpet til punkt og prikke på ett år, lederen valgte ut noen punkt som vi skulle ha fokus på i pakkeforløpene da. Og det var jo dette med behandlingsplan som skulle på plass, dette med selvfølgelig brukermedvirkning og klinisk beslutning. Men vi fikk ganske klare føringer på og støtte i prosessen, at vi ikke tenkte at vi skulle få til alt med en gang.

Signaler i styringkjeden på om noe er fast og ikke mulig å endre på eller om det er en viss grad av fleksibilitet kan ha innvirkning på ledernes måte å tenke om og forstå pakkeforløpene og hvordan de signaliserer hva som kreves inn i egne seksjoner. Der det er signalisert i linjen at ikke alt må være på plass med en gang, kan det virke som om lederne også har tatt med seg den friheten inn i oversettelsesarbeidet i egen seksjon. Den friheten kan også gjøre at grunnideene i pakkeforløpene blir vannet ut, og at lederne og seksjonene velger å fokusere på det

som passer best med den praksis som de allerede har, og ikke lar seg utfordre på det nye og det som krever endring hos dem selv.

Noen av styringssignalene som innebærer krav til aktivitet og frister er ikke primært knyttet til pakkeforløpene, men til regjeringens og helseforetakenes mål om for eksempel redusert ventetid før oppstart målsatt med gjennomsnittlig ventetid et visst antall dager. Informanter sier at det er stort press på tjenestene med at det skal oppnås redusert ventetid: «Nei, altså det jeg kjøres på er ventetid. Det er ventetid som er den største styringsindikatoren vi har, det er ventetid ja.»

I tillegg til redusert ventetid forventes kortere utredningstid og at det skal oppnevnes forløpskoordinator:

...har krav om redusert ventetid, 40 dagers forventningen, som vi ikke klarer å innfri helt og holdent, på grunn av ressursmangel og mangel på spesialister og diagnoseansvarlig især. Så det har vi på en måte parallelt med dette. Så det er et viktig bakteppe. Ellers så er det jo det at vi skal korte ned på utredningstidene, eh- og at vi skal oppnevne koordinator. Eh forløpskoordinator med eget telefonnummer og telefon og sånne ting som skal være kontaktbar gjennom hele uken. Det har vi satt på plass, som en av de få. (Ler..) Og at det skal være tilsvarende forløpskoordinator i kommunene. Det er det i kanskje to av våre [xx] samarbeidskommuner.

Det kommer fram fra flere av informantene at målene både fra pakkeforløpene og fra andre retningslinjer og styringssignaler som gis, er vanskelig å oppnå samlet sett. De opplyser at det er flere årsaker til dette; ressursmangel, mangel på spesialister, at ikke kommunen oppnevner koordinator osv.

Jeg vurderer det dithen at informantene gjør en kontinuerlig vurdering av mål sett opp mot realistiske muligheter i det daglige, en rasjonell- strategisk addering og fratrekking slik Røvik omtaler det (Røvik, 2007, s. 313), noe vi også skal se nærmere på i neste kapittel om omforming og tilpasning, men at informantene er fullt klar over hvilke mål som er satt for pakkeforløpene.

Forståelse av faglig innhold.

Det er gjennomgående i informantenes utsagn at de tenker at pakkeforløpene har gode og riktige mål og intensjoner. Alle uttrykker at de tenker at målene med pakkeforløpene er viktige for pasientene, og at tjenestene egentlig burde ha gjennomført det meste av det som står der tidligere. Noen av informantene sier også noe om at pakkeforløpene medfører lite endring av tjenestenes forståelse av hva som er godt faglig innhold i pasientarbeidet.

Et sitat fra en informant illustrerer dette:

Pakkeforløpene er ikke veldig forskjellig fra hvordan vi har jobba før. Eh, veldig mange av dette here, strukturen og innhold og alt mulig er ganske likt med hvordan vi har tenkt egentlig hele tiden, så det er ikke den store faglige endringen. Det som er den store endringen er alle disse kodene. Og kompleksiteten av det. Det er ikke at vi... Vi har hatt det samme fokus på inntaksrutinene, vi har hatt det samme fokuset på evaluering, vi har hatt det samme fokuset på behandling, eh så det er ikke den store endringen faglig.

Flere gir uttrykk for at deres avdeling og/eller seksjon på forhånd eller underveis og samtidig med implementeringen av pakkeforløpene har gjort faglig og strukturelt utviklingsarbeid som støttes opp av pakkeforløpstenkningen. De har vært opptatt av å få ned ventetid, både som et styringssignal fra eget helseforetak eller egen helseregion, men også fordi de som ledere mener at pasientene ikke skal vente for lenge på utredning og behandling.

De har vært opptatt av at variasjonen mellom hva den enkelte pasient har mottatt av helsetjenester har vært for stor, både i egen seksjon og mellom helseforetak og regioner. Informantene forteller at de derfor over tid, også før innføring av pakkeforløpene, har jobbet med forskjellig utviklingsarbeid for å gi mer likeverdig helsehjelp til pasientene.

Ganske mange utsagn handlet om informantenes kjennskap til selve innholdet i pakkeforløpene. Det dreier seg om det faglige innholdet, for eksempel at det er ett pakkeforløp for utredning og behandling, og at det er egne for OCD, psykose og spiseforstyrrelser, og at de skal følge allerede vedtatte retningslinjer for godt faglig arbeid. Videre at det er satt frister som skal styre innen når for eksempel

basisutredning, utvidet utredning, klinisk beslutning og evaluering skal gjennomføres. De kjenner godt til at dette skal kodes og rapporteres. Informantene har kjennskap til at det skal etableres samarbeid med fastleger og kommunale instanser, at det skal tilstrebes systematisk brukervedvirkning og feedback fra pasienter og foresatte. De vet også at det skal være en forløpskoordinator både i spesialisthelsetjenesten og kommunalt.

Det fremkommer hos de fleste at de har satt seg godt inn i pakkeforløpenes innhold. Men det kan samtidig virke som om det er i noe varierende grad. Særlig en av informantene var klar på at han ikke hadde satt seg veldig godt inn i detaljene, men at det var delegert til andre i virksomheten; til fagpersoner og spesialister og til sekretærer i seksjon og avdeling.

Disse funnene illustrerer delvis hvordan organisasjonen legger grunnlaget for det Røvik kaller gode eller dårlige oversettelser av organisasjonsideene (Røvik, 2007, s. 319) gjennom å sette seg godt inn i det faglige innholdet. Her ser seksjonslederne at mye av innholdet allerede er helt eller delvis implementert i deres seksjoner, og oversettelsen vil derfor være en bekreftelse av og kopiering av det de allerede gjør.

Arenaer for drøfting og forberedelse av pakkeforløpene.

Flere (17) utsagn handlet om hvor og hvordan pakkeforløpene er utarbeidet og forberedt. Her inngikk flere forskjellige utsagn både om sentralt nivå, regionale nivåer og lokale nivåer. De fleste informantene fortalte om at pakkeforløpene var forberedt gjennom sentrale, nasjonale arbeidsgrupper, selv om det også virket som om kjennskapet til arbeidsgruppene var forskjellig. To seksjonsledere hadde hatt ansatte med i en av de sentrale arbeidsgruppene, noe som sannsynliggjør at kjennskap og drøftinger har vært mer tilstede i egen seksjon tidlig i prosessen og opplevelsen av medvirkning kan være sterkere.

..det var jo nedsatt store arbeidsgrupper i forhold til å lage skisser og utkast til pakkeforløpene, et langvarig arbeid der både representanter fra ADHD Norge, spesialisthelsetjenesten, kommune, KS osv var innlemma, og folk fra ulike profesjoner i spesialisthelsetjenesten var involvert. Så jeg tenker at det var, det er på en måte en reform, hvis jeg skal bruke det ordet, hvor

brukermedvirkning har stått veldig sterkt i forhold til at de har kommet med innspill på hva de har savnet og hvilke tilbakemeldinger de har fått opp gjennom årene fra sine medlemmer da. Ja, og de var med i disse arbeidsgruppene som var ledet av Stine Meltzer.

Det kom fram at flere av informantene av forskjellige grunner hadde etablert lokale arbeidsgrupper i egen seksjon som hadde arbeidet med utvikling av forbedrede arbeidsprosesser i egen virksomhet. Tre informanter fortalte at de hadde hatt et forbedringsprosjekt for å få ned ventetiden, bruke kortere tid på utredning, ha god kvalitet i arbeidet og sikre framdrift i sakene. På det tidspunkt prosjektene ble etablert visste de at pakkeforløpene ville komme, det var allerede kommet fram endel temaer fra forarbeidene om pakkeforløpene, så de la inn noe av de samme forventninger og mål som de ventet ville komme i pakkeforløpene i eget prosjekt, To av informantene ga uttrykk for at de da hadde klar en mal for basisutredningen når pakkeforløpene ble innført, og at det hjalp dem i den første fasen.

En av informantene fortalte at de «brukte 3/4 år på å samle oss og bli enige, kanskje mer». Dette var i en poliklinikk hvor de hadde satt ned arbeidsgrupper med dyktige og engasjerte fagfolk og teamledere som skulle gjennomgå pakkeforløpenes tekst og sette seg inn i hva som var mål og hensikt og operasjonalisere det så konkret om mulig til sin egen poliklinikk. Flere av informantene ga uttrykk for at de brukte svært mye tid på arbeidet før og etter innføringen, både i arbeidsgrupper som skulle legge premisser for hvordan de skulle gjøre det i egen poliklinikk, men også i teammøter, ledermøter, faggruppemøter og andre arenaer for drøfting og meningsutveksling. Alle seksjonslederne gir uttrykk for at de har vektlagt dette med tilgjengelige arenaer for forberedelse og avklaringer som viktig. Røvik omtaler de hierarkisk organiserte arenaer for oversettelse i oversettelseskjeden og han omtaler det som er mer løse tilknyttede utviklingsarenaer. I arbeidet med forberedelse og oversettelse kommer det fram at det er gjort oversettelsesarbeid både i den formelle hierarkiske lederstrukturen med top-down orientering; konkretiseringer fra ledernivå til neste ledernivå, men også i mer Stimulus-respons- basert sekvensialitet; altså at hvert nivå gjør egne gjennomganger, oversettelser og tilpasninger av konseptet til lokale forhold (Røvik, 2007, s. 294-295). I tillegg er de nasjonale arbeidsgruppene en mer hierarkiuavhengig utviklingsarena der

sammensetningen er på tvers av organisasjoner, brukere, og nivåer. Diskusjonene i mange fagfora, NBUP, debatter og lignende er også løsere utviklingsarenaer for forståelse og oversettelse som de fleste informantene kjenner til og nevner.

Aktørene i oversettelsesarbeidet – hvem er de og hva er deres bidrag?

Til alle arenaer er det knyttet aktører i arbeidet med å oversette organisasjonsideer, slik som pakkeforløpene er. Ledere påvirker i en viss grad hvem som blir oversettere; de kan for eksempel gi oppdrag til personer og grupper om arbeidsoppgaver knyttet til oversettelse i egen organisasjon. Flere av informantene fortalte at de hadde vært nøye med hvem de hadde bedt om å delta i utviklingsarbeidet i egen seksjon, de uttrykte at det var viktig å velge ut nøkkelpersoner og gå i allianse med dem. Videre at de hadde valgt å bruke personer som var erfarne, dyktige og med høy tillit i organisasjonen – som både gikk aktivt inn i utviklingsarbeidet, men som også kunne heve røsten og være kritiske. Det økte slik jeg oppfatter informantene, troverdigheten til tilpasningen av pakkeforløpene lokalt.

Engasjement og tenkning om pakkeforløpene skjer også utenfor den vanlige styringslinjen, for eksempel på utviklingsarenaer som faggruppesamlinger av forskjellig karakter, nettverk, kurs og konferanser (Røvik, 2007, s. 295-297). Deltakerne her kan være leger i utdanning, det kan dreie seg om faggruppespesifikke nettverk med for eksempel psykologer, sosionomer og ledere, eller forskjellige samlinger for alle typer ansatte i BUP, for eksempel de årlige NBUP-konferansene. Gjennom disse utviklingsarenaene kan de også ha fått informasjon om og drøftet forskjellige organisasjonsutviklingsideer, og de kan ganske tidlig i prosessen ha fått informasjon om og debattert et framtidig pakkeforløp. Jeg kjenner ved egen erfaring til at pakkeforløpene flere ganger har vært tema på lederkonferansene som NBUP arrangerer. Flere av informantene forteller at de har tatt med seg innspill og ideer hjem til eget hus fra slike samlinger, og hatt mulighet for å reflektere over og analysere forskjellige aspekter ved ideene.

I BUPP er det ganske høy grad av analytisk kompetanse hos de ansatte og de er dedikerte medarbeidere med høy grad av engasjement i forhold til eget faglig arbeid. De ønsker gjerne å vurdere, forme og utvikle fag og organisasjon selv. Rommet for hierarkisk kontroll er begrenset av dette (Røvik, 2007, s. 296-297).

Det må være slik da de ansattes analytiske og teoretiske evner er sentrale for gjennomføringen av arbeidsoppgavene. Samtidig har vi vist at det er høy grad av styringskontroll i linjen ved innføring av pakkeforløpene, noe som det i all hovedsak ser ut til at mine informanter aksepterer.

Det finnes både gode og dårlige muligheter for translatørkompetanse i psykisk helsevern for barn og unge (PHBU); Psykologisk kompetanse er tilstede. Bruk av narrativer er vanlig i pasientarbeid. Det er en viktig del av faget å gi inspirasjon og håp til pasienter og familier. Men det kan også råde en determinisme, en mistillit og manglende tro på at ledere og system forstår og har kunnskap om hva som «trengs» for pasienter og ansatte. Så hva ses i denne studien?

Informantene formidler at ledere på flere nivåer har engasjert fagpersoner, sekretærer, rådgivere, brukere, pårørende, kommunale aktører og mange flere i arbeidet med utvikling av og implementering av pakkeforløpene i psykiske helsevern og rus. De nasjonale arbeidsgruppene ble etablert etter erfaring fra både pakkeforløpene for kreft, de danske pakkeforløpene for psykisk helse, og ikke minst etter sterkt påtrykk fra aktuelle og engasjerte interessegrupper og faggruppesammenhenger og enkeltpersoner i Norge.

I en nyhetsartikkel i Tidsskrift for Norsk Psykologforening fra februar 2016 (P. O. S. Solberg, Nina, 2016), «Mens vi venter på pakkeforløpet», intervjues blant annet Anne Hafstad, prosjektdirektør i divisjon for spesialisthelsetjenester i Helsedirektoratet. Hun hadde fått i oppgave å utarbeide en plan for innføring av pakkeforløp for psykisk helse og rus innen 1.april 2016 og sier i intervjuet at «Vi ser for oss fleksible løp som ivaretar både pasient, pårørende og behandler». Hafstad trekker linjer mellom kreftpakkeforløpene og de som skal utvikles for psykiske lidelser og rus, og fremholder at de siste ikke skal utarbeides i direktoratet alene, men i samarbeid med mange aktører:

Jeg hadde også ansvar for utvikling og implementering av Pakkeforløp for kreft. Da fikk vi et konkret mandat til å utforme og lage pakkeforløp for ulike krefttyper. Prosessen for psykisk helse og rus er annerledes. I oppdragsdokumentet står det at vi skal utvikle pakkeforløpene i samarbeid med fagmiljøer, brukerorganisasjoner, helseforetak og Kommunesektorens interesse- og arbeidsgiverorganisasjon (KS). (P. O. S. Solberg, Nina, 2016)

Allerede tidlig i prosessen med oversettelse av ideen pakkeforløp i psykisk helse og rus, hadde altså oppdragsgiverne, Helse- og omsorgsdepartementet, bestemt gjennom mandat til Helsedirektoratet, at aktørene i oversettelsesarbeidet skulle være mange og bredt sammensatt. Planarbeidet beskrives i en presentasjon som Torhild T. Hovdal og Hanne E. Strømsvik, to ansatte rådgivere i Helsedirektoratet, la fram på Norsk forening for Barn og Unges Psykiske helse (NBUP) sin lederkonferanse oktober 2016. (Hovdal, 2016).

Seksjonslederne i BUP-poliklinikkene har på forskjellige måter vært involvert selv og/eller involvert andre i arbeidet med å oversette innholdet til de lokale avdelingene og seksjonene. Flere forteller at lederne over dem har initiert større seminarer og samlinger hvor pakkeforløpene er presentert for lederne, og også samlinger for alle ansatte. Her har oversetterne vært alt fra rådgivere fra helsedirektoratet, for eksempel nevnte Hovdal og Strømsvik (Hovdal, 2016) til sekretærer, fagpersoner og rådgivere i eget helseforetak, avdelinger og seksjoner.

Informantene har på forskjellige måter skaffet seg informasjon om pakkeforløpene. En forteller at vedkommende har fått informasjon «fra avdelingssjef og seniorrådgivere», en annen «Først muntlig gjennom min leder», en tredje sa at vedkommende «Leste pakkeforløpene når de kom», og en fjerde fortalte om hvordan de og andre har vært involvert i arbeidet med innføringen: «Så vi har jo snakka mye på lederteam og hvordan vi skal forstå det, hvordan møte dette her, hvordan starte dette her, og hvordan gjøre det best mulig og sånt noe. Så det har vært brukt mye tid på.»

Det er slik jeg ser det og med støtte fra både Røvik og annen implementeringsteori, vesentlig at flest mulig aktører har bred og inngående kjennskap til innholdet i pakkeforløpene for å kunne delta på en kompetent og trygge måte når de skal tilpasses til egen virksomhet, når innholdet skal presenteres for de ansatte og når det skal innføres ny praksis i tjenesten. Det ser for meg ut som om dette i stor grad er forsøkt ivaretatt fra starten på dekontekstualiseringsarbeidet i det nasjonale og politisk overordnede arbeidet, og gjennom kontekstualiseringsarbeidet både sentralt, regionalt og lokalt i virksomhetene (Røvik, 2007).

Målene med pakkeforløpene

Mange utsagn i studien handlet om informantenes kjennskap til målene med pakkeforløpene. Samlet sett vil jeg si at seksjonslederene jeg har snakket med har god oversikt over målsettingene med pakkeforløpene. De bruker ikke nødvendigvis helt de samme ordene og betegnelsene, men innholdsmessig dreier det seg om det samme.

Jeg gir her eksempler på hva 3 av informantene oppfatter er målene med pakkeforløpene: «Målsettingen er jo, å gi, som jeg sa innledningsvis altså, å gi likeverdige tjenester, og i det så ligger det jo også at pasientene skal ha rett hjelp på rett nivå til rett tid, eller rett sted til rett tid.» og «Det er jo å sikre brukermedvirkning, og så er det å fjerne unødvendig ventetid. Så er det jo å få til bedre koordinerte tjenester, både internt og med kommunale tjenester. Eh-. Og så er det jo å sikre god faglig kvalitet på det arbeidet vi gjør.»

Og:

det er en veldig klar målsetting i forhold til det, å øke samhandlingen mellom kommune og spesialisthelsetjeneste til barnas beste. Og da går det både i forhold til å få mer grundig avklaring i forhold til somatisk helse, og at det skal være gode og koordinerte henvisninger hvor på en måte henvisende instans skal samle den informasjon som foreligger fra kommunalt hold, altså de ulike aktørene, det være seg barnevern, helsestasjon, PPT (pedagogisk psykologisk tjeneste) osv. At det skal fremkomme som koordinert henvisning hva som ligger til grunn for vurdering av rett til helsehjelp i spesialisthelsetjenesten da. Og at der er endel kliniske vurderinger man skal gjøre underveis med tanke på å korte ned utredningstiden som er en av målsettingene. Og at vi skal sikre oss evalueringspunkt også underveis. Ta stilling til hvorvidt denne pasienten har behov for behandling i førstelinja eller andre ting da. Og at det disse faste målepunktene skal sikre at vi gjør en konkret vurdering av den enkelte pasient sitt behov. Og også sørge for samhandling, både underveis, men ikke minst avslutningsvis.

For å kunne forstå og kommunisere innhold i pakkeforløpene tenker jeg at det er viktig for ledere og andre oversettere av pakkeforløpene å ha god kjennskap til og forståelse for hva som er mål og hensikt med det hele.

Dette støttes i Røvik (Røvik, 2007, s. 258-259) som skriver om oversettelsens virkninger, om Skoposteorien – en funksjonell tilnærming til oversettelse, som innebærer «at det må gjøres oversettelser som tar høyde for at de skal *fungere* når de er satt inn i en annen språklig og kulturell kontekst. Oversetteren må derfor først og fremst finne ut hvilke formål den oversatte teksten er tenkt å tjene.»

Pakkeforløpene er et utviklingsarbeid.

Noen sier at de visste det fra tidlig i prosessen at pakkeforløpene skulle være et utviklingsarbeid over flere år: «Men det er jo et utviklingsarbeid som de hele tiden snakker om slik at vi har jo starta ett sted og så får vi se hvor vi ender når alt kommer til alt, hvor mye justeringer det blir etterhvert.» Andre sier at de ble mer klar over det etterhvert. De som har med seg tankegangen om at det er et utviklingsarbeid sier at det har gjort dem mer rolige på at ikke alt må være i orden fra dag en. At det har kunnet redusere stresset både for dem selv og de ansatte:

vi er heldig som har en direktør, som var veldig raus med oss og sa at nå må vi ikke stresse dette, nå må vi ta det i det tempoet vi klarer, og dette må vi se på som en prøveperiode, ikke sant. Eh, og det har hjulpet oss veldig, med å se at vi får ikke alt, alle systemer på plass med en gang, dette tar tid, det er kultur som skal endres.

Andre som oppdaget det litt underveis, sier at det var dumt de ikke visste det fra begynnelsen, for da ville de ha kommunisert det mer slik overfor de ansatte fra starten. Dette at myndighetene har signalisert at det er et utviklingsarbeid støtter opp om den samme funksjonelle tilnærmingen, at oversettelsene må gjøres slik at de fungerer i den aktuelle språklige og kulturelle konteksten. (Røvik, 2007, s. 258-259)

Oversettelseskjeden

Informantenes utsagn om hvordan kontekstualiseringsprosessene ved innføring av pakkeforløpene har skjedd, kan kobles til det Røvik omtaler som «Den hierarkiske

oversettelseskjeden». (Røvik, 2007, s. 294-301) Pakkeforløpene har en Top-down-orientering – hvor ideene og oppskriftene i pakkeforløpene kommer fra toppledelsen – og at oversettelsen skjer vertikalt fra nasjonale via regionale og lokale enheter i spesialisthelsetjenesten. Dette skjer etter at øverste ledelse har gjort en «problembetinget søken etter løsninger» (Røvik, 2007, s. 294) ved målrettet arbeid i bredt sammensatte arbeidsgrupper med oppdrag og mandat fra Helsedirektoratet.

Det kan kanskje stilles noe spørsmål ved om prosessen kan sies å ha en «Stimulus – respons-basert sekvensialitet» - at kontekstualiseringene skjer sekvensielt - det vil si at prosessene utløses fra toppen, går nedover i organisasjonen, og versjoner blir oversatt og konkretisert før de sendes nedover til neste nivå (Røvik, 2007, s. 295). For meg viser materialet at prosessene har skjedd parallelt på flere nivåer samtidig som det har skjedd en slags sekvensiell oversettelse fra nivå til nivå. Seksjonslederne forteller at de har vært opptatt av pakkeforløpene før de ble innført, delvis gjennom deltakelse i nasjonale arbeidsgrupper, ved å bidra med høringsuttalelser eller ved å forberede seg på det som antagelig kommer og begynne den lokale oversettelse og tilpasning uavhengig av signaler ovenfra i linjen. Så virker det som det rett før og ved innføringen av pakkeforløpene har kommet tydeligere signaler i linjen ovenfra, og helseforetakene har tatt varierende ansvar for kontekstualiserings- og oversettelsesarbeid på overordnet nivå før de nederste nivåene (klinikker, avdelinger og seksjoner) igjen har konkretisert dette i egne virksomheter. Det framkommer også at det er samarbeid mellom like tjenester på tvers av helseforetakene, for eksempel ledernetverk for avdelingssjefer i BUPA. En av informantene forteller om hvordan det er kommunisert og informert i eget helseforetak. (Litt omskrevet av hensyn til anonymisering):

Ja, nei vi har jo en avdelingssjef da, som deltar på avdelingssjefsmøter regionalt, altså Helse [x], så avdelingssjefen har jo fått endel derfra som vedkommende har tatt opp i vårt lederråd, og det er i hovedsak det. Det er veldig lite fra foretaket som sådan, det er nesten minimalt om jeg må si. Så det er fra avdelingssjefens fagledernetverk, eller avdelingssjefsmøtene på det nivået regionalt. Og så har vi jobbet mye med det i vår ledergruppe da

Det at ledere og virksomheter lokalt har begynt å arbeide med varianter av prosessforbedringsideer forut for innføringen av pakkeforløpene, fordi de selv tenker at det er klokt å gjøre slikt endringsarbeid, at det er «i tiden» i norske helseforetak å arbeide med LEAN og prosessforbedring, eller at de ønsker å gjøre noe som forberedelse til «det som kommer», kan ifølge Røvik kalles «Soppmodellen» – basert på forstillingen «om at oversettelser av en idé kan utløses mer eller mindre samtidig i flere organisasjoner og på flere steder – omtrent som sopp springer ut i skog og mark om høsten» (Røvik, 2007, s. 300).

Det siste temaet i den hierarkiske oversettelseskjeden handler om å bevege seg «Fra det abstrakte til det konkrete» (Røvik, 2007, s. 295). Dette handler om at oversettelsen er en sammenhengende konkretisering av ideene, og at den blir materialisert gjennom arbeidet med oversettelsen. Pakkeforløpsreformen har i seg selv en høy grad av konkretisering og materialisering når det gjelder det strukturelle – ved at det for eksempel er beskrevet svært konkrete og tydelige frister, hva og når det skal kodes, og hvilke koder som skal benyttes, så disse virker det ikke som lederne bruker mye ressurser på å fortolke; en frist er en frist og en kode er en kode. Det er allikevel noe usikkerhet og frustrasjon knyttet til dette også, for eksempel hvorfor en aktivitet som blir gjort tidlig i utredning og kodes da, fordi det er vurdert som faglig riktig å gjøre det på det tidspunkt, så viser seg at det blir en feil eller mangel i kodingen, da det egentlig skal kodes etter utredningen.

Når det gjelder den faglige fortolkningen av innholdet i pakkeforløpene viser utsagnene fra informantene at det er gjort mye konkretiseringsarbeid helt ned i den enkelte seksjon, for eksempel hvordan de skal forstå og gjennomføre kravet til at psykolog eller legespesialist skal tidlig inn i forløpet, eller hvordan de lager strukturerte maler som skal brukes i dokumentasjonen av pasientarbeidet og som bygger på og konkretiserer innholdet i pakkeforløpene.

5.1.2 Holdning til pakkeforløp

I denne kategorien har jeg samlet data fra informantene om deres egen og andres oppfatning av pakkeforløpene og hvordan de har skaffet seg kunnskap og forståelse for hva de er og hva pakkeforløpene er og kan være.

Informasjonskanaler

Flere nevnte at de hadde fått informasjon om pakkeforløpene gjennom regionale møter og konferanser, og overordnede samlinger i eget helseforetak. Flere utsagn omhandlet at de hadde fått informasjon fra avdelingssjef eller rådgivere i avdelingssjefens stab, eller andre steder i linjen over. Noen hadde også lest mye om pakkeforløpene selv. Det er som tidligere sagt, noe forskjellig kunnskapsnivå om pakkeforløpene blant informantene.

Ledernes egenaktivitet og involvering

Noen av informantene oppga at de hadde jobbet med å forstå innholdet i pakkeforløpene slik at det passet i egen virksomhet gjennom deltakelse der det hadde vært aktivitet og informasjon rundt pakkeforløpene. Det hadde vært dialogkonferanser sammen med kommunene i forkant av oppstart, de har deltatt i den løpende diskusjonen og de drøftingene som har vært omkring pakkeforløp i egen avdeling og seksjon.

De arbeidsgruppene som seksjonene hadde hatt på forhånd og i forbindelse med oppstart pakkeforløp var en måte også for seksjonslederne å komme fram til en forståelse av hvordan pakkeforløp skulle passe inn i egen seksjon. Det var kun en leder av de sju som selv sa at vedkommende ikke hadde vært så delaktig i arbeidet med pakkeforløpene – hverken i forberedelse eller innføring og oppfølging. Samtidig kom det fram at det var etablert arbeidsgrupper lokalt i den samme seksjonen, og lederen deltok aktivt i møter med de ansatte når pakkeforløpene skulle følges opp. Så helt passiv var vedkommende ikke. De øvrige lederne fortalte om stor egenaktivitet, involvering og tidsbruk knyttet til innføringen av pakkeforløpene.

Kunnskap om ideen er grunnlaget for å kunne forholde seg engasjert og aktivt til den, både med et kritisk og positivt blikk. Seksjonsledernes egen aktivitet og involvering knyttet til pakkeforløpene kan derfor si noen om deres holdning til dem som vesentlige eller uvesentlige, om noe de selv har et ansvar for eller ikke, og i hvert fall på hvilken måte og med hvilken kraft de skal utøve sin ledelse i dette, jamfør Røviks ideer om kunnskap som en viktig translatørkompetanse (Røvik, 2007, s. 325).

Fordeler og ulemper med PF

Mange av utsagnene fra informantene handlet om fordeler og ulemper med pakkeforløpene, hele 33 noterte utsagn er kodet her. Alle informantene sier noe om at de tenker at intensjonen med pakkeforløpene er god: De begrunner det med at det har vært for stor variasjon i tjenestetilbudet, ventetiden har vært for lang for pasientene, det har tatt for lang tid å lande diagnostisk konklusjon, at det er viktig å få bedre pasientflyt, det er bra med fokus på evaluering og samarbeid. De er enige i det som er målene med pakkeforløpene. Flere sier at det faglige innholdet i arbeidet med pasientene allikevel ikke er så veldig forandret som følge av pakkeforløpene. Intensjonen om forbedring i struktur og logistikk oppfattes også som bra. Jeg gjengir en av informantenes konkrete utsagn for å illustrere dette:

Jeg har nok på mange måter ønsket det velkommen, fordi at jeg syns det ivaretar noe som har vært mangelfullt. Altså, jeg syns at vi i alt for stor grad har fått frie tøyler og kunne bruke den tida vi syns vi trenger, som på ingen måte stemmer overens med pasientens behov. Og jeg har vel brukt begrepet uverdige noen ganger, når jeg har tenkt på og snakket om at pasienter kommer og blir startet opp innen fristen, og så kan det gå både 3 og 4 uker og 1 ½ mnd, før man ser en behandler neste gang. Og at det kan gå et halvt til ett år fra man har startet til man har fått et svar på hva det man strever med kan hete og hva som bør til for å behandle. Jeg syns det har vært for tilfeldig hvilke pasienter som har fått en behandlingsplan og ikke. Eh- Så jeg syns at det strammer inn på gode og nødvendige områder i pasientbehandlingen. Og jeg har jo vært, jeg er jo veldig enig i at vi må ta grep for å gi ungene det de trenger uavhengig av hvor de bor hen eller kommer fra osv. Så derfor så syns jeg det er mye bra med dette.

En annen informant er opptatt av brukernes ønsker og fordeler med pakkeforløpene for ledere:

Så sånn som jeg ser det så er det pasienter og befolkningen først og fremst som dette her kommer fra. Og så tenker jeg det er en gavepakke til ledere, fordi det er vårt ansvar å sørge for at vi følger lovverket, og så har vi egentlig veldig lite systemer og rammer og verktøy til å hjelpe oss i dette her. Sånn

at for meg er pakkeforløpene, det er egentlig akkurat det verktøyet, eller tanken med pakkeforløpet var det verktøyet vi trenger for å klare å gjøre det vi vil gjøre og det vi skal gjøre.

Ifølge informanten er ulempene for eksempel at verktøyene for struktur og koding ikke var på plass på forhånd; alt må registreres og følges opp manuelt:

Informant: Ja, altså. Den ene biten er jo kodingen. Jeg tenker jo det vi egentlig, Når man leser pakkeforløpene så ser man jo for seg egentlig et veldig godt verktøy til å kunne gjennomføre det vi skal. Og så i virkeligheten så er det jo ingen verktøy. Altså, Det er jo fortsatt avhengig av hvert enkelt sykehus hvordan de klarer å få det til. Nå har vi vært veldig heldige....

Intervjuer: Da snakker du om kodingen?

Informant: Ja nå snakker jeg om kodingen og oppfølgingen av kodingene og at vi gjør alt det vi skal gjøre. For det er jo fortsatt ingen som kommer og sier til behandlere at «Hei – har du behandlingsplan? Er den godt utfylt?» Ja, ikke sant alle disse tingene. De må jo fortsatt følges med på på vanlig måte. Så vi her på [navn på sykehus], og det tror jeg flere sykehus har, utarbeidet et eget sånt dashboard, som gjør at vi får en mulighet til å følge opp flere av kodene, men så er det jo andre ting som jeg også syns er interessant som de ikke har fått inn der da. Sånn som dette med behandling, forløpslengde, hyppighet, alle de tingene som jeg mener er kvalitet da, som jeg velger å hente ut i tillegg. Og så har vi jo ingen brukerundersøkelse., Det syns jeg jo er helt krise. Så det vi kan se på er jo C-Gas inn og ut, men det er jo en behandlervurdering og ikke en pasientvurdering, så der har vi fortsatt en stor vei å gå. Nå har det kommet noe fra Folkehelseinstituttet, men det er jo også fortsatt sånn at det er opp til hvert helseforetak å bruke, så der mangler vi noe veldig viktig.

Denne type betraktninger, som det er mange av fra informantene, viser at lederne er svært opptatt av det funksjonelle i hvordan pakkeforløpene fungerer i praksis, og kritikken deres er da særlig rettet mot registreringssystemene som ikke fungerer godt nok, ikke mot hensikt og mål.

Handlingsrom

I denne kategorien har jeg notert 22 utsagn fra informantene, så dette er også et tema som ble mye snakket om. Informantene gir alle uttrykk for at de tenker at pakkeforløpene er kommet for å bli, at de er innført, og at alle må forholde seg til dem og følge dem. De beskriver også at de oppfatter at det er et utviklingsarbeid; noen sier at de har visst det hele tiden, andre at det ble klarere for dem i løpet av det første året. Enkelte gir uttrykk for at det samtidig er vanskelig å tro på at det er et reelt utviklingsarbeid så lenge de blir veldig tett fulgt opp på dette med koding og frister både av eget helseforetak (HF) og av helsedirektoratet.

Gjennom drøftingene som det fremkommer har vært i arbeidsgruppene lokalt knyttet til hvordan man skal forstå og iverksette tiltak slik at de stemmer med mål og intensjon i pakkeforløpene, så er det tydelig at lederne opplever at de trekkes mellom opplevelsen av å ha et visst handlingsrom til å tilpasse og omforme innholdet i hvordan de velger å forstå og definere forskjellige ting i pakkeforløpene, og å være fastlåst i en bokstavnro og direkte kopierende oversettelse.

Diskusjon om dette har for eksempel vært knyttet til spesialistmedvirkning.

I kapittel 1 om henvisning og start av pakkeforløpet for utredning og behandling i psykisk helsevern barn og unge står det følgende:

Pasienter i psykisk helsevern skal som hovedregel møte en spesialist i psykiatri/psykologi i løpet av pakkeforløpet. Unntak må være begrunnet ut fra tilstand og alvorlighetsgrad. Møte med spesialist bør skje tidlig i forløpet slik at mest mulig spesialisert kompetanse er involvert når plan for utredning og behandling blir utarbeidet.

Spesialist i psykiatri/psykologi skal også delta i de diagnostiske og behandlingsmessige vurderinger som gjøres i forløpet. (Helsedirektoratet, 2019c)

En seksjon valgte først å definere bestemmelsen i pakkeforløpet om spesialist i psykiatri/psykologi sin deltakelse i pasientarbeidet som at slik spesialist skal være tilstede i alle førstesamtaler, for senere å ville endre på det til at det skal vurderes i forhold til den aktuelle pasientsaken. En annen seksjonsleder fortalte at de etterhvert endret det og definerte det til at spesialist er det samme som psykolog, dette i stor grad ut fra ressurspørsmål og manko på spesialister. En tredje

seksjonsleder fortalte at de hadde vurdert at alle yrkesgrupper i BUPP er spesialister innenfor sitt fag, og dersom de har fått en pasientsak tildelt som de er vurdert å ha kompetanse til å håndtere, er det ingen grunn til at slik spesialist skal være tilstede fra start, men vedkommende skal kunne konsultere spesialist i psykiatri/psykologi ved behov.

Dette er eksempler på forskjellig oversettelse av pakkeforløpet, forskjellig holdning til hva man skal og kan legge i det som står – altså at translasjonen er tolkbar i egen kontekst og kultur og at det er et handlingsrom til å kunne gjøre det.

Følgende utsagn illustrerer opplevelse av et ganske romslig handlingsrom:

Men jeg har vel en opplevelse at vi egentlig kan endre på ganske mye, så lenge vi dokumenterer at vi gjør det og hvorfor. Men det tenker jeg er bare god praksis uavhengig av pakke eller ikke pakke. Men at vi må dokumentere at vi gjør og hvorfor vi gjør.

En annen informant har etterhvert kommet fram til at det er stor grad av fleksibilitet i pakkeforløpene:

Eh jeg fikk jo litt hjelp av min leder som har vært veldig engasjert i dette. Jeg var nok mer skeptisk i starten. Og så begynte jeg å tenke at pakkeforløpene er en hjelp og ikke en hindring til å gjøre dette arbeidet. Jeg ser på pakkeforløpene som veldig fleksible, Så jeg forstår ikke kritikken av at det er lite fleksibilitet og at det hindrer oss i noe, men jeg tror det kommer litt an på hvilket handlingsrom man føler man har i det hele tatt innenfor psykiatrien og hvordan man liksom leser eller hvordan man tolker det som står da.

Vi har hatt et innføringsteam her som har jobbet veldig grundig med pakkeforløpene: Der har vi valgt ut noen av de mest grundige behandlerne vi har så de brukte vanvittig mye tid, jeg tror de hadde satt av 3 timer 2 ganger i uka, og de var vel en 6-7 stykker, 8 stykker kanskje, og dette gjorde de i nesten et halvt år. Vi jobba uendelig mye med det, og da fikk de opp alle mulige tolkninger, og så har vi sammen da i ledergruppa jobbet dette ned til hva vi mener er godt nok og som vi kan leve med. Sånn at vi føler at

vi har vurdert alle muligheter, men vi har allikevel landet på en mye mildere tolkning enn det veldig mange andre helseforetak har, eller mange BUPP-er har. For det er mange som for eksempel har tolket det dithen at spesialist SKAL inn i alle pakkeforløp. Det har ikke vi, sånn har ikke vi landa.

Utsagnene i studien viser at i hvert fall noen av seksjonslederne opplever at de har mer enn «Begrenset frihet til oversettelse» (Røvik, 2007, s. 294) når de skal omforme og tilpasse pakkeforløpene til sine virksomheter. Hva dette i neste runde gjør med den faktiske målsettingen om mer likeverdige tjenester til brukerne er interessant. Er det slik at medarbeiderne og tjenestene tar inn pakkeforløpene, men at de blir delvis omdefinert og forskjellig praktisert fra sted til sted på grunn av lokale tilpasninger?

Kommunens manglende medvirkning

I målene for og beskrivelsene av pakkeforløpene er det vektlagt at pasientforløpene skal være sammenhengende og koordinerte og at pakkeforløpene starter og slutter i kommunen. Videre at henviser, som regel fastlegen og det kommunale apparatet skal samle informasjon om barnets symptomer, hva som er prøvd av tiltak i kommunene og hvordan dette har hatt eller ikke har hatt effekt. Informantene gir uttrykk for at det er mangler her. Det er fortsatt ikke slik at det er samlede og koordinerte henvisninger, kommunene har i varierende grad satt seg inn i pakkeforløpene, de har i forskjellig grad oppnevnt forløpskoordinatorer. En sier at «Vi har godt samarbeid med kommunen, men de er bakpå. Men de er interessert i det..., men de er helt bakpå. De har ikke, de har ikke kommet i gang. Men -vi jobber godt med dem så vi håper vi får til noe.»

Et annet utsagn illustrerer flere sider ved at informantene ikke er fornøyd med dette:

Så det er noen elementer her som jeg synes er merkelige. Også dette kanskje fastlegens rolle i det. Det er jo veldig mange andre som er viktigere enn fastlegen, og de melder seg ut og ja, i de mest komplekse sakene, eh, alvorlig rus, så er det viktig med fastlege og sånne ting, men de andre saker så er barneverntjenesten, og PP-tjenesten og skoler og andre helsefaglige mye viktigere, så, og helsesøster....

Vi prøver også på avslag å si noe om forventninger i et pakkeforløp til kommunen også, men om de kjøper det eller skjønner hva det er, eh, det vet jeg ikke. Vi prøver også å bruke de forløpskoordinatorene ved avslutning. Men de altså sitter jo litt og klør seg i hodet og lurert på hva dette er for noe, i kommunen.

Et tredje utsagn handler om forskjellen på direktoratets styringsmulighet ovenfor kommune og spesialisthelsetjeneste:

jeg syns nok den største utfordringen for oss det er at direktoratet de styrer oss, men de styrer ikke kommunene. Det er en veldig, kjempealvorlig, Jeg syns det er et av de største ankepunktene ved hele pakkeforløpet er at det ikke er blitt satt på dagsorden. Og samkjørt i mye større grad. At det blir så veldig mye opp til BUPP-ene å jobbe, altså vi skal, vi må ut i kommunene ikke sant, det er sånn veldig, jeg syns det kreves litt for mye av oss på en måte jeg da, jeg syns det kunne vært noen tydeligere føringer inn mot kommunen, tvang dem, hvorfor skal vi tvinges når ikke de tvinges, på en måte? Altså det er noe der som er problematisk rett og slett»

En av de viktigste målsetningene med pakkeforløpene er å få bedre koordinerte og sammenhengende tjenester på tvers av nivåene. Når signalene er så tydelige på at fastleger og kommunale tjenester ikke har satt seg inn i, forstår eller arbeider med å imøtekomme intensjonene om deres bidrag i pakkeforløpene, så er det en sterk melding om at mulighetene for å nå dette målet oppleves som vanskelig fordi det delvis ligger utenfor spesialisthelsetjenestens mandat. Dette kom også fram i SINTEF-rapporten som kom i januar 2020 (Ådnanes, 2020). Denne kritikken er det viktig at beslutningstakerne hører når forløpene skal evalueres og videreutvikles. I et oversettelsesperspektiv kan man si at lederne er klar over oppdraget og arbeider kontinuerlig for at det blir gjennomført, men at de også blir frustrerte og delvis avventende fordi de er avhengige av eksterne. Konsekvensen blir en pragmatisk konfigurering hvor hele ideen ikke tas inn, man kan kanskje kalle det en uintendert fratrekking (Røvik, 2007, s. 314) .

5.1.3 Struktur – i forhold til temaet lederes oversettelse

Mer enn 30 utsagn her handlet om det jeg kategoriserer som struktur. Det er naturlig når det fra nasjonalt hold er vektlagt at pasientene skal få bedre koordinerte tjenester og sammenheng i tilbudet at struktur blir et sentralt tema også i denne studien. Helsedirektoratet har i brev til landets kommuner i september 2018 skrevet at «pakkeforløpene introduserer ingen ny rettigheter og plikter, men bidrar til å sette god praksis i system» (Stene-Larsen, 2018).

En informant oppsummerte det slik:

Innholdet i pakkeforløpene er jo at vi har jo strukturert alt fra før de kommer inn, det vil si fra kommunen, hvilke forventninger det ligger fra kommunen, hva som skal ligge den grunnen for en henvisning inn, og hvilken struktur vi skal ha på inntak, til hva en utredning bør inneholde, av 6 og 12 ukers frister, til behandlingsplan og – det er på en måte, når alt kommer til alt vedrørende barn og unge er det brukermedvirkning som på en måte har vært savnet, kommer tydeligere fram. Vi blir mer ansvarliggjort i forhold til det.

Informantenes utsagn handlet om strukturkrav, som koding og frister, men også om betydningen av gode verktøy for struktur og logistikk, og tilstedeværelse og mangel på dette.

På åpne spørsmål om hva informantene vet om pakkeforløp i BUPP er de ganske raske til å fortelle om at det er forskjellige frister og at det skal kodes. Seksjonslederne virker i all hovedsak å være godt inne i detaljene rundt hvilke frister som er satt i de forskjellige forløpene, og hva som skal kodes når. Flere forteller at sekretærene på forskjellige nivåer i organisasjonen har mye med kodingen å gjøre, at de har fått opplæring i avdelingen og formidler det videre. Flere av seksjonslederne er opptatt av hvordan de som seksjon «presterer» i forhold til om de klarer å oppfylle kravene om at alle basisutredninger skal være gjennomført innen 6 uker, at utvidet utredning skal være ferdig innen 6 uker til, at det skal kodes for kliniske beslutninger og at det skal evalueres på faste tidspunkter i et eventuelt behandlingsløp.

En seksjonsleder sier at pakkeforløpene handler om strukturering av pasientforløp, en annen at det handler om logistikk. Denne struktureringen ses da på som en hjelp, en påminnelse, et verktøy til å overholde at de for eksempel skal ha satt diagnose innen 12 uker. En annen sier at de forholder seg til fristene, men henger litt etter.

En av informantene kalte pakkeforløpene «en gavepakke til ledere» ved at det gir struktur og målepunkter som kan gjøre det mulig for ledere å følge med på om pasientene får det de har rett på til rett tid og med rett kvalitet. Ledere forventes å arbeide systematisk og kontinuerlig med forbedring av tjenestene, jamfør nasjonale forventninger til kvalitet i ledelse gjennom for eksempel Forskrift om ledelse og kvalitet i helsetjenestene (Helse-og-omsorgsdepartementet, 2017).

Det framkommer også flere utsagn om at pakkeforløpene innebærer mange krav til å overholde frister, lage sammenhengende pasientforløp, og krav til koding og rapportering – men uten at systemene var tilrettelagt for slik koding og rapportering før innføringen i januar. «...fordi ingenting popper opp i DIPS og påminner oss...» Dette fremkommer tydeligere senere i intervjuene, som frustrasjon etterhvert når vi snakker om muligheter for å omforme og tilpasse pakkeforløpene, og når vi snakker om hvordan de selv jobber med oversettelse og implementering av pakkeforløpene og hvordan de er tatt imot i egen seksjon. Det uttrykkes på den ene siden at det kan være helt greit med frister og koding, men samtidig er flere sterkt kritiske til at det ikke er tilrettelagt på forhånd med gode tekniske løsninger som letter arbeidet med koding og oppfølging av frister. Dette har skapt mye frustrasjon og stress hos både ledere og ansatte.

Særlig en informant var opptatt av dette: «Pakkeforløpene kom litt kastet på oss, bare sette i gang, uten at DIPS var klar og uten at systemene var klare», og videre: «det er også noe med frister, så er det dette med system som ikke støtter opp under pakkeforløp, laget lister til behandlerne i forhold til hva de skal huske på. Hva skal kodes og så videre, ...har vært utrolig mye logistikk som ikke var klart når pakkeforløpene kom.» ... «så er det dette med evalueringspunkter, det syns vi kommer veldig hyppig da.... Blir utfordrende. Hvordan skal vi gjennomføre det, og hva er det som er godt nok til at vi skal kunne kalle det en evaluering da?»«Altså vi har jo mye samarbeidsmøter, men jeg vil ikke nødvendigvis si at vi har fått flere av dem på grunn av pakkeforløpene.»

Andre er fornøyde med det systemet som deres sykehus/helseforetak har klart å etablere og som hjelper dem å følge med på og støtte behandlere og sekretærer i oppfølgingen av pakkeforløpene.

Når seksjonslederne blir spurt om hvordan de forstår pakkeforløpene og velger å ha stort fokus på alle disse detaljene i frister og hva som skal kodes når, handler nok det i stor grad om at det er dette de blir målt på og må rapportere på i linjen. Det oppfattes som strukturelle krav som **skal** gjennomføres og følges opp. Dermed blir det også mer krevende når de erfarer at de verktøyene som kunne ha hjulpet dem til å holde lettere oversikt over framdrift og sammenheng i pakkeforløpene, og sikre at tiltakene blir gjennomført og kodet innen fristene, ikke er klare eller ikke fungerer godt nok. Det skaper stress for både ledere og ansatte, og de kan ikke unngå å forholde seg til det.

Styringssignalene på system, logistikk og struktur er svært sterke, her er det lite rom for oversettelse på annen måte enn en ordrett forståelse av kravene. Praksisen er eksplisitt i den forstand at den har tydelige koder, et relativt enkelt og tydelig språk for hvordan frister og koder skal forstås og har en ganske enkel teknologi; det skal telles uker, det skal kodes etter fastsatte tall og bokstaver som står eksplisitt i pakkeforløpene. Akkurat det som er knyttet til koder og frister oppfattes med andre ord som lite omformbart, jamfør Røvik (Røvik, 2007, s. 309-310).

I neste underkapittel skal vi gjennomgå hvordan omforming og tilpassing skjer.

5.2 Hvordan omformer og tilpasser førstelinjelederne pakkeforløpet til egen virksomhet?

I forskningsspørsmål nr 2 inngår ledernes arbeid med omforming og tilpasning av pakkeforløpene slik at de ansatte forstår hva innholdet er og hvordan de skal arbeide i henhold til pakkeforløpene. Dette svarer informantene i hovedsak på gjennom følgende spørsmål i intervjuguiden:

- **Det er 4 pakkeforløp for BUP, de er omfattende, hvordan har dere fått oversikt og besluttet hva dere skal gjøre hos dere selv i egen seksjon?**

- Hvilke diskusjoner om pakkeforløpene har vært oppe i forhold til pakkeforløpene i egen virksomhet/seksjon/avdeling?
- Hva har du og de ansatte tematisert og evt. besluttet om hva dere skal gjøre?
- Tar dere i bruk alle sider ved pakkeforløpene?
- Kan og vil dere endre noe, og i tilfelle hva?

For å samle og systematisere dataene og få fram hoved essensen i det som har kommet fram omkring hvordan førstelinjelederne omformer og tilpasser pakkeforløpene til sine egne virksomheter, har jeg valgt 3 hovedkategorier som jeg har funnet at dekker det mest sentrale innholdet knyttet til dette forskningsspørsmålet: 1) Medvirkning og 2) Tilpasning. Kategorien 3) Struktur.

Figur nr.5: Valgte kategorier knyttet til forskningsspørsmålene

Mine valgte kategorier knyttet til forskningsspørsmålene			
Hvordan oversetter førstelinjeledere i BUPP pakkeforløpene i psykisk helsevern for barn og unge?	Styringssignaler	Holdning til PF	struktur
Hvordan omformer og tilpasser førstelinjelederne pakkeforløpet til egen virksomhet?	Medvirkning	Tilpasning	struktur
Hvilke translatørkompetanser viser seg hos førstelinjelederne i dette arbeidet?	Skape felles forståelse for hensikt	Anerkjenne utfordringer	struktur

Pakkeforløpene er nedtegnet i digitale dokumenter som tekst.

Helsedirektoratet kaller pakkeforløpene normerende produkter hvor:

Hensikten er å

- hindre uønsket variasjon og sikre god kvalitet i tjenesten
- bidra til riktige prioriteringer i tjenesten
- løse samhandlingsutfordringer og sikre helhetlige pasientforløp

Helsedirektoratets råd og anbefalinger er ikke rettslig bindende for tjenesteyterne, men beskriver nasjonale helsemyndigheters oppfatning av for eksempel

- hva som er god faglig praksis
- hvordan relevant regelverk skal tolkes
- hvilke prioriteringer som er i samsvar med vedtatt politikk på helse- og omsorgstjenesteområdet og andre tilgrensende sektorer» (Helsedirektoratet, 2019a)

Ord og sammenhengende tekst og mening kan forstås forskjellig avhengig av mange faktorer; Hvor god kjennskap har du til det språket som brukes i dokumentet? (Er det for eksempel ditt morsmål, er det fremmedord eller fagspråk du ikke kjenner?) Har det et kunnskapsmessig innhold du kan relatere deg til på en grundig nok måte? Har teksten et akademisk nivå som du forstår? Er meningen med innholdet åpenbart eller må det fortolkes inn i din egen kontekst og kultur? Slik kunnskap er vesentlig når man skal arbeide med å forstå og skape mening til en tekst. Translasjonsteori brukes her som en måte å teoretisere rundt hvordan oversettelse av tekst, i betydningen kontekstuel og substansiell innhold, skjer i organisasjonen BUPP. Pakkeforløpene språk er norsk og de er på mange måter både konkrete og detaljerte og slik sett lette å forstå mening og innhold med. Allikevel er det flere sider ved det tekstlige innholdet som kan være og er gjenstand for forhandling om forståelse samt vurdering av behov for endring og tilpasning, og om det skal forstås «ordrett», eller hva «ordrett» i denne sammenheng betyr.

5.2.1 Medvirkning

Gjennom intervjuene og datamaterialet fremkommer at det i de sammenhengene informantene forteller fra, har vært et omfattende arbeid på mange nivåer, arenaer og kontekster for å gjøre pakkeforløpene forståelige, konkrete og håndterbare for den enkelte seksjon og den enkelte ansatte. De forteller at det har vært alt fra store samlinger med mange ansatte, ledere, rådgivere og folk fra direktoratet, til de løpende diskusjonene på gangen og i lunsjen, i personalmøter, teammøter og i arbeidsgrupper lokalt. Det er grunn til å anta at denne omfattende involveringen og

medvirkningen i hele prosessen fra før beslutning til pakkeforløpene er iverksatt og gjennom hele implementeringsperioden, har bidratt sterkt til en tydelig forankring av pakkeforløpenes innhold og struktur i de fleste ledd i den hierarkiske kjeden. Gjennom dette arbeidet har man fått både en forankring og tydeliggjøring av oppdrag og innhold, og en konstruktiv prosess hvor pakkeforløpene tilpasses de lokale kulturer og kontekster, og de lokale kontekster og kulturer tilpasses pakkeforløpene.

En informant forteller at de bruker personalmøtet hvor de ansatte i seksjonene er tilstede til å drøfte pakkeforløpene: «Sånn at vi har forberedt oss på det, og det er stadig et tema, og det er tema på hvert eneste personalmøte internt her. Status, hvor står vi, hva er bra, hva er ikke bra. Vi har fokus på det da.»

Flere informanter forteller at det har vært omfattende drøftinger og konkretiseringer både i egen ledergruppe og i seksjonene.

Det konkrete innholdet – og hvordan det skal forstås og tolkes har vært gjennomgått i seksjonen. Jeg tar her med ett utsagn som illustrerer dette og som tematiserer spesialistenes plass i pakkeforløpet:

hvordan vi skal forstå dette med bruk av spesialist i løpet av pakkeforløpet, fordi at hos oss, vi er en distrikts-BUP, så har vi utfordringer med å ha nok spesialister i perioder, Så hvordan skal vi sikre at pasient blir sett av spesialist og ikke bare blir drøftet på et team med spesialist tilstede. ...vi bestemte oss for at vi skulle ha spesialist med på alle inntak

Det å selv delta aktivt i arbeid med å gjøre tekster forståelige øker sannsynligheten for at de blir mer forståelige for deg selv. Det øker også sannsynligheten for at det oppnås merforståelse og enighet med de som en snakker med om det samme. Ord og mening utvikles videre til nye og omforente erfaringer og fortolkninger. Dette har støtte i både sosialkonstruksjonistisk, språkssystemisk og narrativ tradisjon (T. Andersen, 2005; Anderson, 1997; Epston, 1990). Uten både en fordypet medvirkning i å utvikle forståelse av innholdet og en bred medvirkning for å sikre at flest mulig kjenner til og forstår innholdet, er det sannsynlig at implementeringen av pakkeforløpene ville ta lang tid eller mislykkes. Sosialkonstruktivistisk

inspirerte resonnementer om hva som skjer når ideer «reiser inn i» organisasjoner – altså kontekstualisering - er at ideer blir «tatt inn», men ikke nødvendigvis «tatt i bruk» (Røvik, 2007, s. 248).

5.2.2 Tilpasning

Seksjonslederne jobber både med å tilpasse pakkeforløpene til den praksis som allerede eksisterer i virksomheten og med å tilpasse praksisen til pakkeforløpene. De forteller i intervjuene om vurderinger de har gjort før oppstart, ved innføringen og underveis i det første driftsåret. Disse vurderingene kan, som jeg vil vise i dette kapitlet, fortolkes i alle modus for oversettelse slik Røvik beskriver oversettelsesregler for ideoverføring i organisasjoner; reproduserende, modifierende og omvandling (Røvik, 2007, s. 307-318).

Pakkeforløpene for psykisk helse og rus er ikke direkte kopi av pakkeforløpene for kreft i oppbygning av struktur og faglig innhold. Pakkeforløpene i psykisk helse og rus er i utgangspunktet modifisert på grunn av forskjellig faglig problemstilling fra kreftpakkeforløpene i utgangspunktet, men de er også modifisert med en langt mindre tydelighet i styring av faglige prosedyrer i arbeidet enn det kreftpakkeforløpene er. Denne tilpasningen, modifieringen har da skjedd i forarbeidene på nasjonalt nivå, slik vi tidligere har vist.

Når pakkeforløpene lå på bordet, klare for implementering, gir seksjonslederne i studien uttrykk for at flere elementer i pakkeforløpene ble tatt rett inn i praksis slik de står i teksten utarbeidet for psykisk helse for barn og unge fra nasjonalt hold. De forteller også om at pakkeforløpene omformes og tilpasses til den virksomheten som er lokalt og med slik drift som organisasjonen totalt sett anses best tjent med. I noen sammenhenger tilpasser også driften seg til pakkeforløpene. En omvandling i Røviks forstand er det vanskeligere å finne, men vi skal senere forsøke oss på et resonnement rundt dette. Vi skal nå se på forskjellige måter førstelinjelederne kopierer, omformer og tilpasser pakkeforløpene til deres egen virksomhet.

Kopiering

Det er særlig knyttet til fenomenene koding og frister at tekst og praksis blir oversatt direkte uten særlig rom for fortolkning. Her virker det som om pakkeforløpene

oversettes bokstavtro – det er en retningslinje med normerende intensjon, og de konkrete fristene og kodingen av dette oppfattes av informantene som faste og som noe som skal følges. Koding av mål og frister vil sannsynligvis bli sterkt knyttet til temaer som framtidig finansiering og benchmarking, og erfaringsmessig har dette veldig sterke styringseffekter i helseforetakene (HF). Alle resultater vil etter hvert legges åpent ut, og mange HF vil legge stor vekt på gode resultater for sitt sykehus.

Det er for eksempel besluttet at basisutredning skal gjennomføres i løpet av maksimum 6 uker, og at utvidet utredning, dersom det er behov for det, skal gjennomføres i løpet av maksimum 6 uker til. Som tidligere vist gjennom eksempler på sitater, uttrykker flere av informantene både en sterk lojalitet til at fristene skal overholdes, at det lar seg gjøre å gjennomføre, at det er bra for pasientene at fristene overholdes, og at det skal kodes etter de retningslinjene som foreligger.

Konkrete frister og tider hører med i type oversettelse av formål som ikke kan forstås på så mange forskjellige måter, og ifølge Røvik er det da større sannsynlighet for at det kopieres: «Jo mindre omformbar, desto større sannsynlighet for at oversettelsen vil kunne forløpe som kopiering» (Røvik, 2007, s. 310).

Modifisering

Samtidig stiller informantene noen spørsmål ved hvordan fristene skal tolkes, og om det kan og bør være mer fleksibelt. En av informantene forteller at det i deres seksjon og avdeling har vært fokus på at det må settes en F-diagnose (fra ICD-10 diagnosesystem) innen 12 uker, men at det nå råder usikkerhet om dette:

Nei jeg syns vel den 12 uker'n, når vi ser på statistikken nå så er det null problem å sette 6 ukers klinisk beslutning. Det har jo aldri vært noe problem. Men vi sliter med forløpstidene på 12 uker'n i forhold til kompliserte saker og sånt noe. Men nå hørte vi jo sist at det er jo ikke krav om F diagnose etter 12 uker, men en klinisk beslutning på at det vi blir enige om at her må vi bruke lenger tid. For jeg har jo stressa det at alle skal ha en F etter 12 uker. Men, nå begynner de å si at det er bare en klinisk beslutning det. Så jeg er litt sånn, hva er det vi er ute etter. Og er det så fleksibelt plutselig nå? Eller, ja, så det, den skjønner jeg ikke helt.

Her uttrykker informanten usikkerhet om hvilken frihetsgrad de har i det som står i pakkeforløpet. Flere av informantene uttrykker at de arbeider med å finne ut hva slags handlingsrom de har for fortolkning og tilpasning til egen kultur og kontekst akkurat der de er. Dette passer med det Røvik beskriver som «en pragmatisk posisjon der man forsøker å balansere hensynet til å være «tro mot det opprinnelige», for eksempel mot en praksis og dens idémessige representasjon, med hensynet til at dette skal inn i og dermed må tilpasses – en ny organisatorisk kontekst» (Røvik, 2007, s. 311)

Modifisering ved fratrekking

Et annet tema som oppfattes som sterkt styrt gjennom hele linjen er dette å ha spesialist tidligere inn i sakene. En informant forteller at «i ledergruppen så gjorde vi noen valg, og det var f.eks. at vi skulle ha spesialistene, akkurat sånn som pakkeforløpene, vi skulle ha spesialistene tidligere inn i sakene. Sant, vi skulle ha større omfang på leger inn.» Den samme informanten ga uttrykk for at det i løpet av året fra innføringen av pakkeforløpene, hadde skjedd en bearbeiding av dette i retning av at de måtte gjøre noen revurderinger og modifisering og at de må redusere omfang av spesialist i front i løpet av året: «...vi skulle ha spesialister i front, vi skulle ha spesialistene tidlig med oss i, vi skulle ha legeundersøkelser, skjønner du, vi, vi var veldig omnipotente på hva vi trodde vi kunne få til.»

En annen informant forteller at de er veldig opptatt av at «Ingen av våre spesialister har lyst til å ha proforma oppgaver», «Alt vi gjør skal være fordi det har en hensikt». Og med dette som bakteppe har leder og seksjon revurdert forståelsen av når og hvordan spesialist skal være involvert, både utfra et faglig og et kapasitetsmessig hensyn. De endrer dermed praksisen:

Og det andre var dette med spesialisttilsyn. Fra da å tenke spesialist i front, inn i alle førstesamtaler, og, vi starta vel egentlig ut med at spesialist skulle inn i alle tilbakemeldingssamtaler, for da var spesialisten med på drøfting, og så traff pasient og pårørende etterpå. Men så så vi at det blir så mange saker hvor vi ikke vurderer at det er relevant, at det ble ikke riktig å bruke kapasiteten sånn, så derfor bestemte vi at det utgår. Og så vurderer vi i inntak hvor vi tenker at en spesialist skal med, og i tillegg så har behandler ansvar

selv i de sakene hvor spesialist ikke er med fra start til å kontakte spesialist der.

I Pakkeforløpets kapittel 1 står det følgende om involvering av spesialist:

Pasienter i psykisk helsevern skal som hovedregel møte en spesialist i psykiatri/psykologi i løpet av pakkeforløpet. Unntak må være begrunnet ut fra tilstand og alvorlighetsgrad. Møte med spesialist bør skje tidlig i forløpet slik at mest mulig spesialisert kompetanse er involvert når plan for utredning og behandling blir utarbeidet.

Så her kan man si at leder snur det hele på hodet og sier at regelen blir at spesialist ikke skal inn tidlig, men at det skal vurderes i det enkelte tilfelle. Kanskje ikke som et unntak, men som en aktiv vurdering i hver enkelt sak. De gjør en fratrekking.

Leder vurderer her sammen med sin ledergruppe at det er noen elementer i den måten de har tolket pakkeforløpene som ikke gir tilstrekkelig faglig mening og vurderes som feil ressursbruk, og de vil derfor endre på det – de trekker det fra pakkeforløpet, omformer og tilpasser til den virkeligheten og den faglige og ressursmessige konteksten de mener er riktig (Røvik, 2007, s. 311-315).

Modifisering ved addering og fratrekking

En annen forteller om den prosessen de har gått gjennom, de erfaringene de har gjort seg og som har medført at vedkommende leder nå vurderer å gjøre endringer. Vedkommende vil tilbake til en tidligere praksis som forsøker å kombinere behovet for å få kontroll på at de riktige pasientene kommer inn i BUPP, samtidig som helseforetaket stiller krav om at pasienter i mindre grad skal avvises fra BUPP, samt at de kan benytte spesialistene i BUPP til å gjøre en kvalifisert vurdering av om den pasienten som har fått et tilbud i BUPP skal ha fortsatt tilbud eller ikke:

Nå har vi hatt et år med spesialist i førstesamtalen. Det er på grunn av pakkeforløpene og... frist, men jeg tror jeg legger om praksisen nå, til at vi skal innføre det vi tidligere kalte vurderingssamtaler. Så blir det noe som heter kartleggings- og screening-samtaler på veldig mange flere. For vi, jeg syns jeg hører føringer på at vi skal ned i antall avvisinger. Og da blir det

sånn at de aller fleste som vi tidligere avsto fordi det var ikke nok til å vurdere eller... er ikke tydelig nok psykisk lidelse eller noe sånt noe, de kommer til å komme inn for en kartleggingssamtale. Eh, de får en rettighet, men de blir satt opp til en spesialist på et team med en sånn kjapp, et ark med noe sånn.. Ja det skal ta ca en times tid, og så får man spisse bestillingen enten inn til oss eller spisse bestillingen ut. Og det er målet fra 1.1. om det er så veldig mye pakkeforløpets skyld vet ikke jeg, men min erfaring er at det er, de som er flinke til å skrive [henvisninger] de kommer inn, og kanskje det er feil. Og de som er dårlige til å skrive av leger og andre, de, kanskje de dårligste pasientene, men de klarer ikke å skrive, og innhente opplysningene, og så får de ikke rettighet. Så det er et dårlig system der ute som vi kanskje må møte med noe annet enn vi har gjort så langt.

Teoretisk kan dette ses på som en måte å kombinere flere forskjellige krav og retningslinjer/praksiser på en pragmatisk måte hvor myndighetenes krav til både faglig praksis og strukturelle forhold forsøkes syntetisert i en tilpasset moderat praktisering av pakkeforløpene sammen med andre mål- og resultatkrav. Denne vurderingen av hva som er realistisk og gjennomførbart kaller Røvik Rasjonell-strategisk addering og fratrekking; at det gjøres moderate omforminger av ideer som skal implementeres, for å unngå at endringene som må gjennomføres, blir for omfattende og ressurskrevende (Røvik, 2007, s. 313-314).

Vi kan også knytte det til det som hos Røvik omtales som sorteringskompetanse og konfigurasjonskompetanse (Røvik, 2007, s. 329). I oversettelsesarbeidet med pakkeforløpene er det nødvendig at de som oversetter har grundig kjennskap til den virksomheten og den konteksten som den nye ideen skal oversettes til og implementeres inn i for at implementeringen skal lykkes. Her tar leder aktivt ansvar for å gjøre revurderinger i forhold til de totale faglige og organisatoriske kravene, og legger da om praksis noe. De tar ikke bort dette at spesialist skal treffe pasient tidlig, men de legger det som en vurderingssamtale og slik at man får en kvalifisert vurdering av om pasienten hører hjemme i spesialisthelsetjenesten. Dette er slik jeg forstår det i tråd med deler av intensjonene i pakkeforløpene knyttet til at pasienten skal få vurdering av spesialist, men det dekker også et annet krav fra en helseregion og regjeringen, nemlig at spesialisthelsetjenesten skal avslå færre henvisninger. Pakkeforløpet kan avsluttes etter første samtale hvis det er riktig vurdert;

Henvisningene som sendes til BUPP er ofte mangelfullt utfylt og/eller pasientens problemer hører ikke hjemme i spesialisthelsetjenesten, men i kommune og hos fastlege. Ved å ta inn pasienten til en vurderingssamtale holder de avslagsprosenten (som skal ha lavt måltall) nede, spesialist gjør vurdering av videre tilbud (spesialist inn tidlig i pakkeforløpene) og BUPP sikrer mer riktig pasientportefølje. Samlet sett kan dette være en svært klok måte å løse flere utfordringer på, og lederen viser god konfigurasjons- og sorteringskompetanse.

Modifisering ved fratrekking eller egentlig kopiering?

En informant forteller at de har gått bort fra at en legespesialist/barnepsykiater skal se alle barn i BUP:

Overlegen som var med i gruppen var veldig opptatt av at alle pasienter skal ivaretas somatisk. Det står det i pakkeforløpene og det er vi enig i. Vedkommende mente at alle barn og unge som kommer til oss burde ses av en barne- og ungdomspsykiater her. Det får vi ikke til. Det har vi ikke kapasitet til. Så det er en av de tingene vi har skrellet bort og tenkt at det er tilstrekkelig at vi følger opp at de har vært hos fastlegen sin, og at fastlegen ikke bare har snakket med mor eller far, men faktisk har truffet barnet og har gjort en orienterende undersøkelse av barnet. Så det var en ganske stor kamp, men det landa vi på, det ble vi enige om.

Her begrunnes seksjonslederens vurdering av hvordan de har tilpasset seg til pakkeforløpet med at det ikke er kapasitet, altså tilgang på tilstrekkelige legeressurser i BUPP til å gjennomføre det som anbefales i pakkeforløpet, men mener at pasientene kan følges tilstrekkelig opp somatisk hos fastlegen og at BUP skal følge opp at det skjer. Også her trekker de fra i fra det konkrete innholdet i pakkeforløpet og gjør en selvstendig vurdering av modifiseringsbehovet og muligheten. «Vi» refererer i sitatet til den ledergruppen som seksjonsleder har dannet hos seg bestående av teamledere. Det er altså en beslutning de har kommet fram til i fellesskap.

Om leges deltakelse i pakkeforløpet står det følgende i kapittel 2 i pakkeforløpet:

Differensialdiagnostiske overveielser og vurdering av somatiske forhold gjøres av tverrfaglig team der lege inngår. Det må være lav terskel for å kontakte helsestasjons- og skolehelsetjeneste, fastlege eller barnelege for supplerende helseopplysninger eller videre somatisk undersøkelse eller ivaretagelse.

Behandler må sikre at lege i spesialisthelsetjenesten vurderer behov for supplerende undersøkelser ut ifra henvisningen, pasientens symptomer og hvilke undersøkelser som er gjort hos fastlege. Hvilke blodprøver som er aktuelle vil avhenge av symptombilde, alder, kjønn, tidligere sykdommer, genetikk, og etnisitet. Andre undersøkelser som MR caput, EEG, og EKG kan være aktuelle, samt nevropsykologiske tester (Helsedirektoratet, 2019c, s. kap.2).

På denne bakgrunn kan man enten si at det er en mild omforming av retningslinjen når de ikke sier at alle barn i BUPP skal ses av lege, eller man kan si at de faktisk forholder seg helt presist til det som står ved at de sikrer at lege i spesialisthelsetjenesten vurderer behov, altså en kopiering.

Modifisering eller Radikal modus

Det kommer fram at informantene forholder seg mer åpne for betydelig grad av omforming av retningslinjens innhold når det gjelder andre temaer, i en slik grad at det kanskje kan inngå i oversettelsesregelen omvandling (Røvik, 2007, s. 315). Det gjelder for eksempel hvordan evaluering og måling av effekt av behandlingen skal gjøres. Pakkeforløpet sier at standardiserte verktøy skal benyttes for å registrere effekt av behandling og pasienters og foresattes opplevelse av tilbudet:

Bruk av standardisert verktøy for å måle effekt av behandling

Effekt av behandling bør måles med standardiserte verktøy tidlig i forløpet, ved evaluering og før avslutning av pakkeforløpet. Slike målinger bør som et minimum omfatte symptomnivå, funksjonsnivå og livskvalitet, og man bør også måle pasientens og/eller foreldres tilfredshet med behandlingen (Helsedirektoratet, 2019c, s. kap.3).

En informant strever med hvordan de skal forstå dette med feedback og evaluering, de syns de gjør jevnlig evaluering, og lurer på hvorfor de skal ha en skåring i tillegg:

Det vi er dårligst på er feedback. Vi syns det er vanskelig å skjønne hvordan den skal brukes. Vi er jo i dialog med disse foreldrene eller ungdommen ukentlig, de fleste er her ukentlig eller hver 14. dag og vi evaluerer behandlingen, og det er noe sånn smør på flesk i forhold til hva skal vi evaluere, er det behandlingen, er det evalueringen, er det noe de ikke er fornøyd med, er det bytte av behandler? Så vi er i dialog med disse her hele tida, så det blir litt sånn, nå skal vi sette oss ned og så skal vi skåre hvordan dere opplever det.

En annen informant sier: «Og så har jeg vært mere laidback med feedbackverktøyer og sånt noe, det er ikke det viktigste i det hele tatt».

Disse informantene uttrykker usikkerhet om forståelse av temaet og uenighet om viktigheten av det. I praksis kan det være grunn til å tro at ingen av disse seksjonene gjennomfører bruk av strukturerte feedbackverktøy i arbeidet med pasienter og foresatte. Ordet «bør» i nasjonale retningslinjer innebærer at det er en sterk anbefaling som gjelder de fleste (Helsedirektoratet, 2019a), så det er i hvert fall slik at informantene trekker det fra eller demper betydningen av dette i pakkeforløpene. Men det kan også være at de tenker at de oppfyller intensjonen med evaluering og tilbakemelding fra foresatte og pasienter gjennom den jevnlige dialogen med dem, og at de da fanger opp familiens synspunkter og ønsker om endring av tilbudet eller ikke underveis. Da kan man forstå dette som omvandling – altså at ideen endres grunnleggende «og på slike måter at den lokale varianten som utvikles, snarere enn å være en representasjon av en bestemt ekstern praksis/idé fremstår som en lokal innovasjon» (Røvik, 2007, s. 315).

Et annet tema hos informantene hvor det kan drøftes om oversettelse skjer som fratrekking eller omvandling er knyttet til pakkeforløpets mål om sammenhengende og koordinerte tjenester, da særlig med blikket på kommunens og fastlegens rolle og oppgaver. Det står at pakkeforløpene starter og slutter i kommunen, og det er tydelig beskrevet hva som forventes at skal gjøres lokalt i forbindelse med

henvisning både fra henviser, som ofte er fastlegen, og fra andre deler av det kommunale tjenesteapparatet. Det er også tydelig beskrevet i kapittel 1 at kommunen har ansvar for koordinering lokalt både for pasienter som har rett til og ikke har rett til individuell plan (Helsedirektoratet, 2019c). Her er det flere av informantene som gir uttrykk for at ting ikke fungerer etter intensjonen, men egentlig uten at de har særlig påvirkning på det. Om det da er slik at de som medvirker i oversettelse, i denne sammenhengen fastlegene og kommunene, ikke forholder seg fullt ut til pakkeforløpene fordi de mener det ikke bør være slik og de velger annen praksis og forståelse eller om det handler om at implementeringen ikke er vellykket på dette området, kan vi ikke si noen om ut fra denne studien. Informantene opplever diskrepans mellom mål og innhold i pakkeforløpet og gjennomføring fra kommunalt nivå.

En informant formulerer det slik:

Jeg syns nok den største utfordringen for oss det er at direktoratet de styrer oss, men de styrer ikke kommunene. Det er en veldig, kjempealvorlig. Jeg syns det er et av de største ankepunktene ved hele pakkeforløpet, er at det ikke er blitt satt på dagsorden. Og samkjørt i mye større grad. At det blir så veldig mye opp til BUPP-ene å jobbe, altså vi skal, vi må ut i kommunene ikke sant, det er sånn veldig, jeg syns det kreves litt for mye av oss på en måte jeg da, jeg syns det kunne vært noen tydeligere føringer inn mot kommunen, tvang dem, hvorfor skal vi tvinges når ikke de tvinges, på en måte? Altså det er noe der som er problematisk rett og slett.

En informant sier også at «Alle pasienter passer ikke inn» i pakkeforløpet. Her nevnes for eksempel at ikke alle klarer å møte opp til timer og følge opp et tett opplegg. Det kan være rus- og voldssaker hvor vurderingene blir annerledes, og da velger de en tilnærming som de mener passer pasienten og saken bedre. Dette kan vel ikke forstås som en egentlig omvandling av selve pakkeforløpet, selv om alle pasienter skal inkluderes i et slikt, men mer en tilpasning til det enkelte pasienttilfelle på en pragmatisk måte. Samtidig kan man stille spørsmål ved om pakkeforløpets krav til framdrift blir for rigid i en del pasientsaker. Dette funnet stemmer også med funn i SINTEFs undersøkelse. (Ådnanes, 2020)

En annen sak er at tiden i en poliklinikk er en begrenset ressurs slik at de noen ganger velger å få brudd på forløpstider i en utredningssak for å prioritere behandlingstid til en alvorlig syk pasient. Når det som skjer i klinikken buttrer mot retningslinjene må vurdering av alvorlighet og hastegrad for den enkelte pasient komme foran, er informantenes vurdering. Denne informanten illustrerer det slik:

nå må vi fortsatt bruke vårt kliniske skjønn og ikke tenke at vi må på død og liv, vi skal tilstrebe utredningstidene, utvidet – basis utredningstid, og holde de forløpstidene, men samtidig så har du en ganske alvorlig deprimert pasient som trenger 2 timer pr uke, så må den gå foran i forhold til vår prioritering, og der skal vi gjøre en egenhendig vurdering da, så for eksempel helt nyutdannet personale, så tenker jeg at det er det ikke så lett å forstå. Da holder de seg veldig til disse basisutredning, og på en måte, vi må holde tidene, men samtidig så må vi ja, gjøre våre egne vurderinger i forhold til hva som haster mest da. Så, ja, det tenker jeg kan være en ulempe, det har jeg blitt mer bevisst på den siste tiden, jeg tenker at det må jeg som leder snakke høyt om og gjenta og gjenta, at det er bedre å bryte en forløpstid på utredningstid, enn at vi ikke får plass i avtalebøkene våre altså, for det fylles veldig fort opp i avtalebøkene våre.

Oversettelse og implementering går hånd i hånd, og det som oppleves som viktigst i praksis hver dag blir det sterkeste signalet om hva som blir status.

Dette stemmer godt med følgende utsagn fra Røvik:

Måten selve implementeringsprosessen av en ny idé eller oppskrift i en virksomhet er organisert på, kan også ha betydning for hvor stort slingringsmonnet er for lokal omvandling av det som overføres. Generelt gjelder det at jo mindre ideer og oppskrifter har karakter av å være prosedyrer forankret i lov eller forskrift, desto større slingringsmonn gis det for lokal tilpasning og omvandling. Og videre: Jo mindre «korrekt implementering» er formelt foreskrevet og er gjenstand for kontroll, gransking og etterprøving av eksterne myndigheter (for eksempel gjennom inspeksjoner), desto større slingringsmonn gis det for lokal radikal transformasjon av det som skal implementeres (Røvik, 2007, s. 318).

Sortering og konfigurering

For å koble disse erfaringene ytterligere til teori kan vi se på Røviks henvisning til 2 posisjoner om oversettbarhet i translasjonsstudier. I den rasjonalistisk - universalistiske posisjonen framholdes at meninger og ideer er universelle og er oversettbare og overførbare mellom kultur og språk. I den translasjonsteoretiske posisjonen vektlegges det unike ved en kultur og et språk, og at det derfor er vanskelig å oversette tekster fra et språk til et annet; det som passer i en kultur passer ikke i en annen (Røvik, 2007, s. 257-259).

Pakkeforløpet for psykisk helse er i utgangspunktet som nevnt forsøkt tilpasset nettopp til den kulturen og konteksten den skal implementeres i. Allikevel stiller informantene for eksempel spørsmål ved om alle elementer lar seg gjennomføre og om det er viktig eller riktig bruk av ressurser. I en funksjonell tilnærming til oversettelse, Skoposteorien, fremholdes ifølge Røvik, at oversettelser må ta høyde for at de fungerer i sin nye kontekst. De norske myndighetene er ved innføring av pakkeforløpene svært opptatt av at de skal implementeres og tas i bruk, det fremkommer for eksempel gjennom Plan for implementering av pakkeforløp for psykisk helse og rus som ble utgitt i 2018. (Helsedirektoratet, 2018) I henhold til Røvik er det vanlig at de fleste organisasjoner som innfører nye ideer også ønsker at de skal tas i bruk: «De skal derfor utformes – og oversettes – slik at de blir godt tilpassede verktøy som fungerer lokalt og får styrende virkning på praksis i organisasjonen» (Røvik, 2007, s. 259).

Tidligere har vi vist at informantene oppfatter at innføringen av pakkeforløpet er besluttet og at det samtidig er et utviklingsarbeid, og de har fått signaler fra sine ledere om at de må bruke tiden de har til å finne ut av hva som fungerer og hvordan få det til. Informantene formidler at de jobber kontinuerlig nettopp med dette å finne ut av hva som skal forstås bokstavelig, og hva som kan tolkes og omdefineres slik at det passer bedre til det de tenker er både faglig og ressursmessig realistisk og riktig.

Det kan tenkes at lederne har brukt dette første året til å få oversikt, få kunnskap om innholdet og ikke minst finne ut av de strukturelle kravene som er stilt knyttet til kodingen. Og så etter en del måneder med stor satsing på å få til det meste, kan

lederne tillate seg å se mer nyansert på det hele – ut fra erfaring og kjennskap til tjenesten og pasientgruppene over tid – og dermed gjøre nye vurderinger og revurderinger. De gjør en sortering av hva som er nyttig og mulig og de «konfigurerer» slik at pakkeforløpet tilpasses og passer inn i egen virksomhets kjerneoppdrag (Røvik, 2007, s. 329).

Vi skal se på noen utsagn fra informantene som illustrerer dette.

En forteller at de i seksjonen har redusert på endel som var lagt inn i felles maler fra avdelingen ved oppstart, at de har erfart at det blir alt for omfattende å gjennomføre, slik at de har tilpasset det slik de selv mener er funksjonelt i egen seksjon. De trekker fra endel som står i pakkeforløpet om hva som skal gjennomgås og dokumenteres og lager sitt eget system:

Det diskusjoner går jo på er mer administrativt arbeid. Mer skrijving, mer dokumentasjon eh, og sånt no, så vi har jo, hvis man skal kikke bare på disse kravene til helsedirektoratet i pakkeforløpet med alt hva som skal dokumenteres etter 6 og 12 uker og sånt no, så er det helt hinsides. Det er helt utafør, det er ikke, det er så lite relevant, å snakke om IP (individuell plan) for alle og sånt, alt som skal vurderes som søsken pårørende og alt mulig, slik at vi har laget våre egne fraser som er mye mere nyttig syns vi da. Innhold for tilbakemelding til fastlege, oppsummering av saker osv. Så vi har laget våre egne fraser i forhold til hva er det som er viktig å få fram av informasjon til fastlege og internt i forhold til når man skal lande en klinisk beslutning sammen med foresatte og barna og sånt no, og behandlingsplan og sånn. Jeg syns at det har vært,.... på avdelingsnivå har de laget noen fraser som jeg syns at der alt skal tilfredsstillende pakkeforløpene, og det blir alt for massivt.

.....

Så vi har laget vårt eget system, så skal vi evaluere det etterhvert og så skal vi se hvordan det passer inn når alt, det er vi gang med egentlig nå da. At vi har gjort som vi har gjort, og så skal vi se hvordan det passer inn med veien videre.

En annen informant beskriver hvordan de må flytte fokus over til noe annet framover:

Det er en hel smørbrødtype som vi skal på en måte sjekke ut da, og den kjenner jeg behov for nå at det må vi nå hente litt fram igjen for vi har vært så veldig opptatt av det med utredning, og på en måte klare det og at vi blir målt på det. Men det er mye andre ting vi skal vurdere, ja.

I brevet som Helsedirektoratet sendte til landets kommuner 14.09.2018 om innføring av pakkeforløpene i psykisk helse og rus står følgende: «Pakkeforløpene introduserer ingen nye rettigheter og plikter, men bidrar til å sette god praksis i system» (Stene-Larsen, 2018). «God praksis» er ikke et avgrenset og godt definert mål som lett kan beskrives. Pakkeforløpene har tatt mål av seg å bidra til å sette god praksis i system. Hva som er god faglig praksis kan i forhold til psykisk helse for barn og unge diskuteres og vurderes på mange måter. Hva er god nok praksis, og hva er beste praksis? Dette er temaer som går igjen i slike tjenester som BUPP, hvor det meste av tjenesteytingen gjøres i form av samtalebasert og dialogisk samhandling mellom pasient, foresatte, pedagogisk personell og behandlere. Hva er nødvendig, viktig og hva er nyttig sett opp mot den tiden som er til disposisjon og det fagpersonen og pasienten vurderer som vesentlig. Det blir en kost-nyttevurdering som må gjøres, og da reduseres de tingene som kanskje er kjekt å gjøre, men ikke strengt tatt nødvendig i den gitte situasjon.

Når man åpner for slike lokale vurderinger reduseres også deler av en implisitt idé om at tjenesteytingen skal være lik. Men i pakkeforløpene står det ikke at målet er like tjenester, det står: «Likeverdige tilbud til pasienter og pårørende uavhengig av hvor i landet de bor». Noen ganger kan lik være det samme som likeverdig, men ikke alltid.

Lederne er opptatt av at det viktigste er god pasientbehandling, for eksempel sier en informant følgende: «Koding, stress, da bryr vi oss ikke om pakkeforløp, tenker det er god pasientbehandling og gjør det så effektivt som mulig»

5.2.3 Struktur – i forhold til omforming og tilpasning

Noen av informantene hadde som tidligere nevnt hatt egne forbedringsprosjekter forut for innføring av pakkeforløpene. Alle visste at pakkeforløpene kom, og de tilpasset det i stor grad til det de trodde kom. En av informantene forteller at de tilstrebet flere strukturelle tiltak, satte utredningsforløpet i et fast system og sørget for at de laget en struktur for å få ned ventetiden:

vi hadde i hvert fall innført og utarbeidet noe da. 4 timer i basisutredning, det var litt likt da, og prøvd og tenkt sånn bort med unødvendig ventetid, det kunne vi jo se på kreftpakkeforløpene at det var intensjonen med de da. Sånn at vi plukka litt her og der.

Et annet strukturvalg som er tatt handler om at sekretærene får stort ansvar og flere arbeidsoppgaver sammen med leder og forløpskoordinator med å sikre gjennomføring og framdrift i hvert enkelt pakkeforløp: «Enhetslederne gir bare beskjed at her er det basisutredning, så sender sekretæren ut det. Da er det en time i uka. Og så hadde vi laget et oppsett på rekkefølgen, som behandler kunne endre ved behov.» ... «i stor grad sekretærstyrt timebok»

En av informantene sier at det var en stor jobb å få med sekretærene på dette:

Det som var det store var å få med sekretærene på dette her. Og hvordan skulle logistikken se ut? Ikke sant, og hvordan når noen har tatt en klinisk beslutning, hvordan skal andre vite, fordi det er kontoret som skal kode. Så skal de følge med på det, og skape administrative greiene vi sier vi skal gjøre. Hvordan skal dette foregå mellom forløpskoordinator /teamkoordinator, behandler og sekretær. Så det er en trekant der som vi har prøvd å utvikle på en måte

Det virker som at det å sikre logistikk og framdrift i sakene har høy prioritet. En informant rapporterer at tiltak de har gjennomført har vært bra på flere måter:

Men ut ifra det så har vi laget disse brevene som går ut med informasjon om pakkeforløp, det er gjort sentralt fra PBU da, og som vi sender ut til alle, og

at vi lager en oversikt på alle timene, og de blir plottet inn i kalenderne til behandlerne med en gang. Og det har vært bra, for det første for foreldrene å få en oversikt over i løpet av disse 6 ukene skal dette skje på de og de tidspunkt. Det har vært bra i forhold til behandlerne som slipper å bruke tid på å finne timer, sant. Ting blir lagt inn med en gang.

Det kan se ut som om ledernes tilpasning i forhold til struktur stort sett dreier seg om å reprodusere det som står i pakkeforløpet uten for stor fortolkning, altså kopiering (Røvik, 2007, s. 308). Samtidig beskrives et stort tanke- og refleksjonsarbeid for å konkretisere hvem som skal gjøre hva hvor og når i seksjonene.

Vi skal nå se på hvilke oversettelsesferdigheter lederne viser i dette arbeidet.

5.3 Hvilke translatørkompetanser viser seg hos førstelinjelederne i dette arbeidet?

I forskningsspørsmål nr 3 inngår hvordan lederne bruker egne evner til å gjøre oversettelse av ideene og konkretiseringen av pakkeforløpene forståelige og slik at de tas imot og gjennomføres av de ansatte.

Dette svarer informantene i hovedsak på gjennom følgende spørsmål i intervjuguiden:

- Hvordan jobber du med innføringen av pakkeforløpene i egen seksjon?
- Hva har du vektlagt når du har snakket med medarbeiderne du leder om hva pakkeforløpene er?
- Hvordan har du lagt opp prosessen i egen virksomhet knyttet til innføring av pakkeforløpene?
- Hvordan skaper du motivasjon for endring ifht medarbeidere?
- Hvilke (ledelses)strategier bruker du som leder i BUP ved innføring av pakkeforløpene i psykisk helse for barn og unge ?

I tillegg har jeg stilt følgende spørsmål knyttet til det jeg vil kalle organisasjonskultur, som også kan fortelle noe om hvordan grunnlaget for endring og utvikling er i den aktuelle BUP-poliklinikken:

- Hvordan blir pakkeforløpene oppfattet og tatt imot i seksjonen?
- Hvordan ser du som leder på innføring av pakkeforløp?
- Hvordan ser medarbeiderne på innføring av pakkeforløp?

Oversetterne - translatørene

Det teoretiske utgangspunktet jeg her støtter meg til er knyttet til at det er stor normativ og anvendelsesmessig verdi av god oversettelse og god translatørkompetanse når nye ideer og reformer skal innføres i organisasjoner (Røvik, 2007, s. 319). God translatørkompetanse er knyttet til både enkeltindivider og organisasjoners evne til å oversette og innføre ideene på en slik måte at de passer tilstrekkelig til den virksomheten de skal inn i, og at konseptet kan tas imot og tas inn i organisasjonen.

Innføring av pakkeforløp i psykisk helsevern for barn og unge i Norge er som tidligere nevnt, en nasjonal beslutning på høyeste nivå. Begrunnelser fra helseminister og statsminister er knyttet an til det de beskrev som vellykket innføring av Pakkeforløp for kreft, og at de nå ønsket at pasienter i psykisk helse og rus-feltet skulle få noe tilsvarende – til pasientenes beste.

Arbeidet med å oversette konseptet «Pakkeforløp for kreft» til «Pakkeforløp for psykisk helse og rus» ble viet stor oppmerksomhet gjennom det omfattende arbeidet i de nasjonale arbeidsgruppene, høringsrundene, det offentlige ordskiftet og diskusjonene på forhånd både blant fagfolk og pasienter. Det var slik jeg ser det, en tydelig holdning fra nasjonale politiske og helsemyndigheter til at pakkeforløpene skulle tilpasses og omformes til den konteksten det skulle inn i. Det var helt åpenbart at de ikke kunne kopieres uten tilpasning. Det var et uttalt ønske fra organisasjonseier og øverste ledelse at det skulle være bred representasjon av både brukere og fagfolk med tillit i fagfeltet og hos helsemyndighetene i utviklingsarbeidet.

Den som ble satt til å lede arbeidsgruppen som skulle utarbeide det første pakkeforløpet i psykisk helse for barn og unge – om utredning – var psykologspesialist Anne-Stine Meltzer. Hun var på det tidspunkt leder for en BUP-poliklinikk i Akershus, ble så klinikkjef for Nic Waals Institutt og hun var styreleder for NBUP; Norsk forening for Barn og Unges Psykiske helse. Hun er, slik jeg oppfatter det ut fra egen kjennskap til feltet, en faglig svært dyktig og anerkjent fagperson og leder i BUP-systemet. Dette kan man anta ga stor tillit og legitimitet til arbeidsgruppens arbeid, både underveis i utarbeidelsen av innholdet i pakkeforløpene, og når innføringen ble besluttet og selve dokumentene med innhold og føringer ligger klare. Medvirkningen i utarbeidelsen av pakkeforløpene var bred – translatørkompetansen i fagfeltet og blant brukerne ble brukt aktivt i disse gruppene på den måten at de fikk bidra med sine faglige og personlige erfaringer inne fra feltet. Diskusjonene om hva som passet og ikke passet i BUP, kompleksiteten i feltet, motstand og muligheter fikk plass der.

Det å ha kompetanse til å oversette organisasjonspraksiser og ideer innebærer ifølge Røvik at den som oversetter må ha flere typer kompetanser som Røvik betrakter som dyder, hvor «de viktigste er kunnskap, mot, tålmodighet og styrke». Disse kobles av Røvik til begrepet Translatørkompetanse (Røvik, 2007, s. 325).

Jeg har selv hørt Meltzer snakke om pakkeforløpene ved flere ledersamlinger de senere år, både mens de var under utarbeidelse og etter at de ble ferdige og innført. Hun fremsto da som en leder med translatørkompetanse innenfor alle de 4 dydene som Røvik beskriver (Røvik, 2007, s. 325-337); hun er kunnskapsrik og er flerkontekstuell – hun har tilknytning til og erfaring både innenfra BUP og med blikket fra flere posisjoner. Meltzer er modig og kreativ – Hun satte ord på hva som er og har vært utfordringene i BUP-feltet i mange år, hva brukerne ønsker endret, hvordan pakkeforløp kan hjelpe BUP til å gi bedre tjenester til brukerne, og hvordan ledere og ansatte selv må være med å fylle tjenestene med faglig godt arbeid. Hun gikk også i møte med de kritiske stemmene med faglig tyngde, kunnskap og overbevisningsevne. Meltzer er en tydelig talsperson for at pakkeforløpene ikke i seg selv skaper et godt faglig innhold for brukerne, det faglige innholdet ligger i andre retningslinjer for god faglig standard, men at pakkeforløpene viser til disse

og legger til noe i tillegg knyttet til for eksempel økt brukermedvirkning, gode og sammenhengende pasientforløp, likeverdige tjenester og god struktur. Meltzers stemme i dette arbeidet var slik jeg ser det, en svært viktig translatørstemme som kan ha bidratt til at fagfeltet endret holdning fra stor skepsis til mer åpen og positiv holdning til det som skulle komme. I hvert fall er lederne i min studie påvirket i positiv retning av Meltzers sterke og tydelig stemme.

Vi har også sett at oversettelseskjeden på mange områder er hierarkisk (Røvik, 2007, s. 294-300) og at det ligger sterk styring inn i innføringsarbeidet ved at alle ledd i linjene skal rapportere på utvalgte punkter i det enkelte pasientforløpet om gjennomføring av flere målepunkter. Rapporteringen er nasjonal og følges opp kontinuerlig. Beslutningstaker har en svært sterk intensjon om at pakkeforløpene skal innføres og bli en del av det daglige forløpet for pasienter og ansatte i psykisk helsevern. Det er som leder ikke enkelt å droppe fokus på målepunkter og innhold i pakkeforløpene. Styringen er helt klar og sterk fra topp til bunn. Dette kan man også se på som en type sterk og kyndig translatørkompetanse; Organisasjonseier – staten – ved helse- og omsorgsdepartementet og helsedirektoratet, har valgt å la det være stor medvirkning før innføring, de kaller det et utviklingsarbeid, de følger tett og detaljert opp og legger inn kontrollmekanismer gjennom rapporteringskrav. De har satset på å følge utviklingen tett også gjennom forskning og undersøkelser hos brukerne og hos tjenestene.

Dette er bakteppet for innføringen og implementeringen av pakkeforløpene i BUPP.

Røvik sier at oversetteren må vite at en idé ikke kan innføres i et «tabula rasa», et tomt rom. «Den introduseres i en kontekst der det allerede finnes aktører, og strukturer, prosedyrer og rutiner, og der det ikke minst ofte finnes en lang rekke andre ideer og oppskrifter som sirkulerer og diskuteres samtidig» (Røvik, 2007, s. 328).

Eskeland og Dahle skrev i juni 2017 en erfaringsbasert master i ledelse med tittelen «Implementering av pakkeforløp i psykisk helse og rus» (Eskeland, 2017). Dette var før pakkeforløpene ble utarbeidet, men det var varslet at de skulle komme og forarbeidet var i gang. Eskeland og Dahle undersøkte i en kvalitativ studie hvilke forventninger ledere, terapeuter og brukere hadde til det nye som kommer.

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

De har blant annet sett på ledelsesutfordringer ved implementeringen og fant at temaer som holdninger i personalgruppen kan gi en stor utfordring, videre at leder har en svært viktig rolle dersom implementeringen skal lykkes, at det må være en sterk ledelse som prioriterer og fronter det hele og etablerer tro på at det vil gi bedre pasientbehandling og tillit, at det må tas kontekstuelle hensyn lokalt og at man må ta på alvor kulturen på arbeidsplassen. Ledere må framsnakke det som skal implementeres (Brønn, 2015), leder må evne å bruke en effektiv kommunikasjon og få med seg medarbeidere som har tillit hos de ansatte (Stensaker, 2016), være observante på de kulturelle aspektene som påvirker hvordan ledelse i organisasjonen utøves og at ledelsesmessig legitimitet må være etablert (Strand, 2010). De sier at de forutinntatte holdninger som kan finnes i organisasjonen må forvaltes konstruktivt, og i dette er samhandling med andre viktig. Bekymring for økt tidsbruk, sterkere byråkratisering og standardisering kan ses på som risiko for ansatte kunnskapsmedarbeideres autonomi (Strand, 2010) i (Eskeland, 2017, s. kap.4).

I intervjuene med informantene i min studie gjenkjennes alle de nevnte temaene fra Eskeland og Dahles undersøkelse.

Translatørkompetanse hos informantene i denne studien.

Så hva sier mine data om translatørkompetansen hos lederne som sitter helt ytterst i poliklinikkene – de som leder de som skal yte helsehjelpen til brukerne?

For å samle og systematisere dataene og få fram hoved essensen i det som har kommet fram omkring hvilke translatørkompetanser som viser seg hos førstelinjelederne i dette arbeidet, har jeg valgt å organisere det i kategoriene jeg har kalt 1) «Skape felles forståelse for hensikt» og 2) «Anerkjenne utfordringer». Kategori 3) er også her «Struktur».

Figur nr.5: Valgte kategorier knyttet til forskningsspørsmålene

Mine valgte kategorier knyttet til forskningsspørsmålene			
Hvordan oversetter førstelinjeledere i BUPP pakkeforløpene i psykisk helsevern for barn og unge?	Styringssignaler	Holdning til PE	struktur
Hvordan omformer og tilpasser førstelinjelederne pakkeforløpet til egen virksomhet?	Medvirkning	Tilpasning	struktur
Hvilke translatørkompetanser viser seg hos førstelinjelederne i dette arbeidet?	Skape felles forståelse for hensikt	Anerkjenne utfordringer	struktur

5.3.1 Skape felles forståelse for hensikt

Det er helt essensielt at ledere tar ansvar når nye konsepter og ideer skal innføres og iverksettes i en organisasjon og virksomhet. Hvorvidt gjennomgående **ledelsesforankring** er etablert og vedvarer gjennom hele implementeringsperioden kan bidra til at det hele lykkes eller mislykkes. Dette er kjent fra ledelsesteori generelt, for eksempel hos Strand i boken «Ledelse, organisasjon og kultur» (Strand, 2010).

I Røviks perspektiv knyttet til teori om translasjon av organisasjonsideer sier han at teorien også må «ha fokus på oversetterne, dvs. de aktørene som formidler organisasjonsideer mellom ulike kontekster» (Røvik, 2007, s. 256).

I translasjonsstudier er det ifølge Røvik motstridende oppfatninger knyttet til hvilken rolle translatøren har og bør ha; usynlig eller aktiv og tydelig. Røvik inntar selv et normativt perspektiv gjennom tre påstander om behovet for translatørkompetanse i samtidens organisasjoner:

- i) at translatørkompetanse er en kritisk suksessfaktor for å lykkes med idéoverføring, ii) at viktigheten av translatørkompetanse i betydelig grad er oversett og utviklingen av slik kompetanse tilsvarende vanskelig, samtidig

med iii) at tunge transformasjoner rundt årtusenskiftet gjør translatørkompetanse til en langt mer knapp og kritisk ressurs enn for bare et par tiår siden (Røvik, 2007, s. 320).

I min studie er det den første påstanden jeg vil fokusere på, ved å se på hvilke translatørkompetanser som viser seg hos seksjonsledere i BUPP i forbindelse med innføringen av pakkeforløp. Jeg slutter meg til synspunktet at translatørkompetanse er en viktig egenskap for overføring av ideene, og dermed påvirker godt lederskap i denne situasjonen.

Røvik fremholder at translatørkompetanse er kompetanse til å oversette organisasjonspraksiser og ideer og peker på hva begrepet kan og bør inneholde. Han bruker som tidligere nevnt, begrepet «dyd» for å beskrive 4 forskjellige nødvendige typer kompetanse som den dugende ideoversetteren må inneha. Vedkommende må være 1) Kunnskapsrik og flerkontekstuell, 2) Modig og kreativ, 3) Tålmodig og 4) Sterk; kyndig og myndig (Røvik, 2007, s. 325-337).

Det betyr i denne konteksten at lederne må ha satt seg tilstrekkelig inn i bakgrunnen for og innholdet i pakkeforløpene slik at de har kunnskap nok til å selv forstå både hensikt og hva som kreves. De må ha forståelse for hvilken prosess det er å skape forståelse for innhold og gi det mening og praksis i en ny og konkret kontekst. De må forstå og mestre hvordan de ansatte i egen organisasjon forholder seg til og møter de nye ideene, og de må selv kunne møte dette på konstruktive måter sammen med og i samarbeid med sine ansatte og ledere over dem.

Som en av samlekategoriene i dette kapitlet har jeg altså valgt begrepet « **Skape felles forståelse for hensikt**». I dette ligger flere temaer som er rettet mot og i samarbeid med medarbeiderne og lederne. Det handler om informasjonsarbeid, engasjement og deltakelse i utvikling og tilpasning til pakkeforløpene, og holdninger til pakkeforløpene.

Informasjonsarbeid

Det å lykkes med å motivere de ansatte til å ta imot og endre praksis i tråd med pakkeforløpene har krevd kløkt og kreativitet. En av informantene hadde gjort seg noen egne erfaringer i forkant av pakkeforløpene med et annet prosjekt hvor

vedkommende lærte at det er viktig å starte med å si *hvorfor* man skal gjøre ting – ikke *at* man skal gjøre noe. Hvorfor er alfa og omega for å få med folk, det hadde vedkommende tatt med seg i arbeidet med implementering av pakkeforløpene.

Dataene fra informantene inneholdt utsagn av forskjellige karakter som tydeliggjorde at de i dialogen med de ansatte selv hadde sterkt fokus på å formidle mål og intensjoner med pakkeforløpene. Flere sa at de hadde satt seg godt inn i dette og syns ikke det var vanskelig å være enig i intensjonene med pakkeforløpene, og at de vekslet mellom å formidle dette kontinuerlig som informasjon i «små drypp» og i større møter og samlinger. De snakker om det i et pasientperspektiv, og knytter det til hva det er som er og har vært mangler i tilbudet for pasientene. De har for eksempel holdt fokus på at et mål er å gi pasientene best mulig utredning raskt og uten for lang ventetid.

Eksempel på utsagn:

Altså jeg har veldig vektlagt dette med pasient. Altså pasient, at det skal være, vi har slitt med det at ting tar for lang tid, sant, og vi har fått kritikk for det på [X-sted] for at ting tar for lang tid. Så for oss har det vært et fokus hvordan gi pasienten best mulig utredning, eh. På en begrenset tid da, som man har i pakkeforløp. Sant, at vi tenkte det er det beste for pasienten å komme raskt inn og få en rask utredning. Så at vi har hatt pasienten oppe, sånn at det som har vært hovedfokus har vært pasienten sin utredning, pasientens oppfølging og behov da. Det er det vi har prøvd å fokusere på at det er bra med pakkeforløp.

For å kunne ha dette fokuset må de selv ha satt seg tilstrekkelig inn i bakgrunnen for og hensikten med pakkeforløpene. Informantene har som nevnt forskjellig kunnskap om dette, men allikevel virker det som flere har tilstrekkelig innsikt om det til at de kobler bakgrunnen for at det er ønsket en endring og innføring av pakkeforløp i BUPP, med de konkrete målene i pakkeforløpene. Flere av informantene forteller at de i stor grad har vektlagt at pakkeforløpene er ønsket av brukerne og at brukernes stemme har vært sterkt inne i forhold til utforming og innhold, og at det da er et sterkt argument for at tjenestene må ta inn over seg de

ønskene for endring som det innebærer. På spørsmål om hva de har vektlagt når de har snakket medarbeiderne om hva pakkeforløpet er forteller en av informantene følgende:

Ja, hva jeg har vektlagt, nei jeg har sagt at det er jo ikke noe vi kommer unna, men jeg tenker jo at det er en faglig kvalitet, både faglig og, og, at det handler om, vet ikke helt hvordan jeg skal si jeg men, når man leser hele bakgrunn og forståelsen rundt det, så har de på en måte skjønt at det er jo sikkert lurt å evaluere saker, det er lurt å ha behandlingsplaner. Ikke sant, det er lett å skli unna det når ikke det på en måte blir målt på slik det blir gjort nå. Slik at vi får nok mere struktur på ting, og det er noen glad for at det blir mer struktur på ting, og så er det mange som er strukturert fra før av, som ikke det er store endringer for, men andre som er litt sånn cowboyaktig, de blir fulgt mere med på og de blir presset inn i en struktur.

Det å ha fokus på det nye pakkeforløpets viktige målsettinger ved samtidig å se til tidligere erfaringer i egen virksomhet handler om å kunne kombinere kunnskap både om «avgivende» og «mottakende» kontekst når pakkeforløpene introduseres og materialiseres (Røvik, 2007, s. 326).

Engasjement og involvering

For å få pakkeforløpene implementert i seksjonen må seksjonslederne involvere medarbeidere på en fornuftig måte. Medarbeiderne må kjenne og eie innholdet tilstrekkelig til at de forstår hva de skal gjøre med det og være tilstrekkelig enig i det til at de faktisk gjennomfører det som er besluttet eller blir besluttet. Flere informanter formidler at de gjennom året har brukt forskjellige strategier for å sikre dette. De har alliert seg med utvalgte dyktige fagfolk med tillit i organisasjonen, gjerne de som både ser positive hensikter med pakkeforløpene og som er kritiske til deler av dem: «Hadde vært lure - plukket ut de positive og engasjerte», «en engasjert gjeng som syns det var morsomt å bidra til endringer til fordel for pasientene og for seg selv».

De har åpnet for diskusjon og meningsutveksling i en mindre gruppe først, forsøker å bli samkjørte der, før de tar det med til drøfting og informasjon i større personalgrupper. Flere har vært opptatt av at de ansatte selv skal finne fram til gode

løsninger og begynte tidlig å prate om pakkeforløpene og begrunnelsene for dem. De har lagt til rette for å bruke tid og de har selv vært relativt sterkt engasjert i selve prosessen. Operasjonaliseringen av pakkeforløpene har hos alle informantene skjedd både i egen seksjon og på avdelingsnivå i BUP.

Røvik kaller det «språksmitte» når ideer trenger inn i en organisasjon og blir synlige som begreper og resonnementer. Det er ifølge Røvik viktig at den organisatoriske praten har gode betingelser og ikke dør ut. Oversetteren må sørge for at ideene nedfeller seg i konstruktiv prat og interne diskusjoner slik at det får et feste i organisasjonen. For å få til formålsrettet prat er det nødvendig med gode interne arenaer for slik prat. Ideene må konkretiseres i for eksempel nye rutiner og prosedyrer, og dette tar tid og krever tålmodighet. Lederes innsats som translatører og tålmodige tilretteleggere som bruker sin tid og er tilstede er her avgjørende (Røvik, 2007, s. 332-334).

Forankring i hele organisasjonen inkludert ledelsesforankring

Alle informantene forteller om ganske store og tidkrevende prosesser for å sikre forankring fra topp til bunn i organisasjonen. Lederne ser ut til å bruke sin translatørkompetanse på en fornuftig måte og forvalte lederskapet klokt i den gitte situasjonen.

En av informantene formidler det slik:

Hos oss så har vi et administrasjonsmøte, Der sitter seksjonsoverlege og de to teamlederne. Det er psykologspesialister og de to overlegene. Så diskuterer vi alltid tingene først i administrasjonsmøtet og så tar vi det med personalet. Sånn at det er åpent til å kunne komme innspill fra alle. Sånn at det har vært en prosess med hele gruppen da. Hvor det ikke bare er forankret på ledernivå, men at det er forankret hele veien ned. Og derfor har jeg også lagt det inn som fast punkt på hvert eneste personalmøte, med pakkeforløpene da. Hvor de kan komme med frustrasjoner, eller de kan komme med ting som er bra, eller ting vi bør spille inn som bør endres, eller blir tatt hele veien da.

Fenomenet nødvendig forankring i organisasjonen kan knyttes til ideene hos Røvik om at lederen som translatør bør ha en aktiv holdning der det legges vekt på at

oversettelsen bør bevege og skape ringvirkninger. Skoposteorien og manipulasjonsskolen nevnes av Røvik i denne sammenheng. Man må inneha dyden tålmodighet som translatør slik at ideene sprer seg som «virus» og at det skjer «språksmitte» i form av gjentakende og konstruktiv eller formålsrettet prat i organisasjonen slik at ideene ikke dør ut men får solid fotfeste (Røvik, 2007, s. 332-334).

Vurdere realistisk utfordringer og kapasitet ut fra kunnskap

Det å beslutte noen avgrensninger, si hvordan de skal gjøre det i egen seksjon, og tørre å stå for noen valg er også et tema som berøres av informantene. For noen har de hentet støtte fra ledergruppen over seg når de for eksempel har besluttet at de skal konsentrere seg om noe og ikke noe annet i første omgang. Andre forteller at de har hatt behov for å gå tilbake på noen beslutninger de selv eller avdelingen har tatt, da de ble for ambisiøse eller viste seg å ikke være bærekraftige totalt sett i driften. Det krever både erfaring, trygghet, tilstrekkelig opplevd støtte enten fra ledelse eller i egen virksomhet, og mot og kreativitet å gjøre flere av disse avveiningene. Men særlig når lederne er sterke og myndige og tar aktivt ansvar for å redusere samlet arbeidsmengde og press på organisasjonen og den enkelte medarbeider er det grunn til å tro at det blir godt tatt imot i seksjonen. Det kan kobles både til begrepet sorteringskompetanse hos den kunnskapsrike oversetteren og mot og styrke som to andre sentrale dyder hos den dugende translatør (Røvik, 2007, s. 325).

Refleksivitet, fleksibilitet, tålmodighet og utholdenhet

Flere informanter gjør refleksjoner rundt hvor de nå står i arbeidet med å implementere pakkeforløpene. De sier at fokuset på frister og koding har tatt svært stor plass i det daglige arbeidet over lengre tid, at både de ansatte og lederne er svært misfornøyde med at systemene er dårlig tilrettelagt for koding og registrering, og at det fokuset har fått ta overhånd. De er opptatt av at de må gå noen skritt tilbake og fokusere på mål og hensikt igjen, og framsnakke de gode intensjonene: «Siste månedene brukt mer tid på koding enn på intensjoner og hensikt, nå må vi gå et skritt tilbake igjen, og snakke om hvorfor, hva er bakgrunnen, hvorfor gjør vi dette, hvem er det for?» Informantene gir uttrykk for at de ser og forstår hva som skjer med de ansatte som blir stresset og presset av endringene. De må både støtte dem i

å nå målene og arbeide strukturert, samtidig som de må hjelpe til med å redusere og tilpasse forventninger og krav. En av informantene formidler noe om dette slik:

Alle er jo skeptiske når de skal innføre nye ting, eh, slik at de var jo...de var relativt godt forberedt, men å få den logistikken mellom seksjonene, hvem skal kode, hvor er pasienten nå? Hva gjør vi i ø-hjelp, og hva gjør vi når pasienter ikke kommer og... folk er jo veldig pliktoppfyllende ikke sant? Så de blir mere stressa av at de ikke får gjort det de skal gjøre, fordi at vi har ikke noen kode som sier at pasienten har utsatt timen, og vi ryker på forløpstidene, så det er mere den biten at de blir frustrert over det. Hva skal vi gjøre? Pasienten kommer ikke og så får jeg skylda... Så det, det er mere den pliktoppfyllende biten som har kanskje vært mer å dempe. Det er egentlig noen, det er flere vi må dempe med forventninger, enn de vi må jage etter altså.

Flere av informantene er opptatt av at selv om de har snakket mye om mål og hensikt er det kravene til frister og koding som tar behandlernes og sekretærenes fokus. De oppfatter det som viktig å gjenta dette at de må bruke eget klinisk skjønn og tenke individuelt i hver enkelt sak for å vurdere hva som skal inn i pakkeforløpet. Dette er det vanskelig for medarbeiderne å ta inn, men leder sier: «det er vi som skal lage pakka. Den er bare, den gir oss bare struktur, den gir oss bare en ramme, men du skal liksom skape noe med pasienten innafor det.»

Det krever tålmodighet og utholdenhet å stå i dette som leder over tid (Røvik, 2007, s. 332). Særlig når det viser seg at implementeringen ikke blir lettere med tiden. Implementering av nye reformer og ideer, praksiser, er ofte krevende, tar tid, og oppleves ikke nødvendigvis som nyttig og viktig nok når man står i en daglig opplevelse av at arbeidsinnsatsen er større enn gevinsten.

5.3.2 Anerkjenne utfordringer

Lederstøtte ved krysspess mellom autonomi og økt arbeidspress

Kunnskapsmedarbeidere i BUPP ønsker selv og forventes i stor grad å arbeide svært selvstendig med det faglige innholdet i møte med pasientene. De må også kunne

lede og strukturere seg selv og sitt eget arbeid. Med samtidig økende krav til effektivitet og å kunne håndtere et stadig større press på mengde arbeidsoppgaver kan man stå i fare for å komme utenfor sitt eget mestringsfelt (Eriksen, 2003, s. 43) med økt stress og frustrasjon som en mulig konsekvens. Thompson viser til Bass og Aviolis lederteori (1994) , (i Eriksen, 2003), om at en aktiv leder kan påvirke medarbeidernes prestasjoner og utvikle deres potensiale, finne nye løsninger og arbeidsmetoder. Når arbeidspresset øker, kan lederens og organisasjonens kapasitet til å følge opp medarbeiderne på en konstruktiv måte bli redusert.

Dette opplevde krysspresset kommer fram i svarene fra informantene. Samtidig virker det som at lederne i betydelig grad har grunnleggende forståelse for at dette implementeringsarbeidet krever tid og innsats også fra dem som ledere for at det skal lykkes. Informantene formidler at de som ledere må være aktive og «på» for å drive implementeringsarbeidet framover. De gir også uttrykk for at de bruker mye tid og forstår at de må bruke mye tid på det som ledere og at de ansatte i organisasjonen også må gjøre det, for at implementeringen skal lykkes.

Risiko for økt usikkerhet og lavere kvalitet og effektivitet

Implisitt i pakkeforløpene ligger det en forventning til at tjenestene skal tilby kvalitet og være effektive i bruken av alle tilgjengelige ressurser. Det foreligger ingen klar forventning om økt antall pasientsaker, kanskje med unntak av at det er uttalt at færre skal få avslag, og at det dermed vil gi noen flere saker. Informantene sier at det oppleves som om det har blitt mye mer tidsbruk på skriftliggjøring og administrative forhold. De forteller at flere medarbeidere er blitt noe mer utrygge på egen rolle, at de er usikre på om de ikke er gode nok lenger, eller er avhengig av å vente på andre i sitt arbeid. Alt dette tilsammen gjør at det kan bli mindre effektiv bruk av tiden i forhold til hva som er målsettingene med pakkeforløpene. En av lederne er opptatt av dette og formulerer seg slik:

Nei, altså, det jeg tror de sier, det er at, eller det jeg vet de sier, er at det har blitt veldig mye mer skriftliggjøring, det har blitt veldig mye mer administrering, eh, og spesialistene har fått veldig mye mere å gjøre, altså det oppleves, altså større, det har medført en litt usikkerhet faktisk, eh, fordi at du har jo selvstendige gode pedagoger ikke sant, som plutselig blir usikre på kan jeg gjøre det, kan jeg gjøre det, må jeg ha spesialist, ikke sant, så det har fått en sånn slagside, som gjør at vi, det er mye kapasitet tror jeg, som gjør at vi, det er mye svinn. Tror det er

faktisk altså, det vi kaller i LEAN, waste, jeg tror det er blitt ganske mye, wasteren har ikke blitt redusert sånn som direktoratet ønska. Det har ikke skjedd. Det syns jeg kanskje er det mest kjipe med hele pakkeforløpet er at jeg syns usikkerheten har økt, derav litt sånn waste...

Det mest utfordrende er når lederne selv syns at endringene ikke fungerer etter hensikten, som med opplevelsen av økt usikkerhet og at det administrative arbeidet har tatt overhånd og at de opplever at mer tid brukes på feil ting i prosessene etter innføring av pakkeforløp enn før. Medarbeidere i BUPP har sin stolthet i å gjøre arbeidet så faglig godt som mulig til beste for pasientene. Når oversettelse av reformen medfører at de opplever at de må bruke enda mer tid på dokumentasjon og administrasjon som gir mindre tid til pasientene utfordrer det de interesser de ansatte inkludert lederne, har i forhold til eget arbeid. Økt usikkerhet om egen verdi eller kompetanse utfordrer også interesser knyttet til mestring av arbeidsoppgaver, og kan gi ressurstap i form av både tid om kompetanse. Reformideer som oppfattes som dårlige løsninger sett i forhold til de overordnede hensyn, kan utløse motstand fra de ansatte (Røvik, 2007).

Motstand

Motstand mot det nye kan være både uttalt og uuttalt. Det kan være faglig godt begrunnet, men det kan også være personlige ønsker om å være i det behagelige som man selv tror er det beste, eller i hvert fall greit nok. Det er krevende å gå i gang med endringsarbeid, så det er naturlig, og til en viss grad viktig, å være motvillig og kritisk. Motstand hos ansatte kan skape både passivitet og aktivitet, det kan gi energi til utvikling for å vise at vi allerede gjør ting bra og riktig, og det kan bli til aktiv boikott av pakkeforløpene. Både ledere og ansatte kan kjenne på motstand mot det nye. Dette bør lederne være klar over og kunne håndtere i organisasjonen og hos seg selv.

Særlig to av informantene forteller at det var stor motstand og skepsis til pakkeforløpene før de kom og i begynnelsen: «Vi har jo møtt mye motstand og skepsis, og nesten latterliggjøring tidlig i dette løpet i forhold til hva dette handler om, hvem som har utarbeidet det, hvem kan tro at dette vil fungere da, osv?»

Og:

Jeg husker at jeg fikk sånne spørsmål om at er dette en vits, eller hva er det for noe? Er det noen som kan tro at vi skal klare i løpet av 6 uker? Altså, da tenker man altfor enkelt. Så det var en sånn type faglig motstand om at man kunne forenkle barns liv på den måten. Vi har jo... sant at barn og deres foreldre og nesten hele livet deres. Vi skal jo utrede i forhold til 6 akser, sant som du kjenner til, Vi skal se på læremessige forutsetninger og alle disse tingene. At det på en måte var veldig forenkla da. Hvem kan tro at vi kan sitte og utrede i løpet av 6 uker? Men – det viste seg faktisk at vi klarer det på en god del av dem. Og der vi ikke klarer det, så har vi utvidet utredning og da har vi en god begrunnelse for hvorfor vi trenger mer tid. Så den har lagt seg. Den la seg ganske fort.

Denne type motstand kaller Røvik for 1) teknisk inkompatibilitet – at pakkeforløpene ikke passer i vår virksomhet – den er for kompleks og 2) verdimeslig inkompatibilitet – at pakkeforløpene støter an mot de verdier og hensyn som psykisk helsevern for barn og unge, og behandlerne der, er forpliktet på (Røvik, 2007, s. 336). Slik motstand kan være svært standhaftig, men dokumentasjon på at ting allikevel lar seg gjennomføre kan snu dette. Det er også en av grunnene til at det for å få til endring ofte, også i helsevesenet, brukes benchmarking, altså at man sammenligner forskjellige virksomheter med samme oppdrag og funksjon på samme variabler. Det viser seg jo da relativt ofte at det alltid er noen som får til ting «bedre» enn andre, og da kan virksomhetene bli oppfordret og motivert til å strekke seg etter dette.

Mennesker har vist seg å ikke være så veldig interessert i endring, det er på alle måter tryggere å fortsette med den praksis og oppfatninger som vi har. Det skal ofte stor motivasjon til for å gjennomføre endringer; en krise eller et sterkt positivt insitament er ofte nødvendig. Dette vet jo behandlere som arbeider terapeutisk med endringsarbeid hos pasienter og familier hver dag. Det å finne fram til egenmotivasjonen for endring og utvikling hos pasienten er avgjørende for at endring faktisk kan begynne å skje.

En av informantene forteller om den store skepsisen og at behandlere ville fortsette samme praksis:

her på kontoret hos oss var det utrolig skepsis til pakkeforløpene, for her er det mange fagfolk som har jobbet lenge i systemet og er vant til å jobbe slik man gjorde for 10 år siden, og at man hadde mye mer selvstendighet da, og gjøre vurderinger av hva som skulle gjøres når.

Som leder må du kunne møte denne typen motstand på flere måter; informere og hente ut grunner for behandlerne til endring, lytte og ta imot synspunkter og frustrasjon, og inspirere, bruke overtalelsevne og beslutningsstyrke for å dytte endringen framover. Når inkompatibilitetsargumentet handler om de verdier som de ansatte mener kommer foran innføringen av pakkeforløpene sier Røvik at den sterke translatøren må håndtere motsetningene ved hjelp av kyndighet og myndighet (Røvik, 2007, s. 336-337) .

Flere av informantene er bevisst hvordan de jobber med dette:

Jeg prøver jo, både og formidle det som jeg tenker er positivt og de endringene som vi ser i poliklinikken som har skjedd i løpet av det året, samtidig så må jeg på en måte romme de frustrasjonene som behandlerne har. I forhold til at det er de som sitter i hverdagen og det er de som skal få gjort dette arbeidet sant. Så jeg tenker at akkurat den dialogen vi har og også at de får lov å komme med det de er misfornøyd med tror jeg er viktig. Sant. Og så på en måte blir det tredd ned over hodet på alle oss. Det er ikke noe som jeg heller har valgt frivillig, dette sant. Og det vet jo alle. Dette er noe som er bestemt fra sentralt hold, og de kan være for eller mot det, men vi må gjennomføre det på best mulig måte da. Men vi snakker om det og er åpen for å endre ting og. Jeg tenker det er viktig da at vi har rom for det i hverdagen.

Samtidig med at leder hører på og tar imot de innsigelsene som kommer, så forsøker de å vende det til en tro på at det kan bli bra på sikt. Det krever en vilje og evne til tålmodighet og utholdenhet som de formidler at de har: «Jeg tenker at jeg er veldig åpen for å høre på kritikk og mot, altså innsigelser de har mot det da, Samtidig så prøver jeg alltid å snu det til å tenke at ok, dette er bra, dette blir bra på sikt.»

En måte en leder kan jobbe på for å snu negative holdninger er å vise fram kunnskap og informasjon som ikke kan diskuteres. En av informantene fortalte at det å

presentere statistikk som viser at det de ansatte har sagt var umulig allikevel har vært mulig, var virksomt.

Den sterke oversetter må altså håndtere konflikt og motstand mot det nye. Informantene i studien viser at de har et bevisst forhold til dette, de kjenner argumentene, tar dem imot, er både enige og uenige, men jobber også tålmodig og myndig med å endre medarbeidernes holdninger til pakkeforløpene, gjerne ved hjelp av statistiske fakta. Røvik sier at «Det er langt mer sannsynlig at slike oversettelsesprosesser foregår i en kontekst av interessebasert maktspill, forhandlinger og konflikter, og der oversetterens forslag til lokal versjon mobiliserer så vel støtte som motstand» (Røvik, 2007, s. 334-335)

Bevissthet om egen rolle som leder

Informantene er klar over betydningen av sin egen innsats i implementeringsarbeidet, at det er nødvendig at de leder an og tar både overordnet og konkret ansvar for å holde i og lede prosessen. Følgende to utsagn illustrerer hva informantene tenker om dette:

Ja, Nei, jeg må jo ligge, det er jeg som går i fronten da på en måte. Når det er seksjonsmøter, hvordan jeg legger det fram og hvordan jeg er forberedt på det og hva vi tenker om det og sånt noe. Det er jo mitt ansvar implementeringsbiten. Så det er jo mitt engasjement da, og min struktur og min overbevisningsmetode, og min, ja, løsningsforslag da på ting som kanskje er litt sånn hull i hue, som er med på at ja det her, jeg kjører på en måte ikke full fart inn i det, uten at jeg på en måte har med meg endel folk rundt det da, så vi er liksom flere som drar den implementeringen

Og:

Nei, det må jo være å være **på**. Ja. Hvis du setter deg tilbake og ikke følger med på dette her, da glir det ut i sanda altså, da, det nei vi må ha den strukturen med faste møtevirksomheter, og de må vite hva de blir sjekka på og følge med på og sånt noe, og så må en være edruelig til hva en kan kreve rundt enkelte ting og

sånt noe, men ja, hvis ikke du er *på*, hvis ikke du viser engasjement, hvis ikke du tar de kampene som dukker opp underveis, så blir ikke noe greie på.

Både her og i de neste avsnitt handler det om at translatøren for å lykkes må være det Røvik kaller den sterke oversetter, den tålmodige oversetter, den modige og kreative oversetter og den kunnskapsrike oversetter (Røvik, 2007, s. 325-337). Intet mindre.

Anerkjenne feil, gjøre vurderinger av egen lederinnsats og holde ut

Implementering av pakkeforløpene har ikke foregått uten problemer, det er flere utfordringer underveis som lederne kjenner virker inn på hvordan de lykkes med arbeidet og hvordan de har det med hele prosessen: «opplevde jo jeg at det jeg trodde jeg var forberedt på, så var jeg liksom ikke helt det likevel. For det ble mye mere problemer enn jeg trodde jeg skulle få. Rett og slett. Og ble litt satt ut av det faktisk, følte at jeg gikk tilbake flere skritt.»

En informant forteller at erfaringene tilsier at vedkommende må gjøre noen endringer:

Ah, nei vet du hva, for å være helt ærlig så har nok dette året her, så har det nok for veldig mange av mine medarbeidere opplevd det ganske sånn litt sånn demotiverende. Og at det er endel ting som ikke har blitt så bra. Eh, det som jeg tror kanskje. Og som gjør er nødt, jeg har bestemt meg for å gjøre noen sårne, jeg må gjøre noen grep på en måte for 2020, eh, for å for det kan bare ikke fortsette sånn, for det blir ikke bra

Her snakkes det om det som hos Røvik omtales som translatørens konfigurasjonskompetanse (Røvik, 2007, s. 329) i kombinasjon med at oversettelseskjeden skjer i en slags spiral (Røvik, 2007, s. 298-299), hvor ideer som ble operasjonalisert på nytt gjøres til gjenstand for revurdering og rekontekstualisering.

Lederes lobbyarbeid

Flere informanter forteller at de i tillegg til å lede prosessen i formelle fora i egen virksomhet, så vektlegger de samtale med den enkelte behandler både for å ta opp konkrete utfordringer med enkeltmedarbeidere som er uenige, yter motstand, eller presser seg for hardt og for å sende signaler ut i organisasjonen gjennom den enkelte medarbeider. Det kan kalles en ledelsesstrategi og translatørkompetanse som går på å informere, overtale, alliere seg med, og la andre formidle ditt eget budskap slik at det lettere tas imot av kollegaer. Leder må som tidligere nevnt håndtere forhandling og motstand på en konstruktiv måte. Dette knytter seg til translatørkompetansen å være sterk oversetter (Røvik, 2007, s. 334-337). Det er ikke alltid det leder sier i store grupper som har legitimitet, men på tomannshånd blir mulighetene for påvirkning (og manipulering) større. Her følger et utsagn som illustrerer dette:

Vi har brukt veldig mye sånn lobbyvirksomhet, har gått inn til en når jeg hører at noen er veldig negativ, så tar jeg gjerne tilfeldigvis en tur innom, eh- og kommer inn på tema, og spør og undersøker hva er det som ligger bak, og hvordan kan man også se det, og, og det syns jeg er veldig nyttig, så det hender jeg hører igjen argumentene mine i lunsjen for eksempel, fra vedkommende i en samtale med noen andre, og da blir jeg kjempeglad, for da har jeg skjönt at da virker det.

Legitimitet til beslutninger

Det framkom ikke av dataene informasjon som skilte dem tydelig fra hverandre ut fra hvilken profesjon informantene hadde. Min tolkning er allikevel at psykologspesialistene nok i enda større grad kan fatte faglige valg ut fra egen legitim og formell kompetanse, mens lederne med de andre profesjonene i stor grad må sikre at de har støtte fra de rette fagpersonene i seksjonen før noen beslutninger for det faglig- organisatoriske treffes, det gjelder for eksempel spørsmålet om hvilken plass psykologspesialist skal ha i pakkeforløpet. Ut fra dataene er det en seksjon med psykologspesialist som leder som har gjort den mest avgrensede vurderingen av når psykologspesialist skal inn i saken; de har vurdert at det kun gjøres etter faglig vurdering av behov. Det er usikkert om det på samme måte ville bli akseptert av andre psykologspesialister dersom en leder med sosionom- eller

pedagogprofesjon hadde tatt den samme beslutningen. Legitimitet til beslutningene er kritisk for at de faktisk skal bli gjennomført og akseptert. Derfor har det nok også vært veldig klokt av lederne å sørge for best mulig forankring i alle faggruppene før beslutninger tas om hvordan implementeringen av pakkeforløpet skal se ut i egen seksjon. Der ikke alle kjenner seg hørt og forstått kan de erfare både usikkerhet og opplevelse av dårlig mestring hos de ansatte, og / eller protester og boikott av beslutninger i det daglige arbeidet.

I translasjonsteoretisk sammenheng handler også dette om å være den sterke, kyndige og myndige oversetteren som sørger for å hente tilstrekkelig legitimitet der den finnes (Røvik, 2007, s. 335-337).

Løfte fram de gode erfaringene

Noen forteller at de selv ser og også får tilbakemeldinger på at behandlerne ser at det er bra ting med pakkeforløpene også. Det å se og anerkjenne også dette bidrar til å holde motet oppe både for sekretærer, behandlere og ledere:

Vi ser positive ting endringer. Og det gir motivasjon tenker jeg, sant?...

Nei, altså sånn som behandlerne formidler det med at det er mer, ting blir planlagt helt fra starten av, timene blir lagt inn, de slipper å tenke så mye der. Det er lagt inn når det skal være en klinisk beslutning. Og man har møter for å drøfte hva tilbakemelding til pasienten, hva den skal være. Så jeg tenker at hele den prosessen har blitt mer systematisk.

5.3.3 Struktur – i forhold til translatørkompetanser hos lederne

Kombinasjonen av de fire dydene (Røvik, 2007, s. 337) er nødvendig translatørkompetanse for evnen til planlegging og gjennomføring, å balansere styring og involvering og vurdere behov for støttefunksjoner og beslutte tildeling av arbeidsoppgaver.

Evne til planlegging og gjennomføring

Det å mestre å planlegge og gjennomføre en implementeringsprosess er i seg selv en viktig strukturell translatørkompetanse hos en leder. Da må leder tenke på hva som skal gjøres når, hvor og med hvem. Det krever at leder kan ta strategiske og

kalkulerte valg på disse områdene. Som leder må du være tilstede og holde tak i prosessene, og hvis du ikke gjør det meste selv må du ha valgt ut kompetente og engasjerte medarbeidere med intern tillit til å lede arbeidet, støttet av deg som leder og besluttet av leder og/eller ledergruppen. Det kan være helt riktig å velge noen med høyere fagkompetanse, lengre erfaring, bredere representasjon, sterke stemmer og lave stemmer, i slikt arbeid. Legitimitet i arbeidet er viktig og har både kulturelle og faglige aspekter. Dette kan ikke bare skje uten styring og struktur, og den må lederen legge premissene for. En implementeringsprosess er en lang og tidkrevende prosess, og det må legges en plan som sikrer at man både som individer og organisasjon står løpet ut. Informantenes beretninger omkring planlegging og gjennomføring er knyttet til det de har fortalt om all tid og krefter de har brukt på å forberede og gjennomføre pakkeforløpene, involvering av medarbeidere og beslutninger underveis – slik det er vist i tidligere kapitler.

Balansere styring og involvering

En god kombinasjon av styring og involvering er sannsynligvis klokt i en ekspertorganisasjon som BUPP; Prosessen bør ledes på en tydelig, fast, varm og demokratisk måte. Som en leder sa: «Du kan ikke være bakpå i dette arbeidet.»

Leder må ta ansvar for mange valg i en slik prosess – det skal besluttes hvilke medarbeidere som skal gjøre hva, konkrete arbeidsoppgaver legges til utvalgte faggrupper. Dette kan skape både diskusjon, utrygghet og frustrasjon. En informant fortalte for eksempel at beslutningene rundt hvilke arbeidsprosesser som psykolog-/legespesialist skal delta i og ha ansvar for skapte usikkerhet hos ansatte som ikke skulle ha en oppgave de tidligere hadde hatt; er jeg ikke dyktig nok lenger? Her kan for eksempel en leder opprettholde valgt struktur og coache medarbeidere som trenger støtte på egen endret rolle, eventuelt inntil man evaluerer og finner ut at noe skal endres igjen, som også har skjedd hos informantene i denne studien.

Evne til å vurdere behov for støttefunksjoner og beslutte tildeling av arbeidsoppgaver

En informant forteller hvordan de har tatt strukturelle grep for å sikre at behandlerne får støtte til å følge opp kodingen, dette kan forstås som uttrykk for strukturell translatørkompetanse – i det å forstå hva som trengs, brette det ned til

overkommelige arbeidsoppgaver og gjøre nødvendige endringer i roller og oppgavefordeling for å sikre framdrift i henhold til pakkeforløpskravene:

Så klarer vi å serve disse behandlerne ifht å vi har delt det opp sånn at hver sekretær har 5 ansatte som de har ansvar for å følge med på kodene. Og da har de ansvar for 5 stk de skal følge med, det er veldig overkommelig, eh, og da er det alltid av de 5 er det en eller to som er råflinke, og da er det egentlig bare tre igjen som de skal følge med på, og da går det egentlig veldig greit med de kodene da.

Ta imot og adressere utfordringer med manglende systemer for koding

Et av temaene som har hatt stort fokus hos informantene er nettopp kodingen. Kodingen er et virkemiddel i pakkeforløpet for å nå målene. Kodingen skal gjøre at man på alle nivåer kan holde oversikt over om ventetid og utredningstid blir kortere, om det gjøres klinisk vurdering innen satt frist, om samarbeidsmøter med kommunale instanser gjennomføres, og i hvilket omfang de andre målene nås. Signalene fra flere av informantene er at kodingen tar helt overhånd. Det er for mange koder, de er vanskelige å monitorere fordi strukturen som skulle hjelpe dem med å hode oversikt har vært forsinket, amatørmessig eller veldig arbeidskrevende. I denne situasjonen forteller informantene at de forsøker å gi beskjed i linjen om at de systemene som skulle være en hjelp til å ramme inn pasientforløpet er for dårlig, at fristene er for rigide og at det er for mange koder. De sier også at de formidler hvilke utfordringer det gir at fastlegene og kommunene ikke er forberedt på de kravene pakkeforløpene stiller til dem.

Informantene forteller så at de gjør valg som setter deler av strukturkravene i pakkeforløpene til side, for eksempel ved at de sier at de faglige hensyn må komme foran kravet til frister og koding. De forsøker å støtte behandlerne når de «strever med å ta det til seg. Rødt betyr ikke at det er feil. Bare at du er over fristen, Hvis begrunnet er det ok. De liker ikke rødt. Jeg sier det gjør ingen ting», «og nå i det siste når det har vært veldig mye fokus på koding, så har jeg snakket mye om å skille koding fra pakkeforløp og intensjonen»

Et annet utsagn som omhandler kodingen dreier seg om en kritikk til direktoratet:

Og med kodinga har jeg opplevd at direktoratet har gjort en sånn fundamentalt blemme, ved at de innfører så mange samtidig. Jeg skjønner, og når jeg tok det opp med direktoratet en gang jeg var på [et møte], så fikk jeg jo det svaret, at når dere ikke gjør det frivillig, så blir dere tvunget. Det var det svaret jeg fikk. Og det skjønner jeg jo på sett og vis, at vi må ha noen sånne målinger, men du behøver ikke innføre 40 koder, når du kanskje kunne innført 6. og så kunne du, og det er overkommelig for en behandler å håndtere, men det jeg ser nå, og som gjorde at jeg fikk store problemer hos meg, det var at behandlerne ble mere opptatt av kodinga enn av det faglige innholdet, og det er jo så trist hele greia. Og at det blir sånne typer diskusjoner rundt koding, og det er det fortsatt hos noen. Det er det jeg syns kanskje er det mest strevsomme med pakkeforløpet, det er det altså at kodinga har nesten tatt bort det faglige, og det blir vanskelig å komme fram med budskapet fordi at kodinga forstyrrer så mye. Så det er min største, selv om bekymring på en måte, og at jeg syns de har vært, det som jeg så var at de ble så detaljerte, at det jeg så i min BUPP da det er jo at vi fra å ha en del ting som fungerte, så gikk vi bort fra det, og så lagde vi nye maler som faktisk førte til dårligere arbeid.

Informantene kjenner både på sine egne og medarbeidernes reaksjoner på at kodingen skal være så omfattende, og at det stjeler fokus fra det som er det faglig viktige arbeidet. Flere retter kritikk til beslutningstakerne om at det er for mange koder og ønsker blant annet dette endret.

Hvordan translasjonsteori kan benyttes for å forklare temaet hvordan ønsker om endring av konseptet pakkeforløp kan føres tilbake til toppen av oversettelseskjeden er jeg mer usikker på. Oversettelseskjeden hos Røvik er primært hierarkisk – ovenfra og ned. Den rommer en mulighet for stimulus-respons-basert sekvensialitet hvor oversettelsen går etappevis nedover, men det gir egentlig ingen regel for å sende oversettelse oppover igjen. Det er på bakgrunn av dataene grunn til å anta at det som frustrerer lederne er den type innhold i pakkeforløpene som de oppleves å ha «begrenset frihet til oversettelse»(Røvik, 2007, s. 294), og dersom det ikke i den

teoretiske modellen ligger en beskrivelse av hvordan oversetterne kan sende den type innhold tilbake til beslutningstakerne for revurdering er kanskje ikke Røviks translasjonsteori nyttig til dette formål. Det kan imidlertid ligge en åpning for å lese Røviks beskrivelse av alternative eksterne utviklingsarenaer som en modell for at det er mulig å sende oversettelser tilbake til topps for endring. Røvik omtaler to tunge utviklingstrekk i samtiden: 1) at det er en stor økning av analytisk kapasitet og kompetanse i moderne organisasjoner og 2) at det er endrede betingelser for hierarkisk kontroll (Røvik, 2007, s. 297) Disse to faktorer til sammen kan brukes til å støtte at det åpnes teoretisk for en fullverdig «loop» eller en reell rekontekstualisering hos de første oversettere og beslutningstakere. Vi kan da koble en slik forståelse til at myndighetene faktisk kaller pakkeforløpene for et utviklingsarbeid, at de gjør større undersøkelser av erfaringer og effekt underveis, og forhåpentligvis også er villige til å lytte til og la både ansattes og brukeres stemmer bli hørt ved evaluering og eventuelt ny omforming av pakkeforløpene. Det er for tidlig å si hva som faktisk vil skje, men det vi allerede nå vet er at helseminister Bent Høie har mottatt den første evalueringsrapporten fra SINTEF (Ådnanes, 2020) og har gitt tydelige signaler om at både direktoratet og helseforetakene må ta tilbakemeldingene der på alvor.

Dette er helseministerens 7 krav til helseregionene og helsedirektoratet etter Sintef rapporten slik de framkommer i en artikkel i Dagens Medisin 28.02.20:

1. Jeg vil gi helseregionene og Helsedirektoratet oppdrag om å forbedre registreringsordningene og sikre gode tekniske løsninger og en bedre organisering av registreringsarbeidet. Hvis dette av tekniske årsaker tar lang tid, skal Helseregionene sørge for at det settes inn kompenserende tiltak, for eksempel mer støttepersonell som kan avlaste helsepersonellet i arbeidet.
2. Helsedirektoratet må raskt gjennomgå koder og enkelte forløpstider med sikte på å redusere registreringen.
3. Helse- og omsorgsdepartementet vil sammen med Helsedirektoratet og Helseregionene gjennomgå andre rapporterings- og registreringskrav for disse to fagfeltene for å se på om noen av disse kan avvikles eller settes på vent til bedre løsninger er på plass.
4. Jeg vil presisere ovenfor helseregionene at de har et ansvar for å sikre at lederne på alle nivåer støtter opp om arbeidet med å innføre disse

pakkeforløpene og raskt tar tak i lokale flaskehalsar og manglar som innføringa av pakkeforløpene avdekkar.

5. Helsedirektoratet må raskt få tall tilbake til dei enkelte avdelingar, slik at medarbeiderne ser nytten av registreringsarbeidet og kan bruke dette lokalt i eget forbedringsarbeid.
6. Det er allerede gitt oppdrag til Helsedirektoratet om styrket samarbeid rundt inntak i psykisk helsevern barn og unge, og anbefalingene kommer 1. mars.
7. Helseregionene må sørge for at erfaringskonsulenter involveres i forbedringsarbeidet og implementeringa av pakkeforløpene i alle foretak (Storvik, 2020).

Som følge av koronavirusets krav til massiv innsats og begrensningar i verden vinteren og våren 2020 har det meste annett stoppet opp, og vi kjenner ikkje til om eller hvordan direktorat og helseforetak har arbeidet med dette etter 28.02.20.

Opprettholde og gjenta fokus på hensikt foran koding

En informant forteller om hvordan vedkommende jobber med å formidle og stadig gjenta budskapet om hensikten med koding:

Fordi nå snakkes pakkeforløpene veldig ned fordi det er så strevsomt med kodinga. Eh. Og da prøver jeg å løfte at kodinga er ikkje pakkeforløpene, kodinga er et virkemiddel i pakkeforløpene, men det er ikkje det som er pakkeforløpene. Og det har jeg begynt å høre igjen, det var en av dei tingene jeg hørte igjen nå da, så det har begynt å virke litt da. Men, det er jo, det tar tid, og det må sies igjen og igjen og igjen., Og så kan det jo hende at det er mye som jeg ikkje plukker opp, ikkje sant, det vil jeg nesten regne med at det er.

Lederne i studien demonstrerte gjennomgående et ønske om å være kunnskapsrike, tålmodige og utholdende oversettere (Røvik, 2007) til tross for store utfordringar i hverdagen. Det som hjelper dem til dette når det gjelder pakkeforløpene ser ut til å være at dei har en genuin verdimeessig enighet knyttet til målene med pakkeforløpene.

6 Oppsummerende diskusjon

I dette kapittelet vil jeg presentere mine konklusjoner fra studien, diskutere konklusjonene, si noe om selve skriveprosessen og litt om mulige videre studier.

6.1 Konklusjon

I denne studien har jeg undersøkt hvordan førstelinjeledere i barne- og ungdomspsykiatriske poliklinikker arbeider med innføring av pakkeforløp. For å svare på dette har jeg stilt følgende tre forskningsspørsmål: 1) Hvordan oversetter førstelinjeledere i BUPP pakkeforløpene i psykisk helsevern for barn og unge? 2) Hvordan omformer og tilpasser førstelinjelederne pakkeforløpet til egen virksomhet? og 3) Hvilke translatørkompetanser viser seg hos førstelinjelederne i dette arbeidet?

Førstelinjelederne i BUPP *oversetter* pakkeforløpet gjennom et omfattende kontekstualiseringsarbeid ved å sette seg godt inn i bakgrunnen for innføring av pakkeforløpene, innhente kunnskap om dem og etablere forståelse for mål og innhold i pakkeforløpene både hos seg selv og de ansatte.

Førstelinjelederne arbeider systematisk og målrettet med *omformings- og tilpasningsarbeidet* og gjennom å sørge for bred medvirkning og forankring hos erfarne og kunnskapsrike medarbeidere med tillit og påvirkningskraft i organisasjonen som bidrar med å operasjonalisere og konkretisere innholdet i pakkeforløpene og bringe det inn i virksomheten. Kravene til struktur og logistikk i pakkeforløpene oppleves som sterkt sentralt styrt med lite grunnlag for omforming og tilpasning annet enn direkte kopiering av konkrete frister og koding. Andre sider ved pakkeforløpene, for eksempel forståelse av spesialisters rolle og oppdrag, eller krav om bruk av systematisk feedbackverktøy, er gjenstand for drøfting, fortolkning, omforming og tilpasning. Førstelinjelederne gjør i løpet av dette første året flere endringer av hvordan pakkeforløpene skal forstås, for å finne pragmatisk funksjonelle løsninger på summen av utfordringer i egen virksomhet og i den totale kontekst som arbeidet utføres.

Informantene fremstår som kunnskapsrike, reflekterte, modige, tålmodige og sterke ledere som på kreative måter har brukt sin *translatørkompetanse* til å kommunisere, formidle, forklare og motivere medarbeiderne til å ta inn og bruke pakkeforløpene til beste for pasientene. De lytter til medarbeidernes argumenter, vurderer eget handlingsrom og bruker egen sorterings- og konfigurasjonskompetanse for å gjøre en pragmatisk tilpasning av krav slik at seksjonen og behandlerne får gjennomført det de samlet sett syns er viktigst.

Lederne har gått gjennom en egen prosess hvor de har håndtert egen og ansattes motstand mot pakkeforløpene. De har underveis blitt mer positive til pakkeforløpenes mål og hensikt og har arbeidet for å framsnakke dette, for senere igjen å bli mer kritiske, men da mer mot manglende struktur og system som gjør logistikk og gjennomføring utfordrende.

Den pragmatiske og funksjonelle tilpasningen bidrar til at pakkeforløpene innføres delvis, men det er samtidig en risiko for at flere sentrale elementer i pakkeforløpene trekkes fra eller omformes sterkt i den enkelte lokale kontekst og at noen av målene med pakkeforløpene på sikt ikke nås. Hvis deler av innholdet over tid oppleves som lite tilrettelagt eller uten mening, vil det også være risiko for at behandlere og ledere finner måter å løse krav til rapportering uten reell oppfølging av innhold.

6.2 Diskusjon

I dette underkapittelet vil jeg diskutere konklusjonene innen hvert forskningsspørsmål, si litt om skriveprosessen og mulige veier videre.

Det å få innsikt i hvordan poliklinikkledere i psykisk helsevern for barn og unge har arbeidet med innføring av pakkeforløp er viktig av flere grunner.

Vellykket innføring av reformer fordrer at det forankres i hele den hierarkiske organisasjonen den skal tas inn i. Ledere på alle nivåer i spesialisthelsetjenesten har et spesielt ansvar for å lede virksomheten etter de retningslinjer som gjelder i organisasjonen og bidra til kontinuerlig kvalitetsforbedring (Helse-og-omsorgsdepartementet, 2017).

Med bakgrunn i Røviks teori om translasjon av ideer, (Røvik, 2007) gjennomgang av dokumenter som ligger til grunn for og regulerer innføringen av pakkeforløpene og gjennom intervju av 7 seksjonsledere i BUP-poliklinikker i Norge har jeg forsøkt å få tak i hvordan lederne har oversatt mål, hensikt og innhold i pakkeforløpene som ble innført 1.januar 2019 og hvordan de arbeider med å operasjonalisere det og innføre det i egen virksomhet.

Samlet sett viser studien at lederne ut fra hva de selv har formidlet, aktivt og på forskjellige måter har deltatt i og bidratt til godt oversettelsesarbeid i egne seksjoner og avdelinger.

6.2.1 Hvordan oversetter førstelinjeledere pakkeforløpene i psykisk helsevern for barn og unge?

Førstelinjelederne i BUPP *oversetter* pakkeforløpene gjennom et omfattende kontekstualiseringsarbeid ved å sette seg godt inn i bakgrunnen for innføring av pakkeforløpene, innhente kunnskap om dem og etablere forståelse for mål og innhold i pakkeforløpene både hos seg selv og de ansatte.

For å kunne oversette en reform som pakkeforløpene slik at det tas inn i egen virksomhet må oversetterne ha kunnskap om bakgrunn for ideene og det faglige og strukturelle innholdet i pakkeforløpene. De må ha kunnskap om hva de kommer fra og hva de skal inn i, ha god kunnskap om egen virksomhet og forståelse for og evne til å vurdere hva som passer og hva som ikke passer, og hvordan pakkeforløpene kan tilpasses på en funksjonell måte (Røvik, 2007, s. 260-337).

Førstelinjeledere i BUPP uttrykker i denne studien at de i hovedsak har kjennskap til bakgrunn for innføring av pakkeforløpene i psykisk helse og rus. Informantene formidler at arbeidet med implementeringen av pakkeforløpene er tatt seriøst i helseforetakene, klinikkene, avdelingene og virksomhetene.

De viser at de delvis på forhånd og delvis gjennom det første implementeringsåret, har tilegnet seg god kjennskap til og forståelse for både det strukturelle og det faglige innholdet. De har tilegnet seg kunnskap om pakkeforløpene ved å etablere og delta på arenaer hvor pakkeforløpene er presentert, utforsket, drøftet og vurdert i forhold til behov for omforming og tilpasning. De har latt seg selv bli informert

og de har sørget for at ansatte i egne seksjoner er blitt informert løpende. Flere vektlegger sterkt at det å informere og legge til rette for drøfting og spørsmål er viktig for å opprettholde fokus på pakkeforløpene og fange opp og håndtere de utfordringene som de står i, men også formidle positive erfaringer.

Det har vært viktig å engasjere sentrale aktører i virksomheten som har både høy kompetanse, lang erfaring og høy intern og ekstern tillit i arbeidet med å kontekstualisere og oversette pakkeforløpene for å bidra til funksjonell og tilpasset forståelse og praksis.

Seksjonslederne forteller om omfattende forarbeid i de enkelte helseforetak, avdelinger og seksjoner for å sette seg inn i og fortolke hvordan innholdet skal forstås i egen kontekst. Mange medarbeidere har vært involvert i dette oversettelsesarbeidet, og det har ifølge lederne bidratt til en bredt forankret kunnskap om pakkeforløpene og en felles ansvarliggjøring av fagpersoner, merkantilt personell, rådgivere og ledere.

Informantene gir uttrykk for stor tilslutning til mål og hensikt med pakkeforløpene i psykisk helse for barn og unge. De har kjennskap til at reformen er ønsket av brukerne. Pakkeforløpene er ikke slik de ser det, avgjørende eller endrende på deres forståelse av kravene til det faglige innholdet og kvaliteten på tilbudet som skal gis til pasientene da dette er regulert av faglige retningslinjer eller kunnskapsutviklingen som pågår kontinuerlig i tjenestene og i forskningen..

Informantene forteller om både fordeler og ulemper med pakkeforløpene. En sier at pakkeforløpene er en gavepakke til ledere som hjelp til systematisk oversikt og struktur. Men alle lederne er kritiske særlig til det manglende systemet for koding og utfordringer knyttet til samarbeid med kommunale instanser. Noen nevner at det er mangel på spesialister flere steder. Hvis ulempene blir for store er det risiko for at de ikke finner det mulig å følge pakkeforløpenes intensjon, og at de tilpasser og trekker fra enkeltdele i innholdet.

Pakkeforløpene er beskrevet som et utviklingsarbeid. Det virker som om seksjonslederne både opplever at det er handlingsrom for å gjøre endringer og tilpasninger lokalt, og at det kan gjennomføres litt om gangen. Samtidig uttrykker de noe usikkerhet om det i realiteten er et utviklingsarbeid eller om det som er

bestemt allerede skal gjennomføres uavhengig av deres tilbakemeldinger. For noen av de sentrale elementene i pakkeforløpene særlig knyttet til koding og frister, opplever de at det gis lite rom for endring og tilpassing.

Alle informantene i studien oppfatter i første rekke pakkeforløpene som en strukturreform, i betydningen at den setter rammer for tjenesteytingen og strukturerer opp kravene og forventningene til framdrift i utredning og behandling, samhandling, sikre spesialistdeltakelse i vurderinger, brukermedvirkning og fokus på pasientenes somatiske helse. Myndighetene ønsker at reformen skal gi bedre kvalitet i tjenestene, og informantene ser at strukturkravene som er nedfelt i målene og operasjonalisert i forløpene også kan bidra til en bedre kvalitet for pasientene. De prater med de ansatte om, «språksetter», at koding og frister er logistikkmessige hjelpemidler for å oppnå målene pakkeforløpene.

Det er imidlertid kommet fram kritikk mot de økte administrative konsekvensene av pakkeforløpene og at systemene som kunne hjulpet dem med å holde oversikt og fremdrift ikke var på plass før innføring og fortsatt er mangelfulle og ufullstendige. Når lederne bruker verdien av økt fokus på logistikk som et argument for å oppnå mål for pasientarbeidet, blir det særlig kritisk hvis den samme logistikken er vanskelig å gjennomføre i praksis og ikke fungerer etter hensikten. Informantene strever da med å holde fast på denne oversettelsen i arbeidet med å bruke sin translatørkompetanse når de skal motivere, støtte og styre medarbeiderne til å gjennomføre kravene til frister og koding.

Lederne i studien uttrykker bekymring for manglende måloppnåelse på flere av målområdene, blant annet målet om sammenhengende og koordinerte pasientforløp. De mener at kommunene og fastlegene ikke er tilstrekkelig ansvarliggjort og at de ikke er klare til å delta i samarbeidet rundt pasientene på den måten pakkeforløpene legger opp til. Dette må ses på som en kritisk faktor i forhold til om det lykkes med å innføre pakkeforløpene helt og fullt. Når pakkeforløpene skal starte og slutte i kommunen, må fastleger og kommuner kjenne og ta imot det konkrete innholdet i sin del av oppdraget. Førstelinjelederne i studien har oversatt denne delen av pakkeforløpet ganske bokstavelig. De etterlyser kommuners og

fastlegers aktive medvirkning, og kan komme til å gi det litt opp hvis ikke det holdes varmt både i spesialisthelsetjenesten og det kommunale tjenestetilbudet.

Dette er et tema som ikke er ferdig oversatt og kontekstualisert, da det er avhengig av flere aktører utenfor egne rekker, og disse aktørene er i varierende grad «på ballen». Her kan det se ut som om både kommuner, fastleger og psykisk helsevern for barn og unge vil streve i lang tid, og med begrenset mandat til å gjøre nødvendige endringer.

6.2.2 Hvordan omformer og tilpasser førstelinjelederne pakkeforløpene til egen virksomhet?

Førstelinjelederne arbeider systematisk og målrettet med *omformings- og tilpasningsarbeidet* gjennom å sørge for bred medvirkning og forankring hos erfarne og kunnskapsrike medarbeidere med tillit og påvirkningskraft i organisasjonen som bidrar med å operasjonalisere og konkretisere innholdet i pakkeforløpene og bringe det inn i virksomheten.

Det å velge ut og gi oppdrag til aktører som kan gjøre et grundig og kvalifisert overrettelsesarbeid, omformings- og tilpassingsarbeid er alfa og omega for vellykket implementering av pakkeforløpene.

Informantene formidler at de som har vært aktivt deltakende i arbeidet med å forberede og tilpasse pakkeforløpene til sine egne virksomheter i tillegg til seg selv som ledere, i hovedsak er betrodd medarbeidere med høy faglig kompetanse, lang erfaring og personer som har formell og uformell tillit og autoritet i tjenestene.

Det kan virke som dette i all hovedsak har fungert bra i de seksjonene mine informanter rapporterer fra. Det er imidlertid noen av førstelinjelederne som forteller at de i etterkant ser at fagpersonene som styrte flere av disse prosessene fikk legge for store krav til behandlerne knyttet til detaljer og omfang i dokumentasjonsarbeid. De lederne som selv var aktivt medvirkende med beslutningsmyndighet inn i sluttprosessene etter at de interne arbeidsgruppene hadde gjort det første oversettelsesarbeidet, erfarte at de gjennom drøfting i ledergruppene landet på mildere og mindre omfattende eller krevende beslutninger rundt hvordan pakkeforløpene skulle forstås og gjennomføres. Sorterings- og

konfigureringsarbeidet ble da i større grad til syvende og sist gjort av lederne. Og det ble gjort på en slik måte at valgene om hvorvidt aktuelle temaer fra pakkeforløpene skulle kopieres direkte, om det skulle trekkes fra noe eller legges til noe i tilpassingen, eller om det skulle omvandles radikalt, ble gjort ut fra en pragmatisk og funksjonell vurdering av hva som passet og var mulig med de aktuelle rammebetingelser i den kontekst det skulle gjennomføres.

De strukturelle og logistikkmessige kravene som frister og koding blir i all hovedsak kopiert. Modifisering ved fratrekking skjer for eksempel ved vurderingen av når og hvordan psykologspesialist skal være involvert i saken. Fratrekking eller kanskje omvandling skjer ved at de legger til side kravet om bruk av standardisert verktøy for å måle effekt. Det er kommet fram informasjon om modifisering ved både fratrekking og kopiering i vurderingen av når og hvordan lege skal være involvert.

De strukturelle temaene knyttet til ledernes omforming og tilpasning viser at flere av informantene har gjort større forberedelsesarbeid før innføringen av pakkeforløpene, og det har særlig dreid seg om å legge strukturelt tilrette for at virksomheten skal klare for eksempel å starte tidligere og gjennomføre utredning innen 6 uker, slik at de får ned ventetid og utredningstid. Her har mange særlig samarbeidet med sekretærer og forløpskoordinatorer for å få det til i praksis, og det er stort sett kopiering som er regelen som anvendes.

Noen har nok erfart at de som avdeling har satt seg litt for høye mål på kort tid og erfarer at det har gitt større utfordringer enn de trodde de ville få eller ønsket. Det uttrykkes som frustrerende at de må vurdere å snu og gå tilbake, og at de ikke forsto det eller tok bedre valg tidligere.

6.2.3 Hvilke translatørkompetanser viser seg hos førstelinjelederne i dette arbeidet?

Informantene fremstår som kunnskapsrike, reflekterte, modige, tålmodige og sterke ledere som på kreative måter har brukt sin *translatørkompetanse* til å kommunisere, formidle, forklare og motivere medarbeiderne til å ta inn og bruke pakkeforløpene

til beste for pasientene. De lytter til medarbeidernes argumenter, vurderer eget handlingsrom og bruker egen sorterings- og konfigurasjonskompetanse for å gjøre en pragmatisk tilpasning av krav slik at seksjonen og behandlerne får gjennomført det de samlet sett syns er viktigst.

Oversetterne – translatørene – i denne sammenhengen lederne som er informanter i denne studien, viser samlet sett god translatørkompetanse på mange områder. Alle lederne unntatt en hadde lang fartstid som ledere i BUPP. Det er grunn til å tro at de har stor kunnskap om fagfeltet og kjenner egen organisasjon godt innenfra.

Translatørkompetanse hos førstelinjelederne viser seg blant annet ved at lederne gir uttrykk for at de har tilstrebet å informere, inspirere, involvere, argumentere, problematisere, finne løsninger og støtte medarbeiderne underveis i implementeringen. De er opptatt av at pakkeforløpene skal ha forankring i hele organisasjonen inkludert ledelsesforankring, og de forteller at de i stor grad opplever at de har støtte fra egen leder i arbeidet, og at de kan balansere og velge hva som er viktigst først – at ikke alle resultatmål må nås på en gang.

Det å skape felles forståelse for hensikt med pakkeforløpene oppfattes av informantene som helt nødvendig. De forteller at de stadig kommer tilbake til det i møter og samtaler med de ansatte, særlig hvis fokuset i for stor grad har fått være på koding, frister og problemer og utfordringer rundt dette. De legger mye krefter og tid inn i arbeidet med å «selge inn» pakkeforløpene. Førstelinjelederne som har ansvar for å «transformere» - oversette – pakkeforløpene inn i egen seksjon på en slik måte at de tas imot og implementeres i daglig arbeid, har på forskjellige måter vært engasjert og aktivt involvert i dette arbeidet. Måtene de har arbeidet som ledere i denne prosessen er gjennomgående preget av en lojalitet til og tro på intensjoner og mål med pakkeforløpene. De har, enten fra starten, eller etter en prosess underveis, kommet fram til at pakkeforløpene kan være gode virkemidler for å gjennomføre god pasientbehandling.

En viktig translatørkompetanse er å kunne vurdere realistisk utfordringer og kapasitet ut fra kunnskap til egen virksomhet. Flere informanter peker på at forventningene til alt som skal gjennomføres i forbindelse med innføringen av

pakkeforløpene er for omfattende både faglig og logistikkmessig når man ser det i sammenheng med personell-, kompetanse- og kapasitetssituasjonen. Systemene som kunne hjulpet dem med å holde oversikt og fremdrift var ikke på plass før innføring og er fortsatt mangelfulle og ufullstendige. Her opplever jeg at informantene uttrykker noe redusert handlingsrom og kanskje avmakt, da dette er ting de ikke selv opplever at de kan forvalte og beslutte lokalt. Det skaper stress og frustrasjon i virksomheten.

Førstelinsjelederne viser sin translatørkompetanse ved at de i arbeidet med kontekstualisering viser tydelighet og fleksibilitet, informerer, drøfter og fatter beslutninger kontinuerlig og støtter medarbeiderne aktivt i hverdagen med vurderinger og avklaringer. Informantene holder oppe målene med pakkeforløpene og forsøker å inspirere medarbeidere, være tålmodige og utholdende og beholde troen på at det er mye bra med pakkeforløpene og at de ser noen gode resultater. De er også reflekterte i forhold til flere elementer i pakkeforløpene som foreløpig ikke er gjennomført eller realistiske. Det kommer fram kritikk til antallet koder og mangel på systemer for dette. Det beskrives at samarbeidet med fastleger og kommuner fungerer svært varierende, og informantene er kritiske til at dette målområdet for pakkeforløpene er så løst styrt, samtidig som de kontinuerlig arbeider for å forbedre dette samarbeidet.

Det framkommer at lederne på forskjellige måter har anerkjent de utfordringene som har kommet underveis i forløpet. Det er ikke undersøkt hvorvidt og hvordan dette eventuelt er formidlet til de ansatte og hvordan de ansatte opplever ledernes handlinger i dette.

Informantene gir lederstøtte til de ansatte når medarbeiderne står i krysspress mellom faglig autonomi og økt arbeidspress. Enkelte valgte oversettelser kan gi risiko for økt usikkerhet hos medarbeidere og lavere kvalitet og effektivitet.

Flere informanter kan fortelle at det har vært noe motstand i forkant både hos dem selv og hos medarbeidere i seksjonene de leder, men at de etterhvert som de gjorde seg kjent med innholdet fant at det ikke er store faglige forandringer i pakkeforløpene; tjenestene skal holde seg til faglig forsvarlig praksis i henhold til etablerte retningslinjer eller behandlingslinjer der det eksisterer.

Førstelinjelederne uttrykker bevissthet om egen rolle som leder. Måtene de har arbeidet som ledere i denne prosessen er gjennomgående preget av en lojalitet til og tro på intensjoner og mål med pakkeforløpene. De har på forskjellige måter anerkjent de utfordringene som har kommet underveis i forløpet og tar selvkritikk på vurderinger som har vist seg å være feil eller som trenger justering. De viser utholdenhet og tålmodighet i arbeidet som translatører.

Ledere trenger at det er legitimitet til beslutninger i egen organisasjon. Informantenes autoritet og tillit som seksjonsledere kan vi ikke si noe om ut fra denne studien da vi ikke har snakket med de ansatte, og heller ikke lederne over dem. Informantene har i utviklingen av lokal forståelse og gjennomføring av pakkeforløpene involvert medarbeidere som har stor faglig tyngde og erfaring og slik sett hentet legitimitet til beslutninger gjennom dette. Ledernes egne utsagn om hvordan de har agert og hvordan medarbeiderne har reagert kan tyde på at lederne har etablert tilstrekkelig myndighet og tillit i egen personalgruppe og ledergrupper over seg til å gjøre begrunnede vurderinger og beslutninger i translasjonsarbeidet.

Ledernes evne til struktur er også en viktig translatørkompetanse. Informantene viser gjennom sine utsagn at de har evne til planlegging og gjennomføring, at de kan balansere forholdet mellom styring og involvering og at de har evne til å vurdere behov for støttefunksjoner og beslutte tildeling av arbeidsoppgaver. De forstår at de må opprettholde og gjenta fokus på hensikt foran koding når de strukturelle utfordringene blir store. Det virker som de mestrer å ta imot og adressere utfordringer når det har framkommet frustrasjon.

Det er noe mer usikkert om de kjenner seg hørt på egen frustrasjon, ønske om sentrale endringer og bedre tilretteleggelse av flere strukturelle faktorer.

6.2.4 Betraktninger knyttet til det som har kommet fram i studien.

Det kan virke som de lederne i de barne- og ungdomspsykiatriske poliklinikkene i Norge som jeg har intervjuet har gått fra å være delvis skeptiske til pakkeforløpene før innføringen, via å bli mer positive til både innhold og struktur når pakkeforløpene kom, til å være mer oppgitte og frustrerte over de strukturelle

utfordringene som de syns er dårlig løst av myndighetene. Dette støttes også i som nevnt i funnene i SINTEFs undersøkelse (Ådnanes, 2020).

Dette påvirker sannsynligvis ledernes langsiktige utholdenhet og vilje til å være lojale mot pakkeforløpenes innhold og struktur. Flere sier at det de totalt sett opplever som faglig viktig for pasientarbeidet kommer foran rapporteringskrav og frister i pakkeforløpene dersom disse oppleves å stå i motsetning til hverandre.

Det er overaskende at ikke flere av informantene tematiserer sterkere at de er pålagt å innføre en reform med mange detaljkrav og ventet økt arbeidsmengde på noen områder, uten samtidig økt ressurstilgang. De har øyensynlig akseptert det som ble sagt innledningsvis fra myndighetene om at reformen forutsettes løst med samme rammer. Dette har de i og for seg blitt vant til gjennom flere år som ledere, og hvis du vil ha jobben som leder må du akseptere og arbeide på det oppdraget, dette er ofte nedfelt i årlige lederavtaler med mål- og resultatkrav.

Måten flere informanter løser ressursproblemet på er at de justerer kravene i pakkeforløpene og tilpasser det til andre krav og forventninger til egen tjeneste. De gjør en tilpasning ut fra en kontekstuell og kulturell vurdering. De gjør en lokal konfigurering og sortering. Om dette i siste runde gir de effektene som helseministeren ønsker gjenstår å se. Det kan hende at vi vil se at pakkeforløpene er lojalt forsøkt innført, oversatt og tatt i bruk, men at de får utslag lokalt som er annerledes enn det som var intendert fordi lederne har mange hensyn som skal ivaretas i daglig drift. Hvorvidt det da er gjort dårlig eller godt oversettelsesarbeid kan henge sammen med andre kontekstuelle og strukturelle forhold.

Det som kommer fram i denne studien er uttrykk for informantenes beskrivelser og forståelse slik de reflekterer om det i intervjusituasjonen og min fortolkning og oversettelse av det de sier. Når man får mulighet til å snakke om et fenomen formuleres tanker og det konstrueres innhold og forståelse i øyeblikket. Et intervju er også en intervensjon som skaper refleksjon hos både den som blir intervjuet og den som intervjuer. Det gir mulighet for ny handling. Det er ikke sikkert at det er slik informantene beskriver det, det er ikke sikkert det er slik jeg som intervjuer oppfatter det de sier. Forståelse og oversettelse er kultur- og kontekstavhengig, det gjelder også informantenes og intervjuers kontekstuelle forståelse.

Det er i et translasjonsteoretisk perspektiv knyttet til kontekstualisering og rekontekstualiseringsarbeid, positivt og viktig at innføringen av pakkeforløpene skal evalueres systematisk i hele innføringsperioden. Det er viktig at resultatene fra evalueringene tas på alvor og at nødvendige grep tas fra nasjonalt hold for å sikre at pakkeforløpene gis grunnlag for realistisk operasjonalisering og realisering.

6.2.5 Betraktninger knyttet til skriveprosessen.

Denne skriveprosessen har vært en lærerik og krevende prosess. Jeg har lært veldig mye om kompleksiteten i et slikt arbeid og hvor arbeids- og tankekrevende det er. Jeg vet nå langt mer om hva som kreves for å velge forskningstema, utarbeide problemstilling og forskningsspørsmål, valg av forskningsdesign og metode, innhenting av data, gjennomgang og koding av data, utvelgelse av sentral informasjon som kan svare på studiens spørsmål, og valg av teori som dataene analyseres mot, forskningstekst og rapporteringstekst. Så hvis det skulle bli en neste gang kjenner jeg meg langt bedre rustet.

Når det er sagt er jeg klar over at denne studien og masteroppgaven nettopp er en læreprosess i forskning og skriving og at det er mye som både kunne og kanskje skulle vært annerledes. Den jobben jeg gjorde med intervjuene kunne vært forberedt annerledes, jeg kunne ha valgt andre måter å innhente data, transkribert løpende og begynt kodingen tidligere for å fange opp og spisse de neste intervjuene ytterligere.

Jeg har valgt å knytte min analyse til Røviks teoretiske modell for å få innblikk i ledernes arbeid med innføringen av pakkeforløpene, men vet at det kunne vært brukt andre teoretiske blikk for å gjøre en slik analyse.

Jeg valgte denne teorien som utgangspunkt for min analyse allerede ved utarbeidelsen av intervjuguiden og har vært orientert mot det samme teoretiske perspektiv gjennom hele arbeidet. Det har både sine fordeler og ulemper, men det har vært et poeng for meg å klare å være avgrenset og velge ett perspektiv og dermed velge bort andre.

Selve kodingen var i seg selv en utmattende affære, jeg havnet kanskje litt for dypt inn i detaljer og mistet periodevis overblikket og oversikten med den måten jeg valgte å systematisere dataene. Samtidig har det vært utrolig flott å gå så langt inn i hvert enkelt utsagn og hver enkelt mening som informantene ga.

Fra min jobb som familierapeut er jeg godt vant med å utforske ord og utsagns betydning og mening så åpent som mulig uten at egen forforståelse kommer i veien. Jeg har ønsket å ha en åpen vei inn til temaet ledelse ved innføring av pakkeforløp, jeg ville høre hva de fortalte. Jeg kunne kanskje valgt en narrativ analysemetode eller diskursanalyse, men det ble, også ut fra temaet for oppgaven, etterhvert en grei vei med tematisk analyse og koder, konsepter og kategorier.

Det samfunnsmessige bidraget med denne studien er at jeg som kanskje den første i Norge, nettopp har studert hvordan førstelinjeledere bruker sin translatørkompetanse i arbeidet med oversettelse, omforming og tilpassing av pakkeforløpene i poliklinikker i psykisk helsevern for barn og unge.

Hvis innføring av reformer skal lykkes må de sentrale aktørene, slik som ledere er, ta ansvar og engasjere seg nettopp i slikt oversettelsesarbeid på en god måte.

Denne studien viser at disse førstelinjelederne i BUPP har tatt oppdraget lojalt på alvor og bruker sin kompetanse om endringsarbeid og oversettelse for å ta inn og ta i bruk pakkeforløpene. De holder eget mannskap på rett kjøll enn så lenge, men det er en risiko, de kan bli utslitt og gi opp hvis ikke systemene hjelper dem bedre, hvis ikke rammene er gode nok og hvis ikke de andre aktørene også går om bord i båten.

Videre aktuelle studier ville være å gjøre en større studie av ansatte i BUPP sine erfaringer med lederes bidrag i oversettelsesarbeidet. Det ville også vært interessant å koble en slik studie med det som etterhvert vil kunne hentes ut av resultater fra hvert enkelt helseforetak, avdeling og lokal BUPP for å se om man faktisk kan se sammenheng mellom slike resultater og lederes translatørkompetanse.

Et annet aktuelt område for studier er brukernes erfaringer og om de har vært involvert i og fått medvirke til oversettelse av pakkeforløpene til lokale kontekster.

Det er for få studier om barne- og ungdomspsykiatrien i utgangspunktet, så det å øke antallet studier fra dette feltet er et mål i seg selv. Jeg håper flere har interesse av å studere hvilket helsetilbud barn og unge med psykiske vansker faktisk får som følge av nasjonale beslutninger om at det skal bli bedre og mer likeverdige tjenester for alle som trenger det. Barna og familiene fortjener det.

Referanser

- Administrasjonsdepartementet, F.-o. (2008). *Plattform for ledelse i staten* (P-0946 B). Oslo: Aktiv Trykk as. Hentet fra https://www.regjeringen.no/globalassets/upload/fad/vedlegg/lonns--og-personalpolitikk/ledelsesplattformen_bm.pdf
- Alfarnes, S. A. (2015). Hva skal vi med pakkeforløp i psykisk helsevern ? *psykologisk.no*. Hentet fra https://psykologisk.no/2015/12/hva-skal-vi-med-pakkeforlop-i-psykisk-helsevern/#_ENREF_6
- Andersen, B. J. (2018). Pakkeforløp for psykisk helse og rus. *Tidsskrift for psykisk helsearbeid*(Issue).
- Andersen, T. (2005). *Reflekterende processer: samtaler og samtaler om samtalerne*.
- Anderson, H. (1997). *Conversation, language and possibilities, A postmodern approach to therapy*.
- Brønn, P. S. A., J.K. (2015). *Kommunikasjon for ledere og organisasjoner*. Bergen: Fagbokforlaget.
- Creswell, J. W. (2014). *Research design, Qualitative, Quantitative and Mixed Methods Approaches* (4th ed. utg.). United States of America: SAGE Publications, Inc.
- Det-kongelige-helse-og-omsorgsdepartement. (2009). *Stortingsmelding nr. 47 (2008-2009) Samhandlingsreformen*. Oslo. Hentet fra <https://www.regjeringen.no/contentassets/d4f0e16ad32e4bbd8d8ab5c21445a5dc/no/pdfs/stm200820090047000dddpdfs.pdf>
- Epston, D. W., Michael. (1990). *Narrative Means to Therapeutic Ends* WW Norton & Co.
- Eriksen, T. H., Gad, Thomas, Martinsen, Øyvind, Thompson (red.), Geir. (2003). *Selvledelse Menneskelig kapital i det nye arbeidslivet* (bd. 1.utgave, 1.opplag 2003). Oslo: Gyldendal Akademisk.
- Eskeland, A. o. D., Unn Karin. (2017). *Implementering av pakkeforløp i psykisk helse og rus* UIT Norges Arktiske Universitet, Tromsø.
- Folkehelseinstituttet. (2015). Modell for kvalitetsforbedring. Hentet fra <https://www.helsebiblioteket.no/kvalitetsforbedring/metoder-og-verktoy/modell-for-kvalitetsforbedring>
- Haugland, K. K. o. S., Hege. (2018). Pakkeforløp i psykisk helse- og rusfeltet. *Tidsskrift for psykisk helsearbeid*, 15, 2-3.
- Hegstad, S. o. W., Anne Dybdahl. (2016). *Fra vertikal styring til horisontal flyt...? Implementering av pakkeforløp for kreft ved St.Olavs Hospital HF* (Master). NTNU, Handelshøgskolen i Trondheim, Trondheim.
- Heinskou, T., Alberdi, Francisco, Jordet, Henning. (2015, 21.09.2015 kl.10:51). *Psykiatriske behandlingsspakker: Erfaringer fra Danmark. Morgenbladet*(Issue). Hentet fra <https://morgenbladet.no/ideer/2015/09/psykiatriske-behandlingsspakker-erfaringer-fra-den-danske-kliniske-dagligdag>
- Helse-og-omsorgsdepartement, D. k. (2015-2016). *Meld.st.11 Nasjonal helse- og sykehusplan 2016-2019*. Oslo. Hentet fra <https://www.regjeringen.no/contentassets/7b6ad7e0ef1a403d97958bcb34478609/no/pdfs/stm201520160011000dddpdfs.pdf>

- Helse-og-omsorgsdepartementet. (2011). *Meld. St. 16 (2011-2015) Nasjonal helse- og omsorgsplan (2011-2015)*.
- Helse-og-omsorgsdepartementet. (2015). *Nasjonal helse- og sykehusplan*. Oslo.
- Helse-og-omsorgsdepartementet. (2017). *Forskrift om ledelse og kvalitetsforbedring i helsetjenesten*. Hentet fra <https://lovdata.no/dokument/SF/forskrift/2016-10-28-1250>
- Helsedirektoratet. (2015). Prioriteringsveileder Psykisk helsevern for barn og unge Hentet fra <https://www.helsedirektoratet.no/veiledere/prioriteringsveiledere/psykisk-helsevern-for-barn-og-unge>
- Helsedirektoratet. (2018). *Nasjonal plan for implementering av pakkeforløp for psykisk helse og rus 2018–2020 (IS-2734)*. Oslo: Helsedirektoratet.
- Helsedirektoratet. (2019a). Om Helsedirektoratets normerende produkter. Hentet fra <https://www.helsedirektoratet.no/produkter/om-helsedirektoratets-normerende-produkter>
- Helsedirektoratet. (2019b). Pakkeforløp for utredning og behandling av tvangslidelse (OCD) Hentet fra <https://www.helsedirektoratet.no/pakkeforlop/tvangslidelse-ocd/om-pakkeforlopet>
- Helsedirektoratet. (2019c). *Pakkeforløp for utredning og behandlingi psykisk helsevern, barn og unge (gjelder fra 1. januar 2019) (IS_)*. Oslo: Helsedirektoratet.
- Helsedirektoratet. (2019d). Pakkeforløp Psykoselidelser, inkludert mistanke om psykoseutvikling – barn, unge og voksne Hentet fra <https://www.helsedirektoratet.no/pakkeforlop/psykoselidelser-inkludert-mistanke-om-psykoseutvikling-barn-unge-og-voksne>
- Helsedirektoratet. (2019e). Pakkeforløp spiseforstyrrelser hos barn og unge Hentet fra <https://www.helsedirektoratet.no/pakkeforlop/spiseforstyrrelser-hos-barn-og-unge>
- Helsedirektoratet. (annual). *Innsatsstyrt finansiering (ISF) - regelverk*. Digitalt: Helsedirektoratet. Hentet fra <https://www.helsedirektoratet.no/tema/finansiering/innsatsstyrt-finansiering-og-drg-systemet/innsatsstyrt-finansiering-isf>
- Helsedirektoratet. (2015). *Nasjonal plan for implementering av pakkeforløp for kreft 2014-2015*. Oslo: Helsedirektoratet.
- Hovdal, T. T. S., Hanne E. . (2016). *Pakkeforløp for psykisk helse og rus “Strømlijeformet fleksibilitet”*. Innlegg presentert ved NBUP lederkonferanse oktober 2016, Molde. Abstract hentet fra <http://nbup.no/wp-content/uploads/2015/10/Pakkeforl%C3%B8p-for-psykisk-helse-og-rus-Str%C3%B8mlinjeformet-fleksibilitet.pdf>
- Høie, B. (2018). Nye pakkeforløp for psykisk helse og rus: Bedre behandling og mer forutsigbarhet. *Pakkeforløp psykisk helse og rus, Nasjonal lanseringskonferanse*. Hentet fra <https://www.regjeringen.no/no/aktuelt/nye-pakkeforloperne-for-psykisk-helse-og-rus-bedre-behandling-og-mer-forutsigbarhet/id2610736/>
- Håland, E. M., Line. (2017). Individualisert standardisering Hvordan god pasientbehandling blir til i politiske taler om innføring av pakkeforløp for kreft. *Norsk sosiologisk tidsskrift, 05/2017 (Volume1)*.
- Iversen, H. (2018). Pakkeforløp for psykisk helse og rus. Resultater fra en spørreskjemaundersøkelse i befolkningen. Hentet fra

<https://www.fhi.no/publ/2018/pakkeforlop-for-psykisk-helse-og-rus.-resultater-fra-en-sporreskjemaunderso/>

- Iversen, H. H. o. B., Øyvind Andresen. (2016). *Pakkeforløp for kreft Resultater fra spørreskjemaundersøkelser i befolkningen og blant pasienter*. Oslo: Folkehelseinstituttet Avdeling for kvalitet og pasientsikkerhet, Kunnskapscenteret i Folkehelseinstituttet.
- Jacobsen, D. I. (2005). *Hvordan gjennomføre undersøkelser? Innføring i vitenskapelig metode* Høgskoleforlaget.
- Jacobsen, D. I. (2009). *Organisasjonsendringer og endringsledelse* (4.opplag utg.). Oslo: Fagbokforlaget. (Opprinnelig utgitt 2004)
- Johannessen, L. E. F., Rafoss, Tore Witsø og Rasmussen, Erik Børve. (2018). *Hvordan bruke teori? Nyttige verktøy i kvalitativ analyse*. Oslo: Universitetsforlaget.
- Lothe, R. W. (2019). *Pakkeforløp i psykisk helsevern barn og unge - ansattes opplevelse. En undersøkelse om ansattes opplevelse av tidsbruk ved innføringen av pakkeforløpene ved BUP Follo* (Erfaringsbasert master i helseadministrasjon). Universitetet i Oslo, Oslo. Hentet fra <https://www.duo.uio.no/bitstream/handle/10852/73850/5/Pakkeforl-p-psykisk-helsevern-barn-og-unge.pdf>
- Lysgaard, S. (1967). *Arbeider kollektivet : En studie i de underordnedes sosiologi*. Oslo: Universitetsforlaget.
- omsorgsdepartementet., H.-o. (1998). *Opptappingsplanen for psykisk helse 1999 - 2008. St. prp. nr. 63*.
- regioner, D. (2017a). *Børne- og ungdomspsykiatri, Pakkeforløb til udredning*. Hentet fra <https://www.regioner.dk/media/11320/pakkeforloeb-for-boerne-og-ungdomspsykiatri-pakkeforloeb-for-udredning.pdf>
- regioner, D. (2017b). *Pakkeforløb for depression, børn og unge*. Danmark. Hentet fra <https://www.regioner.dk/media/11321/pakkeforloeb-for-depression.pdf>
- Repstad, P. (1998). *Mellom nærhet og distanse* (3.utgave. utg.). Oslo: Universitetsforlaget AS.
- Riksrevisjonen. (2015-2016). *Riksrevisjonens undersøkelse av ressursutnyttelse og kvalitet i helsetjenesten etter innføringen av samhandlingsreformen*. Oslo: www.riksrevisjonen.no. Hentet fra <https://www.riksrevisjonen.no/globalassets/rapporter/no-2015-2016/samhandlingsreformen.pdf>
- Røvik, K. A. (2007). *Trender og translasjoner. Ideer som former det 21.århundrets organisasjon*. Oslo: Universitetsforlaget.
- Saldaña, J. (2016). *The coding manual for qualitative researchers* (3.utgave. utg.). Los Angeles: Sage.
- Solberg, E., statsminister. (2018). *Åpningstale pakkforløp psykisk helse og rus, 12.september 2018*. S. k. Regjeringen, Oslo kongressenter Hentet fra <https://www.regjeringen.no/no/aktuelt/apningstale-pakkeforlop-psykisk-helse-og-rus/id2610732/>
- Solberg, P. O. S., Nina. (2016, 29.02.2016). *Mens vi venter på pakkeforløpet. Tiodsskrift for Norsk Psykologforening*, s. 183.191.
- Stene-Larsen, G. (2018). *Innføring av pakkeforløp for psykisk helse og rus - barn, unge og voksne*. Oslo: Helsedirektoratet.
- Stensaker, I. H., A.C. (2016). *Omstilling, den uforutsigbare gjennomføringsfasen*. BERgen: Fagbokforlaget.

- Storvik, A. G. (2020, 28.02.2020 14:23). Psykisk helse: Høie med krav til sykehusene etter nedslående rapport. *Dagens Medisin*. Hentet fra <https://www.dagensmedisin.no/artikler/2020/02/28/psykisk-helse-hoie-med-krav-til-sykehusene-etter-nedslaende-rapport/>
- Strand, T. (2010). *Ledelse, organisasjon og kultur*. Bergen: Fagbokforlaget.
- Undem, B. (2018). Pakkeforløpene i psykisk helsevern er feil medisin. I. Tidsskriftet Den norske legeforening: Tidsskr Nor Legeforen 2018. DOI: 10.4045/tidsskr.18.0433 Mottatt 16.5.2018, godkjent 18.5.2018.
- Vabø, M. o. V., Signy Irene (red). (2014). *Velferdens organisering*. Oslo: Universitetsforlaget.
- Womack, J. P., Jones, Daniel T. . (2003). *Lean Thinking: Banish Waste and Create Wealth in Your Corporation*. Productivity Press.
- Øby, E. (2016). *Strukturreformen i universitets- og høgskolesektoren: Catch-22 i jakten på kvalitet i forskning* (Master). Høgskolen i Østfold, Halden.
- Ådnes, M., forskningsleder, Dr.polit, Kaspersen, Silje, Melby, Line, Lassemø, Eva. (2020). *Pakkeforløp for psykisk helse og rus - fagfolks erfaringer første året* (Rapport). SINTEF Digital: SINTEF.

Vedlegg

Vedlegg 1. Invitasjon til deltakelse i studien

Hei [nn]

Jeg kontakter deg fordi jeg har funnet informasjon om at du er leder for BUP poliklinikk [xx] og håper at det stemmer.

For tiden gjør jeg en masterstudie om BUP-lederes arbeid med pakkeforløpene og håper du kan tenke deg å delta i studien ved å la deg intervju av meg.

Jeg har selv vært ansatt og leder i BUP i mange år tidligere og har et særskilt ønske om å rette søkelyset på lederes arbeid i BUP.

Jeg vedlegger et informasjonsskriv om studien slik at du ser hvem som er ansvarlig og hva den omhandler.

Det skal være NBUP-lederkonferanse i Oslo denne uken som kommer, og dersom du kommer dit og har mulighet til å snakke med meg i løpet av de dagene ville det vært supert. Jeg har mulighet alle dager. Hva kan eventuelt passe for deg?

Håper du kan tenke deg dette og at jeg hører fra deg allerede i morgen mandag 21.10.

Vennlig hilsen
Kristin S. Breda

Tlf. 469 36 842
kristinbreda@me.com

Vedlegg Informasjonsskriv

Vedlegg 2) Informasjonsskriv og samtykkeerklæring

Vil du delta i forskningsprosjektet
**INNFORING AV PAKKEFORLØP
I PSYKISK HELSEVERN FOR BARN OG UNGE I NORGE**

Dette er et spørsmål til deg om å delta i et forskningsprosjekt hvor formålet er å få kunnskap om hvordan ledere for poliklinikker i psykisk helsevern for barn og unge forstår innhold og hensikt med pakkeforløpene som ble innført fra 2019. I dette skrivet gir vi deg informasjon om målene for prosjektet og hva deltakelse vil innebære for deg.

Formål

Innføringen av Pakkeforløp for psykisk helse og rus i Norge er helt nytt fra 2019. Det er interessant å undersøke hvordan ledere tar imot og arbeider med operasjonalisering av pakkeforløpene inn i egne virksomheter.

Studien ønskes gjennomført for å få en utvidet forståelse av hvordan ledere for poliklinikker i psykisk helsevern for barn og unge i Norge har mottatt oppdraget om innføring av pakkeforløpene, hvordan lederne forstår innhold og oppdrag og hvordan og hva de kommuniserer om det med sine medarbeidere og egen virksomhet forøvrig.

Det skal gjøres en kvalitativ studie med innhenting av data fra ca 7-15 seksjonsledere i poliklinikker i psykisk helsevern for barn og unge i Norge.

Arbeidet er del av Masterstudie i organisasjon og ledelse ved Høgskolen i Østfold og skal lede fram til en masteroppgave våren 2020.

Det kan bli aktuelt å bruke opplysningene som kommer fram i undervisning og presentasjoner i relevante sammenhenger.

Hvem er ansvarlig for forskningsprosjektet?

Høgskolen i Østfold er ansvarlig for prosjektet.

Hvorfor får du spørsmål om å delta?

Du får spørsmål om delta i dette prosjektet fordi du er leder for en poliklinikk i psykisk helsevern for barn og unge (BUP). I prosjektet vil det inngå fra 7-15 intervjuer fra ledere for BUP-poliklinikker i Norge. De utvalgte kommer fra forskjellige steder i Norge og fra forskjellige størrelse på poliklinikkene. Din deltakelse er ikke avklart med noen andre enn deg, du står selv helt fritt til å delta.

Hva innebærer det for deg å delta?

Jeg ønsker å gjennomføre et intervju med deg på ca 1 ½ time hvor du vil bli bedt om å fortelle om pakkeforløpene for psykisk helse, hvordan du forstår dem og

hvordan du har jobbet med å formidle innhold og hensikt til medarbeiderne i poliklinikken du leder.

Intervjuet spilles inn på lydbånd og det som sies under intervjuet blir skrevet ned i etterkant og danner grunnlag for min analyse.

Det er frivillig å delta

Det er frivillig å delta i prosjektet. Hvis du velger å delta, kan du når som helst trekke samtykke tilbake uten å oppgi noen grunn. Alle opplysninger om deg vil da bli anonymisert. Det vil ikke ha noen negative konsekvenser for deg hvis du ikke vil delta eller senere velger å trekke deg.

Ditt personvern – hvordan vi oppbevarer og bruker dine opplysninger

Vi vil bare bruke opplysningene om deg til formålene vi har fortalt om i dette skrevet. Vi behandler opplysningene konfidensielt og i samsvar med personvernregelverket.

De som vil ha tilgang til opplysningene er i tillegg til meg selv som student min veileder ved Høgskolen i Østfold.

Navnet og kontaktopplysningene dine vil jeg erstatte med en kode som lagres på egen navneliste adskilt fra øvrige data, lagre datamaterialet på forskningsserver, innelåst/kryptert.

Opplysninger fra deg som blir brukt i masteroppgaven, vil bli anonymisert slik at det ikke kan gjenkjennes.

Hva skjer med opplysningene dine når vi avslutter forskningsprosjektet?

Prosjektet skal etter planen avsluttes senest desember 2020. Alle innhentede personopplysninger og lydopptak blir slettet når prosjektet avsluttes.

Dine rettigheter

Så lenge du kan identifiseres i datamaterialet, har du rett til:

- innsyn i hvilke personopplysninger som er registrert om deg,
- å få rettet personopplysninger om deg,
- få slettet personopplysninger om deg,
- få utlevert en kopi av dine personopplysninger (dataportabilitet), og
- å sende klage til personvernombudet eller Datatilsynet om behandlingen av dine personopplysninger.

Hva gir oss rett til å behandle personopplysninger om deg?

Vi behandler opplysninger om deg basert på ditt samtykke.

På oppdrag fra Høgskolen i Østfold har NSD – Norsk senter for forskningsdata AS vurdert at behandlingen av personopplysninger i dette prosjektet er i samsvar med personvernregelverket.

Hvor kan jeg finne ut mer?

Hvis du har spørsmål til studien, eller ønsker å benytte deg av dine rettigheter, ta kontakt med:

- Student Kristin S. Breda, tlf. 46936842, kristinbreda@me.com
- Høgskolen i Østfold ved Mats Persson, mats.persson@hiof.no, tlf. 69608155
- Vårt personvernombud: Martin Gautestad Jakobsen ved Høgskolen i Østfold
- NSD – Norsk senter for forskningsdata AS, på epost (personverntjenester@nsd.no) eller telefon: 55 58 21 17.

Med vennlig hilsen

Mats Persson
Prosjektansvarlig
(Forsker/veileder)

Kristin S. Breda
Student

Samtykkeerklæring

Jeg har mottatt og forstått informasjon om prosjektet INNFØRING AV PAKKEFORLØP I PSYKISK HELSEVERN FOR BARN OG UNGE I NORGE og har fått anledning til å stille spørsmål. Jeg samtykker til:

- å delta i intervju

Jeg samtykker til at mine opplysninger behandles frem til prosjektet er avsluttet, senest desember 2020

(Signert av prosjektdeltaker, dato)

Vedlegg 3) Semistrukturert intervjuguide

Intervjuguide	
<p>Bakgrunnsinfo</p> <p>Dette kan innhentes via spørreskjema før/etter intervjuet</p>	<ul style="list-style-type: none"> • Alder • Kjønn • Profesjon/spesialitet • Region, HF • Hva slags stilling har du? • Hvor mange ansatte på den poliklinikken du leder har du direkte lederansvar for? • Hvor lenge har du arbeidet i BUP? • Hvor lenge har du vært leder i BUP?
<p>Dekontekstualisering</p>	<p>Hva vet du/dere om bakgrunnen for innføring av pakkeforløp (PF) i psykisk helsevern for barn og unge?</p>
<p>Kontekstualisering Arena</p>	<p>Hva vet du/dere om pakkeforløp i psykisk helsevern for barn og unge?</p> <ul style="list-style-type: none"> • Hvordan har du forberedt deg på og satt deg inn i hva PF er? • Hva vet du om hvordan pakkeforløpene i PHBU er utviklet? • Hvor kommer innholdet og beslutningen om de fra? • Hva er målsettingene med PF? • Hva er innholdet i PF?
<p>Oversettelse</p> <p>Regler : kopiering, addering, fratrekking og omvandling</p>	<p>Hvordan arbeider du med å forstå innholdet i pakkeforløpene slik at det passer til deres virksomhet?</p> <ul style="list-style-type: none"> • Hva er fordelene og ulempene med PF? • Tar dere i bruk alle sider ved PF? • Kan og vil dere endre noe, og i tilfelle hva?
<p>Oversettelseskjede</p>	<p>Hvordan har du fått informasjon om PF? (i styringslinjen, i pressen, i fagblader, undersøkt selv?)</p> <ul style="list-style-type: none"> • Hvilke styrings signaler får du i egen organisasjon knyttet til PF? • Hvordan har det vært snakket om PF av din leder? • Hva har vært drøftet og besluttet om PF i ledergruppen du er en del av? • Hva har vært drøftet med lederkollegaer om PF?
<p>Omforming og tilpassing</p>	<p>Det er 4 PF for BUP, de er omfattende, hvordan har dere fått oversikt og besluttet hva dere skal gjøre hos dere selv i egen seksjon?</p> <ul style="list-style-type: none"> • Hvilke diskusjoner om PF har vært oppe ifht PF i egen virksomhet/seksjon/avdeling? • Hva har du og de ansatte tematisert og evt. besluttet om hva dere skal gjøre?
<p>Translatørkompetanse</p>	<p>Hvordan jobber du med innføringen av pakkeforløpene i egen seksjon?</p>

	<ul style="list-style-type: none"> • Hva har du vektlagt når du har snakket med medarbeiderne du leder om hva PF er? • Hvordan har du lagt opp prosessen i egen virksomhet knyttet til innføring av PF? • Hvordan skaper du motivasjon for endring ifht medarbeidere? • Hvilke (ledelses)strategier bruker du som leder i BUP ved innføring av PF i psykisk helse?
Implementering	Hvordan jobber du som leder med implementeringsarbeidet?
Organisasjonskultur	Hvordan tar seksjonen i mot og jobber med en slik endring? <ul style="list-style-type: none"> • Hvordan blir PF oppfattet og tatt imot i seksjonen? • Som en spennende og viktig endring som dere selvfølgelig skal gjøre deres beste med eller som «feil vei å gå», eller hva? • Hvordan ser du som leder på innføring av PF? • Hvordan ser medarbeiderne på innføring av PF?
Annet	<ul style="list-style-type: none"> • Er det noe du vil legge til?

