

MASTEROPPGAVE

“Mellom styring og bruk av skjønn”

– en kvalitativ studie av erfaringer med innføring av pakkeforløp i psykisk helsevern.

Elisabeth Ødegaard

15.05.2022

Masterstudium i organisasjon og ledelse

Avdeling for økonomi, språk og samfunnsfag



Forord

Dette markerer slutten på 6 arbeidsomme og lærerike år. To ganger har jeg vært nødt til å utsette innlevering, så derfor er det en stor seier for meg å endelig komme i mål. Dyktige forelesere og medstudenter har bidratt til med gode og hjelpsomme innspill. Det å sette seg på “skolebenken” igjen var krevende, og det tok tid for meg å forstå det akademiske språket. Samtidig har utdanningen styrket min evne til kritisk refleksjon i min arbeidshverdag. Takk til min arbeidsgiver som har gitt meg anledning til å ta et dypdykk i et tema som engasjerer meg og tilegne meg kunnskap som jeg vil ha nytte av i mitt videre arbeid. Min interesse for temaet kommer fra flere år som leder i psykisk helsevern og nyere erfaring som rådgiver med fokus på organisasjonsutvikling. Håper min studie vil være til nytte for andre som skal jobbe med å utvikle behandlingstilbudet helsesektoren.

Først og fremst ønsker jeg å takke mine informanter som tok seg tid i en hektisk hverdag for å møte meg. Uten dere hadde det ikke blitt noen oppgave.

Så vil jeg rette en stor takk til min veileder, Elise Øby, som har gitt kyndig veiledning, oppmuntret og hatt tålmodighet når jeg har vært som mest frustrert og fortvilt. Det har betydd veldig mye for meg.

Tusen takk til min kjære mann Morten, som har gjort det mulig for meg å sette av tid til dette arbeidet på kvelder og helger. Jeg vet jeg til tider har vært helt oppslukt, og ikke helt enkel å være i hus med. Til mine kjære barn Sigvard og Milo, som har holdt ut med en fjern og glemsk mamma i perioder. Dere er fantastiske.

Tusen takk til korrekturleser, Marit, som hjalp meg med siste finish.

En stor takk til min kjære bror, David, som hjalp til der mine datakunnskaper kom til kort. Uten besteforeldre og tante Anne som har vært behjelpelige med kjøring og henting, hadde dette heller ikke gått. Setter stor pris på dere alle.

Sammendrag

1 januar 2019 ble kvalitetsreformen pakkeforløp (PF) innført i psykisk helsevern. Kritikerne av pakkeforløpene er bekymret for at verktøyet ikke gir den fleksibilitet som var nødvendig i pasientbehandlingen, mens politikerne hevder at PF er et nyttig hjelpeverktøy som ikke gir føringer for behandling.

Studien er basert på teori om standardisering og profesjonelt arbeid. Tilhengere av standardisering vil argumentere for at det gjør klinisk praksis mer transparent. Behandling i psykiatrisk poliklinikk innebærer bruk av skjønn, noe som gjør standardisering utfordrende. For å utøve skjønn må profesjonelle ha tilstrekkelig frihet til å gjøre skjønnsmessige vurderinger. Det reiser spørsmål om på hvilken måte og i hvilken form autonomien skal utføres. Målet med min studie har vært å få mer kunnskap om hvordan behandlere i psykiatriske poliklinikker erfarer at innføring av PF har påvirket det kliniske møtet med pasienten. Jeg har benyttet en kvalitativ metode og samlet data gjennom intervjuer av 11 behandlere i 6 psykiatriske poliklinikker. Informantene ble valgt ut etter prinsippet om maksimal variasjon. Jeg har benyttet åpen koding og innholdsanalyse i bearbeidingen av mitt datamateriale.

Hovedfunnene er at PF ikke passer i psykisk helsevern for voksne (PHV). Innføringen har vært med å bidra til at behandlingstilbudet i psykiatriske poliklinikker har blitt mindre variert og behandlingstiden kortere. Et ulikt syn på kvalitet fra politikere, ledelsens og behandlernes side har betydning for hvilken kvalitet det blir på behandlingstilbudet og hva som vektlegges som viktig i behandlingen. PF har medført et ytterligere arbeidspress på de ansatte og deres påvirkningsmuligheter, som er med å bestemme hvilke beslutninger de tar vedrørende pasientbehandlingen.

Dersom behandlerne etterlever PF med de krav og tidsfrister som er, innebærer det at noen pasientgrupper og behandlingsmetoder faller utenfor rammen. Kliniske beslutninger påvirkes i større grad av kost-nytte tenkning, enn vurderinger av pasientens behov. Et økende press på å avslutte pasienter kan bidra til unødig mistillit til helsevesenet og gi behandlerne utfordringer å etablere en terapeutisk allianse, som er av betydning for behandlingsresultatet.

Innholdet i denne avhandlingen er det kun forfatteren som er ansvarlig for.

1 Innledning.....	1
1.1 Tema.....	1
1.1.1 Pakkeforløp psykisk helse voksne	3
1.1.2 Mine erfaringer og interesse for temaet.....	4
1.2 Problemstilling	6
2 Teori	8
2.1 Standardisering	9
2.1.1 Organisering av spesialisthelsetjenesten.....	12
2.1.2 Kvalitetsmål i helsetjenesten	15
2.2 Profesjonsautonomi	17
2.2.1 Faglig skjønn	22
2.2.2 Terapeutisk allianse	23
2.2.3 Klinisk praksis.....	25
3.0 Metode	28
3.1 Metodologi	28
3.1.1 Utvalg.....	29
3.2 Metodologisk drøfting	35
3.3 Etske refleksjoner	40
4 Resultater og drøfting.....	42
4.1 Idealet.....	43
4.2 Pakkeforløp passer ikke i psykisk helsevern	45
4.3 Ulik oppfatning av kvalitet.....	53
4.4 Mindre variasjon og kortere behandlingsforløp	59
4.5 Arbeidspress og påvirkningsmuligheter	68
4.6 Konklusjon	76
5 Avslutning.....	81
Referanseliste	88
Vedlegg 1. Flytskjema pakkeforløp psykisk helsevern voksne	95
Vedlegg 2. Informasjonsskriv	96
Vedlegg 3. Intervjuguide	100

1 Innledning

Gjennom mitt yrkesliv har jeg vært interessert i hvordan god kommunikasjon kan bidra til å hjelpe pasienter i krevende situasjoner. Å snakke med mennesker som har psykiske lidelser forutsetter at man opparbeider et tillitsforhold.

Det er støtte i forskning for en forbindelse mellom relasjonelle faktorer og behandlingsresultat (Sommers-Flanagan, 2015, s.99). I 1979 beskrev Brodin den terapeutiske alliansen som en tredimensjonal faktor i behandlingen som består av å knytte følelsesmessige bånd, at behandler og pasient er enige om målet med behandlingen, og et gjensidig samarbeid om oppgaver for å løse pasientens problemer. I sin litteraturstudie peker Sommers- Flanagan på ni relasjonelle faktorer som er empirisk koblet til positivt behandlingsresultat (Sommers-Flanagan, 2015, s.100-102). Levitt og Piazza-Bonin har intervjuet 17 klinikere som flere ganger har blitt bedømt som kloke av sine kolleger. Funnene i studiet peker på at klinisk visdom er basert på en toleranse for tvetydighet og sårbarhet, og alliansen med pasienten er sentral for å kunne støtte pasientenes sårbarhet (Levitt & Piazza-Bonin, 2016, s.43).

I møtet med pasientene tar vi en lang rekke beslutninger som får konsekvenser for den enkelte. Hvor god tid du har, hva pasienten ønsker og er motivert for, egen utdanning, arbeidsplassens behandlingstradisjon/kultur, økonomi, osv. er eksempler på hva som kan påvirke disse beslutningene. Dette ansvaret må forvaltes varsomt, spesielt i møte med pasienter som selv ikke klarer å velge eller sette ord på hva de trenger.

I jobben som leder for et ambulant akutteam (AAT) i spesialisthelsetjenesten opplevde jeg presset ved alt vi måles etter og skal levere på, annerledes enn i mitt kliniske arbeide. Vi lederne forsøkte i den grad vi kunne å skjerme ansatte for press i form av kvalitetsmål og økonomistyring. Vi ønsket ikke at dette skulle ta søkelyset bort fra pasientbehandlingen, som kjernevirksomheten i et sykehus.

1.1 Tema

Pakkeforløp (PF) ble innført som en reform fra Helsedirektoratet i 2019. PF er en standardisering av behandlingstilbudet i sykehuset for ulike diagnoser og

tilstander, og innebærer økte krav til den enkelte behandler.

Implementeringsperioden ble avsluttet i 2020 og tema for dette studiet er hvilke mulige konsekvenser innføring av PF har fått. Mer spesifikt ønsker jeg å vite om innføring av PF får betydning for behandlernes profesjonelle autonomi og behandlingstilbudet. Vil en standardisering av rammene for pasientbehandlingen påvirke de kliniske beslutninger behandleren tar i sine møter med pasientene? Hva skjer i det lukkede rommet hvor behandler og pasient møtes. Medfører dette at behandlerens lojalitet til arbeidsgiver eller den enkelte pasient settes på prøve? Jeg mener at psykiatrisk behandling er vanskelig å standardisere, fordi behandlingen består av elementer som er vanskelig å måle som for eksempel terapeutisk allianse. De ulike diagnosene kan ikke måles med et røntgenbilde eller en blodprøve, men er en måte å kategorisere tolkning av kliniske symptomer. Psykiske lidelser er ikke noe man nødvendigvis ser. Jeg håper mitt lille bidrag vil gi et mer nyansert bilde av konsekvenser ved innføring av PF som et tillegg til evalueringsrapportene fra SINTEF.

Siden 1990- årene er det innført en rekke reformtiltak i nordisk helsevesen, hvor målsettingen har vært å bedre effektivitet, ressursutnyttelse og brukervennlighet i helsesektoren. I Norge ble det innført innsatsstyrt finansiering (ISF) til diagnoserelaterte grupper (DRG) i 1997, Pasientrettighetsloven i 1999, enhetlig ledelse i 2000, fritt sykehusvalg i 2001, og statlig eierskap og foretaksorganisering i 2002 (Foretaksmodellen). Brukermedvirkning og kvalitet ble mer vektlagt fra sentrale myndigheter gjennom proklamering av «Pasientens helsetjeneste» og innføring av Fritt behandlingsvalg (2014). Prinsippene for organisering av sykehus i nordiske land er hentet fra modeller i privat næringsliv, og har nær relasjon til begrepet New Public Management (NPM). NPM kan betraktes som en fellesbetegnelse på en reformbølge hvor hovedformålet er en kostnadseffektivisering av offentlig sektor ved avbyråkratisering, rasjonalisering og bruk av økonomiske styringssystemer (Danielsen og Hertel, 2018, s.53).

Utviklingstrendene har bidratt til en forventning om mer standardisering av praksis som er med på å presse profesjonsutøveren. Dette kan innebære redusert autonomi i utøvelsen av profesjonen. Det forventes også at pasientene skal være aktive aktører i egen behandling og har rett til en individuelt tilpasset behandlingsplan. Dilemmaet blir da hvordan profesjonsutøvere med redusert

autonomi kan bidra til økt autonomi for pasientene (Ekeland, Stefansen & Steinstø, 2011, s.3)? PF legger opp til at pasientene skal ha lik behandling uansett hvor i landet de behandles, samtidig som behandlingen skal være individuelt tilpasset.

Jeg har erfart at det ofte er et sprik mellom pasientenes forventninger til behandling, anbefalinger i nasjonale veiledere og hvilken hjelp som er mulig å tilby innenfor rammene av organisasjonen. Dette kan være utfordrende for en behandler å håndtere, fordi pasientens skuffelse i møte med behandler kan påvirke alliansen som er det sentrale elementet i psykiatrisk behandling. Det finnes studier som viser at forventningene til PHV er av betydning. Pasientene blir mer fornøyde når de får den behandlingen de forventer å få. Det kan oppstå problem når forventningene blir urealistisk høye. Det finnes også studier som viser at behandlingsresultatet påvirkes negativt av forventninger som ikke blir møtt (Malkomsen og Solberg, 2022, s.1).

Noe av kritikken mot innføring av PF handlet om at verktøy som passet innen somatisk helse vanskelig kunne overføres til psykiatrien, fordi det er vanskeligere å måle behandlingseffekt av tjenestene som tilbys der.

Det er nedslående å tenke på at det ledelsen ser av kvaliteten på min jobb, er hvor mange polikliniske konsultasjoner jeg har, og om jeg godkjenner journalnotatene i tide. En ledelse som ikke til stadighet må sjekke og kontrollere at klinikere har gjort ting riktig ifølge et politisk styrt system, vil sannsynligvis ha mer tid til å involvere seg i hva jeg faktisk gjør.
(Bryn, 2015)

Det må ikke være slik at økt kvalitet og økt grad av resultater står i motsetning til hverandre, men hva som vektlegges kan ha betydning for hvordan PF følges opp og evalueres (Haugland & Sjølie, 2018, s.3).

1.1.1 Pakkeforløp psykisk helse voksne

Fra 1 januar 2019 ble pakkeforløp for PHV innført i Norge som en nasjonal kvalitetsreform. PF for fagfelt innen psykisk helse og rusarbeid er utarbeidet i samarbeid med tjenestene og brukerorganisasjonene, og har hentet inspirasjon fra PF for kreft (Helse og omsorgsdepartementet, 2021, s.22).

Lean nevnes som en suksessfaktor for danskenes implementering av PF og i nasjonal implementering av PF for kreft i Norge. Lean har ikke vært brukt eksplisitt når det gjelder PF for psykiske lidelser i Norge. Likevel kan utarbeidelsen og innholdet sees i lys av at Norge valgte å se til somatisk helse, når de utarbeidet PF for psykiske lidelse (Hansen & Onaheim, 2020, s.38).

Innen PHV er det utviklet ett generelt pakkeforløp og flere tilstandsspesifikke pakkeforløp. De tilstandsspesifikke PF er mistanke om psykoseutvikling, tvangslidelse (OCD), og spiseforstyrrelse. Det som skiller tilstandsspesifikke forløp fra det generelle, er spesifikke anbefalinger om utredningsverktøy og behandlingsmetoder. Når det gjelder mistanke om psykoseutvikling er det kortere frister for å starte i behandling/utredning pga sykdommens alvorlighetsgrad (Helsedirektoratet, 2022a).

I dette studiet vil jeg ha det generelle pakkeforløpet for psykisk helse voksne i fokus (vedlegg 1).

PF skulle løse utfordringene med uønsket variasjon i ventetid, utredning, behandling og oppfølging. Pasienter og brukere ga tilbakemelding om at de manglet innflytelse på egen behandling. Det var også behov for bedre koordinering av tjenestene.

Pakkeforløpene skal bidra til at brukerne får en bedre helsetjeneste. Vi håper også at tjenestene opplever pakkeforløpene som nyttige for å kunne gi gode og likeverdige tjenester (Helsedirektoratet, 2018a).

PF for psykisk helse er et verktøy for å standardisere og koordinere forhold utenfor selve behandlingen (standardisering av tjenesteorganisering, forløp vedrørende kommunikasjon og samhandling mellom tjenester, samt frister for når ulike former for innsats skal igangsettes).

1.1.2 Mine erfaringer og interesse for temaet

Regjeringen har innført “den gylne regel” for helseforetakene som innebærer at aktivitetsveksten i PHV skal være større enn i somatikken. Dette som et ledd i prioritering av behandling av psykiske lidelser (Helse og omsorgsdepartementet, 2021, s.27). I praksis har dette gjort at aktivitetskravet (antall konsultasjoner) har

økt med ca.2 % pr år i min avdeling, uten at antall stillinger har økt i takt med dette (Statistisk sentralbyrå, 2022). Behandlere rapporterer om stadig mer press og mindre tid, og tiden kan være avgjørende for om pasienten får varig resultat av behandlingen (Kristiansen, 2020, s.134)

Ifølge PF for psykisk helse voksne, skal pasienten som hovedregel møte en spesialist i psykiatri/psykologi i løpet av behandlingstiden. Unntak fra dette må være begrunnet ut fra tilstand og alvorlighetsgrad. Det er anbefalt at møtet med spesialist bør skje tidlig i forløpet slik at plan for utredning og behandling blir kvalitetssikret av spesialist (Helsedirektoratet, 2018b). Dette tror jeg legger økt press på spesialistene, som det er få av, spesielt i distriktene. Enkelte avdelinger har store utfordringer med å rekruttere psykolog og legespesialister, og er avhengig av å leie inn spesialister fra private firmaer for å sikre tilstrekkelig kompetanse. Det betyr at en stilling kan dekkes av ulike leger, og pasientene må forholde seg til hyppig bytte av behandler. Spesialist i psykiatri/psykologi skal også delta i de diagnostiske og behandlingsmessige vurderinger som gjøres i forløpet. Det er sannsynlig at en del poliklinikker har måttet endre sin organisering av arbeidsoppgaver for å møte dette kravet.

Forløpskoordinator er en ny rolle som kom med i PF. Vedkommende skal være tilgjengelig for pasient, pårørende og samarbeidspartnere. Arbeidsoppgavene omfatter et overordnet ansvar for at forløpstider følges og at målepunkter kodes. Det er også forløpskoordinators oppgave å koordinere avtaler og samarbeidsmøter ved behov, samt være en kontaktperson for pasienten (Helsedirektoratet, 2018b). I avdelingen jeg jobber, er det seksjonsleder på hver seksjon som har dette ansvaret til pasienten har fått tildelt en ansvarlig behandler. Det betyr at både seksjonsleder og behandlere har fått en ny rolle som forløpskoordinator for pasientene. Det kan være at dette ikke innebærer andre oppgaver enn behandlerne har hatt tidligere. Forløpskoordinatorrollen kan også være ulikt organisert i andre seksjoner, og dette blir spennende å undersøke i intervju med mine informanter.

Det å registrere pakkeforløpskoder er en ny oppgave for de fleste behandlere. Det har medført frustrasjon for ansatte på min arbeidsplass. Tekniske løsninger var ikke på plass ved implementering av PF. Jeg antar at dette har medført mer

tidsbruk på administrative oppgaver, men at det kan være en forskjell blant behandlere med lengre erfaring og/eller bedre teknisk kompetanse.

Det er en sjekkliste i PF som beskriver hvilke tema behandleren skal ta opp med pasienten ved førstesamtale, utredning og evaluering. Det generelle forløpet stiller ingen krav til valg av behandlingsmetode, men det skal lages en behandlingsplan med spesifikke krav til hva denne planen skal inneholde (Helsedirektoratet, 2018 b). Jeg undres over hvorvidt dette har ført til at behandlerne nå bruker mer tid til dokumentasjon enn tidligere.

I det generelle PF skal en basisutredning gjennomføres på 6 uker. Er det behov for en mer omfattende utredning har behandlere da 6 uker til på å gjennomføre dette (Helsedirektoratet, 2018b). Dette kan bidra til å presse behandlerne til å gjennomføre konsultasjoner hyppigere med pasienten enn tidligere, for å rekke fristene i utredningsfasen. Et problem med en mer markedsrettet helsetjeneste er at det kan føre til virkninger som ikke samsvarer med helsepolitiske mål. Dette gjelder særlig sårbare områder, som psykiatri, hvor det er vanskelig å vise til behandlingsresultater som skal gi utslag i lønnsomhet. Diagnoser som er lette å utrede og behandle kan da gå på bekostning av mer sammensatte og kroniske plager (Stamsø, 2009, s.253). De alvorlig syke pasientene trenger, etter min erfaring, tid til å få tillit nok til å dele sine symptomer/erfaringer med behandlerne.

1.2 Problemstilling

PF legger opp til en koordinering av utredning og behandling som vil kreve at pasientene klarer å møte til timene i større grad enn tidligere, så en bekymring har vært at dette vil føre til mer avbrudd i behandling av de sykeste pasientene som har kognitive vansker. Vil krav til forløpstider, sjekklister, utredningsverktøy og koding gå på bekostning av å bruke tid i terapirommet til å etablere en god allianse med pasientene? Det er dokumentert at uavhengig av terapeutisk metode er kvaliteten på alliansen mellom terapeut og pasient av betydning for behandlingseffekt, spesielt i tidlig fase av behandlingen (Flückiger, DelRe, Wampolt, Symonds og Horvath, 2012, s.15).

Innspill fra fagmiljøene i forkant av at PF ble laget, var tydelige på at det var viktig at forløpene ikke blir for snevert definert. Et skrekksenario ville være mer byråkrati og organisering, uten at kvalitet på behandling og brukertilfredshet ble bedre. Det ble også meldt ifra om behov for økt bemanning i poliklinikkene for å klare den endring forløpene la opp til. Selv om det var skepsis til PF, var det også stemmer som ønsket dette velkommen og mente at en del behandlere til nå har valgt en behandling de selv er fortrolig med, uten at dette nødvendigvis var til hjelp for pasienten (Solberg, Nissen-Lie, Hansen & Sundby, 2016, s.424).

Har økt standardisering av arbeidet gjennom innføring av PF bidratt til å redusere behandlernes faglige autonomi på en slik måte at det får konsekvenser for pasientbehandlingen? Har det blitt en målforskyvning i forhold til individuelle og tilpassede tjenester, eller opplever de fortsatt å ha mulighet til å gjøre de kliniske beslutninger de mener er riktige for den enkelte pasient innen de rammene PF gir. Dette ønsker jeg å undersøke ved hjelp av følgende forskningsspørsmål:

- 1. Hvordan oppfatter behandlere i distriktpsykiatriske poliklinikker at innføring av «pakkeforløp for psykisk helsevern voksne» har påvirket behandlingstilbudet?**
- 2. På hvilken måte påvirker innføring av «pakkeforløp for psykisk helsevern voksne» behandlernes profesjonelle autonomi i møtet med pasientene?**
- 3. Hvilke andre forhold ved møtet mellom behandler og pasient har blitt endret etter innføring av «pakkeforløp for psykisk helsevern voksne»?**

Implementeringsperioden foregikk 2018-2020, og den første evalueringsrapporten kom i januar 2020. Resultatene viser tydelig fagfolks skepsis til pakkeforløp innen PHV. Dette innebærer at et stort flertall av de ansatte mener PF på tidspunktet for evaluering ikke bidrar til måloppnåelse (SINTEF, 2020, s.83). Tilbakemeldingene fra fagmiljøene førte til en justering av forløpet for PHV i september 2020. Endringene var i hovedsak at betydning av brukermedvirkning ble understreket, utredningstiden ble mer fleksibel (men fortsatt innenfor 12 uker som tidligere) og samarbeidsmøter registreres ikke lenger som en pakkeforløpskode (Helsedirektoratet, 2018b).

I januar 2021 kom rapporten med evaluering fra brukere og pårørende. Det er gjennomført fokusgruppeintervjuer og individuelle intervjuer med brukere, pårørende og oppfølgingsintervjuer med fagfolk. Funnene i denne rapporten samsvarer med funn i den første rapporten fra SINTEF. Halvparten av deltagerne i brukerundersøkelsen oppgir at de er fornøyde eller svært fornøyde med behandlingstilbudet i spesialisthelsetjenesten, undersøkelsen viser at det i stor grad handler om relasjon til behandler, opplevelse av behandling som hjelper, og ikke innholdet i PF. To år etter implementering har forløpet blitt mer etablert og utviklingen handler om å oppfylle systemkravene uten altfor stor påvirkning for fagfolk og praksis. Analysen av resultatene i rapporten viser at det gjenstår en god del før målsettingene med PF er nådd, og har identifisert en rekke områder det må jobbes videre med (SINTEF, 2021, s.16).

Arbeidet med min undersøkelse startet under implementeringsperioden og avsluttes to år etter perioden er ferdig. Mitt prosjekt skiller seg fra SINTEF sine evalueringer i valg av metode da jeg ønsket å få dybdekunnskap om behandlernes erfaringer. Denne studien har gitt meg mer kunnskap om det beslutningsrommet behandlerne har i terapitimene, mens evalueringsrapporten omhandler hvorvidt virkemiddelet PF møter den målsetting som er satt. Jeg håper min undersøkelse vil kunne tilføre evalueringen av PF et bidrag som gir en dypere beskrivelse av hvordan kliniske beslutninger og dermed pasientbehandlingen påvirkes. Formålet med dette studiet er å undersøke om den kliniske autonomien til behandlerne har endret seg med økt standardisering og om dette kan få betydning for behandlingstilbudet i DPS poliklinikker.

2 Teori

I dette kapitlet presenterer jeg teoretiske perspektiver som har bidratt til å forme min forståelse av tema og forskningsspørsmål. PF er et verktøy for å standardisere behandlingstilbudet i spesialisthelsetjenesten. Innføringen av verktøyet ble en stor endring, som har skapt mye frustrasjon i fagmiljøet. Sentrale begreper i mine forskningsspørsmål er profesjonsautonomi, standardisering, behandlingstilbudet i psykiatrisk poliklinikk og møtet mellom pasient og behandler.

2.1 Standardisering

Målet med standarder er en mulighet til å sammenligne menneskelige handlinger, uavhengig av tid og sted. Standarder oppstår ikke i et vakuum, men påvirkes av eksisterende strukturer. Standardisering kan også innebære at tillit bygges inn i systemer istedenfor å være knyttet til profesjonsutøvere, som gjennom pasientforløp i helsevesenet. Helsepersonell kan da oppleve at handlingsrommet for individuell tilpasning blir mindre. Tilhengere vil argumentere for at standardisering gjør klinisk praksis mer transparent (Håland & Melby, 2017, s.385).

NPM er en fellesbetegnelse på en rekke reformer som er innført i offentlig sektor som et svar på kritikken om ineffektivitet, byråkrati, høye kostnader og for dårlig kvalitet på tjenestene. Dette representerer en styringsmåte som er resultatorientert. Det innebærer færre regler for gjennomføring av arbeidsoppgavene, men klare mål å jobbe mot og krav om måling av resultater (Stamsø, 2009, s.67). Målet med reformene forbundet med NPM har vært å redusere offentlige utgifter, øke effektiviteten og forbedre kvaliteten på tjenestene. Et viktig trekk ved NPM tankesettet er at det offentlige skal lære av privat sektor, og at ideen bak reformene er preget av økonomisk rasjonalitet. (Stamsø, 2009, s.69). NPM er preget av nyliberalistisk økonomisk teori, hvor oppfatningen er at offentlig ansatte vil handle ut fra egeninteresse selv når de utfører oppgaver på vegne av fellesskapet. For å motvirke dette må det lages systemer der de ansattes arbeidsoppgaver må være synlige. Motivasjon skapes gjennom belønningssystemer, for eksempel gjennom bruk av kontrakter som synliggjør arbeidsoppgaver og ansvar (Stamsø, 2009, s.69). En del av reformene har vært rettet mot brukerne av tjenesten for å bedre kvaliteten. Mange steder er det innført minstestandard på innhold og kvalitet, samtidig som brukerens valgfrihet er styrket med for eksempel fritt sykehusvalg. Gjennom NPM er brukernes rettigheter styrket og har ført til flere lovfestede rettigheter som pasientrettighetsloven (Stamsø, 2009, s.71). Gjennomføring av reformene kan også virke mot sin hensikt. Innføring av nye måter å styre på krever nye kontrollinstanser, behovet for kontroll øker fordi resultatene skal være synlige og målbare. Dette skaper et behov for mer byråkrati og ytterligere ressurser (Stamsø, 2009, s.83).

«Standard» ble introdusert som begrep i litteraturen, som en kilde til autoritet og et ideal å oppnå i det 15. århundre. «Standardisering» ble først benyttet i siste del av 1900- tallet av dominerende vitenskaper (Timmermans og Epstein, 2010, s.70). Det er et spenningsforhold mellom begrepene “standard” og “standardisering” fordi standard vanligvis assosieres med et ideal, noe man vil oppnå, mens standardisering assosieres med noe negativt som rutinepregede oppgaver og lite rom for individualitet. Samtidig er det vanskelig å se for seg standardisering uten en standard. Standardisering defineres som en prosess for å konstruere uniformitet (likhet) på tvers av tid og rom, gjennom generering av avtalte regler. Det motsatte av standardisering er fleksibilitet, diskresjon, fortolkning, diversitet, individualisme, unikhet, eller kaos (Timmermans & Epstein, 2010, s.71).

Det å sette standarder er som regel motivert av problemer med sikkerhet, effektivitet eller omfordeling av ressurser, men kan også reflektere en strategi for organisasjoner for å bli ledende på markedet (Timmermans & Epstein, 2010, s.78). Når implementering av standarder beveger seg fra design til prosess-spørsmål blir det mer utfordrende å opprettholde en standard som tilfredsstiller ulike autonome interesser. Helsevesenet er et eksempel på dette gjennom å gjøre evidensbasert behandling tilgjengelig for klinikere gjennom bl.a.

behandlingsveiledere og standardiserte resultatmål. Det viser seg at veilederne har lite effekt når det kommer til kliniske beslutninger. Det å lage veiledere krever god kunnskap om hvilke kilder klinikere benytter når de treffer sine beslutninger. Studier artikkelen refererer til viser at klinikerne benytter taus kunnskap basert på erfaring og vil vektlegge de behov de oppfatter at pasienten har, fremfor å følge en veileder og støtter seg til råd fra mer erfarne kollegaer. Det er ingen regler som kan fange alle aspekter ved en foreskrevet handling. Enhver standard vil derfor ha flere variabler og være ufullstendig. Det vil likevel være galt å tenke at løse standarder er feilslått da det har vist seg at en viss fleksibilitet i standarden kan være nøkkelen til at den blir benyttet og består (Timmermans & Epstein, 2010, s.81). Standarder er ikke gode *eller* dårlige. En god standard for noen, kan medføre problemer for andre. Når det gjelder PF kan det diskuteres om bedre tilbud til noen pasienter kan medføre dårligere tilbud til andre fordi de ikke blir inkludert, eller fordi ressursene prioriteres i en retning på bekostning av en annen (Håland & Melby, 2017, s.386).

Hislop (2005) har definert kunnskapsarbeid som intellektuelt, kreativt og ikke rutinebasert. Arbeidet er vanskelig å standardisere og løsningen på oppgavene som skal utføres finnes i den profesjonelle kunnskapen som medarbeiderne utvikler gjennom utdanning og praksis. Definisjonen innebærer ikke at kunnskapsarbeider ikke er avhengig av kunnskap nedfelt i systemer og strukturer (Irgrens og Wennes, 2011, s.15). Generelt samfunnsansvar, rettssikkerhet, likhet og offentlig innsyn er verdier vi finner i offentlig sektor. Verdimessig status og legitimitet i befolkningen er spesielt viktig i organisasjoner hvor det er vanskelig å bedømme kvaliteten i tjenesteproduksjonen (Irgrens og Wennes, 2011, s.141). Blant ansatte i sykehus finner vi verdier som representerer faglige standarder for å sikre god kvalitet i situasjoner preget av høy autonomi i arbeidet. Etter innføring av NPM har verdier i offentlig sektor blitt mindre vektlagt. Problemer med å utarbeide gode resultatmål har ført til en aktualisering av verdier og normer som et motsvar til NPM. Verdibasert ledelse, transformasjonsledelse og selvledelse er noen lederteorier som har fått økt oppmerksomhet (Irgrens og Wennes, 2011, s.142).

Rørvik har med bakgrunn i flere studier analysert idéstrømmer for ledelse, organisasjonsbygging og styring tidlig på 2000 tallet (Rørvik, 2010, s.62). En hovedtrend er en overgang fra ledelse i fokus til oppmerksomhet på styring. Ledelse handler om å kunne påvirke i direkte dialog med ansatte. Styring er indirekte påvirkning gjennom formelle strukturer, prosedyrer og rutiner (Rørvik, 2010, s.65). Rehierarkisering er betegnelsen på flere organisasjons- idéer som tar sikte på å øke toppledelsens kapasitet til å styre underordnede ansatte. Dette kommer til uttrykk med økt satsning på formaliserte styringssystemer (Rørvik, 2010, s.66). Dette får konsekvenser for ansatte i form av overvåkning og registrering av ansattes innsats og atferd. Paradokset er at økt styring ofte fører til mer byråkrati (Rørvik, 2010, s.67). En annen idéstrøm i samtiden er prosesstrenden hvor søkelyset rettes mot verdiskapende prosesser i organisasjonen. Det mest brukte prosesskonseptet er LEAN. Tydelig identifisering av kundene og deres behov, gjennomføre verdistrømsanalyser og eliminere det som ikke skaper verdi for kunden er sentrale grep. I tillegg til å legge til rette for et effektivt og friksjonsfritt forløp av produksjonsprosessen. LEAN-prinsippene har fått stor utbredelse i helsesektoren som grunnlag i arbeidet

med å effektivisere pasientforløp (Rørvik, 2010, s.68). Mengden av organisasjonsoppskrifter har økt, og like ideer spres til ulike organisasjoner. Den moderne organisasjonen har stor evne til å adoptere ulike oppskrifter samtidig. Rørvik mener grunnen til dette er en stadig sterkere felles identitet som “organisasjon” for forskjellige virksomheter, som skaper en mental infrastruktur for produksjon og spredning av de samme ideene til svært ulike bedrifter. Forestillingen om at alle virksomheter deler samme systemidentitet som “organisasjon” er en forandring som bidrar til å skape et stort marked for organisasjonsoppskrifter (Rørvik, 2010, s.70).

Helsetjenester har blitt en vare som skal produseres og selges. Med PF kommer økte krav til effektivisering og økonomistyring som rådende arbeidsoppgaver for ledelse på alle nivå innen PHV. Styring og kontroll viser seg i utstrakt bruk av behandlingsveiledere og nasjonale retningslinjer for hvilke praksisformer som skal prioriteres og gis legitimitet. Problemet er da hva som marginaliseres. Det profesjonelle skjønnets får mindre plass og erstattes av retningslinjer og standardiserte forløp (Sælør et al., 2019, s.119).

2.1.1 Organisering av spesialisthelsetjenesten.

Hvordan spesialisthelsetjenesten er organisert er viktig i denne sammenheng fordi organiseringen utgjør de rammer mine informanter må forholde seg til, som i tillegg til PF, kan påvirke møtet med pasienten. Sykehus er virksomheter hvor verdien skapes av profesjonsutøvere, slik at virksomheten må ledes faglig “nedenfra”. I tillegg må den styres og ledes “ovenfra” og det skaper en vertikal spenning i systemet. Dialogen mellom sykehusledelsen og “fotfolket” utfordres ved innføring av flere formelle nivåer. Utvikling de siste tiårene har medført at styring ovenfra har økt, samtidig som rommet for faglig styring nedenfra har blitt mindre (NOU 2016:25, s.19).

Sykehusene i Norge ble organisert i helseforetaksmodellen fra 2002. Det forutsetter at foretakene er statlig eid, og at staten har det økonomiske ansvaret. Denne sykehus- reformen ble også kalt eierskapsreformen (Stamsø, 2009, s.95). Modellen skulle øke ansvaret, bedre rollefordeling mellom sykehusene og gjøre institusjonene mer kostnadseffektive. Dette kalles fristilling, hvor virksomheten

får større administrativ og økonomisk frihet til å treffe avgjørelser, noe som er i tråd med NPM. Fra 2009 har man sett en utvikling med økning i administrasjonskostnader etter foretaksreformen (Stamsø, 2009, s.96). Den politiske styringen har også blitt mer fremtredende hvor Helse – og omsorgsdepartementet (HOD) i større grad har overtatt styringen av helseforetakene (Stamsø, 2009, s.97). Departementets oppgavestyring skjer gjennom et oppdragsdokument, der staten setter vilkår for tildeling av bevilgningen. De regionale foretakene er sentrale for å gjennomføre regjeringens politikk knyttet til spesialisthelsetjenesten. Sykehusene er nå organisert i 20 foretak, som er samlet i 4 regionale helseforetak. (NOU 2016:25, s.12). Modellen har blitt kritisert for å være for markedsstyrt, udemokratisk og skaper unødvendig byråkrati. Det har over tid vært en utvikling i dialogen mellom de regionale foretakene og Helse- og omsorgsdepartementet i retning av færre styringskrav i oppdragsdokumentet. De senere år har styringen av kvalitet blitt tydeligere (NOU 2016:25, s.17).

Finansieringen av spesialisthelsetjenesten er todelt og består av basisbevilgning (aktivitetsuavhengig del) og en aktivitetsavhengig del (NOU 2016:25, s.49). I PHV er den aktivitetsbaserte inntekten basert på takster for ulike aktiviteter, dette innebærer at aktiviteter må rapporteres. I 2017 ble PHV inkludert i innsatsstyrt finansiering (ISF) (NOU 2016:25, s.51). Målet med innføring var å bedre behandlingskapasitet og produktivitet i sykehusene. For at intensjonen med finansieringsmodellen skal fungere må refusjonsordningen virke inn på den enkelte behandler slik at pasientene behandles raskere, behandlingsmetodene endres og prioriteringsrekkefølgen styres i den retning sykehuseier ønsker. Helsepersonell har sitt verdigrunnlag knyttet til sin profesjonelle utdanning og motiveres av faglig anerkjennelse fra kollegaer, muligheter for fagutvikling, fellesskap på arbeidsplassen, samt økonomiske og sosiale rammevilkår. Når sykehusets inntekter avhenger av helsearbeidernes aktivitet, kan det utvikles tilpasningsmekanismer som for eksempel reduserte liggetider, økt andel reinnleggelser og at kroniske pasienter kommer lenger bak i prioriteringskøen. Dette er i konflikt med idealet om at pasienter skal prioriteres på bakgrunn av kliniske vurderinger av sykdommens alvorlighetsgrad og behandlingseffekt. Det oppstår da et spenningsfelt mellom helsepolitiske verdier

som likhet og rettferdighet og økonomistyring (Pettersen & Bjørnenak, 1997, s.126-127).

Etter innføring av helseforetaksmodellen har styringsformen blitt debattert faglig og politisk. Det hevdes at modellen er udemokratisk i og med makten har blitt flyttet fra profesjonene og politikerne over i styrerommene. Modellens struktur fører også til at styremedlemmene ikke holdes til ansvar for beslutninger som tas. Undersøkelser har vist at helseforetakene er mer detaljstyrt enn andre statlige selskaper. (NOU 2016:25, s.76). Kritikere hevder at foretaksmodellen stimulerer bedriftsøkonomisk tenkning fremfor samfunnsøkonomisk perspektiv.

Det er foreslått et alternativ til foretaksmodellen, forvaltningsmodellen, hvor det legges opp til at hvert sykehus skal ha egen ledelse og styre, hvor driften i hovedsak er rammefinansiert. Forslaget er fremmet av foreningen “Alternativ til foretaksmodellen” som har som mål å samle motstand mot helseforetaksmodellen og utarbeide et realistisk alternativ (Haug, 2021, s 13).

Ansattes holdning til endring vil være påvirket av hvorvidt de oppfatter prosessen i tråd med egne eller organisasjonens verdier. Helsepersonell utsettes for et stort antall endringer hvert år. Endringskynisme er troen på at endring ikke vil lykkes, basert på tidligere erfaring. Fenomenet kan bli en selvoppfylgende profeti, hvor endring ikke lykkes fordi ansatte ikke tror den vil lykkes, noen som igjen vil bekrefte ansattes antagelse og forsterke endringskynismen (Bernstrøm, 2014, s.15). Medbestemmelse og medvirkning er viktig for å få frem relevant informasjon og bidrar til eierskap til endringsprosessen. Fra et “ovenfra og ned”-ledelsesperspektiv vil medvirkning være i form av at ansatte får komme med innspill, men beslutningene ligger hos toppledelsen. Sykehusets organisering legger i liten grad opp til “nedenfra og opp”- beslutninger. Endringer som vokser frem i organisasjonen vil ha bedre forutsetninger for å lykkes, enn endringer som blir styrt ovenfra (Bernstrøm, 2014, s.18). Helsetjenesten kan være vanskelig å styre fordi det er et fagområde med mange sterke interesser. Profesjonsgruppene innad i tjenesten kan tidvis være i konflikt med hverandre. Noen mener helsevesenet styres mer nedenfra ved at profesjoner og pasientforeninger har stor innflytelse på beslutninger som skal tas (Stamsø, 2009, s.240).

2.1.2 Kvalitetsmål i helsetjenesten

Målsettingen med PF er å bidra til kvalitet i tilbudet. For å evaluere kvaliteten på tjenesten er tre typer informasjon nødvendig. Det ene er informasjon om hva tjenesteyter faktisk har gjort. For å kunne vurdere om det ansatte gjør er fornuftig, trenger man informasjon om hvem som innehar kunnskap og hvilken type skjønn som benyttes. For sosiale dimensjoner av kvalitet er graden av samsvar mellom ansattes handling og pasientens mål og verdier avgjørende (Eika, 2016, s.361).

Kvalitetsindikatorer i helsetjenesten er målbare størrelser som skal brukes til å vise om helsehjelpen er i samsvar med best tilgjengelig kunnskap, og om hjelpen gir helsegevinst (Kunnskapssenteret, 2016, s 39). Ved hjelp av PF skal kvaliteten i tjenestetilbudet sikres gjennom at behandlerne koder ulike aktiviteter gjennom forløpet.

Kvalitetsindikatorer kan gi informasjon for å styre beslutninger på et regionalt eller nasjonalt nivå. I lokalt forbedringsarbeid vil kvalitetsindikatorer hjelpe til med å overvåke om det skjer en forbedring, eller bidra til å forklare hvorfor situasjonen er som den er. Kunnskap om årsakssammenhenger mellom innsatsfaktorer, arbeidsprosesser og resultat er viktig ved bruk av indikatorer.

Kvalitet i helsetjenesten kan defineres som:

i hvilken grad helsetjenestens aktiviteter og tiltak øker sannsynligheten for at enkeltpersoner og grupper i befolkningen får en ønsket helserelatert velferd, og tjenestene utøves i samsvar med dagens profesjonelle kunnskap (Kunnskapssenteret, 2016, s. 41).

Denne norske kvalitetsdefinisjonen er uavhengig av økonomiske rammebetingelser. Ansvar for rammer og prioriteringer er dermed et politisk ansvar uavhengig av spørsmålet om faglig vurdert kvalitet. Dette øker kravet til at helsevesenets ledere og utøvere kan beskrive overfor andre beslutningstakere hva som er god kvalitet i pasientbehandlingen (Helsedirektoratet, 2019, s.32).

Fordelen ved kvalitetsindikatorer er at de bidrar til å rette oppmerksomheten mot hva ansatte i helsetjenesten arbeider for (resultatmål), og hva som trengs for å gjøre jobben skikkelig. Investering i kvalitetsindikatorer kan oppleves som merarbeid på kort sikt, dersom avstanden mellom innsats og opplevd nytte er stor (Helsedirektoratet, 2019, s.33).

Helsedirektoratet har siden 2012 hatt et lovpålagt ansvar for å utvikle, formidle og vedlikeholde nasjonale kvalitetsindikatorer (NKI) for helse- og omsorgstjenesten. Ansvaret er hjemlet i helse- og omsorgstjenesteloven §12-5 og spesialisthelsetjenesteloven §7-3. Målet er at det nasjonale kvalitetsindikatorsystemet skal bidra til å sikre befolkningen likeverdig tilgang til helsetjenester av god kvalitet. Systemet baserer seg på rammeverket til OECDs *Health Care Quality Indicator Project*¹. NKI brukes i årlige stortingsmeldinger om kvalitet og pasientsikkerhet (Helsedirektoratet, 2019, s.4).

NKI er også grunnlag for Kvalitetsbasert finansiering (KBF), som er en finansieringsordning for spesialisthelsetjenesten. Deler av de regionale helseforetakenes (RHF) inntekter fordeles etter måloppnåelse. Formålet med den kvalitetsbaserte andelen av budsjettet er å bidra til høyere måloppnåelse i kvalitetsarbeidet. Midlene fordeles med bakgrunn i noen utvalgte NKI'er med tilhørende prestasjonsmål (Helsedirektoratet, 2019, s.5).

PF har oppmerksomhet på brukermedvirkning, og feedbackverktøy skal benyttes systematisk for å sikre at pasientene kan gi tilbakemelding om behandlingen. Det er opp til det enkelte behandlingssted å velge hvilket feedbackverktøy som skal benyttes. Resultatene er en utfordring da brukere med ulike tjenestebehov vil tolke spørsmålene på ulik måte. Pasienter i psykiatrisk poliklinikk har ofte ikke en fasit om hvordan tjenesten skal være. I en psykisk krise er det ofte vanskelig å vite hva en har behov for der og da. Flere har også kognitive utfordringer og blir ekskludert fra undersøkelsene. Kvalitetsindikatorer og brukerundersøkelser er standardiserte mål på kvalitet. Samtidig utgjør kvalitetsaspekter som ikke lar seg måle, i stor grad kjernen i PHV. Det er et paradoks at de verktøy vi har for å evaluere kvalitet er minst egnet for å vurdere behandlingstilbudet til pasientgrupper som trenger det mest (Eika, 2016, s.364).

Når gapet mellom hva klinikerer mener er viktig og det systemet definerer som viktig er stort, gjør det noe med den enkeltes holdning og tiltro. En ledelse som ikke til stadighet må bruke tid på å sjekke og kontrollere at klinikerne har gjort ting riktig etter et politisk styrt system, vil muligens ha mer tid til å involvere seg i hva som faktisk skjer i behandlingen, noe som vil bidra til økt kvalitet (Bryn, 2015). Med innføring av NPM har markedsliberalistiske idealer blitt tydelige i det

psykiske helsevern. Antall konsultasjoner, økonomisk inntjening, gjennomstrømning av pasienter og reduksjon av ventelister er i fokus. Styring og kontroll rammer også inn det faglige kunnskapsgrunnlaget i form av nasjonale retningslinjer og prosedyrer for klinisk arbeid. Disse er basert på RCT studier. PF skal bidra til effektivitet ved at det gjøres en rask utredning og deretter foreskrevet behandling. Dette demper betydningen av det genuine møtet, tid, faglig skjønn og relasjonelt samarbeid. Slik griper den økonomiske styringsmodellen inn i klinisk praksis og fagpersoners autonomi. Synet på fagpersonen som en ansvarlig aktør og pasienten som deltagende og fritt individ utfordres (Karlsson, 2015, s.155). Dårlege og mangelfulle diagnostiske vurderinger, feil valg av behandling representerer ikke et avvik som registreres, og da kontrolleres det heller ikke. Det er problematisk at vi har et system hvor klinikerens arbeidsdag styres av politiske føringer i større grad enn profesjonens vurdering og ekspertise (Bryn, 2015).

2.2 Profesjonsautonomi

Profesjonsautonomi har i helsesammenheng tradisjonelt handlet om legers kliniske frihet, og om en kollektiv frihet til å ta hånd om sitt yrke. Historisk har legeforeninger med fagforeningsprofil ivaretatt kollektiv autonomi. I den angloamerikanske profesjonslitteraturen fra forrige århundre ble autonomi framstilt som et av flere profesjonskjennetegn. Autonomi ble av noen sett på som et vilkår for god praksis, andre betraktet autonomi som en plattform for makt og dominans. Autonomi ble ofte forklart på kontraktteoretisk måte: En profesjon ble tildelt autonomi i den grad myndighetene lot seg overbevise om at profesjonen ville bruke sine kunnskaper til å tjene samfunnet, samtidig som yrkesutøvere som ikke levde opp til anerkjente faglige og moralske standarder skulle disiplineres av de samme myndighetene (Haave, 2012, s.1).

Det kommer ikke frem av litteraturen om samfunnsoppdraget ble gitt til profesjonen eller til den enkelte yrkesutøver. Fra slutten av 1960-åra antydet sosiologer i USA at legene ikke var så autonome som det ble hevdet. Tap av individuell autonomi i forhold til pasientene handlet om at medisinsk kunnskap var i ferd med å bli mer tilgjengelig for alle, og det innsnevret grensene for legers autonomi og reduserte status. Når det gjaldt tap av autonomi i forhold til markedet (proletarisering) mente man at medisinen status som profesjon falt fordi legene i

økende grad var blitt ansatte lønnsarbeidere, med liten eller ingen kontroll over egen arbeidssituasjon. Spørsmålet om legers autonomi har dukket opp på nytt i forbindelse med «evidensbasert medisin» (Haave, 2012, s.1).

Det har vist seg vanskelig å bli enige om hvilke trekk ved yrker som kan karakteriseres som profesjoner. Det finnes ikke en tydelig avgrenset definisjon av begrepet profesjon. Det blir vanskelig å utvikle teori når begrepet som skal teoretiseres ikke er tydelig definert. Et forsøk på å løse definisjonsproblemet har vært å unngå det ved å heller beskrive den prosessen som fører til at yrker profesjonaliseres. Det gir lite mening å studere profesjonalisering uten en definisjon av hva profesjon er (Freidson, 1994, s.15). I følge Freidson oppstår dette definisjonsproblemet når forskere forsøker å behandle “profesjon” som et generisk begrep, fremfor et konsept som gjennom historien har forandret seg. Forskere som skriver om profesjon forplikter seg derfor til å beskrive for leseren hva de selv legger i begrepet (Freidson, 1994, s.16). Forfatteren beskriver to kjerneelementer ved profesjonelt arbeid. Det ene er en forpliktelse til å praktisere kunnskap og ferdigheter av verdi for klienten. Det andre er å opprettholde et tillitsforhold til klientene. For å tilegne seg disse ferdighetene trenger profesjonelle yrkesutøvere trening. Gjennom praksis utvikles en interesse for arbeidet slik at ferdighetene utvikles, og den profesjonelle yrkesutøver identifiserer seg med sine ferdigheter gjennom denne treningen (Freidson, 1994, s.200).

Arbeidet den profesjonelle utfører er av verdi for klientene, men kunnskapen er så kompleks at klientene ikke er i stand til å vurdere den presist. Derfor er klienten avhengig av å stole på den profesjonelle. Det er forventet at den profesjonelle yrkesutøver ivaretar denne tilliten gjennom å sette klientens behov først (Freidson, 1994, s.201). For å utføre profesjonelt arbeid må profesjonelle ha frihet til å gjøre skjønnsmessige vurderinger og beslutninger. Selv om denne autonomien er vanlig iblant profesjonelle i offentlig og privat sektor, reises det spørsmål om på hvilken måte og i hvilken form autonomien skal utføres. Uten tilstrekkelig tid, utstyr og andre ressurser kan man ikke utføre god praksis og friheten til å gjøre skjønnsmessige vurderinger blir meningsløs. Dersom det ikke er tilstrekkelig tilgjengelige ressurser og arbeidet uansett må utføres er det en fare

for at profesjonelle benytter snarveier og lite aksepterte teknikker. Dette truer den profesjonelle karakteren på arbeidet (Freidson, 1994, s.210).

Ut ifra et profesjons- sosiologisk perspektiv blir faglig kollegialt fellesskap formet av de profesjonelle yrkesutøvernes eget kunnskapsgrunnlag, formell sertifisering og tydelig profesjonsidentitet. Det gir profesjoner autonomi og rom for skjønnsutøvelse. Premissene for denne forståelsen er en forestilling om at profesjonsidentiteten i stor grad formes av utdanningssystemet og ideologiske markører. Arbeidsplassens reelle systembetingelser og krav har mindre betydning. Med utgangspunkt i denne forståelsen av profesjonsidentitet vil en kunne tenke seg at PF truer behandlernes selvforståelse. Det vil medføre en konflikt mellom profesjonenes selvforståelse og standardiseringssystemenes krav, slik at en tydelig opposisjon og forhandlingsvilje for å få frem andre parametere for vurderingen av egen innsats kan forventes. Den andre diskursen handler om kontekstlæring hvor utviklingen av profesjonell kompetanse henvises til konteksten for utøvelse av konkret praksis. Fellesnevner for mange av representantene herfra vil være at reell kompetanse utvikles og læres i de kontekster hvor kompetansen skal brukes i praksis. Det er en forutsetning for læring at en «underkaster seg» og lar seg lære opp av praksisfellesskapets regler og standarder (Øverlid, 2018, s.106).

I henhold til kontekstlæring kan profesjon også betegnes som ekspertise. Litteraturen som har dette som utgangspunkt konkluderer med at skole og utdanning har sin klare begrensning i utvikling av ekspertise. Profesjonsutøvere må i tillegg til utdanning ha veiledning og praktisk trening. Dette er til en viss grad en motsetning til den vekten som legges på utdanning av profesjoner på universitetsnivå. Ekspertiseforskning viser at kunnskap i begrenset grad kan overføres til en annen, fordi eksperten har utviklet en intuisjon som betegnes som taus kunnskap (Molander & Smeby, 2013, s.19). Innføring av prosedyrer og standardiserte rutiner kan betraktes som en måte å erstatte taus kunnskap. Problemet med dette er når feil vurdering/beslutning skyldes kognitive feilslutninger hos den enkelte profesjonsutøver, ikke mangel på kunnskap. Det kan ikke løses med mer eller bedre beskrevet kunnskap. For å etablere kritiske vurderinger av taus kunnskap, bør organisasjonen utvikle systemer for tilbakemelding og legge til rette for kollegiale diskusjoner (Molander & Smeby, 2013, s.26). Evetts hevder at profesjonalitet forandres og blir forandret gjennom

retningslinjer, samfunnsmessig utvikling og økende kompleksitet i yrkenes miljø. Der det er behov for å demonstrere tillit, transparens og ansvarlighet, ser økt regulering, revisjoner og vurdering ut til å følge. Profesjonskunnskapen utfordres også gjennom bredere tilgang til kunnskap i befolkningen gjennom bl.a. internett (Evetts, 2013, s.779).

Et positivistisk (optimistisk) syn på profesjonalitet er at arbeidet er så komplekst at kun yrkesutøverne kan forstå organisasjonens behov, prosessene, prosedyrene, tester og resultat (Evetts, J, 2013, s.785). Et mer negativt syn på profesjonalitet fra kritisk litteratur er profesjonalisering som en prosess for å få monopol på arbeid og yrkesdominanse. En tredje utvikling innebærer analysen av profesjonalitet som en diskurs om yrkesmessig endring og kontroll i organisasjoner der dette i økende grad blir brukt og utnyttet av ledere. Denne tredje tolkningen er en kombinasjon av de to foregående og inkluderer både yrkesmessig verdi og ideologiske elementer. Innen denne tenkningen vurderes «profesjonalitet» som en disiplinærmekanisme i yrkessammenheng, hvor profesjonalisme av ledere brukes i arbeidet for å innprente “passende” arbeidsidentiteter, atferd og praksis. Dette betraktes som en disiplinær logikk som tillater "autonom" yrkesutøvelse innenfor et nettverk av ansvarlighet, og styrer profesjonell oppførsel på avstand . Når det gjelder de fleste moderne offentlige tjenesteyrker og fagfolk som nå praktiserer i organisasjoner, blir profesjonalitet konstruert og pålagt av arbeidsgivere og ledere av offentlige tjenesteorganisasjoner der de "profesjonelle “ arbeider (Evetts, 2013, s.786).

Det har pågått en strid vedrørende evidensbasert- medisins betydning for legers kliniske autonomi. For tilhengere er evidensbasering en systematisk kontroll av kvaliteten på den kunnskapen som skal brukes. Evidensbasert medisin har skapt en spenning mellom krav om klinisk frihet for den enkelte lege, og et uttalt behov for en mer standardisert praksis. Kritikere har ment at det er en sammenheng mellom evidensbasering og krav om effektivisering, og har konkludert med at evidensbasert medisin er «styrt omsorg» maskert som vitenskap. Evidensbasering gir retning til en styrt klinisk praksis. Noen har bemerket at dette en styring utenfra som i stor grad foregår i regi av en medisinsk kunnskapselite. Andre har påpekt at den gamle medisinske kunnskapseliten er blitt utfordret av en ny, tverrfaglig kunnskapselite som innebærer at legenes forvaltning av medisinsk

kunnskap begrenses. I Norge er bildet sammensatt. Helsedirektoratet har en legetung toppledelse og spiller en viktig rolle i «evidensbevegelsen». Kunnskapssenteret, med en tverrfaglig stab, er et forvaltningsorgan under Helsedirektoratet og har en viktig rolle i forvaltningen av kunnskap. Det er uklart hvor stort nedslag evidenstenkningen har fått i norsk medisinsk praksis. Eksempelvis er nasjonale faglige retningslinjer retningsgivende, men ikke juridisk bindende. Samtidig er det en forventning fra Helsedirektoratet at handlingsvalg som i vesentlig grad avviker fra gitte anbefalinger skal dokumenteres. Helsepersonell bør også være forberedt på å begrunne sine valg i eventuelle klagesaker eller ved tilsyn (Haave, 2012, s.9).

Emosjonelt arbeid utpeker seg som viktig for profesjonell identitet. Den profesjonelle identiteten konstrueres gjennom utdanning og erfaring fra arbeidslivet. De verktøy og metoder profesjonene benytter vil dermed påvirke hvordan de identifiseres og hvordan de plasseres i hierarkiet (f.eks. lege/psykolog vs. høyskoleutdannede). Tidspress kan gjøre det vanskelig å beskrive kliniske observasjoner i dybden, spesielt når observasjoner ikke bekrefter et testresultat. Det er en bekymring for at tester som få yrkesgrupper får benytte, får for stor plass i utredning i forhold til det kliniske bildet. PF for psykisk helse voksne innebærer muligens økt vektlegging av diagnoser, «flyt» og tidsbesparelse som dermed kan underminere posisjonen til enkelte profesjonelle yrkesgrupper som sosionomer og sykepleiere (Kamp & Dybbroe, 2016, s.77). Emosjonelt arbeid påvirkes av standardisering, ved at emosjonelt arbeid styres mot å støtte spesifikke arbeidsoppgaver som diagnostisering. Emosjonelt arbeid blir dermed en usynlig, ikke beskrevet arbeidsprosess, som ikke er nødvendig for å produsere (Kamp & Dybbroe, 2016, s.77).

Velferdsstaten er avhengig av faglig og profesjonell skjønnsutøvelse. Dersom skjønnbasert praksis får for stor plass kan det undergrave grunnleggende hensyn som forutsigbarhet og likebehandling. Skjønnsmessige beslutninger skjer også utenfor demokratisk kontroll (Aase-Kvåle, Magnussen & Nilssen, 2019, s.214). Velferdsprofesjonenes relativt store rom for å utøve skjønn har blitt utsatt for kritikk. Ved bruk av skjønn ligger også en fare for paternalisering. Spørsmål om ansvarliggjøring av ulike profesjoner i måten de utøver sitt faglige skjønn har derfor fått økt oppmerksomhet (Aase-Kvåle et al., 2019, s.215).

2.2.1 Faglig skjønn

Helsesektoren har vært gjennom store endringer som innebærer standardisering de siste årene. Endringene utfordrer fleksibiliteten til å finne praktiske løsninger (kompromiss) som ivaretar en systemisk (humanistisk) tilnærming til pasientene (Kamp & Dybbroe, 2016, s.69).

Innen velferdsstaten handler skjønn om forholdet mellom ulike former for regler og rommet for beslutningstaking når velferdspolitikken skal iverksettes (Aase-Kvale et al., 2019, s.214). Bruk av skjønn fremstår som et uregulert handlingsrom. Molander, Grimen og Eriksens (2012) skiller mellom strukturelt og epistemisk skjønn. Rapportering kan være rent beskrivende og skiller seg fra begrunnelser for vurderinger i epistemisk forstand. Man kan ha gode rapporter om dårlige vurderinger. Derfor bør man skille mellom strukturelt og epistemisk skjønn. Strukturelt skjønn er betegnelsen på det handlingsrommet som ikke er regulert av regler og formelt byråkrati. Epistemisk skjønn omhandler innholdet i de beslutninger som fattes. Skjønnsutøvelse basert på faglig kunnskap er en forutsetning for at pasienter skal få hjelp av god kvalitet, og er et kjerneargument for profesjonell autonomi. Forventningen om ansvarlighet tvinger skjønnsutøveren til å handle utfra deres beste vurderinger fordi de må forutse reaksjoner fra de som kan stille dem til ansvar (Molander & Smeby, 2013, s.46)

Enkelte forskere hevder imidlertid at profesjonenes skjønnsutøvelse framstår som en problematisk utfordring for velferdsstaten som demokratisk rettsstat. Disse analysene lener seg på maktperspektivet som utfordret den idealistiske oppfatningen som den klassiske profesjonsforskningen ble sagt å representere. Som velferdsstatens frontlinjesoldater tar velferdsprofesjonene avgjørelser av stor betydning for den enkelte. Fordi avgjørelsene er basert på et usikkert kunnskapsgrunnlag og et faglig skjønn, som ikke er underlagt demokratisk kontroll, utgjør de en trussel mot rettsstatens prinsipper og undergraver tilliten til profesjonene (Heiret & Ludvigsen, 2012, s.468).

Faglig skjønn kan forstås som at profesjonelle foretar en skjønnsmessig vurdering av informasjonen de har om den aktuelle problemstillingen på bakgrunn av egen kunnskap og erfaring, uten bruk av hjelpemidler. Forskning har vist at noen yrkesutøvere kan utvikle eksepsjonelt godt faglig skjønn. Andre studier har vist at fagfolks skjønn kan være forbausende dårlig (Molander & Smeby, 2013, s.27).

Forutsetninger for godt faglig skjønn er at det må være god grunn til å tro at det på fagområdet finnes valide tegn på at det som skjønnsmessig skal forstås eller vurderes, og at fagfolkene har hatt mulighet til å lære seg disse tegnene (Molander & Smeby, 2013, s.35). Ansvarliggjøring (accountability) er knyttet til at en profesjonell med skjønnsmyndighet må gjøre rede for hvordan han utøver sitt ansvar. Det betyr at den med myndighet til å utøve skjønn kan bli bedt om å informere om og begrunne sine vurderinger, beslutning er og handlinger.

I klinisk praksis er det som skal vurderes sjelden definert og det gjør læring vanskelig. Praksis og rask tilbakemelding på skjønnsutøvelse er viktig for å utvikle godt skjønn. Innenfor PHV kan det være vanskelig for fagfolk å lære de kritiske sammenhengene på området som er gjenstand for skjønnsutøvelse. Dels fordi tilbakemeldingene man får på sine vurderinger ikke er gode nok til å lære av dem og dels for at praksis ofte utelukker erfaringer som er nødvendige for læring. For eksempel er det en kjent antagelse at pasienter med psykiske lidelser ofte har traume fra barndom, men pasienter med traumer fra barndom som ikke har psykiske lidelser kommer heller ikke til behandling. Av den grunn kan det være grunnlag for å være skeptisk til fagfolks skjønn (Molander & Smeby, 2013, s.39). Et hjelpemiddel som kan forbedre skjønnsutøvelse er sjekklister (dersom de benyttes) (Molander & Smeby, 2013, s.42). Det er ikke mulig å lage generelle regler for alle ytelser i velferdsstaten, slik at man i enkelttilfeller kan avgjøre hvem som er berettiget til hva. Derfor kan ikke bruk av skjønn elimineres (Molander & Smeby, 2013, Kap3, s.45).

2.2.2 Terapeutisk allianse

Noen mener at mangel på god allianse med pasienten påvirker sjansene for å lykkes med den terapien som behandleren benytter. Dersom det stemmer og standardisering av behandlingstilbudet medfører at pasientforløpene blir kortere, kan dette påvirke mulighetene behandleren har til å skape en god allianse med pasienten og dermed effekten av den behandlingen pasienten får. Det kan også være slik at behandlingsformer som ikke krever sterk allianse velges fremfor de som krever sterk allianse, selv om behandleren foretrekker terapiform som krever sterk allianse.

Som nevnt i begynnelsen av denne seksjonen skriver Freidson om hvordan tillit mellom profesjonsutøver og klient er essensielt for at den profesjonelle skal kunne foreta skjønnsmessige vurderinger. I psykologisk behandling betegnes denne tilliten som terapeutisk allianse. Prosessforskning har gjennom tretti år dokumentert at mål på terapeutisk allianse er stabilt og moderat forbundet med effekt av psykologisk behandling. I flere studier er det pasientens egen vurdering av alliansen som er sterkest forbundet med effekt av behandling. Sammenhengen har latt seg påvise på tvers av ulike terapeutiske tilnærminger. Kvaliteten på alliansen ser ikke ut til å variere som en funksjon av valgt behandlingsmetode (Ryum, Stiles & Vogell, 2009, s.651). Dette har ført til at alliansen betraktes som en fellesfaktor i psykoterapi. Det er i tråd med den humanistiske tradisjons framheving av varme, ekthet og empati som nødvendige betingelser for terapi. Etter hvert har det skjedd en vridning til at allianse betraktes som en klart definert og operasjonalisert faktor i psykologisk behandling.

Samtidig har det pågått en diskusjon om alliansens plass og betydning på tvers av terapeutiske egenskaper, og om forholdet mellom metodespesifikke teknikker og allianse som en fellesfaktor. Tradisjonelt har de humanistiske, psykodynamiske og opplevelsesorienterte terapiretningene vært mest opptatte av den kurative siden ved alliansen, ved å betrakte relasjonen mellom terapeut og pasient som helende i seg selv. Andre terapi- retninger, som kognitiv atferdsterapi, har sett på allianse som nødvendig men ikke tilstrekkelig for effektiv terapi. Når det gjelder forskning på alliansens plass og betydning på tvers av diagnosegrupper, og forskning på om allianse kan være årsak til endring, er det flere ubesvarte spørsmål. Forskning av alliansens betydning for behandlingseffekt er gjort på sammensatte diagnosegrupper (Ryum et al., 2009, s.652).

Relasjonelle handlinger og behandlingsmetoder er så tett sammenvevd at det er vanskelig å skille hva som opererer når, underveis i en terapeutisk konsultasjon. Sommer-Flanagan har utviklet en liste på ni evidensbaserte atferdskriterier som kan være til hjelp når en behandler skal etablere terapeutisk relasjon til pasienten. Arbeidsallianse er en av de ni faktorene (Sommers-Flanagan, 2015, s.100). Et annet viktig spørsmål er hvorvidt alliansen i seg selv kan føre til endring i terapi, eller om den er resultat av at pasienten har opplevd symptomlette tidlig i behandlingen. De fleste klinikere forbinder allianse med noe annet enn et mål på

symptomreduksjon. Få studier har undersøkt dette eksplisitt, siden mål på allianse som regel er korrelert med endring fra behandlingsstart og til avslutning (total endring/symptomreduksjon). Det tas derfor ikke hensyn til at god allianse kan være en følge av initial symptomreduksjon (Ryum et al., 2009, s.653). Den samlede empirien for allianse som årsak til endring i terapi er så langt best dokumentert i forhold til reduksjon i depressive symptomer (Ryum et al., 2009, s.654).

Annen forskning har vist at største delen av sammenheng mellom terapeutisk allianse og behandlingseffekt bør tillegges forskjeller blant terapeutene. Hypotesen til Levin og Piazza-Bonin foreslår at ulikheter blant terapeutene er sentralt for å forstå både allianse og behandlingseffekt, og at psykoterapiforskning bør profittere på å utvikle empirisk forskning på terapeutiske ferdigheter (Levitt & Piazza-Bonin, 2016, s.31). Analysen av resultatene gir en beskrivelse av klinisk visdom som en toleranse for tvetydighet og sårbarhet (Levitt & Piazza-Bonin, 2016, s.43). Deltagerne beskrev klinisk visdom som evne til å akseptere at den beste løsningen på klientens problemer ofte ikke er umiddelbart tilgjengelig, men isteden benytte egen forståelse av klienten, psykoterapeutisk teori og egne erfaringer med motgang, mangfold og nære relasjoner til å hjelpe klienten utforske den tvetydighet og sårbarhet de opplever for å finne løsninger (Levitt & Piazza-Bonin, 2016, s.31).

2.2.3 Klinisk praksis

Med klinisk beslutning mener jeg de vurderinger og beslutninger en behandler tar vedrørende terapi i samråd med eller på vegne av pasienten hvor bruk av skjønn spiller en viktig rolle. Ekeland et al. har beskrevet hvordan tre logikker påvirker det kliniske beslutningsrommet til behandlere (Ekeland et al., 2011, s.6).

Forfatterne skiller mellom profesjonsautonomi, som gjelder profesjonenes forhold til samfunnet, og **klinisk autonomi**, som angår relasjonen til pasienten. Den kliniske autonomien er begrunnet i forvaltning av kunnskap og gjelder spesifikt i kliniske situasjoner (Ekeland et al., 2011, s 3). Det som skjer i «klinikk» må anses som den viktigste virksomheten, siden det er her helsevesenets “produksjon” realiseres (Ekeland et al., 2011, s.6).

Styringslogikken: Har utgangspunkt i markedsmodeller i privat sektor. Tankesettet fikk gjennomslag i helsesektoren med Sykehusreformen i 2002. Makten skulle forskyves fra fag og profesjon, til økonomi og administrasjon. Dette skulle føre til en bedre forvaltning av ressurser, og insentiver skulle motivere og disiplinere de ansatte. Behandlingen som foregår i det kliniske rommet, ble ikke lenger kun et klinisk anliggende, men «produksjon» hvor resultatene må synliggjøres og sammenlignes. Det vil det da være logisk å gjøre produksjonen (behandlingen) forutsigbar og effektiv fra et styringsperspektiv (Ekeland et al., 2011, s 4.) I PF skal resultater synliggjøres gjennom forhåndsdefinerte koder og sammenlignes på tvers av helseforetak (Helsedirektoratet, 2020).

Tilsynslogikk: Innebærer en overvåkning av klinisk praksis for å sikre kvaliteten på tilbudet. Profesjonsaktører forvalter store deler av offentlig budsjett gjennom sine beslutninger. Dårlige beslutninger kan ha store konsekvenser for samfunnet og den enkelte pasient. Forholdet til samfunnet bygger på en tillit til at profesjonene selv kan forvalte denne autonomien. En økende oppmerksomhet på tilbud og kvalitet har utfordret politikken. Det har oppstått et tillitsbrudd i forholdet mellom profesjon og samfunn. Konsekvensen av tillitsbruddet er at det lages strategier og tiltak for å reparere tilliten. Dette er bakgrunnen for fremveksten av kvalitetssikringsarbeidet på begynnelsen av 1990 tallet. «Accountability» er et sentralt begrep innen kvalitetssikring, og refererer til ansvarlighet og en mulighet for å bli stilt til ansvar. Det har medført større vekt på dokumentasjon og strategier for å observere praksis.

Økt kontroll av behandlere har ført til svekket handlingsrom. Tilsynssystemer kan virke demotiverende og oppfattes som mistillit av profesjonsutøverne. Spørsmålet blir da; når vil prosedyrer for tilsyn og kontroll svekke sitt eget formål om bedre kvalitet (Ekeland et al., 2011, s 5). En av målsettingene med PF er å sikre kvalitet i tilbudet til pasientene, og praksis overvåkes gjennom ulike kvalitetsparametere. Disse blir synliggjort på Helsenorge.no.

Evidenslogikken: Evidensbasert praksis (EBP) kommer fra medisinsk tradisjon og ble innført for å skape bedre forening mellom klinisk forskning og praksis. Tankesettet har i løpet av kort tid spredd seg til flere profesjonsfag. EBP betyr at

det foreligger gruppestudier (randomiserte kliniske studier – RCT) for behandlingen. For en avgrenset diagnostisk lidelse er det dokumentert at den gruppen som får behandlingsmetoden i gjennomsnitt får bedre resultat enn for gruppen som ikke får den behandlingsmetoden. Det er viktig å skille på hvordan kunnskapen fra RCT benyttes. Det er vesentlig forskjell på anbefalinger på populasjonsnivå og klinisk praksis. Å overføre statistisk gyldige sammenhenger fra gruppenivå til individer er forbundet med risiko, særlig om variansen er ukjent og vanskelig kan gjøres rede for teoretisk. Dette validitetsproblemet kan reduseres ved at klinikerer har en autonomi i sin praksis som gir mulighet for fleksibilitet og individuell tilpasning. Innen PHV er dette viktig fordi diagnosene har svak reliabilitet, sjelden opptrer i ren form og alene gir dårlig pekepinn for hva som er best behandling. EBP- logikken innebærer standardisering. Til en bestemt diagnose (problem) finnes det en behandling (tiltak) som har stabil effekt. Når psykoterapi ikke kan vise til særlig stabil relasjon mellom metode og virkning, kan en heller ikke hevde at standardisering av behandling vil gi bedre praksis (Ekeland et al., 2011, s 5). Det generelle PF inneholder ingen anbefalinger/føringer for hvilken behandling som skal benyttes. Behandlerne i sykehus må likevel forholde seg til diagnosespesifikke faglige veiledere, som angir best praksis (evidensbasert) i forhold til enkelte diagnoser.

Profesjoner kjennetegnes av autonomi, egenkontroll og selvjustis med begrunnelse i at kunnskapsbasen som forvaltes blir ansett som spesialisert og utilgjengelig for utenforstående. Klinisk logikk handler om at en profesjonell hjelper stiller sin kompetanse til rådighet for et hjelpetrengende menneske. Forholdet må prinsipielt være basert på tillit til at behandleren skal kunne gi hjelp, er kompetent til å gjøre det, og er innstilt på å tjene pasienten uten å være bundet av en makt med andre hensikter enn å hjelpe. Dette tillitsforholdet beskriver den terapeutiske alliansen. Dersom pasienten skal være aktør i egen behandling og ha medbestemmelsesrett, forutsetter det en kliniker som har tilstrekkelig autonomi til å komme pasienten i møte (Ekeland et al., 2011, s.4).

3.0 Metode

Opplevelsen av å ha profesjonsautonomi er knyttet til personen som erfarer dette, og denne opplevelsen vil variere mellom behandlerne. Min studie er derfor basert på en fortolkningsbasert tilnærming til forskning. Formålet er å forstå hvordan mennesker tolker og finner mening i sin virkelighet og erfaringer (Merriam og Tisdell, 2016, s.25). Fortolkningsbasert forskning (Basic kvalitativ forskning) er fundert i konstruktivisme, hvor man anser at virkeligheten er sosialt konstruert. Sannhet eller mening blir til og eksisterer i vårt samspill med virkeligheten. Mening konstrueres av mennesker på forskjellige måter gjennom at de fortolker verden de lever i (Cheek, 2019, s.31). Målet med en kvalitativ studie er å avdekke og fortolke informantenes meninger. Jeg ønsker å forstå hvordan innføring av PF som en organisatorisk styrt reform påvirker profesjonell autonomi i form av kliniske beslutninger sett fra behandlernes perspektiv, og hvilke konsekvenser det kan ha fått for behandlingstilbudet. Resultatene i dette studiet vil være min tolkning av informantenes forståelse av virkeligheten (Merriam & Tisdell, 2016, s.26).

3.1 Metodologi

Kvalitativ metode vil gi best svar på min problemstilling, gitt det ontoepistemologiske utgangspunkt jeg har beskrevet i innledningen til denne seksjonen. Kvalitative studier bygger filosofi fra konstruksjonisme, fenomenologi og symbolsk interaksjonisme. Det handler om å forstå fenomenet som studeres fra informantens perspektiv, ikke forskerens. Forskeren er det primære instrumentet for datainnsamling, prosessen er induktiv og rike beskrivelser karakteriserer sluttproduktet. Fordelen ved dette er at forskeren kan gi umiddelbar respons og kan utvide sin forståelse underveis i studiet gjennom verbal og non-verbal kommunikasjon. Dette gjør det også mulig å sjekke egen tolkning av svar/utsagn med informanten umiddelbart. Ulempen er at forskeren selv har egne menneskelige mangler og har med forantagelser inn i studiet som kan påvirke informantenes svar. Disse er det viktig å beskrive. (Merriam & Tisdell, 2016, s.16).

Jeg har valgt å benytte individuelle intervjuer som metode for min datainnsamling. Det gjorde det mulig å tilpasse intervjuene til når det passet best for mine informanter. Det ville vært vanskelig å få til den samme fleksibiliteten

med et fokusgruppeintervju. Datainnsamling ved observasjon var ikke et alternativ da det ville påvirket behandlernes pasienter som er en sårbar gruppe. Det var heller ikke nødvendig å observere behandlere i konsultasjoner med pasientene for å få data til min problemstilling. Begrensninger ved å bruke intervju som metode for å samle data er at det gir indirekte informasjon filtrert gjennom informantenes tolkning. De som intervjues er også forskjellige med hensyn til å uttrykke seg og ha perspektiv (Creswell, 2014, s.191).

3.1.1 Utvalg.

Formålsfullt utvalg (purposeful sampling) er basert på antagelsen om at forskeren ønsker å avdekke, forstå og få innsikt i et fenomen, og derfor må velge kilder hvor man kan lære mest. For å få tak i de kilder som kan gi mest informasjon må man først bestemme hvilke kriterier som er essensielle hos informantene som bidrar til å forstå forskningsspørsmålene (Merriam og Tisdell, 2016, s. 96).

Jeg har benyttet prinsippet om maksimal variasjon som metode for å velge informanter for å øke mulighetene for å kontrollere om andre forhold enn innføring av PF påvirker de kliniske beslutningene behandlerne tar i terapirommet. Mine funn kan ikke benyttes til å trekke kausale slutninger, men kan si noe om tendenser på tvers av mitt utvalg. Prinsippet om maksimal variasjon er å fange og beskrive sentrale tema på tvers av variasjon (Patton, 2002, s.230). Dersom analyse av data avslører mønstre på tvers av informanter med stor variasjon er dette viktige funn, som kan peke ut retning for videre forskning (Patton, 2002, s.235).

Kriterier for maksimal variasjon i denne undersøkelsen er kjønn, ansiennitet, utdanning og spesialisering. På grunnlag av de spesifikasjoner for utvalg jeg har beskrevet ble mine utgangs kriterier minimum 6 informanter: 3 med lang ansiennitet (Lege/ legespesialist, psykolog/psykologspesialist og høyskoleutdannet) og 3 med kortere ansiennitet (Lege/ legespesialist, psykolog/psykologspesialist og høyskoleutdannet). Det betyr at innenfor hver av disse to gruppene bør det inkluderes en spesialist, enten lege eller psykolog, og at det totale antallet kvinner og menn er noenlunde likt fordelt. De utvalgs-kriterier man velger for å få et formålsfullt utvalg reflekterer målsettingen med studiet og hjelper med å identifisere de informanter som kan være informasjonsrike (Merriam og Tisdell, 2016, s.97).

Jeg ønsket å få informanter med ulik ansiennitet, da de med lengst ansiennitet har opplevd endring over tid og kan tenke seg være mer negativt innstilt til PF enn de med kort ansiennitet. I denne forbindelse vil lang ansiennitet på den arbeidsplassen de arbeider på intervjuetidspunktet være 5 år eller mer.

Utdanningsbakgrunnen til behandlerne er av interesse da psykologer, leger og ansatte med høyskolebakgrunn har litt ulike oppgaver og fagetsiske retningslinjer å forholde seg til. For eksempel er det kun leger som kan gjøre medisinvurderinger og forordne medikamenter. En del psykometrisk testverktøy kan kun utføres av lege eller psykolog. Som lege- eller psykologspesialist har man utvidet ansvar for f.eks. erklæringer og vedtak. PF krever at spesialist skal være involvert i klinisk beslutning og evaluering av behandling, noe som kanskje kan ha medført ekstra arbeidsoppgaver for denne gruppen. Det var også av interesse å snakke med polikliniske behandlere med høyskolebakgrunn, da det kan tenkes at de hadde en annen opplevelse av innføringen og eventuelle konsekvenser for kliniske beslutninger. Ved at utvalget består av både menn og kvinner unngår jeg at fellestrekk ved data tilskrives kjønns-spesifikke forhold.

Det er i hovedsak rekruttert informanter fra flere poliklinikker som tilbyr generell behandling til voksne med psykiske lidelser. To av informantene arbeidet ved enheter som hadde spesialisert gruppetilbud og tilbud om behandling av tvangslidelse (OCD) etter strukturert manual. Ved å velge bort spesialiserte behandlingstilbud utelukkes muligheten for at forhold ved en høyspesialisert avdeling påvirker behandlernes autonomi (Patton, 2002, s.235).

Tvangsbehandlingsenheten drev spesialisert behandlingstilbud, men hadde gjort mye for å tilpasse sin drift til PF, så intervjuet ga rik informasjon til min problemstilling. Informanten fra gruppebehandlingsenheten behandlet pasienter med ulike diagnoser og hadde i stor grad merket hvordan forløpet hadde påvirket arbeidshverdagen. Jeg kan likevel ikke utelukke at det var særlige forhold ved de to enhetene som påvirket klinisk autonomi. Ved valg av lite, men variert antall informanter, vil data og analyse kunne gi rike beskrivelser av høy kvalitet i hvert tilfelle. Dette er nyttig for å dokumentere det unike ved hver behandlers opplevelse gitt at metoden benyttes riktig (Patton, 2002, s.235).

Det er 5 DPS (Distriktpsikiatriske) avdelinger i det området som er lokasjon for min studie, med 1-2 allmennpsykiatriske poliklinikker ved hvert DPS. Jeg sendte

epost fra min epostadresse ved høyskolen til kontaktadresse ved de ulike sykehusene. Henvendelsen gikk til seksjonsleder ved den enkelte poliklinikk, fordi det er seksjonslederne som avgjør om behandlerne får benytte tid til deltagelse. Jeg fikk da informanter fra en seksjon. Grunnet få svar tok jeg kontakt med avdelingsleder ved ett DPS som var behjelpelig med å sende ut min invitasjon via sin ledergruppe, noe som gav ytterligere informanter. For å få nok informanter var jeg nødt til å sende invitasjon til poliklinikker i det sykehuset hvor jeg jobber, jeg valgte da å sende min henvendelse til en seksjon hvor jeg ikke er tilknyttet ledelsen og fikk kontakt med tre informanter der. For å få oppfylt kriteriene for maksimal variasjon var jeg i behov av ytterligere en høyskoleutdannet, og var nødt til å rekruttere nærmere egen arbeidsplass for å få til dette. Valget falt da på en seksjon under annen avdeling enn den jeg jobber i. Totalt intervjuet jeg ved 6 poliklinikker fordelt på 3 sykehus.

Mine data kommer fra intervjuer med 11 informanter, 7 kvinner og 4 menn. Av disse var det 1 legespesialist, 1 lege under spesialistutdanning, 2 høyskoleutdannede med videreutdanning, 1 psykolog og 6 psykologspesialister. Alle ansatte som ga positiv respons ble inkludert, uavhengig av utdanning, da jeg regnet med å få problemer med rekruttering. Det er i utgangspunktet utfordrende å rekruttere informanter fra psykiatriske poliklinikker, fordi den enkeltes timebok er i hovedsak avsatt til pasienter. Den knappeste ressursen er legeressurser, så jeg var fornøyd med å få inkludert 2 leger. Det var i hovedsak psykologspesialister som svarte først, så derfor endte jeg opp med mange i den yrkesgruppen. Utvalget er likevel variert blant yrkesgrupper. Ni av de inkluderte hadde over 5 års ansiennitet ved aktuell poliklinikk. Det var ikke mulig å ekskludere informanter på bakgrunn av ansiennitet da det var informasjon jeg fikk under intervjuene. Når det gjelder utdanning innen behandlingsmetode brukte 4 behandlere kognitiv terapi som metode (kortere tids behandling), mens 6 hadde en psykodynamisk behandlingstilnærming (lengre tids behandlingsperspektiv).

Flere informanter med kort ansiennitet ville gitt meg førstehåndsinformasjon om arbeidssituasjonen til nyutdannede som er et av mine funn. Samtidig kan erfarne spesialister ha rikere informasjon om de endringer PF har medført, fordi de har mer erfaring å sammenligne med enn nyansatte. De med lang ansiennitet kan også stå i veien for endringer som er bra. Det er altså en mulig svakhet ved min

undersøkelse at ansiennitet kan ha påvirket mine funn siden jeg burde hatt med flere informanter med kort ansiennitet for å få ideell variasjon.

3.1.2 Datainnsamling

Semistrukturert intervju er benyttet for å få informasjon om informantenes opplevelser av hvordan PF påvirker profesjonsautonomi. Et kvalitativt intervju kan ha ulike grader av åpenhet. En semistrukturert intervjuguide åpner for at informantene selv kan ta opp temaer, samtidig som det var noen forhåndsbestemte temaer jeg ønsket å ta opp i løpet av intervjuet. For at et semistrukturert intervju skal bli vellykket er det viktig at intervjueren undersøker og følger opp momenter under intervjuet for å få en dypere beskrivelse og samtidig sørge for å stille spørsmål om relevante tema. Et semistrukturert intervju kombinerer åpne spørsmål med mer fokuserte spørsmål (Flick, 2015, s.141). Ved å benytte sterkere struktureringsgrad ville jeg ikke fått informasjon om nye psykologers arbeidshverdag. Problemene vedrørende overføring av pasienter ville heller ikke blitt avdekket, fordi det er opplysninger jeg fikk etter å ha stilt åpne spørsmål for å utdype informasjon. Forhold jeg ikke hadde tenkt så mye over i forkant av intervjuene var hvor mye av faget og det som skjer i terapirommet som er influert av evidensbasert tenkning, i tillegg til utfordringer ved for sterk brukermedvirkning.

Jeg benyttet en intervjuguide under intervjuene (Vedlegg nr. 2). PF for psykisk helse voksne, den første evalueringsrapporten fra SINTEF (2020), teori om profesjonsautonomi og klinisk praksis, samt egen erfaring med tema var de kilder som ble benyttet for å utarbeide intervjuguiden. Denne ble drøftet med veileder. Jeg hadde en åpen hensikt med min studie og gjennomførte prøveintervjuer med to kollegaer som garantert ville gi konstruktive tilbakemeldinger, på den måten sikret jeg at mine spørsmål ikke skulle oppleves følsomme eller vanskelige å svare på (Merriam og Tisdell, 2016, s.122).

For å legge til rette for en naturlig kontekst under intervjuene på behandlernes premisser, fikk informantene bestemme sted for intervju. Alle ønsket å benytte eget kontor. Intervjuene kunne blitt påvirket av forstyrrelser på telefonen eller henvendelser på døren, men skjedde ikke under noen av intervjuene. Intervjuene

ble tatt opp ved bruk av egen telefon med diktafon-app og tilhørende nettskjema som anbefalt av Høgskolen i Østfold (Universitetet i Oslo, 2022). Feltnotater under intervjuet for å beskrive stemningsskifte og ikke verbal informasjon (Merriam og Tisdell s.152). Skriftlig samtykke med informasjon om undersøkelsen ble innhentet fra alle informantene (Vedlegg nr.3). Jeg sendte dette på epost til informantene i forkant og hadde med skjema til intervjuet. Kort informasjon om rett til å trekke samtykket underveis, om anonymisering og oppbevaring av data ble gitt muntlig før intervjuet startet.

Intervjuene ble gjennomført i august/september 2020, mens koronarestriksjonene var noe løsere, så det ble mulig å gjennomføre intervjuene som planlagt. Utgifter i forbindelse med intervjuene gikk til transport. Hver deltager fikk en symbolsk gave som takk for at de stilte opp (håndkrem, kort og liten sjokolade), dette ble overrekt når intervjuet var ferdig. Jeg klarte å holde en tidsramme på 45 min – 1,5 time. Det ga tid til å få frem og utdype relevant informasjon, samtidig som det ikke er så langt at intervjuet ikke gikk ut over den tiden behandlerne hadde satt av til neste pasient.

Lydopptak av intervjuene ble lagret etter anbefalinger av Høgskolen i Østfold. Det var ikke behov for å lagre det som klassifiseres som sensitive data, så OneDrive integrert i Office 365 via Høgskolen ble benyttet til lagring. Jeg benyttet egen smarttelefon, med diktafon-app og nettskjema til å ta opp og lagre lyd. Jeg hadde dessverre ingen back-up, da det ville krevd to mobiltelefoner eller lån av diktafon fra biblioteket. Noen av opptakene hadde dårlig lyd kvalitet. Det skyldtes i en del tilfeller mikrofonen på egen telefon. Lydfilene ble transkribert, og kodet underveis i skriveprosessen. Intervjuene ble spilt av på VLC Media Player som anbefalt (Universitetet i Oslo, 2022). Det tok omtrent 1 time på å transkribere 10 minutter tale. De transkriberte intervjuene ble nummerert slik at det er mulig å finne tilbake til rådata som er benyttet i masteravhandlingen. Ordrett transkripsjon av intervjuer gir en god database til analyse. Arbeidet krever mye tid, men fordelene er at jeg har fått god kjennskap til mine data (Merriam og Tisdell, 2016, s.132).

3.1.3 Intervjuprosessen

I det første intervjuet var jeg preget av nervøsitet, men det løsnet utover i intervjuet. I tre av intervjuene var det vanskelig å høre/eller forstå hva informantene sa. Ved to av intervjuene skyldtes det utenlandsk aksent, og jeg fikk mulighet til å avklare direkte med informanten der jeg var usikker på enkelte ord. I det tredje intervjuet var informanten tydelig emosjonelt preget når vi kom inn på hvordan PF kan ha påvirket pasienttilbudet. I tillegg ble flere av svarene hvisket frem fordi vedkommende ikke ønsket at sjefen som satt på kontoret ved siden av skulle høre hva som ble sagt. De siste 15 minutter av dette intervjuet ble ikke lagret, og siden jeg ikke hadde back up til lydopptak kom ikke det med i mine data. Et intervju ble på kun 25 minutter, da mitt tog var forsinket, og informanten hadde pasient som kom etter den timen vi hadde til rådighet. Jeg valgte likevel å gjennomføre de viktigste spørsmålene da informanten var en av to høyskoleutdannede som var rekruttert. I de intervjuene som varte i over 45 minutter måtte lydopptaket startes på nytt. Deltagerne ble informert om dette i forkant av intervjuet, og omstart av lydopptaket fikk ingen konsekvenser for intervjusituasjonen.

En av informantene arbeidet i en spesialisert poliklinikk, som forholder seg til et diagnosespesifikt PF. Jeg var ikke klar over dette før intervjuet startet. Det som skiller dette forløpet fra det generelle er noe kortere frister i utredningsfasen. Dette ble diskutert med veileder og dataene fra intervjuet ble inkludert i undersøkelsen siden vedkommende hadde mye erfaring med PF. Ved et intervju ble informanten og jeg sittende å snakke videre etter at lydopptaker ble slått av. Det fremkom data i denne samtalen som ikke kom med på opptaket. Dette ble drøftet med veileder. Jeg sendte informanten en skriftlig forespørsel hvor hun fikk lese igjennom de elementene fra samtalen jeg ønsket å inkludere i mine data, og hun ga sitt samtykke til det.

Generelt ble jeg overrasket over hvor åpne de fleste informantene var, både med ærlig kritikk av PF og om elementer som ikke satte eget arbeidssted i godt lys. Det var lett å få samtalen i gang, flere satt pris på å få mulighet til å snakke om og reflektere over temaet i en ellers hektisk hverdag. Det var en fordel for mine

resultater at jeg hadde god kunnskap om organisasjonen og PF, da det ga meg mulighet til å stille nyanserte, utforskende spørsmål underveis i intervjuet.

3.1.4 Finne koder og analysere

Dataanalyse i kvalitativ forskning er induktiv og preget av konstant sammenligning hvor målet er å finne svar på forskningsspørsmålene i datamaterialet. Jeg har benyttet prinsipper for åpen koding og innholdsanalyse under bearbeidelsen av mine data. Koding er prosessen med å bryte ned data i deler, tolke og sette sammen databiter på nytt til begreper. Åpen koding uttrykker data som begrep, meningsenheter. Disse begrepene blir videreutviklet til kategorier, hvor de data som hører under en kategori blir benevnt, slik at kategorien blir presist beskrevet (Merriam og Tisdell, 2016, s.179). I første runde farget jeg tekstbiter fra intervjuene basert på mine tre forskningsspørsmål (grønn - autonomi, gul – andre forhold, lilla - behandling). Dette hjalp meg å sortere mengden tekst. Så ble hvert fargede tema gjennomgått for å finne fellestrekk og underkategorier. Det ga tre hovedkategorier med 14 underkategorier. Data ble sortert på nytt for å se skillet så ikke data passet inn i mer enn én kategori, det førte til 14 hovedkategorier med 81 underkategorier. Deretter ble de funn som pekte seg ut på tvers identifisert, det ga 5 hovedkategorier med 3-4 underkategorier til hver. Hovedkategoriene var profesjonsautonomi, behandling, arbeidsforhold, kvalitet og implementering. Eksempler på underkategorier til arbeidsforhold er: Arbeidspress, faglig utvikling, endrede arbeidsoppgaver og fleksibilitet. Til slutt benyttet jeg søkeord i mine Word-dokumenter for å dobbeltsjekke at data i en kategori ikke gjentok seg i andre kategorier.

3.2 Metodologisk drøfting

Forskningsresultater er troverdige i den grad studiet er gjennomført med en viss strenghet. Kvalitativ forskning baserer seg på antagelse om virkeligheten og derfor skiller reglene seg fra kvantitativ forskning. Troverdighet refererer til begrepene validitet og reliabilitet, selv om disse begrepene er bestridt i kvalitativ forskning. Det å sikre validitet og reliabilitet i studiet innebærer blant annet å gjennomføre undersøkelsen på en etisk måte (Merriam og Tisdell, 2016, s.237).

Indre validitet eller troverdighet handler om hvordan resultatene forskeren finner, relaterer til virkeligheten. Den beste måten å sikre indre validitet på er ved triangulering. Dette gjøres gjennom å bruke flere metoder for datainnsamling gjennom for eksempel intervju, feltobservasjoner (notater) og dokumenter som er relevante for temaet som studeres. Triangulering ved å bruke flere datakilder innebærer å sammenligne data fra intervjuer med mennesker med forskjellig perspektiv (Merriam og Tisdell, 2016, s.245). En annen metode for å sikre troverdighet er gjennom å sjekke med informantene at forskerens fortolkninger høres riktige ut. Tidspresset den enkelte behandler har i sin arbeidshverdag har medført at jeg ikke ville påføre de ekstraarbeid med å få individuell validering av mine data fra informantene. Jeg har imidlertid diskutert mine funn med kollegaer, som kjenner temaet for min undersøkelse gjennom erfaring. Den tredje metoden er å ha et adekvat engasjement under datainnsamlingen. Det innebærer å stoppe intervjuene når man ikke får ny informasjon og se etter data som støtter alternative forklaringer. Refleksivitet handler om hvordan forskeren påvirker, eller lar seg påvirke av forskningsprosessen, og er også en metode for å styrke studiets troverdighet (Merriam og Tisdell, 2016, s.249).

Når det gjelder egen forforståelse så har jeg et engasjement for de alvorlig syke. Jeg har lenge arbeidet med pasienter som har psykoselidelse og deres familier, og har sett hvordan det behandlingstilbudet som er anbefalt har vært vanskelig å etablere. Min opplevelse er at denne pasientgruppen ikke får et optimalt behandlingstilbud i spesialisthelsetjenesten. Min antagelse er at med ytterligere begrensede rammer etter innføring av PF, blir det vanskeligere å gjennomføre et behandlingstilbud som strekker seg over minst et år. I senere tid har jeg også fått erfaring som pårørende og erfart hvor sårbart overganger mellom tjenestetilbud og bytte av behandlere kan være. Dette kan ha påvirket min tolkning av de data som omhandler dette, samtidig som jeg har vært bevisst på dette i analysen. Refleksivitet handler om at forskeren under planleggingen av studiet er åpen om og reflekterer rundt egne verdier, partiske holdninger og personlig bakgrunn som former egne fortolkninger gjennom studiet (Creswell, 2014, s.187).

Gjennom mitt arbeid med å implementere PF har jeg særlig møtt motstand hos eldre behandlere med lang ansiennitet, som ønsker å gjøre slik de alltid har gjort. PF er noe vi alle er pålagt, og min erfaring er at det fungerer best om vi forsøker å

tilpasse til eksisterende drift, og forsøker å minimere ekstraoppgavene til behandlerne. Samtidig er min erfaring at de ulike enhetene samhandler lite når det gjelder pasienter som skal overføres fra ett sted til et annet, noe forløpene kan bidra til å forbedre. Jeg har jobbet noen år som leder og har i perioder oppfattet motstand som noe negativt og litt slitsomt. Nå tenker jeg at motstand også kan være nyttig fordi det kan bringe inn andre perspektiv og gjøre at vi blir bedre i stand til å ta gode beslutninger. Gjennom mitt arbeid i ledergruppa har jeg sett hvordan krav til aktivitet og produksjon øker årlig, og har tenkt at dette må påvirke det beslutningsrommet behandlerne har i sitt kliniske arbeid. Denne studien er min en mulighet til å undersøke hvordan kliniske beslutninger påvirkes i rammene av PF, samtidig som jeg har forsøkt å være åpen for at det kommer andre svar enn det jeg på forhånd hadde forventet.

Jeg var bevisst på å ha en rolig stil under intervjuene og lot informanten fortelle fritt, selv om det ikke alltid passet med rekkefølgen på mine spørsmål. I og med en semistrukturert intervjuguide er benyttet, kommer en del av mina data som direkte respons på mine spørsmål, og det kan virke førende på videre informasjon informanten gir. Samtidig gir en semistrukturert intervjuguide informanten mulighet til å komme med uoppfordret informasjon.

Den sammenheng informasjonen blir samlet inn i kan også påvirke de svarene jeg får, derfor var det viktig at informantene fikk bestemme egnet sted. Det å intervju på jobben forutsetter at informanten kan ta fri den tiden intervjuet tar. Noen av mine informanter hadde studiepermisjon og derfor satt av god tid. De intervjuene hvor informanten hadde pasienttime rett etter intervjuet var preget av at jeg var nøye med å holde tiden, det kan ha gjort at jeg ikke fikk stilt oppfølgingsspørsmål der det kunne ha vært relevant. Undersøkelsen var planlagt for at informantene skulle tenke igjennom temaet på forhånd, så mine forskningsspørsmål ble avslørt i informasjonsskrivet som jeg sendte i forkant av undersøkelsen. Informantene fikk selv bestemme tidspunkt etter hva som passet i deres timeplan, det kan tenkes at de intervju som foregikk sent på dagen ble preget av at informanten var sliten etter en lang arbeidsdag.

Utover i intervjuene startet jeg å spørre om hvilken foretrukken terapimetode behandleren hadde, fordi de første informantene ga inntrykk av at lengden på

behandling var blitt begrenset. I tillegg ble avslutningsproblematikk og hvordan endringer PF har medført hadde påvirket det kollegiale fellesskapet temaer som kom til etter hvert i prosessen. Det var imidlertid ingen spørsmål fra den opprinnelige intervjuguiden som ble kuttet ut. Min oppmerksomhet på det jeg har beskrevet over kan ha gjort at jeg ikke fikk tilstrekkelig informasjon om flere fordeler ved PF.

Reliabilitet er problematisk i sosialvitenskap fordi menneskelig atferd aldri er statisk. En informants opplevelse er ikke mer sann enn en annens, selv om de er ulike. Reliabilitet er basert på en antagelse om at det finnes en virkelighet og om den studeres gjentatte ganger vil man få samme resultat (Merriam og Tisdell, 2016, s.250). I kvalitativ forskning er det derfor viktigere å vurdere om resultatene er i overenstemmelse med datainnsamlingen, det kalles konsistens. Det kan foregå flere fortolkninger av samme datamateriale, og resultatene står til de blir direkte motsagt av nye bevis. Dersom resultatene av undersøkelsen er i samsvar med de data som er presentert, er forskningen å anse som pålitelig (Merriam og Tisdell, 2016, s.252).

Ekstern validitet eller overførbarhet handler om i hvilken utstrekning resultatene fra en undersøkelse kan overføres til andre situasjoner. Spørsmålet om generalisering har blitt diskutert av kvalitative forskere over tid. Vanskeligheten handler dels om å tenke på generalisering på samme måte som forskere som benytter kvantitativ metode. I kvalitativ forskning er utvalget presist samlet fordi forskeren ønsker dybdeinformasjon, ikke hva som er generelt sant for mange (Merriam og Tisdell, 2016, s.254). Den vanligste måten å forstå generalisering i kvalitativ forskning på, innebærer i hvilken utstrekning den som leser undersøkelsen kan overføre funnene til hans eller hennes egen situasjon. For å øke muligheten for at resultater kan overføres benyttes flere metoder, for eksempel rike beskrivelser (thick descriptions) av settingen og resultatene av undersøkelsen, og maksimal variasjon av utvalget (Merriam og Tisdell, 2016, s.258).

Noen informanter gir bedre informasjon enn andre. Alle som ble intervjuet er førstehåndskilder til å studere om innføring av PF har hatt betydning for behandlingstilbud og rammer i psykiatrisk poliklinikk. Det er behandlerne som er ansvarlig for å gjennomføre behandling etter forløpets modell. Når det gjelder

funn som omhandler nye psykologers arbeidssituasjon er mine informanter i hovedsak andrehåndskilder, og gir informasjon andre har fortalt dem. Jeg mener likevel dataene er troverdig, da informasjonen kommer fra psykologspesialistenes veiledning av nyutdannede. Alle kildene mine hadde god kunnskap om PF, da dette var noe som var aktuelt i deres arbeidshverdag.

Som tidligere nevnt ble jeg overrasket over åpenheten til mine informanter. De hadde ingen problemer med å fortelle om det de opplevde var positivt eller negativt. De fleste fortalte også hvordan innføringen hadde påvirket arbeidsmiljøet. Jeg tror imidlertid ingen av informantene ville avslørt dersom de mente innføring av PF hadde medført at pasienter fikk uforsvarlig behandling. Alle behandlere har et selvstendig ansvar for å sørge for at pasienten får forsvarlig behandling eller melde fra dersom det er fare for at behandlingen blir uforsvarlig. Jeg har basert meg på maksimal variasjon av mine kilder, som jobber i like enheter. Det gjør at dataene kan sammenlignes. I og med jeg har gjennomført intervjuer på seks ulike lokalisasjoner er kildene til dels uavhengige av hverandre. Flere informanter ønsket at egne innvendinger mot PF og hvilken betydning det hadde fått for arbeidshverdagen, skulle frem. Ut fra mitt datamateriale har jeg ikke klart å finne hvorvidt mine informanter kan ha hatt andre motiver eller interesser for å delta.

Det hadde vært interessant å studere en behandlingsform som utfordrer det man blir målt på (for eksempel psykoanalytisk terapi eller annen langtids terapi), etter innføring av PF, for å se om denne behandlingsformen har tapt terreng med konsekvens for den pasientgruppen det er anbefalt for. Jeg kunne likevel ikke med sikkerhet slått fast at det er kun implementering av PF som har medført at behandlingsformen har tapt terreng, da jeg måtte tatt høyde for flere faktorer. Jeg kunne også valgt å intervjuere behandlere som er gode på de pasienter som trenger lang behandling, for å få spesifikk informasjon om innføringen har fått konsekvenser for deres pasientgrupper, men det ville vært vanskelig å bestemme hvilke kriterier som bestemmer hvilken behandler som er god. Ved å gjøre et utvalg basert på maksimal variasjon legger jeg til rette for at undersøkelsen får et større bruksområde. Maksimal variasjon benyttes for å dokumentere forskjeller og finne likheter på tvers av forskjellige enheter. Det gjør det mulig å overføre resultat til andre enheter (Merriam og Tisdell, 2016, s.257).

3.3 Etiske refleksjoner

Undersøkelsens troverdighet er avhengig av forskerens etiske perspektiv.

Dataenes troverdighet vil være direkte knyttet til troverdigheten til den som har samlet og analysert dataene, og den kompetansen vedkommende viser (Merriam og Tisdell, 2016, s.260). I kvalitative studier er det sannsynlig at etiske dilemmaer oppstår i forbindelse med datainnsamlingen og formidling av resultater (Merriam og Tisdell, 2016, s.261). Innlevelse og fortolkning er ofte en integrert del av forskningsprosessen i samfunnsvitenskap. Forskjellige faglige tilnærminger og teoretiske ståsteder kan åpne for ulike, men likevel rimelige tolkninger av det samme materialet. Det er derfor viktig å reflektere over hvordan egne verdier og holdninger kan påvirke valg av tema, datakilder og tolkninger. Redelighet i dokumentasjon, konsistens i argumentasjon, upartiskhet i vurderinger og åpenhet om usikkerhet er felles forskningsetiske forpliktelser, uavhengig av verdimessig eller vitenskapsteoretisk posisjon (NESH retningslinjer, 2016, s. 10).

Min grunnutdanning er sykepleie. Det betyr at min grunnutdanning er ulik utdanningen til flertallet av mine informanter og representerer en yrkesgruppe som sjeldnere får mulighet til å jobbe i psykiatrisk poliklinikk. I min avdeling har jeg hatt ansvar for å implementere PF, noe som kunne ha bidratt til at jeg er mer positivt innstilt enn mine informanter. Jeg opplevde at informasjonen fra mine informanter preget mitt syn i en mer negativ retning underveis i intervjuprosessen. Dette var noe jeg måtte være bevisst på i tolkningen av mine data, slik at ikke informasjon som var fordelaktig for PF ble oversett.

Prinsippene for sosialvitenskap er at forskningen ikke skal gjøre skade, skal være til nytte for andre, respekt for informantenes autonomi og selvbestemmelse og rettferdighet (alle skal behandles likt). God og ansvarlig forskning innbefatter også vurderinger av utilsiktede og uønskete konsekvenser. Forskeren må forsikre seg om at forskningen ikke bryter med lover og regler eller utgjør en risiko for mennesker, samfunn og natur – i tråd med forskningsetiske prinsipper om bærekraft og føre-var (NESH retningslinjer, 2016, s.11). Jeg har planlagt og utført min studie i tråd med NESH's forskningsetiske retningslinjer og de etiske anbefalingene til Høyskolen i Østfold. En negativ konsekvens av intervjuene for mine informanter er at de bruker tid som ellers kunne vært benyttet med klienter. De fleste behandlere i poliklinikk har imidlertid noe tid avsatt i sin arbeidstid til

faglig oppdatering og administrative oppgaver. De informantene jeg intervjuet hadde fått tillatelse av leder til å sette av tid til intervjuet, og noen ga tilbakemelding om at det var fint å få reflektere over temaet i en ellers hektisk hverdag. Forskeren skal arbeide etter en grunnleggende respekt for menneskeverd. I forskningsetikken innebærer det at enkeltindivider har interesser og integritet, som ikke kan settes til side i forskningen for å oppnå økt innsikt eller for å gagne samfunnet på andre måter (NESH retningslinjer, 2016, s.12).

Min undersøkelse setter søkelys på behandlernes opplevelser av egen autonomi og kvalitet på pasienttilbudet etter innføring av PF. Dette er et bidrag til den pågående evalueringen av forløpene. Implementering og medfølgende endring i arbeidsfordeling har for en del avdelinger vært svært ressurskrevende, og det er av samfunnsøkonomisk interesse at behandlerne får benyttet sin kompetanse til pasientene de skal hjelpe. Studiet vil også kunne sette lys på eventuelle forbedringsområder i PF, noe som er viktig i et organisasjonsutviklingsperspektiv. Jeg vurderer at innsikten undersøkelsen oppnår veier tyngre enn den belastningen det påfører de informantene som samtykker i å delta.

Behandlerne har taushetsplikt for sine pasienter, og er godt trent i å ivareta dette. Dersom informantene ser på meg som kollega og ikke forsker kan det være en fare for at de deler sensitiv informasjon for å eksemplifisere sine svar. Det er mitt ansvar i intervjuet å ivareta dette på en god måte, gjennom å respektfullt minne om min rolle som forsker i intervjuet og søke veiledning i etterkant dersom jeg skulle komme i en slik situasjon. De pasienteksemplene informantene ga under intervjuene inneholdt ingen opplysninger som kunne identifisere pasienter. Forskeren bør ta hensyn til mulige negative konsekvenser for tredjepart. Det er særlig viktig der sårbare informanter, slik som barn og mindreårige, er indirekte involvert i forskningen. (NESH retningslinjer, 2016, s.19). Min intervjuguide inneholdt ikke spørsmål som kunne identifisere sårbare grupper. Et av forskningsspørsmålene er om PF får konsekvenser for de kliniske beslutninger behandlerne tar. I den forbindelse fikk jeg informasjon om mulige negative konsekvenser for pasientgrupper, men min undersøkelse vil ikke gi noen konsekvenser for pasientene til de behandlerne som deltar.

Undersøkelsen ble gjennomført med de utvalgte informanter som har gitt informert samtykke. Informasjonen skal gis på en nøytral måte slik at deltakerne ikke utsettes for utilbørlig press. Informasjonen må være tilpasset deltakernes kulturelle bakgrunn og formidles på et språk som de forstår (NESH retningslinjer, 2016, s.13). Kravet om samtykke skal forebygge krenkelser av personlig integritet og sikre forskningsdeltakernes frihet og selvbestemmelse. Samtykket skal være basert på informasjon om prosjektets formål, metode, risiko, mulig ubehag og andre konsekvenser som kan ha betydning for deltakerne (NESH retningslinjer, 2016, s.14). Når forskeren lover informanten konfidensialitet, er det et løfte om at informasjonen ikke skal formidles videre på måter som kan identifisere informanten (NESH retningslinjer, 2016, s.16). Deltagerne fikk anledning til å stille spørsmål. De kan trekke sitt samtykke når de ønsker, og ble informert om dette i informasjonsbrevet og i forkant av hvert intervju. Min kontaktinformasjon ble gitt til informantene, slik at de har hatt anledning til å ta kontakt etter intervjuet.

Jeg ville unngå å studere i egen organisasjon. Organisasjonen jeg arbeider i er stor og består av flere avdelinger. Min stilling som rådgiver for avdelingssjef innebærer at jeg sitter tett på ledergruppen. De poliklinikker som hører til vår avdeling er derfor ikke egnet til studiet, da det kan påvirke hvordan de behandlerne svarer og det er en fare for å bli oppfattet som partisk. Først ble informanter fra andre sykehus rekruttert. For å få nok informanter måtte jeg henvende meg til en annen avdeling ved samme sykehus, hvor jeg ikke har kontakt med ledergruppen. Det har ikke oppstått situasjoner hvor jeg har hatt flere roller ovenfor mine informanter. Forskeren har ansvar for å tydeliggjøre grensene for forskningsrelasjonen i situasjoner hvor forskeren opptre med flere roller overfor sine informanter (NESH retningslinjer, 2016, s.22).

4 Resultater og drøfting

I dette kapittelet blir mine funn presentert. Empiri, teori og resultat fra andre undersøkelser er benyttet til å argumentere for de resultatene jeg fant gjennom analysen av datamaterialet. Behandlernes opplevelse av hvordan PF arter seg i praksis vurderes opp mot idealet som er beskrevet i neste seksjon. Mine

hovedfunn er at forløpet ikke passer i PHV (4.2), det har medført at behandlingstilbudet i psykiatriske poliklinikker har blitt mindre variert og behandlingstiden kortere (4.4). Et ulikt syn på kvalitet fra politikere, ledelsens og behandlernes side blir tydelig med PF. Det har noe å si for hvilken kvalitet det blir på behandlingstilbudet og hva som vektlegges som viktig i behandlingen (4.3). Innføringen har medført et ytterligere arbeidspress på de ansatte og deres påvirkningsmuligheter som er med å bestemme hvilke beslutninger de tar vedrørende pasientbehandlingen (4.5). I slutten av dette kapittelet vil jeg oppsummere hvordan resultatene som er presentert i de ulike seksjonene gir svar på mine forskningsspørsmål (4.6). I avslutningskapittelet vil jeg trekke tråder mellom de ulike funnene.

I dette kapittelet vil jeg analysere mine funn sett i lys av PF's målsetting og den undersøkelsen SINTEF utførte med fagmiljøene i 2020 og med brukere av tjenestene i 2021.

4.1 Idealet

Forløpene ble innført i PHV for å styrke kvaliteten i tjenestene, øke samhandling mellom ulike aktører, og tilrettelegge for trygge og forutsigbare forløp som igjen bygget på internasjonale faglige retningslinjer og veiledere for utredning og behandling (Hansen & Onaheim, 2020, s.9).

Målsetningen med “Pakkeforløp for psykisk helse og rus” er:

- økt brukermedvirkning og brukertilfredshet
- sammenhengende og koordinerte pasientforløp
- unngå unødig ventetid for utredning, behandling og oppfølging
- likeverdig tilbud til pasienter og pårørende uavhengig av hvor i landet de bor
- bedre ivaretagelse av somatisk helse og gode levevaner

Forløpet skal tilpasses hver enkelt pasients situasjon, ønsker og behov. God informasjon og forutsigbarhet for pasient og pårørende skal sikres gjennom hele forløpet. Alle PF inneholder beskrivelse av kontaktpunkt og oppfølging i

kommunene, og ivaretagelse av somatisk helse og levevaner (Helsedirektoratet, 2018b).

Men er det ikke slik at uansett hvor mye et ideal prøver å forme virkeligheten, så ender virkeligheten opp med å forme idealet?
(KOTE, 2018)

Resultatene i SINTEF- rapporten viser gjennomgående forskjeller mellom behandlere og leders oppfatninger, der ledere er mer positive til at PF bidrar til mer brukermedvirkning, sammenheng og bedre ivaretagelse av somatisk helse. Behandlerne på sin side vil trolig i større grad enn ledere uten behandlingsansvar oppleve effektene av de konkrete organisatoriske endringene som innføres, og det presset og stresset som eventuelt oppstår, ettersom det er behandler som skal effektivere endringene overfor pasientene og registreringssystemet.

Vårt hovedinntrykk, basert på kvalitative intervjuer i de 18 enhetene vi besøkte, er at ledere og behandleres ulike roller og ståsted knyttet til implementering av pakkeforløp i liten grad står i motsetning til hverandre. Mange ledere vi intervjuet var opptatt av å implementere pakkeforløp på en måte som skaper minst mulig press og stress i systemet (SINTEF, 2020, s.11).

SINTEF- rapporten fra 2020 skiller ikke på utdanning og erfaring blant informantene. Den skiller imidlertid mellom poliklinikk og døgnbehandling, og mellom Tverrfaglig spesialisert rusbehandling (TSB) og PHV.

Målsettingen om likere behandling og mer struktur på utredning var alle informantene enige i, men de erfarer ikke at PF bidrar til å nå målene. Det bidrar ikke direkte til å motvirke målsettingen, og oppleves som på siden av klinisk praksis (SINTEF, 2020, s. 83).

Flere av mine informanter mener PF fungerer som en huskeliste eller sjekkliste, som noen ganger kan være nyttig. Det har bidratt til mer strukturert utredning. Noen av behandlerne mener at det er bra da enkelte terapeuter har brukt for lang tid på utredningen tidligere. Alle informantene er enig i målene til PF, men opplever ikke at forløpet er løsningen for å nå målene.

4.2 Pakkeforløp passer ikke i psykisk helsevern

PF oppleves som nærmest irrelevant eller helt på siden av virksomheten for flere av mine informanter. De tenker likevel ikke at forløpet direkte bidrar til dårligere kvalitet på tjenesten.

Det er stor forståelse for målsettingen med at hvor du mottar behandling ikke skal ha noe å si for tilbudet pasientene får. Ulikhetene mellom sykehus og DPS skal jevnes ut når det gjelder behandlingstilbud. Intensjonen er god, men ut fra forutsetninger som er helt feil for PHV. Verktøyet PF blir en tilsynelatende for enkel løsning på veldig kompliserte problemstillinger.

Selvfølgelig lytter man til det hvis man sitter og skal prøve å fatte avgjørelser. Jeg tenker, jeg har jo ikke noen gode nyheter å selge inn jeg heller, når jeg sier at ting er vanskelig, det tar tid, vi kan ikke vite resultatene av det ... Ingen ville jo kjøpt det, hvis det var produktet man solgte, når en annen står og sier at: vi har svarene, de er enkle, de er billigere enn vi tror og lettere enn vi trodde (Informant 7, linje 114).

Det var en forventning til PF i forkant om noe mer enn registrering og koder. Det har ikke vært samsvar mellom tanken bak forløpet, og hvordan det har artet seg i praksis. Den ekstrajobb PF har medført oppleves som særdeles unødvendig da resultatet av arbeidet blir en slags huskeliste som skal sikre at alle pasientforløpene inneholder de samme elementene. Tidspress, krav til dokumentasjon og registrering ser ut til å være lite forenlig med kjernen i psykologifaget. *“Jeg synes det er vanskelig, pakkeforløpet har ødelagt hele psykiatrien”* (Informant 2, linje 4).

Avstanden mellom de som har utarbeidet PF og “fotfolket” blir tydelig i mitt datamateriale og dette blir drøftet mer i seksjon 4.3. “Fotfolket” oppfatter at de som har utarbeidet forløpet ikke skjønner hva psykisk lidelse er, eller hva jobben behandlerne forsøker å gjøre, handler om. Når frister får stor oppmerksomhet, gir det en følelse av utilstrekkelighet da de er urealistiske å rekke, og det er ubehagelig. Dersom en behandler skal klare fristene mener informantene de har behov for mer ressurser (flere folk). Behandlere i psykiatrien arbeider nettopp med å hjelpe andre mennesker med endring og erkjenner hvor vanskelig det kan

være å gjøre ting annerledes. Når endringen ikke fører til noe som oppleves som bra/nyttig blir det enklere å gjøre som man alltid har gjort.

Debatten om PHV avdekker avstand mellom forventninger og virkelighet. I psykiatrien mangler det ofte velavgrensede endepunkter for behandling, spesielt i de alvorlige tilfellene. Hvilke somatiske behandlingsformer avkreves en nullvisjon for død, ikke vedkjenner seg kroniske, uhelbredelige tilstander, motsetter seg pallegang og behandlingsbegrensning, samt har hele livsanskuelsen som endepunkt? Realistiske forventninger er en forutsetning for optimal behandling. Det er grunn til å mistenke at urealistiske forventninger til psykiatrisk behandling hos pasienter, pårørende og politikere gjør selve behandlingen dårligere enn den ellers kunne vært (Malkolmsen & Solberg, 2022).

Det virker som om politikerne har tenkt at det pakkeforløpet innen kreft fungerte jo så veldig bra, så da bare overfører vi det, liksom, til psykiatrien. Eh ... og så er ikke det, helt åpenbart, på samme måte. I realiteten legger pakkeforløpet et press på behandlerne på en måte, for behandlerne opplever at de har fått flere forpliktelser uten at de har fått flere ressurser. Politikerne har rett og slett gitt løfter som frontlinjen av psykiatere og psykologer ikke har mulighet til å holde (Informant 9, linje 132).

Det er for eksempel ikke mulig å ta pasientene inn igjen etter kort tid dersom motivasjonen til pasienten endrer seg, det er ikke forenlig med de timebøkene polikliniske behandlere har i dag.

En kvalitativt god utredning er viktig for å kunne gi god behandling ifølge mine informanter. PF medfører en utfordring ved at utredning skal starte tidlig, før man har fått en relasjon til pasienten. Selv om det å strukturere utredningen er i fokus, bidrar ikke det til at man får behandlet flere. To av mine informanter mener det er positivt med frister på utredning, men opplever at det er vanskelig å gjennomføre i praksis. Mine funn er i overensstemmelse med SINTEF sin brukerundersøkelse som viste få resultater som tilsa at utredningstiden opplevdes for kort. Deltagerne i den undersøkelsen opplevde tvert imot at det var overdrevent bruk av spørreskjema og for stor oppmerksomhet på å stille diagnose før oppstart av behandling. (SINTEF, 2021, s.14).

Den kvalitative delen av undersøkelsen til SINTEF fant at behandlere og lederes uttalte skepsis ofte var knyttet til det som ble oppfattet som et kunstig skille mellom utredning og behandling. Man mente dette skillet førte til uheldige konsekvenser for tilbudet til pasientene. Faren de så for seg er at mer standardisering vil gi negative effekter på tilbudet til pasienter (SINTEF, 2020, s.11). PF angir ikke en forløpstid for behandling, men flere brukere uttrykte engstelse for at de ikke skulle få nok tid til å fullføre påbegynt behandling etter innføringen (SINTEF, 2021, s.89). *“Jeg tenker at det ikke bidrar overhode (til kvalitet). Pakkeforløpet er helt sikkert ikke imot det. Men å si at en basisutredning skal være ferdig innen seks uker, er ... nokså irrelevant med tanke på kvalitet”* (Informant 7, linje 54).

I min undersøkelse er inntrykket at det kunstige skillet mellom utredning og behandling passer dårlig i psykiatrisk behandling, der utredning og behandling ofte foregår samtidig. Det er få pasienter som klarer å forholde seg til at de skal fylle ut skjemaer og vente med å snakke om det som de er opptatt av. Noen ganger er det også behov for å starte behandling, nettopp for å kunne stille rett diagnose, og da blir det brudd med PF. Dette gjør at skillet oppleves unaturlig.

Flere av informantene i min undersøkelse mener at rammer og struktur er viktig for god behandling, men PF er ikke den optimale løsningen. Kartleggingen i startfasen som de er pålagt å gjøre, oppleves meningsløs, da en del spørsmål gir lite informasjon om det pasientene faktisk er henvist for. I psykiatrisk behandling er det viktig å ha oppmerksomheten rettet mot det pasienten faktisk sier og da blir det forstyrrende å forholde seg til sjekklister. Noen ganger oppleves det upassende og lite relevant for behandlerne å spørre om de elementene forløpet krever i utredningsfasen. *“Så opplever pasientene at det er helt meningsløst, de blir utålmodige: “ja, men hva har du med min tannstatus å gjøre” liksom, det blir en sånn her grenseoverskridende ...”* (Informant 9, linje 50). Flere mener at de elementene sjekklister skal sørge for blir gjort, blir bedre ivaretatt av å drøfte pasientens problemstilling i tverrfaglige team med kollegaer.

Kravene i PF er vanskelig å etterleve for psykiatriske behandlere.

Spørreundersøkelsen SINTEF gjennomførte viser at det er relativt få, rundt 20 prosent, innen PHV som mener forløpet i noen grad har bidratt til bedre

ivaretagelse når det gjelder somatisk helse og gode levevaner. Samtidig som det totalt sett er få som mener at PF har bidratt, så svarer de fleste at de allerede er gode på å følge opp somatisk helse fra før (SINTEF, 2020, s.10).

Hovedinntrykket fra de kvalitative intervjuene er at man ikke har endret praksis når det gjelder oppfølging av somatisk helse og levevaner (SINTEF, 2020, s.46). I undersøkelsen av brukernes erfaringer var det imidlertid flere deltakere som opplevde at deres somatiske helse ikke ble tatt på alvor i møte med behandlingsapparatet innen psykisk helse og rus. De trakk fram hvordan det psykiske kan påvirke det fysiske og omvendt, og at dette var noe de ønsket mer søkelys mot (SINTEF, 2021, s.13).

Informantene i min undersøkelse forteller at det i hovedsak er fastlegene som skal sørge for somatisk undersøkelse før henvisning. Somatisk helse og gode levevaner er underprioritert. Noen steder er det lite tilrettelagt for somatiske undersøkelser. Det er i hovedsak legespesialister og leger i spesialisering som har ansvar for somatiske undersøkelser i spesialisthelsetjenesten, og jeg har kun to leger i mitt utvalg. Svarene fra andre yrkesgrupper i min undersøkelse er likevel relevante, fordi behandlere i andre yrkesgrupper er avhengig av en lege for å få gjennomført somatisk undersøkelse på sine pasienter. Det er en utfordring med å få rekruttert leger til psykiatriske poliklinikker, så det at legeressursene er knappe kan nok påvirke at oppgaven overlates i større grad til fastlegene. Dette kan være en medvirkende årsak til brukernes opplevelse av at somatisk helse får lite fokus i PHV (Brekke, Bjørke & Wisborg, 2021, s.1). En behandler sier: *“Som eneste lege har jeg ikke kapasitet til å gjøre somatiske undersøkelser. Vi overlater veldig mye somatikk til fastlegene”* (Informant 8, linje 3). De seksjoner som har et diagnosespesifikt behandlingstilbud i min undersøkelse har større oppmerksomhet på somatisk helse som en del av pasientforløpet.

Kravet om evaluering av behandlingen sammen med pasienten innen gitte tidsintervaller oppleves som lite passende. Selve evalueringen er flere positive til, men det er tidsintervallene som noen ganger kommer i konflikt med klinisk praksis og oppleves detaljstyrende. Det blir noen ganger veldig unaturlig å stoppe i et behandlingsforløp for å spørre pasienten hvordan dette går.

Men la oss nå si at man kommer til en av disse evalueringspunktene, da. Så kommer du inn og har opplevd en total krise, og som vi burde ha forholdt oss til, men så sier pakkeforløpet at vi skal evaluere liksom. Eh...jeg er ikke i tvil om hva jeg hadde valgt å gjøre i den timen, men hvis jeg skulle lyttet til pakkeforløpet og valgt den veien i stedet så hadde jeg tenkt at det hadde kommet i veien, ja. Men jeg tror egentlig ikke at det er så rigid, det er jo litt hva en gjør det til i sitt eget sinn også da. Så, ja det er mest det at jeg opplever det som irrelevant, det fanger ikke ... egentlig noe av virksomheten vår i det hele tatt (Informant 7, linje 56).

Evalueringspunktene i PF opplever behandlerne er nyttig, men tiden er for knapp til at man får utforsket pasientens erfaring på en grundig måte. Når mine informanter er positive til selve evalueringen er det fordi de opplever det som nyttig å gjøre opp status sammen med pasientene. Deltakerne i SINTEF sin brukerundersøkelse så på det som viktig å kunne komme med tilbakemeldinger på behandlingen, men fortalte samtidig at det kan være vanskelig å gi ærlige tilbakemeldinger. Grunnen var blant annet frykten for å miste behandlingstilbudet dersom man kom med kritikk (SINTEF, 2021, s.10).

Det er en oppfordring i PF at seksjonene skal benytte feedbackverktøy til å få systematiske tilbakemeldinger fra pasientene. Når forløpet kom var det flere avdelinger som ikke hadde dette på plass. Det kom heller ingen føringer på hvilke feedbackverktøy som var å foretrekke. Avdelingene måtte finne dette ut selv, og det medførte mye ekstraarbeid, da verktøy som skal benyttes i sykehuset bør være evidens basert. I etterkant av min undersøkelse har avdelingene startet med å implementere en ny database med tilgang til et stort utvalg feedbackverktøy som skal gjøre det enklere for behandler og pasient. Jeg har ikke spurt direkte om behandlerne benytter feedbackverktøy i min undersøkelse da dette ikke er fokus for min problemstilling, men flere av informantene har uoppfordret nevnt at det er problematisk at feedbackverktøy ikke er på plass i deres poliklinikk. Dette gjør det vanskelig å få en god tilbakemelding fra pasientene på tilbudet de har mottatt. En av mine informanter mente at pasientens stemme bør bedre frem, og at brukerundersøkelser med forhåndsbestemte svar ikke gir en god nok tilbakemelding som behandlingsstedet kan benytte til utvikling av tjenestetilbudet.

Både den kvantitative og den kvalitative undersøkelsen SINTEF gjennomførte ga inntrykk av at behandlingsenhetene var relativt godt fornøyde med egen innsats når det gjelder brukermedvirkning og brukertilfredshet. Dette som en vurdering av dagens tjenestetilbud, uavhengig av forløp. Av konkrete tiltak som PF oppfordrer til, er bruk av feedback-verktøy, noe som de fleste nevner at de enten har, er i prosess til å få, eller har planer om å innføre. Dette er et verktøy som de fleste vi snakket med har positive oppfatninger av, der de vurderer den faglige nytten som potensielt veldig bra. En god del oppfatter det som et tiltak som har kommet i regi av PF (SINTEF, 2020, s.34).

Resultatene vedrørende feedbackverktøy skiller seg altså fra resultatene i min undersøkelse. Den kvalitative delen av SINTEF sin undersøkelse inneholdt data fra intervjuer med ledere, forløpskoordinatorer og behandlere. Mitt datautvalg baserer seg kun på behandlere, det kan ha bidratt til et litt annet resultat da ledere og koordinatorer kan ønske å gi et mer positivt bilde av egen seksjon enn hva som er tilfellet, eller at behandlere har mindre oversikt enn ledere over hva som er planlagt eller i prosess med å bli anskaffet.

Gjennom NPM har det skjedd en ensretting av hva som teller som gyldig kunnskap i PHV. Bruken av randomiserte kontrollerte studier er det dominerende kunnskapsregime, hvor gyldig kunnskap gjerne er basert på en medisinsk forståelse av psykiske helseproblemer (Sælør et al., 2019, s.106). Denne forståelsen kommer til syne i noen av mine intervjuer hvor behandlere forteller at kvalitetssikring av behandling innebærer å jobbe etter anerkjente evidensbaserte metoder, hvor en del av utdanningen er at det blir sjekket hvor trofast man er mot metoden. Den metodespesifikke behandlingen måles med effektmål gjennom forløpet, og positive effektmål for metoden forsterker behandlerens troskap til metodebruk. Behandlerne jeg har intervjuet nevner bruk av evidensbaserte metoder som viktig for god kvalitet, men vektlegger særlig alliansen, og på å arbeide for å få en god forståelse for pasientens plager, som helt avgjørende.

Jeg tenker at en psykolog er ikke en psykolog for eksempel, at det er veldig stor forskjell på vår rolle og hvordan vi ser på faget vårt. Noen er kanskje mer vitenskapsoptimister, eller positivister på en måte og tenker at psykologi er en naturvitenskap og at da er jo ofte svaret kvantitative data,

kontroll, styring og måling mange av de teknologioptimistene de kaster barnet ut med badevannet nå det kommer til terapi, de ofrer liksom sjelen i faget, for å kjøpe seg vitenskapelig punching power (Informant 7, linje 60).

Tilhengere av evidensbasert behandling ser dette som en systematisk kontroll av den kunnskap som skal brukes. Kritikerne ser det problematisk med krav om standardisering der skjønn basert på erfaring betraktes som et vilkår for god praksis. Evidensbasert behandling har skapt en spenning mellom krav om klinisk frihet for behandlere og et behov for mer standardisering. Helsedirektoratet spiller en viktig rolle i “evidensbevegelsen”. Det er uklart hvor stort nedslag evidenstenkningen har fått i norsk klinisk praksis. Nasjonalfaglige retningslinjer er for eksempel retningsgivende for god praksis, men ikke juridisk bindende. På den andre siden forventes det at avvik fra anbefalinger må dokumenteres i journal, slik at helsepersonell kan begrunne sine valg i klagesaker eller ved tilsyn (Haave 2012, s. 9). PF bygger blant annet på nasjonale retningslinjer, og på den måte kan større vektlegging av evidensbaserte metoder gjennom forløpet påvirke kliniske beslutninger og bidra til mer kontroll av behandlerne (Helsedirektoratet 2018b).

Tore Bøe reiser i sin artikkel spørsmål om evidensbasert metode trenger å være en trussel mot brukerperspektiv og innenfra-kunnskap, og tenker seg et utvidet evidensbegrep i PHV (Bøe, 2007, s.194). Han hevder at kritikken mot evidensbasert praksis først og fremst er kritikk mot metoden for evidens (Randomiserte kontrollerte studier) (Bøe, 2007, s.197). Evidensbasert praksis er ikke et forskningsdesign, men et redskap som skal legge til rette for at behandlere kan foreta kliniske beslutninger på et mest mulig solid og oppdatert grunnlag (Bøe, 2007, s.195). For at evidensbasert praksis også skal omfatte pasientenes erfaringer, relasjoner og sosiokulturell kontekst, må forståelsen for hva god forskning er, og hva som er viktige forskningsresultater utvides (Bøe, 2007 s.197). Et utvidet perspektiv handler om å bringe pasientenes erfaring om hva som har hjulpet inn i evidensbasert praksis, som recovery forskningen gjør. Den kan fange opp forhold i hele det mangfold og den kompleksitet som finnes i og rundt et menneske (Bøe, 2007, s.201).

I dag påvirker organisering og ledelse i større grad bruken av kunnskap. Ledelse innebærer nå mer å innføre og opprettholde markedet som modell for driften av helseinstitusjoner. Dette har bidratt til en endring i språkbruken – vekk fra fagterminologi og i retning av begreper knyttet til økonomi, produksjon og tidsbruk (Sælør et al., 2019, s.118). Mine informanter bekrefter uoppfordret at produksjon var i fokus. Det er et funn blant informanter med ulike alder, yrkesgruppe, spesialisering og fra ulike poliklinikker. Dette funnet bekreftes av det Ekeland et al. beskriver som styringslogikk i sin modell og er basert på en idé om at både økonomisk effektivitet og faglig kvalitet kan fremmes gjennom konkurranse og markedsmodeller (Ekeland et al., 2011, s.4).

Mitt inntrykk er at behandlerne ønsker å gjøre det de blir bedt om, men sliter med at PF er vanskelig å gjennomføre i møtet med individet og tilpasser dermed verktøyet til en klinisk hverdag. Det er ikke – spesialistene i mitt utvalg som spesifikt nevner at forløpet må tilpasses, og det kan ha sammenheng med lite tilgang på spesialister i enkelte poliklinikker. En løsning blir da å ikke forholde seg til PF eller se på det som noe man må gjøre for å tilfredsstille systemet, men som ikke har egentlig betydning for behandlingen. *“Ja jeg gjør det fordi jeg skal gjøre det, men jeg tror ikke det har så veldig mye betydning verken for pasienten eller oss, fordi den beslutningen tar vi uansett, på en måte”* (Informant 9, linje 10).

Som i undersøkelsene SINTEF har gjennomført peker mine funn på at PF ikke bidrar til å nå de målsettingene som er utarbeidet. En jevn økning i antall henvisninger, foretaksmodellen og kvalitetskrav har i tillegg til forløpene bidratt til organisasjonsendring. Jeg har i denne undersøkelsen vært opptatt av hva det har å si for det behandlingstilbudet spesialisthelsetjenesten gir. Mitt metodevalg kan ikke gi noen årsaksforklaringer, men kan peke på sammenhenger. Det er vanskelig å si om de endringene behandlerne opplever skyldes innføring av PF eller andre forhold. Innføringen ble *“toppen av kransekaka”*. I seksjon 4.4 blir behandlernes opplevelse av den endring som har skjedd når det gjelder behandlingstilbudet nærmere drøftet, og jeg tenker at mine funn gir et mer nyansert bidrag til den undersøkelsen SINTEF har foretatt.

PF kan tolkes som et administrasjonssvar på faglige spørsmål. Formålet er forståelig, som for eksempel redusert ventetid. Men om behandlere ikke utreder pasientene sine, bruker for lang tid eller ikke gjør korrekt diagnostisk arbeid så er det et faglig spørsmål som ikke kan administreres.

... så jeg frykter at det går i retning av at svaret på de utfordringene vi står i her er enda mer styring og kontroll, og sånne kvalitetsmarkører hvor man helt fullstendig sidestiller kvalitet med kvantitet. Eh ...at liksom god behandling er at det skal gå fort. Hva har det med saken å gjøre, er det ikke viktigere at behandlingen er god (Informant 7, linje 110).

Flere har satt PF litt til side på grunn av dette og forholder seg minst mulig til det. Det er informanter med psykologfaglig bakgrunn i mitt utvalg som eksplisitt uttrykker at de ikke forholder seg til PF. De vektlegger at fagpersonene må ha fleksibilitet til å lage gode arbeidsallianser med pasientene som kommer med forskjellig lidelsestrykk og trenger ulik tid for å klare å åpne seg om det som er vanskelig. Forløpet legger ikke til rette for denne fleksibiliteten med de frister som er. Det er nok mer passende i somatikken, hvor symptomer og behandling er lettere å måle, enn i PHV. Jeg finner altså at PF ikke passer inn i psykiatrien på den måten at tidsintervallene kolliderer med klinisk praksis og kan virke forstyrrende. Dette er relevant for mine forskningsspørsmål fordi det innebærer at noen behandlingsmetoder faller utenfor rammene. I neste seksjon drøfter jeg betydningen av forskjellige kunnskapsparadigmer i utviklingen av behandlingstilbudet.

4.3 Ulik oppfatning av kvalitet

Mine informanter har andre beskrivelser av hva de tenker er god kvalitet enn det Helsedirektoratet legger opp til gjennom PF og kvalitetsindikatorer. Det kan få konsekvenser for behandlingstilbudet, noe jeg vil argumentere for i seksjon 4.4.

Nye koder i Norsk pasientregister (NPR) ble innført for PF, for å kunne følge med på om endringene i tjenesten bidrar til at målene med forløpene oppnås. Løpende målinger skulle gi mulighet til å følge med på måloppnåelse og være et styringsverktøy som kan benyttes til kvalitetsutvikling lokalt, regionalt og nasjonalt (Helsedirektoratet, 2018a).

Ingen av mine informanter er kjent med at kodene blir benyttet til kvalitetsutvikling. Behandlerne jeg har intervjuet oppgir å få tilbakemelding når de ikke koder. Det mangler et godt system for å klare å hente ut nyttig informasjon fra det som er kodet, og det er vanskelig å holde oversikt over kodingen på de PF den enkelte har ansvar for. Det er ingen som har opplevd å få tilbakemelding på resultatene av det som er kodet ved den enkelte seksjon. Dette kan bidra til at forløpet blir ytterligere distansert fra faget, og at behandlerne får mindre motivasjon til å bruke tid på å sette koder.

Fagteam er helt sentralt i poliklinikkene for å sikre kvaliteten på behandlingen. Som regel er det møte i teamet en gang pr uke. Teamet er tverrfaglig sammensatt, og det er minst en spesialist i hvert team. Dette er spesielt viktig for de behandlerne som trenger en spesialist til å godkjenne en vurdering. I fagteam tar behandlerne opp de pasientsaker de er usikre på eller som er kompliserte, for å få innspill fra kollegaer. Det bidrar til at behandlerne utvikler seg faglig, og nyutdannede lærer av de mer erfarne. Etter PF går en del av tiden i fagteam med til frustrasjon over problemene det har medført, så mindre del av møtet blir igjen til pasientsaker, noe som er et dilemma når flere pasientsaker trenger å drøftes på grunn av krav om spesialistinvolvering.

Målet med krav om å involvere spesialist i alle forløp er bedre kvalitet på de beslutningene som tas i behandlingsforløpet. Dette tolkes med stor frihet. Flere har valgt å løse dette pragmatisk ved å bruke allerede eksisterende tverrfaglige team, hvor man får mulighet til å drøfte saker med spesialist, for å kunne vise til involvering. Det er usikkert om dette har vært intensjonen med PF. Det er mangel på spesialister og derfor vil det være svært krevende for poliklinikkene å få til at spesialisten treffer alle pasienter en gang i løpet av et forløp. Det er et skille i mine data mellom menn og kvinner i forhold til dette spørsmålet, hvor 3 mannlige informanter mener krav om spesialistvurdering tolkes med stor frihet og tilpasses drift, mens de 4 kvinner i mitt utvalg mener krav om spesialistvurdering har vært der før PF og det har ikke medført noen reell endring.

Kravet om spesialistvurdering oppleves av en informant som en degradering av ikke-spesialister, som nå må involvere spesialist i beslutninger de tidligere har tatt selvstendig. Dette gjelder ikke de høyskoleutdannede, som fra tidligere er vant

med å få godkjenning av spesialist på enkelte oppgaver de ikke har lov til å utføre. Jeg har kun to universitetsutdannede ikke-spesialister i mitt utvalg. Spesialistene oppgir imidlertid at kravet om spesialistinvolvering ikke har medført en vesentlig endring av arbeidsoppgaver/mengde, da oppgaven med å kvalitetssikre diagnose, epikrise og gi veiledning til kollegaer var en oppgave de hadde før PF ble innført. Samtidig har ingen av stedene et system for at spesialistene selv kan få kollegaveiledning/ ekstern veileder. Det finnes andre spesialister man kan drøfte med, men forholdene legges ikke til rette for at dette er lett tilgjengelig.

Flere nevner også viktigheten av mer uformelle møter hvor kollegaer drøfter saker seg imellom, men problemet er at det er for liten tid til dette nå. De forsøker likevel å ha en åpen dør når de har mulighet, slik at kollegaer kan komme innom kontoret. Det er vanskelig å tvile på at veiledning er et positivt tilskudd i å gi retning til effektiv terapi, men bevisene for en slik konklusjon er svært begrenset. Eksisterende forskning foreslår at veiledning i seg selv har positiv innflytelse på å opprettholde ferdigheter og tillit/selvsikkerhet, men det optimale fokuset for veiledning er ikke tydelig (Waller & Turner, 2016, s.132).

Mine informanter oppgir at de benytter følgende kunnskapskilder når de foretar kliniske beslutninger:

- Behandlingsmøte/fagteam
- Kollegaveiledning/drøfting
- Ledelse
- Pasienten selv
- Erfaringsbasert kunnskap og formell utdanning
- Terapilitteratur

Dersom implementering av PF medfører mindre tid til kollegaveiledning, behandlere bruker lengre tid for å bygge allianse med pasienten og opplever å ha mindre tid til å drøfte saker i fagteam, kan det få konsekvens for de kliniske beslutninger som tas. Samtidig mener tre av informantene at PF ikke bidrar til god kvalitet, men virker heller ikke negativt inn på kvalitet. *“Merarbeid uten at jeg helt har sett nytten til pasienten. Det er fokuset vårt, tror jeg, som er endret, fordi det systemet har kommet”* (Informant 11, linje 146).

Fagkunnskap er viktig for god kvalitet, gjennom at behandlere har oppdatert kunnskap om ulike tilstander og er oppdatert på nye og effektive tiltak. Gjennom kurs og videreutdanning tilegner behandlerne seg den kunnskapen. Når tiden i poliklinikken blir knapp, blir mulighetene for å dra på kurs begrenset. Etter implementering av PF har det blitt mindre muligheter til å delta på kurs, eller oppdatere seg faglig. Koronapandemien kan også ha bidratt til dette, da sykehusene i en lang periode avlyste kurs og seminarer. Det er viktig for terapien at behandleren har et skjerpet fokus og vet hvilken behandlingstilnærming som skal benyttes. I tillegg er gode rammer og nok tid til å utføre den tilnærmingen som er valgt essensielt for at kvaliteten skal bli bra.

Det finnes ikke noe system som hjelper mine informanter med å holde oversikt over hva de har kodet i det enkelte PF. Mangel på IKT- verktøy har gjort det svært vanskelig å holde oversikt over frister i forløpet. Kodingen foregår i selve pasientjournalen og det gjør at det blir vanskelig å holde oversikt, spesielt om man skal kode for flere pasienter på en gang. Behandlerne savner en enklere og mer intuitiv løsning. Flere seksjoner er forespeilet endringer som er mer tilpasset PF med ny versjon av journalprogramvaren, men det har tatt lengre tid enn forventet å få ny programvare. I skrivende stund er det ikke innført.

Mangel på teknisk løsning, diagnostisk verktøy og feedbackverktøy har gjort det vanskelig å møte “kravene” i PF. *“For det er et eller annet med når folk har det så travelt som de har det så må det være litt sånn intuitive, brukervennlige systemer som fremstår meningsfulle, eller så gir folk opp”* (Informant 9, linje 24).

Ved to av poliklinikkene hadde mye tid og ressurser blitt brukt fra analyseavdelingen, for å utvikle et hjelpeverktøy for å holde oversikt over forløpene og til opplæring av alle terapeuter og merkantile i bruk av verktøyet. Hjelpeverktøyet er et Excel- skjema som henter ut koder fra journalsystemet hver dag. Behandlerne må logge seg inn i dette skjemaet for å få en oversikt, for så å søke opp de aktuelle pasientene i journalsystemet etterpå. Excel- filen inneholder ikke andre opplysninger om de aktuelle pasientene enn NPR nummer som er en kode for å anonymisere hver person. Dette gjør at verktøyet er tungvint å bruke i en hektisk hverdag. Det er et stort ønske om et system som varsler behandlere om de ulike fristene og minner om å kode inne i selve journalsystemet. Rapportering

tilbake til Helsedirektoratet er avhengig av at behandlerne koder korrekt, og når kodingsarbeidet er uoversiktlig blir det skjevheter i datamaterialet som ligger til grunn (Helsedirektoratet, 2018b).

Ved DPS `ene kommer pasienter med svært ulik motivasjon. Noen pasienter har vært i behandling flere ganger og opplevd ikke å bli forstått, eller at behandlingen ikke har hjulpet. Flere av mine informanter er tydelige på at det er deres oppgave å bygge en god nok relasjon til pasienten, slik at vedkommende blir trygg på at behandleren kan hjelpe. Det krever god tid å bygge denne relasjonen til et menneske som kanskje har dårlige erfaringer fra møte med andre tidligere. Kvaliteten ligger i at behandleren og pasienten får et felles fokus og en felles forståelse av plagene, for det peker også i retning av hvilken endring behandleren skal hjelpe pasienten med.

Alliansen er det viktigste og hvis forholdende ligger til rette for at en kan utarbeide den så godt som mulig, så går det som regel best mulig også. Det er liksom erfaringen min. Og at det som oftest kommer i veien for det, det er tidsnød. Ja, det er for mye å gjøre, rett og slett. Jeg må kanskje fatte beslutninger på for tynt grunnlag, og har ikke fått undersøkt ting godt nok, og også at prosessene liksom tværer ... drar veldig ut (Informant 7, linje 50).

Allianse er nødvendig, men ikke nok til å sikre endring, og terapeutisk teknikk blir også fremhevet som et nøkkelelement for forandring. Hovedspørsmålet er om den terapeutiske verdien av allianse blir overvurdert fordi den lar oss drive vekk fra å levere evidensbasert terapi. En vanlig antagelse er at styrken på alliansen spår nivået av terapeutisk endring. Det er vel demonstrert at de to korrelerer, men på et mye lavere nivå enn det som vanligvis er antatt. En slik korrelasjon sier ikke noe om kausal retning. Er det allianse som driver terapeutisk endring eller vice versa? Langtidsstudier har vist at en tidlig endring av symptomer (bedring) styrker allianse (Waller & Turner, 2016, s.131). Dette understreker betydningen av å gi behandling parallelt i utredningsfasen, noe PF ikke legger opp til. En behandler sier: *“Alliansen er avgjørende for god kvalitet, og ofte tar det tid å utarbeide den”* (Informant 9, linje 30).

Troen på kreftene i en terapeutisk allianse kan bety at det blir mindre nødvendig å lære eller vektlegge evidensbaserte teknikker. Dette kan tolkes som et motsvar til den evidenslogikken NPM har brakt inn i helsevesenet. Behandlernes bekymring over å utfordre eller stresse pasientene gjennom bruk av atferdsmessig eller kognitiv forandring, kan resultere i at terapeuten benytter klinisk sikkerhetsatferd og ikke våger å presse pasienten til forandring, slik at terapeutens selvidentitet som en positiv karakter i pasientens liv ikke blir truet. Dette kan medføre at behandlere “holder pasientene lenger enn nødvendig” (Waller & Turner, 2016, s.131). Samtidig viser mine funn at PF gjør det vanskeligere å holde pasienter i langvarig behandling enn tidligere.

I dagens samfunn er det flere pasienter med annen kulturell bakgrunn og morsmål som kommer til behandling i spesialisthelsetjenesten. Behandlerne har mange pasienter hvor de bruker tolk, hvor forutsetningene for å forstå systemet og hvordan behandling er lagt opp er helt forskjellig. Da er det ekstra viktig å bygge en god relasjon. Det er avgjørende at kommunikasjonen fungerer slik at behandler og pasient har den samme forståelse av de ord og begreper som benyttes.

Etter innføring av PF er det en tendens til at behandleren tildeles pasienter etter ledig plass på lista, og ikke etter hvilken terapimetode/problematikk man er spesielt god på. Det kan da bli mer tilfeldig hvilket behandlingstilbud den enkelte pasient får. Det å bytte behandler har blitt svært vanskelig, da alle til enhver tid har fulle lister. Når pasientene tildeles den behandler som har ledig kapasitet innebærer det at behandlerne kanskje ikke får anledning til å behandle de tilstander de er spesielt gode på eller bruke behandlingsmetoder de har spesialisert seg i. En informant sier om dette: *“en psykolog må ha alt, men du vet hvis jeg kan alt jeg vet ingenting”* (Informant 4, linje 159).

Forløpskoordinatorrollen var en ny rolle, og intensjonen med det var at en person skulle ha oversikt over pasientens behandlingsforløp. Det kunne man tenke seg burde være til hjelp for behandlerne. Imidlertid er forløpskoordinatorrollen lite kjent blant mine informanter. Ved enkelte seksjoner har lederen fått denne rollen, uten å ha en reell koordinatorfunksjon. Etter at pasienten har blitt tildelt behandler er det da denne som blir forløpskoordinator, men det innebærer ingen endring da behandlerne er vant med å ha ansvar for behandlingsforløpet fra tidligere.

Forløpskoordinator bidrar da ikke til å ha oversikt over hele forløpet (fra kommune til sykehus og tilbake) som tenkt, og det er uheldig både for pasienter og terapeuter. Noen seksjoner har egne forløpskoordinatorer, men ansvar og arbeidsoppgaver til vedkommende er ikke kjent for behandlerne. Kun én informant var kjent med forløpskoordinators ansvarsområde, og opplevde det nyttig at koordinator holdt oversikt over koding.

Styring og kontroll har blitt bestemmende for det faglige kunnskapsgrunnlaget og viser seg i utstrakt bruk av behandlingsveiledere og nasjonale retningslinjer for hvilke praksisformer som skal prioriteres og gis legitimitet.

Behandlingsveilederne og nasjonale retningslinjer er fundert på evidensbasert kunnskap utviklet gjennom randomiserte, kontrollerte studier. Effektivitet innebærer rask utredning, diagnostisering og deretter foreskrevet behandling. Dette synet på kunnskap gir mindre plass til betydningen av det genuine møtet og betydningen av tid og relasjonelt arbeid med psykisk helse. Problemet med dette er at det gir liten plass til de tilstander/helseutfordringer som ikke passer inn i den rådende forståelsesmodellen (Sælør et al., 2019, s.118). De profesjonelle vurderingene erstattes av retningslinjer og standardiserte forløp (Sælør et al., s.119). Økt økonomi, produksjon og evidensfokus etter innføring av PF innebærer at tilstander og behandlingsmetoder som ikke passer inn får mindre plass. Informantene mine stiller spørsmålsteget ved hvordan regjeringen mener at utredning og kortvarig behandling indikerer god kvalitet. Min undersøkelse peker mot at de terapimetoder som krever lengre tid må vike til fordel for korttidsterapi, som for eksempel kognitiv terapi.

4.4 Mindre variasjon og kortere behandlingsforløp

Alle jeg har intervjuet er enig i målsettingen til PF om likere tilbud, raskere hjelp, mindre avvisning og struktur på behandlingsforløpene. Samtidig er mindre variasjon på den behandlingen som tilbys lite forenlig med individuell tilpasning, og det er vanskelig å kombinere strukturen i forløpet med det som skjer i pasientens liv. Målsettingen om å minske variasjon i tilbudet er på tvers av hva psykologisk behandling egentlig bør handle om. Samtidig mener behandlerne at PF ikke har ingen reell betydning for faget. Mange er av den formening av at de utførte elementene i PF før det ble implementert. Det eneste implementeringen

har medført er tidsbruk til å kode, som tas fra behandlingstiden. En behandler uttrykker: *“Så jeg kan skrive hundre tall hver dag, men jeg blir ikke en bedre terapeut”* (Informant 4, linje 51).

I utarbeidelsen av PF var man tydelig på at dette ikke skulle ha betydning for innholdet i behandlingen, men være en metode for å strukturere behandlingen. Resultatene av min undersøkelse viser at måten man i Norge har valgt å strukturere behandlingen på gjennom PF, kan se ut til å påvirke det behandlingstilbudet pasienten får. Flere spesialiserte team bidrar til at det blir færre allmennpsykiatriske behandlere, og det blir for få ansatte igjen til å håndtere de problemstillingene som ikke krever spisset behandlingsmetode som det også kommer en del henvisninger på.

Som følge av spesialisthelsetjenesteloven er det krav om en ansvarlig leder på alle nivåer i sykehuset. Det betyr at det skal være en leder som har det administrative og faglige ansvaret i hver organisatorisk enhet. Kritikken mot prinsippet om enhetlig ledelse handler om at organiseringen i for stor grad knyttes til spesialisering, noe som hemmer samarbeid på tvers av enheter. Prinsippet kan være med på å øke risiko for faglig isolasjon og gir lite fleksibilitet i daglig drift (NOU 2016:25, s.110).

Utfordringene for mine informanter virker å være størst i forbindelse med utskrivelse. Det har blitt større oppmerksomhet i spesialisthelsetjenesten på å henvise pasienten til kommunen så tidlig som mulig i behandlingsforløpet. Det kan bli uenighet mellom kommune og spesialisthelsetjeneste om pasienten er ferdigbehandlet eller for dårlig til å skrives ut, og behandlerne opplever en manglende forståelse fra sine samarbeidspartnere på at de ikke fortsetter behandlingen over lengre tid. De pasientene som har dårlig prognose og ikke responderer på behandling blir etter hvert skrevet ut til kommunale tjenester. Det kommunale tilbudet er også under stort press, og tilbudet der er i større grad organisert som gruppetilbud enn tidligere. Det passer dårlig for pasienter som nesten ikke kommer seg ut døra. Tilbudet behandlerne tidligere hadde god erfaring med å skrive pasientene ut til er organisert bort, slik at de iblant holder på pasientene lenger enn de skal. *“Det er vanskelig å skrive ut for det er ikke så mange gode alternativ. Vi prøver å jobbe for å finne alternativer i psykisk helse i*

bydelen eller hos privatpraktiserende, men den biten er vanskelig å få til”

(Informant 5, linje 76).

Tempoet i psykiatrisk poliklinikk har økt gjennom blant annet stadig økende aktivitetskrav. Flere skal få tilbud om behandling. Når det i tillegg er utfordrende å skrive pasienter ut, er sannsynligheten for økt arbeidspress stor. Mine informanter forteller om et tidspress som gjør at det er fort å glemme, man får ikke satt seg ordentlig inn i saker, avgjørelser blir tatt for raskt og man kan miste oversikt. Når det gjelder brukernes erfaringer med behandlingen i evalueringsrapporten av PF, var det flere som opplevde et stort tidspress hos tjenesten, og at det var spesielt vanskelig å få til samarbeidsmøter. Enkelte hadde erfart at de hadde fått færre timer, eller at lengden på timene var blitt kortere. Flere hadde også erfaringer med at behandlingen var blitt avsluttet før de følte seg klare for det, noe som hadde ført til at de ble re-henvist etter kort tid (SINTEF, 2021, s.14).

Behandlerne opplever en økning i antall pasienter som henvises. Enkelte steder har krav om hvor mange nye de skal ta imot per uke. Dette medfører et press på å avslutte pasientene og en strengere prioritering av hvilke oppgaver spesialisthelsetjenesten skal ivareta. Da det ikke er mulig å avslutte pasienter i samme takt som man tar imot nye, hopper pasientlistene seg opp. Fem av mine informanter oppgir å ha fått lengre pasientlister etter innføring av PF, legene er ikke blant disse informantene. Behandlerne må da øke antall konsultasjoner de har per dag, jobber overtid, eller må sette opp pasienter sjeldnere enn de ønsker. Det gir mindre fleksibilitet til individuell tilpasning. Dette ser ut til å ha gått ut over tiden man før hadde til kollegialt fellesskap og tid til faglig utvikling og vedlikehold. Avslutningspress skaper unødig mistillit til helsevesenet og påvirker behandlingsalliansen, særlig i forbindelse med avslutning av pasientforløp når pasienten ønsker lengre behandling. Slik det ser ut er det et misforhold mellom antall timer man har til rådighet og antall pasienter den enkelte har på sin liste. Det tar da lengre tid å skape den relasjon som er nødvendig for endringsarbeidet, fordi det går for lang tid mellom timene.

Flere av informantene mener at utredningsfasen nå går på bekostning av behandlingstiden på grunn av kravene i PF, og det har medført at

behandlingsdelen av et pasientforløp har blitt kortere. Pasientene får ikke nok tid og noen tenker det kan medføre flere re-henvisninger. Tidligere ble pasientene behandlet lengre, og opplevelsen var at flere pasienter ble ferdigbehandlet og var friskere på utskrivelsestidspunktet. En behandler betegner de korte forløpene som “hamsterhjulet”.

Altså vi driver jo, tenker jeg, innenfor forsvarlighetskravet og vi skriver ikke ut folk som absolutt bør være i spesialisthelsetjenesten, men vi strekker jo strikken en del, det der med å få skrevet ut folk fort nok det er viktig. Sånn har det jo blitt, ikke sant ... Så når mine pasienter skal inn i et sånt behandlingstilbud, så må vi hele tiden tenke turnover (Informant 8, linje 84).

Dette funnet støttes av brukerundersøkelsen SINTEF har gjennomført. Til tross for at forløpene i seg selv ikke har en tidsavgrensning eller forløpstid for behandling, hadde enkelte brukere en klar oppfatning av at det var blitt et større kost-nytte-fokus knyttet til behandling, ved at behandlingen avsluttes raskere dersom du ikke nyttiggjør deg av den innen tilmålt tid. Dette førte til at flere pasienter opplevde økt stress og press på å bli frisk. Enkelte opplevde også at dette stresset gjorde dem dårligere. De var også redde for at eventuelle tidsbegrensinger ville føre til at de ikke fikk nok tid til å bygge en god relasjon til behandler, noe som ble sett på som essensielt for at behandlingen skulle fungere (SINTEF, 2021, s.14).

Min undersøkelse viser at behandlerne har mindre fleksibilitet til å tilpasse behandlingstilbudet til den enkelte pasient. Syv av informantene oppgir å ha mindre fleksibilitet til individuell tilpasning etter innføring av PF. De tre informantene som oppgir at de fortsatt har den fleksibiliteten de trenger i møte med pasientene knytter dette til en leder som gir dem rom for å tilpasse behandling.

I SINTEF- rapporten er det flere behandlere som i det åpne fritekstspørsmålet skriver om at tiden som brukes på å overholde frister og koding går på bekostning av oppmerksomhet på innhold og kvalitet i tjenestene (SINTEF, 2020, s.50).

Tidligere hadde de mer frihet til å lage behandlingsforløp etter pasientens situasjon og PF medfører en standardisering som ikke oppleves bra. Enkelte

behandlingssteder setter opp hyppige timer i utredningsfasen for å få gjennomført utredning innen tidsfrist. Mange poliklinikker kan tilby en rask førstesamtale, men så kan det gå lenger tid til behandlingen starter. Flere av mine informanter opplever at det er vanskeligere å få satt opp hyppigere behandlings konsultasjoner til de som trenger det etter innføringen. For lang tid mellom konsultasjonene går ut over kvaliteten på behandlingen. Det er tre informanter som mener PF ikke har hatt betydning for konsultasjonshyppigheten med den enkelte pasient, to av disse har ansvar for spesielle diagnosegrupper hvor behandlingen er strukturert fra tidligere. Det ideelle er å sette opp ukentlige timer, men det er ikke praktisk gjennomførbart.

Jeg tenker det i veldig mange tilfeller er nyttigere å ha nokså hyppige møter, sånn at det blir en slags kontinuitet i prosessen og arbeidet vi gjør. Når det er sånn som i dag hvor man gjerne har timer annenhver uke så er det ofte som å starte fra begynnelsen hver eneste time med pasienten (Informant 7, linje 50).

Dette funnet får støtte i SINTEF sin brukerundersøkelse. Når det gjaldt helt konkrete erfaringer med tidsbruk, fokus og gjennomføring av behandling, var det flere av deltakerne i polikliniske forløp i PHV som ønsket at de kunne få hyppigere timer eller at det var lenger varighet på hver enkelt time. Flere trakk fram at de ikke ville hatt nytte av behandlingen dersom de visste at de bare hadde et visst antall timer (SINTEF, 2021, s.89). Behandlerne i min studie forteller om en begrenset mulighet til å behandle pasienter over tid. Særlig de kompliserte tilstandene trenger å stabiliseres over lengre tid, før man kan starte med behandling. PF har medført strengere prioriteringer og det gjør at pasientene må bli dårligere før de får et tilbud. *“Vi må bare få de ut av samlebandet, ikke sant. Så de passer ikke inn i pakkeforløpet, de passer ikke inn i de kravene vi har fått på oss til effektivitet, da. ...”* (Informant 9, linje 134).

Det gir grunn til bekymring for behandlingstilbudet for de sykeste pasientene. Økende utskrivningspress kan tenkes å påvirke behandlere til å ta beslutninger de ikke er enige i. Jeg kommer mer inn på dette temaet i neste seksjon.

Det er en bekymring at kommunen blir ansvarlig for de sykeste pasientene som trenger omsorg over tid. Spesialisthelsetjenestens oppgaver har over tid endret

seg. Der behandlerne tidligere var mer involvert i ansvarsgrupper og utarbeidelse av individuell plan, faller dette nå mer på kommunalt ansatte. Dette mener behandlerne i hovedsak skyldes det presset de opplever på å skrive ut pasienter for å behandle flere. *“Jeg tror vi tidligere hadde en mer støttende funksjon. Overlapping til kommunen var lettere tidligere, og det er jo ikke egentlig agendaen til pakkeforløpet”* (Informant 11, linje 106).

Hovedinntrykket fra de kvalitative intervjuene og spørreundersøkelsen SINTEF har gjennomført er at PF i svært liten grad bidrar til sammenheng og større grad av koordinering enn tidligere. Mange i spesialisthelsetjenesten uttrykker skuffelse over kommunenes og fastlegenes manglende kunnskap om og involvering i PF så langt (SINTEF, 2020, s.9).

Aktivitetskrav er et kvalitetsmål som ikke kommer med PF. En konsultasjon er da en aktivitet som sykehuset får refusjon for gjennom innsatsstyrt finansiering. Det gjør at det ikke er lønnsomt å sette opp dobbelttimer, selv om det kan være hensiktsmessig for de pasienter som bor lengre unna. Refusjonen for en konsultasjon er lik om man bruker 1 eller 2 timer. I de tilfeller hvor flere behandlere er involvert i behandlingen er det heller ikke lønnsomt å sette opp timer hos ulike behandlere på samme dag, da man bare får inntjening for en av timene. Det er tydelig at det som måles påvirker den daglige driften. Samarbeidsmøter er et tiltak som skulle kodes, men når arbeidsplassen ikke får refusjon for dette blir det ikke prioritert. Brukerstudien tyder også på at jo mer komplekse sakene er, dess vanskeligere er det å få til et velfungerende samarbeid mellom ulike instanser (SINTEF, 2021, s.74).

Det var store variasjoner når det gjaldt brukernes erfaringer med sammenhengende og koordinerte tjenester i SINTEF sin rapport. Deltakerne fortalte om manglende kommunikasjon og informasjonsflyt mellom ulike behandlere tilknyttet samme enhet, og mellom ulike tjenester, og at de til stadighet måtte gjenta den samme informasjonen. Flere var usikre på hvilke instanser som samarbeidet, og hvem som mottok hva slags informasjon (SINTEF, 2021, s.11). Enkelte hadde opplevd lang ventetid uten tilstrekkelig oppfølging i overgangen mellom ulike tjenester eller behandlingsforløp, noe som for flere

hadde fått negative konsekvenser i form av økt symptomtrykk og tilbakefall til rusmisbruk (SINTEF, 2021, s.74).

Det finnes regionale kompetansesentre, tredje- linje tilbud, som har kompetanse på å behandle spesielt kompliserte tilstander (for eksempel: spiseforstyrrelse, personlighetsforstyrrelse og tvangslidelse), som lokal spesialisthelsetjeneste ikke klarer å ivareta. Flere behandlere opplever at de har mindre tilgang på dette tilbudet enn tidligere. Kriteriene for å få behandling ved regionale kompetansesentre har blitt strengere og mer selektive. Jeg har ikke grunnlag i mine data til å si noe om dette har endret seg etter innføring av PF. Når det gjelder internt samarbeid opplever mine informanter at det fungerer godt, og at det ikke har endret etter innføring. En seksjon hadde svært godt samarbeid med døgnavdeling og samtidig poliklinisk behandling, men kan ikke benytte seg av dette lenger fordi det utløser fristbrudd i PF, og poliklinikken får ikke registrert aktiviteten. Ifølge min undersøkelse har PF bidratt til at det sendes mer informasjon til fastlegene enn tidligere, da det er et nytt krav om å sende behandlingsplanen og endringer i denne til fastlegene. Noen behandlingssteder har også egne møter med fastlegene i sine opptakskommuner. Samarbeidet med fastlegene har ikke endret seg nevneverdig etter innføringen ut over at det sendes mer dokumentasjon.

Sjekkpunktene i PF setter søkelyset mot at terapeuten skal dokumentere hva som gjøres og hvorfor. Det fører kanskje til at behandleren er tydeligere med pasienten om hva som skal til for å lykkes. Det er utarbeidet maler for journalnotat og det letter arbeidet med å dokumentere, samt at det gir en bedre oversikt i pasientjournalen. I starten var det en stor jobb å utarbeide malene, men når jobben var gjort ble arbeidet noe lettere.

I undersøkelsen av brukernes erfaring med PF kom det frem flere eksempler på at behandlingsmetoden pasienten mottar ikke blir godt nok forklart. Videre var det svært få av deltakerne i poliklinisk behandling som var klar over at de hadde en behandlingsplan, og det var nesten ingen som hadde vært med å utforme den. Nesten alle deltakerne så det som hensiktsmessig å skulle være med å utforme en behandlingsplan (SINTEF, 2021, s.10).

PF har medført økt vektlegging av hjelp til selvhjelp. Kravene til raskere utredning kan ha medført at det ved enkelte poliklinikker legges et visst press på pasienten til å møte til hyppig oppsatte timer i utredningsfasen for at behandleren skal klare fristene, noe som antagelig gjør at pasienter må avlyse andre planer. Diagnosesystemet er et system for å kategorisere pasientenes vansker, men også et middel for pasienten for å oppnå noe. Diagnosen er særdeles viktig for hva pasienten blir tilbudt av behandling videre og for hvilke rettigheter pasienten har krav på. Det er derfor et stort ansvar å stille rett diagnose, og det trenger behandlerne rom for å reflektere igjennom gjerne sammen med andre kollegaer. Dette gjør at det er uheldig med tidsfristene i forløpets utredningsfase dersom det stresser behandlerne. Flere trekker frem at god diagnostisering er avgjørende for hvilket tilbud pasienten får videre, og derfor viktig for god kvalitet på behandlingen. Mange av pasientene som kommer til behandling har sammensatte problemstillinger og det kan være utfordrende å få oversikt over pasientens vansker, og det gjør prosessen med å konkludere med en diagnose som beskriver pasientens problemer godt, mer krevende. PF sikrer informasjon til pasient, øker oppmerksomheten på dokumentasjon og det å tydeliggjøre forventninger til pasienten er i fokus. Det gjør at pasientene føler at det er viktig, at behandlingen er et felles prosjekt og oppmøte til timeavtaler har bedret seg.

Det var en forståelse blant fagpersonene at helsemyndighetene ønsket at pasienter skulle komme raskere til behandling og at færre skulle bli avvist. PF har medført mer systematisk arbeid med å samle informasjon før oppstart, og avslagsprosenten har gått ned flere steder. Avslagsprosenten er en av kvalitetsindikatorene som sykehusene måles på, så det er usikkert om dette er et resultat av PF. To av informantene mener at forløpet har medført bedre inntaksarbeid, noe som har bidratt til at avslagsprosenten har gått ned. Avslagsprosent er imidlertid en kvalitetsindikator, så dette kan også være en effekt av at du får det du måler.

Innføringen har medført sterkere brukermedvirkning, noe som var PF's intensjon. En mulig konsekvens av dette er økende klagesaker hvor pasienter har fått avslag på et behandlingstilbud som de har et sterkt ønske om, men som behandler har vurdert ikke vil være bra for pasientens tilstand. Et funn i min undersøkelse er slagsiden av sterkere brukermedvirkning og brukerrettigheter. To av informantene

er opptatt av at PF har for stor oppmerksomhet på brukermedvirkning, selv om de er enige i at pasienten skal ha en stemme når det gjelder egen behandling. Det kan ha ført til at pasientene har fått mer innflytelse over valg av behandlingsmetode, selv om metoden kan være skadelig for dem. Forløpet tolkes dit at behandler og pasient nærmest skal være likeverdige i faglige beslutninger, noe som iblant slår uheldig ut. Det har skjedd at en pasient har fått nei til en spesifikk behandlingsmetode, fordi metoden kan være skadelig for pasienten om den gis på feil premiss. Etter PF har da pasienten mer tyngde i en klage til Statsforvalteren enn tidligere. Det har ifølge informantene vært en økning i slike klagesaker etter implementeringen.

I diskusjonen om hvor grensene for pasientens autonomi går er det to hovedhensyn preger debatten: hensynet til den profesjonsetiske plikten om å verne pasientens liv og helse opp mot hensynet til pasientens frihet til å selv bestemme over eget liv (Ørjaseter, 2021, s.44).

Funnene i SINTEF sin undersøkelse av brukeres erfaring med PF viste imidlertid at mange av brukerne hverken har fått informasjon om hva et PF er, hvilke rettigheter de har eller at de skal kunne ta del i å utarbeide en behandlingsplan. Hvorvidt deltakerne opplevde å ha reell innflytelse på tilbudet sitt var derfor svært varierende (SINTEF, 2021, s. 33).

Når det gjelder hvordan behandlerne oppfatter at innføringen har påvirket behandlingstilbudet trekkes flere momenter frem. Behandlingsforløpene har blitt kortere. Mer kost-nytte tenkning etter innføring av PF har medført at behandling avsluttes raskere ved manglende effekt. Utredning har fått mye fokus gjennom innføring av implementeringen, og behandlerne opplever det går på bekostning av behandlingstilbudet. Utredningsfristene er lite hensiktsmessige for de kompliserte tilstandene, og det er vanskelig å starte en utredning før det er etablert en relasjon med pasientene. Behandlerne opplever et økende press på å skrive ut pasienter. Når behandlingsforløpene i tillegg har blitt kortere, har det medvirket til at det er mindre variasjon i behandlingstilbudet. Korttids terapimetoder er å foretrekke fremfor lengre tids behandling.

Av de fire informantene som ikke opplevde at behandlingstilbudet var mindre variert, hadde tre av dem kognitiv terapi som foretrukken behandlingsmetode

(kortere tids terapi). PF har medført en standardisering som ikke oppleves som bra for de som behandler pasientene, i og med det har blitt vanskeligere å tilpasse behandlingstilbudet til den enkelte.

Det var mye kritikk i forkant av PF som nettopp gikk på en bekymring for det faglige innholdet og autonomien til behandlerne til å fatte beslutninger vedrørende pasientbehandlingen (Flor, 2020).

4.5 Arbeidspress og påvirkningsmuligheter

Flere av informantene mine fremhever at allianse, tillit og en forståelse av pasienten er viktig for god kvalitet på behandlingen i seksjon 4.3. I følge Lipsky vil økt standardisering av praksis innebære redusert autonomi i profesjonsutøvelsen (Lipsky, ÅR, redegjort for i Ekland, Stefansen og Steinstø, 2011, s.3). De forteller at de har svært begrensede påvirkningsmulighet når det gjelder rammebetingelser i poliklinikken der de er ansatt. Det som imidlertid kommer tydelig frem som et funn, er at de vil gjøre faglige vurderinger som går på tvers av PF dersom dette er til pasientens beste. En informant sier:

Man får inn pasienter innimellom hvor problemet er så stort der og da, at det henger ikke på grep å sitte å gjøre kartlegging og utredning, men da velger jeg å gå utenfor pakkeforløpet. Og det skjønnnet der må man ha lov til å ha, for hvis ikke så tenker vi ikke pasientens beste (Informant 11, linje 194).

De fleste behandlerne som deltok i mitt prosjekt, har lang utdanning innen yrker med profesjonsfaglig tradisjon. Et kjennetegn ved profesjoner er at kunnskapsbasen en forvalter anses som spesialisert og utilgjengelig for utenforstående. Den kliniske autonomien har hatt sin begrunnelse i at lojaliteten skal ligge hos pasienten, og denne relasjonen skal vernes (Ekland et al., 2011, s.3).

Det er et spenn mellom behandlernes rom for skjønnsutøvelse og de styringsmekanismene organisasjonen har for å begrense rommet for skjønn. Behandlerne kommer daglig i skvis mellom å oppfylle kravene i PF og samtidig tilby den behandling man vurderer pasienten har behov for. Argumentet for å bruke skjønn er at det trengs for å sikre fleksibilitet og individuell tilpasning.

Samtidig er det en fare for at denne myndigheten kan misbrukes og medføre at pasienter behandles vilkårlig (Molander & Smeby, 2013, s.45).

Likebehandlingsprinsippet kan bli truet av skjønnsbruk fordi den enkelte yrkesutøvers resonering kan inneholde skjevheter som innebærer at man kommer til forskjellig konklusjoner. Strukturelle mekanismer (som sanksjoner, regler og rettigheter) begrenser rommet for skjønn eller legger restriksjoner på yrkesutøverens atferd. Epistemiske mekanismer har til hensikt å forbedre betingelsene for og kvaliteten på den resonering som fører frem til beslutning (Molander & Smeby, 2013, s.46).

Felles for alle informantene i min undersøkelse er at de i liten grad har mulighet til å påvirke de rammer som forløpet representerer, men når det gjelder behandling har de større påvirkningsmulighet. Dette er et funn på tvers av variasjonskriteriene i mitt utvalg.

Når det gjelder regulering av profesjonelt arbeid sier Freidson at når formell rasjonalitet brukes, gjøres alt for å eliminere så mye skjønn fra arbeidet som mulig, ved å bruke faste og objektive kriterier for å evaluere det. Disse kriteriene er kvantitative og målbare på en objektiv måte. Denne typen kontroll over arbeidet er ikke karakteristisk for organisasjoner som ansetter profesjoner. Formell rasjonalitet er likevel brukt på utforming og evaluering av profesjonelt arbeid, men på en spesiell måte. Kvantitative standarder brukes for å avgjøre om en leges ytelse samsvarer med statistiske så vel som absolutte normer, og i noen tilfeller om det er hensiktsmessig for en uttalt diagnose. Imidlertid er innholdet i formatene, skjemaene og standardene skapt, gjennomgått og evaluert av autoriteter innen profesjonen. Denne kontrollen over kriterier skiller profesjonene fra andre yrkesgrupper (Freidson, 1994, s.212).

Det ser ut til at behandlerne er lojale til de beslutninger som er tatt vedrørende PF, samtidig som de velger å ikke forholde seg til deler av det. Den kliniske logikken handler om forholdet mellom behandler og pasient, et forhold som må være basert på tillit til at behandler er kompetent til å hjelpe og kan gjøre det uten å være bundet av en makt med andre hensikter enn å hjelpe. De rasjonelle grensene for denne autonomien kan diskuteres, men svekkes den for mye, svekkes grunnlaget for det som konstituerer den kliniske logikken (Ekeland et al., 2011, s.4).

En slagside ved implementering av PF gjelder særlig for nyutdannede behandlere. Jeg har dessverre kun intervjuet en nyutdannet psykolog, så informasjonen kommer i hovedsak fra spesialister som veileder nyutdannede. Forløpets krav til hva en utredning skal inneholde, med tidsfrister og bruk av utredningsverktøy, gjør at oppmerksomheten på å gjøre det “riktige”, tar oppmerksomheten fra det “viktige”. Ved flere lokalisasjoner, særlig i hovedstadsområdet er det vanskelig å få fast stilling som nyutdannet psykolog. De er da særdeles motivert for å tilfredsstille arbeidsgiver med å klare frister og avslutte pasienter, med tanke på fast ansettelse. Det med fører at man haster med å bli klare med utredninger, slik at det kan gå ut over fagligheten. Skjema og avkrysninger kan få et for stort fokus i den direkte pasientkontakten, slik at det tar lengre tid å skape en allianse med pasienten. Flere har mange konsultasjoner per dag, og sliter med å huske hver sak.

Som jeg sier når en ung nyutdannet som kommer heseblesende inn: “Jeg får jo ikke krysset av på skjema”, jeg sier drit nå i det, om det er en eller to eller tre kryss, det spiller ingen rolle. Bruk tiden på å lage en god opplevelse da. Vi må jo det. Vi skal jo tross alt hjelpe folk med deres psykiske helse, ikke bare krysse av på kryss!!” (2-96).

Dette har ført til stor turnover enkelte steder. De nyutdannede blir til de har fått sin spesialistgodkjenning for så å starte i private firmaer (Flor, 2020).

Det har over flere år vært en økning av ansatte som opplever ikke å ha tid til å gjøre jobben sin skikkelig innen helse- og sosialsektoren (Rønning, 2006, s.41). Et hovedfunn er det presset informantene opplever i arbeidshverdagen. Det kommer ikke kun som et resultat av PF, men forløpet kom i tillegg til ordinære oppgaver i en allerede presset arbeidshverdag uten at det ble tilført ressurser. Tre av mine informanter (spesialister) mener imidlertid at PF i seg selv har medført ekstraarbeid.

Balanserte arbeidsoppgaver, diskusjoner og tilbakemeldinger på eget arbeid er forhold som fremmer trivsel selv om arbeidspresset er stort over tid.

Trivselsfremmende forhold bygger på gode kommunikasjons- og samhandlingsrutiner i avdelingen. Stabile team med gode samhandlingsrelasjoner bidrar til motivasjon og trygghet. Rutiner og teamarbeid skaper forutsigbarhet og stabilitet til tross for et stort arbeidstempo (Breivik og Obstfelder, 2012, s.117).

Presset som flere av informantene forteller om handler ikke bare om PF. “Den gylne regel” som innebærer at det skal være større vekst i PHV enn i somatikken (Helse- og omsorgsdepartementet, 2021, s.27). Det har medført et krav om økt aktivitet i form av polikliniske konsultasjoner hvert år. Opptrappingsplanen for psykisk helse (1998-2008) skulle bidra til et “løft” for helsetilbudet til mennesker med psykiske lidelser. Brukernes behov ble vektlagt i større grad og åpenhet, forebygging og kunnskap om psykisk helse kom i fokus. I løpet av perioden økte behandlingen i DPS’ døgnavdelinger, liggetiden ble kraftig redusert og poliklinikktilbudet ble desentralisert. Samtidig fikk det polikliniske tilbudet tilført mindre ressurser enn den nasjonale opptrappingsplanen forutsatte (Stamsø, 2009, s.238).

Tjenestetilbudet i PHV måles etter følgende kvalitetsindikatorer: epikrisetid, vurderingsgaranti, fristbrudd, utvalgte pakkeforløpskoder, ventetid og bruk av tvang (Helsedirektoratet, 2022b). Summen av kravene som kvalitetsindikatorer og økonomifokus representerer medfører en hektisk arbeidshverdag for de behandlerne jeg har intervjuet, uavhengig av profesjon. På toppen av dette kom PF som innebærer ytterligere krav og frister.

Hvis jeg slår i bordet så er det noen som hører på, men jeg kan ikke skvise meg unna dette. Men jeg prøver så godt jeg kan og si ... denne personen her, jeg tror hun skal gå en ekstra runde. Og da må jeg ha kjempegode grunner for det (Informant 2, linje 26).

I undersøkelsen SINTEF gjorde ga svært mange uttrykk for at PF har gitt et negativt tidspress, særlig gjelder dette ansatte innenfor poliklinikkene. (SINTEF, 2020, s.52), noe som støtter mine funn. Det har medført at behandlerne benytter mer tid til administrativt arbeid etter PF ble innført.

Noen av mine informanter opplever at de får flere oppgaver som de mener er sekretæroppgaver, samtidig sier flere at det vil være vanskelig å overlate oppgaver til andre. Dette er et funn blant menn i mitt utvalg, fra ulike poliklinikker, med forskjellig ansiennitet, utdanning og spesialisering. “Jeg tror generelt da, at det er viktig for behandlere å få være behandlere, ikke sekretærer eller byråkrater, og man bør prøve å legge mest mulig til rette for det” (Informant 10, linje 116).

I evalueringen av PF oppga 78 prosent at de brukte mer tid på administrasjon etter innføringen (SINTEF, 2020, s.50).

Jørgen Flor skiver i sin kronikk at fungerende logistikk kanskje er en viktig forutsetning for god behandling, men det *er* ikke behandlingen. God behandling avsløres ikke ved å telle antall konsultasjoner. Han hevder at terapi blir bedre når terapeutene har overskudd, faglig kompetanse, et støttende læringsmiljø hvor de får veiledning, av å se seg selv på video og av teamarbeid (Flor, 2020). En av informantene ytrer også en bekymring for at finansieringen skal knyttes til gjennomførte forløp, noe som vil være lite gunstig for pasientene med tanke på kvalitet og innhold i behandlingen, og kan føre til ytterlige press på avslutning av pasientforløp.

I forhold til PF skal en utredning foregå i maksimalt 12 uker, hva denne utredningen som et minimum skal bestå av er også beskrevet. Flere behandlere mener utredning går på bekostning av behandling og dette ser ut til å medføre ytterligere press på å avslutte pasienter. Dette er et press som påvirker behandlernes profesjonelle autonomi. En informant beskriver det på denne måten:

Jeg fikk bare beskjed (av leder) at jeg ikke fikk forlenge behandlingen. Jeg kranglet noe så jævlig med lederen om det, så hun skrev til og med i journalen at: “ja pasienten skal da ha siste gang i gruppen (dato) i september”. Det skrev hun i min journal. Jeg kunne flådd henne jeg, sånn egentlig. Men da driter jeg i det, jeg kommer jo til å beholde kontakten med vedkommende til jul eller januar. Men da sier jo ikke jeg det høyt ... til noen (Informant 2, linje 82).

I sin bok om den terapeutiske kultur hevder Madsen at psykologiprofesjonens utøvere er å betrakte som velferdsstatens agenter som har betydelig innflytelse på samfunnsutviklingen. Profesjonens forvaltning av sitt ansvarsområde og sin yrkesetikk er av betydning for samfunnets og den enkelte brukers tillit. I psykologien kan man skille mellom etiske spørsmål som angår enkeltmennesket og samfunnsetikk (Madsen, 2010, s.150). Et overordnet mål for Norsk Psykologforening (2007) synes å være å øke psykologiens utbredelse i det norske samfunnet. Det speiler et tankesett om mer psykologi, desto bedre for samfunnet (Madsen, 2010, s.151). Den etiske tenkningen i psykologien er i likhet med

samfunnet for øvrig blitt individualisert. Det ser ut til å ha blitt en forskyvning i den etiske refleksjonen i psykologiprofesjonen fordi man automatisk antar at god pasientbehandling er god samfunnsutvikling (Madsen, 2010, s.152). Dette er ikke nødvendigvis en heldig utvikling all den tid stadig nye områder av samfunnet betraktes med kliniske briller, slik at problemer av sosial, politisk eller strukturell art forklares med terapeutiske forståelsesmetoder. Psykologiens samfunnsansvar blir utelukkende forstått som å gi de styrende det de vil ha, flere psykologer, i motsetning til å problematisere hva som kan være grunnlaget for det stadig større kravet og om det er heldig (Madsen, 2010, s.153). Mens profesjonens autonomi synes å ha ført til en forbedring av den vitenskapelige kunnskap om ulike sykdommer og behandling, synes den samme autonomien å være til hinder for fornuftig anvendelse av den samme kunnskapen. Den ideologiske tenkningen på profesjonsnivå tilsier at det er perspektiver man simpelthen ikke ser. Det kan se ut til at synspunkter og argumenter som er egnet til å styrke psykologiens posisjon i samfunnet automatisk blir innlemmet i profesjonens selvforståelse og fagpolitiske virksomhet. Det rammer igjen viljen til samfunnspolitiske tenkemåter som psykologien understøtter som sykdomsskapende enten det dreier seg om arbeidsliv, skoler, lokalmiljøer, politiske løsninger, verdier og ideologier. Det gir grunnlaget for psykologens selvforståelse om at psykologi utelukkende er et knapphetsgode vi ikke kan få nok av, og alt er egentlig psykologi (Madsen, 2010, s.169). Dette kritiske perspektivet kan være en mulig forklaring på et økende antall henvisninger og terapeutenes ønske om å holde pasientene lengre i behandling.

Den økte brukermedvirkningen jeg beskrev i seksjon 4.4 kommer med PF og påvirker profesjonell autonomi. I følge Freidson vil de fleste være enige i at en profesjonell relasjon til pasientene inneholder en balanse mellom profesjonell autoritet og respekt for pasientens rett til selvbestemmelse. Men dersom kunden (pasienten) alltid skal ha rett, kan ikke lenger behandleren utøve sitt profesjonelle skjønn som utgjør kjernen i profesjonen. Profesjonalitet kan bare blomstre når de som praktiserer har støtte fra arbeidsgiver til å gjøre vurderinger uavhengig av klientene (Freidson, 1994, s.211).

Som beskrevet i seksjon 4.2 er økende tidspress lite gunstig for det som betegnes som kjernen i psykologifaget, og på den måten påvirkes profesjonell autonomi

ytterligere etter innføring av PF. Dette tidspresset medfører at ansatte ikke har overskudd til å engasjere seg i å påvirke rammer og betingelser. Flere oppgir en dårlig samvittighet over å aldri strekke til (både når det gjelder pasienter og krav/frister). Den yrkesgruppen som løftes frem som støttende i arbeidet med PF er særlig merkantile tjenester, som bistår med koding, oversikt og uthenting av rapporter. Det har også vært til god støtte i de seksjoner hvor ledelsen ikke har stresset behandlerne med frister. Det kan se ut til at dette tidspresset får konsekvenser for arbeidsmiljøet i form av at ansatte er frustrerte og jobben oppleves meningsløs til tider. Tiden i fagteam og personalmøter går med til irritasjon over krav behandlerne opplever høyere enn hva de klarer å prestere. Felleslunsj og kaffepause med kollegaer må også vike når presset blir for stort. Flere oppgir nettopp tilgang på å drøfte vanskelige saker med kollegaer som viktig for god kvalitet på behandlingen.

Jeg liker sånn struktur, jeg liker at ting skal være ordentlig og jeg ser at det gjøres på mange forskjellige måter. Jeg tror ikke det er så dumt at man har litt krav på seg. Men ... men det er et eller annet med det der at når man har veldig pressede systemer som poliklinikken er, folk drukner her, så er det veldig uheldig når folk bare kommer og bare sånn ... når det bare faller ned masse greier ovenfra uten at det er eltet eller mørnet eller vi blir ikke gitt noe for å lette overganger da, og da ender det bare opp med stress for folk. Og at de vanskeligere finner mening i det (Informant 9, linje 24).

Med PF kom en del krav uten at det fulgte med noen midler. Om verktøyet var blitt testet ut, kunne det kanskje blitt justert på bakgrunn av erfaringer fra pilotavdelinger før det ble rullet ut til alle. Implementeringsprosessen ble tungvint, og det manglet en link til sentralt ansvarlige for å få avklart de spørsmål man hadde. Lite var klart når det gjaldt verktøy som kunne hjelpe behandlerne i en travel hverdag, både til å holde oversikt over koder og mulighet for elektroniske spørreskjema til pasientene så mye er kartlagt før første time. For noen ble dette en hektisk fase som tok tid fra pasientbehandlingen. Det virket ikke som seksjonene hadde informasjon om hva PF ville bety for dem i praksis før det kom. Det tok også lang tid før informasjon om hvordan den enkelte behandler skulle løse de nye endringene, og når informasjonen kom var den uklar. Det har også vært en lang prosess for å avklare hvem som skal være ansvarlig for

kodingen (merkantile, forløpskoordinator eller behandler). Det kom mye informasjon før nye rutiner var på plass, og når de nye rutinene ikke fungerte ble folk frustrert. Dette kunne vært unngått om informasjonen var tydeligere fra Helsedirektoratet sin side i forkant. Dette gjorde at mye tid gikk med bare på å finne ut hvordan man skulle gjøre det.

Ja, så det virker det også som det på en måte ikke fulgte noe med ... denne pakken eller reformen, det var ingen som hadde testet ut og kom med noen tips i forhold til hvordan de kunne hjelpe oss med å gjøre dette smidigst mulig da. Da handlet det må en måte om internt på huset å prøve og feile da, og da handler det om å ha god ledelse her, og det vet jeg ikke om vi hadde heller i forhold til den prosessen her (Informant 5, linje 12).

Implementeringen har hvert behandlingssted selv vært ansvarlig for med utgangspunkt i veilederen til PF. Det har nok medført at det er ulik oppfatning av hvordan forløpet ble implementert. Enkelte lokasjoner la ned stor jobb i forkant og var positive og da ble overraskelsen stor når den eneste endringen de opplevde var dobbelt journalføring med noen merkelige kodesystemer. Data om implementering av PF er relevant for tematikken i oppgaven fordi det har medført økt tidsbruk, frustrasjon og manglende motivasjon til å bruke verktøyet slik det er tenkt. Dette kan være en del av forklaringen om at PF ikke passer i psykiatrien, og hvorfor en del ansatte ikke forholder seg til det.

Rutinene har i stor grad vært på plass før innføring, og flere seksjoner har tilpasset PF til den drift de allerede har. Forskjellen er at behandlerne nå får frister å forholde seg til som de ikke hadde tidligere. Det at PF oppfattes som uten betydning for klinisk praksis gjør det krevende å finne mening i å utføre de arbeidsoppgaver forløpet medfører. Samtidig ønsker flere å få dette til på en bedre måte enn per i dag. I mitt utvalg er det seks informanter som opplever at arbeidsoppgavene er endret etter innføring, mens tre informanter har ikke fått arbeidsoppgavene endret. Begge svarkategorier er representert med informanter som oppfyller variasjonskriteriene. En kan undres om man blir en bedre fagperson av å oppfylle alle de krav/forventninger som systemet stiller. SINTEF- rapporten konkluderte med at fagmiljøene i stor grad var fornøyde med behandling- og organisering av tilbudet som ble gitt før PF (SINTEF, 2020, s.8). Noen av mine

informanter tenker at PF kan ha medført en positiv endring der utredningen tidligere har tatt alt for lang tid, men i hovedsak mener de fleste at de har hatt god kontroll på utredning og behandling uten de krav som forløpet medførte. Informantene opplever at driften i større grad styres etter hva som blir målt etter at PF kom.

Karaseks (1975) job-demand-control (JDC) modell viser at høye jobbkraav (som arbeidsmengde og tidspress) har en uheldig effekt på velvære og helse, spesielt når ansatte har lite kontroll over arbeidet (Angerer & Weigl, 2015, s.2). I litteraturgjennomgangen argumenterer forfatterne for at uheldige psykososiale arbeidsbetingelser kan føre til økende psykologisk belastning som resulterer i arbeidsstress, og dermed kan ha innflytelse på profesjonell adferd. Skadelige effekter av stress på arbeidsplassen kan være redusert oppmerksomhet, distraksjon og redusert arbeidsminne. Dette vil kunne ha en uheldig effekt på profesjonelle vurderinger, beslutninger, motivasjon og tilfredshet. Følgelig kan dette øke sannsynligheten for medisinsk feilbehandling og dårlig kvalitet på behandlingen (Angerer & Weigl, 2015, s.3). Oppfattelse av rettferdige prosesser, høy grad av samstemmighet med sykehusledelsen, motivasjon for arbeidet og teamarbeid er viktige faktorer for god behandlingskvalitet. En ubalanse mellom innsats og belønning kan resultere i dårlig forpliktelse til arbeidet gjennom lav arbeidsmoral og mindre rettferdige prosesser (Angerer & Weigl, 2015, s.9).

4.6 Konklusjon

I denne seksjonen vil jeg oppsummere hvordan mine resultater fra undersøkelsen svarer på forskningsspørsmålene.

1. Hvordan oppfatter behandlere i DPS' poliklinikker at innføring av pakkeforløp for PHV voksne har påvirket behandlingstilbudet?

Utredning av pasientene starter før behandleren har etablert en allianse. De kompliserte tilstandene trenger tid på utredning og det er ikke forenlig med fristene i PF. Oppmerksomhet på utredning og bruk av skjema i starten av et behandlingstilbud utfordrer det å etablere allianse med pasientene, noe som er nødvendig for terapien. Fordelen med fristene i utredningsfasen er at det bidrar til at behandleren fokuserer på det som er viktig. Krav til raskere utredning legger

press på pasientene til hyppig oppmøte i starten for at behandler skal kunne klare fristene. Dette tidspresset kan påvirke kvaliteten på de beslutninger som behandleren tar i møtet med pasientene, f.eks. om diagnose settes for raskt på et tynt grunnlag.

Litteraturgjennomgangen til Angerer og Weigl konkluderer med direkte sammenheng mellom legers psykososiale arbeidsforhold og kvaliteten på behandlingen. Dette var i stor grad uavhengige av det subjektive stresset som legene opplevde på arbeidsplassen. Studiet gir imidlertid ingen anledning til å definere omfanget av effekter eller anslå samlede effektstørrelser (Angerer & Weigl, 2015, s.7). Behandlingskvalitet påvirkes av mange andre systemiske og organisatoriske faktorer utover legers umiddelbare arbeidsforhold, det vil si opplæring og ferdigheter til den enkelte, samt lover og regler innen helsevesenet. Dårlig kvalitet på behandling er en trussel mot helseorganisasjonens økonomi. Forbedring av arbeidslivet til helsepersonell generelt skal således skape gunstig endring i sykehus – til fordel for leger så vel som deres pasienter (Angerer & Weigl, 2015, s.9).

PF har ikke bidratt til bedre ivaretagelse av somatisk helse, som er en av målsettingene med innføringen.

Evalueringspunktene i forløpet har behandlerne opplevd som nyttig, men når tidsintervallene kommer i konflikt med klinisk praksis blir det kunstig i møtet med pasienten. PF inneholder en anbefaling om bruk av feedbackverktøy. Det kan påvirke et behandlingstilbud når pasientene får gitt tilbakemeldinger, men i de poliklinikkene jeg har intervjuet er dette ikke feedbackverktøy i bruk.

Dersom behandlerne følger PF slik det er tenkt, vil det innebære en risiko for uoversiktlige behandlingsforløp, da det ikke finnes noe godt system for å få oversikt over forløpene. Det kan påvirke behandlingen om pasienter ikke får de elementene PF skal sikre.

Implementering av forløpet har medført mindre tid til fagteam og kollegaveiledning/drøfting. Dette kan påvirke behandlingen når det som, ifølge behandlerne, sikrer kvalitet ikke prioriteres. Frustrasjon og usikkerhet vedrørende PF har også tatt tiden i fagteammøtene slik at man får gjennomgått færre saker enn tidligere, og dermed får mindre tverrfaglige innspill på den behandling man

gir. Når faglig oppdatering nedprioriteres og behandlerne ikke får mulighet til å benytte den metoden de kan best, kan det påvirke behandlingen da det er viktig at behandleren har oppdatert kunnskap om hvilken metode som skal benyttes i hver sak. For pasientene betyr det at de får tildelt en terapeut etter ledig kapasitet, ikke nødvendigvis hvem som er best på deres problem. Etter PF har behandlerne flere konsultasjoner per dag, noe som gjør det vanskelig å huske hver sak.

Helsedirektoratet har gitt den enkelte avdeling ansvar for å organisere forløpskoordinatorer. Dette skulle bidra til å sikre informasjonsoverføring i overgangene mellom behandlingsnivåer. Når denne funksjonen ikke fungerer som tenkt, blir behandlingen påvirket i og med at overgangene mellom behandlingsnivåer blir sårbare. Samarbeidsmøter får mindre prioritet når seksjonene ikke får refusjon for aktiviteten. Samtidig har PF bedret tilbudet ved at det sendes mer informasjon til fastlegene og brukermedvirkningen har blitt styrket.

PF påvirker behandlingstilbudet på den måten at terapimetoder som krever lengre tid må vike til fordel for korttidsterapi. Det har blitt vanskeligere for behandlerne å holde pasienter som trenger det lengre i behandling. Det er et økt press på å avslutte pasienter, samtidig som det mangler gode oppfølgingstilbud å skrive ut til. Pasientene er sykere når de kommer til behandling i og med PF har medført strengere prioriteringer. For mange pasienter på lista medfører at det går lenger tid mellom behandlingstimer, slik at det tar lenger tid å etablere allianse med pasientene enn tidligere, det blir da behov for et lenger forløp, som det ikke er rom for og pasientene blir ikke ferdigbehandlet.

Avslutningspresset skaper mistillit til helsevesenet og påvirker behandlingsalliansen. For lang tid mellom behandlingstimer går ut over kvaliteten på terapien. Det er mindre mulighet for pasientene å få et individuelt tilpasset behandlingstilbud på grunn av behandlerens reduserte kapasitet.

2. På hvilken måte påvirker innføring av pakkeforløp for PHV behandleres profesjonelle autonomi i møtet med pasientene?

Ekstrajobben oppleves unødvendig av behandlerne. Når de bruker mye tid på å kode og ikke ser noen resultater av den jobben de gjør, påvirkes profesjonell autonomi.

Tidsfristene i forløpet er vanskelig å holde, og det oppleves ubehagelig. PF har krav til innhold i utredningsfasen som gjør at behandlerne må stille pasienten spørsmål de selv vurderer er irrelevante i utredningen. Økt søkelys mot evidensbasert behandling i psykisk helsearbeid har medført mer standardisering gjennom PF og avvik fra anbefalinger må dokumenteres i journal. Flere har satt PF til side, og de ulike elementene gjennomføres for å tilfredsstille systemet. Innføringen har medført en opplevelse av at kvalitet er mer sidestilt med kvantitet og det strider imot profesjonenes faglige grunnlag.

Målstyring er motsatsen til tillitsbasert ledelse. Målstyring har blitt kritisert for detaljstyring med feilslått resultat, og verdibasert ledelse blir foreslått som alternativ. Begge tilnærmingene går ut på at de ansatte skal styres. Målstyring bygger på formelle prosedyrer, mens verdibasert styring tar utgangspunkt i uformelle normer. Ut fra et maktperspektiv kan verdibasert styring ha et destruktivt potensial. Polarisering oppstår fordi partene ikke forstår hverandre. Profesjonene opplever innførte systemer som lite funksjonelle, mens administrasjonen ser dem som helt nødvendige. Ulikhetene forsterkes gjennom måten partene kommuniserer på. Når en person opplever å ha legitim makt, vil pålegg fremføres på en vennlig og uformell måte, siden det som foreslås er åpenbart riktig å gjøre for denne personen. Når man da møter uventet motstand, vil personen reagere med å forlange at det blir slik som forventet. Denne formen for dysfunksjonell legitim makt er vanlig. Forklaringen er at det blir for stor avstand fra de som bestemmer til de som berøres. Det er derfor viktig at lederne kjenner de faglige utfordringene til dem de skal lede (Sjøvold, 2016, s.191). Ved å måle detaljer får man reaktiv atferd. Ved å måle verdier kan det skapes konformitet. Målstyring er et kraftig utviklingsverktøy som innebærer en stor risiko: Du får det du måler, og kun det (Sjøvold, 2021, s. 172).

PF har medført et økt press på å avslutte pasienter, dette påvirker profesjonell autonomi ved at kliniske beslutninger i større grad begrunnes med kost/nytte enn klinisk vurdert behov. På denne måten påvirker standardisering av behandling de kliniske beslutningene behandlerne tar i møtet med pasientene. Dette kan påvirke behandlere til å ta beslutninger de ikke er enige i, slik at behandlernes lojalitet til pasientene settes på prøve. Etter implementeringen har behandlerne mindre kontroll over egen timebok. Samtidig er de tydelige på at faglige vurderinger til

det beste for pasienten prioriteres høyere enn å følge PF. Det er en begrensning av profesjonell autonomi at pasientens stemme i kliniske beslutninger vektet sterkere enn behandlerens i klagesaker.

Behandlerne benytter kollegaveiledning som kunnskapskilde i kliniske beslutninger. Utdanning, faglige normer og refleksjoner over praksis og arbeidsprosesser i kollegiale fora skal sikre at skjønnnet utøves på en systematisk måte (Heiret & Ludvigsen, 2012, s. 467). Når veiledningen blir magrere, kan det derfor påvirkes profesjonsautonomien. Krav om spesialistvurdering i PF kan oppleves som en nedgradering av særlig psykologer uten spesialisering, som tidligere tok flere selvstendige beslutninger.

Behandlerne har lite mulighet til å påvirke rammene i PF, men større mulighet til å påvirke behandlingen. Nyutdannede er mer motivert for å følge forløpet, for å tilfredsstille arbeidsgiver, selv om det kan få konsekvenser for behandlingstilbudet til pasienten. Med PF har behandlerne fått flere krav og frister. Tiden i fagteam går med på irritasjon over krav som behandlerne ikke klarer å innfri. Noen har opplevd en polarisering i ansattgruppe. Arbeidsoppgavene PF har medført vurderes som meningsløse når det ikke gir noe resultat.

3. Er det andre forhold ved møtet mellom behandler og pasient som har blitt endret etter pakkeforløp?

Et av mine hovedfunn er budskapet om at PF passer ikke i psykiatrien dersom alle frister, krav om koding og tidsbruk skal følges. Gjennom henvisning til mitt datamateriale og relevant litteratur underbygges denne påstanden. Forløpet bidrar ikke til dårligere kvalitet på tjenesten, men er ikke relevant for faget. I PHV foregår utredning og behandling ofte samtidig, og PF legger opp til et kunstig skille som ikke passer i møtet med pasientene. I utredningsfasen er det krav om skjemaer som skal fylles ut, og det klarer få pasienter å forholde seg til når de trenger å snakke om sitt problem. Sjekklistene bidrar til å forstyrre behandlerens oppmerksomhet på pasienten. Dersom man følger PF med de frister som er angitt, så passer ikke dette med pasientenes tempo.

I diskusjonene som har foregått i Norge senere år presenteres PF som en organisering som bidrar til økt trygghet og forutsigbarhet for pasienter og

pårørende. Forløpet fremstilles også som en løsning for å oppfylle målsettingen om likeverdig behandling (Ørjaseter, 2021, s.39). Danmark innførte PF i 2013 og danske klinikere har erfart at dette har bidratt til økt kontroll og overvåkning, og har i liten grad hatt innvirkning på kvalitet og effektivitet. Det økonomisk-administrative språket har overtatt for det humane, og det skaper en distanse til menneskene som trenger hjelp. Diskusjonene om PF viser to motpoler i troen på hva som sikrer kvalitet og ressursutnyttelse i PHV. På den ene siden logistikk og kontroll, mens den andre siden vektlegger fleksibilitet, tillit og individuell tilpasning (Ørjaseter, 2021, s.40)

Det synes som reformer har en sterk tendens til å mislykkes, og etterlater viktige problemer uløste. Hvis reformer løste problemene en gang for alle, ville det være liten etterspørsel etter nye reformer. Og 20 års reformerfaring har ikke dramatisk redusert vår entusiasme for å reformere. Glemsomheten fortsetter å florere (Brunsson, 2006, s.253)

5 Avslutning

Min undersøkelse viser at det er flere forhold som har medvirket til at behandlerne opplever at PF ikke passer i PHV, eller ikke treffer egen målsetting. Ett forhold som mine informanter tenker at kan ha bidratt til dette er selve implementeringen. Det ble ikke gjort noen pilotering i forkant av implementeringen i Norge. De erfaringene man hadde med PF var fra implementering i kreftbehandling i Norge og fra PHV i Danmark. Prosessen var preget av mye prøving og feiling, som tok tid. Det var vanskelig å få avklart de spørsmål man hadde, da lederne ikke hadde noen å spørre og det tok svært lang tid å få svar fra Helsedirektoratet. Den informasjonen som kom var uklar, og kom før nye rutiner var på plass. Mangel på teknisk løsning for å få oversikt over kodene i hvert PF har gjort arbeidet tungvint. Det var uheldig at det ikke fulgte med ressurser til å håndtere de endringer reformen medførte. Behandlerne opplever å ha fått god støtte av merkantile, mens forløpskoordinator er ikke etablert eller lite kjent i de poliklinikkene jeg har gjennomført undersøkelsen.

Implementering av standarder kan mislykkes av utallige årsaker inkludert mangel på kunnskap, samsvar, umiddelbar konvertering av standarden, motstand eller tilpasning. Svært få standarder fungerer etter intensjonen til de som har utarbeidet

dem, fordi de blir trikket med av de som skal benytte dem. Det ville være feil å betrakte disse standardene som mislykkede, fordi en standards fleksibilitet er nøkkelen til suksess (Timmermans og Epstein, 2010, s.83).

Tørseth og Ådnanes har gjennomført en undersøkelse av helsepersonells tillit til og forståelse av PF. Resultatene indikerte fire reaksjoner på PF og implementeringen av denne. Det var mangel på klarhet angående overordnede mål og innhold i PF, innføringen bidro til økt byrde med administrative oppgaver, IT og journalsystem passet ikke med forløpet og det var et urealistisk skille mellom utredning og behandling (Tørseth & Ådnanes, 2022, s.1). Helsepersonells mistillit til PF gjør at de tenker intensjonen først og fremst handler om et behov for mer kontroll med tjenesten. Det ser ut til at motstanden overskygger de overordnede målene med PF.

Mitt funn bidrar med noe mer utdypende informasjon om hvorfor PF ikke passer i psykiatrien sett fra behandlernes perspektiv, enn det som kommer frem av de undersøkelsene jeg har presentert. Et kunstig skille mellom utredning og behandling er et resultat i flere undersøkelser, og min studie bidrar med litt mer innsikt i hva dette skillet handler om.

Mine resultat viser at PF ikke passer for alle pasienter og behandlingsmetoder. Dersom pakkeforløpet følges av alle, så vil det ikke være noe behandlingstilbud til de som faller utenfor rammene. Spørsmålet er om den pasientgruppen er liten nok til at det lar seg forsvare å ikke ha et tilbud som passer. Dersom det er de mest erfarne som blåser i reglene, vil det ved naturlig avgang faktisk bli et mindre variert behandlingstilbud. De som bryter med reglene i pakkeforløpet har posisjon til å gjøre det, mens de med kort ansiennitet som trenger å bli prioritert til kurs og faste stillinger forblir pliktoppfyllende.

Å få standardiserte prosedyrer til å fungere krever en god forståelse av hvordan behandlere tar kliniske beslutninger. Studier viser at de stoler på taus kunnskap basert på opparbeidet erfaring når de tolker standardiserte mål. Noen behandlere i undersøkelsen byttet mellom ulike standardiserte prosedyrer basert på hvordan de oppfattet pasientens behov, istedenfor å følge en prosedyre for alle pasienter (med samme problemstilling). Andre tilpasset retningslinjer basert på individuelle pasienters behov og kapasitet. Fordi standarder er ufullstendige vil all tilpasning,

reparasjon, undergraving eller omgåelse av standarden være nødvendig for å få den til å fungere. Et tilbakevendende funn er at løse standarder med stor tilpasningsevne fungerer bedre enn stramt definerte standarder. For stor fleksibilitet kan gjøre at en standard blir ubrukelig. Trikset for å få en standard til å fungere ser ut til å være å finne en balanse mellom fleksibilitet og rigiditet, og å stole på brukere med riktig mengde handlefrihet for å holde en standard som er tilstrekkelig enhetlig for oppgaven (Timmermans og Epstein, 2010, s.81).

Det komplekse problemet med å regulere profesjonelt arbeid er spesielt fremtredende i helsevesenet. Når formell rasjonalitet benyttes, gjøres alle anstrengelser for å eliminere så mye skjønn fra arbeidet som mulig, og for å ta i bruk faste og objektive kriterier for å evaluere arbeidet (Freidson, 1994, s.212). Formell rasjonalitet tas også i bruk for å forme profesjonelt arbeid i helsevesenet, men på en spesiell måte. Kvalitative standarder benyttes for å bestemme om yrkesutøvelsen er i samsvar med statistiske og absolutte normer, og om yrkesutøvelsen er hensiktsmessig i forhold til oppgitt diagnose. En betydelig grad av skjønn gjenstår, men grensene blir mer distinkte og rigide. I og med profesjonelle autoriteter er med å bestemme innholdet i standardene så er profesjonene i en annen posisjon enn for eksempel i industrien (Freidson, 1994, s.213). Presset på behandlere til å begrense bruk av skjønn til de trygge grensene som er etablert av kunngjorte normer, kan i noen tilfeller tvinge klientenes problemer inn i en standardisert ramme. Dette svekker profesjonalismen fordi standardiserte rammer kan være en fordel for klienter generelt, så er det lite sannsynlig at de passer for noen individuelle klienter (Freidson, 1994, s.213).

Flere av studiene jeg refererer til i min undersøkelse har funnet at PF kan få betydning for behandlingstilbudet, eller at det er en bekymring for pasienttilbudet etter innføringen. I SINTEF undersøkelsen av brukernes erfaringer var hovedinntrykket at det er relativt få som får informasjon om behandlingsmetoder og tiltak enheten tilbyr, og enda færre som opplevde å kunne velge behandlingsform. De fleste hadde erfaring med at behandlingsformen enten var bestemt på forhånd, eller at enheten kun hadde én spesifikk behandlingsmetode de kunne tilby brukeren (SINTEF, 2021, s.31).

Resultatene i denne undersøkelsen indikerer hvordan innføring av PF får betydning for pasientbehandlingen dersom det følges slik det er tenkt. Jeg har ikke funnet studier hvor utvalget skiller på ansiennitet. Så mine funn vedrørende nyansatte psykologer håper jeg er et lite bidrag til mer kunnskap om betydningen av pakkeforløp i PHV. Nyutdannede har ifølge spesialistveiledere en tendens til å følge forløpet fordi de er redde for å ikke få fast ansettelse eller bli prioritert til kurs og fagdager. De erfarne har mindre å tape og gjør flere behandlingstilpasninger. Dersom motsetningen mellom fag og rammer blir for stor kan de erfarne starte for seg selv. Dette kan medvirke til en kompetanselekkasje. I noen av poliklinikkene var det høy turnover av behandlere. Dette resultatet kan være påvirket av mitt utvalg, da det består av har få informanter med kort ansiennitet.

PF er fundert i et naturvitenskapelig paradigme, mens psykologisk behandling ofte er fundert på humanvitenskapelige verdier. Når forståelsesmodeller basert på ulike kunnskapsparadigmer skal eksistere side om side, kan det være utfordrende å utvikle PHV i en retning (Ørjaseter, 2021, s.44). Alle ønsker et behandlingstilbud som virker, men det er uenighet om hva som validerer god behandling og hvilke kunnskapskilder som skal anerkjennes. Diskusjonene i det offentlige ordskiftet kan tyde på et gryende kunnskapsopprør. Det stilles i økende grad spørsmål ved bruken av diagnose-systemet som kunnskapsgrunnlag. I en del forskning benyttes psykiatriske diagnoser som om de er absolutte størrelser. I realiteten er de definert gjennom konsensusavgjørelser. Dette paradokset gjør at flere sår tvil om man kan snakke om evidens. Det er problematisk at vi benytter en form for kunnskap som gull-standard, særlig når deler av grunnlaget for denne kunnskapen vurderes ugyldig. Det argumenteres for at det er viktigere å ha et felles rammeverk, enn at rammeverket er vurdert gyldig. Debattene kan tyde på at flere ønsker å se kritisk på forståelsen av evidens i PHV. Dette kan være et uttrykk for en kritikk mot at bestemte former for målbar kunnskap over lang tid har blitt rangert høyere enn klinikernes og pasientenes erfaringsbaserte kunnskapsgrunnlag (Ørjaseter, 2021, s.45).

Tørseth har gjennomført en studie som ser på hvordan PF ble utarbeidet. Studien viser hvordan helsepersonell og politikere ledes av verdier med spesiell logikk når man skal forstå PF. De politiske aktørene tror på kontroll og effektivitet, mens

helsepersonell styres av verdier som skjønn og autonomi. Dette bidrar til en polarisert debatt om PF mellom bekymring for pasienten og bekymring for effektivitet. Forløpet ble til gjennom en forhandlingsprosess hvor begge parter fikk beholde sine kjerneverdier. Det inneholder tidsfrister som må kodes og krever mer administrativt arbeid, men uten å angi spesifikke diagnostiske verktøy eller foretrukne behandlingsstrategier (Tørseth, 2021, s.1).

Tidspress som behandlerne opplever, har medført mindre tid i fagteam og færre møtepunkter. Det kan se ut til at systemene ikke er optimale for å ivareta spesialisert kunnskap. Noen har metodespesifikk utdanning man ikke får benyttet, da dette er behandlingsformer som krever lengre tid. Det finnes ikke noe system for veiledningstilbud til spesialistene, som har et stort ansvar for å veilede yngre kollegaer. Det er krav om vedlikehold av spesialistkompetanse i form av kurs. Hovedvekten av informantene opplever at de bruker mer tid på administrative oppgaver etter innføring av PF, og det er i samsvar med SINTEF sine undersøkelser. Det er i hovedsak informanter med lang ansiennitet som oppgir å bruke mer tid på administrative oppgaver, så dette resultatet kan være påvirket av mitt utvalg.

Ifølge mine informanter har innføring av PF bidratt til økt arbeidspress på deres arbeidsplasser. Det har blitt enda vanskeligere for pasientene å bytte behandler, fordi de ansatte har svært fulle pasientlister. Det er også mindre fleksibilitet til å gi en individuell tilpasning av behandlingstilbudet. Når det er vanskelig for pasientene å bytte behandler, kan det bli utfordrende for terapeuten å bygge allianse. De behandlerne som opplever at PF ikke påvirker alliansen, oppgir de går utenom rammene i PF for å ivareta relasjonen til pasienten.

Det er vanskelig å tenke seg en velferdsstat uten delegering av skjønnsmyndighet til profesjonelle, så lenge goder og tjenester fordeles utfra behovsvurderinger. Samtidig reiser delegering av skjønnsmyndighet utfordringer med “accountability”. Det er derfor viktig å skille mellom skjønn i strukturell og epistemisk forstand. Forslag til hvordan skjønnsutøvelse kan ansvarliggjøres bør gripe tak i begge sidene av skjønn, ikke bare det strukturelle (Molander & Smeby, 2013, s.54). Epistemiske reguleringsmekanismer handler blant annet om formende mekanismer som har til hensikt å innprente visse typer kunnskap,

tenkemåter, verdier og normer hos personer med skjønnsmyndighet (f.eks. gjennom undervisningsprogrammer) (Molander & Smeby, 2013, s.50). En annen epistemisk reguleringsmetode er støttende mekanismer, som retter seg mot beslutningsstøtte. Evidensbasert profesjonell praksis kan ses på som et eksempel på denne type beslutningsstøtte. Evidensbasering skal gi profesjonelle beslutningstakere den mest oppdaterte og sikre kunnskapen om hvilke inngrep som virker, og ikke virker. Idéen har spredd seg fra medisin til andre fagfelt som sosialt arbeid. Det er derfor viktig å avklare hvor evidensbasering passer som ansvarliggjøringstiltak (Molander & Smeby, 2013, s.51).

Debatten om PF har åpnet for å diskutere de grunnleggende utfordringene i PHV, For å utvikle tilbudet i tråd med visjonen om pasientens helsetjeneste må pasient/brukerorganisasjoner, klinikere, forskere og myndigheter anerkjennes som likeverdige parter i utformingen av tjenestetilbudet (Ørjaseter, 2021, s.46).

Det fremkommer ikke noe tydelig svar på om poliklinikkene har endret organisering for å møte forløpets krav i mine data. Jeg spurte etter behandlernes erfaring med endrede arbeidsoppgaver og tidsbruk. For å få svar på eventuell omorganisering, måtte det fått større oppmerksomhet i mine spørsmål, og ledere måtte blitt inkludert i utvalget.

Når det gjelder om rollen som forløpskoordinator har medført nye oppgaver, er dette kun delvis besvart. Forløpskoordinatorrollen har ingen funksjon som mine informanter var særlig kjent med. I de seksjoner hvor lederne hadde koordineringsansvar, hadde ikke rollen noen egentlig funksjon. Når behandlerne fikk tildelt pasienten, fikk de koordineringsansvar, men innebar ingen nye oppgaver eller endringer.

Mitt valg av metode gjør at jeg ikke kan konkludere med årsaksforklaringer, men kan peke på sammenhenger som kan ha bidratt til å påvirke pasientbehandling og profesjonell autonomi. Jeg har ikke inkludert ledere eller forløpskoordinatorer i min studie, det kan ha bidratt til et mer negativt resultat. En studie for å sammenligne behandlernes opplevelse av PF i seksjoner med og uten forløpskoordinator kunne vært interessant for å få mer kunnskap om hvilken betydning forløpskoordinator har i de seksjonene som har etablert det.

Min grunnutdanning i sykepleie er forankret i en humanistisk tenkemåte, og det kan påvirke min tolkning og analyse av data. Derfor har jeg vært nøye underveis i prosessen med å være åpen for behandlernes opplevelser av fordeler ved PF og evidensbasert behandling, noe jeg har forsøkt å tydeliggjøre i kapittel 4.

Gjennom studiet har jeg tilegnet meg økt kunnskap om forhold som er viktige for å ivareta kvaliteten på vårt behandlingstilbud, som jeg har ønsker å benytte på egen arbeidsplass. Det innebærer konkrete forbedringsområder som å prioritere fagteam/behandlingsteam slik at alle får nok tid til å drøfte sine pasienter. Økt fokus på veiledning av nyansatte for å sikre at skjemaer og diagnosefokus ikke får for stor plass i utredningsfasen. Jeg tror fagfeltet har mye å tjene på å innføre kvalitative brukerundersøkelser hvor pasienter får mulighet til å gi tilbakemelding til en person som ikke er ansatt der pasienten får behandling. Dette tenker jeg vil kunne ha betydning for både behandlingstilbudet og behandlernes profesjonelle autonomi.

For å få ytterligere kunnskap om temaet for min undersøkelse ville det vært av betydning å studere om antall rehenvisninger av pasienter har økt etter innføring av PF. Dette kan gi mer informasjon om behandlingsforløpet er for kort, slik at pasientene må henvises tilbake kort tid etter avslutning. For å få mer kunnskap om variasjon i behandlingstilbud kunne det også vært nyttig å studere om færre tar utdanning i, og får benyttet psykodynamiske/psykoanalytiske behandlingstilnærminger.

Det er selvfølgelig mange forhold som har innflytelse på møtet mellom behandler og pasient i PHV. Gjennom denne oppgaven har jeg argumentert for at mine funn kan gi til økt kunnskap når tilbudet i tilsvarende psykiatriske poliklinikker skal utvikles videre for å nå den målsettingen PF var tenkt å skulle bidra til.

Referanseliste

Angerer, P & Weigl, M. (2015). Physicians' Psychosocial Work Conditions and Quality of Care: A Literature Review. *Professions and Professionalism*, 5(1), s.1-20. Hentet fra: <https://journals.hioa.no/index.php/pp/article/view/960>

Bernstrøm, V. H. (2014). Implementering av organisasjonsendringer i helsesektoren – hvorfor det ofte går galt. *Scandinavian Journal of Organizational Psychology*, 6(1), s.12-21. Hentet fra:

[Implementering_av_organisasjonsendringer-with-cover-page-v2.pdf \(d1wqtxts1xzle7.cloudfront.net\)](#)

Brekke, M. Bjørke, J.S & Wisborg, T. (2021). Hvordan kan det ha seg at legemangelen i Norge øker parallelt med at antallet yrkesaktive leger øker? *Tidsskriftet Den Norske Legeforening*. (16), s.1-3. Hentet fra:

<https://tidsskriftet.no/2021/11/leder/hvor-blir-det-av-alle-legene>

Breivik, E & Obstfelder, A. (2012). Yrkesmotivasjon og arbeidsglede i helsereformenens tid. *Nordisk Sygeplejeforskning*, 2(2), s.110-119. Hentet fra:

<https://doi.org/10.18261/ISSN1892-2686-2012-02-03>

Brunsson, N. (2006). Reforms, organization, and hope. *Scandinavian Journal of Management*, Nr. 22, s.253-255. Hentet fra:

<https://reader.elsevier.com/reader/sd/pii/S0956522106000583?token=AE972201D1799944D95AB707CF259F1D3D39F00F5EEDF83F49E72C9CADF3C75341748FB13A192A9A2ED10C2BADE249D2&originRegion=eu-west-1&originCreation=20220503180126>

Bryn, S. (05.03.2015) Illusjonen om best mulig behandling. *Psykologitidsskriftet*.

Hentet fra: <https://psykologitidsskriftet.no/debatt/2015/03/illusjonen-om-best-mulig-behandling>

Bøe, D. T. (2007) Evidensbasert praksis i psykisk helsevern. *Tidsskrift for psykisk helsearbeid*. Nr. 2, s.194-202. Hentet fra: <https://doi.org/10.18261/ISSN1504-3010-2007-02-06>

Creswell, J.W. (2014). *Research design* (4.utg). California: Sage publications inc.

- Danielsen, R & Hertel, J. K. (2018). Økonomistyring utfordrer sykepleieledere i reformerte norske sykehus. *Nordisk sygeplejeforskning*, 8(1), s.51-62. Hentet fra: <https://doi.org/10.18261/issn.1892-2686-2018-01-05>
- Eika, K. H. (2016). Hva med de sosiale dimensjonene? Kvalitetsindikatorer i velferdstjenesten. *Tidsskrift for velferdsforskning*, 19 (4), s. 359-365. Hentet fra: <https://doi.org/10.18261/issn.2464-3076-2016-04-05>
- Ekeland, T-J. Stefansen, J. & Steinstø, N-O. (2011) Klinisk autonomi i evidensens tid. Styringspolitiske utfordringer for klinisk praksis. *Tidsskrift for velferdsforskning*, 14 (1), s. 2-12. Hentet fra: https://www.researchgate.net/publication/274383260_Klinisk_autonomi_i_evidensens_tid_Styringspolitiske_utfordringer_for_klinisk_praksis_Tor-Johan_Ekeland_Jon_Stefansen_og_Nils-Olaf_Steinsto
- Flor, J. (19.08.2020). Bærebjelken i psykisk helsevern er råtten. *Aftenposten*. Hentet fra: [Bærebjelken i psykisk helsevern er råtten | Jørgen Flor \(aftenposten.no\)](https://aftenposten.no/bærebjelken-i-psykisk-helsevern-er-raatten-jorgen-flor/aftenposten.no)
- Flückiger, C. Del Re, A. Wampold, B. Symonds, D. & Horvath, A. (2012). How Central Is the Alliance in Psychotherapy? A Multilevel Longitudinal Meta-Analysis. *Journal of Counseling Psychology*, 59(1), s.10-17. Hentet fra: <https://doi.apa.org/doi/10.1037/a0025749>
- Freidson, E. (1994). *Professionalism reborn. Theory, Prophecy and Policy* (1.utg.), Oxford: Policy Press.
- Hansen, D. & Onaheim, J. T. (2020). *Pakkeforløp i psykisk helsevern – et kritisk blikk*. (Hovedoppgave). Universitetet i Bergen, Bergen. Hentet fra: <https://hdl.handle.net/11250/2724022>
- Haug, L. (2021). Forslag til en bedre organisering av vårt felleseide sykehus. *Samfunn & økonomi*. (2), s.6-13. <https://www.samfunnogokonomi.no/samfunn-og-okonomi-utgave-2-2021/>
- Haugland, K. K. & Sjølie, H. (2018). Pakkeforløp i psykisk helse- og rusfeltet. *Tidsskrift for psykisk helsearbeid*, 15(1), s.2-3. Hentet fra: <https://doi.org/10.18261/issn.1504-3010-2018-01-01>
- Heiret, J. & Ludvigsen, K. (2012). På sporet av en historisk-sosiologisk helseprofesjonsforskning. *Tidsskrift for samfunnsforskning*, 53(4), 455-473. Hentet fra: <https://doi.org/10.18261/ISSN1504-291X-2012-04-04>
- Helsedirektoratet. (2018 a). Nasjonal plan for implementering av pakkeforløp for psykisk helse og rus 2018 – 2020. (IS-2734). Hentet fra: <https://www.helsedirektoratet.no/tema/psykisk-helse>

Helsedirektoratet. (2018 b). Pakkeforløp for utredning og behandling i psykisk helsevern, voksne [nettdokument]. (sist faglig oppdatert 04. desember 2020, lest 19. mars 2022). Hentet fra:

<https://www.helsedirektoratet.no/pakkeforlop/psykiske-lidelser-voksne>

Helsedirektoratet. (2019). *Årsrapport 2019: Nasjonalt kvalitetsindikatorsystem*.

Hentet fra: <https://www.helsedirektoratet.no/rapporter/nasjonalt-kvalitetsindikatorsystem-arsrapporter>

Helsedirektoratet. (2020). Pakkeforløp for psykisk helse og rus, indikatorer for aktivitet og forløpstid [nettdokument]. Hentet fra:

<https://www.helsedirektoratet.no/statistikk/statistikk-fra-npr/pakkeforlop-for-psykisk-helse-rus>

Helsedirektoratet (2022a, 11.04) Psykisk helse. Hentet fra:

<https://www.helsedirektoratet.no/tema/psykisk-helse>

Helsedirektoratet. (2022b, 19.april). Nasjonale kvalitetsindikatorer – NKI. Hentet fra:

<https://www.helsedirektoratet.no/statistikk/kvalitetsindikatorer/psykisk-helse-for-voksne>

Helse og omsorgsdepartementet. (2021). *Prop. 1S (2021-2022)*. (nr.1). Hentet fra:

<https://www.regjeringen.no/no/dokumenter/prop.-1-s-20212022/id2874867/>

Håland, E. & Melby, L. (2017). Standardisert individualisering? Hvordan god pasientbehandling blir til i politiske taler om innføring av pakkeforløp for kreft.

Norsk sosiologisk tidsskrift. Nr.5, s.380-398. Hentet fra:

<http://hdl.handle.net/11250/2486289>

Haave, P. (2012, mars). *Profesjonsautonomi på norsk*. Innlegg presentert ved 20 års jubileet til Legeforeningens forskningsinstitutt. Soria Moria, Oslo. Hentet fra:

https://www.legeforeningen.no/contentassets/521a2e40f57b495cbf3a68906e342c0c/profesjonsautonomi-pa-norsk_per-haave.pdf

Irgrens, E. J. & Wennes, G. (red.). (2011). *Kunnskapsarbeid – om kunnskap, læring og ledelse i organisasjoner* (1.utg.). Bergen: Fagbokforlaget Vigmostad og Bjørke AS.

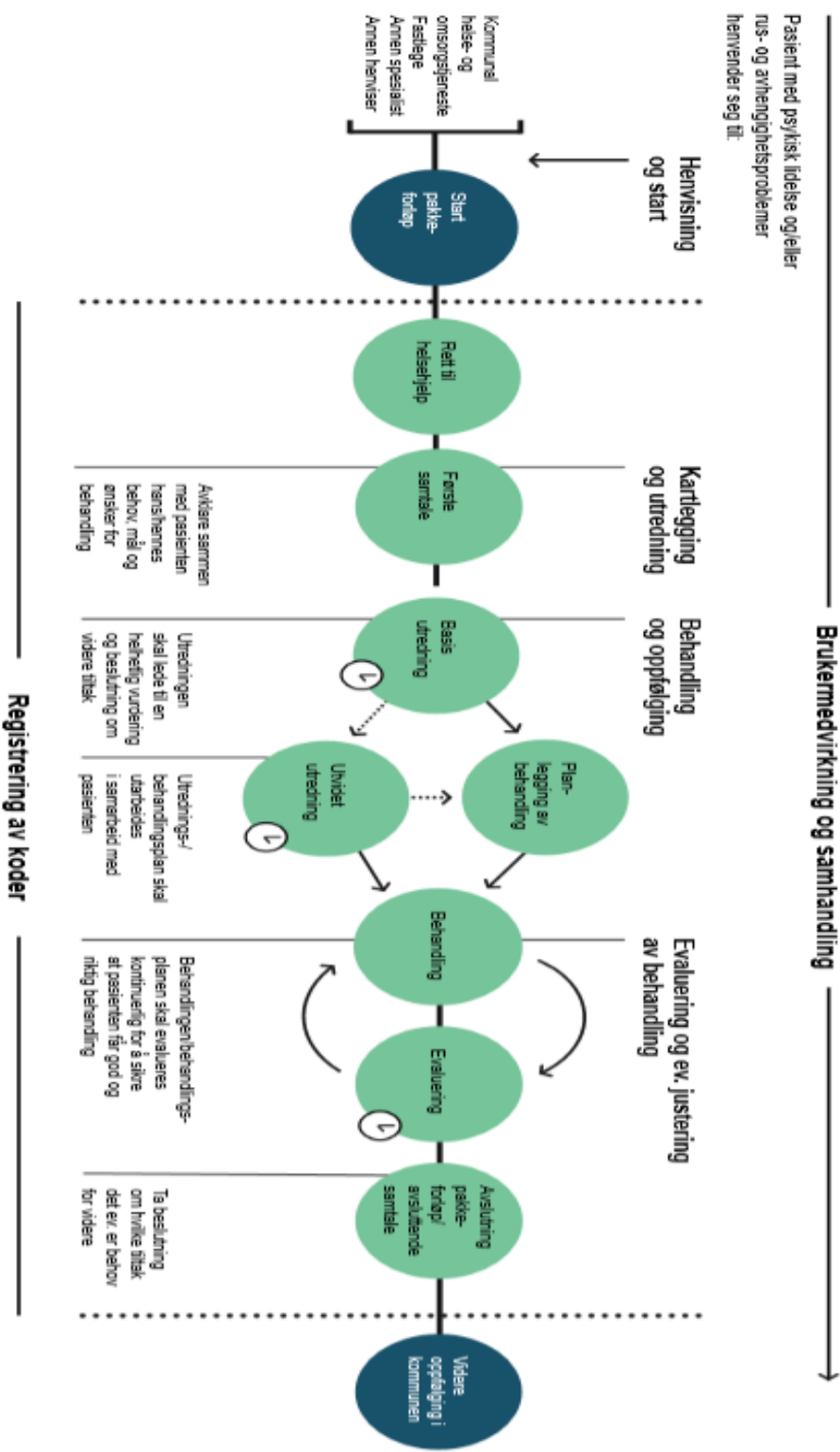
- Kristiansen, M. (2020). Nedskjæringer fører til kasterbatter i systemet. *Tidsskrift for Norsk psykologforening*. 57(2), s.133-134. Hentet fra: <https://psykologtidsskriftet.no/debatt/2020/02/nedskjaeringer-forer-til-kasterballsystem>
- Kunnskapssenteret. (15.07.2010). *Forslag til rammeverk for et nasjonalt kvalitetsindikatorsystem for helsetjenesten*. (Nr. 16-2010). Hentet fra: [Forslag til rammeverk for et nasjonalt kvalitetsindikatorsystem for helsetjenesten - FHI](#)
- Levitt, H. M. & Piazza-Bonin, E. (2016). Wisdom and psychotherapy: Studying expert therapists' clinical wisdom to explicate common processes. *Psychotherapy Research*, 26(1), s. 31-47, Hentet fra: <https://doi.org/10.1080/10503307.2014.937470>
- Magasinet KOTE. (2018). KOTE#1 Ideal og virkelighet. Hentet fra: <http://www.magasinetkote.no/butikk/kote-1-ideal-og-virkelighet>
- Malkolmsen, A. & Solberg, C. T. (2022, 09.02). Psykiatriens forventningskrise, *Tidsskrift for Den norske legeforening*, Hentet fra: [Psykiatriens forventningskrise | Tidsskrift for Den norske legeforening \(tidsskriftet.no\)](#)
- Molander, A. & Smeby, C. (Red.). (2013). *Profesjonsstudier II*. Oslo: Universitetsforlaget.
- NOU 2016:25. (2016). *Organisering og styring av spesialisthelsetjenesten*. Hentet fra: [NOU 2016: 25 - regjeringen.no](#)
- Patton, M. Q. (2002). *Qualitative research and evaluation methods* (3.utg.). California: Sage Publications inc, s.228-257.
- Pettersen, I. J. & Bjørnenak, T. (1997). *Fra økonomisk teori til klinisk praksis – om økonomisk styring i helsesektoren*. (1.utg.) Cappelen akademisk forlag. Oslo. Hentet fra: <https://www.nb.no/search?q=oaiid:%22oai.nb.bibsys.no:999711683184702202%22&mediatype=b%C3%B8ker>
- Rørvik, K. A. (2010). Management trender. *Praktisk økonomi og finans*.26(3), s.61-72. Hentet fra: [Praktisk økonomi & finans | Volum 26 | Utgave 3 | Innholdsfortegnelse \(idunn.no\)](#)

- Rønning, E. (2006). Få indikasjoner på økt arbeidspress generelt i arbeidslivet. *Samfunnspeilet*.(1), s. 37-45. Hentet fra: [1/2016 - SSB](#)
- Ryum, T. Stiles, T. C. & Vogell, P. A. (2009). Kvaliteten på tidlig terapeutisk allianse som prediktor for behandlingseffekt ved depresjon og angst. *Tidsskrift for Norsk psykologforening*, 46 (7). s.651-657. Hentet fra: [Kvaliteten på tidlig terapeutisk allianse som prediktor for behandlingseffekt ved depresjon og angst | Tidsskrift for Norsk psykologforening \(psykologtidsskriftet.no\)](#)
- SINTEF. (2020, 20.01.) *Pakkeforløp for psykisk helse og rus – fagfolks erfaringer første år*. (Rapport 2020:00064). Hentet fra: <https://www.sintef.no/publikasjoner/publikasjon/1799826/>
- SINTEF (2021,22.01) *Pakkeforløp for psykisk helse og rus – brukere, pårørende og fagfolks erfaringer*. (Rapport 2021:00090). Hentet fra: https://www.sintef.no/globalassets/sintef-digital/helse/rapport-2_pakkeforlop_1.3.2021_signert.pdf
- Sjøvold, Endre. (2016). *Makt og maktbruk i arbeidslivet*. (1. Utg.). Oslo: Universitetsforlaget.
- Sjøvold, Endre. (2021). Fra regelstyring til målstyring og tilbake igjen. *Praktisk økonomi og finans*, 37(2) s.164-174. Hentet fra: <https://doi.org/10.18261/issn.1504-2871-2021-02-07>
- Solberg, P. O. Nissen-Lie, H. A. Hansen, R. & Sundby, J. (2016). Forskerblikk på pakkeforløp. *Tidsskrift for Norsk psykologforening*, 53(6), s.423 – 429. Hentet fra: <https://psykologtidsskriftet.no/nyheter/2016/06/forskerblikk-på-pakkeforlop>
- Sommers-Flanagan, J. (2015). Evidence-Based Relationship Practice: Enhancing counselor competence. *Journal of mental health counselling*, 37(2) s.95-108. Hentet fra: [\(PDF\) Evidence-Based Relationship Practice: Enhancing Counselor Competence \(researchgate.net\)](#)
- Stamsø, Mary Ann. (2009) *Velferdsstaten i endring* (2.utg.). Oslo: Gyldendal Akademiske forlag.
- Statistisk sentralbyrå. (2022, 19.03). Statistikkbanken – Spesialisthelsetjenesten. Hentet fra: <https://www.ssb.no/statbank/table/09551/>

- Sælør, K. T. Klevan, T. & Sundet, R. (2019). Ensretting, standardisering og kunnskapsbasert praksis-autoetnografi som motstand. *Forskning & Forandring*, 2(2), s.105-123. Hentet fra: <https://doi.org/10.23865/fof.v2.1523>
- Timmermans, S. & Epstein, S. (2010). A World of Standards but not a Standard World: Toward a Sociology of Standards and Standardization. *Annual Review of Sociology*, 36, s.69-89. Hentet fra: <https://doi.org/10.1146/annurev.soc.012809.102629>
- Tørseth, T. N. (2021). Organizing as negotiation: The construction of a pathway in Norwegian mental health services. *International Journal of Mental Health Systems*, 15(1), s.1-15. Hentet fra: <https://www.proquest.com/docview/2503448337?pq-origsite=primo&parentSessionId=S%2Fgy4BRdT0HtA%2BAoyCtcKdcLrp2NZxZDy7%2BL6oHVfkY%3D>
- Tørseth, T. N. & Ådnanes, M. (2022). Trust in pathways? Professionals' sensemaking of care pathways in the Norwegian mental health services system. *BMC Health Services Research*, 22(1), s.33. Hentet fra: <https://www.proquest.com/docview/2621026090?pq-origsite=primo>
- Universitetet i Oslo. (2022, 17. mars). Hentet fra: <https://www.uio.no/tjenester/it/adm-app/nettskjema/hjelp/diktafon.html>
- Waller, G. & Turner, H. (2016). Therapist drift redux: Why well-meaning clinicians fail to deliver evidence-based therapy, and how to get back on track. *Behavior research and therapy*. (77), s.129-137. Hentet fra: <https://doi.org/10.1016/j.brat.2015.12.005>
- Ørjaseter, K. B. (2021). Kunnskap, makt og autonomi i psykisk helsevern. *Tidsskrift for psykisk helsearbeid*, 18, (1), s.36-47. Hentet fra: <https://www.idunn.no/doi/10.18261/issn.1504-3010-2021-01-05>
- Øverlid, B. (2018). Profesjonsidentitetens vilkaar. *Tidsskrift for velferdsforskning*, 21(2), s. 103-116. Hentet fra: <https://doi.org/10.18261/issn.2464-3076-2018-02-02>

Aase-Kvåle, I. Magnussen, A-M. & Nilssen, E. (2019). Prioriteringsveiledere i spesialisthelsetjenesten – rettslige og medisinskfaglige ansvarliggjøringsmekanismer. *Tidsskrift for velferdsforskning*, 22(3), s.213 - 227.
Hentet fra: <https://doi.org/10.18261/issn.2464-3076-2019-03-03>

Vedlegg 1. Flytskjema pakkeforløp psykisk helsevern voksne



Vedlegg 2. Informasjonsskriv

Vil du delta i forskningsprosjektet “Pakkeforløp og kliniske beslutninger”?

Dette er et spørsmål til deg om å delta i et forskningsprosjekt hvor formålet er å se på om polikliniske behandlernes beslutningsrom har endret seg etter innføring av pakkeforløp for psykisk helsevern for voksne, og om det har fått konsekvenser for behandlingstilbudet til pasientene. I dette skrivet gir jeg deg informasjon om målene for prosjektet og hva deltakelse vil innebære for deg.

Formål

Det generelle pakkeforløpet for psykisk helsevern voksne ble implementert ved alle sykehus i Norge fra 1.januar 2019. Den første evalueringsrapporten fra Sintef kom i januar 2020. Resultatene viser tydelig fagfolks skepsis til pakkeforløp innen fagområdet psykisk helse, og et flertall mener pakkeforløpet ikke lever opp til målsettingene om brukermedvirkning/brukertilfredshet, sammenhengende og koordinerte tjenester og ivaretagelse av somatisk helse og levevaner. Mange behandlere reagerer på det å få instruks om hvordan de skal drive faget sitt. Dette studiet vil gi en dypere undersøkelse av hvordan innføring av pakkeforløp påvirker de kliniske beslutninger behandlerne tar i sine møter med en utsatt pasientgruppe. Målet er å intervjuere behandlere i poliklinisk virksomhet med variasjon med hensyn til utdanning, ansiennitet og kjønn, til sammen minimum 6 informanter. Følgende forskningsspørsmål vil bli analysert:

- 1. Hvordan har innføring av «pakkeforløp for psykisk helsevern voksne» påvirket behandlingstilbudet til pasientene?**
- 2. På hvilken måte påvirker innføring av «pakkeforløp for psykisk helsevern voksne» behandlernes profesjonelle autonomi knyttet til kliniske beslutninger i allmennpsykiatriske poliklinikker?**
- 3. Hvilke andre forhold ved behandlerens møte med pasienten har blitt endret etter innføring av «pakkeforløp for psykisk helsevern voksne»?**

Data fra intervjuene vil bli benyttet i en masteravhandling i studiet Organisasjon og ledelse ved Høyskolen i Østfold, og vil ikke bli benyttet i andre sammenhenger.

Hvem er ansvarlig for forskningsprosjektet?

Høyskolen i Østfold er ansvarlig for prosjektet.

Hvorfor får du spørsmål om å delta?

Utvalget til dette studiet er basert på prinsippet om maksimal variasjon for å fange og beskrive sentrale tema på tvers av variasjon. Utvalgskriterier til dette studiet er: Kjønn, ansiennitet, utdanning og spesialisering. Det er et ønske å få tilgang på informanter med ulik ansiennitet, da de med lengst ansiennitet har opplevd endring over tid. I denne forbindelse vil lang ansiennitet på den arbeidsplassen respondenten arbeider på intervjutidspunktet være 5 år og mer.

Utdanningsbakgrunnen til behandlerne er av interesse da psykologer, leger og ansatte med høyskolebakgrunn har ulike oppgaver og fagets retningslinjer å forholde seg til. Jeg ønsker å få rekruttert informanter fra flere poliklinikker som tilbyr generell behandling til voksne med psykiske lidelser for å utelukke muligheten for at forhold ved en høyspesialisert avdeling påvirker resultatet.

Invitasjon til deltagelse vil sendes ut via den epostadressen sykehusene oppgir som kontaktinformasjon på sin nettside, og blir stilet til seksjonsleder ved de aktuelle poliklinikkene. Informantene kontaktes direkte når nærmeste leder videreformidler kontaktinformasjon.

Hva innebærer det for deg å delta?

Hvis du velger å delta i prosjektet, innebærer det at du deltar i et individuelt intervju. Forskeren vil holde intervjuet der et passer best for deg. Det vil ta deg ca. 60 minutter. Det blir benyttet lydopptak ved intervjuene, og forskeren vil ta korte notater underveis i intervjuet.

Det er frivillig å delta i prosjektet. Hvis du velger å delta, kan du når som helst trekke samtykket tilbake uten å oppgi noen grunn. Alle dine personopplysninger vil da bli slettet. Det vil ikke ha noen negative konsekvenser for deg hvis du ikke vil delta eller senere velger å trekke deg. Deltagelse vil ikke påvirke ditt forhold til arbeidsplassen/arbeidsgiver.

Ditt personvern – hvordan vi oppbevarer og bruker dine opplysninger

Jeg vil bare bruke opplysningene om deg til formålene jeg har fortalt om i dette skrevet. Opplysningene behandles konfidensielt og i samsvar med personvernregelverket. Opplysninger fra intervjuet vil bli anvendt i masteravhandlingen på en slik måte at informantene ikke kan identifiseres.

Ved behandlingsansvarlig institusjon vil veileder ha tilgang til opplysningene fra intervjuet. Navnet og kontaktopplysningene dine vil jeg erstatte med en kode som lagres på egen navneliste adskilt fra øvrige data. Data materialet vil lagres i tråd med ansvarlig institusjons retningslinjer.

Hva skjer med opplysningene dine når vi avslutter forskningsprosjektet?

Opplysningene slettes når prosjektet avsluttes/oppgaven er godkjent, innen utgangen av november 2021. Transkriberte intervjuer vil bli oppbevart anonymisert

Dine rettigheter

Så lenge du kan identifiseres i datamaterialet, har du rett til:
innsyn i hvilke personopplysninger som er registrert om deg, og å få utlevert en kopi av opplysningene,
å få rettet personopplysninger om deg,
å få slettet personopplysninger om deg, og
å sende klage til Datatilsynet om behandlingen av dine personopplysninger.

Hva gir oss rett til å behandle personopplysninger om deg?

Jeg behandler opplysninger om deg basert på ditt samtykke.

På oppdrag fra Høyskolen 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:

Høyskolen i Østfold ved Elise Øby, elise.oby@hiof.no , tlf. 917 47 727

Vårt personvernombud: Marin Gautestad Jakobsen, martin.g.jakobsen@hiof.no

Hvis du har spørsmål knyttet til NSD sin vurdering av prosjektet, kan du ta kontakt med:

NSD – Norsk senter for forskningsdata AS på epost
(personverntjenester@nsd.no) eller på telefon: 55 58 21 17.

Med vennlig hilsen

Elise Øby
(Forsker/veileder)

Elisabeth Ødegaard
(Student)

Samtykkeerklæring

Jeg har mottatt og forstått informasjon om prosjektet pakkeforløp og kliniske beslutninger, 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

(Signert av prosjektdeltaker, dato)

Vedlegg 3. Intervjuguide

Bakgrunnsdata: Alder, kjønn, utdanning, spesialisering, antall år ved dette arbeidstedet, total ansiennitet.	
Innledning og informasjon om pakkeforløp (tidspunkt for innføring og hovedmålsetting – bedre kvalitet og mer sammenhengende tjenester)	
Respondentens kunnskap om og erfaring med pakkeforløp	
- Beskriv din kunnskap om pakkeforløpets målsetninger - Beskriv din erfaring med de virkemidler som er benyttet for å oppnå målsetninger - Hvordan er pakkeforløp implementert på din arbeidsplass? - Kjennskap til evalueringsrapporten?	
Profesjonelle betraktninger	
- Hva mener du er viktig for å gi god behandling slik din arbeidsdag er? - Hva tenker du om det generelle pakkeforløpet for psykisk helse voksne knyttet til det du mener er viktig? - Hva tenker du er dine viktigste kunnskapskilder når du tar kliniske beslutninger?	
Endring av arbeidsoppgaver	
Hvilke arbeidsoppgaver har endret seg for deg i forbindelse med innføring av pakkeforløp?	
Kan noen av de oppgaver du har per nå utføres av andre yrkesgrupper? Hvilke?	
- Utredning - Klinisk beslutning - Forløpskoordinatorrollen - Behandling - Behandlingsplan - Evaluerings	- Avslutning - Koding av aktivitet - Samarbeid med andre instanser - Tidsforbruk til administrative oppgaver vs direkte pasientkontakt
Konsekvenser for valg av behandling	
- Hvordan har pakkeforløp påvirket hyppighet av konsultasjoner med pasientene? - Hvordan har pakkeforløp påvirket lengden på pasientforløp/behandling? - På hvilken måte påvirkes valg av behandlingsmetode/tilnærming av pakkeforløp?	
Konsekvenser for særskilte pasientgrupper	
- Utfordringer med alliansebygging pga endringer som følge av pakkeforløp - Utfordringer med at pasienter ikke møter som kan tenkes ha sammenheng med implementering av pakkeforløp - Hvordan er fleksibilitet til å jobbe ambulant?	

Kvalitetssikring
På hvilken måte sikres kvaliteten på behandlingen ved din arbeidsplass? Hva tenker du om dette knyttet til hva du vurderer er viktig for god kvalitet? Hvordan benyttes resultat av koding i pakkeforløp til kvalitetsutvikling i din enhet?
Beslutningsrom
Gitt de endringer du opplever i din arbeidshverdag med innføring av pakkeforløp, på hvilken måte har du mulighet til å påvirke rammene du arbeider innenfor?
Er det andre forhold vedrørende behandling/arbeidsoppgaver pakkeforløp har endret som vi ikke har vært inne på i intervjuet?