

ATM

Autonomy, Transparency and Management

Reform dynamics in health care: a comparative research program

Monika Alvestad Reime

Styring og identitet

Om identitetsprosesser i psykisk helsevern

ATM – Skriftserie

Nr. 19 - 2008

 **Rokkansenteret**
STEIN ROKKAN SENTER FOR FLERFAGLIGE SAMFUNNSSTUDIER

POLIS
Politikk, Organisasjon og Ledelse i
Spesialiserte kunnskapsorganisasjoner

ATM- skriftserie er en nettbasert publikasjonsserie med nyttgivelser av hovedfagsoppgaver, masteroppgaver, avhandlinger og paper som er produsert i tilknytning til ATM –prosjektet ved Rokkansenteret i perioden 2003 – 2008.

INNHold

FORORD	6
SAMMENDRAG	7
KAPITTEL 1: PRESENTASJON AV STUDIET	8
1.1 TEMA OG PROBLEMSTILLING	8
1.2 TIDLIGERE FORSKNING	11
1.3 DISPOSISJON	11
KAPITTEL 2: KONTEKST	13
2.1 PSYKIATRIENS FAGTRADISJONER OG MODELLER	13
2.2 PSYKIATRIENS HISTORIE	15
2.3 ETABLERING OG ORGANISERING AV OFFENTLIG PSYKISK HELSEVERN I NORGE	18
2.4 PROFESJONENES ETABLERING OG UTVIKLING	19
2.5 STORE MANGLER I KVALITET OG OMFANG; PSYKISK HELSEVERN PÅ 1990 TALLET	20
2.6 STYRINGSTENDENSER	22
2.6.1 NEW PUBLIC MANAGEMENT (NPM)	22
2.6.2 KLINISK STYRING (CLINICAL GOVERNANCE)	24
2.6.3 PRODUKTIVITET OG "BESTE PRAKSIS"	25
2.7 BEHANDLINGSFAGLIGE TENDENSER	27
2.7.1 EVIDENSBASERT MEDISIN (EBM)	27
2.7.2 DPS OG TJENESTETILBUDET	30
2.8 BEDRE LEDELSE OG MER FAGLIGHET; UTFORDRINGENE FOR PSYKISK HELSEVERN?	31
KAPITTEL: 3 TEORI	33
3.1 INNLEDENDE BEMERKNINGER	33
3.2 ORGANISASJONSTEORI (MAKRONIVÅ)	33
3.2.1 BYRÅKRATITEORI	33
3.2.2 SCIENTIFIC MANAGEMENT	35
3.3 PROFESJONSTEORI (MIKRONIVÅ)	36
3.3.1 PROFESJONER I ET HISTORISK – SOSIOLOGISK PERSPEKTIV	36
3.3.2 DEFINITORISKE KJENNETEGN	38
3.4 PRESENTASJON AV DET ANALYTISKE PERSPEKTIVET	40
3.4.1 STYRING GJENNOM IDENTITETSREGULERING	40
3.4.2 IDENTITET	42
3.4.3 SELVIDENTITET, DISKONTINUITET OG IDENTITETSARBEID	43
3.5 RELASJON MELLOM ORGANISASJON OG PROFESJON	44
3.5.1 AUTONOMI	44
3.5.2 "ACCOUNTABILITY" ELLER ETTERRETTELIGHET	45
3.5.3 "RESPONSIBILITY" ELLER "ANSVAR FOR DEN ANDRE"	45
3.5.4 DEN "NYE" PROFESJONELLE ROLLE. FRA AUTONOMI TIL ETTERRETTELIGHET?	46
3.6 TRANSFORMASJON AV DEN PROFESJONELLE STATUS OG ROLLE?	48
3.6.1 DEPROFESJONALISERINGSHYPOTESEN	48
3.6.2 PROLETARISERINGSHYPOTESEN	49
3.7 NYE BETINGELSER FOR IDENTITETSFORMING?	49

KAPITTEL 4: METODE	51
4.1 INNLEDENDE BEMERKNINGER	51
4.2 VALG AV METODE	51
4.3 OM CASESTUDIER	52
4.4 DET KVALITATIVE INTERVJUET	53
4.5 PLANLEGGING OG ORGANISERING AV UNDERSØKELSEN	54
4.5.1 DOKUMENTANALYSE	54
4.5.2 PILOTINTERVJUET	55
4.5.3 VALG AV ENHETER OG INFORMANTER	56
4.5.4 GJENNOMFØRING AV UNDERSØKELSEN	57
4.5.5 BEARBEIDING OG ANALYSE AV DATAMATERIALET	59
4.5.6 ANONYMISERING	60
4.6 OM VALIDITET OG RELIABILITET. PROSJEKTETS PÅLITELIGHET	61
4.7 OPPSUMMERING	63
KAPITTEL 5: PRESENTASJON AV GJENNOMBRUDDSMETODIKK OG KEPP PROSJEKTET	64
5.1 INNLEDENDE BEMERKNINGER	64
5.2 GJENNOMBRUDDSMETODIKK	65
5.2.1 ORGANISERING AV GJENNOMBRUDDSPROSJEKTER	65
5.2.2 RESULTATEVALUERING: STATISTISK PROSESSKONTROLL (SPC)	67
5.3 KEPP PROSJEKTET	68
5.3.1 ORGANISERING AV PROSJEKTET	68
5.3.2 GJENNOMFØRING AV PROSJEKTET	69
5.3.3 OFFISIELLE RESULTATER	71
5.4 KEPP PROSJEKTET OG DEN STØRRE KONTEKST	71
KAPITTEL 6: PROSJEKTET	73
6.1 INNLEDENDE BEMERKNINGER	73
6.2 LEDERNIVÅ. NOEN ERFARINGER MED OG REFLEKSJONER RUNDT PROSJEKTET OG METODIKKEN	73
6.2.1 INTRODUKSJON OG OPPSTART AV PROSJEKTET	73
6.2.2 GJENNOMFØRING AV PROSJEKTET	76
6.2.3 OPPFATNINGER OM RESULTAT	79
6.2.4 NOEN LEDERDILEMMAER	82
6.2.5 ARBEIDET I EKSPERTGRUPPEN	83
6.3 KLINIKERNES ERFARINGER	85
6.3.1 GJENNOMFØRING AV PROSJEKTET	85
6.4 OPPSUMMERING	88
KAPITTEL 7: DEN KLINISKE HVERDAGEN	90
7.1 INNLEDENDE BEMERKNINGER	90
7.2 HVORDAN BESKRIVER KLINIKERNE ARBEIDETS KARAKTER OG EGEN YRKESROLLE?	90
7.2.1 "RELASJON ER KJEMPEVIKTIG!" OM ARBEIDSINNHALDET	91
7.2.2 "SÅ BRUKER DU LITT SOP I HOP" OM PROBLEMET MED Å SNAKKE OM HVORDAN DET ARBEIDES	92
7.2.3 "VI SOM VET DETTE BEST" OM BETYDNINGEN AV NÆRHET, ERFARING OG KUNNSKAP	95
7.3 HVORDAN ERFARER KLINIKERNE ENDRINGENE I ARBEIDSHVERDAGEN?	96
7.3.1 "HVA ER GODT NOK DA?" OM IDENTITET OG KONTROLL OVER ARBEIDET	96
7.3.2 "DET GÅR NESTEN IKKE AN Å FORHOLDE SEG TIL DET SOM FAGUTØVER.." OM ØKONOMISPRÅKET OG PRODUKTIVITETSBEGREPET	99
7.4 UTFORDRING FOR STYRINGS – OG LEDELSES NIVÅ	102
7.4.1 "DET LUKKEDE ROM" OM BEHANDLINGENS MANGLENDE ETTERRETTELIGHET	102
7.4.2 "NEI, DETTE BRYR VI OSS IKKE OM.." OM MANGLENDE DISIPLIN	103
7.5 OPPSUMMERING	106

KAPITTEL 8: ANALYTISKE BETRAKTNINGER OG KONKLUSJON	107
8.1 INNLEDENDE BEMERKNINGER	107
8.2 DEN KLINISKE ARBEIDSHVERDAGEN. EN OPPSUMMERING	107
8.3 IDENTITETSREGULERINGSPROSESSER OG NOEN UTVIKLINGSTENDENSER	109
8.3.1 DEPROFESJONALISERINGSHYPOTEBEN	109
8.3.2 PROLETARISERINGSHYPOTEBEN	111
8.3.3 REGULERING OG AUTONOMI	113
8.3.4 MOT NYE JURISDIKSJONSFORMER?	115
8.4 IDEALTYPISKE REAKSJONSMØNSTER OG IDENTITETSKONSTRUKSJONER	116
8.5 ULIKE NIVÅER – ULIK HÅNDBEREGNING AV IDENTITETSREGULERINGSPROSESSER	119
8.6 KONKLUSJON	120
8.7 VIDERE FORSKNING	122
LITTERATURLISTE	124

Forord

Autonomi, Transparens og Management (ATM) Et forskningsprosjekt omkring ledelse og organisering i helsetjenestene

Ansvar for sykehusene i Norge ble fra og med 1. januar 2002 overført fra fylkene til staten. Fem regionale helseforetak ble etablert. I tillegg er det gjennomført reformer som omfatter alt fra pasientrettigheter til finansieringsordninger til enhetlig ledelse. Formålet med ATM-prosjektet ved Rokkansenteret er å studere slike reformer og endringsprosesser i den norske helsesektoren. I studiet av de aktuelle reformene brukes de tre begrepene Autonomi, Transparens og Management.

Med AUTONOMI siktes det til ambisjonen om å etablere autonome organisasjonsenheter og resultatenheter på lavere nivå, samtidig som man sentraliserer eierskapet til stater og regioner. TRANSPARENS; her siktes det til ambisjoner om å redusere kostnader og bidra til pasientens frie valg gjennom tiltak for økt grad av gjennomsiktighet og innsyn i ressursbruk og kvalitet. Den tredje typen reformambisjoner dreier seg om å innføre MANAGEMENT – det vil si at det skal utvikles en mest mulig profesjonell og entydig lederrolle på alle nivåer i helsevesenet. Samlet sett bidrar disse reformambisjonene til et sterkt press for omstilling, samtidig som konsekvensene på det praktiske planet er tildels motstridende og uoversiktlige. I prosjektet gjøres det analyser av ulike former for organisasjon og ledelse, blant annet med hensyn til mulige konsekvenser for effektivitet, kvalitet og legitimitet i helsetjenestene. Det gjøres sammenligninger med Sverige og Danmark med sikte på å oppnå bedre forståelse for de aktuelle endringsprosessene. Det praktiske siktemålet med prosjektet er å utvikle forskningsbasert kunnskap omkring helsevesenets struktur og historie, bidra til å forstå aktuelle endringsprosesser og hvordan reformer ”virker” i praksis. Det er også et mål å bidra til kompetanseutvikling innenfor organisasjon og ledelse i helsevesenet, slik at helseinstitusjonene kan forbedre tjenesteytingen og kommunikasjonen mellom foretakene og befolkningen.

I prosjektet har det vært utviklet forskningsgrupper, nettverk og forskningsseminar der både praktikere, forskere og studenter har deltatt. Formidling av resultater fra forskningen skjer fortløpende på nettsidene til prosjektet (Se <http://www.polis.no>). Der formidles også resultater fra internasjonale forskningsseminarer og prosjekter der forskerne på ATM-prosjektet inngår, samt at det orienteres om åpne forskningsseminarer, formidlingsseminar og nettverksseminar.

Haldor Byrkjeflot
Prosjektleder

Sammendrag

Denne rapporten er en studie av den kliniske arbeidshverdagen i psykisk helsevern og forholdet til overordnede styringsbetingelser. Målsetning om økt styring og kontroll med praksis fra overordnet nivå, samt forsøk på å forene det behandlingsfaglige med økonomisk-administrative hensyn, endrer forholdet mellom organisasjon og profesjon. Studien undersøker hvordan slike reguleringsprosesser fra overordnet nivå legger nye betingelser for de klinikernes rolle (identitet), og hvordan dette blir erfart og håndtert av klinikerne. Tema er belyst gjennom et case studie av et gjennombruddsprosjekt som ble utført i psykisk helsevern i perioden 2003-2005 (KEPP prosjektet). Gjennombruddsmetodikk er en metode for kvalitetsforbedring som har blitt utbredt både innenfor det somatiske helsefeltet og det psykiske helsevernet de senere årene. Undersøkelsen viser at både klinikere og poliklinikkledere synes å erfare omfattende endringer i egen arbeidssituasjon knyttet til målsetning om sterkere styring med kliniske praksis. Forventninger til rollene endres, etablerte profesjonsområder utfordres, og ansvar for pasienten omformes til ansvar for resultat og dokumentasjon. Et sentralt funn i denne undersøkelsen, er at de kliniske identitetene er blitt mer ustabile, og ikke så tett knyttet til profesjonsidentitet noe som kan tolkes i retning av de-profesjonalisering, særlig på det kliniske nivået. Et av de andre sentrale funnene i denne undersøkelsen, er at tradisjonelle jurisdiksjonsområder synes å være i endring, og inngår som en del av identitetsreguleringsprosessen. Det som fremstår som kanskje et av de tydeligst funnene i denne undersøkelsen, er de ulike måtene ulike aktører i organisasjonen erfarer og håndterer de pågående endringsprosessene på. Særlig kommer dette frem i undersøkelsen av KEPP prosjektet, der prosjektets formål, betydning og resultater blir beskrevet på ulike måter av alle de involverte nivåene. På den måten fremstår KEPP prosjektet som et godt eksempel på hvilke identitetsarbeid ulike aktører påtar seg for å håndtere identitetsreguleringsprosesser fra overordnet styringsnivå.

Monika Alvestad Reime har mastergrad fra Institutt for administrasjon og organisasjonsvitenskap ved Universitetet i Bergen. Denne rapporten er en utgivelse av Monika Alvestads masteroppgave fra 2007 som er skrevet i samarbeid med ATM- prosjektet og POLIS. Monika Alvestad Reime er i tillegg sosionom og arbeider nå som prosjektleder for et forskningsprosjekt ved Styve Gard Kollektivet hvor hun har arbeidet i flere år.

Kapittel 1: Presentasjon av studiet

”Av og til, litt brutalt sagt, føler jeg vi blir sett på som produksjonsarbeidere og ikke medarbeidere..” (Informant 1)

1.1 Tema og problemstilling

Sitatet ovenfor er hentet fra en kliniker i psykisk helsevern som beskriver en stadig mer omskiftelig arbeidshverdag, preget av endringer på flere områder. Hun uttrykker både fortvilelse og frustrasjon, men først og fremst uttrykker hun usikkerhet knyttet til egen yrkesrolle og identitet. Dette illustrerer temaet for denne avhandlingen. Hvordan erfarer klinikere i psykisk helsevern de pågående omformingsprosessene i egen arbeidshverdag, som følger av nye styreformer? Hvordan møter økende grad av overordnet styring klinikernes selvhåndtering og identitetsarbeid, og hva skjer med de kliniske identitetene? Dette vil jeg studere gjennom prosesser knyttet til styring og identitetsregulering.

Det psykiske helsevernet gjennomgår i dag endringer på flere områder. Nye styringsformer gjør seg gjeldende på alle nivåer i helsesektoren: Foretaksorganisering, etablering av fritt sykehusvalg og fremvekst av nye økonomiske styringssystemer tilknyttet ulike prinsipper for resultatstyring. Reformene bærer preg av en bedriftsøkonomisk tenkning, og helsetjenestene forsøker å kombinere dette med det behandlingsfaglige. Det å skulle forene økonomisk – administrative logikker med behandlingsfaglige logikker er i seg selv en stor utfordring. Kanskje særlig for psykisk helsevern, som er preget av mange særtrekk og motsetningsforhold, både knyttet til et komplekst kunnskapsgrunnlag, og forståelsen av psykiske lidelser.

Myndighetene har rettet økt fokus mot hvordan det psykiske helsevernet kan bli bedre og mer effektivt, blant annet ved utarbeidelse av Lov om psykisk helsevern fra 1999 og Opptrappingsplanen for psykisk helsevern (St.prp.63 (1997-98)). Til tross for dette, synes det fortsatt å være store problemer knyttet til både kvalitet og effektivitet i tjenesten. Den senere

tid har det særlig blitt rettet fokus mot bedre ledelse og økt faglighet som virkemidler for å forene det økonomiske med det behandlingsfaglige i tjenesten:

”Det vi finner indikerer at tjenestetilbudet til mennesker med psykiske lidelser er et område som samlet sett er preget av manglende styring og ledelse. Det er også et område der det er langt mindre konsensus om faglige anbefalinger enn i somatiske helsetjenester, og det finnes færre faglige retningslinjer” (Helsetilsynet Statusrapport 2005: 5).

Det synes å være en klar politisk målsetning om å styrke den vitenskaplige basisen for klinisk praksis. Dette skal blant annet gjøres gjennom utvikling av felles kliniske retningslinjer og standardiserte behandlingsmetoder, som er basert på vitenskapelig dokumenterbar kunnskap. Denne utviklingen kan forstås som en del av en større institusjonell omlegging av psykisk helsevern. Det vil si at myndighetene søker økt styring med praksisfeltet, gjennom virkemidler som tydeliggjøring av behandlingsfaglige modeller, resultatmåling, dokumentasjon og krav om økonomisk effektivitet. Dette utfordrer det etablerte forholdet mellom profesjon og organisasjon, blant annet fordi det legges flere føringer for det kliniske arbeidet, og etableres flere metoder for kvalitetskontroll.

Psykisk helsevern preges av et svært sammensatt og tildels motstridende kunnskapssyn. (Wifstad, 1997). Hvilke kunnskap som skal være retningsgivende for klinisk praksis har gjennom hele psykiatriens historie vært en sentral utfordring for det psykiske helsevernet, og har bidratt til å gi psykiatrien dens spesielle utforming sammenliknet med tradisjonell medisin. Psykiatrien kan sies å ha en dobbel forankring i både human- og naturvitenskaplige modeller, hvor medisinske, psykodynamiske, humanistiske og relasjonelle perspektiver står ved siden av hverandre og konkurrerer om hegemoniet (Hermundstad, 1999). Innenfor dette systemet har det eksistert flere profesjoner som har stått relativt fritt til å velge metodikk og behandlingsopplegg ut fra egen faglig overbevisning. Det vil derfor være rimelig å anta at krav om tydeliggjøring av behandlingsfaglige tenkemåter, sammen med økende grad av klinisk styring, vil utfordre den tradisjonelle kliniske yrkesrollen og identitet knyttet til denne. Hvordan disse prosessene foregår, og hvordan de håndteres av klinikerne vil jeg undersøke nærmere i dette studiet.

Hvordan endringer på makronivå virker inn på klinikernes arbeidshverdag, kan forstås gjennom prosesser knyttet til identitetsregulering, som er mitt analytiske perspektiv.

Identitetsregulering kan beskrives som en styringsstrategi for å oppnå organisasjonskontroll, gjennom å regulere identiteten til de ansatte. Hvordan de ansatte i neste omgang håndterer dette, vil også inngå som en del av identitetsreguleringsprosessen. Jeg mener dette er et fruktbart perspektiv for å analysere de pågående endringene i psykisk helsevern, fordi det åpner opp for å forstå dynamikken mellom de ulike nivåene. Dette leder frem til følgende problemstilling:

Jeg vil i dette studiet se nærmere på hvordan klinikere og deres ledere i et utvalgt DPS (Distriktpsikiatrisk senter) opplever de pågående endringene i forholdet mellom organisasjon og profesjon, som følger av nye styringsformer. Jeg vil undersøke hvordan ulike profesjoner arbeider med å håndtere nye betingelser for arbeidet, med fokus på identitetsforming og regulering. Jeg vil se på flere nivåer i organisasjonen, men med hovedvekt på den kliniske arbeidshverdagen.

For å tilnærme meg problemstillingen, vil jeg ta utgangspunkt i et prosjekt tilknyttet en bestemt endringsmetodikk, som har blitt utbredt både innenfor det somatiske helsefeltet og det psykiske helsevernet de senere årene. Metodikken kalles for gjennombruddsmetodikk, og vil bli omtalt i kapittel 5. I en redegjørelse i Stortinget i 2005 berømmer Helseministeren disse prosjektene, og roser Legeforeningen som har stått for gjennomføringen av prosjektene: ”*Dette er utrolig gode resultater og legeforeningens gjennombruddsprosjekter viser hvilke potensial som allerede ligger i tjenesten når fokus settes på faglighet og ledelse*”

[Http://odin.dep.no/dok/andre_dok/rapporter/048071-990114](http://odin.dep.no/dok/andre_dok/rapporter/048071-990114).

KEPP prosjektet (Kvalitet og effektivitet i polikliniske tjenester for mennesker med psykiske lidelser), er navnet på et gjennombruddsprosjekt utført i psykisk helsevern i perioden 2003-2005. Prosjektet ble igangsatt av Den Norske Legeforening på forespørsel fra Helsedepartementet, og var et tverrfaglig prosjekt gjennomført i samarbeid mellom alle helseregionene. Prosjektet er interessant for mitt studium, både fordi dets målsetninger klart synes å representere en økende styring med praksisfeltet, og fordi prosjektet ble initiert av staten og så tydelig berømmes av Helsedepartementet. Jeg ser det også som en fordel at prosjektet er tverrfaglig sammensatt, da det gir en mulighet for å studere ulike profesjoners erfaringer med endrings- og kvalitetsforbedringsarbeid.

KEPP prosjektet fungerer som case i denne avhandlingen, på den måten at jeg har valgt ut og intervjuet mennesker fra ulike profesjoner og på ulike nivåer i psykisk helsevern som deltok i dette prosjektet.

1.2 Tidligere forskning

Det har vært gjort mye forskning på organisasjonsnivå, med vekt på hvordan endringsarbeid kan og bør implementeres, ledelsens rolle, og hva som betinger en vellykket/mislykket implementering av en reform. Det er imidlertid gjort mindre forskning på hvordan endringsarbeid innvirker på målgruppens arbeidshverdag, og hvilke konsekvenser endrede arbeidsbetingelser får for deres yrkesrolle – og identitet. Det å koble disse to nivåene sammen ved å se på prosesser knyttet til styring gjennom identitetsregulering, mener jeg er et viktig, men forsømt område i organisasjonsforskningen. Det å se på organisasjonskontroll og styring som en form for identitetsregulering, bør være et nyttig perspektiv å ha med seg inn i studier av reformer. Særlig fordi identitetsbegrepet er godt egnet som virkemiddel for å forstå dynamikken mellom de ulike nivåene, fra styringsnivå til utøvende nivå. Selv om andre fagtradisjoner har forsket mye på forhold knyttet til identitet og rolle, har dette i liten grad blitt koblet til styring og det organisasjonsfaglige området, slik jeg vil gjøre i dette studiet.

1.3 Disposisjon

Jeg vil begynne denne avhandlingen med en gjennomgang av den historiske og organisatoriske kontekst som psykisk helsevern er en del av. Dette fordi jeg ønsker å gi leseren en bakgrunn for å bedre kunne forstå de pågående endringsprosessene, og hvorfor dette har implikasjoner for forholdet mellom organisasjon og profesjon. I kapittel 3 presenteres det teoretiske inntaket. Dette kapittelet er inndelt i tre deler. En del som tar for seg teorier på organisasjons/makro nivå, en del som tar for seg teorier på individ/mikro nivå, og en del der det analytiske perspektivet blir presentert. Denne delen avsluttes med noen aktuelle perspektiver på hvordan endringer i forholdet mellom organisasjon og profesjon kan beskrives eller tolkes. I kapittel 4 presenteres den metodiske tilnærmingen jeg har brukt, og gjennomføringen av undersøkelsen. I kapittel 5 presenteres gjennombruddsmetodikk og KEPP prosjektet, slik at leseren skal kjenne godt til innholdet i prosjektet, før det empiriske materialet blir utlagt. I kapittel 6 og 7 presenteres den empiriske delen av undersøkelsen.

Kapittel 6 beskriver og analyserer erfaringer som knytter seg spesielt til KEPP prosjektet. Dette leder videre til kapittel 7, som tar for seg klinikeromformingsprosesser prosesser knyttet til hele den kliniske arbeidshverdagen. I kapittel 8 gjøres en kort oppsummering av undersøkelsen, etterfulgt av presentasjon av funn og tendenser knyttet opp mot det analytiske perspektivet. Avhandlingen avsluttes med en kort konklusjon og noen tanker om videre forskning på feltet.

Kapittel 2: Kontekst

I dette kapitlet vil jeg gi en nærmere beskrivelse av den historiske og organisatoriske kontekst som klinikerne i psykisk helsevern arbeider innenfor. Jeg vil innledningsvis gi en kort presentasjon av psykiatriens fagtradisjoner, etterfulgt av en kort innføring i psykiatriens historie og utviklingen av psykiatri som fagfelt det siste århundret. Deretter vil jeg se på utvikling og organisering av psykisk helsevern, med spesielt fokus på de siste 10-20 årene. Videre vil jeg ta for meg sentrale utviklingstrekk, ved å se på nye styringstendenser og sentrale begreper som følger av disse. Sist i kapitlet vil jeg se på hvilke behandlingsfaglige tendenser som synes å være dominerende. Dette fordi det kan si noe hvilke forventninger, utfordringer og endringer klinikerne står overfor i sin arbeidshverdag.

2.1 Psykiatriens fagtradisjoner og modeller

Psykiatriens historie kjennetegnes av at en rekke tilnæringer og forståelser av psykisk lidelse har vokst frem og bidratt til å gi psykisk helsevern en særegen utforming. Ulike fagtradisjoner har gjennom hele dens historie eksistert side ved side, men med ulik betydning og vektlegging.

Den psykodynamiske modellen (psykoanalysen) vektlegger det ubevisstes rolle, og hvordan ubevist fortrent materiale påvirker hvordan mennesket tenker, føler og handler i nåtiden. Indre ubeviste konflikter og/eller sviktende utvikling av det psykologiske apparat ansees som å være årsaker til psykiske lidelser. Behandling tar utgangspunkt i analyse av individets livshistorie, og arbeider mot bevisstgjøring av indre ubeviste konflikter. Relasjonen mellom pasient og terapeut er en sentral del av behandlingen, og vesentlig for utfallet (Dahl m.fl.:1997). Psykoanalysen er en langtidsterapi, og det er ikke uvanlig å gå i terapi over mange år (Kringlen, 2005).

Behaviourismen er en læringsteoretisk retning. Modellen ser på avvikende atferd og symptomer som uttrykk for tidligere læring. Kun det som kan observeres er av betydning for forståelse og behandling av psykiske lidelser. Indre opplevelser, tanker og følelser tillegges ingen vekt. Ulike metoder for læring er utviklet gjennom dyreforsøk. De mest kjente er klassisk og operant betingning, og bruk av forsterkere. Ved klassisk og operant betingning brukes ulike stimuli for å fremkalle en ønsket respons. Forsterkning betyr at det gis tydelige

konsekvenser på ønsket eller uønsket atferd, for å lære individet riktig atferd.(Dahl m.fl: 1997).

Den kognitive modellen handler om hvordan mennesket tar i mot, tolker og behandler informasjon. Denne modellen ser årsaken til visse typer psykiske lidelser, i lærte uhensiktsmessige måter å håndtere informasjon på. Pasienten skal hjelpes til å identifisere negative tanker og ulogiske tankerekker, og selv finne mer hensiktsmessige måter å bearbeide informasjon på. Metoden forutsetter at pasienten tar aktiv del i endringsarbeidet, og krever derfor motivasjon og en viss grad av selvinnsett hos pasienten. Metoden er i utgangspunktet en korttidsmetode med mellom 15 og 25 samtaler (Ibid).

Den biologiske modellen ser på psykiske lidelser som følge av forstyrrede fysiologiske eller biokjemiske prosesser i hjernen. Modellen sidestiller psykiske lidelser med andre somatiske lidelser, og kalles derfor også ofte for den medisinske modellen. Behandling handler først og fremst om å identifisere symptom, og på bakgrunn av disse stille en diagnose. Diagnosen sier noe om det videre behandlingsløpet. Ofte dreier dette seg om bruk av ulike typer psykofarmaka¹. For enkelte diagnosegrupper også bruk av elektroshokkbehandling. Det utføres i dag en utstrakt forskning på det nevrobiologiske feltet. Forskningen baseres i hovedsak på gjentatte kontrollerte kliniske studier (Ibid).

Den sosiale modellen hevder at det sosiale miljø og sosiale krefter er sentrale variabler for utvikling av psykiske lidelser. Modellen legger ingen vekt til biologiske faktorer eller indre prosesser. Den mest vanlige behandlingsformen er å forsøke å bedre pasientens sosiale fungering, slik at han blir i stand til å mestre vanskelige sosiale situasjoner. Dette gjøres gjennom samtaler og praktisering av relevante ferdigheter. Andre behandlingsmetoder innenfor den sosialpsykologiske modellen er for eksempel: Sosiale støttetiltak, sosial trening, psykoterapi, gruppebehandling og miljøterapi (Ibid).

Disse ulike fagtradisjonene og modellene for behandling av psykiske lidelser, viser hvor komplekst og sammensatt kunnskapsgrunnlaget er innenfor psykisk helsevern. Samtidig viser de hvordan relativt store forskjeller i behandlingsfaglige tilnærminger, kan oppstå som følge av terapeuter med ulike faglige preferanser og forståelser for psykiske lidelser.

¹ Psykofarmaka er kjemiske stoffer som virker på mange psykopatologiske fenomener som angst, depresjoner, søvnforstyrrelser og hallusinasjoner (Dahl m.fl, 1997: 62).

2.2 Psykiatriens historie

Jeg vil begynne fortellingen om psykiatriens historie, med referanse til Svein Atle Skålevåg (2003). Han beskriver psykiatriens historie som en historie om langvarige og dype kontroverser, både angående kunnskapssyn, og ikke minst når det gjelder hva psykiatri faktisk er en vitenskap om. Psykiatrien kan sees både som en historie om profesjons- og institusjonsbygging og en historie om vår kulturs forhold til ufornuften. Derfor kan historien om psykiatrien også fortelles på flere måter. Et sentralt skille her, er mellom de som ser psykiatri som en ”redning” eller frigjøring for en gruppe mennesker, gjennom at disse ble ”anerkjent” som syke og dermed unngikk nedverdiggende behandling. På den andre siden, er de som ser på psykiatrien som en historie om et samfunn med økende intoleranse, som brukte en profesjon til å ”stenge inne” visse mennesker som samfunnet ikke kunne akseptere. Altså en historie om disiplinering og makt (Skålevåg, 2003).

Skillet mellom disse to historiografiske tradisjonene, med frigjøringshistorikerne på den ene siden, og makthistorikerne på den andre siden, oppstod på 1960 tallet. Fordi historier om makt og disiplinering utfordret frigjøringshistorikernes hegemoniske fortelling.

Frigjøringshistorikerne har også blitt kalt internalister, fordi de først og fremst har sett historien innenfra. Internalistene har stort sett selv vært medisinere. Makthistorikerne på den andre siden, har blitt kalt for eksternalister, fordi de har observert feltet og profesjonene fra utsiden. Mens internalisten har vært opptatt av kunnskap, har eksternalisten vært opptatt av behandlingsregimer. Dette skillet mellom internalister og eksternalister er fortsatt relevant og gjør seg gjeldende på mange områder. Særlig i sammenhenger der særtrekk ved de ulike behandlingsfaglige logikkene blir drøftet (Ibid). For å kunne analysere forhold knyttet til identitet og styring i det psykiske helsevernet, mener jeg det er viktig å kjenne til denne forståelsen for psykiatri som vitenskap, og de motsetningsforhold som gjør seg gjeldende på mange plan. Særlig knyttet til hvordan psykiske lidelser blir definert og forstått.

Fortellingen om psykiatriens historie, er samtidig en fortelling om hvordan ulike kunnskapssyn har vokst frem og hatt ulik vektlegging og relevans gjennom tidene, ikke minst knyttet til ulike samfunnsforhold og tidsånder. Jeg vil fortsette historien om psykiatrien, med en kort beskrivelse av denne utviklingen det siste århundret.

Fra slutten av 1800 tallet og frem til annen verdenskrig var tysk psykiatri internasjonalt toneangivende. Tysk psykiatri hadde sin klareste representant i psykiateren og forskeren Emil Kraepelin, som tilhørte en naturvitenskaplig tradisjon. Han utarbeidet blant annet et klassifikatorisk system for psykiske lidelser, som i store trekk er det samme som brukes internasjonalt i dag. Denne interessen for klassifikasjon, biologiske studier og patologi, kjennetegnet behandlingen i de psykiatriske asylene de første tiårene av 1900 tallet. Samtidig med dette hersket det både i Europa og USA en behandlingspessimisme. Først på -30 tallet ble det igjen sett mer optimistisk på behandling. Dette hadde sammenheng med innføring av nye somatiske behandlingsformer (Kringlen, 2005). Det var likevel ikke før på -40 og 50 tallet at den biologiske tilnærmingen fikk sitt store gjennombrudd. Resultatet ble overdreven bruk av tvangsmidler, blant annet elektrosjokk og lobotomi (St.meld. 25, 1996-97).

Bruk av elektrosjokkbehandling nådde sitt høydepunkt på midten av 40 tallet, da bortimot halvparten av alle innlagte psykiatriske pasienter mottok slik behandling. Lobotomi, som i dag blir sett på som et av de mest ekstremt negative tilfellene innenfor psykiatrien, var på denne tiden en av hovedstrømningene innenfor psykiatrien. Forskeren som utviklet behandlingsmetoden, ble belønnet med nobelspris. I Norge ble det utført omkring 2500 inngrep i perioden fra 1941 til 1957. De somatiske terapiformene bar preg av å være eksperimentelle og hadde ofte alvorlige bivirkninger, og noen ganger varige somatiske komplikasjoner. Likevel gav disse terapiformene psykiaterne økt selvfølelse og bidrog til å føre psykiatrien nærmere den somatiske medisinen (Kringlen, 2005).

Etter andre verdenskrig overtok USA som den nye stormakten, også innenfor det psykiatriske fagfeltet. De første tiårene ble preget av en markert todeling mellom biologisk og psykodynamisk psykiatri. Gradvis ble psykoanalysen den dominerende retningen i USA, og nådde sitt høydepunkt i 1950 årene. Samtidig med dette ble systemer for klassifisering og diagnostisering av ulike psykiatriske lidelser utviklet, deriblant DSM systemet (Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders). Psykoanalysen som behandlingsmodell fikk aldri samme gjennomslagskraft i Europa som den gjorde i USA. Der ble de psykoanalytiske behandlingsmodellene i stor grad knyttet opp mot privat psykiatrisk kontorpraksis. I Norge, der psykiatri i all hovedsak var en institusjonspraksis, fortsatte de somatiske behandlingsmodellene å dominere. Parallelt med dette ble det gjort store fremskritt i den farmasøytiske industrien, og ulike typer psykofarmaka ble utbredt. Dette gav både leger og

pasienter en overdreven tiltro til at alt kunne behandles ved hjelp av medisiner. Resultatet var ofte overmedisinering og neddopede pasienter (Ibid).

På -60 tallet begynte behaviourismen gradvis å ta opp konkurranse med den psykodynamiske terapien. 1960 -70 tallet var en periode preget av politisk uro og radikal samfunnskritikk, og dette fikk også betydning for psykiatrien (Ibid). Det voks frem et opprør i enkelte kretser mot det som ble sett på som en overdreven vektlegging av biologi og atferd i forståelsen av psykiske lidelser. Sosialpsykologien slo gjennom med økende fokus på hele menneskets situasjon og omgivelser. Miljøterapi, ettervern og poliklinikker ble utviklet. Det ble gjort endringer i mange av de store institusjonene, noe som førte til bedre forhold for de innlagte pasientene. På 1970 tallet fikk også den kognitiv psykologien økt anerkjennelse, og utfordret behaviourismen og naturvitenskapen. Tvangsbehandling ble bannlyst, medisiner skulle brukes i minst mulig grad, og det ble mindre bruk av diagnoser. Beskrivelse av pasientene skulle skje ut fra den enkeltes subjektive livsverden (St.meld. nr.25, 1996-97).

I løpet av de siste tjue årene har det igjen vært et økende fokus på biologisk psykiatri. Sosiale modeller har blitt mindre populære, og psykoanalysen blir utsatt for massiv kritikk. Tendensen sees klarest i USA, men ideene og strømmingene spres også til Europa og Norge. For eksempel øker typen lidelser som antas å profitere på medisinsk behandling, både i antall og utbredelse. Også bruken av elektroshokkbehandling ved alvorlige depresjoner, har igjen blitt mer utbredt. Psykiatere med naturvitenskapelig forskerbakgrunn ser ut til å være de viktigste premissleverandørene, og er den profesjonsgruppen som oftest er å finne i lederstillinger (Kringlen, 2005).

Denne oversikten over psykiatriens utvikling det siste århundret, viser et fagfelt preget av store omskiftninger. Hvilke behandlingsmodeller som har vært populære og anerkjente, har variert både i takt med samfunnsmessige forhold, og utvikling på forskningsfeltet. De siste 50 årene er det særlig USA som har vært en viktig premissleverandør for behandlingstrender som også har spredt seg til de norske miljøene. I følge Kringlen er vi nå i en periode preget av en biologisk "bølge". Han mener dette særlig har sammenheng med sterke profesjonsgrupperinger som legger føringer for behandlingstenkning, blant annet gjennom tilgang til viktige posisjoner (Ibid). På samme tid preges fagfeltet av terapeuter med ulik faglig preferanse, som gjør at slike "bølger" av behandlingstrender ikke ubetinget blir tatt opp av alle. Noen vil slutte seg til trendene, mens andre vil holde fast på sin etablerte

fagforståelse. I min undersøkelse ønsker jeg å se nærmere på hvilke tendenser innenfor behandlingsfaglige tilnærminger som oppleves av klinikerne, og hvordan de forholder seg til dette. Jeg er også interessert i om det er forskjeller mellom profesjoner i måten det erfares og håndteres på.

2.3 Etablering og organisering av offentlig psykisk helsevern i Norge

Det er vanlig å begynne beskrivelsen av utviklingen av det psykiske helsevernet i Norge med Sinnsykeloven av 1848, og opprettelsen av Gaustad sykehus i 1855. Dette var landets første asyl. Fra da av og frem til begynnelsen av 1900 tallet ble det bygget asyls i det fleste fylker i Norge. Utviklingen fortsatte på 1920 tallet med opprettelse av psykiatriske klinikkavdelinger. Etter hvert var det psykiatriske avdelinger ved de fleste fylkes- og sentralsykehusene. Den grunnleggende tanken bak dette, var at psykiatrien skulle integreres med den øvrige medisinen (Dahl m.fl, 1997).

I 1961 kom Lov om Psykisk Helsevern. Loven utvidet psykisk helsevern til også å gjelde for- og ettervern. Dette skulle være en oppgave for poliklinikkene ved de psykiatriske klinikkavdelingene. Mange steder ble det nå også etablert DPS (distriktpsikiatriske senter), som skulle tilby polikliniske tjenester og ettervern. I 1995, fikk heftet "Nye alternativer i psykiatrien" stor betydning i å spre tanken om mer desentraliserte spesialisthelsetjenester. Fylkene ble delt inn i sektorer, for å sikre alle med behov et tilbud i psykiatriske døgnavdelinger. DPS modellen vokste frem ut fra behovet for å sikre og koordinere tilbudet om spesialisthelsetjenester utenfor døgnavdelingene. Samtidig skulle DPS bidra til å redusere avstanden mellom bruker og tjeneste (Ibid).

Lov om etablering og gjennomføring av psykisk helsevern (psykisk helsevernloven) av 1999 erstatter Lov om psykisk helsevern fra 1961. Det nye lovverket var ment å bidra til å fremme en organisering som gir bedre koordinering av ressursene, samt et sterkere fokus på pasientens integritet og medbestemmelse. Pasienten skal settes i sentrum, og sees på som et helt menneske, likeverdig med andre i samfunnet. Loven reduserer blant annet tilgangen til bruk av tvang og restriksjoner til det strengt nødvendige, og lovfester retten til individuell plan for pasienter under psykisk helsevern. Planen skal beskrive behov, angi mål, og angi hva

slags helsetjenester som er aktuelle, og omfanget av disse. Planen skal også beskrive nødvendig samarbeid med andre instanser (Ot.prp. nr.11, 1998-99).

Utviklingen av psykisk helsevern de siste årene, viser at det forsøkes å gi pasienten en viktigere rolle i egen behandling. Både i forhold til rettigheter, medbestemmelse og nærhet til behandlingsinstitusjonen. Parallelt med dette skjer det endringer i klinikernes arbeidshverdag, særlig i forhold til sterkere styring av det behandlingsfaglige. Hvordan klinikerne forsøker å kombinere disse målsetningene i sin arbeidshverdag er interessante spørsmål. Særlig sett i forhold til egen yrkesidentitet og forventinger om innholdet i egen rolle.

2.4 Profesjonenes etablering og utvikling

Det er rimelig å anta at klinikerens yrkesrolle og identitet, vil være nært knyttet til egen profesjonstilhørighet. Dette gjør det nødvendig med en forståelse av profesjonenes historie og plass i den norske velferdsstaten. Vibeke Erichsen identifiserer tre stadier i utviklingen av helseprofesjonene: Etableringsfasen, vekst og konsolideringsfasen, og redefineringsfasen. I forståelsen av etableringsfasen, er det viktig å være klar over at noen profesjoner allerede var etablert lenge før den store utbyggingen av velferdsstaten fra 1950 tallet. Dette gjelder for eksempel for leger og tannleger. Det er derfor sannsynlig at disse spilte en viktig rolle under utformingen av velferdsstaten. Sykepleierne var også etablert som profesjon før -50 tallet, men har tradisjonelt vært underordnet legene, også når det gjelder muligheter til deltakelse i utforming av offentlig politikk (Erichsen, 1996).

Et viktig poeng hos Erichsen er at profesjonene blir formet gjennom de koblingene de har til velferdsstaten. De gamle profesjonenes deltakelse i utforming av velferdsstatens ordninger, har også bidratt til å legge premisser for de nye yrkesgruppene som kom til. For eksempel barnevernspedagoger, sosionomer, vernepleiere og hjelpepleiere. Mange av disse yrkene, ble underordnet de allerede etablerte yrkene. Blant annet ble det etablert "hjelpeyrker", som hadde som forutsetning å hjelpe andre yrker. Det vil si ta seg av mer rutinemessige oppgaver innenfor ansvarsområdet til allerede etablerte profesjoner. Eksempel på dette er hjelpepleiere. Andre yrker ble etablert fordi det kom til nye arbeidsområder, for eksempel sosionomene. Disse yrkene stod i utgangspunktet ikke i en definert relasjon til andre yrker, fordi de hadde egne ansvarsområder (Ibid).

Den andre fasen Erichsen beskriver, er vekst og konsolideringsfasen. Denne perioden kjennetegnes av en enorm vekst i både antall yrker og tallet på yrkesutøvere. Et annet kjennetegn på perioden, var at det skjedde en økende spesialisering innenfor de ”gamle” profesjonene, som for eksempel medisin. Det finnes ulike synspunkter på hvorfor dette skjedde. For eksempel kan det tilskrives en naturlig utvikling innenfor forskning og vitenskap. Eller som en følge av vekst i antall profesjoner og økende konkurranse om arbeidsområder, som utløser behov for å definere eget arbeidsområde og plass i det medisinske hierarkiet. Erichsen hevder at de nye og de ”gamle” underordnede profesjonene i denne fasen konsoliderte sin posisjon, på to ulike måter. For det første gjennom en statlig styrking av profesjonenes yrkesutøvelse. Dette skjedde blant annet gjennom etablering av offentlige godkjenningsordninger. For det andre skjedde det en omlegging av utdanningssystemet for mange av helseyrkene. I sykepleierutdanningen ble for eksempel opplæringsrollen endret fra lærling til student i løpet av perioden fra 1950 til 1970. Dette bidrog til å styrke autonomien til sykepleierutdanningen (ibid).

Redefineringsfasen begynte tidlig på 1980 tallet, og pågår ennå. De store endringene velferdsstaten har gjennomgått i denne perioden, har skapt nye betingelser for relasjonen mellom profesjonene (Ibid). Jeg vil i denne avhandlingen se nærmere på de prosessene som pågår i det psykiske helsevernet, og hvordan ulike profesjoner erfarer disse. Er det for eksempel noen profesjoner som er mer involvert i endringene enn andre? Jeg vil også undersøke om relasjonen mellom profesjonene endrer seg, og eventuelt på hvilken måte.

2.5 Store mangler i kvalitet og omfang; Psykisk helsevern på 1990 tallet

I siste halvdel av 1990 tallet ble det gjennom både Stortingsmeldinger og lovforslag/vedtak satt søkelys på situasjonen i psykisk helsevern. Det ble vist til store mangler og en utilfredsstillende tjeneste, både i forhold til kvalitet og omfang. I fagmiljøer og på departementsnivå var det enighet om at det var behov for en vesentlig innsats for å bedre kvaliteten på tjenesten. Det var behov for å se både på den finansielle situasjonen, og den organisatoriske - og faglige siden.

Stortingsmelding nr 25, 1996-97², bygget på en erkjennelse av at situasjonen i psykisk helsevern var utilfredsstillende. Det var for liten kapasitet i tilbudene for pasienter med psykiske lidelser, og det var for dårlige utbygde tjenester i mange kommuner. Det var for få tiggjengelige behandlingsplasser, og det gikk for lang tid fra første sykdomstegn til behandling ble igangsatt. Det var for dårlig oppfølging etter utskrivning fra sykehus, og mange pasienter ble utskrevet for tidlig. Det var også for dårlig kvalitetssikring på tjenestene. For å rette på dette, skulle det brukes tydelige og kraftige virkemidler. Det skulle stilles høyere krav, både til de som var ansvarlig for tjenestene, og til de som utførte den. Det ble fremhevet at det var behov for økt kontroll og regulering av klinisk praksis:

”I psykisk helsevern har behandlerne tradisjonelt hatt stor frihet til å velge behandlingsmetode, uten at disse er blitt fulgt systematisk opp, for å sikre at de virker og er til gagn for pasientene. Behandling av psykiatriske lidelser krever stor grad av nærhet og fortrolighet mellom pasient og behandler. Men dette kan være et tveegget sverd. Når prosessen foregår i ”det lukkede rom” rundt pasient og behandler, kan også mulighet for åpenhet, sammenlikning og etterprøving avskjæres. Det psykiatriske fagfeltet har i perioder vært preget av rivalisering mellom ulike faglige retninger. Det har vært ulike oppfatninger om årsakene til psykiske lidelser og hva som er riktig behandling. En del av disse oppfatningene har vært svakt underbygget, og har tildels hatt karakter av tro og spekulasjoner. Myndighetene har vært tilbakeholdne med å ta stilling i denne faglige striden. Resultatene er at behandlingen som har vært gitt, har variert fra sykehus til sykehus, langt på vei preget av ansvarlig overlege og dennes faglige orientering” (St.meld 25, 1996-97: 18).

Stortingsmeldingen vektla utvikling av kunnskapsfeltet som virkemiddel for å imøtekomme utfordringene for psykisk helsevern. Det skulle satses på i større grad å få fagmiljøene til å ta i bruk faglig anerkjente metoder. Internasjonale konsensusprosesser skulle brukes for å komme frem til felles oppfatninger om hvilke retningslinjer som skal legges til grunn for behandling. Stortingsmeldingen gav med dette klare politiske signaler om at fagmiljøene i større grad skulle benytte behandlinger med dokumentert virkning.

² Åpenhet og helhet. Om psykiske lidelser og tjenestene (St.meld. 25, 1996-97).

Stortingsmeldingen gav grunnlag for utarbeidelse av Opptrappingsplan for psykisk helse 1999- 2006 (St.prp. nr 63, 1997-98). Dette var en forpliktende handlingsplan for å øke kvaliteten på tjenesten. Det ble særlig lagt vekt på de økonomiske forpliktelsene. Planens hovedmålsetning var å styrke alle ledd i behandlingsskjeden, og skape et helhetlig og sammenhengende behandlingsnettverk med brukerperspektivet i fokus. I planen ble det satt fokus på tiltak innenfor følgende områder: Styrking av brukerrettede tiltak, styrking av tilbudet i kommunene, omstrukturering og utbygging av voksenpsykiatrien (med satsing på DPS), utbygging av Barne – og Ungdomspsykiatrien, og stimulering til utdanning og forskning. Da alle målsetningene ikke ble oppfylt i planperioden, er opptrappingsplanen senere utvidet til 2008.

Jeg har nå presentert den historiske bakgrunnen som dagens situasjon i det psykiske helsevernet må forstås i forhold til. Feltet har vært preget av ulike behandlingsretninger med ulik vekt til ulike tider, og ulike forståelser av psykiske lidelser og definisjonen av dette. Den senere tid har det blitt rettet økt fokus på pasientrettigheter og deltakelse, samt styrking av den generelle kvaliteten på tjenestene. Dette skal blant annet gjøres gjennom regulering av kliniske praksis, og sterkere fagstyring. Jeg vil nå fortsette med å se på hvordan dette tar form i den praktisk kliniske hverdagen, gjennom å se på tendenser i utvikling av styrings – og behandlingstenkning.

2.6 Styringstendenser

I denne delen vil jeg se på hvilke styringstendenser som synes å være rådende. Jeg vil trekke frem NPM og Klinisk styring som de to viktigste strømmingene som preger hvordan det tenkes om organisering og utforming av psykisk helsevern.

2.6.1 New Public Management (NPM)

NPM brukes som samlebegrep for å betegne en ”mixed wave” av reformer med røtter i ulike intellektuelle bevegelser/ skoler, spesielt innenfor organisasjonsteorien (Baldersheim og Rose, 2002). NPM vokst frem på 1970 tallet, relativt samtidig i mange land. Norge ble imidlertid lenge sett på som en nølende reformator, og vi kan første snakke om reformer av særlig betydning fra 1990 tallet (Christensen og Lægred, 2000). I de senere år har antallet offentlige reformer med utgangspunkt i NPM tradisjonen økt kraftig i omfang. NPM reformer har som

formål å gjøre offentlig sektor mer effektiv, etter modeller fra det private næringslivet. Det legges vekt på en bedriftsøkonomisk tenkning, og økonomiske normer og verdier utgjør det ideologiske fundamentet (Lægreid m.fl, 2003). NPM konsentreres i hovedsak rundt reformer på tre områder: Tro på ledelse, mer bruk av indirekte kontroll og bruker/borger -fokusering (Baldersheim og Rose, 2002).

De fleste nyere reformer i helsesektoren i Norge er inspirert av den bedriftsøkonomiske tenkningen som kjennetenger NPM (Christensen og Lægreid, 2000). Sykehusreformen fra 2002³, med opprettelse av helseforetak og introduksjon av enhetlig ledelse, og endringer i finansieringsordningen for sykehus fra 1997, er eksempel på to store og viktige reformer i Norge de siste årene med røtter i NPM. Foretaksorganiseringen vektla en desentralisert struktur, og det ble opprettet autonome enheter med egne ansvarsområder (resultatenheter). Utbygging av DPS er et eksempel på dette innenfor psykisk helsevern. Som eier er staten forpliktet til å ha kontroll med enhetene, både økonomisk og kvalitetsmessig. For at staten skal ha mulighet til å ivareta denne rollen, har det vært nødvendig å innføre systemer for å gjøre organisasjonen mer åpen for innsyn og regulering.

Overgangen til økt bruk av innsatsstyrt finansiering for sykehusene i 1997, er et annet eksempel på hvordan bedriftsøkonomiske modeller gjør seg gjeldende i offentlig sektor. For å sikre en sterkere styring med sykehusenes ressursbruk og dermed øke effektiviteten, ble det bestemt at en større andel av de økonomiske overføringene skulle knyttes til antall behandlede pasienter. Et slikt system forutsetter standardiserte metoder for resultatevaluering basert på diagnosesystemer. Diagnosesystemene blir på denne måten fungerende som økonomiske styringssystemer, og viser hvordan det forsøkes å kombinere det behandlingsfaglige med en økonomisk-administrativ logikk (Johannessen, 2004).⁴ Innsatsstyrt finansiering er i dag hovedsakelig knyttet til somatiske sykehus, men er også på vei inn i det psykiske helsevernet:

”..at det snarest mulig utvikles et pasientklassifiseringssystem som kan danne grunnlag for aktivitetsbasert finansiering av poliklinisk virksomhet, dag- og døgn behandling innen psykisk helsevern og rusomsorg” (NOU, 1: 2003:kapittel 2.2).

³ Ot.prp.nr 66, 2000-2001

⁴ Birte F Johannessen, arbeidsnotat 2004: Lederskap, evidens og behandlingstenkning innen det psykiske helsevernet.

Disse store reformene med røtter i NPM bevegelsen utfordrer det tradisjonelle forholdet mellom styringsnivå og praksisfelt, mellom politikk og fag, og mellom profesjoner. Det oppstår et behov for å etablere nye måter å sikre fagligheten på.

2.6.2 Klinisk styring (Clinical governance)

Klinisk styring har sin opprinnelse i Storbritannia, som et instrument for å forbedre kvaliteten på britiske helsetjenester. Klinisk styring kan forstås som et produkt av utbredelsen av NPM som styringsideologi. Det beskriver hvordan staten utvikler nye systemer for kontroll og regulering, når balansen mellom offentlig styring og profesjoners/helseforetaks autonomi blir utfordret. Klinisk styring blir et virkemiddel myndighetene benytter for å opprettholde kontroll over egne virksomheter i en desentralisert helsetjeneste (Gray og Harrison, 2004).

Klinisk styring blir definert på følgende måte;

”The arrangements of command, communion and contract relationships by which authority and function are allocated and rights and obligations established and regulated and through which clinical policies and practices are effected (ibid: 5).

Klinisk styring kjennetegnes av systemer for kontroll og regulering. Blant annet skal praksis gjøres mer synlig og tilgjengelig for evaluering. Dette forutsetter etablering av klare retningslinjer og standarder, som det er mulig å måle resultater opp mot. På den måten blir standardisering av praksis kombinert med resultatmåling, sentrale virkemiddel for å øke statens styringsevne. En slik trend innenfor medisinen som lar seg kombinere med nye former for økonomi – og resultatstyring, er evidensbasert medisin (EBM)⁵ (Johannessen, 2004).

Klinisk styring kan også knyttes til forholdet mellom makt, kunnskap og ekspertise. Kunnskap spiller en stadig større rolle i samfunnet, og er en viktig forutsetning for makt. Klinisk styring kan tolkes som statens forsøk på å implementere modeller for styring som gir økte muligheter for regulering av ekspertenes makt. Gjennom å kombinere systemer for kontroll og regulering, med å gi klinikerne mer ansvar, kan staten øke egen styringsevne. For eksempel ved at klinikerne deltar i utvikling av praksis, og i evaluering av eget arbeid.

⁵ Beskrives i avsnitt 2.7.1

På denne måten forsøkes det å balansere statens behov for kontroll med klinikernes tradisjonelle monopol på ekspertise (Gray og Harrison, 2004). Hvorvidt klinikerne faktisk blir invitert til deltakelse i utforming av kliniske retningslinjer og egenevaluering, er et interessant spørsmål. Gjelder det alle klinikerne, eller er det for eksempel knyttet til bestemte profesjoner eller til posisjoner/roller i klinikken? Disse spørsmålene vil jeg se nærmere på i analysen av det empiriske materialet.

2.6.3 Produktivitet og ”beste praksis”

I Stortingsmelding 25 (1996-97) fremkommer det økt behov for kontroll og regulering av klinisk praksis. Blant annet blir det å kunne dokumentere resultater av arbeidet i form av tall, mer vesentlig. Et virkemiddel som skal benyttes er å vurdere det kliniske arbeidet i forhold til ulike indikatorer, for eksempel produktivitet. Betegnelsen ”beste praksis” går igjen i flere statlige rapporter som en betegnelse på den typen praksis som gir høyest uttelling i forhold til effektivitet og produktivitet. ”Beste praksis” analyser representerer en bestemt form for utviklingsarbeid. Det vil si at det gjøres kvantitative analyser av dagens praksis på ulike områder, og settes måltall for forbedringspotensial og mål. ”Beste praksis” analyser inngikk også som en del av KEPP prosjektet.

I en rapport fra Statens Helsetilsyn, blir begrepet ”beste praksis” grundig gjennomgått og brukt for å vurdere hvor mye den polikliniske aktiviteten kan økes. Rapporten definerer ”beste praksis” til å gjelde produktivitet i forhold til ressursinnsats. Ved å måle aktiviteten i hver poliklinikk, relativt til de enhetene som har høyest aktivitet i forhold til ressursinnsatsen, vil det gi et tallfestet mål på produktivitet. Dette forutsetter at det foreligger tall for den kliniske virksomheten, slik at det er mulig å sammenlikne ulike klinikker opp mot hverandre.

Rapporten gir følgende eksempel:

”Vi antar at poliklinikken ”produserer” pasienter ved hjelp av personell. Beste praksis poliklinikken er kjennetegnet ved at man ”produserer” 100 pasienter per årsverk. Betrakt så en poliklinikk som kun behandler 80 pasienter per årsverk. For å komme opp på nivået til best praksis poliklinikken må denne øke antall behandlede pasienter med 20 per årsverk.

Produktiviteten til denne poliklinikken blir dermed 80%” (Statens Helsetilsyn. Rapport 4-2000: 23).⁶

Det som er særlig verd å merke seg, er at rapporten utelukkende knytter ”beste praksis” til produktivitet. Det fremkommer ingen refleksjoner som kan knyttes til kvaliteten på tjenesten. Kan det forstås slik at den poliklinikken som har høyest produktivitet, også blir antatt å ha best kvalitet?

Rapporten kom frem til et potensial for produktivitetsøkning på 25-30%. Tidsbruken hver behandler bruker på pasientrettet arbeid ble også evaluert, og viste store variasjoner mellom behandlere. Rapporten konkluderer med at de ulike retningene innen psykiatrisk behandling har til dels store konsekvenser for ressursanvendelse, og dermed for produktivitet (Ibid: 127). Denne bruken av produktivitetsbegrepet, synes å representere en ny måte å tenke om innholdet i psykisk helsevern på. Måten produktivitet her knyttes opp mot den aktiviteten som skjer i klinikken, sidestiller psykiatriske poliklinikker med en produksjonsbedrift. De ansatte blir produksjonsarbeidere, og pasientene blir forstått som en vare som skal ”produseres” friske. Begrepsbruken signaliserer en bedriftsøkonomisk orientering, der fokuset først og fremst er rettet inn mot produksjon og effektivitet.

Identifisering av ”beste praksis” forutsetter at arbeidet kan deles opp og operasjonaliseres i kategorier som kan måles. Dette impliserer at det kun er den aktiviteten som kan måles og tallfestes som vil kunne regnes som ”beste praksis”. En rekke aktiviteter vil dermed bli ekskludert både fra resultatmålinger og kvalitetsforbedringsprosjekter. utfordringer knyttet til ”beste praksis” tilnærmingen, diskuteres også i poliklinikkrapporten:

”Det er imidlertid store utfordringer knyttet til måling av produktivitet, i første rekke fordi de enhetene vi studerer, driver med ulike former for aktivitet, og benytter ulike typer ressurser. I praksis møter vi derfor store problemer knyttet til å kvantifisere ulike typer aktiviteter og ressurser, men også problemer knyttet til å veie dem opp mot hverandre” (Ibid: 21).

⁶ Statens Helsetilsyn. En evaluering av arbeidsformer og produktivitet innen voksen – og barne – og ungdomspsykiatrien.

Her fremkommer det at den sammenlikningen som legges til grunn for å komme frem til ”beste praksis” kan være vanskelig. Det vil for eksempel være vanskelig å sammenlikne ressursbruk knyttet til ulike aktiviteter og arbeidsoppgaver, fordi arbeidsinnholdet er ulikt.

2.7 Behandlingsfaglige tendenser

2.7.1 Evidensbasert medisin (EBM)

Mens ”beste praksis” analyser kan omfatte både organisatoriske og kliniske forhold, blir EBM beskrevet som en bestemt metode for å forbedre det faglige (behandlingsmessige) innholdet i tjenesten. EBM er en trend innefor medisinen som har vært i sterk fremvekst siden begynnelsen av 1990 tallet. Både fra sentralt hold og profesjonsgrupperinger, søkes det å etablere evidensbaserte kunnskapsformer, som standarder for behandling av spesifikke tilstander (Lundback, 2004). EBM har de senere årene også blitt spredt til andre deler av helsesektoren, inkludert det psykiske helsevernet (Johannessen, 2004). Formålet med EBM er å styrke det vitenskaplige grunnlaget for medisinsk praksis. Tilhengere av denne retningen mener at beslutninger om diagnose, prognose og behandling av pasienter, skal bygge på eksterne bevis (forskning), og ikke baseres på intuisjon, klinisk ekspertise og vurderinger (Lundback, 2004). EBM kan defineres på følgende måte: ”*The conscientious, explicit, and judicious use of current best evidence in making decisions about the care of individual patients*” (Timmermans og Berg, 2003: 3).

Begrepet EBM brukes om behandlingsmetoder som bygger på en type kunnskap om effekt av behandling, som det er mulig å dokumentere gjennom vitenskaplige studier. Gjennom disse studiene skal det etableres et hierarki for hvilke kilder som er best egnet til å styre klinisk praksis. Behandlingsmetoder som kan måles og kvantifiseres tillegges størst vekt.

De bevisene som baserer seg på klinikernes egne subjektive vurderinger ut fra erfaring verdsettes minst. RCTstudier (Randomized Control Trials) regnes som ”gull-standard”, og står dermed øverst i hierarkiet (Lundback, 2004). RCT designet forutsetter at den aktuelle sykdom kan spesifiseres diagnostisk, og at den behandling pasienten mottar, kan observeres av en tredje person (forskeren). Undersøkelsen skal skje i kontrollerte omgivelser, helst i et laboratorium. Det skal brukes en kontrollgruppe som ikke mottar den eksperimentelle behandling som undersøkes. Pasienten må være tilfeldig valgt og plassert, enten i kontrollgruppen eller i eksperimentgruppen (Johannessen, 2004).

I Norge har det hittil ikke vært så vanlig å bruke betegnelsen EBM. Derimot har betegnelser som vitenskaplig dokumenterbar kunnskap eller kunnskapsbasert praksis/medisin, vært hyppig å observere i offentlige styringsdokumenter de siste årene. Det meningsinnhold som tillegges disse begrepene, synes i stor grad å være sammenfallende med innholdet i EBM. Altså norske etiketter på samme fenomen. I en redegjørelse i Stortinget fra april 2005, heter det for eksempel følgende om utfordringer for det psykiske helsevernet:

”En fellesnevner er da behovet for en endring i holdninger og behandlingskultur. Med dette mener jeg at tjenesten må bli bedre til å ta i bruk dokumentert kunnskap. Behandlerne må også se kritisk på egen ”ekspertrolle” i forhold til samspill med brukere, pårørende og samarbeidspartnere” (http://odin.dep.no/dok/andre_dok/rapporter/048071-990114: 4).⁷

I redegjørelsen fremheves behovet for å bruke dokumenterbar kunnskap i behandlingen, og dette settes blant annet i sammenheng med behandlernes rolle. Psykisk helsevern blir kritisert for at behandlerne har hatt for stor grad av autonomi, noe som har ført til store forskjeller mellom behandlere, på grunn av ulik faglig tilnærming. Utvikling av kliniske retningslinjer og standarder etter prinsipper fra EBM retningen, skal bidra til å redusere forskjeller i tjenesten, og øke den faglige kvaliteten. Dette synet deles også av Legeforeningen, som er ennå mer konkret og tydelig i sine dokumenter. Både i forhold til egen bekymring for tjenesten slik den er i dag, og forslag til virkemiddel for å sikre den faglige kvaliteten i fremtiden:

”Legeforeningen mener at det er behov for faglig bevisstgjøring og mer systematisk bruk av retningslinjer, prosedyrer og kunnskapsbasert behandling i psykiatrisk utredning og behandling (s. 3)(...) På internasjonal basis utvikles det stadig bedre kunnskapsbaserte retningslinjer for behandling av psykiske lidelser. Det betyr at man både kan og bør utvikle standardiserte behandlingsopplegg for psykiske lidelser. I dagens poliklinikker er utformingen av behandlingstilbudet ofte basert på tilnærminger behandleren selv er opptatt av, ofte med usikker basis i aksepterte retningslinjer for utredning og behandling (..) For en rekke behandlingsmetoder foreligger det ikke entydig dokumentert effekt, og man må støtte

⁷ Ved daværende Helseminister Ansgar Gabrielsen.

seg til flertallsoppfatninger, såkalt konsensus, om hva som er god klinisk praksis”
(Legeforeningen 2004: 31)⁸.

De virkemiddelene Legeforeningen her viser til, er forankret i EBM, men omtales under etiketten ”kunnskapsbaserte retningslinjer”. Legeforeningen henviser blant annet til ”konsensus prosesser” for å komme frem til felles retningslinjer, der vitenskaplig kunnskap ikke er tilgjengelig. Dette er i tråd med EBM, der internasjonale konsensus prosesser inngår i bevishierarkiet på et lavere nivå enn RCTstudiene.

Også på Helseforetaksnivå er utfordringer knyttet til kunnskapsutvikling fremhevet som prioriterte satsningsområder:

”Fagleg kulturell integrasjon, god pasientflyt og felles prioritering er avgjerande for å lukkast. I perioden 2004-2006 vil derfor tiltak knytt til desse utfordringane ha høg prioritet. I tillegg må vi ha fokus på følgjande problemstillingar: krav om at praksis skal vere tufta på vitenskapleg dokumentert kunnskap(..)” (Helse Bergen, Psykiatrisk divisjon).⁹

Spørsmålet om hva som er vitenskaplig dokumenterbar kunnskap, har skapt stor debatt innenfor psykisk helsevern. Flere har stilt spørsmål med den bestemte metoden for å utvikle kunnskap som EBM representerer. Jan Tore Ekeland uttrykker for eksempel bekymring for at metodekravene favoriserer bestemte behandlingsformer innenfor det biomedisinske feltet. Mens andre viktige aspekt ved behandlingen, som kommunikasjon, empati, etikk og omsorg kommer i bakgrunnen. Han er også bekymret for at den standardisering som følger av EBM, kan begrense den terapeutiske samtalen. Dette mener han kan føre til en tillitsbrist i relasjonen mellom terapeut og pasient (Ekeland, 2004). Kari Martinsen stiller spørsmål om objektiv og standardiserbar kunnskap har noe med evidens å gjøre i det hele tatt. Hun mener klinisk praksis må ta hensyn til mellommenneskelige forhold med sine nyanser og detaljer. Hun ser styrken i EBM tilnærmingen, men mener at bruk av skjønn også må være en del av EBM: *”For å skjønne hva den ikke kan si noe om”* (Martinsen, 2005: 101). Disse eksemplene viser

⁸ Den Norske Lægeforening: Psykiske lidelser - Faglighet og verdighet. Rett til utredning, diagnostisk vurdering og målrettet behandling. Statusrapport for psykiske lidelser 2004.

⁹ Verksplan for psykiatrisk divisjon Helse Bergen. 2004-2006: ”Framifrå og framtidretta”.

at det er ulike oppfatninger om EBM i fagmiljøene. Særlig knyttet til favorisering av enkelte behandlingsmetoder og til standardisering av praksis.

2.7.2 DPS og tjenestetilbudet

Stortingsmelding 25 (1996-97) har i stor grad lagt føringer for den faglige og organisatoriske tenkningen som har preget utviklingen i psykisk helsevern den siste tiden. Mye av fokuset har vært på å desentralisere tjenestene og bygge ned store statlige institusjoner, til fordel for nærmiljøbaserte tiltak. Hovedtyngden av ressursene har blitt rettet inn mot utvikling og oppretting av flere DPS. Tre veiledere¹⁰ har blitt utarbeidet på oppdrag fra Statens Helsetilsyn, for å gi råd om hvordan tjenestene best kan ytes, både organisatorisk og faglig.

Det blir her lagt vekt på en tjeneste som er nær og tilgjengelig for pasienten når han trenger det, og som er tilpasset den enkelte pasients lidelse, fase i forløpet og individuelle behov. Pasienten skal være delaktig og ha reell innflytelse på de tjenestene han mottar og hvordan disse ytes, og han skal ha et helhetlig tilbud, koordinert med andre hjelpeinstanser. Et DPS forventes å kunne gi et bredt spekter av behandlingstilbud innen ulike behandlingsmetoder (Statens Helsetilsyn, Veiledningsserie 1-2001).

Det blir rettet særlig fokus mot ledelse, og hvordan bedre ledelse kan bidra til økt produktivitet. Det blir for eksempel påpekt at de fleste poliklinikker praktiserer en utstrakt autonomi for den enkelte behandler. Det er sjelden en uttalt konsensus om hva som skal være behandlingsmålsetningen for den enkelte pasient, eller for når det er faglig riktig å avslutte en behandling. Samtidig opplever poliklinikkene et press på tilgjengelighet og høy pasientgjennomstrømming (produktivitet). Det blir også påpekt at andelen som ikke møter til avtalt time, er for høy, og at det derfor bør settes i verk ulike tiltak for å redusere denne. Bedre ledelse og sterkere styring av praksis, blir sett på som virkemiddel for å håndtere disse utfordringene, og dermed øke produktiviteten i poliklinikkene (Statens Helsetilsyn, Utredningsserie 2: 2001).

¹⁰ Statens Helsetilsyn, Veiledningsserie 1-2001. Distriktpsikiatriske sentre; organisering og arbeidsområder
Statens Helsetilsyn, Utredningsserie 2: 2001. Håndbok i drift av psykiatriske poliklinikker
Statens Helsetilsyn, Utredningsserie 4-2001. Kompetansebehov i psykisk helsevern

En god ledelse skal legge vekt på at behandlingstilbudet utformes i tråd med det som er vitenskapelig dokumentert innen de områdene der det finnes slik dokumentasjon, og i tråd med konsensus fra ekspertgrupper der det ikke finnes vitenskapelige undersøkelser. Det vil si at ledelsen bør sørge for at det foreligger felles retningslinjer for både utredning, behandling og dokumentering av effekt. For de mest typiske pasientgruppene bør det også være mulig å utforme standardiserte behandlingsprogrammer og behandlingsopplegg, blant annet fordi: *”Erfaring viser at det også øker produktiviteten å ha godt planlagte behandlingsopplegg”* (Ibid: 22).

Samtidig som alle veilederne er opptatt av at behandlingen i større grad må bygge på metoder med dokumentert effekt, blir det også påpekt at det er nødvendig med klinisk skjønn. Dette for å kunne tilpasse behandlingen til den individuelle pasienten. I vurdering av behandlingstilnærming, bør terapeuten også ta hensyn til eventuelle egne ønsker fra pasienten om en bestemt type behandling, slik at pasientens medbestemmelse ivaretas (Statens Helsetilsyn, 4-2001).

2.8 Bedre ledelse og mer faglighet; Utfordringene for psykisk helsevern?

De tendensene som her er beskrevet om hvordan det tenkes om styring og behandling i psykisk helsevern, har flere fellestrekk som jeg vil poengtere avslutningsvis. Den bedriftsøkonomiske orienteringen har blitt sterkere, og kommer til syne både gjennom organisatoriske - og faglige endringer og retningslinjer. Fokuset på effektivitet og produktivitet er en gjennomgående tendens. Dette viser seg blant annet gjennom bruken av begreper som ”beste praksis” og pasientgjennomstrømming. Et annet sentralt trekk, er behovet for tydeligere ledelse og sterkere styring av klinisk praksis.

Klinisk praksis skal bli bedre både med hensyn til kvalitet og effektivitet. Tendensene er at økt bruk av vitenskapelig dokumenterbar kunnskap, skal legge grunnlag for utarbeidelse av kliniske retningslinjer og standarder for behandling. Dette skal bidra til en faglig god tjeneste. Den enkelte behandlerens autonomi skal reduseres, og dette beskrives som en utfordring for ledelsen. Ledelsen bør i større grad styre kompetanse – og kunnskapsutvikling i tråd med det som er vitenskapelig dokumentert.

Det legges samtidig stor vekt på pasientens rettigheter og deltakelse i egen behandling. Behandlingsforløpet skal i størst mulig grad være forutsigbart for pasienten, og følge en individuell plan. Pasienten skal ha mulighet til å komme med ønsker, for eksempel om behandlingsmetodikk, eller andre forhold som er relevante for behandlingen. Hensyn til pasientens medbestemmelse kan komme i konflikt med målsetning om standardisering av kliniske retningslinjer.

Disse tendensene som her er beskrevet, viser hvordan det administrative blir forsøkt koblet sammen med det faglige på flere ulike måter, og med hjelp av ulike styringsverktøy. For klinikerne innebærer dette store endringer i egen arbeidssituasjon og rolle. Særlig fordi mange av endringene synes å implisere en endring i hvordan det tenkes om arbeidets art og innhold. Disse endrede forutsetningene for det kliniske arbeidet er utgangspunktet for problemstillingen i denne avhandlingen.

Jeg vil avslutte dette kapittelet med konklusjonene fra Helseministerens redegjørelse til Stortinget i 2005. Fordi dette på mange måter utgjør kjernen i den hverdagen klinikerne i psykisk helsevern står overfor:

”De største utfordringene er nok først og fremst bundet til bedre ledelse og til mer faglighet, og ikke minst evne og vilje til omstilling”

(http://odin.dep.no/hod/norsk/dok/andre_dok/rapporter/048071-9901141).

Kapittel: 3 Teori

3.1 Innledende bemerkninger

I dette kapittelet vil jeg først se på aktuelle teorier og modeller for organisering av offentlige virksomheter. De nye styringsreformene synes å endre forutsetningene for profesjonelt arbeid. Fra en arbeidssituasjon preget av stor grad av klinisk og profesjonelt selvstyre, til en del av en større organisatorisk kontekst med hierarkisk organisering av myndighet. De aktuelle endringene i psykisk helsevern kan forstås som en tiltakende byråkratisering av helseinstitusjoner, med endringer i hvordan arbeidet blir oppfattet og hvilke rolle den profesjonelle skal ha. Byråkratiteori og ulike retninger av denne vil derfor stå sentralt i den første del av denne fremstillingen.

I del to vil jeg bevege meg over til individnivå, gjennom perspektiver fra profesjonsteori. Jeg vil legge hovedvekten på presentasjon av Andrew Abbotts historisk – sosiologiske perspektiv.

I del tre presenteres det analytiske perspektivet som vil stå sentralt for å forklare dynamikken mellom organisasjons – og individ nivå: Styring gjennom identitetsregulering. Fokuset her rettes mot hvordan styring på makronivå, kan skje gjennom ulike måter å regulere identiteten til de ansatte på. Jeg vil blant annet se på hvordan den profesjonelle rolle formes, endres og redefineres som følge av endringer i relasjonen mellom organisasjon og profesjon.

3.2 Organisasjonsteori (makronivå)

3.2.1 Byråkratiteori

Max Weber regnes som byråkratiteoriens far. Han var tysk sosiolog, levde fra 1864 til 1920, og blir sett på som en betydelig samfunnsforsker i den nyere tid (Weber, 1995). I følge Weber er byråkratiet en organisasjonsform utviklet i forhold til det statlige forvaltningsarbeidet, men er ikke avgrenset til dette. For min avhandling er byråkratiteori et aktuelt perspektiv, fordi mange elementer her synes å stå sentralt i reorganiseringen av psykisk helsevern, både på statlig nivå, i helseforetakene og på kommunalt nivå. Byråkratisering av de profesjonelles arbeidsplasser, kan se ut til å ha tiltatt de senere årene, både i Norge og andre land i Europa.

Abbott sier at mens profesjonene på 1800 tallet i stor grad var kjennetegnet av at de praktiserte for seg selv, ble deres karakteristiske organisasjonsform gradvis mer byråkratisk i løpet av 1900 tallet (Abbott, 1988). Terry Johnson hevder at denne prosessen særlig har skutt fart i siste halvdel av 1900 tallet, og fremhever spesielt endringer i forholdet mellom profesjonene og staten som medvirkende til dette:

”In Britain the dominant image of the professional sole, male practitioner, personally and independently servicing individual clients has, in the second half of the twentieth century, gradually disintegrated in the face of a reality in increasingly diverse work locations, many of them bureaucratic in character. Also in recent years, this gradual transformation has been quickened by the `deregulation` policies of the government; policies which have their parallels on the continent and in the United States” (Johnson, 1992: 1).

En byråkratisk organisasjon har noen sentrale kjennetegn som jeg vil presentere her. For det første er organiseringen av arbeidet eller utøvelse av myndighet inndelt i faste kompetanseområder. Styringen av dette skjer gjennom regler, lover eller reglementer for forvaltningen. På denne måten blir også autoritet fordelt på en fastsatt måte, og nøye regulert. Personalet blir ansatt i henhold til fastsatte kvalifikasjonsregler. Byråkratiet bygger videre på en hierarkisk organisasjonsform, med fordeling av autoritet og myndighetsområder mellom lavere og høyere stillinger. Stillingssystemet er fast, med klar fordeling av over- og underordnede stillinger, og det forutsettes som regel en inngående teoretisk skolering. Reglene som gjelder er i stor grad faste og uttømmende, og kan læres. Kjennskap til disse reglene gir embetsmannen en spesiell teknisk kunnskap (Weber, 1995).

Hovedargumentene bak utviklingen av den byråkratisk organisasjonsform slik den fremstår hos Weber, var i hovedsak knyttet til behov for å håndtere et økende omfang administrative oppgaver på en effektiv og rasjonell måte. Denne økningen av oppgaver både kvantitativt og kvalitativt, skyldtes først og fremst at staten hadde ekspandert i størrelse. Et eksempel på dette, var behovet for å administrere de stadig flere oppgavene av teknisk art som vokste frem i tråd med den teknologiske utviklingen. Et annet eksempel var det økende omfang av sosialpolitiske oppgaver som gradvis ble en del av statlig virksomhet. Den byråkratiske organisasjonsmodellen er også ment å være økonomisk effektiv, fordi den tydeliggjør beslutningsmyndighet og konsentrerer forvaltningsmidlene på høyeste administrative nivå,

som har ansvar for budsjettering og kontroll med underordnede nivå. På denne måten reguleres og kontrolleres den økonomiske delen av virksomheten (Ibid).

Weber beskriver den idealtypiske byråkratiske organisasjonen som å ha en rekke tekniske fordeler som forvaltningsform: *”En fullt utviklet byråkratisk modell står i akkurat samme forhold til disse andre (forvaltnings-) former som en maskin til de ikke-mekaniske former for produksjon av materielle goder”* (Ibid: 126).

Byråkratiet fremheves som å være den organisasjonsformen som er best egnet til å ivareta de funksjoner som et forvaltningsorgan skal ha. Blant annet nøyaktighet, hurtighet, entydighet, dokumentkunnskap, kontinuitet, diskresjon, enhetlighet, streng underordning, mindre gnisninger, mindre saksomkostninger og mindre faglige og personlige belastninger. Dette skal oppnås gjennom en hierarkisk organisering. Det betyr klar funksjons/arbeidsfordeling, ansettelse og avansement basert på teoretisk kompetanse, klare regler og retningslinjer/prosedyrer for arbeidet, autoritet og status som følger plassering i hierarkiet, og minst mulig grad av personlig involvering hos de ansatte. Dette siste punktet fremheves som særlig viktig for å sikre at byråkatiets beslutninger er forutsigbare og blir tatt på et rasjonelt grunnlag, der personlige vurderinger (skjønn) holdes utenfor (Ibid). Dette peker mot det som ofte fremheves som den byråkratiske organisasjonsmodellens største fortrinn, nemlig som redskap til å sikre størst mulig grad av rettferdighet og likhet for loven, innenfor et forvaltningsapparat som preges av økende oppgaveomfang og kompleksitet.

Gjennom analysen av det empiriske materialet vil jeg se etter endringer i organiseringen av psykisk helsevern, og hvordan dette blir oppfattet av sentrale aktører i organisasjonen. Er det riktig som det antydes innledningsvis at det psykiske helsevernet har blitt mer byråkratisk i sin organisasjonsform, og i så fall hva menes med dette?

3.2.2 Scientific management

Scientific management representerer en av de tidligste standardiseringsbevegelsene, og har mye til felles med klassisk byråkratiteori. Bevegelsen vokste frem på begynnelsen av 1900 tallet. Fredrik W. Taylor er retningens grunnlegger, og derav brukes også ofte betegnelsen Taylorisme på denne retningen. Taylor benyttet blant annet tidsstudier for å øke effektiviteten i en industribedrift. Ved hjelp av stoppeklokke og oppdeling av arbeidsoppgaver

målte han hvor lang tid det tok å utføre elementære enkeltoppgaver, og kom frem til en standardtid. Standardtiden brukte han til å innføre incentivlønn, for å motivere til økt arbeidsinnsats (Timmermans & Berg, 2003). Taylors mål var å øke produktiviteten, der økt lønn til arbeiderne var et av flere virkemidler. Samtidig håpet han å legge grunnlaget for en vitenskaplig basis for ledelse gjennom å finne frem til arbeidets lover og prinsipper, og gjennom insentiver og modifikasjoner å optimalisere arbeidsinnsatsen hos sine ansatte. Et av Taylors prinsipper var at det skulle utvikles ”et vennskaplig samarbeid” mellom ledelsen og arbeiderne. Arbeiderne skulle blant annet få delta i å bestemme hastigheten på arbeidet for å unngå slitasje og sikre en viss autoritet over egen arbeidssituasjon. Dette var særlig viktig for å sikre lojalitet til ledelsen (Ibid).

Scientific Management ble raskt populær som organiserende modell innenfor private industribedrifter, på grunn av fokuset på produksjon og økonomisk effektivitet. Senere har retningen hatt en noe varierende popularitet. Den må sees på med ny interesse i lys av de pågående reformene i helsesektoren, som på mange områder synes å sammenfalle med prinsipper fra denne retningen. Taylorismen med innføring av standarder og måleinstrumenter, innebar vesentlige endringer i arbeidshverdagen i datidens bedrifter, på samme måte som de nye styringsreformene gjør i deg. Innføring av nye systemer for regulering og kontroll av de profesjonelle, har konsekvenser for de profesjonelles arbeidshverdag, yrkesrolle og identitet. Å undersøke nærmere på hvilke måter disse reguleringsprosessene erfares og håndteres av klinikerne, blir sentrale spørsmål i analysedelen.

3.3 Profesjonsteori (Mikronivå)

3.3.1 Profesjoner i et historisk – sosiologisk perspektiv

Andrew Abbott sin teori ”The system of professions” ser utviklingen av profesjonene i et historisk - sosiologisk perspektiv. Abbott hevder det er kampen mellom ulike yrkesgrupper og relasjonen dem i mellom som er med å danne grunnlaget for etableringen av profesjoner, innenfor et større system av arbeidsdeling. En profesjon kan defineres gjennom sitt forhold til andre, og det er denne kampen med å få kontroll over bestemte arbeidesområder, som også fører profesjonene i konkurranse og konflikt med hverandre (Abbott, 1988).

Abbott mener kontrollen over arbeidsområder er avhengig av den måte yrkesgruppen kontrollerer kunnskap og ferdigheter på. Han beskriver to ulike måter å slik kontroll på. Gjennom tekniske ferdigheter og gjennom abstrakt kunnskap. Yrker som krever direkte kontroll med de tekniske ferdighetene, kaller han håndverk. Den andre formen for kontroll gjennom abstrakt kunnskap, impliserer at praktiske ferdigheter vokser ut gjennom et abstrakt system for kunnskap. Kontroll over yrket er derfor avhengig av kontroll med abstraksjonene som generer de praktiske ferdighetene. Abbott mener det er denne formen for abstraksjon av kunnskap som muliggjør overlevelse i yrkesgruppenes konkurranse om arbeids- og ansvarsområder. Med utgangspunkt i dette definerer han profesjon på følgende måte:

”Professions are exclusive occupational groups applying somewhat abstract knowledge to particular cases” (Ibid: 8).

Forbindelsen mellom en profesjon og dens arbeids- og ansvarsområde blir avgjørende for profesjonens eksistens. Abbott bruker begrepet jurisdiksjon som betegnelse på dette forholdet (Erichsen, 1996). Ved å kreve jurisdiksjon, søker profesjonen å få samfunnets anerkjennelse for sin kognitive funksjon, gjennom å bli gitt eksklusive rettigheter. Disse rettighetene kan blant annet inkludere absolutt monopol på praksis, rett til selvregulering og kontroll. Samt kontroll over utdanning og rekruttering, og godkjenningensmyndighet i forhold til kompetansekrav (Abbott, 1998).

Et av Abbotts viktige bidrag, er at han identifiserer seks ulike ”løsninger” på de jurisdiksjonelle konfliktene som kan oppstå når relasjonene mellom profesjonene forstyrres. Det vil si at jurisdiksjon må forstås som en variabel størrelse. ”Løsningene” kan bli enten full, underordnet, intellektuell, rådgivende, teigdelt eller klientdifferensiert jurisdiksjon. Det klassiske eksempelet på full jurisdiksjon i den norske helsetradisjonen er legene. Full jurisdiksjon innebærer at det er entydige grenser mellom de ulike yrkenes arbeidsområder. Eksempel på over – underordning kan være forholdet mellom leger og sykepleiere. Intellektuell jurisdiksjon innebærer at selv om det er konkurranse på praksisfeltet, er det kunnskapsmessig kontroll av en profesjon. Rådgivende jurisdiksjon vil si at en profesjon oppnår rådgivende kontroll over visse deler av arbeidet. Med teigdeling menes det arbeidsdeling mellom likeverdige profesjoner. Et eksempel på dette er familierådgivningstjenesten, der flere profesjoner i prinsippet arbeider sammen på et

likeverdig grunnlag. Den siste formen for jurisdiksjon, er klientdifferensiering. Også dette er en form for teigdeling, men arbeidet deles etter egenskaper ved klientene, og ikke etter innhold (Erichsen, 1996).

Et særlig fortrinn med Abbott sin teori, er at den representerer et bidrag til å forene makro – og mikronivå. På den ene siden er han opptatt av å trekke inn sosiologiske og samfunnsmessige forhold i utviklingen av profesjoner. På den andre siden setter han samtidig søkelys på egenskaper hos hver enkelt profesjon, gjennom å analysere arbeidsdeling og jurisdiksjonsområder. Tradisjonelt har konflikter mellom profesjoner blitt løst gjennom full jurisdiksjon og underordning, men dagens utvikling i organisering av helsetjenestene, synes å gjøre andre løsninger like aktuelle (Ibid). For min avhandling er det spesielt interessant å se nærmere på de profesjonelle relasjonene innenfor psykisk helsevern. Hvordan påvirker for eksempel endringer i styringsmentalitet og praksis forholdet mellom profesjonene? Hvem vinner ”kampene” om jurisdiksjonen og hvorfor? Og hvilke former for jurisdiksjon er det snakk om?

3.3.2 Definitorske kjennetegn

Elliot Freidson definerer profesjonalisme som et sett av institusjoner som tillater medlemmene av et yrke å ha en inntekt, samtidig som de kontrollerer eget arbeid (Freidson, 2004: 17). Et viktig definatorisk kjennetegn på profesjon er altså at den er selvregulerende. Derfor er den også i stor utstrekning fri for den typen hierarkisk kontroll som karakteriserer mange andre yrkesgrupper (Freidson, 1984). Denne privilegerte posisjonen kan bare eksistere så lenge det er en dominerende oppfatning at profesjonen utfører oppgaver som er så forskjellig fra andre yrkesutøvere, at det er nødvendig med selvregulering (Freidson, 2004).

Kjennetegn ved oppgavene eller arbeidets art, er et annet viktig definatorisk kjennetegn på en profesjon. Freidson hevder at de to viktigste ideene som ligger bakenfor profesjonalisme, er troen på at noe arbeid er så spesialisert at det forutsetter en bestemt trening eller erfaring, og troen på at dette ikke kan standardiseres eller rasjonaliseres ¹¹. Disse ideene er så fundamentale mener Freidson, at de legger grunnlaget for hele den sosiale prosessen som

¹¹ I følge Abbotts abstraksjonsteori, impliserer dette at en yrkesgruppe har klart å få samfunnets godkjenning for at deres kunnskapsgrunnlag er så abstrakt (eller komplekst) at det krever eksklusiv kontroll.

etablerer profesjonenes sosiale og økonomiske status. Den spesialiseringen som må til for at en profesjon skal få sin livsrett og en yrkesutøver skal kunne kalle seg profesjonell, innebærer altså en bestemt trening og erfaring. Både den formelle kunnskapen ervervet gjennom teoretisk skoling, og den erfaringsbaserte kunnskapen opparbeidet gjennom praksis, er vesentlig mener Freidson. Han omtaler den erfaringsbaserte kunnskapen som ”den tause kunnskapen”. En kunnskap som verken er formell i karakter eller systematisk artikulert (Ibid). Freidson refererer her til Michael Polanyi, som definerer ”viten” på følgende måte:

”An active contemplation of the things known, an action that requires skill. Skilful knowing and doing performed by subordinating a set of particulars, as clues or tools, to the shaping of a skilful achievement, whether practical or theoretical.. Clues and tools are things used as such and not observed in themselves” (Polanyi i Freidson, 2004: 26).

Skillet mellom kodifisert og teoretisk kunnskap på den ene siden, og den tause, erfaringsbaserte kunnskapen på den andre siden, fremheves her som viktig. Særlig fordi den sistnevnte dimensjonen av kunnskap, spiller en viktig rolle i diskusjonen omkring profesjonenes mulighet til bruk av skjønn i arbeidet (Freidson, 2004). I psykisk helsevern har klinikerne tradisjonelt hatt stor mulighet til bruk av skjønn. Det har vært en oppfatning at arbeidet har vært så komplekst, at det har krevd en bestemt form for trening og teoretisk skoling. De senere årene har stadig flere profesjoner fått sitt arbeid i psykisk helsevern, og fra styringsnivå forsøkes det å begrense den kliniske autonomien og redusere bruken av skjønn. I tillegg kommer en oppfatning av at kunnskapsgrunnlaget ikke er mer komplekst enn at det til en vesentlig grad kan standardiseres. Enten i form av manualer eller kliniske retningslinjer, som gjør det tilgjengelig for flere. Hva gjør dette med den kliniske identiteten, og hvordan erfarer og håndterer klinikerne disse endringene? Dette er spørsmålene jeg vil se nærmere på i analysen av det empiriske materialet.

3.4 Presentasjon av det analytiske perspektivet

3.4.1 Styring gjennom identitetsregulering

Jeg har til nå presentert byråkratiteori på makronivå, og profesjonsteori på mikronivå. For å forstå dynamikken mellom disse to nivåene, vil jeg presentere et tredje perspektiv, som sier noe om hvordan organisasjonskontroll på makronivå, oppnås gjennom å regulere identiteten til de ansatte (mikronivå). Styring gjennom identitetsregulering blir i denne avhandlingen derfor et viktig analytisk perspektiv for å forstå den organisatoriske konteksten klinikerne i psykisk helsevern er en del av. Mats Alvesson og Hugh Willmott definerer identitetsregulering på følgende måte:

”Identity regulation encompasses the more or less intentional effects of social processes of identity construction and reconstruction” (Alvesson og Willmott: 12).¹²

I artikkelen *”Identity regulation as organizational control: producing the appropriate individual”*, presenterer Alvesson og Willmott en oversikt over hvordan identitet blir påvirket, regulert og endret innad i en organisasjon. Dette kan skje på flere ulike måter, og jeg vil her presentere de faktorene som har relevans for temaet i denne avhandlingen. En faktor som trekkes frem, er hvordan identitet kan påvirkes gjennom å referere til karakteristika som har gyldighet utover tid og rom, og som skiller en person fra en annen. For eksempel kan en nøyaktig stillingsdefinisjon legge grunnlaget for en bestemt identitet. En annen viktig faktor, er at det ofte blir innarbeidet et eget vokabular for målsetninger som arbeiderne skal identifisere seg med. Dette skal fungere som referansepunkt for hva som er viktig og rett og gjøre i organisasjonen. En tredje faktor som fremheves, er hvordan konstruksjon av kunnskaper og ferdigheter også kan inngå som en del av identitetsreguleringen. Kunnskap definerer den som vet, og er på den måten en viktig identitetsmarkør¹³. En annen virkningsfull måte å regulere identitet på, er gjennom å utvikle sosiale kategorier som individet blir henvist til. Inndeling av den sosiale verden i ”oss” og ”dem”, skaper kraftige sosiale skiller og grenser, gjennom å fremme følelse av tilhørighet og fellesskap innad i gruppen. Å være en del av et team eller et arbeidsfellesskap, er ofte en vesentlig kilde til egen selvforståelse, selv vurdering, og måten en presenterer seg til andre på (Ibid).

¹² Alvesson og Willmott er et udatert notat.

¹³ Dette samsvarer med Abbott sin teori, der abstraksjon av kunnskap er en viktig forutsetning for å oppnå profesjonell jurisdiksjon.

Under – og overordning i relasjon til signifikante andre er et annet virkemiddel som trekkes frem, for å forme identiteter. Hierarki i organisasjoner er vanligvis formelt definert, men forskjeller i status mellom ulike arbeidsområder, funksjoner og avdelinger, kan være like avgjørende for identitetsformingen. Videre hevder Alvesson og Willmott at identitet reguleres gjennom å opprette og klargjøre et særegent sett av spilleregler. For eksempel retningslinjer for hvordan arbeidet skal utføres. Når disse ”spillereglene” internaliseres i individet, følges det gjerne av en bestemt selvforståelse knyttet til rollen. Spillereglene kan være av formell karakter, men også av uformell karakter, som forventninger til individets yrkesrolle. Identitet kan også knyttes til arbeidets kontekst. Det å definere hvor arbeidet skal finne sted, og organisasjonens forutsetninger og rammer, bidrar også til å forme yrkesutøverens identitet (Ibid).

Alvesson og Willmott mener disse typene for identitetsregulering, kan komprimeres inn i fire grupper, avhengig av hvem eller hva kontrollen rettes inn mot. Den første gruppen er den typen kontroll som rettes direkte mot arbeiderne. I psykisk helsevern kan dette for eksempel være ulike krav til dokumentasjon og registrering av arbeidet. Den andre gruppen er den som involverer regulering av selve arbeidet. Dette kan for eksempel være krav om prosjektdeltakelse eller innføring av retningslinjer for behandling. Den tredje gruppen innebærer regulering av de sosiale relasjonene, og impliserer for eksempel tilhørighet og differensiering. Eksempel på dette kan være ulike jurisdiksjonsformer. Den siste gruppen handler om den organisatoriske konteksten, og hvordan identiteten tilpasses de større sosiale, organisatoriske og økonomiske omgivelsene individet arbeider i. Eksempel på dette, kan være at en stadig større andel av klinikerne i dag arbeider i DPS, med sin bestemte organisatoriske form og kultur.

Felles for alle disse formene for organisatorisk kontroll gjennom identitetsregulering, er at det hovedsakelig er en form for indirekte styring som finner sted. Styringen kan skje både gjennom å forme diskursen om organisasjonens karakter og forventninger til yrkesrollen, og gjennom ulike verktøy for kontroll og regulering. Styringen er ofte strategisk og bevisst, men den kan også være produsert av aktører i daglig interaksjon, som en del av kulturelle tradisjoner og institusjonaliserte atferdsmønstre (Ibid).

Påvirkningskraften til identitetsregulering som et strategisk styringsverktøy, vil alltid være avhengig av arbeidernes respons. En type diskurs kan være kjent og familiær, og dermed

sammenfallende med arbeiderens identitetshistorie. En annen type diskurs kan være ukjent og dermed virke forstyrrende på individets etablerte identitet og selvforståelse. Alle endringer i en organisasjons større omgivelser, med konsekvenser for individets rolle i organisasjonen, vil ha et potensial for å skape uro og forstyrrelse i de etablerte identitetene (ibid). Klinikerne i psykisk helsevern erfarer i dag reguleringsprosesser knyttet til alle fire gruppene for kontroll, og vil dermed være særlig utsatte for å oppleve forstyrrelser og uro knyttet til egen yrkesrolle og identitet. Hvordan dette erfares og håndteres blir derfor et viktig tema i analysen av det empiriske materialet. I det påfølgende vil jeg beskrive nærmere hva som ligger i begrepet identitet.

3.4.2 Identitet

“..it is because identity is problematic – and yet so crucial to how and what one values, thinks, feels and does in all social domains, including organizations –that the dynamics of identity needs to be better understood” (Albert et al i Alvesson og Willmott: 3).

Alvesson og Willmott tar for seg ulike faktorer som er sentrale i konstruksjon og forståelse av identitet (Alvesson og Willmott: 12-13). Den første faktoren er ”sentrale livs interesser”. Med dette menes den dominerende identitetsforståelsen hos et individ eller en gruppe, som kan besvares med spørsmål av typen ”hvem er jeg/vi”. I arbeidslivet kan dette for eksempel referere til profesjonstilhørighet eller posisjon. Den andre faktoren er ”sammenhenger”. Dette viser til kontinuitet i identitetsforståelsen over tid og situasjon. En tredje faktor er ”forskjellighet”, som definerer en person eller en gruppe ved å se på det særegne som skiller personen eller gruppen fra de andre. Den neste faktoren som trekkes frem er ”retning”. Med dette menes det som er passende, ønskelig og verdsatt for en person. Videre refererer ”sosiale eller positive verdier” til identitet og selvfølelse. Positive verdier tillegges egen person, ofte gjennom sammenlikning med andre som beskrives i mindre positive former. Den siste faktoren, ”selvbevissthet”, handler om å være bevisst egen identitet (Ibid).

Denne forståelsen av identitet er viktig fordi den sier noe både om hvordan identitet kommer til uttrykk, og hvordan identitet kan opprettholdes gjennom våre handlinger og måten vi definerer våre omgivelser på. Jeg vil for eksempel i analysedelen undersøke hvordan

klinikerne i psykisk helsevern snakker om sitt arbeidsområde og egen rolle, fordi jeg antar at det kan fortelle noe om deres yrkesidentitet.

3.4.3 Selvidentitet, diskontinuitet og identitetsarbeid

Anthony Giddens har utviklet konseptet ”selvidentitet” (self-identity). Selvidentitet blir beskrevet som en refleksiv organisert fortelling utviklet gjennom deltakelse og erfaringer, som har skapt en varig og stabil identitetsforståelse hos individet (Giddens, 1991: 53). Selvidentitet er ikke et distinkt trekk eller en samling av trekk, men det er selvet slik det er forstått av subjektet. Selvidentitet er i følge Giddens et produkt av kulturelt råmateriale, språk, symboler, sett av meninger, verdier og liknende, som utledes gjennom interaksjon med andre og gjennom møte med institusjoner, så vel som gjennom tidelige livserfaringer og ubeviste prosesser. Et viktig poeng hos Giddens, er at mens identitet tidligere i stor grad var fastlagt og forutbestemt, er identitet i dag mer åpent og foranderlig. Også rollene har blitt mer åpne for improvisasjon. Dette gjør at menneskene stadig er opptatt av å forme, opprettholde, styrke og reparere sin identitetsopplevelse, og sin opplevelse av særegenhet og sammenheng. Denne prosessen kaller Giddens for identitetsarbeid. Det vil si at ulike livshendelser, begivenheter, situasjoner og erfaringer bidrar til å øke bevisstheten på egen selvidentitet og dens kvalitet. Å opprettholde kontinuitet i egen selvidentitet til tross for endrede eller usikre omgivelser, er grunnlaget for og målet med identitetsarbeidet (Giddens, 1991).

Noen ganger oppstår det likevel en diskontinuitet i identitetsopplevelsen. For eksempel som følge av endringer i egen arbeidssituasjon knyttet til identitetsreguleringsprosesser. Menneskene vil da forsøke å opprette balanse igjen, gjennom å utforske egen identitetshistorie, og velge å enten forsvare den allerede etablerte identiteten eller å modifisere den, for å tilpasse seg de endrede omgivelsene (Ibid).

Disse tilnærmingene til å forstå hvordan identitetsregulering inngår som en del av omfattende institusjonelle endringer, vil stå sentralt i analysen av det empiriske materialet. Klinikerne i psykisk helsevern står i dag overfor en mengde endringer i sine organisatoriske omgivelser. Det teoretiske inntaket som her er presentert skal belyse hvordan store endringer på makronivå, både i styringsform og organisering, griper inn i det identitetsarbeid som den enkelte kliniker påtar seg. En sentral faktor for å forstå sammenhenger mellom

organisasjonsnivå og individnivå, er altså identitetsbegrepet, og hvordan identitetsarbeidet og reguleringen av dette, både er virkemiddel og konsekvens av sammensatte og omfattende reformer.

3.5 Relasjon mellom organisasjon og profesjon

3.5.1 Autonomi

Den profesjonelle har tradisjonelt hatt en vesentlig grad av autonomi i forhold til arbeidsutøvelse. Med dette menes at de har hatt stor myndighet og ansvar innenfor sitt arbeidsområde. Dette sammenfaller med det som ligger i begrepet full jurisdiksjon, som har vært den vanligste formen for relasjon mellom en profesjon og dens arbeid. Vibeke Erichsen beskriver autonomi som ”*selvstyre og grunnlaget for å handle selvstendig og uavhengig av andre*” (Erichsen, 1996: 42). Stefan Timmermans og Marc Berg skiller mellom profesjonell og kliniske autonomi, og definerer det på følgende måte:

”Professional autonomy includes here the regulation of the professions as a whole, by controlling entrance to the field, self-monitoring, developing of a body of specialized knowledge, and running professional organizations” (Timmermans og Berg, 2003: 84).

”Clinical autonomy refers to the control the individual practitioner has over routine work activities and decisions, and the freedom to be innovative in the work process, for example by prescribing drugs off-label “(ibid).

Mens profesjonell autonomi beskriver den kontrollen over et yrke som innehas av en profesjon som helhet, beskriver klinisk autonomi, den myndighet og frihet den enkelte kliniker har i sin arbeidshverdag. I denne avhandlingen intervjues klinikere og ledere som antas å erfare styringsmessige endringer både i den profesjonelle og kliniske autonomien. Det å skille mellom autonomi som innehas av en gruppe kontra et individ mener jeg derfor er et fruktbart perspektiv, som kan bidra til å gi flere nyanser til analysen av det empiriske materialet.

3.5.2 "Accountability" eller etterrettelighet

"Accountability" er den betegnelsen på forventningene til den nye profesjonelle rolle som oftest blir brukt i organisasjonslitteraturen, som den rollen som fremtvinges av de pågående styringsreformene. I ordbøker defineres begrepet "accountable" med: "*Required or expected to justify actions or decisions*" (Oxford), eller i Cappellens ordbok (engelsk - norsk): "*Stå til regnskap ovenfor, tilregnelig, forklarelig, ansvarlig*". Tilknytningen til tall og regnskap er en gjennomgående definisjon av "accountability", samt å kunne stå til ansvar for og gjøre rede for sine handlinger overfor en utenforstående. Det å bruke anerkjente og målbare standarder for å evaluere den profesjonelles arbeid, inngår også som en del av meningsinnholdet i betegnelsen, slik det blant annet fremgår av Tidsskrift for Norsk Lægeforening¹⁴. Denne tilknytningen til tall og etterprøving, gir mening til den mest brukte norske oversettelsen av "accountability", nemlig etterrettelighet.

3.5.3 "Responsibility" eller "ansvar for den andre"

Begrepet "responsibility" brukes også for å vise forventningene som rettes mot den profesjonelle rollen, særlig innenfor profesjonsforskningen. Her er det betydningen av den profesjonelles personlige ansvar i relasjon til klienten som vektlegges, uten at dette er nærmere definert på en måte som angir hva som skal måles. I ordbøker defineres "Responsible" med: "*1) Having an obligation to do something, or having control over or care for someone 2) Being the primary cause of something and so able to be blamed or credited for it*". "Responsible to" defineres som: "*Reporting to, answerable to, morally accountable for ones behaviour, involving important duties or decisions or control over others, capable of being trusted*" (Oxford). I definisjonene av "responsibility" er det først og fremst det personlige ansvaret og den moralske forpliktelsen overfor en annen, som du har påtatt deg en form for ansvar eller omsorg for, som vektlegges.

Dette viser at det er en vesentlig forskjell i meningsinnhold knyttet til begrepene "accountability" og "responsibility", som begge beskriver forventningene til den profesjonelle

¹⁴ Et eksempel på bruken av "accountability", er en oversatt artikkel i Tidsskrift for Norsk Lægeforening, der den nye legerollen diskuteres, og en kan lese følgende om skifte fra autonomi til "accountability": "*Gradvis var det accountability (etterrettelighet) og ikke autonomy (autonomi) som ble stikkordet. Dette innebærer en ny form for profesjonalitet: En profesjonell er en som mestrer en verdifull, avansert fagkunnskap og ferdigheter, og som anvender dette på klienter (eller pasienter) etter en anerkjent og målbar standard*" (Tidsskrift for Norsk Lægeforening, 2003; 123: 1870-3)

rolle, men med utgangspunkt i ulike tradisjoner. Mens ”accountability” i sin opprinnelse handler om tall og økonomi, handler ”responsibility” om at terapeuten i møtet med pasienten, påtar seg et ansvar for å benytte aktuell kunnskap/kompetanse til det beste for den andre. Å skulle anvende kunnskap etter en anerkjent og målbar standard er noe helt annet enn å skulle anvende kunnskap på en ansvarsfull måte, der det ansvaret som tas, hele tiden er oppe til evaluering. Både direkte i forhold til pasienten, og indirekte gjennom kollegialt samarbeid. ”Responsibility” som betegnelse på forventningene til den profesjonelle rolle, synes imidlertid å være lite benyttet innenfor organisasjonslitteraturen.

3.5.4 Den ”nye” profesjonelle rolle. Fra autonomi til etterrettelighet?

Timmermans og Berg diskuterer endringer i den profesjonelle rolle, med utgangspunkt i hvordan nye kliniske retningslinjer påvirker relasjonen mellom den profesjonelle medisiner og arbeidet. På den ene siden hevdes det at profesjonen gjennom egen deltakelse i utforming av kliniske retningslinjer og standarder, kan manifestere eller utvide sitt jurisdiksjonsområde. Standarder kan hjelpe profesjonen med å beskytte segmenter av kunnskap fra markedskonkurransen. På den måten blir standardene en del av den formelle tekniske kunnskapen som profesjonen har eksklusive rettigheter til. Standardisering kan også bidra til å øke de profesjonelles legitimitet. Både fordi det utstyres profesjonens kunnskap med en vitenskaplig og empirisk basis, og fordi det kan bidra til å redusere variasjon i praksis, med utgangspunkt i felles retningslinjer for intervensjon (Timmermans og Berg, 2003).

På den andre siden er de profesjonelle bekymret for at de samme kliniske retningslinjene er med på å svekke den profesjonelle eller den kliniske autonomien. Med dette som utgangspunkt, hevder Timmermans og Berg at kliniske retningslinjer både kan bli den profesjonelles ”hjerte og akilleshæl”. Forstått som en nødvendig forutsetning for å beskytte fagligheten fra markedskrefter, men også som en trussel mot den profesjonelles tradisjonelle rolle og autonomi (Ibid:112).

Etablering, beskyttelse og utvidelse av en profesjons jurisdiksjon, kan endre både klinisk og profesjonell autonomi, og åpne opp for krav om etterrettelighet overfor en tredje part. Profesjonelle organisasjoner arbeider kontinuerlig med å utvikle nye standarder for å bedre kvalitet og forhindre variasjon mellom praktikere. Både for å møte krav og forventninger som

kommer fra styringsnivå, og for å sikre profesjonens legitimitet og kontroll over innholdet i arbeidet. Myndighetene på sin side forsøker ved bruk av ulike regulerings - og kontrollverktøy, å øke styringen med klinisk praksis. Denne bestemte formen for etterrettelighet møter kjernen i den profesjonelle autonomi, når den forsøker å regulere beslutningene klinikerne skal ta i deres daglige arbeid. Spørsmålet om hvem som legger premissene for de kliniske retningslinjene er også avgjørende, mener Timmermans og Berg. Profesjonenes introduksjon av kliniske retningslinjer, bidro til å legge grunnlaget for en vitenskapelig og evidensbasert basis for den profesjonelle autonomi. Når retningslinjer nå i stor grad er overtatt av en tredje part, forsterker dette kravet om etterrettelighet til fordel for autonomi, gjennom sterkere regulering av profesjonenes aktivitet (Ibid).

Timmermans og Berg mener innføring av kliniske retningslinjer har gjort fagfeltet mer åpent, og utsatt for involvering og vurderinger fra en tredje part (styringsnivå). Dette har endret den profesjonelles rolle i retning av økende krav om etterrettelighet. På samme tid hevder de at standardiseringen likevel ikke har klart å bryte med profesjonalismens monopol. Dette begrunnes med at det har vært vanskelig å implementere de kliniske retningslinjene, blant annet på grunn av sterke profesjonsgrupperinger og deres nettverk (Ibid).

I det empiriske materialet vil jeg undersøke hvordan forholdet mellom autonomi og etterrettelighet erfares i den kliniske hverdagen. Fokuset vil rettes mot klinikernes forståelse av seg selv og eget arbeidsområde, på en måte som setter den subjektive erfaringsdimensjonen i sentrum. Distinksjonen som er gjort mellom klinisk og profesjonell autonomi vil stå sentralt i tolkningen av klinikernes erfaringer. Det er ikke å vente at klinikerne selv vil operere med dette skillet, men gjennom analysen av det de forteller, vil sentrale spørsmål være: Hva forteller de mest om, hvilke endringer erfarer de, og hva mener de egentlig når de snakker om autonomi?

3.6 Transformasjon av den profesjonelle status og rolle?

Som utgangspunkt for å analysere klinikernes beskrivelser av egen rolle, og erfaringer av endrede krav og forventninger knyttet til denne, vil jeg i det påfølgende se nærmere på to ulike tilnærminger. Disse tilnærmingene ble utarbeidet allerede på -70 tallet, for å si noe om forholdet mellom datidens utviklingstrekk og profesjonenes plass i samfunnet. Dagens styringstendenser synes å aktualisere disse hypotesene på ny, fordi de utløser mange av de samme prosessene, men i en annen kontekst. Dette er i seg selv interessant. Når jeg velger å bruke disse hypotesene i min analyse, er det fordi jeg mener de er relevante for å belyse hvordan styring gjennom identitetsregulering, kan endre profesjonenes rolle og status.

3.6.1 Deprofesjonaliseringshypotesen

Denne tilnærmingen er først og fremst assosiert med Marie Haug (Freidson, 1984). Hennes hovedargument er at profesjonene er i ferd med å miste sin posisjon, prestisje og tillit. Hun trekker frem en mengde trusler mot profesjonenes tradisjonelle monopol over definerte områder av kunnskap og bestemte oppgaver. Datateknologien blir trukket frem som en slik faktor. Formell kunnskap kan lagres, og gjøres tilgjengelig for alle. Videre bidrar det økende utdanningsnivået i samfunnet til at flere får mer kunnskap, også om de profesjonelles tradisjonelle jurisdiksjonsområder. Flere blir i stand til å stille kritiske spørsmål og utfordre de profesjonelles monopol på kunnskap. Til sist fremhever hun at den økende graden av spesialisering i samfunnet, bidrar til å gjøre profesjonene mer avhengige av hverandre eller av andre spesialister. I noen tilfeller vil spesialistene kanskje også ta over arbeidsområder der profesjonene tidligere hadde monopol. Disse endringene bidrar til å skape et økt behov for etterrettelighet i profesjonenes arbeid, sammen med økt fokus på beskyttelse av klientenes rettigheter. Klientens status vil også endres og utvikles mot en konsument modell, mener Haug. Som konsument vil klienten være i posisjon til å velge mellom ulike alternativer av profesjonelle tjenester, noe som også vil bidra til å transformere de tradisjonelle relasjonene mellom profesjonell og klient, med tilhørende endrede autoritetsforhold. Det sentrale i Haugs tilnærming er at dette endrede relasjonsforholdet som følge av endrede samfunnsbetingelser, vil føre til redusert status for den profesjonelle (Haug i Freidson, 1984).

3.6.2 Proletariseringshypotesen

Proletariseringshypotesen tar utgangspunkt i at stadig flere profesjonelle har sitt arbeid i en større organisasjon. Hypotesens hovedargument er at en økende grad av byråkratisering innenfor disse organisasjonene, medfører at komplekst profesjonelt arbeid blir oppdelt i mindre komponenter. Hypotesen bygger på Karl Marx sin historiske teori. I følge Marx, vil kapitalismen over tid redusere alle arbeidere til å bli proletarer. En proletar er avhengig av å selge sin arbeidskraft på et marked, og er fratatt all kontroll med innholdet i og utførelsen av eget arbeid. Når dette overføres til den profesjonelles sfære, implisere hypotesen at når den profesjonelle går fra å være ”selvstendig” til å bli en ansatt (proletarisert), mister den retten til kontroll over eget arbeid, både innholdsmessig og økonomisk. Profesjonene vil ikke lenger styre seg selv, men være kontrollert av andre. På den måten impliserer også modellen krav om økt profesjonell etterrettelighet til en ekstern autoritet (Freidson, 1984).

M. Oppenheimer ser proletarisering som en konsekvens av den økende veksten av byråkratiske organisasjonsstrukturer. Han er opptatt av hva som skjer med de profesjonelle som blir satt til å jobbe i større organisasjoner, der oppgaver blir definert rasjonelt og fordelt etter en hierarkisk modell. Han hevder dette fører til ”fabrikk-liknende” forhold for den profesjonelle. Med dette mener han hierarkiske kommandosystemer, regler satt av andre, standardiserte arbeidsoppgaver, mobilitet bestemt av innsats eller andre sertifiseringsordninger, og intensiv arbeidsdeling. Han betegner dette som ”Den byråkratiserte arbeidsplassen” (Oppenheimer i Freidson, 1984: 6). Oppenheimer beskriver den viktigste konsekvensen av ”den byråkratiserte arbeidsplassen” på følgende måte: *”The gap between what a worker does, and an end product, increase”* (Ibid: 6).

3.7 Nye betingelser for identitetsforming?

En tiltakende byråkratisering innenfor organiseringen av psykisk helsevern i ferd med å endre forutsetningene for og forventningene til den kliniske rollen. Endringene viser seg både i den generelle diskursen på styrings – og ledelsesnivå, i enkelte profesjonsorganisasjoner¹⁵, og i nye retningslinjer for det kliniske arbeidet. Den enkelte kliniker blir i større grad stilt overfor

¹⁵ Særlig Legeforeningen er aktiv i forhold til utvikling av ny kunnskap og nye retningslinjer. Legeforeningen er for eksempel en vesentlig aktør i forhold til myndighetene, både gjennom å sette søkelys på forbedringsbehov, formidle kunnskap og utvikle prosjekter tilknyttet psykisk helsevern.

krav om dokumentasjon, resultat og etterlevelse av kliniske retningslinjer (etterrettelighet). Arbeidets innhold endres, måten det snakkes om arbeidet endres og relasjonen mellom kliniker og arbeidet endres. Det stilles spørsmål ved etablerte ”sannheter” og spilleregler som tidligere ble tatt for gitt i fagmiljøene. Disse utfordringene kan alle forstås som en form for styring gjennom identitetsregulering. Som den teoretiske presentasjonen har vist, kan slike endringer både i den organisatoriske konteksten, og i graden av kontroll av det kliniske arbeidet, føre til at det oppstår en diskontinuitet i forhold til klinikerens etablerte selvforståelse og yrkesidentitet. Klinikerne kan forholde seg til denne diskontinuiteten på flere måter. I analysen av det empiriske materialet, vil jeg derfor se spesielt etter hvordan klinikerne møter og håndterer identitetsreguleringsprosesser fra makronivå, og hvilke typer identitetsarbeid de påtar seg.

Kapittel 4: Metode

4.1 Innledende bemerkninger

I dette kapittelet vil jeg beskrive den metodiske tilnærmingen jeg har brukt, og de metodiske valg jeg har foretatt under gjennomføring av mitt studium. Temaet for denne avhandlingen er hvordan klinikerne i psykisk helsevern erfarer de pågående endringene i styringsform og praksis. Jeg har valgt å bruke casestudie som metodisk tilnærming for å undersøke dette. Først i kapittelet vil jeg si noe om hvorfor jeg mener denne typen studie er godt egnet til å belyse problemstillingen. Deretter vil jeg gi en nærmere beskrivelse av casestudier, med utgangspunkt i Robert K. Yin (2003). Hoveddelen av mitt empiriske materiale er hentet fra intervjuer med deltakere i KEPP prosjektet og representanter fra styringsnivå. Jeg vil derfor fortsette med å gi en kort innføring i bruk av kvalitative intervju som forskningsmetode. Videre vil jeg gå over til å beskrive den praktiske gjennomføringen av mitt prosjekt. Avslutningsvis vil jeg komme med noen betraktninger omkring prosjektets pålitelighet.

4.2 Valg av metode

I følge Yin er det tre hovedkriterier som er med på å avgjøre hvilke forskningsstrategi man bør velge for å få svar på en problemstilling. Det første kriteriet er selve problemstillingen/forskningsspørsmålet. Det andre kriteriet er hvorvidt jeg som forsker har kontroll over aktuelle forskningsspørsmål. Med det menes om jeg for eksempel kan manipulere variabler, isolere eksperiment og grad av kontroll over spuriøse effekter. Det siste kriteriet er om jeg vil ta for meg nåværende situasjoner/hendelser eller forhistoriske (Yin, 2003). Type forskningsspørsmål er altså sentralt for hvilke tilnærming som velges. Mitt utgangspunkt for denne avhandlingen var et "hvordan" spørsmål ("*hvordan klinikere og deres ledere i et utvalgt DPS opplever de pågående endringene...*"), og casestudier er i følge Yin godt egnet til å belyse forskningsspørsmål som begynner med hvorfor og *hvordan*. Jeg ville videre ha liten grad av kontroll over variabler i mitt studium, og måtte derfor velge en metode som ikke krever dette. Verken casestudie, dokumentanalyse eller survey (spørreskjema) krever kontroll over variabler. Videre tar problemstillingen for seg nåværende og ikke forhistorisk situasjon. En slik tilnærming kan gi utgangspunkt for både casestudie, survey og dokumentanalyse (Ibid).

Denne kartleggingen sa meg at det først og fremst var typen forskningsspørsmål som ville legge føring på valg av metode. Casestudier gir også mulighet til å benytte ulike strategier for datainnsamling, og jeg ønsket å bruke både dokumentanalyse og intervjuer. Formålet med studiet var først og fremst å kunne si noe om individenes subjektive erfaringer med endringene i psykisk helsevern. Dette mente jeg casestudiet var godt egnet til.

4.3 Om casestudier

Yin gir en beskrivelse av casestudier gjennom å sammenlikne metoden med andre forskningsstrategier. Han fremhever at casestudier ikke må forstås som en datainnsamlingsmetode, men som en forskningsstrategi. Han definerer casestudie som en forskningsstrategi som tar plass i ”det virkelige liv”, spesielt der grensene mellom fenomen og kontekst er utydelige. Sammenliknet med for eksempel surveys, tar casestudier i større grad hensyn til konteksten hvor et fenomen utspiller seg. Yin mener derfor at casestudier vil være godt egnet til undersøkelser der formålet er å knytte kontekstuelle forhold til det aktuelle fenomenet. På denne måten skal også casestudier bidra til å gi et dypere innblikk i det fenomenet som studeres. Et annet definatorisk kjennetegn på casestudier, er at en ønsker å ha flest mulig variabler, slik at fenomenet kan belyses fra flere sider. Yin sammenlikner blant annet med surveys, der en hele tiden forsøker å begrense variablene som studeres. Hovedpoenget med casestudie som forskningsstrategi slik det fremstilles hos Yin, er at det gir mulighet til å studere et fenomen i dybden. Både ved å ta hensyn til konteksten, og ved å bruke ulike metodiske tilnærminger for datainnsamling (Ibid).

Mange har satt likhetstrekk mellom casestudier og kvalitativ metode, men dette bestrides av Yin. Han mener riktignok at casestudier først og fremst er en kvalitativ forskningsmetode, men den kan også inneha elementer av kvantitativ metode. Noen ganger til og med være begrenset til bare kvantitative data. Casestudie forskning kan videre inkludere både enkelt- og multiple casestudier. Et case kan for eksempel være et individ, en hendelse, en enhet, en reform, en prosess eller en organisasjon. Hva som er analyse enheten er avgjørende for hvilke datainnsamlingsstrategier som brukes. Det å ha få analyseenheter (case), blir ofte kritisert metodisk, fordi det vanskeliggjør generalisering. Yin sier seg delvis enig i denne kritikken, og mener et forskningsprosjekt ideelt sett bør bestå av flere case: *”When you have the choice*

(and resources), multiple-case designs may be preferred over single-case designs” (Ibid: 55). Det blir ofte stilt spørsmål om resultater fra enkelt casestudier kan tilskrives særegenhet eller spesielle forhold rundt fenomenet. Derfor mener Yin at det er en stor analytisk fordel om du har to eller flere case (Ibid). Formålet med case-studier er imidlertid ikke å generalisere til større deler av populasjonen, men en analytisk generalisering. Med dette menes at studiet bidrar til å understøtte eller avkrefte en teori. Analytisk generalisering kan benyttes både i enkelt- og i multiple case-studier (Ibid).

I noen situasjoner kan det legitimeres å ha bare et case. Yin beskriver fem slike situasjoner: Dersom caset representerer en kritisk case i å teste en gitt teori. Dersom caset representerer et ekstremt eller unikt case. Dersom det oppfattes som et representativt eller typisk case. Dersom forskeren har mulighet til å observere et fenomen som tidligere har vært utilgjengelig for forskning, eller når det utføres longitudiell studie.¹⁶ (Ibid: 41-42). Når jeg i denne avhandlingen velger å ha bare et case, er det fordi jeg oppfatter KEPP prosjektet som et representativt case. KEPP prosjektet innehar mange elementer som kjennetegner endrings- og kvalitetsforbedringsarbeid i psykisk helsevern, og inngår som et av flere i en serie gjennombruddsprosjekter som gjennomføres i helsetjenestene.

4.4 Det kvalitative intervjuet

Jeg valgte å bruke kvalitative intervju som hovedmetode for datainnsamling. Det kvalitative intervjuets formål er å fremskaffe subjektets beskrivelser av sin livsverden, og er et godt virkemiddel for å få innblikk i hvordan denne verden forstås (Kvale, 1996: 124). J. Spradley beskriver forskerens oppgave i intervjuet på følgende måte:

”I want to understand the world from your point and view. I want to know what you know in the way you know it. I want to understand the meaning of your experience, to walk in your shoes, to feel things as you feel them, to explain things as you explain them. Will you become my teacher and help me understand?” (Spradley i Kvale, 1996: 125).

¹⁶ Med longitudiell studie menes at den samme casen studeres på to eller flere ulike tidspunkt (Yin, 2003: 42).

Forskingsintervjuet er først og fremst en dialog mellom to mennesker, om et tema med gjensidig interesse. Det er en bestemt form for samtale, der kunnskapen utvikles gjennom en strukturert dialog og har et definert formål. Forskningsintervjuet er ikke en samtale mellom likeverdige parter, fordi forskeren definerer og kontrollerer situasjonen. Temaene i intervjuet introduseres av forskeren, som deretter følger opp informantens svar med kritiske spørsmål. En viktig del av forskerens oppgave i intervjuet, er å legge til rette for en god atmosfære, som gjør det mulig for informanten å snakke trygt om sine følelser og erfaringer. Dette innebærer en fin balanse mellom det å søke kunnskap på den ene siden, og det å ta hensyn til de etiske aspektene ved intervjusituasjonen på den andre siden. Forskningsintervjuet kan variere i form og grad av struktur, fra velstrukturerte intervju med faste spørsmål, til åpne intervju organisert etter temaer. Det vanlige er at forskeren lager en intervjuguide i forkant av intervjuet. Denne inneholder gjerne en oversikt over temaer forskeren ønsker å dekke, samt forslag til konkrete spørsmål under hvert tema (Kvale, 1996).

4.5 Planlegging og organisering av undersøkelsen

4.5.1 Dokumentanalyse

For å få tilstrekkelig informasjon om den kontekst som endringene i psykisk helsevern skjer innenfor, begynte jeg undersøkelsen med å samle inn ulike typer skriftlig informasjon. Jeg såg på Stortingsmeldinger, relevant lovverk, statlige utredninger og rapporter, høringer i Stortinget, rapporter fra Legeforeningen, og ulike statlige veiledere og håndbøker til ansatte og ledere i psykiske helsevern. I tillegg lette jeg spesielt etter informasjon om KEPP prosjektet, og fant dette fortrinnsvis på Legeforeningens internett sider. Våren 2005 tok jeg kontakt med Tom Sundar¹⁷ i Legeforeningen. Av han fikk jeg muntlig informasjon om KEPP prosjektet, samt tilsendt Fremdriftsrapport, prosjektskisse og deltakeroversikt. Her var det også spesifisert hvilke problemstillinger de ulike enhetene hadde valgt. Dette var til stor nytte for forståelsen av prosjektet. Både i forhold til organisering, formål og gjennomføring. I tillegg har jeg fått se maler og prosedyrer for håndtering av ikke-møtt problematikk som klinikerne fikk underveis i KEPP prosjektet. Ved nøye gjennomgang av disse ulike dokumentene tilegnet jeg meg en forståelse av feltet og dets kontekst. Dette ble en

¹⁷ Tom Sundar var under gjennomføring i KEPP prosjektet faglig leder for medisinsk fagavdeling i Legeforeningen, og hadde ansvar for koordinering av KEPP prosjektet.

forutsetning for både pilotintervjuet og utarbeidelse og gjennomføring av intervjuene. Videre gav det en viktig referanseramme og grunnlag for analyse av intervjuene.

4.5.2 Pilotintervjuet

Før jeg valgte ut enheter og informanter, foretok jeg et pilotintervju. Dette intervjuet ble foretatt høsten 2005, et halvt år etter at KEPP prosjektet var avsluttet. Formålet med dette intervjuet var å få et innblikk i den kliniske hverdagen, og KEPP prosjektets plassering i denne. Dette skulle gi meg ledetråder i forhold til konkretisering av problemstilling og utarbeidelse av intervjuguide. I tillegg antok jeg at informanten kunne ha tips om utvelgelse av enheter og andre informanter.

Det som overrasket meg i dette intervjuet, var hvor lite informanten husket fra KEPP prosjektet, og hvordan hun definerte det som en veldig liten del av en rekke større og mer omfattende endringer i den kliniske hverdagen. Ut fra det jeg hadde lest om prosjektet, og forstått gjennom samtale med sentrale aktører, ble jeg forundret over dette. Mens jeg hadde forventninger om at informanten hadde mange erfaringer med og meninger om prosjektet og dets målsetninger, var det andre og mer overgripende forhold ved sin arbeidssituasjon hun heller ville snakke om. Dette dreide seg blant annet om erfaringer med økende standardisering og balansen mellom effektivitetshensyn og kvalitet. Informanten var opptatt av at hensyn til effektivitet ikke måtte gå på bekostning av tid, tålmodighet og en god relasjon til klienten. KEPP prosjektet ble husket i form av et det var noen maler som måtte følges og noe registreringsarbeid som måtte gjøres. Prosjektets verdi i forhold til kvalitetsbedring for pasienten ble fremstilt som liten. Hun fortalte litt om prosedyrer og målsetninger, som gav meg en viss forståelse for klinikernes rolle i prosjektet. Hun fortalte videre at det hadde vært en del diskusjon på klinikken om den valgte problemstillingen. Dette fordi ikke alle oppfattet målsetningene som utelukkende positive for pasientene. I tillegg fikk jeg se en del av de skriftlige prosedyrene og malene som klinikerne skulle bruke under prosjektet.

Med dette som utgangspunkt innsåg jeg at jeg det ville være lurt å endre litt på problemstillingen. Dette for å favne mer av bredden i klinikernes erfaringer med det pågående endrings- og forbedringsarbeidet. Fra å utelukkende fokusere på KEPP prosjektet og erfaringer med dette, valgte jeg å dele undersøkelsen inn i to deler. Selve prosjektet ble beholdt i del 1, mens jeg i del 2, ville undersøke den kliniske hverdagen og erfaringer med endringer i denne. Med utgangspunkt i pilotintervjuet fikk KEPP prosjektet sin rolle som case en utvidet betydning. Fra å bare være det fenomenet som skulle studeres, ble KEPP prosjektet også fungerende som inntak for å snakke om de større endringene i den kliniske hverdagen, som prosjektet er et av mange eksempler på.

Underveis i undersøkelsen hadde jeg flere ganger kontakt med denne informanten, og fikk blant annet nyttige innspill i forhold til valg av andre informanter. Informanten sa seg også villig til å la seg intervjuet på nytt i forhold til den ordinære intervjurunden.

4.5.3 Valg av enheter og informanter

Med utgangspunkt i tilsendt Fremdriftsrapport og deltakeroversikt for KEPP prosjektet, valgte jeg et DPS, som jeg ville bruke som enhet i undersøkelsen. Dette DPS var i KEPP prosjektet representert med flere voksenpsykiatriske poliklinikker. Valget av enhet ble gjort ut fra geografisk nærhet og muligheter til å få tilgang til informanter. I tillegg var det et fortrinn at dette DPS var representert med flere poliklinikker, fordi jeg da ville kunne få informanter fra ulike arbeidssteder. Jeg antok dette ville gi et bredere analytisk grunnlag for undersøkelsen. Gjennom en bekjent som kjente godt til det aktuelle DPS, fikk jeg informasjon om navn på ansatte og ledere. utfordringen var å finne informanter som hadde arbeidet i dette DPS på det aktuelle tidspunkt for gjennomføring av KEPP prosjektet. Det viste seg nemlig at mange av personalet hadde skiftet arbeidssted i løpet av det året som hadde gått etter at prosjektet var slutt. Noen informanter hadde skiftet arbeidssted til en annen poliklinikk i samme DPS i tiden etter KEPP prosjektet, og hadde derfor erfaring fra flere av poliklinikkene. Jeg mente det var viktig å ha disse informantene med, fordi det kunne tone ned særegne forhold knyttet til enkeltpoliklinikker.

Et annet kriteri for utvelgelse av informanter, var profesjonsmessig tilhørighet. Jeg ønsket å ha informanter som tilhørte ulike profesjoner. Dette fordi jeg antok det kanskje ville være ulike erfaringer med prosjektet og den kliniske hverdagen, knyttet til profesjon. Den største profesjonsgruppen som arbeidet i det aktuelle DPS, var psykologer. Følgelig ble det flest informanter som tilhørte denne profesjonen. Videre svarte en psykiater, en klinisk sosionom og en psykiatrisk sykepleier positivt på forespørsel om å delta i undersøkelsen. Denne gruppen av informanter syntes jeg gjenspeilte de mest representerte profesjonene i psykisk helsevern, og forholdet dem i mellom. Alle informantene fra klinisk nivå var kvinner. I tillegg hadde de fleste informantene lang erfaring innen psykisk helsevern. De fleste hadde også arbeidet lenge i poliklinisk virksomhet, selv om ansienniteten på den aktuelle poliklinikken varierte.

Jeg ønsket også å ha informanter fra ledelsesnivå med i undersøkelsen. Gjennom kontakt med psykiatrisk divisjon i det aktuelle Helseforetaket, fikk jeg navngitt personer som hadde vært sentrale i gjennomføringen av KEPP prosjektet. De fleste var positive til å la seg intervju. Jeg intervjuet to fra overordnet nivå, samt to poliklinikkledere. Poliklinikklederne hadde også klinisk behandlingsansvar, ved siden av lederoppgavene. Det at de opptre i begge disse rollene, mente jeg kunne være nyttig for å få frem ulike erfaringer og eventuelt dilemmaer knyttet til rolleinnholdet. Samtidig innebar det en analytisk utfordring, i forhold til å skille rollene fra hverandre der dette var nødvendig, i tolkningen av intervjuene.

4.5.4 Gjennomføring av undersøkelsen

Jeg utførte 9 intervjuer av klinikere og ledere i februar og mars 2006. Til grunn for intervjuene ble det utarbeidet tre intervjuguider.¹⁸ En til klinikerne, en til de som hadde deltatt direkte i KEPP prosjektet (ledere fra flere nivåer), og en til leder av ekspertgruppen. Intervjuguidene var utarbeidet slik at de var konsentrert rundt noen temaer, med tilhørende underspørsmål. Felles for alle intervjuguidene, var at de hadde et tema som gikk på erfaringer med kvalitets – og forbedringsprosjekter. Dette var særlig rettet inn mot gjennombruddsmetodikk og KEPP prosjektet. Videre hadde jeg et tema som gikk på statlig

¹⁸ Intervjuguidene foreligger i sin helhet som vedlegg.

styring og målsetninger for klinisk praksis. Behandlingsfaglige metoder var også et gjennomgående tema, men ble noe mindre vektlagt på overordnet nivå. Intervjuene ble lagt opp slik at informantene skulle få snakke mest mulig fritt, og fortelle om sine erfaringer med temaene. Dette fordi jeg antok at dette kunne bringe nyanser og erfaringer til undersøkelsen som jeg ikke hadde kalkulert med på forhånd. Det var likevel en nødvendighet å ha underspørsmål, for å sikre at jeg fikk dekket de områdene jeg ønsket å få informasjon om. Jeg la vekt på at underspørsmålene skulle formuleres på en slik måte at de bidrog til å åpne feltet, og slik få frem klinikernes subjektive erfaringsverden. Underspørsmålene ble stilt der det følte naturlig i dialogen, og ikke etter rekkefølge.

Det var stor forskjell mellom informantene i hvor aktiv jeg måtte være som intervjuer. Mens det hos noen av informantene var nødvendig å gå gjennom nesten hele intervjuguiden, var det hos andre nok å introdusere tema. Noen informanter ønsket å snakke om temaer som ikke inngikk som en del av problemstillingen. Særlig gikk dette på forhold som knyttet seg til ledelse. Endringer i forholdet til egen ledelse ble av flere fremhevet som en del av de større endringene i egen arbeidssituasjon. Jeg var også på forhånd advart mot at dette kunne komme til å bli en utfordring, på grunn av den utvelgelsen av enheter som jeg hadde gjort. Min oppgave ble å styre dialogen på en slik måte at dette ikke fikk noen plass i intervjuet. Det at jeg hadde en relativt detaljert intervjuguide med mange underspørsmål ble et viktig hjelpemiddel i denne sammenheng.

Det viste seg ganske raskt under intervjuene, at klinikerne gjennomgående husket lite fra KEPP prosjektet. Dette bekreftet de signalene jeg hadde fått under pilotintervjuet. Dialogen rundt prosjektet utgjorde derfor en relativt liten del av intervjusituasjonen, sammenliknet med de andre temaene. Dette gjenspeiler seg også i mengden av empirisk materialet som kan relateres til de kliniske erfaringene med KEPP prosjektet. Fra overordnet ledernivå og blant deltakerne i forbedringsteamet, kom erfaringer fra prosjektdeltakelsen og synspunkter på metodikken tydeligere frem. Under intervjuene på overordnet ledernivå ble det en utfordring å få tak i de personlige synspunktene og erfaringene, som ikke var knyttet til en bestemt rolle eller posisjon. Noen av informantene hadde også flere roller eller verv.

Intervjuene ble gjennomført i den kliniske konteksten. Jeg oppsøkte alle voksenpsykiatriske poliklinikkene i det aktuelle DPS, samt administrasjonen og ledelsen. Intervjuene ble utført i klinikernes arbeidstid, ved at jeg fikk tildelt en pasienttime. På den måten fikk jeg også nyttig erfaring og innsikt i konteksten for det kliniske arbeidet. Jeg fikk sett bygningene, kontorene og venterommet. På det ene kontoret hang det for eksempel en stor klokke, som var synlig for både pasient og terapeut. Klinikeren kommenterte litt ironisk at det var viktig å passe tiden for pasientkonsultasjoner. En pasienttime burde nemlig helst ikke vare lenger enn 45 minutter. Jeg syntes dette var en interessant observasjon av de omgivelsene det kliniske arbeidet forgår i.

Intervjuene ble tatt opp på bånd, og slettet etter transkribering. Informantene ble informert om at de ville bli gitt full anonymitet i undersøkelsen. Noen av informantene ønsket likevel å si noe som de ikke ville skulle bli tatt opp, men som de mente var viktig som utgangspunkt for samtalen. Disse ønskene aksepterte jeg.

4.5.5 Bearbeiding og analyse av datamaterialet

Etter å ha transkribert hvert intervju, foretok jeg først en gjennomgang av intervjumaterialet for å trekke ut gjennomgående temaer. Følgende temaer utkrystalliserte seg: Fag og økonomi, egen rolle og autonomi, ledelsens rolle, kommunikasjon og prosjektdeltakelse. Temaene viser hva informantene var mest opptatt av å snakke om under intervjuene. Med utgangspunkt i disse temaene organiserte jeg det empiriske materialet på nytt. De sitatene jeg mente var viktige, ble plassert under det aktuelle tema. Ut fra dette foretok jeg en ny gjennomgang av materialet. Først delte jeg inn det empiriske materialet i to, slik at prosjektet KEPP utgjorde den ene delen, og den kliniske hverdagen utgjorde den andre. Jeg fant det videre foremålstjenlig å skille mellom ledelse og klinikere i utlegningen av analysen. Med utgangspunkt i den første gjennomgangen av materialet, prøvde jeg nå å finne temaer som var relevante i forhold til problemstillingen og det teoretiske inntaket. Valget falt på følgende temaer: Erfaringer med KEPP prosjektet på ledelses – og klinisk nivå, beskrivelse av arbeidets karakter og egen yrkesrolle, erfarte endringer i egen arbeidshverdag og utfordringer for ledelses – og styringsnivå. Jeg valgte videre ut noen sitater fra klinikerne som jeg syntes beskrev tendensene i materialet godt, og lot disse stå som overskrifter for hvert tema.

I neste gjennomgang av materialet, lette jeg etter ulike variasjoner over disse temaene, som kunne bringe noe nytt til analysen. Jeg la vekt på å tolke det meningsinnhold som fremgikk av sitatene, og hvordan dette kunne si noe om klinikernes identitet og rolle. Jeg lette både etter fellestrekk og variasjoner hos informantene. Hvorvidt profesjonstilhørighet var relevant for forskjellighet, var for eksempel en av faktorene jeg undersøkte. Tilslutt sammenliknet jeg de funn jeg hadde gjort med aktuelle teorier på området, såkalt analytisk generalisering.

4.5.6 Anonymisering

Jeg valgte å anonymisere case-enheten (det aktuelle DPS) og underenhetene (poliklinikkene). Dette ble gjort for å sikre informantene anonymitet, og fordi denne informasjonen heller ikke hadde noen relevans for undersøkelsens problemstilling. Jeg mente også det var riktig å anonymisere profesjonstilhørighet. Selv om det var viktig for undersøkelsen at ulike profesjoner var representert, mente jeg at det var av mindre betydning for leseren å kjenne til den enkelte informants profesjonstilhørighet. Som et ledd i anonymiseringsstrategien, valgte jeg også å identifisere alle klinikere som ”hun”, og alle på ledernivå som ”han”. Dette ble også gjort for å bringe materialet nærmere leseren og lette lesbarheten. Valget av kjønn ble gjort bevist, ut fra representasjon av de aktuelle kjønn på de to nivåene.

I et tilfelle valgte jeg imidlertid å tilkjenne informantens navn. Dette gjaldt for leder av ekspertgruppen under KEPP prosjektet, Bjarte Stubhaug. Jeg mente leder av ekspertgruppen hadde en rolle og en posisjon som det var viktig å identifisere i forhold til tema. Siden det er offentlig kjent og lett å finne ut hvem som var leder av ekspertgruppen, mente jeg det var riktig å bruke hans fulle navn etter sitatene. Jeg fikk Stubhaugs godkjenning til dette, og han fikk tilsendt og leste igjennom de deler av materialet der han var identifisert.

4.6 Om validitet og reliabilitet. Prosjektets pålitelighet

Å sikre en undersøkelse validitet og reliabilitet, er forbundet med spørsmål om sannhet, korrekthet og pålitelighet. Spørsmål om validitet er ofte koblet til kvantitative metoder og spørsmål om kausalitet og korrelasjon. Men validitet kan også defineres mer generelt som i hvilke grad våre observasjoner faktisk avspeiler de fenomener eller variabler vi interesserer oss for. Altså om den håndverksmessige kvaliteten på forskningen (Kvale, 1996:238). Yin viser til fire tester på forskningskvalitet som han mener kan benyttes innenfor alle typer forskning; konstrukt validitet, ekstern validitet, intern validitet og reliabilitet. Intern validitet handler om kausalitet, og er derfor ikke relevant for mitt prosjekt. (Yin, 2003: 34).

Konstrukt validitet handler om å operasjonalisere begrepene nøyaktig. Dette er ofte vanskelig i casestudier, fordi det ofte er lite spesifikke fenomen som studeres. Det blir derfor viktig for forskeren å definere noen områder som skal undersøkes, og spesifisere disse (Ibid: 35). Jeg valgte ut et konkret kvalitetsforbedringsprosjekt som case for min undersøkelse. Dette fordi jeg vurderte at dette prosjektet hadde mange av de endringsdimensjonene som jeg ønsket å spørre klinikerne om. Når jeg deretter gikk inn og studerte den kliniske hverdagen, var det med spesielt fokus på individene sin subjektive erfaring. Hvilke endringer og forhold knyttet til egen arbeidssituasjon var de mest opptatt av? På samme tid som jeg var interessert i å åpne mest mulig opp for ulike erfaringsdimensjoner, måtte jeg avgrense og spesifisere tema for å sikre at jeg fikk svar på problemstillingen. Derfor hadde jeg i intervjuguiden satt opp noen konkrete fenomen, som jeg mente reflekterte viktige endringer i psykisk helsevern.

Ekstern validitet handler innenfor casestudie forskningen om hvorvidt det er mulig å analytisk generalisere resultatene. Dette kan være en utfordring dersom det bare er et eller noen få case som forskes på (Ibid: 37). Jeg hadde bare et case, men flere underenheter med ulik geografisk plassering. Dette mente jeg var viktig, fordi det ville bidra til å gi større tyngde til funnene, og forhindre at de ble knyttet til bestemte kulturelle eller organisatoriske forhold hos en enhet. Svakheten med mitt studium i forhold til ekstern validitet, kan være at gruppen av informanter var for heterogen, og ikke reflekterer den reelle sammensetningen i poliklinikkene. Særlig fordi det ikke var noen unge og nyutdannede blant informantene. Jeg fikk også noen signaler om dette under intervjuene. Noen av informantene antydte at denne gruppen kanskje ville ha

et annet syn, eller andre erfaringer på en del områder. Å se på denne typen forskjeller knyttet til alder og erfaring, kan være et spennende utgangspunkt for videre forskning.

Den kvalitative intervjuformen har også visse implikasjoner som det må tas hensyn til ved vurdering av undersøkelsens validitet. Forskeren vil ved sin fysiske tilstedeværelse under intervjuet kunne påvirke resultatet. Intervjuobjektene kan "pynte" på informasjon eller unnlate å gi informasjon som kan virke negativt for dem selv. At intervjuene tar plass i en kunstig setting, vil også kunne påvirke resultatene (Creswell, 2003: 186). Jeg gjennomførte intervjuene på informantenes kontor. Selv om situasjonene var konstruert og uvanlig for informantene, var konteksten kjent. Dette håpet jeg skulle bidra til å skape en trygg og god atmosfære rundt intervjuene, slik at dialogen skulle bli så naturlig som mulig, og informasjonen skulle gjenspeile informantenes erfarte virkelighet.

En utfordring jeg opplevde under intervjuene, var å være objektiv og ikke la egne subjektive meninger legge føringer for hvordan spørsmålene ble stilt og fulgt opp underveis i intervjuet. Det å være nysgjerrig på den andres erfaringer, ble en viktig innfallsvinkel for å unngå dette. Jeg tok opp intervjuene på bånd, og gjennom transkriberingsprosessen ble det synlig de gangene jeg hadde vært for aktiv som intervjuer, og latt mine egne synspunkter komme frem. Disse delene av intervjuene ble ikke tatt med videre til analyseprosessen. Når jeg bruker sitater fra informanter i analyse- og empirikapittelet, er disse hovedsakelig gjengitt ordrett, på informantens talemåte. Dette mener jeg har vært viktig for å fremheve informantenes stemme og virkelighet, og for å sikre nøyaktighet i presentasjon av datamaterialet. Når det noen ganger har vært nødvendig å gjøre noen endringer i sitatene, har det hovedsakelig dreid seg om å ta vekk en del småord, eller andre små justeringer i forhold til språk. Dette for å lette lesbarheten og tydeliggjøre meningsinnholdet. Generelt ønsket jeg å ha en utstrakt bruk av sitater i analyse- og empirikapittelet, fordi jeg ville fremheve den subjektive erfaringsdimensjonen. Sitatene gir en nærhet til informantenes hverdag. Samtidig som måten det snakkes om hverdagen på, har gitt nyttige nyanser og variasjon til det analytiske perspektivet.

Reliabilitet handler om i hvilke grad undersøkelsen kan gjentas og gi samme funn. For at dette skal være mulig, må det foreligge en grundig beskrivelse av hvordan undersøkelsen er gjennomført. Jeg har i dette kapitlet forsøkt så detaljert som mulig å gjengi gjennomføringen av mitt prosjekt, og i tillegg er de ulike intervjuguidene gjort tilgjengelige som vedlegg. Dette mener jeg skal være tilstrekkelig for at et lignende prosjekt skal kunne gjennomføres i fremtiden.

4.7 Oppsummering

Jeg har i dette kapitlet beskrevet gjennomføringen av mitt studium. Jeg har beskrevet utfordringer, vurderinger og valg som jeg har gjort underveis. Jeg startet med et case, KEPP prosjektet. Ut fra dette valgte jeg ut et DPS med tre voksenpsykiatriske poliklinikker som deltok i prosjektet. Jeg sendte ut forespørslers til aktuelle informanter, og satt igjen med 9 personer som representerte ulike nivåer i organisasjonen, og som var villig til å la seg intervju. Intervjuene ble gjennomført, tatt opp på bånd og transkribert. Jeg har beskrevet ulike utfordringer og valg jeg har gjort for å sikre at kvaliteten på datamaterialet er best mulig med hensyn til kriterier for validitet og reliabilitet. Funnene er først og fremst ment å være et bilde på klinikernes hverdag og erfaringer med pågående endringer i psykisk helsevern, der den personlige erfaringsdimensjonen står i fokus. Men funnene blir også brukt i forhold til analytisk generalisering, på den måten at erfaringer på ulike nivåer i organisasjonen, blir koblet opp mot teorier om identitetsendring og identitetsregulering som styringsverktøy.

Kapittel 5: Presentasjon av gjennombruksmetodikk og KEPP prosjektet

5.1 Innledende bemerkninger

Jeg vil her gjøre rede for gjennombruksmetodikk og KEPP prosjektet (Kvalitet og effektivitet i polikliniske tjenester for mennesker med psykiske lidelser). Dette for å gi leseren en forståelse for KEPP prosjektets metodikk og innhold, før analysen av prosjektet presenteres i kapittel 6. Prosjektet ble valgt ut som case fordi det fremstår som forankret innenfor de nye styringsbetingelsene. Det ble oppfattet å fungere som et håndgripelig utgangspunkt for å diskutere problemstillingen med ulike aktører i organisasjonen.

KEPP er et endringsprosjekt tilknyttet en bestemt metodikk for kvalitetsforbedring i helsetjenester, gjennombruksmetodikk. Både gjennombruksmetodikk og KEPP prosjektet er interessant for å belyse problemstillingen, fordi de er ledd i et større statlig reforminitiativ for å bedre klinisk praksis. Samtidig er bruken av gjennombruksmetodikk relativt nytt innenfor psykisk helsevern, og de senere års prosjekter, deriblant KEPP, kan beskrives som pilotprosjekter. Likefullt er metodikken svært detaljert, og gir tydelige retningslinjer for hva som skal skje. Implementering av gjennombruksmetodikk og tilhørende prosjekter, synes derfor i ualmennelig stor grad å være en villet reform, med formål om å endre klinisk praksis i en bestemt retning. Metodikken og prosjektene er interessante for mitt studium fordi de synliggjør dynamikken knyttet til de pågående reformprosjektene. KEPP blir en arena der ulike mennesker samles med sine verdensbilder og sitt syn på psykisk helsevern og forbedringsarbeid. Det ble derfor antatt av KEPP prosjektet også ville bidra til å synliggjøre noen av de diskusjoner, dilemmaer og nyanser som råder i praksisfeltet når det gjelder syn på, og holdning til de pågående statlige reforminitiativene.

Jeg vil begynne denne fremstillingen med en presentasjon av gjennombruksmetodikk. Jeg vil deretter gå videre til å presentere KEPP prosjektet. Tilslutt vil jeg oppsummere med å trekke ut de viktigste elementene fra gjennombruksmetodikk og KEPP prosjektet, og vise hvordan dette føyer seg inn i en større sammenheng av endringer i forholdet mellom organisasjon og profesjon.

5.2 Gjennombruddsmetodikk

Gjennombruddsprosjektet bygger på en metode utviklet ved Institute for Healthcare Improvement (IHI) i Boston, USA. Metoden er flere ganger brukt ved kvalitetsforbedringsprosjekter i USA, Sverige, Nederland og Norge. IHIs utgangspunkt var begrepet ”Achievable Benefits Not Achieved” (ABNA). Det vil si observasjoner av at klinisk praksis ofte er forskjellig fra det optimale basert på vitenskapelig kunnskap. Metoden er basert på kunnskap om arbeidspsykologi, endringsarbeide og kvalitetstenkning.

I gjennombruddsprosjektet er dette satt inn i et strukturert system med gitte tidsrammer. Målsetningen er at det skal dannes et lite samfunn av mennesker som arbeider med tilnærmede like problemstillinger, og hvor de skal være hverandres samarbeidspartnere, inspiratorer og kritikere. Der skal skapes et miljø der endringer kan finne sted, og der gapet mellom eksisterende rutiner og arbeidsformer og ønskelige mål blir tydeliggjort. Det vektlegges også at resultatene skal være målbare. Gjennombruddsprosjektene utføres av Den Norske Legeforening på forespørsel fra, eller i samarbeid med Helse- og Omsorgsdepartementet og Statens Helsetilsyn.

([Http://www.legeforeningen.no/utskrift.gan?id=10231](http://www.legeforeningen.no/utskrift.gan?id=10231)). Det har i perioden 1998 – 2005 blitt gjennomført 7 gjennombruddsprosjekter (Tidsskrift for Norsk Lægeforening nr 9, 2005: 125).

5.2.1 Organisering av gjennombruddsprosjekter

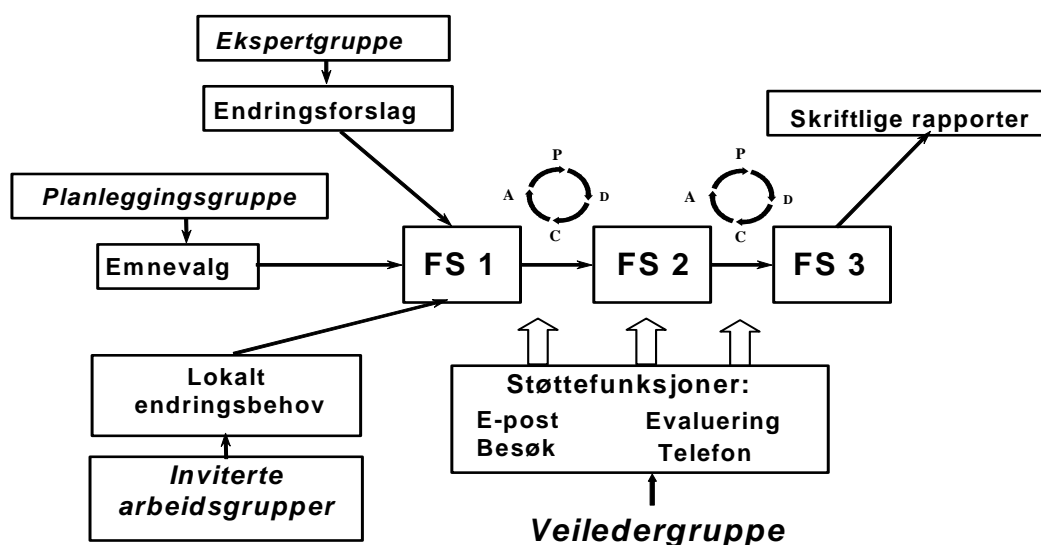
Gjennombruddsprosjektene organiseres på følgende måte. Legeforeningen oppretter en styringsgruppe for prosjektet, som har ansvar for planlegging, finansiering og gjennomføring av prosjektet. Styringsgruppen inviterer en tverrfaglig ekspertgruppe til å identifisere aktuelle forbedringsområder i praksisfeltet. Gruppen skal identifisere ”beste praksis” og peke på hvordan dagens praksis ikke er optimal. De skal utarbeide en liste over forbedringsområder, som de aktuelle avdelingene bruker som utgangspunkt for å velge ut hva de vil arbeide med. At de enkelte avdelingene selv velger forbedringsområde, skal bidra til integrering av prosjektet i klinikken. Ekspertgruppen er prosjektets faglige fundament og forankring i fagmiljøet. Gruppen har ansvar for den faglige delen ved forbedringsseminarene, og skal være en viktig premissleverandør. ([Http://www.legeforeningen.no/index.gan?id=41450](http://www.legeforeningen.no/index.gan?id=41450)).

Gjennombruddsprosjektene har også tilknyttet en veiledergruppe som består av helsepersonell med generell kompetanse i organisasjonsendring og kvalitetsforbedringsarbeide, men uten spesiell kompetanse på det aktuelle fagområdet. De skal følge arbeidet og gi råd og veiledning

om prosessuelle spørsmål. De har ansvar for løpende kontakt og oppfølging av de gruppene de veileder, og skal sørge for at arbeidet i de enkelte gruppene er i tråd med den generelle fremdriften i prosjektet. Hver deltakende avdeling etablerer et tverrfaglig forbedringsteam, bestående av 3-4 personer, avhengig av avdelingens størrelse og de oppgaver som skal løses i prosjektet. Forbedringsteamene har ansvaret for det konkrete forbedringsarbeidet på de aktuelle avdelingene. De skal medvirke til at enhetens arbeid i størst mulig grad ligger opp til ekspertgruppens definisjon av ”beste praksis”, tilpasset steds- situasjons- og pasientspesifikke forhold. Den Norske Legeforening, ved medisinsk fagavdeling, har den daglige ledelse av prosjektene i henhold til prosjektplan og økonomiske rammer (Ibid).

Et gjennombruddsprosjekt er organisert etter en bestemt fremdriftsplan. Det arrangeres et oppstartmøte hvor representanter for styringsgruppen, ekspertgruppen og veiledere møtes og går gjennom og justerer prosjektplanen. Ekspertgruppen identifiserer områder hvor klinisk praksis ikke er i tråd med ”beste praksis”, og disse legges til grunn for utarbeidelse av forbedringsområder. Gruppen blir enig om forbedringsområder, og utarbeider bakgrunnsmateriale for prosjektet. Deretter arrangeres det tre forbedringsseminarer over en periode på 6-9 måneder (FS 1, FS 2 og FS 3). På disse seminarene deltar alle de lokale forbedringsteamene og ekspertgruppen. Det utarbeides egne målsetninger for prosjektet, forbedringsteamene diskuterer erfaringer, og ekspertgruppen kommer med faglige innspill. I løpet av det første året etter at prosjektet er avsluttet skal det holdes en nasjonal oppsummeringskonferanse hvor erfaringer fra prosjektet legges frem, og det blir utarbeidet en sluttrapport om erfaringer og resultater fra prosjektet (Ibid).

Gjennombruddsmodellen



5.2.2 Resultatevaluering: Statistisk Prosesskontroll (SPC)

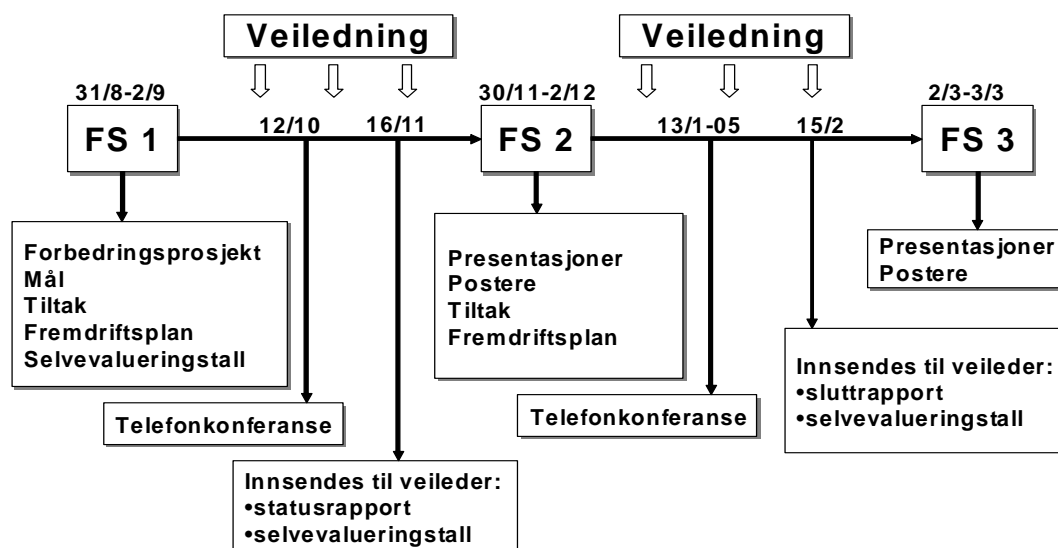
Gjennombruddsprosjektene har blitt kritisert metodisk fordi de foregår over en kort periode, noe som umuliggjør store mengder data, og det å spore endringer over tid. Derfor har det også blitt stilt spørsmål om det er mulig å komme frem til resultater som har statistisk validitet. Gjennombruddsprosjektene har valgt å benytte en type metode for statistisk analyse, som heter *statistisk prosesskontroll* (SPC). Ved hjelp av denne metoden, skal det være mulig å trekke slutninger fra relativt små datamengder. Metoden er velkjent innenfor mange andre sammenhenger, men har vært lite brukt innenfor helsevesenet. Gjennombruddsprosjektene har lagt stor vekt på opplæring og bruk av denne metoden. Et sentralt element i SPC metoden, er små endringer kombinert med tidsserieanalyser. I en tidsserieanalyse registres endringer over tid, ved å plote observasjoner langs en tidsakse før og etter intervensjonen. Slagordet i statistisk prosesskontroll er; ”*plot the dots*”. For at det skal kunne foreligge en endring, må det være minst fem etterfølgende observerbare endringer i samme retning i datamaterialet. ([Http://www.legeforeningen.no/utskrift.gan?id=10253](http://www.legeforeningen.no/utskrift.gan?id=10253)).

5.3 KEPP prosjektet

KEPP prosjektet var det fjerde i rekken av gjennombruddsprojekter innenfor psykisk helsevern (Tidsskrift for Norsk Lægeforening nr 9, 2005: 125). Det særegne med dette prosjektet, var at det var initiert av Helsedepartementet. Prosjektet ble iverksatt på forespørsel fra daværende Helseminister Dagfinn Høybråten, og var et samarbeidsprosjekt mellom Legeforeningen og Helsedepartementet. Prosjektperioden var fra 2003-2005. Prosjektet ble avsluttet i mars- 05. Endelig sluttrapport var forventet å komme høsten 2005, men har ennå ikke kommet (2007). I følge leder i ekspertgruppen, Bjarte Stubhaug, har dette blant annet sammenheng med utskiftinger i ledelsen i Legeforeningen. Nasjonal oppsummeringskonferanse, som var planlagt til høsten 2005, har heller ikke blitt arrangert. Stubhaug antar at det er interesse for å arrangere en konferanse, men ikke som en oppsummeringskonferanse for de som deltok i prosjektet. Han ser for seg en bred felles konferanse om temaet, hvor både helsepolitikere og styringsmakter blir invitert.

5.3.1 Organisering av prosjektet

KEPP - fremdriftsplan



Styringsgruppen i prosjektet var forankret i medisinsk fagavdeling i Legeforeningens sekretariat og i Norsk Psykiatrisk Forening. Ekspertgruppen var tverrfaglig sammensatt og oppnevnt av ulike profesjonsforeninger og brukerorganisasjoner som hadde et forhold til prosjektets tema. Gruppens medlemmer var faglig høyt merittert med stor innflytelse i de aktuelle faggrupper. De hadde kjennskap til aktuelle problemstillinger og gode evner til å samarbeide. KEPP prosjektet hadde 19 medlemmer i ekspertgruppen, og var med dette større og bredere sammensatt enn ved tidligere gjennombruddsprosjekter. Ekspertgruppens leder var Bjarte Stubhaug, leder i Norsk Psykiatrisk Forening og assisterende divisjonsdirektør og fagansvarlig ved psykiatrisk divisjon, Helse Bergen. De øvrige medlemmene representerte Norsk Psykiatrisk Forening (4), Allment praktiserende lægers forening, Fellesorganisasjonen for sosionomer, barnevernspedagoger og vernepleiere, Kvalitetsutvalget for primær medisin, Landsforeningen for pårørende innen psykiatri, Mental Helse, Norsk barne- og ungdomspsykiatrisk forening, Norsk psykologforening, Norsk selskap for allmennmedisin, Norsk sykepleierforbund og Sintef Helse. Ekspertgruppens hovedoppgave var å identifisere ”beste praksis” og skissere forbedringsområder som skulle legges frem for deltakerne ((Fremdriftsrapport)).

5.3.2 Gjennomføring av prosjektet

170 poliklinikker ble invitert til å ta del i prosjektet. Ca 35 institusjoner meldte sin interesse. Talet for deltakende enheter ble satt til 24 forbedringsteam, og utvelgelsen skjedde ut fra geografiske og faglige hensyn. De 24 forbedringsteamene representerte 29 poliklinikker fra alle helseregioner. Hovedtyngden var på voksenpsykiatriske poliklinikker. Hvert team skulle ha en tverrfaglig representasjon, og være forankret i institusjonsledelsen. Det var totalt 12 veiledere tilknyttet prosjektet. Hver veileder hadde ansvar for å følge opp to forbedringsteam gjennom prosjektperioden (Ibid). Det aktuelle DPS ble utfordret til å delta i prosjektet, men var lenge nølende. De bestemte seg tilslutt for å delta med tre poliklinikker, hvor fire fra poliklinikkledelsen utgjorde forbedringsteamet. Det å delta med tre poliklinikker skiller seg ut fra vanlig praksis.

I planleggingen av KEPP ble diskusjonen rundt kvalitet og effektivitet knyttet opp mot tre perspektiver og relasjonen mellom disse; befolkningsperspektivet, behandlerperspektivet og brukerperspektivet. Befolkningsperspektivet handler om at tilrettelegging av tjenesten må

gjøres slik at flest mulig får rett til helsehjelp. Det skal fokuseres på pasientflyt og korte ventetider for å komme til utredning og behandling. Det er viktig at prioriteringsforeskriftene følges, slik at det er rett pasient som behandles til rett tid. Behandlingsperspektivet handler om den faglige kvaliteten på tjenesten. For eksempel om det er retningslinjer for behandling og diagnostikk, om det finnes kvalitetsmål for om behandlingen virker, prosedyrer og liknende. Brukerperspektivet handler om kvaliteten på tjenesten fra brukernes side. For eksempel opplevd medinnflytelse, tilfredshet, utbytte, kontinuitet etc. Disse tre perspektivene skulle ekspertgruppen forene og legge til grunn for utvikling av prosjektideer som deltakerenhetene kunne velge blant. ([Http://legeforeningen.no/utskrift.gan?id=80006](http://legeforeningen.no/utskrift.gan?id=80006)).

Ekspertgruppen hadde fire møter i løpet av første halvår 2004. Til grunn for arbeidet la gruppen blant annet "Håndbok for drift av psykiatriske poliklinikker" (Statens Helsetilsyn Utredningsserie 2/2001), og "Evaluering av arbeidsformer og produktivitet innen voksenbarne- og ungdomspsykiatrien" (Statens Helsetilsyn Rapport 4/2000). Arbeidet i ekspertgruppen resulterte i en "meny" bestående av ni forbedringsområder som ble lagt frem for deltakerne på FS 1:

- Økt bruk av individuell plan
- Økning av poliklinisk produktivitet
- Ventetidshåndtering
- Samhandling mellom første- og annenlinjetjenesten
- Utredning og diagnostikk i psykiatriske poliklinikker
- "Ikke-møtt problematikk"
- Bedre henvisninger
- Klient-terapeut-relasjon
- Bruk av serviceerklæringer i poliklinikkene

(Fremdriftsrapport).

På FS 1 valgte forbedringsteamene ut prosjekter og satte ned konkrete målsetninger for hvert av forbedringsområdene. Det var mulig å velge egne forbedringsområder uavhengig av "menyen" ekspertgruppen hadde satt opp. Det aktuelle DPS, valgte "ikke-møtt problematikk" som sitt forbedringsområde. Arbeidet i forbedringsteamet bestod i å utarbeide en prosedyre for å håndtere problemstillingen "ikke-møtt". Pasienter som ikke møtte til avtalt time, skulle bli tilskrevet en eller flere ganger avhengig av pasientens respons. Det ble utarbeidet flere

maler for innholdet i brevene, og rutiner for når de skulle sendes, og hvor lenge det skulle gå mellom hvert brev.¹⁹

5.3.3 Offisielle Resultater

Fra politisk hold ble KEPP prosjektet brukt som eksempel på hvordan vellykket endringsarbeid kan drives i psykisk helsevern. Også det aktuelle DPS oppnådde gode resultater, med en reduksjon av andel avbestilte timer og ikke-møtt timer på 25% for VOP1, 28% for VOP2 og 27% for VOP3 (Informasjon fra sekretær i forbedringsteamet).

I intervju med Dagens Medisin (05/05), trekker Bjarte Stubhaug, frem flere gode resultater fra KEPP prosjektet:

”De fleste poliklinikkene fikk kortere ventelister, raskere diagnostisering og flere pasienter i behandling” ([Http://www.dagensmedisin.no/nyheter/2005/03/10/vil-beordre-til-bedre-innsa/](http://www.dagensmedisin.no/nyheter/2005/03/10/vil-beordre-til-bedre-innsa/)).

.

Stubhaug sier her at det fortsatt er et stort behov for å forbedre kvalitet og effektivitet i psykiske helsetjenester. Han foreslår et større nasjonalt kvalitetsprosjekt etter samme metodikk, der direktoratet pålegger de regionale helseforetakene å gjennomføre slike prosjekter. På denne måten har resultater fra KEPP prosjektet blitt brukt i etterkant for å legitimere flere gjennombruddsprosjekter.

5.4 KEPP Prosjektet og den større kontekst

Mange av de senere års reformer, både innenfor sykehussektoren og innenfor psykisk helsevern, har vært desentraliseringsreformer med overføring av autonomi til lokale enheter. Samtidig har helsetjenestene i stadig økende grad blitt organisert etter bedriftsøkonomiske modeller. Disse endringene i styringsform, har medført et økende behov for kontroll med praksisfeltet fra overordnet styringsnivå. Det blir forsøkt å utvikle metoder som gjør det mulig å registrere og dokumentere det kliniske arbeidet på en måte som er håndterlig for

¹⁹ Informasjonen baserer seg på intervju med deltakere i KEPP prosjektet.

myndighetene. Gjennombruddsmetodikk kan forstås å være en slik metode som skal bidra til økt innsyn i det kliniske arbeidet, og dermed gjøre det mer styrbart. Blant annet læres klinikerne opp i bruk av SPC metoden, for å kunne registrere og dokumentere eget arbeid i form av tall. På denne måten bidrar klinikerne selv til å gi myndighetene de styringsdata som trengs for å ivareta kontroll - og styringsfunksjonen.

Gjennombruddsmetodikk og KEPP prosjektet viser hvordan nye arbeidsoppgaver og arbeidsinnhold, blir en del av klinikernes arbeidshverdag, gjennom prosesser som kan knyttes til identitetsregulering. I neste kapittel presenteres den delen av undersøkelsen hvor jeg beskriver og analyserer erfaringer med dette prosjektet, både på styrings - og ledelses nivå og på klinisk nivå. Dette leder videre til kapittel 7, hvor jeg setter KEPP prosjektet inn i en større sammenheng av endringer i klinikerne arbeidshverdag, og undersøker hvordan dette er med på å forme og regulere deres yrkesrolle og yrkesidentitet.

Kapittel 6: Prosjektet

6.1 Innledende bemerkninger

I dette kapitlet analyseres Gjennombruddsprosjektet KEPP. Prosjektet fremstår som en av flere begivenheter som er med på å omforme den praktisk – kliniske hverdagen. Kapitlet er delt inn i to. Første del omhandler erfaringer med prosjektet på ledernivå, mens andre del omhandler de kliniske erfaringene. Historien om KEPP prosjektet leder videre til kapittel 7, der fokuset rettes mot hele den kliniske arbeidshverdagen, med særlig vekt på klinikernes erfaringer med omformingsprosessene.

6.2 Ledernivå. Noen erfaringer med og refleksjoner rundt prosjektet og metodikken

6.2.1 Introduksjon og oppstart av prosjektet

KEPP prosjektet ble organisert på den måten at det ble sendt innbydelse om deltakelse til en rekke poliklinikker som kunne søke om å delta i prosjektet, innenfor et begrenset antall plasser. Gjennom intervjuer med forbedringsteamet i det aktuelle DPS fikk jeg imidlertid signaler om at intensjonen med frivillig deltakelse ikke ble oppfylt:

”Det var nærmest sånn at vi ble bedt om det, og så sa jeg i utgangspunktet nei, og det sa de andre også. Og så ble vi sterkt oppfordret til det.. Først var det sånn, hvilke poliklinikk kan være med, og jeg sa ikke tale om (..) I de andre poliklinikkene var det heller ikke noe ønske. Og så var det forslaget kom opp om vi kunne ta en fra hver poliklinikk(..) Så da ble det tilbudet vi gav. Vi sa ja, vi kan reise under betingelse av at vi reiser vi tre ledere, og at vi ikke involverer klinikerne, med det kliniske arbeidet de ellers har i dette. Og vi tar et lite prosjekt” (Informant 7).

Informanten forteller om skepsis til prosjektdeltakelsen i utgangspunktet, og liten entusiasme. Press fra divisjonsledelsen kan tolkes som å være avgjørende for deltakelsen. Flere i forbedringsteamet forteller at de hadde mer enn nok å gjøre som det var, og ”orket” egentlig ikke et nytt prosjekt. De ville i hvert fall ikke belaste klinikerne med flere oppgaver enn nødvendig, og de ble derfor utelatt fra selve forbedringsteamet. Det at prosjektet i dette DPS

kun var forankret i ledelsen, og ikke involverte klinikerne i prosjektplanleggingen, er et tema i flere av intervjuene, men da med en litt annen vektlegging. Dette vil jeg komme nærmere tilbake til. Informanten sier videre det var en viktig forutsetning for deltakelsen, at de fikk velge et lite prosjekt/forbedringsområde, for å spare arbeidsbelastning.

Et spesielt kjennetegn ved gjennombruddsmetodikk, er at det er en ekspertgruppe som bestemmer forbedringsområder og prosjekter, som deltakerteamene kan velge blant. Klinikken står altså ikke fritt til å velge forbedringsområder, men må velge ut fra en gitt meny. Jeg var interessert i å finne ut mer om hvordan denne metoden for å arbeide med forbedringsarbeid, ble mottatt av deltakerne i forbedringsteamet. Jeg la spesielt vekt på hvordan forankringen i klinikken ble opplevd. En leder sier følgende om denne måten å organisere prosjektene på:

”Strategien til legeföreningen, psykiaterföreningen, når de la opp dette, var at de hadde en ekspertgruppe som tenkte seg hva som var relevant, og så kom de med forslag. Min mening og flere med meg, er at det hadde vært mye mer fruktbart å ta utgangspunkt i problemer i poliklinikken. Hva er det som er problem her, hva er det dere ønsker å sjekke, hvordan kan vi gjøre dette innenfor gjennombruddsprojektenes metodologi. At en starter mer med utgangspunkt i hverdagen til folk, også for å få fagfolkene mye mer med. For jobber du med noe som er problem innenfor en poliklinikk, som er relevant akkurat for dette miljøet, så er det mye lettere å motivere folk, for da er de interessert, i stedet for at de får det trett ovenfra og nedover” (informant 8).

Prosjektene blir av flere opplevd som påtvunget ovenfra. Noen ledere mente også at dette var med på å redusere motivasjonen hos klinikerne, som hadde ansvaret for gjennomføringen av prosjektene i praksis. Denne informanten kan tolkes dit hen at han mener ekspertgruppen har for mye makt, og er skeptisk til ekspertgruppens kjennskap til det kliniske praksisfeltet. Samtidig beskriver han metoden som interessant. Også andre ledere jeg har snakket med gir uttrykk for at de synes gjennombruddsmetodikk virker som en nyttig metode. Flere ser på det å ha lært seg denne metodikken som noe av det viktigste utbytte de har hatt av å delta i gjennombruddsprojekter. De kunne for eksempel tenke seg å bruke metoden i forhold til områder de selv og klinikerne finner det viktig å forbedre, men er derimot kritiske til at endringsområder pålegges ovenfra:

”Litt av det folk sliter med, som jeg har sett i disse prosjektene, er å få med seg resten av klinikerne i sin avdeling i prosjektet (..) Det er litt av hele metodikken her, at skal man lykkes så må utspringet være i klinikken. Man kan gjerne få en invitasjon, og så kan man tenke seg at man ønsker å jobbe med noe, og klinikerne ønsker jo å forbrede kliniske praksis, det er det som ligger deres hjerte nærmest. Men visst det kommer som overordnet føring.. Vi ønsker at dere skal gå på dette, vi ønsker at det skal være et samarbeidsprosjekt mellom en sykehusavdeling og en poliklinikk for å se på samhandling, så er det veldig gode intensjoner, vi trenger jo det, men sjansen for å lykkes tenker jeg er mindre, for man har for eksempel ikke kontroll på baselinedata” (Informant 9).

Det som denne informanten beskriver som spesielt utfordrende, er når tilbud og invitasjon om deltakelse blir til krav. Han mener dette svekker muligheten for å lykkes med prosjektene. Han har erfart at det er et problem å motivere hele avdelingen til deltakelse i forbedringsarbeidet, og kobler dette til manglende klinisk forankring og manglende frivillighet i deltakelse. Flere er opptatt av at metodikken på mange måter impliserer for stor grad av toppstyring, fordi det vanskeliggjør gjennomføring av prosjektene på klinisk nivå. Samtidig er det noen informanter som vektlegger det arbeidet som gjøres i Legeforeningen på forhånd, som en forutsetning for det faglige innholdet, og som et viktig bidrag til å motivere for forbedringsarbeid. En av deltakerne i forbedringsteamet ser det på følgende måte:

”Fordi at legeforeningen legger veldig mye ressurser inn i å undersøke på forhånd hva som er beste praksis.. Sånn at det er det store med gjennombruddsmetodikken, i forhold til at man gjør store nasjonale prosjekter ut av det. Og man får veldig mye faglig innhold, og folk blir veldig giret på å gjøre noe i klinikken sin, fordi man ser at forskning, eller undersøkelser eller litteratur vise at det er bedre måter å gjøre ting på” (informant 9).

Informanten roser det arbeidet som gjøres i Legeforeningen, og kan tolkes som å mene at det er nødvendig med en viss hierarkisk forankring for å sikre den faglige utviklingen i feltet. Kanskje må man ut av egen klinikk og arbeidsplass for å oppdage som informanten sier *”at det finnes bedre måter å gjøre ting på”*. Utfordringen flere ledere peker på i forhold til introduksjon av gjennombruddsmetodikk i klinikken, er hvordan man kan motivere klinikerne til å se at dette kan være nyttig. Denne informanten mener at det kan være inspirerende at noen faktisk har lagt ned mye arbeid i å finne ut hva forskningen sier på de aktuelle områder. Andre informanter legger gjerne mer vekt på at det viktigste for motivasjonen, er at klinikerne

selv deltar i å definere forbedringsområder og strategier for forbedringsarbeidet. Denne variasjonen i tenkning omkring forbedringsarbeid i klinisk praksis, synes å være et gjennomgående tema hos de informantene jeg har intervjuet fra ledelsesnivå.

6.2.2 Gjennomføring av prosjektet

Det aktuelle DPS valgte ut ”ikke-møtt problematikk” som sitt forbedringsområde.

Valget ble gjort ut fra flere hensyn. Blant annet var det viktig å velge et forbedringsområde som ble oppfattet som ”lite”, for å spare arbeidsbelastning. En av informantene sier at det også låg et økonomisk motiv bak:

”Vi valgte som problem og se om vi kunne redusere antall ikke møtt av pasientene, fordi vi ”taper” en god del penger på at pasienten ikke møter. Fordi da får vi ikke refusjon. Vi får verken egenandelen eller refusjonene, fordi de ikke har vært der. Så det er et poeng, og holde den så lav som mulig” (Informant 8).

På overordnet styringsnivå er det bestemt at en økende del av den polikliniske aktiviteten skal knyttes opp mot økonomi. Også psykiatriske poliklinikker skal delfinansieres gjennom takster knyttet til bestemte arbeidsoppgaver, der pasientkonsultasjoner er en av de aktivitetene som gir den høyeste refusjonen. Det blir derfor som denne informanten sier viktig for poliklinikkens inntekt, at pasienttimer ikke står tomme. En annen informant begrunner valget av problemstillingen på følgende måte:

”Det hadde vi på en måte valgt i utgangspunktet før vi reiste. Og det var et ønske om å gå inn og se på det, fordi det er et stort problem. Og de opplevde det i klinikken at det er et problem, både at pasientene ikke møter og at de avbestiller samme dag som de skulle ha møtt” (Informant 9).

Informanten vektlegger at det var viktig å velge et problem som ble opplevd som et reelt problem av klinikerne, og som det dermed var lett å skape enighet om å gjøre noe med. Det viste seg også når jeg intervjuet klinikerne at det allerede før introduksjon av KEPP prosjektet enten ble arbeidet med tiltak i klinikken for å redusere ”ikke- møtt problematikk”, eller at det

ble diskutert ulike strategier for å forbedre håndteringen av problematikken. At dette var en kjent problemstilling, bekreftes også av en informant fra ledelsen:

”Vi hadde her i utgangspunktet tenkt oss at det og undersøke ikke-møtt problematikk, det var noe vi kunne tenke oss og gjøre uansett. Det som motstanden var på, var vel i første rekke og skulle bli fortalt hva du skal gjøre. Men jeg opplevde at det gikk rimelig greit etter hvert”
(Informant 8).

Selv om ”ikke-møtt” synes å være et problem klinikerne var opptatt av, møtte likevel poliklinikklederne en del motstand når prosjektet skulle introduseres i klinikken. Slik som det fremstilles her, kan det tolkes som denne motstanden først og fremst kom av manglende involvering i utforming av virkemidlene, og ikke nødvendigvis at problemstillingen ikke ble sett på som viktig. Klinikerne skulle nå ta i bruk nye virkemidler utarbeidet av ekspertgruppen og forbedringsteamet, for å bedre håndteringen av et problem som de allerede arbeidet med egne strategier for å håndtere. Tall som kom frem underveis i prosjektet, viste imidlertid at omfanget av ”ikke-møtt problematikk” i det aktuelle DPS, var lavere enn landsgjennomsnittet antydte:

”I følge CAPSY og DIPS skulle vi ha en ikke møtt prosent på 22, og når vi begynte å sjekke så viste det seg at den låg på 16-17. Og dermed så var muligheten til å redusere den minimal”
(Informant 8).

I den grad disse tallene var kjent for de som skulle gjennomføre prosjektet, er det rimelig å anta at dette kan ha bidratt til å svekke motivasjonen for prosjektet. Dette synliggjør noen av de problemene som kan oppstå som følge av det flere informanter beskriver som et press for å delta i et prosjekt, som de i utgangspunktet mente de ikke hadde tid til. Resultatet ble valg av et forbedringsområde som ikke skulle være for belastende for klinikken i form av tid og ressurser, og som dernest ble oppfattet som viktig på grunn av økonomiske hensikter. Men det var kanskje ikke et forbedringsområde som appellerte til klinikerne som et område med behov for nytenkning. Kanskje var det heller ikke et område med særlig potensial for forbedring når man gikk inn og såg på de faktiske tallene.

Jeg spurte også poliklinikklederne hvordan de opplevde at gjennomføringen av prosjektet hadde vært i deres klinikk. En leder forteller at han var opptatt av at det måtte være rom for

skjønn, til tross for de prosedyrene for håndtering av problemet, som ble laget i forbedringsteamet. Han erfarte at han måtte bruke lang tid for å formidle dette til klinikerne, og at det var mye motstand i oppstartsfasen:

”Det står ingen steder at vi skal gjøre sånn eller sånn. Hele tiden er det behandler vurderer om jeg skal velge å sende det brevet eller det brevet eller det brevet. Og dette var det en del som rett og slett ikke fikk med seg (..) Hensikten var at vi skulle bli bevisst hva vi gjorde, ikke bare sende ut noen brev i hytt og pine (..) Det skal være individuelt og det skal være fleksibelt og det skal være pasientrettet. Det var målet. Og det var en del som ikke forstod det rett og slett. Jeg brukte mye tid i poliklinikken på å få de til å forstå at det er det som er poenget med det hele. Det kan godt være at det ligger i at måten vi presenterte det på ikke var god nok, eller at det ligger litt motstand mot generelt og tenke at oj, her skal vi inn og gjøre noe annet enn vi har gjort” (Informant 7).

Slik informanten fremstiller det her, kan det synes som om prosjektet allerede før introduksjon ble møtt med skepsis hos klinikerne. Han er selv opptatt av å fremheve at det til sist var klinikerne som skulle bestemme hvilke virkemiddel som skulle benyttes, men opplevde at slike argument ikke nådde frem hos klinikerne. Han ser ulike årsaker til motstanden mot prosjektet, blant annet mener han at noe kan skyldes måten det ble presentert på, og synes å ta en viss selvkritikk på dette. Det viktigste slik han ser det, er å fortelle om prosjektet på en slik måte at klinikerne ser at endringene kan være meningsfulle og nyttige: *”For at folk skal gjøre noe ekstra, så må det oppleves meningsfullt”*. Samtidig tror han noe av motstanden rett og slett kan skyldes en generell motstand og skepsis mot all endring og nytenking. En annen informant fra ledelsen tror at noe av problemene knyttet til gjennomføring av prosjektet i klinikken, skyldtes at det bare var en representant fra hver poliklinikk som deltok i forbedringsteamet. Slik at det ble vanskeligere å ”selge” prosjektet inn til de andre i klinikken:

”Det som var litt spesielt med dette prosjektet, var at vi hadde tre poliklinikker med. Det hadde vært mye greiere å bare ha en poliklinikk (..) Vanligvis reiser man to eller tre fra en klinikk, men her reiste de en fra hver klinikk. Visst du har en poliklinikk med 15 ansatte og så er det en som reiser, og en som kommer tilbake og skal selge inn et konsept til 14 andre, så er det mye vanskeligere” (Informant 9).

At det bare var poliklinikklederne som deltok i forbedringsteamet, var spesielt for dette DPS, og bidrog til å redusere muligheten til klinisk involvering i valg av forbedringsområder og virkemidler. Samtidig la det et enda større press på lederen i å kommunisere prosjektet til sine ansatte og inspirere til deltakelse. Denne informanten opplevde at det var sterk motstand mot prosjektet i oppstartsfasen, men tror mye av det handler om en generell motstand mot alt som krever ekstra arbeid og tid:

”Det handler rett og slett om hva man skal bruke tiden sin på, og det er det hver gang. Man må gå flere runder for å få folk med på dette. Og det er fordi det er tidkrevende og resursskrevende. I forhold til poliklinikk spesielt, så blir man målt på alt. Man blir målt på antall konsultasjoner og på refusjonsberettiget aktivitet. Visst man setter av x antall stillinger i en periode til noe annet, så vil det gå utover både tilgjengeligheten, det kliniske arbeidet og fokuset. Og det gjør at man må gå flere runder før man sier ja til dette. Og det er også en gjengs kommentar du hører, spesielt etter FS1 og FS2 som de kaller det, at hadde vi visst at det var så mye arbeid, så hadde vi ikke meldt oss på” (Informant 9).

Informanten setter motstanden mot KEPP prosjektet, inn i en større sammenheng av økende arbeidspress mot klinikerne. Han synes å mene at motstanden ikke først og fremst kan tilskrives en negativ innstilling til selve gjennombruddsmetodikken, men snarere må sees som en konsekvens av økende arbeidsbelastning. Der stadig nye prosjekter, målinger og dokumentasjonskrav sliter på klinikerne og utfordrer fokuset på det pasientrettede arbeidet.

6.2.3 Oppfatninger om resultat

Til tross for en noe nølende oppstart, og en del motstand fra klinisk nivå, ble prosjektet gjennomført i alle tre poliklinikkene, med til dels gode resultater. Jeg intervjuet leder av ekspertgruppen for å spørre om hans erfaring med gjennomføring av KEPP prosjektet:

”Min erfaring er at dette er en nyttig og nokså effektiv metode til å skape forandring. Samtidig så er det en del forutsetninger man må ha for at det skal bli effektivt. Både strukturen gjennom prosjektet, i forhold til frister, i forhold til å pushe de som er med, veiledningsaspektet.. At det er en slags temperatur i dette her. Det foregår jo over mindre enn et halvt år, eller et halvt år til sammen.. Det synes jeg har vært fascinerende å se. For det

første hvor entusiastiske folk blir, at en blir så involvert og blir så ivrige de som er med. Og for det andre hvilke resultater en da faktisk klarer å oppnå, og klarer å vise til, med den statistiske metoden som de bruker. Og også hvilken oppmerksomhet en kan få rundt dette politisk” (Bjarte Stubhaug).

På dette ledernivå fremheves det blant annet at metodikken er intensiv over kort tid, noe som gjør at de involverte klarer å opprettholde engasjement og tempo i endringsarbeidet. Selve prosjektorganiseringen blir vektlagt som å motivere og engasjere folk i å delta i å skape endring i egen arbeidssituasjon. At metodikken er med på å synliggjøre at det faktisk er mulig å få til endringer i praksis, og at dette også kan gi politisk oppmerksomhet, kan tolkes som uttrykk for at de symbolske sidene ved metodikken er sentrale. Det kan tenkes at det er viktig å synliggjøre overfor de politiske myndighetene at det finnes endringsvilje i fagfeltet. Dette fordi psykisk helsevern tidvis har blitt utsatt for sterk kritikk og hatt liten tillit hos befolkningen. De symbolske sidene ved metodikken kan dreie seg om legitimitetsskaping gjennom å vise synlige og tallfestede resultater på kort tid. Det er mulig at dette igjen er koblet til at vellykkede prosjekter gjerne utløser økonomiske overføringer, men dette er ikke tema i intervjuet. Om det aktuelle KEPP prosjektet, sier Stubhaug at resultatene var veldig gode, og at de også har blitt brukt for å få politisk oppmerksomhet:

”Vi opplevde at det var veldig godt resultat, og vi brukte resultatene og fikk veldig politisk oppmerksomhet på det også, viste at vi kunne forbedre diagnostikken, fra at nesten ingen hadde diagnoser, til at de fleste hadde på kort tid.. Tror de aller fleste hadde forbedring på de områder de ønsket å forbedre” (Bjarte Stubhaug).

Det å få politisk oppmerksomhet vektlegges her som et viktig resultat av prosjektet. For å få fremtidig finansiering av liknende prosjekter, og eventuelt direktoratet med på å pålegge deltakelse i senere gjennombruddsprosjekter, er det sannsynligvis en fordel at tidlige prosjekter blir oppfattet som vellykkede. Jeg var også interessert i å vite hvilke tanker Stubhaug hadde i forhold til opprettholdelse av resultatene på sikt, og spurte han om dette:

”En kan spørre seg om disse gjennombruddsprosjektene er en innsats som gjør at du blir entusiastisk og ivrig til å skape resultater på kort tid, men som ikke skaper noen varig endring. Og fordi det har prosjektpreg, så blir det liggende, og så faller ting mer tilbake til normale rutiner. Det har ikke blitt vurdert og evaluert godt nok” (Bjarte Stubhaug).

Både øverste fagledelse, her representert ved Bjarte Stubhaug, og flere av de andre informantene, stiller spørsmål om de endringene man oppnår, er holdbare over tid. De fleste har et nøkternt syn på hvilke endringer det er mulig å oppnå gjennom prosjektet. Det synes å være en utbredt oppfatning, at det er en utfordring å opprettholde resultatene etter endt prosjektperiode. Det har ikke blitt gjort noen systematiske oppfølgingsundersøkelser, men fra ledelsesnivå etterlyses en bedre evaluering i forhold til langsiktige resultater. Flere av informantene uttrykker tvil om resultatene hadde vært de samme dersom det hadde blitt målt på nytt ett år etter avsluttet prosjekt:

”Jeg tror nok at den gevinsten vi hadde fått, den har blitt redusert noe. Visst jeg hadde tatt en undersøkelse nå, så tror jeg ikke vi hadde fått så gode resultater som vi hadde” (Informant 8).

Det påpekes av flere informanter at poliklinikkledelsen må fortsette å ha fokus på problemstillingen også etter prosjektperioden, for at det skal være mulig å opprettholde resultatene. En forutsetning for dette er at både ledelsen og de ansatte oppfatter endringsområdet og metodene som viktige og meningsfulle. Som vi har sett synes det å være et noe halvhjertet forbedringsteam fra det aktuelle DPS som gikk inn i prosjektet. Der utgangspunktet for deltakelsen fremstår mer som et kompromiss mellom et nølende DPS og en pågående DPS ledelse. Det synes som om valg av forbedringsområde, først og fremst ble gjort ut fra hensyn til tid og ressurstilgang, og ikke ut fra hva som var de største behovene for forbedring i poliklinikken. Dette gir signaler om at det ville bli vanskelig å følge opp prosjektet i etterkant, noe som også ble bekreftet av flere informanter. Flere ledere gav for eksempel uttrykk for at de oppfattet det å tilegne seg en metode for kvalitetsutvikling, som å være hovedformålet med prosjektdeltakelsen:

”Det kan godt være at jeg er litt praktisk orientert, men for meg var dette prosjektet mest, eller i hvert fall femti prosent da, å lære en metode. Og det er klart at det blir ofte at sånne ting blir et engangsstunt, og så klarer man ikke å integrere det godt nok” (Informant 7).

”Jeg opplever at læringseffekten, det å ha fått en metode, et hjelpemiddel til å undersøke ting som er viktige å få undersøkt her, det har vi fått. Det er på en måte hovedgevinsten sånn som jeg ser det” (Informant 8).

Skepsisen som ble uttrykt hos flere poliklinikkledere omkring deltakelse i prosjektet, fremkommer også når resultatene blir omtalt. Det synes å være tendenser til målforskyvning, slik poliklinikkledelsen vurderer prosjektet. Det som var hovedformålet med prosjektet fra ekspertgruppen og Legeforeningen, blir ikke hos poliklinikklederne vurdert å være den viktigste målsetningen med prosjektet. For disse synes det som hovedmålsetningen ble å tilegne seg en metode for endringsarbeid, som kan brukes i forhold til fremtidige problemstillinger. Problemstillinger som poliklinikkledelsen og klinikerne selv finner det meningsfullt og arbeide med.

6.2.4 Noen lederdilemmaer

Jeg intervjuet tre av fire ledere som var med i forbedringsteamet i det aktuelle DPS. Disse lederne hadde alle forskjellig rolle både i klinikken og i KEPP prosjektet, og det er derfor vanskelig å oppsummere ledernes erfaring med prosjektet samlet. Jeg vil derimot peke på noen dilemmaer og utfordringer som fremkommer i ledelsens omtale av prosjektet. Et dilemma som tydelig kommer frem er forholdet mellom hensyn til opplevde krav fra overordnet nivå på den ene siden, og hensyn til klinikerne på den andre siden. Flere poliklinikkledere beskriver vanskene med å gå inn i et prosjekt som pålegger klinikerne en større arbeidsbelastning. Disse lederne gir uttrykk for en stor forståelse for klinikerens arbeidssituasjon, og ønsker å skjerme dem fra prosjekter som medfører større arbeidsbelastninger. Samtidig opplever de press for å delta i forbedringsarbeid. For å balansere disse hensynene best mulig, ble det valgt et prosjekt som ikke skulle belaste klinikerne for mye.

Samtidig er flere poliklinikkledere opptatt av at en for liten del av forbedringsarbeidet har forankring i klinikken. De opplever at ”toppstyrte” prosjekter er vanskelig og gjennomføre, fordi det er vanskelig å motivere klinikerne til innsats. ”Ikke-møtt problematikk” var et problem de fleste var opptatt av, og som det allerede hadde blitt arbeidet en del med i det aktuelle DPS. Dette forbedringsområde ble derfor valgt for å spare arbeidsbelastning, og for å ta et problem som det allerede var enighet om i klinikken og gjøre noe med. Dette antyder en pragmatisk tilnærming bak valg av forbedringsområde, der andre hensyn enn å velge et ”stort” problem i klinikken, ble avgjørende for beslutningen. Utfordringen for ledelsen ble og motivere klinikerne til å ta i bruk nye metoder for å håndtere et problem de allerede arbeidet

med å bedre egen håndtering av. Måten gjennombruddsprosjektene er organisert på, beskrives også som en utfordring fra flere av deltakerne i forbedringsteamet, fordi det vanskeliggjør klinisk involvering.

Lederne beskriver selve gjennombruddsmetoden som interessant, og det å lære seg denne, ble av flere omtalt som det viktigste med prosjektdeltakelsen. Det som fra Legeforeningen og departementet skulle være et prosjekt for å forbedre klinisk praksis på bestemte områder, blir fra flere ledere først og fremst definert som et læringsprosjekt. Å omdefinere formålet med prosjektdeltakelsen, kan tolkes som en strategi for å forene overordnede krav om prosjektdeltakelse med hensynet til klinikernes arbeidssituasjon. På den måten kan også deltakelse i prosjektet forsvares overfor klinikerne.

6.2.5 Arbeidet i ekspertgruppen

Jeg hadde på forhånd en antakelse om at det i ekspertgruppen ville komme frem ulike syn på både gjennombruddsmetodikk og utvelgelse av forbedringsområder. Dette fordi gruppen bestod av mennesker med ulik erfaring og profesjonsmessig bakgrunn. Jeg intervjuet derfor leder av ekspertgruppen, Bjarte Stubhaug, for å få vite mer om dette. Stubhaug fortalte at det hadde vært en omfattende prosess i ekspertgruppen, blant annet knyttet til det å komme frem til en forståelse for metodikkens kvantitative forankring:

”Det sa vi jo tidelig, at dette er en metode der vi er avhengig av at vi ser på en forandring, og den må kunne måles og telles. Vi må ha tall her” (Bjarte Stubhaug).

Det å enes om forbedringsområder som var målbare, beskriver Stubhaug som den største utfordringen for ekspertgruppen:

”Det som var den største utfordring var å forstå at et sånt prosjekt, et forbedringsprosjekt, så må en være villig til å finne noe som kan måles, noe som kan telles. Slik at det var en lang prosess der, å få folk til å akseptere at ting som går på holdninger, og brukermedvirkning, det var jo veldig sterkt i fra brukerne, pårørende og pasienter. Samhandling som mange var opptatt av. Både fastleger, kommunepsykologer og andre(..) Respekt, sånne ting. Viktige ting, men som må omsettes i noe som kan måles. Så jeg vil si at det var den største utfordringen.

Kanskje ikke direkte faglig, men det ble jo en diskusjon rundt kvalitative ting og kvantitative ting. Du får den diskusjonen der, hva er det som er viktigst..” (Bjarte Stubhaug).

Det ble kanskje særlig utfordrede å komme til enighet i ekspertgruppen om valg av forbedringsområder, fordi en ble tvunget til å finne målsetninger som kunne omformes til en målbar form. Hvilke forhold som var av betydning i forhold til kvalitet og effektivitet, og hvordan disse eventuelt kunne gjøres målbare, bidrog også til diskusjoner i ekspertgruppen:

”Vi hadde vel kanskje en reell motsetning når jeg tenker meg om ja. Med noen som mente at det var relasjonen vi skulle måle. At det var relasjonen til pasientene, at hvis du bare fikk en bedre relasjon, og målte relasjonen og opplevelsen av at pasienten har tillit og god relasjon, så var det i seg selv viktig. Og diagnoser var helt uviktig. Som fikk noen spesialister til å reagere på det, at hvis vi ikke har diagnoser, så er vi ille ute. Hvis vi bare tror at alt handler om gode relasjoner og forståelse og så videre. Uten å ha gjort en diagnostikk av om en faktisk har en depressiv lidelse, eller en ADHD eller en schizofreni eller sånt. Der låg det nok en viss motsetning, som vi ikke lot få noen plass, men det var nok uttrykk for et reelt syn på noe som jeg tror ikke er utypisk ute i faggruppene” (Bjarte Stubhaug).

Stubhaug refererer her til diskusjonen om relasjonens betydning i behandlingen. Noen ser på relasjon som en behandlingsmetode i seg selv, mens andre mener den er viktig som et verktøy for å kunne gjennomføre god behandling. Diskusjonene dreide seg også om hvorvidt det er mulig å *måle* relasjonens kvalitet og betydning for behandlingsutfall. Ekspertgruppen kom frem til en måte å måle dette på, som førte til at ”klient - terapeut relasjon”, ble et av forbedringsområdene deltakerenhetene kunne velge blant.

Det synes å være ulike oppfatninger i faggruppene i synet på hva som er kvalitet, faglighet, og viktige områder for utvikling og forbedring av klinisk praksis. Dette gjør det også til en utfordring å enes om forbedringsområder. Denne forskjellen kan sannsynligvis tilskrives det mangfold av perspektiver og tilnærminger som tradisjonelt har kjennetegnet psykisk helsevern. På den måten at de ulike fagtradisjonene legger vekt på ulike forhold i forståelsen av psykiske lidelser og behandling.

Samtidig som det var en del diskusjoner i ekspertgruppen i forhold til valg av forbedringsområder, fremhever Stubhaug at han har utelukkende positive erfaringer med

metodikken som helhet. Han bygger dette på flere erfaringer, både som leder for ekspertgruppen under KEPP prosjektet, og gjennom tett oppfølging av tidligere gjennombruddsprosjekter:

”I forhold til selve prosjektarbeidet, forbedringsarbeidet som de driver, synes jeg det er utelukkende positivt, at folk synes det er morsomt å se, og en får tid å se på sin egen praksis ved å gjøre forbedringsarbeid” (Bjarte Stubhaug).

Stubhaug synes å mene at selve metodikken er godt egnet til å engasjere klinikerne i forbedringsarbeid. Hans erfaring er at de fleste som er med, synes det er kjekt og inspirerende, spesielt fordi metoden gir så synlige tall for forbedring.

6.3 Klinikernes erfaringer

6.3.1 Gjennomføring av prosjektet

Mange av klinikerne jeg snakket med gav uttrykk for at KEPP prosjektet ble sett på som litt uviktig, og flere hadde problemer med å huske det. Noen antydte at grunnen til dette kunne være at de hadde vært for lite involvert i prosjektet, at de opplevde prosjektet hovedsakelig som en belastning, og ikke såg det som meningsfullt i forhold til det klientrettede arbeidet. Noen satte det i sammenheng med det de opplever som et stadig økende fokus på økonomi, og at det var derfor dette forbedringsområdet ble prioritert fra ledelsen:

”Jeg var i hvert fall opptatt av at bakgrunnen for det var at folk uteble, og det ble på en måte et økonomisk problem.. Kanskje det ble så lite og meningsløst i forhold til mange andre større oppgaver. Og så blir det sånn, er dette også en del av de økonomiske endringene, så vi må få mer inntekt? Det var min opplevelse, at det kanskje ble mer fokus på den økonomiske delen, enn kanskje den kvalitetsmessige. Det blir mange som sitter og får kreative ting for hva vi andre skal gjøre for å levere mer, og telle oss. Og noe av det prosjektet kan føles sånn. Nå er det noen som har funnet på en god ide, som skal telle oss mer, som skal finne ut hvordan vi kan jobbe mer effektivt” (Informant 3).

Informanten gir her uttrykk for en skepsis til prosjektet, og liten entusiasme. Hun beskriver en opplevelse av at forbedringsområdet ”ikke-møtt”, ble valgt ut fra økonomiske hensyn. Det ser

ut som hun setter dette inn en større sammenheng av endringer i egen arbeidssituasjon, med økt fokus på økonomi. Hun kan også oppfattes som å gi uttrykk for en viss maktesløshet. Hun opplever at arbeidshverdagen stadig oftere blir preget av andre som får gode ideer for hvordan hun og hennes kollegaer skal jobbe. Enten det er nye metoder som skal innføres, eller det er krav om registrering og dokumentasjon av arbeidet. Vedkommende uttrykker klart at hun opplever at prosjektet ble lite og meningsløst i forhold til større og viktigere oppgaver hun har som behandler.

Hun uttrykker også en skepsis i forhold til valg av forbedringsområde. Implisitt i forbedringsområdet ”ikke-møtt problematikk”, ligger det en antakelse om at å redusere ”ikke-møtt” andelen av pasientene, er en viktig målsetning for å bedre kvaliteten i klinisk praksis. Ikke alle klinikerne var enig i at en lav ”ikke-møtt” prosent var sammenfallende med god kvalitet. En kliniker mente det var en viktig del av det terapeutiske arbeidet å ha tålmodighet med de pasientene som ikke møter til time, selv om det er tidkrevende arbeid. Hennes erfaring er at det ofte er de sykeste pasientene som ikke møter. De har gjerne behov for gjentatte muligheter og oppfordringer for å møte, både gjennom telefonkontakt, brev og kanskje i noen tilfeller hjemmebesøk. En slik måte og arbeide på kan lett medføre en høyere andel ”ikke-møtt” pasienter, enn om det følges en mer konsekvent praksis, slik det ble forslått i KEPP prosjektet. Hun opplever imidlertid at det er en vanskelig balansegang mellom hensynet til den syke pasienten som ikke møter på den ene siden, og pasienter som står i kø og venter på behandling på den andre siden:

”Det er noen som er så dårlige at de må få sjanser (...) Vi må kunne være litt romslige, samtidig må folk også kunne kjenne grensene, for vi kan ikke drive og tilby timer, timer og timer. Så er det kanskje folk som står i kø og ikke får et tilbud. Det er en vanskelig balansegang. Sånn at temaet trenger fokus, det tror jeg nok” (Informant 5).

Hun synes derfor det er bra at temaet blir tatt opp, selv om det ikke finnes enkle løsninger på problemområdet slik hun ser det. Også andre klinikere uttrykte skepsis mot de nye standardprosedyrene de skulle ta i bruk for å håndtere ”ikke-møtt” problematikk:

”Egentlig så hadde vi tideligere gjennomgått problemstillingen, og kommet til noen avtaler rundt det, så det hadde vi jobbet litt med i poliklinikken her tideligere. Akkurat det, hvordan vi

gjorde det, hvilke skjemaer vi skulle sende ut. Samtidig så var det litt åpent for skjønn. Så den var i grunn ganske ålreigt gått igjennom tenker jeg” (Informant 3).

”Det er jo aldri ålreigt når folk ikke møter opp. Sånn at jeg følte at det hadde vært i mitt hode hele tiden, å ta det opp som et problem. Og jeg skrev jo brev før også, men ikke standardiserte brev. Men vi ser jo på det som et problem og har alltid gjort det” (Informant 5).

Begge informantene fremhever at ”ikke-møtt problematikk” er kjent for klinikerne fra før. I klinikken har de snakket om ulike måter å forholde seg på, for å følge opp pasienter som ikke møter, men ikke slik det ble foreskrevet gjennom KEPP prosjektet. På den måten at alle skulle gjøre det samme, på bestemte måter og ved hjelp av standardiserte brev. Prosjektet og forbedringsområdet presenteres av disse informantene på en måte som synes å bære preg av manglende tiltro til prosjektet som helhet. Derfor ble det også viktig for klinikerne å ikke fravike for mye de arbeidsmetodene og prosedyrene de benyttet forut for prosjektet. Flere av informantene forteller at de under KEPP prosjektet prøvde å tilpasse den nye standarden for brev til de mer personlige kontaktformene og brevene som de hadde brukt før. Den nye standarden brukte de bare når de ut fra en faglig vurdering syntes de kunne stå for det:

”Jeg tror jeg hadde det litt for travelt til å gå inn i det. Jeg lot de kliniske tingene få forrang fremfor et firkantet forsøk. For jeg kjente jeg måtte stå klinisk ansvarlig (..) Jeg forholdt meg litt til en stensil med et standardopplegg, når det føltes rimelig så brukte jeg det” (Informant 5).

”Jeg vet ikke om jeg var så veldig tro til prosjektet. Og vi lagde mer personlige varianter, hadde utgangspunkt i disse standardiserte brevene som ble laget da, og lagde våre egne varianter” (Informant 4).

Informantene legger vekt på at det under prosjektet hele tiden var viktig å beholde muligheten for individuelle tilpasninger. Dersom dette kom i konflikt med prosedyren utarbeidet av forbedringsteamet, måtte det kliniske skjønnnet gå foran. På denne måten ble prosjektet i praksis tilpasset det kliniske arbeidet og gjennomført i det aktuelle DPS, slik det huskes av klinikerne ett år etter endt prosjektperiode.

Ingen av klinikerne i det aktuelle DPS opplevde at det var særlig fokus på tematikken etter endt prosjektperiode. Prosjektet gikk over en avgrenset periode, og når prosjektet var avsluttet, så sluttet man også å ha fokus på temaet på samme måten:

”Jeg har ikke opplevd at det har vært noen videreføring av prosjektet. Det kom en tilbakemelding på resultatet, og det har vært det” (Informant 3).

”Det er ingen som har bedt oss fylle ut disse brevene videre i ettertid, eller holdt den der ved like.. Jeg tror på ett vis at alle var fornøyde med slik det egentlig var. For det var ikke så ille” (Informant 4).

Informant 4 antyder her at verken hun eller hennes kollegaer oppfattet ”ikke-møtt” problematikk som noe stort problem i klinikken. I hvert fall såg de det ikke som viktig og fortsatte å bruke prosedyrene, etter at prosjektet var over. Hun har heller ikke opplevd krav eller utfordringer fra egen ledelse om videreføring av prosedyrene. Det ser ut som hun mener at situasjonen nå er som før prosjektet, og det synes hun er greit.

6.4 Oppsummering

På bakgrunn av analyse av intervjumaterialet så langt, oppsummerer jeg at fra ledernivå blir gjennombruddsmetodikk sett på som en interessant metode, og som et godt virkemiddel til å fremskaffe synlige endringer i praksis over kort tid. Poliklinikklederne var imidlertid også opptatt av at klinikerne burde få mer innflytelse i forhold til valg av forbedringsområde. Valg av ”ikke-møtt problematikk” som forbedringsområde i KEPP prosjektet blir av deltakerne i forbedringsteamet beskrevet som å være resultat av en pragmatisk tilnærming, der hensyn til tid, ressurser og økonomi syntes å spille en avgjørende rolle. Det å ha lært seg en ny metode for forbedringsarbeid, blir av poliklinikklederne fremstilt som det viktigste resultatet fra prosjektdeltakelsen.

I ekspertgruppen dreide diskusjonene seg hovedsakelig om gjennombruddsmetodikkens kvantitative forankring, og valg av forbedringsområder der det var mulig å telle og måle resultatene statistisk. Samtidig fremhever leder av ekspertgruppen nettopp mulighetene til å fremskaffe synlige og tallfestede resultater over kort tid, som et av

gjennombruddsmetodikkens viktigste fortrinn. Denne måten å vise resultater på, har også en symbolsk viktig side, noe flere informanter var inne på. Leder for ekspertgruppen omtaler metoden som spennende og engasjerende for de som deltar, og han beskriver resultatene fra KEPP prosjektet som svært gode.

Blant klinikerne har det vært vanskeligere å få utfyllende informasjon om tanker og erfaringer fra prosjektet. Tendensen har gjennomgående vært at klinikerne husker lite, og beskriver prosjektet som en liten del av en serie endringer de står overfor i sin arbeidshverdag. Samtidig har de flere meninger om prosjektets forbedringsområde, og om selve metodikken. De er først og fremst kritiske til at klinikerne blir gitt liten mulighet til deltakelse i utforming av virkemidlene. De ønsker selv å delta i å definere hva det er behov for å arbeide med i klinikken. De mener å ha gode forutsetninger for å være med på og finne måter å håndtere problemstillingene på. Samtidig poengteres det hele tiden fra klinikerne at uansett hvilke prosedyrer som lages, må det alltid være rom for å bruke skjønn. I forhold til ”ikke- møtt” problematikk, uttalte flere klinikerne at dette var et forbedringsområde som riktignok var viktig, men som de mente de allerede hadde gode metoder for å tilnærme seg. Derfor blir kanskje også KEPP prosjektet fremstilt som lite viktig av klinikerne, og noe som de fleste la vekk så snart prosjektperioden var over. Klinikernes omtale av KEPP prosjektet, antyder en motsetning mellom de problemområder som klinikerne mener det er vesentlig å arbeide med, og den oppfatning om problemområder som råder på overordnet styringsnivå.

Måten KEPP prosjektet ble fremstilt på av klinikerne, viste at klinikerne var langt mer opptatt av generelle endringer de står overfor i arbeidshverdagen, enn dette enkeltprosjektet. Dette gjorde det nødvendig å utvide undersøkelsen. Neste kapittel omhandler derfor i hovedsak klinikernes erfaringer og fortellinger om sin arbeidshverdag og rolle, knyttet til overordnet målsetning om økt klinisk styring og endrede betingelser for identitetsforming.

Kapittel 7: Den kliniske hverdagen

7.1 Innledende bemerkninger

I dette kapitlet vil jeg undersøke hvordan klinikerne beskriver og erfarer sin arbeidshverdag. Hvordan snakker klinikerne om sin yrkesrolle og fagidentitet, hva er de opptatt av å fremheve med sitt arbeid, hvilke kunnskap legges det vekt på, og hvordan beskriver de endringer i egen arbeidshverdag. I kapittel 6 fremkom det store forskjeller mellom styrings- og ledelsesnivå og det klinisk nivået når det gjaldt oppfatninger om KEPP prosjektet. Jeg vil i dette kapitlet undersøke om denne tendens også gjelder syn på andre omformingsprosesser i den kliniske arbeidshverdagen. Siste del av kapitlet vil derfor omhandle styrings – og ledelses nivå, og deres erfaringer med klinisk praksis. Kapitlet skal bidra til å belyse aktuelle styringsprosesser, og hvordan disse legger betingelser for den kliniske arbeidshverdagen og de kliniske identitetene. I kapittel 8 vil forholdet mellom selve håndteringen av identitetsreguleringsprosessene og formingen av de kliniske identitetene, bli analysert nærmere.

7.2 Hvordan beskriver klinikerne arbeidets karakter og egen yrkesrolle?

Hvordan klinikerne beskriver arbeidet og egen rolle var noe jeg antok ville ha betydning for hvordan klinikerne erfarer og håndterer de pågående endringsprosessene. Hvilke oppfatninger klinikerne har om eget yrke, kan også tenkes å ha betydning for hvor lett eller vanskelig det vil bli å gjennomføre endringer i klinisk praksis. Jeg valgte derfor å begynne med dette temaet, for å tilnærme meg klinikernes verden og deres forståelse. En gjennomgående tendens hos klinikerne, er at de er opptatt av å fremheve det særegne for psykisk helsevern, sammenliknet med andre helsetjenester:

”Vi jobber i et felt i psykiatrien som er mye mer diffust enn andre. Det er mye mer vanskelig å si at det er sånn eller sånn.. Man kan kanskje ha noen råd på veien, men man kan ikke følge en standard, det går bare ikke” (Informant 3).

Informanten legger vekt på at fagfeltet er forskjellig fra andre fagfelt, og erfarer at det viktigste innholdet i arbeidet, er å møte mennesker med sammensatte og diffuse problemer på en individuell måte. Hun frykter for standardisering av arbeidet, fordi det ikke er forenlig med arbeidets innhold, slik hun oppfatter det. Hun forteller videre om tideligere arbeidserfaring fra det somatiske helsevesenet, og reagerer på det hun beskriver som en tilnærming mellom dette helsefeltet og psykisk helsevern på flere områder: ”*somatikk og psykiatri blir likt, og det er jo ganske forskjellig*” (Informant 3).

Også andre klinikere er opptatt av å fremheve arbeidets kompleksitet, og viser til bruk av skjønn som en forutsetning for å gjøre godt arbeid:

”Jeg tror at noen av de problemfeltene vi sitter på, er så kompliserte at vi trenger en viss form for spisskompetanse (..) En må ha så mye kunnskap, at vi skal også kunne være trygge til å bruke en manual med lempelighet” (Informant 5).

Denne informanten mener det nok er mulig å forene både manualer og bruk av skjønn i behandlingsarbeidet, men dersom det oppstår konflikt mellom manualen og skjønnen, må skjønnen gå foran. Dette forutsetter en ”spisskompetanse” hos klinikerne.

7.2.1 ”Relasjon er kjempeviktig!” Om arbeidsinnholdet

Det relasjonelle aspektet fremheves av alle som betydningsfullt i arbeidet, forstått som forholdet mellom terapeut og pasient. Flere av behandlingsmodellene legger vekt på utvikling av relasjon som en del av behandlingen. Både i den psykodynamiske modellen, innen humanistiske retninger og i nyere mer sosialpsykologisk inspirerte retninger, tillegges relasjonen vesentlig betydning for behandlingsutfallet. Alle klinikerne trekker frem relasjonen til pasienten som et kjennetegn ved arbeidets innhold, og flere mener den er avgjørende for å oppnå gode behandlingsresultater. Men hva som egentlig menes med ”relasjon” når de forteller om dette, er langt fra klart eller selvvinnlysende:

”Å få den til på en god måte, det er veldig viktig, og at kunnskapen må tilpasses det mennesket man møter” (Informant 3).

”Det å stå i en relasjon, kan være i seg selv en slags medisin” (Informant 2).

”Relasjon er kjempeviktig, å bruke tid på å utvikle en relasjon” (Informant 4).

”VI trenger å ha et knippe, et utvalg av forskjellige behandlingsmetoder og tilpasse de til dem vi møter, og det kan vi ikke gjøre visst vi bare kjører et løp. Spesielt fordi vi jobber veldig mye med sånne som har personlighetsproblematikk. Da er relasjonen mellom terapeuten og pasienten veldig viktig. Det viktigste arbeidsredskapet du har, så da blir på en måte metoden underordnet” (Informant 8).

God relasjon mellom terapeut og pasient fremstår altså svært viktig, men hva mener de med dette? En gjennomgående mening synes å være at hvilke teknikk og behandlingsmetode som brukes, er underordnet relasjonen.

7.2.2 ”Så bruker du litt sop i hop” Om problemet med å snakke om hvordan det arbeides

Klinikerne gir uttrykk for at de erfarer økende krav om å bruke metoder som kan evidensbaseres, samtidig som behandlingsområdet preges av at det kommer flere retningslinjer, standarder og manualbaserte behandlingsopplegg. Flere av informantene legger vekt på at det er vanskelig å følge en metode, fordi at det ene integreres i det andre, og fordi behandlingen må tilpasses den enkelte pasient. På denne måten blir spesifikke teknikker og metode underordnet både relasjon og kjennskap til den enkelte. Det viktigste slik mange av klinikerne ser det, er at pasienten blir sett og forstått, og i noen tilfeller åpner de også for at de selv bidrar med sine egne erfaringer i behandlingsprosessen. Dette ser ut til å være viktige sider ved det som menes med en god relasjon. Klinikernes beskrivelse og forståelse av arbeidets karakter, tilsier at psykisk helsevern er svært forskjellig fra det somatiske helsetjenestefeltet. De mener for eksempel at det kan finnes flere måter å jobbe på som er like gode, men ”relasjon er viktigst”. En informant beskriver arbeidsinnholdet på følgende måte:

”For meg er det ikke negativt at andre kollegaer jobber på en annen måte. Jeg tenker at det viktigste for å kunne hjelpe noen, er å ha tid til å se den personen, og da må du på en måte utvikle en relasjon også, for å bli sett. Det trenger ikke bety at du skal være ett eller to år, men det er noe med å bli sett og forstått, og det trenger en litt tid på. Men jeg kan aldri si at nå bruker jeg den kognitive metoden og nå bruker jeg den dynamiske metoden, nå bruker jeg

atferdsterapi, nå bruker jeg støtteterapi, for alt er så integrert i hverandre, for å nå et mål da. Men jeg har en rød tråd inne i hodet, og jeg vet hvor jeg vil, og hva som må til for å komme dit. Og så bruker du litt sop i hop” (Informant 4).

Denne informanten gir uttrykk for at hun er godt kjent med og kan bruke ulike metoder, samtidig som hun fremhever at metode er underordnet. Sitatet ovenfor gir samtidig inntrykk av at informanten er trygg på sin egen fagkompetanse, selv om den kan være vanskelig å gjøre rede for. Om det vil være riktig å kalle hennes kunnskap taus eller bare så kompleks at den blir vanskelig å formidle, skal være usagt, men det er klart at måten det her kommuniseres om den spesifikke kunnskapen på kan være et problem. For eksempel er det ikke sikkert at en formulering som at behandlerne i det psykiske helsevern ”*har en rød tråd inne i hodet, vet hvor de vil og hva som må til for å komme dit*”, er spesielt tillitvekkende, verken blant kolleger, overfor myndigheter eller pasienter. Mer positivt kan dette tolkes som en erfaren kliniker som her formidler en form for taus kunnskap, som er basert på erfaring og teoretisk refleksjon, og som først får verdi i relasjon til den enkelte pasienten. Men slik informanten fremstiller det her, kan det virke som denne kunnskapen er noe vedkommende bare vet at er riktig, uten at hun har fokus på metode, og kanskje heller ikke på pasientens selvforståelse og hva den synes er riktig for seg.

Det er et gjennomgående tema i intervjuene, at klinikerne vegrer seg for å ta i bruk mer standardiserte behandlingsopplegg. De begrunner dette med at standardiserte behandlingsopplegg er uforenlig med arbeidets karakter. Det vil si den individuelle tilpasningen, med vekt på å utvikle kjennskap til pasienten gjennom relasjonen. Dette beskrives av flere klinikere som å være det sentrale virkemiddel for å oppnå bedring hos pasienten. Flere forteller også at det som gjør arbeidet spesielt utfordrende, er at det sjelden er rene sykdomstyper en jobber med. Siden terskelen er relativt høy for å komme til poliklinisk behandling, møter de ofte komplekse lidelser hos pasienten. Det fortelles at det er vanlig med flere diagnoser samtidig. Ofte er det noe som kalles ”en personlighetsforstyrrelse” i tillegg til en ”symptomlidelse”, som er en angst/depresjonslidelse. Personlighetsforstyrrelser blandet opp med symptomlidelser blir beskrevet som ekstra vanskelig å behandle. Det er særlig slike forhold klinikerne fremhever når de snakker om spesialisthelsetjenestenivået der de selv jobber som veldig forskjellig fra somatiske helsetjenester, og som altså vanskeliggjør manualbert behandling. En kliniker beskriver det slik:

”Det er greit visst du har en enkel depresjon for eksempel, men visst som regel det er en personlighetsforstyrrelse ved siden av, så fungerer det ikke i løpet av disse 16 timene, og hva gjør du da? Men nå er jeg ikke en som klarer å forholde meg til de 16 timer. Jeg klarer ikke å jobbe etter manualer overhodet” (Informant 4).

Informanten ser det som problematisk at manualene aldri vil kunne bli fleksible nok til å romme det uvisse i et behandlingsopplegg. Vedkommende har erfaringer med at nye problemer kan dukke opp underveis, og at behandlingen ofte tar lenger tid enn først forventet. For vedkommende blir dette vanskelig å forene med en manualbasert tilnærming. Også andre kliniker fremhever det uvisse i behandlingsforløpet. En kliniker forteller om en erfaring fra behandling av en pasient med spiseforstyrrelse, der hun prøvde å bruke en manual det var henvist til fra direktoratet:

”I dette tilfelle så var jo ikke den personen interessert i det hele tatt. Hun ønsket å bli sett og forstått” (Informant 5).

Det er altså ikke bare relasjonen som blir avgjørende, men pasientens egne preferanser, ønsker og behov må også tas hensyn til. At en pasient ikke er interessert i å følge et foreslått behandlingsopplegg kan naturligvis håndteres på en annen måte enn her. Klinikeren kan for eksempel motivere for den aktuelle tilnæringsmåte, noe som ligger innenfor hennes makt og kompetanseområde. I dette tilfellet kunne derfor klinikeren ha valgt å overtale pasienten til å delta i et opplegg som pasienten i utgangspunktet var skeptisk til. Denne klinikerens hovedpoeng er at også manualer må brukes med skjønn. Dersom hun finner ut at pasienten ikke er interessert, og hun ser andre behandlingsalternativer som passer bedre med det behovet pasienten uttrykker, så legges manualen til side.

Variasjon i tilnæringsmåte og behandlingsmetodikk synes gjennomgående å være høyt akseptert blant klinikerne. Dette begrunnes med at det fremmer den individuelle tilnærmingen og baserer seg på mer kompleks kunnskap. Det ser ut som variasjon i behandlingsmetodikk snarere er et kvalitetsstempel enn et problem hos de som arbeider med psykiske problemer til daglig. Dette står i en klar kontrast til retorikken som har gjort seg sterkt gjeldende på overordnet styringsnivå de siste årene. Her blir det hevdet at utstrakt bruk av skjønn og individuelle tilnæringsmåter skaper for store ulikheter i behandlingstilbudet. Klinikerne på

sin side er opptatt av at det må ligge tilstrekkelig myndighet og frihet til deres arbeidsrolle, for at de skal kunne ivareta pasienten på en god måte.

7.2.3 "Vi som vet dette best" Om betydningen av nærhet, erfaring og kunnskap

Når klinikerne skal begrunne hvorfor de bør ha denne myndigheten i sin rolle, begrunnes det gjennomgående med nærhet til pasienten og lang erfaring kombinert med en teoretisk kunnskapsbase:

"Vi som behandlere, vi som vet dette best, vi må jo få gjøre det på vår egen måte"

(Informant 4).

Informanten legger vekt på den profesjonelle kunnskap og kompetanse, og mener dette legitimerer kontroll over arbeidet. Hun uttrykker skepsis til for sterk styring ovenfra, enten det er fra egen ledelse eller fra overordnede styringsinstanser. Det synes å være en tendens hos informantene til en generell skepsis og mistenksomhet til pålegg fra andre, enten det går på dokumentasjonskrav eller faglige retningslinjer. For at et endringsforslag skal få legitimitet hos klinikerne, synes det å være en forutsetning at det har sitt utspring i klinikken, eller i hvert fall har tilslutning hos klinikerne. Det pekes på at klinikerer er den som har hovedansvar for den enkelte pasient, og bør derfor også ha en aktiv rolle i både prosjektutvikling og utforming av behandlingsopplegg. De som i det daglige har en nærhet til pasientene, vil også ha meninger om hvor og på hvilke måte der er behov for å gjøre endringer i behandlingstilbudet. En informant beskriver behovet for deltakelse på følgende måte:

"Jeg tenker generelt at det skal være flere som jobber, som er på grasroten, som vet hva vi gjør og hva vi står i, som burde vært med å utforme sånne prosjekter. Det blir jo veldig mye kvantitet i stedet for kvalitet i mål hele tiden" (Informant 4).

Informanten er opptatt av forholdet mellom kvalitative og kvantitative målsetninger, og erfarer at når klinikerne ikke er med på å bestemme hvordan og hva som skal måles, blir fokuset hovedsakelig på kvantitet. Hun mener det tross alt er klinikerne som kjenner arbeidet best, og bør derfor også delta i utforming av prosjekter og målsetninger for arbeidet. Å ha god

kjennskap til arbeidet, fagkompetanse og erfaring, samt nærhet til pasienten, brukes som begrunnelse for å myndiggjøre behandlerrollen.

En gjennomgående tendens i dette materialet er at klinikerne beskriver sitt yrke og dets innhold til å være komplekst og forskjellig fra andre helsetjenester. Relasjonen mellom terapeut og pasient trekkes frem som et av de viktigste kjennetegnene på arbeidet. Kvaliteten på relasjonen er viktig for behandlingsutfallet, og ofte overordnet metodevalg. Dette vanskeliggjør bruk av manualer og standarder for behandlingsopplegg, og legitimerer en utstrakt myndighet til behandlerrollen. Det ser ut som det er vanskelig for klinikerne å snakke om sine arbeidsmetoder. Dette kan skyldes at et behandlingsopplegg både inneholder en rekke usikkerhetsmoment knyttet til pasienten og dens sykdomsbilde, og at klinikerne vanligvis integrerer flere metoder og tilnæringsmåter i behandlingsarbeidet, uten at hun nødvendigvis er dette bevisst.

7.3 Hvordan erfarer klinikerne endringene i arbeidshverdagen?

Når klinikerne snakket om endringer i egen arbeidshverdag, var det først og fremst endringer knyttet til standardisering, registrering og produktivitetskrav, og graden av egen autonomi, de ønsket å snakke om og var opptatt av. Flere uttrykte forvirring omkring egen yrkesrolle, som en konsekvens av de opplevde endringene.

7.3.1 "Hva er godt nok da?" Om identitet og kontroll over arbeidet

Informantene forteller om flere pålegg og arbeidskrav, og en opplevelse av mindre myndighet enn før. Flere uttrykker bekymring for å miste kontrollen over egen arbeidssituasjon:

"Selv om jeg har mer tyngde nå enn jeg hadde før, er det likevel mer sånn nå at du har mindre autonomi, eller i hvert fall føler jeg mindre autonomi enn før. Det er min opplevelse (..) Ja, at du har mindre kontroll over egen arbeidssituasjon, du må gjøre det, du må være der, du må.. du må.. kan du ta noen innkallinger, kan du gjøre sånn (..) Selvfølgelig går det an å si i fra, og gjøre noe med det, men før var man ikke nødt å si fra om sånt. Jeg følte ikke jeg ble styrt på den måten, for det lå i kortene at slikt gjorde man ikke, man styrte ikke og fortalte ikke fagpersoner hva de skulle gjøre, akkurat som de var en arbeider i en industribedrift. Men det skjer nå, og det synes jeg er veldig pussig" (Informant 2).

Informanten er frustrert og opplever at hennes fagkompetanse ikke blir tatt på alvor. Hun reagerer på at andre skal fortelle en ”fagperson” hvordan jobben skal utføres, og hun sammenlikner seg med en arbeider i en industribedrift. Hennes fremstilling viser at forsøk på å begrense autonomi og regulere klinikernes kontroll over egen arbeidssituasjon, kan skape en rolleforvirring hos klinikerne. Hun synes imidlertid å være bevist på å fremstille seg selv som fagperson gjennom hele intervjuet, noe som også er gjennomgående for de fleste av klinikerne jeg snakket med, i beskrivelsen av seg selv og sin rolle. Samtidig sammenlikner hun seg med en industriarbeider, en arbeidsform- og innhold som tradisjonelt er meget forskjellig fra klinikerens arbeidssituasjon. Denne sammenlikningen kan tolkes som en usikkerhet omkring egen selvevaluering knyttet til yrke. I det ene øyeblikket fremhever hun identiteten som fagperson, for så deretter å sammenlikne seg med en yrkesgruppe med en helt annen posisjon og status i samfunnet. Den identitets og rolleforvirringen som hun synliggjør her, omtales også av andre informanter, som å være et resultat av mindre opplevd kontroll over arbeidet:

”Av og til sånn litt brutalt sagt så føler vi at vi blir sett på som produksjonsarbeider og ikke medarbeider” (Informant 1).

Informantene opplever at arbeidsoppgavene blir endret, og at muligheter for medbestemmelse og deltakelse i utforming av egen arbeidsrolle har blitt svekket. De forteller at det stadig kommer pålegg og krav ovenfra, og flere gir uttrykk for at det ofte er vanskelig å se meningen i alt det nye, og dette oppleves som forvirrende:

”Visst det blir veldig mye pekefinger og at du ikke gjør godt nok, blir det en fremmedgjøring og en følelse av at du nesten går som en slave. Og hva er godt nok da? Det er merkelig, akkurat som du mister begrepet om hva som er godt nok” (Informant 2).

”Hva er godt nok?” spør denne informanten, som beskriver en situasjon med forvirring og usikkerhet. Hun opplever redusert kontroll over arbeidet, og dette kan også påvirke identiteten som profesjonell yrkesutøver. Sammenlikningen med slave er nok satt på spissen, men likevel et sterkt uttrykk for hennes erfaring med at arbeidet i større grad kontrolleres av andre. Begrepene fremmedgjøring, produksjonsarbeider og slave går igjen hos flere av klinikerne når de skal beskrive hvordan de opplever endringene i egen yrkesrolle de siste årene. Klinikernes beskrivelse av egen arbeidssituasjon, er ikke ulik den som kjennetegner

Scientific Management tradisjonen. Forstått som at klinikerne i større grad opplever å bli styrt av retningslinjer utenfor egen kontroll, bli kontrollert og overvåket, og stilt til ansvar i forhold til produktivitetskrav. På samme måte som Taylor delte opp og forenklet arbeidsoppgaver, og overvåket og kontrollerte sine ansatte i forhold til fastlagte standarder. Disse endringene i forhold til kontroll over arbeidet innebærer en vesentlig endring og omforming av den kliniske rollen. En endring som informantene beskriver også fører med seg utfordringer for den profesjonelle identiteten. Følgende uttalelse fra en kliniker synes jeg illustrerer usikkerhet omkring egen identitet på en god måte:

”Hva som forgår må jeg innrømme at jeg ikke er orientert om. Jeg er bare en fagperson. Har lang erfaring og sånn, men jeg er jo på gulvet. Føler meg på grasrotplan” (Informant 2).

Informanten beskriver en situasjon der erfaring, som av klinikerne blir vektlagt som en forutsetning for å utvikle gode behandlingsopplegg, ikke har noen betydning når det skal utarbeides nye kliniske retningslinjer. Hun synes å oppleve sin kompetanse og erfaring som ubetydelig i den større sammenhengen, og beskriver sin rolle som en arbeider *”på grasroten”* eller *”på gulvet”*. En vanlig beskrivelse av en industri/produksjonsarbeider, men som vekker oppsikt når det brukes av en kliniker for å beskrive egen rolle. En informant fra poliklinikkledelsen, som også er kliniker, beskriver hvor viktig det er at klinikerne beholder sin identitet og rolle som profesjonell fagutøver. Han mener det ikke nødvendigvis er negativt at det kommer nye reformer og retningslinjer, bare hensynet til den faglige integriteten ivaretas. Om standardisering i form av *”behandlingspakker”* sier han følgende:

”Vel og bra det, visst ikke det blir en slags konsekvens av det, at visst ikke du bruker den pakken, så er det ikke skikkelig behandling. Det reagerer jeg på.. Og det er klart, vi velger det hjelpemidlet som vi vurderer som mest hensiktsmessig i forhold til den pasienten, og den utforming av problematikken som den pasienten har. Det er min faglige vurdering, profesjonelle vurdering. Den kan ikke bestemmes av andre nei. Visst en gjør det, da mister jeg min faglige integritet(..) Så jeg vil ha retten til å bruke det når jeg mener det er hensiktsmessig, men jeg reagerer visst de skal bli en tvang(..) For pasienter er forskjellige. For noen fungerer det godt å bruke en pakke, for andre så er det andre måter å jobbe på som er hensiktsmessige. Muligheten til å foreta det valget mener jeg hører til på et faglig profesjonelt nivå, hos behandlerne” (Informant 8).

For å bevare den faglige integriteten mener han det bør være opp til klinikerens faglige vurdering å bestemme hvilke metode som skal brukes. Han har ikke noe i mot at det finnes ”behandlingspakker”, men vil at klinkerne selv skal bestemme om de skal brukes i det enkelte tilfelle. Pakkene må sees på som hjelpemidler, men det er viktig at kontrollen over arbeidet er plassert hos klinikerens, som har den nødvendige nærhet, erfaring og kunnskap.

I den grad klinkerne uttrykker bekymring for å miste kontrollen over egen arbeidssituasjon, så ser det ut til å være sterkt knyttet til en opplevelse av å bli styrt av mennesker de ikke har tillit til, og som oppfattes heller ikke å forstå innholdet i, og verdien av klinikernes arbeid.

I dette materialet finner jeg ingen tegn til at klinikerne også er redde for miste makt, fordi pasientenes rettigheter er styrket, og det er en intensjon at de skal få større innflytelse. Tvert i mot kan det se ut for at klinikerens allierer seg med pasienten, og det er selve det terapeutiske forholdet mellom dem som beskrives som truet. Gjennomgangstema i dette intervju materialet kan spissformuleres slik: Skal jeg ha mulighet for å stille opp med det som pasienten trenger, så må jeg nødvendigvis ha en viss selvstendighet og ganske stor frihet, og det må finnes en viss tillit i systemet, også til min kompetanse.

7.3.2 ”Det går nesten ikke an å forholde seg til det som fagutøver..” Om økonomispråket og produktivitetsbegrepet

Identiteten som fagutøver beskrives av enkelte klinikere på en måte som signaliserer utrygghet om egen yrkesrolle. Dette forsterkes av at klinikerne i sin arbeidshverdag, i stadig større grad, må forholde seg til nye krav og en ny begrepsterminologi, tilhørende andre fagretninger enn de som klinikerne har sin tilknytning til gjennom profesjonsutdanningene. Flere av klinikerne uttrykker blant annet bekymring for at økonomi og økonomispråk blander seg inn i behandlingsarbeidet:

”Når man innfører disse økonomiske begrepene som brukere, bestillere og sånt.. Det er en sånn forferdelig tankeendring, at det går nesten ikke an å forholde seg til det som fagutøver (sukk). Det går ikke an å integrere disse økonomiske begrepene i det faglige. Og så gjøres det likevel” (Informant 3).

Informanten uttrykker sterk fortvilelse og frustrasjon over de nye økonomibegrepene, som hun opplever ikke hører hjemme og ikke gir mening innenfor det området hun arbeider. Hun mener et så sterkt fokus på økonomi er vanskelig å forene med hennes rolle som fagutøver. En annen informant beskriver hvordan alt fokuset på måling og produktivitet, tar oppmerksomheten bort fra innholdet i arbeidet og det som er viktig der:

”Stabilitet og kontinuitet som et faglig bidrag, det teller mindre, langsiktighet teller mindre, forebyggig teller mindre. Det å måle produktivitet i form av tall, i forhold til antall konsultasjoner, det blir en fasade som er fin på statistikken, på papiret” (Informant 2).

Informanten beskriver at økt fokus på økonomi også innebærer et skifte av fokus. Fokus forskyves ikke bare fra innhold mot form, men også fra det som skjer inne i terapisammenheng, til det som står på papiret, eller fra reell praksis, til det som kan telles og måles. En annen informant beskriver produktivitetskravene slik hun erfarer de, på følgende måte:

”Nå har det blitt sånn; nå skal vi si deg hvor mange du kan ha, og så skal du holde det målet, helst øke det. Sånne produktivitetskrav. Og det er veldig vanskelig i forhold til å jobbe med så syke mennesker, som er i en forskjellig del av sin sykdom, altså periode av sin sykdom. Noen kan være ganske godt fungerende i perioder, og så blir de sykere, og da krever de en annen oppfølging” (informant 3).

Informanten synes her samtidig å gi uttrykk for misnøye med en ny ledelses- og styringsform som er mer knyttet opp mot resultatmål, og hvordan dette formidles til henne. Hun beskriver en situasjon hvor klinikerens gjøres liten og får beskjed som en underordnet. Sitatet kan oppfattes som et uttrykk for en fortvilelse over at hele denne situasjonen oppstår, fordi de som har makt, ikke kjenner til hva det er hun jobber med. For å tydeliggjøre dette brukes ord som illustrerer at det er vanskelig å forutsi hva de hun jobber med vil ha behov for, i ulike situasjoner og perioder. Sykdomsbegrepet ser for eksempel ut til å få en mening som understreker fortvilelsen over at ingen skjønner hennes arbeidssituasjon. Nøkternt sett pekes det imidlertid bare på at arbeidet er av en slik karakter, at klinikerens må ha mulighet til å tilpasse behandlingen til det forløp som kjennetegner den enkeltes sykdoms- og bedringsprosess, uten å være bunden opp av produktivitetskrav. Uforutsigbarhet blir her en av flere faktorer som det er vanskelig å forene med så vel produktivitetskrav som

standardisering. Informanten gir også uttrykk for at fokus på produktivitet har økt betydelig i løpet av den perioden hun har jobbet i psykiatrisk poliklinikk, og er bekymret for dette.

Økte registreringskrav settes også i sammenheng med økonomisering av behandlingsarbeidet. En informant uttrykker fortvilelse fordi hun ikke forstår registreringens relevans for de pasientene hun jobber med:

”Hva registrerer vi egentlig til, og hva bruker vi det til? Det er jo fordi vi skal effektivisere et eller annet igjen. De skal putte mer inn på samme tiden hele tiden (...) Det spørres hva kvalitet er og hva er kvantitet, og hva er det vi måles ut i fra? Og jeg synes foreløpig så har en ikke funnet noen god nok grunn til å måle(...) Du har den opplevelse av at det er økonomene på toppen som bestemmer, men de ser ikke pasienten. Og det er faktisk mennesker du jobber med hele tiden, og i hvert fall når du jobber i fagfeltet, og når de er veldig dårlig.. det er jo mitt ansvar. Visst jeg ikke handler ut i fra hvordan den pasienten sier han har det, og det skjer noe med den pasienten. Det er ikke økonomene på toppen som tar ansvaret da. Det er noe med at du overser noe, fordi du skulle vært så flink til å være effektiv eksempelvis ” (Informant 4).

Informanten gir uttrykk for stor frustrasjon over målings- og dokumentasjonskravene. De beskrives som først og fremst å være initiert av økonomene, som ikke føler ansvar for pasientene, men har fokus på effektivitet og inntjening. Dette opprører henne, og hun stiller også spørsmål ved kvalitetsbegrepet, og hvorfor det ikke er mer fokus på dette. Slik hun beskriver det, har målingene først og fremst et kvantitativt preg, som hun setter i sammenheng med effektiviseringsformål. Greit nok å måle, visst det er til pasientens beste, men visst det er for å tilfredsstille økonomene og økonomiske motiver, synes hun ikke det er god nok grunn til å måle. Hun vektlegger som de andre klinikerne, betydningen av egen kontroll over arbeidet. Hun uttrykker frustrasjon fordi hun opplever at det er andre som bestemmer over arbeidet, og særlig økonomene blir fremstilt som ”skurker”. Hun blir opprørt over at økonomene som verken har behandlingsfaglig kompetanse eller nærhet til pasienten, skal legge føringer for behandlingstilbudet. Som kliniker føler hun et ansvar for hver enkelt pasient, og dette ansvaret fremheves som en særlig viktig dimensjon ved behandlingen. Ansvaret oppstår i møtet mellom terapeut og pasient, og det er i dette møtet hun som terapeut har mulighet til å se hvilke behandling pasienten trenger. Slik det fremstilles av denne informanten ønsker hun både større autonomi over egen arbeidssituasjon, samt større kontroll med premissene for målings – og dokumentasjonsarbeidet. Også andre informanter uttrykker fortvilelse over de

økte kravene til dokumentasjon, som de opplever ikke fanger opp det viktigste med arbeidet, slik de ser det:

”For da tenker jeg at det viktigste jeg gjør i forhold til de pasientene jeg har, det å jobbe med det relasjonelle, det blir jo veldig vanskelig å registrere og måle det” (Informant 3).

Denne informanten peker på utfordringer knyttet til å omforme praksis til målbare størrelser. Hun bruker relasjon som eksempel på dette. Dette fordi relasjon slik hun ser det, aldri blir mulig å sette på en formel, eller gjøre til noe kvantitativt. Dermed er også faren til stede, for at relasjonsdimensjonen blir oversett, dersom resultatevalueringer og endringstiltak utarbeides etter en kvantitative/økonomiske prinsipper.

7.4 Utfordring for styrings – og ledelsesnivå

Den foregående analysen har vist at de pågående styringsendringene i psykiske helsevern, med vektlegging av kontroll, etterrettelighet og transparens, synes å utfordre klinikernes tradisjonelle autonomi og identitet. Samtidig blir det på ulike nivåer i organisasjonen nødvendig å reflektere omkring hvilke rolle klinikerne skal ha, og hvilke form for kontroll som skal benyttes. I dette avsnittet vil jeg undersøke erfaringer knyttet til endringer i den kliniske arbeidshverdagen på styrings – og ledelses nivå. Hvordan beskrives målsetninger og utfordringer, og hvordan arbeides det med å håndtere styrings – og reguleringsprosessene?

7.4.1 ”Det lukkede rom” Om behandlingens manglende etterrettelighet

Mens det å beholde kontrollen over arbeidet på et lavest mulig profesjonelt nivå, fremstilles som et kvalitetsstempel av klinikerne, blir dette oppfattet som et problem hos de overordnede styringsinstanser. Både hos myndighetene, den øverste fagledelse i Psykiatrisk Divisjon og i Legeforeningen, er det en uttalt målsetning å redusere den enkelte klinikers autonomi, slik at behandlingstilbudet gjøres mer uavhengig av det personlige. Myndighetene vektlegger både utvikling av kliniske retningslinjer, og arbeid for å gjøre tjenesten mer transparent, for å oppnå økt kontroll med behandlingsarbeidet. Også på ledelsesnivå i Psykiatrisk Divisjon blir det pekt på som et problem, at for stor del av kontrollen med arbeidet er plassert hos den enkelte behandler. Dette fordi det gjør behandlingstilbudet for mye avhengig av egenskaper

hos den enkelte terapeut. Den institusjonelle rammen rundt arbeidet fremheves også å bidra til å forsterke kontrollbehovet, fordi størstedelen av arbeidet foregår i det ”lukkede rom”, avskjært fra offentlighetens innsyn. Flere informanter beskriver dette som en utfordring for tjenestens kvalitet:

”Litt av det vi sliter med, er at det er den enkelte behandlers fagbakgrunn, utdannelse og forståelse som regulerer hva type behandling de faktisk får” (Informant 9).

”Vi har en kultur hvor det har vært individbasert alt som har med terapi å gjøre. Når man lukker døren til terapirommet, så er det ingen som har innsyn. Det er ingen som vet hva som skjer mellom pasienten og behandleren” (Informant 6).

Både myndighetene og Legeforeningen arbeider med å utvikle og innføre mer systematisk bruk av retningslinjer, prosedyrer og kunnskapsbaserte behandlingsprogram i psykiatrisk utredning og behandling. Jeg var interessert i å vite hvilke erfaringer ledelsen har gjort seg rundt innføring av disse nye retningslinjene og styringsverktøyene, og spurte derfor informanter fra ulike nivåer på ledelses- og styringsnivå om dette.

7.4.2 ”Nei, dette bryr vi oss ikke om..” Om manglende disiplin

En informant fra overordnet styringsnivå oppfatter at det i praksisfeltet er stor motstand mot alt som handler om endringer, og ønsker seg en større disiplin og lojalitet til overordnede beslutninger:

”Det er en vanvittig jobb og gjøre fra man blir enig om noe, til man får implementert det. Og det krever en helt annen kultur for lojalitet (...)Folk, delvis individuelt, delvis faggrupper, og delvis på lokale institusjoner, sier at nei, dette bryr vi oss ikke om. Så det er en liten vilje til det. En liten disiplin. Det er en stor grad av autonomi, og visst en ikke er enig, så gjør en det ikke (...) Spesialisthelsetjenesten er notorisk vanskelig å disiplinere. Disse høyere utdanningsfolkene, spesialistene, de er litt vanskeligere i forhold til å gjøre tingene, de spriker veldig fort. Det er vanskelig å få konsistente mål og arbeidsmetoder som gjør at folk gjør det samme. Det blir ulik praksis” (Informant 6).

Informanten mener behandlerne har for stor grad av autonomi, og synes å mene at dette skyldes en kultur preget av individualitet. Han bruker ordet ”*manglende disiplin*” for å beskrive situasjonen slik han erfarer det. Dette er et kraftig utsagn, og koblet opp mot en diskusjon om kontroll over arbeidet, må det tolkes som vedkommende ønsker en reduksjon av klinikernes myndighet. Han mener dette bør erstattes av økende lojalitet til det som blir bestemt på overordnet nivå, altså en mer hierarkisk organisering av myndighetsutøvelse. Dette kan tolkes som en holdning til klinikernes rolle i arbeidet som ligger tett opp mot en byråkratisk tradisjon. Slik det fremstilles av informanten her, synes det som han antar at årsakene til motstanden mot endringene av klinisk praksis, først og fremst må tilskrives udisiplinerte klinikere, og ikke innholdet i endringene som sådan. Også i uttalelser fra myndighetene, her representert med daværende Helseminister Ansgar Gabrielsen, fremstilles en negativ kultur i faggruppene, forstått som lite endringsvillige fagfolk:

”En fellesnevner er behovet for en endring i holdninger og behandlingskultur. Med dette mener jeg at tjenesten må bli bedre til å ta i bruk dokumentert kunnskap. Behandlerne må se kritisk på egen ”ekspertrolle” i forhold til samspillet med brukere, pårørende og andre samarbeidspartnere. I overraskende liten grad synes det å være konsensus i fagmiljøene om arbeidsmåter og innhold i behandlingen. Tjenesten synes etter min mening å preges av en tvetydighet når det gjelder holdning til måling og dokumentasjonskrav, og dermed i forhold til nytte og effekt av de ulike behandlingsmetodene”.

(http://odin.dep.no/dok/andre_dok/rapporter/048071-990114).

Klinikerne beskrives her som vanskelig å få med på endringer i forhold til både standardisering og evaluering av egne arbeidsformer, og de fremstilles som lite kritiske til egen rolle. En informant fra overordnet styringsnivå er frustrert fordi han opplever at endringer er vanskelig å implementere i det kliniske feltet. For å illustrere dette forteller han om hvordan det i praksisfeltet for eksempel blir argumentert mot standardisering av behandlingsopplegg:

”Det blir ofte brukt som argument at folk er så individuelt forskjellig. Men det er jo de også når de får behandling for kreft og hva som helst (..) Jeg har aldri syntes at det har vært noe godt argument mot standardisering, fordi at visst du ikke har det, så får du det at ethvert individ skal vurderes individuelt av individuell behandler. Så vet vi av all kunnskapsutvikling eller forskning, at da får du en spredning av praksis, som er helt umulig å ha noen formening

om er bra eller ikke bra. Godt hende det er bra for noen, og visst du er god nok så kan det bli veldig god behandling, men det kan også føre til at det blir helt tilfeldig, at den som sitter der gir helt annen behandling enn den som sitter der. Den pasienten som møter på en poliklinikk får helt annen utredning enn en annen pasient. Og det aksepterer en ikke når det gjelder hjerte og kreftsykdommer og sånt, og det skulle heller ikke vi ha gjort. Rom til å individualisere tilnærming, det finnes likevel synes jeg. Dess mer struktur en har på behandlingen, dess mer kan en tillate seg også å individualisere folk sine individuelle behov” (Informant 6).

Informanten synes ikke individualitet er noe godt argument mot standardisering. Han mener det er viktigere for kvaliteten i fagfeltet å redusere variasjoner i behandlingstilbudet, som kan oppstå som følge av *for lite* standardisering. Han sammenlikner psykisk helsevern med det somatiske helsetjenestefeltet, og antyder at dagens individbaserte praksis i det psykiske helsevernet, aldri ville blitt akseptert innenfor medisinen. Dette kan tolkes som at han mener psykisk helsevern ikke er så forskjellig fra somatiske helsetjenester i sin art, og derfor bør kunne følge samme medisinske logikk. Han synes å mene at for stor grad av individuell tilnærming, uten overordnede retningslinjer, vanskeliggjør kontroll med behandlingsarbeidet, og utgjør en trussel mot kvaliteten på tjenesten.

Informanter fra poliklinikkledelsen synes å være opptatt av andre årsaksforklaringer når de blir spurt om utfordringer i forhold til implementering av endringer i klinisk praksis. De mener blant annet motstanden kan skyldes at klinikerne blir for lite involvert i endringsarbeidet. Disse informantene har også erfaringer med at det er vanskelig å implementere pålagte endringer, men peker på at mye av dette kan skyldes manglende tiltro og tilslutning til målsetningene, og ikke nødvendigvis en negativ kultur hos klinikerne:

”Jeg synes ikke det skal være sånn, at man ikke skal gjøre endringer, eller ikke skal måle, men det må knyttes opp mot noe som skal være meningsfullt for de det gjelder, ikke som et verktøy i seg selv. Det blir ikke alltid logisk det som skjer, det er det jeg savner(..) Visst det kan skape noe som faktisk kommer pasientene til gode, så tror jeg de aller fleste klinikere vil oppleve det som meningsfullt, også det ekstra arbeidet det vil innebære. Men der har de over oss et forklaringsproblem, i forhold til en de tiltak som blir iverksatt, og de krav som blir lagt på oss(..) Verden blir så enormt forskjellig av og til” (Informant 7).

Informanten mener at endringer kan være viktig og bra, men ønsker mer kontroll med premissene for arbeidet. Endringsarbeidet må bli opplevd som meningsfullt av de i klinikken, og ikke som et mål i seg selv. Dermed må også arbeidet ta utgangspunkt i situasjonen og behovene slik de er på den enkelte klinikk, og dette krever større grad av involvering fra klinikerne. Han synes også å mene at det er en utfordring knyttet til å bedre kommunikasjon mellom nivåene, for å kunne formidle til styringsnivå hva som er de faktiske behovene på klinikken. Han etterlyser større kontroll med premissene for endringsarbeidet, men kanskje først og fremst etterlyser han bedre samarbeid, slik at forståelsen mellom nivåene øker, og endringstiltakene kan stå i forhold til reelle behov på klinikken. Slik at de ikke blir opplevd som meningsløse, som ”*verktøy i seg selv*”, slik han uttrykker det.

7.5 Oppsummering

En oppsummering av klinikernes erfaringer med endringsprosessene, er at det råder en generell skepsis hos klinikerne til det nye. I intervjuene trekker klinikerne først og fremst frem utfordringer knyttet til egen rolle, og frykt for redusert autonomi. Noen fremstår faktisk som litt forvirret når det gjelder definisjon av egen yrkesrolle og selvevaluering knyttet til denne. Måten dette fremstilles på antyder at årsaken til dette er å finne i endrede betingelser for fagutøvelse som følge av endrede relasjoner mellom organisasjon og profesjon. Klinikerne beskriver blant annet at mange av de nye kravene de erfarer i sin arbeidshverdag er uforenlig med deres rolle som fagutøver. De trekker frem både krav om standardisering, økt fokus på økonomi og produktivitet og ”meningsløst” registreringsarbeid, som eksempler på dette.

Ledelsens utfordringer knytter seg først og fremst til hvordan klare å implementere endringer knyttet til innarbeiding av felles kliniske retningslinjer og nye prosedyrer for registrering – og måling, i en klinisk praksis som er sterkt individbasert. Fra styrings – og ledelsesnivå er det en prioritert oppgave å arbeide for en større grad av likehet i tjenestetilbudene. Der innsyn og etterrettelighet i terapiarbeidet, følger som naturlige forutsetninger for å oppnå dette.

Klinikerne beskrives som motvillige og illojale til overordnede pålegg og direktiver, og noen informanter peker på en rigid kultur som årsak til dette. Informanter fra lavere ledelsesnivå, peker imidlertid på at dette ikke behøver å skyldes egenskaper knyttet til kultur. Det kan likefullt tilskrives uenighet om premissene for endringene, eller for liten klinisk involvering, slik at endringene ikke oppleves som meningsfulle for klinikerne.

Kapittel 8: Analytiske betraktninger og konklusjon

8.1 Innledende bemerkninger

De pågående styringsreformene synes å føre med seg en endring i hvordan det tenkes om psykisk helsevern, om arbeidets art, og forventninger til de som utfører arbeidet. Dette kommer tydeligst til uttrykk i styringsdokumenter og rapporter fra myndighetene og den øverste fagledelse, representert ved Legeforeningen. Det etterlyses økende grad av standardisering av arbeidet, flere kliniske retningslinjer, større grad av etterrettelighet og mindre bruk av skjønn i det kliniske behandlingsarbeidet. Representanter fra overordnet styringsnivå erfarer at implementering av nye retningslinjer og prosedyrer er vanskelig, og ønsker mer lojalitet til overordnede beslutninger fra klinikerne. Styringsreformene viser tendenser i retning av en mer byråkratisk organisasjonsmodell, med hierarkisk organisering av myndighet. Hvordan disse endringene på makro nivå virker inn på klinikernes arbeidshverdag, kan forstås gjennom prosesser knyttet til identitetsregulering. Gjennom endringer i styringsform og forventninger til klinisk praksis, legges det på makronivå rammer og betingelser for hvordan klinikerne tenker om seg selv og egen rolle. Hvordan klinikerne i neste omgang håndterer dette, blir også en del av identitetsreguleringsprosessen. Klinikerne beskriver i dag en situasjon der de erfarer mindre kontroll over eget arbeid, og økende krav om etterrettelighet. Men hva innebærer egentlig dette, og hvordan håndteres det?

I dette avsluttende kapittelet vil jeg først gjøre en kort oppsummering av den empiriske undersøkelsen. Deretter vil jeg presentere aktuelle funn og tendenser i forhold til det analytiske perspektivet som er anlagt. Jeg avslutter med en kort konklusjon og noen tanker for å inspirere til videre forskning på området.

8.2 Den kliniske arbeidshverdagen. En oppsummering

Når klinikerne snakker om sitt arbeid, er de opptatt av å fremheve at det er forskjellig fra andre fagfelt. Særlig legger de vekt på å definere psykisk helsevern i forhold til det somatiske helsefeltet. Blant annet forteller de om uforutsigbare pasientforløp, at det ofte er flere diagnoser, at behandlingen må tilpasses individuelt, og at relasjonen til pasienten har stor betydning for behandlingsutfallet. En informant sier for eksempel at fagfeltet er så komplekst,

at det krever spisskompetanse. Denne oppfatningen av arbeidets karakter og kompetansebehov, er av vesentlig betydning for hvordan klinikerne definerer egen rolle, og behovet for profesjonell kontroll over arbeidsområdet. En gjennomgående tendens i undersøkelsen er at klinikerne mener de bør ha en vesentlig grad av kontroll over arbeidet. Dette begrunner de med at de har viktig erfaring og teoretisk kompetanse, i tillegg til at de har en forpliktelse og et personlig ansvar for pasienten. Derfor bør de også ha en vesentlig grad av frihet og selvstendighet til å utforme behandlingsopplegg i tråd med egen faglig overbevisning, og hensyn til pasientens behov.

Relasjonen til pasienten fremheves av alle klinikere som å være viktig. Hos noen fremheves den til og med å være overordnet metodevalg. Hva som skal forstås med relasjon, er imidlertid ikke alltid like tydelig, men det ble fremhevet at relasjonsskaping krever tid og tålmodighet for å se og forstå pasienten, og at det sjelden er forenelig med effektivitetshensyn. Bruken av relasjonsbegrepet kan tolkes som en abstraksjon av kunnskap. Relasjon blir noe særegent for fagfeltet, som det forutsettes at klinikerne har en kompetanse på, men som er vanskelig å beskrive til andre. Kanskje kan relasjonskompetanse oppfattes som en form for taus kunnskap. Det som er noe overraskende, er at mens relasjon tillegges vesentlig betydning hos klinikerne, er det i svært liten grad et tema hos poliklinikkledelsen eller på overordnet styringsnivå. Her er det andre forhold ved behandlingsarbeidet som blir vektlagt.

På spørsmål om utvikling i behandlingsfaglige retninger, var det flere som fremhevet at de ikke opplevde noen av de tradisjonelle behandlingsmodellene som spesielt dominerende. De fleste mente at de hadde relativt stor frihet til å bruke forskjellige behandlingstilnæringer i pasientarbeidet. Den variasjon i behandling som fulgte av dette mente de var til det beste for pasienten, fordi det fremmet en individuell tilnærming. Det klinikerne derimot oppfattet som problematisk, var det som kan beskrives som en ”økonomisering” av behandlingsarbeidet. De var kritiske til det stadig økende registrerings - og dokumenteringsarbeidet som ble pålagt, sammen med innføring av en økonomisk begrepsterminologi. Dette ble av klinikerne tilskrevet effektiviseringshensyn, og ble oppfattet som en stressfaktor i arbeidshverdagen. Ingen av klinikerne snakket om dette som ledd i kvalitetsforbedring av klinisk praksis.

En tendens i måten klinikerne snakker på, er at det de mener er det viktigste i arbeidet, ikke lenger blir tilstrekkelig anerkjent av overordnet styringsnivå. Klinikerne blir i større grad stilt til ansvar for sitt arbeid i form av dokumentering og registrering, og opplever at mye av

arbeidstiden går med til dette, på bekostning av pasientarbeidet. Dette gjør at mange klinikere blir usikre på forventninger til egen yrkesrolle. Det legges nye betingelser for det kliniske arbeidet, som kan utløse en diskontinuitet i klinikernes egen selvidentitet. Noen klinikere reagerer med forvirring; ”Hva er godt nok da?” spør en fortvilet informant.

Samtidig som en del klinikere uttrykker fortvilelse, er det også en tendens til at de er opptatt av å bevare så mye som mulig av egen kontroll over arbeid. Flere klinikere mener det er deres ansvar som fagfolk å ikke ubetinget integrere nye retningslinjer og tilnæringsmåter i behandlingsarbeidet, dersom de mener disse vil forringe kvaliteten på det pasientrettede arbeidet. Riktignok er de ”lydige” som en informant beskriver det, og forholder seg til det som er bestemt når de må. Samtidig prøver de å tilpasse det nye til slik de gjorde det før, og noen reformer og endringsforsøk blir ganske enkelt boikottet. Gjennomføringen av KEPP prosjektet, er et eksempel på at klinikere gjør endringer i den foreskrevne tilnæringsmåte, eller lar være å implementere nye prosedyrer, ut fra egen faglig overbevisning.

8.3 Identitetsreguleringsprosesser og noen utviklingstendenser

8.3.1 Deprofesjonaliseringshypotesen

Når klinikerne under intervjuene omtaler seg selv eller kollegaer, bruker de gjennomgående begrepet fagperson(er). Profesjonsdimensjonen nedtones, også når det blir snakket om ulikheter i behandlingstilnærming. Det klinikerne er mest opptatt av, er forskjellene mellom fagfolkene på ”grasrotten”, og eksperter og instanser utenfor klinikken, som i stadig større grad legger føringer for hvordan det kliniske arbeidet skal utføres. KEPP prosjektet er et eksempel på at kliniske retningslinjer blir utarbeidet av en gruppe utenfor klinikken. De metodene fagfolkene hadde blitt enige om å benytte for å redusere ”ikke møtt problematikk”, skulle erstattes av prosedyrer utarbeidet på ekspert/ledelsesnivå. Der klinikerne tideligere la ned mye arbeid i å skrive personlige brev, og tilpasse disse den individuelle pasient, på KEPP prosjektet klinikerne å bruke bestemte brevmaler.

Denne formen for styring av praksis gjennom å legge nye betingelser for det kliniske arbeidet, håndteres på ulike måter av klinikerne. Blant annet synes jeg å se en tendens til at klinikerne først og fremst vektlegger sin identitet som fagperson, fremfor profesjonsidentitet og tilhørighet. Begrepet fagperson må oppfattes som et positivt ladet begrep, med henvisninger

til klinikere som står i en behandlerposisjon, er velkvalifiserte, men med forskjellig utdanning. Bruken av begrepet kan tolkes som et forsøk på å styrke egen legitimitet og berettigelse som yrkesutøver, samtidig som det kan sees som et uttrykk for at profesjonstilhørighet får mindre å si for klinikerens identitetsformulering.

En tolkning av dette, er at profesjon har fått en redusert betydning på det kliniske nivået. Informantene beskriver en respekt og anerkjennelse av sine kollegaer uavhengig av profesjon, men tilknyttet rollen som fagperson eller behandler. Kanskje representerer disse prosessene på klinisk nivå, en strategi for å håndtere identitetsreguleringsprosessene fra overordnet nivå. Det kan for eksempel tolkes som en del av identitetsarbeidet som utløses fordi klinikerne opplever økte krav og forventninger som ikke passer inn med den etablerte identitetsforståelsen. Det å bruke andre begrep for å snakke om seg selv og egen kompetanse på, kan tolkes som å være en måte å reformulere egen identitet på. Bruken av fellesbetegnelser som fagperson eller behandler, kan også tolkes som en motstandsstrategi fra klinikerne, mot økt fagstyring: *”Vi som behandlere, som vet dette best, vi må jo få gjøre det på vår egen måte”*, som en kliniker sier. Klinikere gir uttrykk for tilhørighet til en gruppe bestående av flere profesjoner, men med felles arbeidsoppgaver og utfordringer knyttet til det nye reguleringsregimet.

Selv om det i det empiriske materialet synes å være tendenser i retning av en deprofesjonalisering på klinisk nivå, er det viktig å påpeke at det også kan være andre tendenser som ikke blir så synlige i mitt materiale, særlig på bakgrunn av valg av informanter. Jeg intervjuet for eksempel en klar overvekt av psykologer, og kanskje ville jeg ha gjort andre funn, dersom jeg hadde hatt flere psykiatere med i undersøkelsen. Kanskje er det bare for enkelte profesjoner det er relevant å snakke om en deprofesjonaliseringstendens. Kanskje er for eksempel psykiaterne mer bevisst sin profesjonsidentitet, selv om det ikke fremkommer i dette materialet. En faktor som aktualiserer et slikt spørsmål, er at psykiaterne er den yrkesgruppen som tradisjonelt har vært kjennetegnet av den tydeligste og mest suverene profesjonsidentiteten. Og hva med de psykiatriske sykepleierne? De som tradisjonelt har hatt en sterk tilknytning til den medisinske profesjonen, selv om de har vært underordnet juridisk. Hvordan formulerer de sin identitet, som fagutøver eller i forhold til den medisinske profesjon?

I mitt materiale er det en tendens til at henvisning til fagperson - begrepet gjelder for alle på det kliniske nivået, uavhengig av profesjon. Det kan selvsagt skyldes bestemte kulturer på den aktuelle arbeidsplassen, eller andre forhold som ikke fremkommer i undersøkelsen.

Å undersøke dette videre, kan være et interessant utgangspunkt for videre forskning. Kanskje er det sikreste funnet i denne undersøkelsen, at identiteter som følge av de nye reguleringsprosessene, har blitt langt mer ustabile, og tar ulike utforminger på tvers av etablerte profesjonskulturer. Dette gjør at identitetsarbeid også blir en viktigere del av den nye kliniske hverdagen.

8.3.2 Proletariseringshypotesen

Mens klinikerne på den ene siden er opptatt av å fremheve egen kompetanse som fagperson, er det også flere som er opptatt av at egen kontroll over arbeidet er svekket. Noen sammenlikner seg med produksjonsarbeidere i industrien. Klinikerne beskriver et økende fokus på produktivitet og kostnadseffektivitet, og en økende standardisering av arbeidsoppgaver. Samtidig gir noen uttrykk for liten påvirkningsmulighet på egen arbeidsplass. De ønsker å bli sett på som ”medarbeider” og ikke ”produksjonsarbeider”. Klinikernes beskrivelser av egen arbeidshverdag i min undersøkelse, synes å gi signaler i retning av en proletariseringsprosess. Proletariseringshypotesen beskriver en situasjon der den profesjonelles arbeidsplass byråkratiseres, med tilhørende endrede forventninger til den profesjonelles rolle. Gjennom å gjøre endringer i de organisatoriske rammene, legges det også nye betingelser for hvordan de kliniske identitetene formes. Økende grad av byråkratisering av den kliniske arbeidsplassen, kan slik forstås som en styringsstrategi som skal muliggjøre økt kontroll og regulering fra myndighetene. Blant annet kjennetegnes en byråkratisk organisasjon av hierarkis organisering av myndighet, noe som sammenfaller med målsetning om økt overordnet fagstyring. Kunnskapsgrunnlaget som er en viktig forutsetning for de profesjonelles jurisdiksjonsområder og identitet, blir også en del av fagstyringen, blant annet gjennom standardisering av kunnskap. På den måten kan et slikt styringsregime utfordre både de kliniske identitetene og etablerte jurisdiksjonelle forhold.

Økende grad av fagstyring, kan føre til at de profesjonelle abstraksjonene svekkes, fordi de ikke så lett lar seg regulere eller standardisere. Forhold som kan knyttes til den enkelte klinikers kompetanse, tones ned til fordel for målsetning om mindre forskjeller mellom

behandlere, og økt standardisering av kliniske retningslinjer. I ytterste konsekvens reduseres den profesjonelle til produksjonsarbeider eller proletar, slik noen klinikere i min undersøkelse beskriver sin rolle. Dette må forstås som en arbeider med liten grad av kontroll og påvirkningsmulighet i egen arbeidssituasjon. Dersom dette er en tendens i feltet i dag, representerer det en bevegelse bort fra den myndighet som tradisjonelt har vært tillagt de profesjonelle i psykisk helsevern. Der for eksempel bruk av klinisk skjønn har vært en vesentlig del av arbeidsinnholdet. En kliniker bruker begrepet ”*fremmedgjort*” for å beskrive endringene i egen arbeidssituasjon.

Fra overordnet styringsnivå brukes begreper som endringsvilje, lojalitet og disiplin for å omtale forventninger til den kliniske rolle. Klinikere blir oppfattet som for lite disiplinerte i forhold til etterlevelse av overordnede direktiver og retningslinjer. Den kliniske kulturen blir fremstilt som negativ, med manglende evne og vilje til omstilling. Mye av det pågående endrings- og forbedringsarbeidet er ment å ha en disiplinerende virkning på klinikere. I KEPP prosjektet ble for eksempel klinikerne pålagt å etterleve de retningslinjer som ble utformet, samtidig som de ble lært opp til å registrere og dokumentere eget arbeid. Dette kan tolkes som et eksempel på hvordan klinikernes autonomi blir forsøkt redusert, eller det kan tolkes som et uttrykk for en proletariseringstendens.

Kanskje må proletariseringstendensen, ikke bare forstås som myndighetenes styringsstrategi, men må også sees i sammenheng med andre forhold på arbeidsplassen, og da særlig kjønnsforholdene. På det kliniske nivået synes det i dag å være en betydelig overvekt av kvinner. Dette gjenspeiles også i mitt intervjumateriale, der alle på dette nivået var kvinner. På høyere nivå var det derimot en klar overvekt av menn. Dette gjorde at jeg valgte å identifisere alle klinikere i denne fremstillingen som ”hun”, og alle på ledernivå som ”han”. Denne overrepresentasjonen av kvinner ”*på golvet*”, synes jeg gir signaler om en tiltakende feminisering av klinisk praksis. Mens behandling i psykisk helsevern tradisjonelt har vært dominert av menn, er kvinnene i dag i stort overtal på det kliniske nivået, særlig på DPS nivå, som jeg kjenner til. Også de nye profesjonene som har kommet til, som sykepleiere og sosionomer, er tradisjonelle kvinneyrker.

En hypotese er at kvinner oftere er i underordnede posisjoner i arbeidslivet, er mer usikre på egen rolle og identitet, og er kanskje også mindre flinke til å kreve innflytelse og myndighet. Arbeidsplasser med kvinnelig dominans og tradisjonelle kjønnsrollemønstre, vil kanskje

derfor gjøre det lettere for myndighetene å styre praksis gjennom identitetsregulering, med proletarisering som resultat. Jeg vil med dette reise noen spørsmål, fordi jeg i mitt materiale ser den tydelige overvekten av kvinner på klinisk nivå, og samtidig hører historiene som blir fortalt om redusert kontroll over eget arbeid. Jeg mener også at dette forholdet mellom feminisering og proletarisering, kan være et interessant tema for videre forskning på området.

8.3.3 Regulering og autonomi

En hypotese er at de pågående identitetsreguleringsprosessene, svekker den kliniske autonomien, gjennom en sterkere overordnet styring av klinikerne. Samtidig som den profesjonelle autonomien, som særlig Legeforeningen synes å inneha, blir befestet eller styrket, fordi myndighetene gjør seg avhengig av deres kompetanse. Når det gjelder den kliniske autonomien, er en tendens i denne undersøkelsen at klinikerne er opptatt av, og forteller om reduksjon i egen autonomi. Hva som legges i dette, er imidlertid noe uklart. Min tolkning er at når klinikerne snakker om redusert autonomi, mener de egentlig at de har mindre kontroll over egen arbeidshverdag. De forteller om flere pålagte arbeidsoppgaver, ofte i form av krav om etterrettelighet, at de har liten oversikt over hva som foregår i organisasjonene, og at de blir lite involverte i utviklingsprosjekter. I gjennomføringen av KEPP prosjektet var det for eksempel mange klinikere som påpekte at det var negativt at de ikke fikk delta i å utforme retningslinjene for prosjektet. De opplevde at det var andre utenfor klinikken som bestemte hvordan de skulle gjøre arbeidet sitt.

Når det gjelder det behandlingsfaglige arbeidet, er det imidlertid lite i mitt materiale som peker mot at den kliniske autonomien er redusert. De fleste forteller om stor frihet i valg av behandlingstilnærming og utforming av behandlingstilbud. Noen er riktignok opptatt av at de føler press fra sin ledelse i forhold til effektivitet, og det å ha mange nok pasienter og konsultasjoner. Likevel synes det som det å bevare den kliniske autonomien i møtet med den enkelte pasient, er noe alle klinikere vektlegger, og som de ser ut til å lykkes med. Denne formen for klinisk autonomi blir også av poliklinikklederne trukket frem som viktig for å gjøre et godt behandlingsarbeid. Dette står i kontrast til målsetninger på overordnet styringsnivå, om å redusere den kliniske autonomien i møtet med pasienten, til fordel for felles kliniske retningslinjer. Hvorvidt den kliniske autonomien faktisk er svekket, er derfor også et spørsmål om hvilke meningsinnhold som legges til begrepet. En tolkning av

klunikernes erfaringer med de nye styringsbetingelsene, kan være at de opplever redusert kontroll over arbeidsbetingelser og strukturelle forhold, men ikke nødvendigvis over det individuelle behandlingsarbeidet.

Når det gjelder forhold som kan knyttes til den profesjonelle autonomien, er det først og fremst Legeforeningen som peker seg ut i mitt materiale, som en profesjonsorganisasjon med sterk profesjonell autonomi. Legeforeningen deltar aktivt i å legge betingelser for praksis, blant annet gjennom rapporter, initiering og drift av forbedringsprosjekter, og gjennom arbeid med kliniske retningslinjer. På den måten bidrar Legeforeningen også til å regulere de kliniske identitetene. Videre synes det å være tendenser til en slags gjensidig avhengighet mellom Legeforeningen og myndighetene i identitetsreguleringsprosessene. Nye styringssystemer med behov for økt fagstyring, har kanskje gjort myndighetene mer avhengig av den kunnskapsbasen som Legeforeningen besitter. Legeforeningen på sin side beskytter sin profesjonelle autonomi, gjennom aktiv deltakelse i utvikling av kliniske retningslinjer eller standarder myndighetene skal styre etter.

Psykiatere synes ofte å være i overtall i forhold til andre profesjoner i viktige posisjoner i psykisk helsevern, både knyttet til ledelse og deltakelse i ulike typer endrings- og kvalitetsforbedringsarbeid. I ekspertgruppen under KEPP prosjektet var det for eksempel overvekt av leger/psykiatere i forhold til de andre profesjonene, og gruppen ble også ledet av en psykiater. Min tolkning er at dette er nokså representativt for forholdet mellom profesjonene i psykisk helsevern. Hvordan andre profesjoner erfarer sin autonomi, og i hvilke grad de blir involvert i endringsarbeid, er spørsmål det kunne vært interessant å se nærmere på i videre forskning. Særlig hadde det vært spennende å undersøke hvordan psykologene definerer sin rolle og autonomi som profesjonsorganisasjon, fordi de er den største profesjonsgruppen i psykisk helsevern.

Hvorfor Legeforeningen har fått en slik opphevet status i psykisk helsevern, er også et interessant spørsmål. Det er noe underlig at en profesjonsorganisasjon som ikke representerer den største profesjonsgruppen i psykisk helsevern, har så mye makt over fagfeltet. Min undersøkelse sier ikke noe om dette, men det kan likevel være aktuelt å nevne noen hypoteser. Legeprofesjonene er en profesjon som tradisjonelt er kjent for å ha mye makt og høy status i samfunnet. De har hatt full jurisdiksjonsrett, og de har vært sentrale i oppbygging og utvikling av velferdsstaten, og etablering av nye profesjoner. De har med andre ord hele tiden hatt en

sentral rolle i forhold til myndighetene. Kanskje har den tilliten myndighetene har hatt til Legeforeningens kompetanse opp igjennom historien, også blitt overført til psykisk helsevern.

En annen interessant hypotese, er om Legeforeningens posisjon i feltet, kan knyttes til typen kunnskap den besitter. De nye styringssystemene, impliserer at kunnskap i større grad skal gjøres vitenskaplig, og at behandling skal kunne gjøres målbar. Dette forutsetter en bestemt form for kunnskap, som kanskje først og fremst ligger til den medisinske modellen. Derfor er det kanskje i myndighetene sin interesse å ha et nært samarbeid med Legeforeningen, for å kunne implementere nye betingelser for klinisk praksis som muliggjør økt styring. Legeforeningen på sin side vil sannsynligvis også ha nytte av et slikt samarbeid, fordi det gir muligheter til både å befeste og kanskje utvide eget jurisdiksjonsområde, på et felt med flere profesjonsgrupperinger som kan tenkes å konkurrere om hegemoniet.

Forholdet mellom profesjonene og den profesjonelle autonomi, er særlig interessant fordi det kan tenkes å ha konsekvenser for hvilke type kunnskap som blir vektlagt i utvikling av fagfeltet. På den måten inngår det også som en del av identitetsreguleringsprosessen, fordi det gjennom utvikling av faglige retningslinjer legges betingelser for de kliniske identitetene.

8.3.4 Mot nye jurisdiksjonsformer?

Flere klinikerne gir uttrykk for stor tiltro til egen og andre kollegaers kompetanse, parallelt med mistillit til andre utenfor klinikken. Mange av de retningslinjer som blir pålagt, blir for eksempel oppfattet å ha andre hensikter enn å gjøre behandlingsarbeidet bedre. Effektivitet og økonomi er motiver som ofte omtales i denne sammenhengen. Økonomene trekkes frem som den yrkesgruppen som representerer den største trusselen mot klinikernes selvbestemmelse. Dette viser tendenser i retning av endrede jurisdiksjonelle forhold, der økonomene kommer nærmer klinikernes ansvarsområder. Men hva slag endring i jurisdiksjon er det snakk om? Økonomene synes å ha fått en form for jurisdiksjon, som verken er full, underordnet, rådgivende, klientdifferensiert eller teigdelt. Kanskje er det en ny form for jurisdiksjon, som handler om at økonomene har fått full jurisdiksjon på et nytt felt, men innenfor et avgrenset område. Nemlig den delen av klinisk praksis som er knyttet opp mot økonomi. Samtidig bidrar nye styringstendenser til å knytte det økonomiske tettere opp mot det behandlingsfaglige, slik at en kan spørre hvor avgrenset denne jurisdiksjonen egentlig er.

Kanskje er det derfor mer relevant å tolke den nye jurisdiksjonen som en form for intellektuell jurisdiksjon.

Endringen i de jurisdiksjonelle forholdene kan forstås som en del av identitetsreguleringen, på den måten at økonomene i større grad legger betingelser for det kliniske arbeidet. Dette synliggjør noe som kan være en dramatisk endring i forholdet mellom profesjonene. Klinikerne mister jurisdiksjon over et område av praksis som synes å være i sterk vekst. Ut fra mitt materiale, kan jeg se at dette er noe som opptar klinikerne, og som mange frykter konsekvensene av, både i forhold til egen rolle, men også i forhold til kvaliteten på det kliniske arbeidet. Flere klinikere skaper fiendebilder av økonomene, og måten de snakker på gir inntrykk av en slags ”oss mot dem” situasjon. Hvorfor noen velger å håndtere utfordringene på denne måten, kan ha flere forklaringer. For eksempel er det å gruppere verden i kategorier, en aktuell strategi for å forsterke eller forsvare egen identitet, når denne blir truet. En annen forklaring kan være at det å definere en felles fiende utenfor klinikken, kan bidra til å styrke en følelse av tilhørighet og samhold innad på klinikken. Det kan også tenkes at økonomene representerer en tenkning om praksis, som er så forskjellig fra klinikerne, at samarbeid blir oppfattet som umulig. Dette fordi det ville ha medført for stor diskontinuitet i klinikernes egen selvidentitet.

8.4 Idealtypiske reaksjonsmønstre og identitetskonstruksjoner

Hvordan klinikerer erfarer og håndterer identitetsreguleringsprosesser fra overordnet styringsnivå, og eventuell diskontinuitet knyttet til selvidentitet, vil variere. Det vil sannsynligvis ha sammenheng med egen identitetshistorie og selvforståelse, og hvilke erfaringer klinikerer har gjort seg gjennom yrkeskarrieren. Tendensen i dette datamaterialet er en usikkerhet omkring egen rolle og identitet, som følge av opplevde endringer i arbeidshverdagen. Hvilken type identitetsarbeid klinikerer tar på seg, og hvilke strategier de benytter for å gjenopprette kontinuitet, synes å utkrystallisere seg i 4 idealtypiske reaksjonsmønstre. Disse er på ingen måte gjensidig utelukkende, og en og samme kliniker kan i ulike situasjoner påta seg identitetsarbeid som beveger seg mellom idealtypene. Prosesser knyttet til identitetsregulering – og håndtering, er noe alle er opptatt av, både på

overordnet – og klinisk nivå, men på forskjellige måter og med ulikt formål. Disse idealtypiske mønstrene skal ikke bare vise klinikernes håndtering, men også hvordan det på overordnet styringsnivå blir arbeidet med prosesser knyttet til identitetsregulering.

”Fagpersonen”. Dette reaksjonsmønsteret handler om at klinikeren reformulerer sin identitet, fra profesjonsutøver til fagperson. Felles retningslinjer og krav om etterrettelighet lik for alle, utfordrer den profesjonelle identiteten. Profesjonsbegrepet har også fått et delvis negativ innhold. Dette fordi det henspiller til en gruppe som det fra overordnet styringsnivå uttrykkes sterke behov for å øke kontrollen med. Fagbegrepet må derimot tolkes som et positivt ladet begrep, som henspiller på tillit og anerkjennelse. Det å henvise til fag og identifisere seg som fagperson kan derfor være en strategi, både for å styrke egen yrkeslegitimitet og tilhørighet til et arbeidsfellesskap. Samtidig som *”fagpersonen”* fremstår som klinikernes strategi for å håndtere identitetsreguleringsprosesser, kan det også tolkes som myndighetenes strategi. Ved å legge betingelser for de kliniske identitetene, er det kanskje nettopp fagpersonen myndighetene ønsker å konstruere. Forstått som en faglig kompetent kliniker, som er opptatt av å følge de faglige retningslinjer som er bestemt fra overordnet nivå, og som lar hensyn til dette gå fremfor klinisk autonomi, og profesjonelle særegenheter. Kanskje kan bruken av begrepet fagperson tolkes som alles strategi, men med ulikt formål. På samme tid som det brukes av styringsnivå for å regulere klinisk identitet og yrkesutøvelse, ser det ut som det brukes av klinikerne eller *”de regulerte”*, som strategi for å håndtere identitetsutfordringene.

”Den strategiske klinikerer”. Dette reaksjonsmønsteret handler om at klinikeren responderer på diskontinuiteten, ved å prøve å tilpasse nye retningslinjer og krav inn i sin vante arbeidsmåte. Klinikeren modifierer og tilpasser det nye slik at hun slipper å endre på sine faglige prinsipper og identitet. Samtidig unngår hun konflikt ved at hun ikke motsetter seg det nye, men prøver å integrere det i en helhet som hun kan forsvare faglig. Dette er et reaksjonsmønster som er vanskelig å håndtere for styringsnivå. Den strategiske klinikerer er ofte lite synlig og har en yrkesidentitet som er trygg, og knyttet til arbeidsprinsipper hun tror på. Derfor vil hun også være vanskelig å styre gjennom identitetsreguleringsprosesser.

”Den avvisende klinikerer”. Dette reaksjonsmønsteret handler om at klinikeren forsøker å forsvare, og å opprettholde egen yrkesidentitet gjennom å avvise det nye som ikke passer inn i den tradisjonelle arbeidsmåten. Hun identifiserer seg med andre i samme rolle på arbeidsplassen, og kategoriserer *”fienden”* i egne grupper. Hun forsøker å sabotere nye

retningslinjer. Hun argumenterer med manglende faglighet eller kvalitet, og at det nye ikke er til pasientens beste. Hennes identitet er knyttet til rollen som terapeut, som ut fra egen kompetanse og erfaring, vet hva som er til det beste for pasienten. Den avvisende kliniker er synlig for styringsnivå, men hun er lite styrbar og derfor lite likt. Hun er gjerne den som først må slutte dersom det blir konflikter på arbeidsplassen.

”*Den entusiastiske kliniker*”. Dette reaksjonsmønsteret handler om at kliniker omfavner det nye, og er villig til å endre sine arbeidsmåter og oppfatninger slik at disse sammenfaller med nye retningslinjer og krav. Kliniker oppfatter fagutvikling som positive og spennende bidrag for feltet, og tilpasser dette til sin identitetsdannelse. Hun er lojal og disiplinert. Dette er den idealtypen som vil være mest ønskelig fra styringsnivå, fordi hun er lett å styre, og tilpasser seg lett nye betingelser for arbeidet. Hvordan hun tenker om seg selv og egen identitet, er avhengig av de rammer som til enhver tid blir lagt fra styringsnivå.

Både ”fagpersonen” og ”den entusiastiske kliniker”, kan tolkes som å være sterke og ønskelige typer i forhold til det nye reguleringsregimet. ”Den entusiastiske kliniker”, er den som mest tydelig lar seg regulere, uten at det blir oppfattet som noe negativt av henne selv. Dette fordi reguleringen håndteres på en måte som gjør at det integreres i hennes identitet. ”Fagpersonen” fremstår derimot som mer vanskelig å regulere, fordi ulike nivå synes å tillegge ulikt meningsinnhold til benevnelsen. Det fremstår som noe paradoksalt, når klinikerne synes å bruke merkelappen fagperson, som en måte å håndtere motstand mot identitetsreguleringsprosessene på. Samtidig som myndighetene på sin side, beskriver den yrkesrollen de ønsker å oppnå med reguleringen, med samme merkelapp. Hvorfor dette skjer, er et interessant spørsmål. En forklaring kan være at ord som henspeiler på faglighet og kunnskap, er svært mye brukt som målsetninger for offentlige virksomheter, både i media og i ulike dokumenter. De synes å ha blitt en slags ”honnør ord”, uten at meningsinnholdet nødvendigvis er tydelig og kjent for alle. De brukes i ulike sammenhenger, og med ulike formål. Kanskje nettopp derfor blir de også fanget opp og brukt av klinikerne, som har behov for legitimitet og anerkjennelse til sin rolle. Hvorvidt dette er en aktuell forklaring, kan ikke denne undersøkelsen svare på, men jeg synes det viser tendenser til et interessant fenomen, som kunne vært et spennende utgangspunkt for videre forskning.

8.5 Ulike nivåer – ulik håndtering av identitetsreguleringsprosessene

Et av de klareste funnene i min undersøkelse, er hvor ulikt ulike nivåer i organisasjonen opplever og håndterer det pågående endrings – og kvalitetsutviklingsarbeidet. Dette kom klarest frem i den delen av undersøkelsen som tok for seg erfaringer med KEPP prosjektet. Mens poliklinikklederne husket mye fra prosjektet, og fortalte nyansert om positive og negative erfaringer, var klinikerne lite opptatt av å snakke om dette. De husket lite, mente de hadde vært lite involverte, og var glade for at prosjektet var over. Intervjuer med informanter fra overordnet styringsnivå, viste enda tydeligere forskjeller. Her ble klinikerne beskrevet som entusiastiske og ivrige, og resultatene som gode. Dette synliggjør hvor ulike erfaringer mennesker på ulike nivåer i organisasjonen har fra det samme prosjektet. Kanskje skyldes det for liten kommunikasjon mellom nivåene, eller det kan skyldes ulike oppfatninger om prosjektets formål og relevans for praksis. Hvorfor flere klinikere mente de hadde vært så lite involvert i prosjektet, kan for eksempel skyldes at de var lite motiverte, eller prioriterte andre oppgaver. Men det kan også skyldes manglende mulighet for deltakelse, slik det ble fremstilt av noen. Uansett hva de forskjellige erfaringene skyldes, kommer det i datamaterialet frem et klart skille mellom de ulike nivåene i organisasjonen, i måten identitetsreguleringsprosessene håndteres på.

Poliklinikklederne står for eksempel i flere dilemmaer, knyttet til sin posisjon mellom styringsnivå og praksis, og sin rolle som både leder og kliniker. De beskriver utfordringer knyttet til å forene pålegg og forventninger fra overordnet styringsnivå, med hensyn til klinikernes arbeidssituasjon. De beskriver også utfordringer knyttet til en del endrings- og forbedringsarbeid som de blir pålagt, og som ikke oppleves å stå i forhold til de reelle behovene i klinikken: ”Verden blir så enormt forskjellig av og til”, som en poliklinikkleder beskriver det. Noen ganger oppleves endringsarbeidet mer som mål i seg selv, enn som middel for å forbedre praksis. Dette gjør at arbeidet blir oppfattet som lite motiverende og meningsfullt. Flere poliklinikkledere poengterte hvor viktig det er at klinikerne involveres mer i å utforme premissene for endringsarbeidet. Både for å sikre at arbeidet står i forhold til reelle behov i klinikken, men også for lette implementeringsprosessen. I mitt datamateriale synes det å være tendenser til at poliklinikklederne først og fremst er opptatt av klinikernes situasjon og prøver så langt det er mulig å tilpasse nye betingelser fra overordnet nivå, til de aktuelle forholdene i klinikken.

Noen ganger fører dette til at prosjekter får en annen betydning og utforming i klinikken, enn det som var intensjonen fra overordnet styringsnivå. KEPP prosjektet ble for eksempel av flere poliklinikkledere beskrevet først og fremst som et læringsprosjekt, for å lære en metode. Og ikke som et prosjekt for å bedre kvalitet og effektivitet i poliklinikken. Gjennom å lære metoden, mente ledere at de senere kunne bruke den på områder de selv og klinikerne ønsket å forbedre. Dette synliggjør hvor forskjellig et prosjekt kan bli oppfattet på ulike nivåer i organisasjonen. Et prosjekt som i utgangspunktet var utarbeidet av ekspertgruppen for å forbedre ”ikke-møtt” andelen i klinikken, ble av poliklinikklederne definert som et læringsprosjekt, og av klinikerne som en tilnærmet ubetydelig del av den kliniske hverdagen. Dette er et godt eksempel på hvordan identitetsreguleringen fra overordnet styringsnivå, møter selvhåndteringen av ledere og klinikere på lavere nivå, og tar andre utforminger enn det som var intensjonen.

Min undersøkelse viser også at noen poliklinikkledere forsøker å håndtere utfordringer knyttet til identitetsreguleringsprosesser, på en måte som kan gi inntrykk av at de identifiserer seg mer med sin profesjon og sin kliniske rolle, enn med posisjonen som leder. De har hele tiden fokus på klinikerne sin situasjon og forsøker å ivareta denne på en best mulig måte. Det kan likevel tenkes at andre ledere vil håndtere utfordringene på en helt annen måte. For eksempel gjennom å knytte egen identitet mer til rollen som leder, og legge vekt på å oppfylle forventninger som kommer fra overordnet nivå, for å styrke egen posisjon. Hvordan identitetsreguleringsprosessene faktisk blir håndtert av poliklinikklederne kan ta ulike utforminger, men synes å ha stor betydning for hvilke betingelser som blir lagt for de kliniske identitetene. Dette vil igjen kunne påvirke den grad av styring og regulering av det kliniske nivået, det er mulig å oppnå fra overordnet styringsnivå.

8.6 Konklusjon

Både klinikere og poliklinikkledere synes å erfare omfattende endringer i egen arbeidssituasjon knyttet til målsetning om sterkere styring med kliniske praksis. Forventninger til rollene endres, etablerte profesjonsområder utfordres, og ansvar for pasienten omformes til ansvar for resultat og dokumentasjon. Mitt perspektiv er at slik organisasjonskontroll blir forsøkt oppnådd gjennom å regulere identiteten til de ansatte. Jeg har sett på hvordan det på ulike nivåer arbeides med identitetsreguleringsprosesser og hvordan de møter klinikerne

håndtering. Jeg har også sett på hvordan dette kan føre til endringer i forholdet mellom profesjoner og mellom profesjon og organisasjon.

Et av de klareste funnene i denne undersøkelsen, er at de kliniske identitetene er blitt mer ustabile, og ikke så tett knyttet til profesjonsidentitet. Jeg har drøftet om dette kan representere en tendens i retning av deprofesjonalisering, særlig på det kliniske nivået. Videre har jeg diskutert andre forhold ved utviklingen, som kan tendere mer i retning av proletarisering av klinikerer. En mer byråkratisk organisasjonsform, sterkere fagstyring og en tiltakende feminisering, kan tale for dette. Flere klinikere forteller om redusert autonomi, men samtidig forteller mange at de også har stor frihet i det behandlingsfaglige arbeidet. Dette gir signaler om at autonomibegrepet kan tillegges ulikt meningsinnhold, og må brukes med forsiktighet. Kanskje er det først og fremst klinikernes kontroll over arbeidsbetingelser og strukturelle forhold som oppleves som svekket.

Et av de andre sentrale funnene i denne undersøkelsen, er at tradisjonelle jurisdiksjonsområder synes å være i endring, og inngår som en del av identitetsreguleringsprosessen. Økonomene har for eksempel fått en stadig viktigere posisjon. De blir av flere klinikere fremstilt som en trussel, både mot egen rolle og arbeidets kvalitet. Jeg har tolket denne utviklingen som en bevegelse i retning av en ny form for jurisdiksjon, eller som en ny form for intellektuell jurisdiksjon. Samtidig med dette fremstår Legeforningen som en mektig profesjonsorganisasjon, med stor påvirkning på det faglige området. Gjennom et nært samarbeid med myndighetene, er den en viktig premissleverandør for de betingelser for identitetsforming som blir lagt fra overordnet styringsnivå. Nye profesjoner kommer til, mens andre ser ut til å styrke sin posisjon og påvirkning. Dette legger nye rammer for hvordan identiteter formes på de ulike nivåene. Både gjennom endrede forhold mellom profesjoner, og fordi det etableres nye prinsipper og betingelser for det kliniske arbeidet.

Hvordan identitetsreguleringsprosessene blir arbeidet med på ulike nivåer, synes jeg tenderer i retning av fire idealtypiske reaksjonsmønstre, der ”fagpersonen” og ”den strategiske klinikerer” synes å være de sterkeste typene i forhold til det nye reguleringsregimet. Det som likevel fremstår som et av de tydeligst funnene i denne undersøkelsen, er hvor forskjellig ulike nivåer erfarer og håndterer de pågående endringsprosessene. Særlig kommer dette frem i undersøkelsen av KEPP prosjektet. Prosjektets formål, betydning og resultater blir beskrevet på ulike måter av alle de involverte nivåene. Denne forskjellen kan tolkes som uttrykk for de

ulike strategiene som blir benyttet for å håndtere usikkerhet og diskontinuitet i egen identitet, som følger av nye betingelser for det kliniske arbeidet. På den måten fremstår KEPP prosjektet som et godt eksempel på hvilke identitetsarbeid ulike aktører påtar seg for å håndtere identitetsreguleringsprosesser fra overordnet styringsnivå.

8.7 Videre forskning

Jeg har underveis i dette kapitlet påpekt noen områder jeg mener kunne være interessante for videre forskning. Det som særlig trer frem som en tendens i denne undersøkelsen, er bruken av ”fagperson” begrepet. Å studere hvilket meningsinnhold som tillegges dette begrepet, hvorfor det brukes så hyppig, og til ulike formål av ulike aktører, kunne være et interessant utgangspunkt for videre forskning. Videre kan dette begrepet settes i sammenheng med forming av de kliniske identitetene. Er det for eksempel forskjeller mellom profesjoner i måten klinikerne tenker om seg selv og definerer seg selv på? Vil det kanskje være mer vanlig for en psykiater enn en psykolog å referere til sin profesjonstilhørighet?

Forhold knyttet til klinisk og profesjonell autonomi er et annet område hvor jeg ser behov for videre forskning. Det synes som om klinikerne legger ulikt meningsinnhold til autonomibegrepet, og er opptatt av autonomi på forskjellige måter. Hvorvidt den kliniske autonomien faktisk er blitt redusert, er spørsmål denne undersøkelsen ikke har kunnet svare på. Forhold som kan knyttes til feminisering og proletarisering er også interessant i denne sammenheng. Er det kanskje en sammenheng mellom økte overordnede styringsambisjoner og feminisering av praksis?

Det siste feltet jeg vil trekke frem, som interessant for videre forskning, er utviklingen i forholdet mellom profesjonene. Jeg har blant annet antydnet tendenser i retning av nye jurisdiksjonsformer, men ser behov for mer forskning på dette området. Videre synes jeg spørsmålet rundt profesjonsorganisasjonenes posisjon er interessant. Hvorfor har Legeforeningen en så sentral posisjon i psykisk helsevern, og hva med de andre profesjonsorganisasjonene? Hvilke retninger går utviklingen i? Fører de pågående identitetsreguleringsprosessene til endringer i forholdet mellom profesjonsorganisasjonene, og eventuelt på hvilke måte?

Dette prosjektet har vist at det pågår omfattende endringer i psykisk helsevern, med konsekvenser for den kliniske arbeidshverdagen og de kliniske identitetene. Disse prosessene har jeg valgt å analysere som en form for styring gjennom identitetsregulering. Dette perspektivet mener jeg er viktig å ha med seg inn i studier av reformer, fordi det nettopp synliggjør hvordan styringsprosesser på makronivå, møter håndteringen på mikronivå. Jeg håper jeg med dette prosjektet har bidratt til å vise noen sentrale tendenser og interessante fenomen i praksisfeltet, og at dette også kan oppmuntre til videre forskning.

Litteraturliste

- Abbott, A (1988): *The system of professions, an Essay on the Division of Expert Labor*. The University of Chicago Press. London
- Alvesson. M og Willmott, H (udatert): *Identity regulation as organizational control: producing the appropriate individual*. Notat Universitetet i Lund. Sverige/ Universitetet i Manchester. UK.
- Baldersheim, H og Rose, L.E (2002): *Det kommunale laboratorium*. Fagbokforlaget. Bergen
- Christensen, T og Lægreid, P: (2000) *New public management - puzzles of democracy and the influence of citizens*. Los Senteret. Bergen
- Creswell, J. W (2003): *Research Design. Qualitative, quantitative and mixed methods approaches*. Sage Publications, Thousand Oaks, California.
- Dahl, A.A m.fl (1997): *Lærebok i psykiatri*. Universitetsforlaget. Oslo.
- Ekeland, T-J (2004): *Autonomi og evidensbasert praksis*. Notat 6/2004. Høgskolen i Oslo.
- Erichsen, V (red) (1996): *Profesjonsmakt, på sporet av en helsepolitisk tradisjon*. LOS- senterets utgivelse på Tano Aschehoug. Otta
- Freidson, E (1984): *The Changing Nature of Professional Control*. Ann.Rev.Sociol.1984. 10: 1-20.
- Freidson, E (2004): *Professionalism, the third logic*. Polity Press. Cambridge, UK
- Giddens, A (1991): *Modernity and Self Identity*. Polity Press. Cambridge UK
- Gray, A og Harrison, S (2004): *Governing Medicine, Theory and Practice*. Open University Press, UK

Johannessen, B. F (2004): *Lederskap, evidens og behandlingstenking innen det psykiske helsevernet*. Notat Rokkansenteret. Bergen

Johnson, T (1992): *Governmentality and Institutionalization of Expertise*. Notat Universitetet i Leicester. UK

Kringlen, E (2005): *Psykiatri*. Gyldendal Akademiske. Oslo

Kvale, S (1996): *Interviews. An introduction to qualitative research interviewing*. Sage Publications. Thousand Oaks, California.

Lundback, E (2004): *Challenging Experts in Medicine. Introducing Evidence-Based Medicine*. Notat Universitetet i Uppsala. Sverige.

Lægred, P, Opedal, S og Stigen I.M (2003). *The Norwegian hospital reform: balancing political control and enterprise autonomy*. Notat Rokkansenteret. Bergen

Martinsen, K (2005): *Samtalen, skjønnnet og evidensen*. Akribe AS. Oslo

Skålevåg, S.A (2003): *Fra normalitetens historie. Sinnssykdom 1870-1920*. Avhandling for dr.art graden ved Universitetet i Bergen. Rokkansenteret rapport 10-2003

Timmermans, S og Berg, M (2003): *The Gold Standard, the Challenge of Evidence- Based Medicine and Standardization in Health Care*. Temple University Press, Philadelphia, USA

Weber, M (1995): *Makt og byråkrati*. Gyldendal norsk forlag. Oslo

Wifstad, Å i Andersen, A og Karlsson, B (red) (1998): *Psykiatri i endring, forståelse og perspektiv på klinisk arbeid*. Ad Notam Gyldendal. Oslo

Yin, R.K (2003): *Case Study Research. Design and methods*. Sage Publications, Thousand Oaks, California.

Offentlige dokumenter

Norges offentlige utredning. NOU 2003: 1. Behovsbasert finansiering av spesialisthelsetjenesten.

Odelstingsproposisjon nr.11, 1998-99. Om lov om etablering og gjennomføring av psykisk helsevern (psykiatriloven)

Stortingsmelding nr 25, 1996-97: Åpenhet og helhet. Om psykiske lidelser og tjenestene.

Statens Helsetilsyn, rapport 4-2000: En evaluering av arbeidsformer og produktivitet innen voksen – og barne – og ungdomspsykiatrien.

Statens Helsetilsyn, Utredningsserie 4-2001: Kompetansebehov i psykisk helsevern

Statens Helsetilsyn, Utredningsserie 2: 2001: Håndbok i drift av psykiatriske poliklinikker.

Statens Helsetilsyn, Veiledningsserie 1-2001: Distriktpsikiatriske sentre; organisering og arbeidsområder.

Statens Helsetilsyn, 2005: Statusrapport om tjenester til mennesker med psykiske lidelser.

Stortingsproposisjon nr.63 (1997-98): Opptappingsplan for psykisk helse 1996-2006.

Andre kilder

[Http://odin.dep.no/dok/andre_dok/rapporter/048071-990114](http://odin.dep.no/dok/andre_dok/rapporter/048071-990114)

[Http://www.legeforeningen.no/utskrift.gan?id=10231](http://www.legeforeningen.no/utskrift.gan?id=10231)

[Http://www.legeforeningen.no/index.gan?id=41450](http://www.legeforeningen.no/index.gan?id=41450)

[Http://www.legeforeningen.no/utskrift.gan?id=10253](http://www.legeforeningen.no/utskrift.gan?id=10253)

[Http://www.legeforeningen.no/utskrift.gan?id=80006](http://www.legeforeningen.no/utskrift.gan?id=80006)

[Http://www.dagensmedisin.no/nyheter/2005/03/10/vil-beordre-til-bedre-innsa/](http://www.dagensmedisin.no/nyheter/2005/03/10/vil-beordre-til-bedre-innsa/)

Den Norske Lægeforening: Statusrapport for psykiske lidelser 2004:

Psykiske lidelser - Faglighet og verdighet. Rett til utredning, diagnostisk vurdering og målrettet behandling.

Tidsskrift for Norsk Lægeforening nr 9, 2005

Verksemdsplan for Helse Bergen, Psykiatrisk Divisjon 2004-2006: Framifrå og framtidsretta.

ATM – Skriftserie

Publikasjonsliste

-2008: Rune Hallingstad: " *Regional styring i lys av foretaksorganiseringen. En sammenlignende studie av Helse Vest-Norge RHF og Helse Midt-Norge RHF*". April 2008

2 - 2008: Sturla Herfindal: "Veien frem til sykehusreformen – En studie av beslutningsprosessen bak lov om helseforetak". April 2008

3 - 2008: Lars Bjarne Klungseth: *Accessibility, Transparency and Public Choice - A study of the free choice policy within the Norwegian specialized health care system*. April 2008

4- 2008: Torgeir Sveri: *Strukturer og reformer. En kvalitativ analyse av reformen "enhetlig ledelse" sett i lys av sykehusets arbeidsorganisering*. April 2008

5- 2008: Anne – Mia Myhre: *Omstilling til enhetlig ledelse i sykehus - Påvirkning på avdelingslederrollen*. April 2008

6- 2008: Hege Johnson: *Media - vaktbikkje og pragmatisk publikumsfrier?* April 2008

7- 2008: Kari Kjos Grendahl: *Ledelse i en endringsprosess. - En studie av toppledere i fire lokale helseforetak*. April 2008

8 - 2008: Øyvind Jørgensen: *Etableringen av fritt sykehusvalg*. April 2008

9 - 2008: Odd Rune Hegrenes: *"Fra forvaltning til ledelse. En studie av topplederrekruttering i helseforetak"* April 2008-

10 - 2008: Siri Torvestad Nerheim: *Hvem skal lede? - Nasjonal profesjonsdebatt og lokale erfaringer ved innføring av enhetlig ledelse i helseforetak*. April 2008

11- 2008: Therese Svendsen: *Helseforetak og kommunikasjon - En studie av en kommunikasjonsstrategis betydning i et helseforetak*. April 2008

12 - 2008: Rune Nesdal Jonassen: *Foretaksreform, ledelse og intern informasjonsflyt i helseforetakene*. April 2008

13 --2008: Anbjørn Holme: *Det kommuniserende hospital. - En studie av informasjonsvirksomheten ved tre lokale helseforetak på Vestlandet*. April 2008

14 - 2008: Anne- Grethe Naustdal: *Sjuepleielederen sitt arbeid med kompetanseheving i sykehus : sett i lys av erfaringar med sykehusreforma*. April 2008

15 - 2008: Britt V. Danielsen: *Leadership and management in nursing. Nurse managers' experiences of leadership and management following the introduction of unitary management in Norwegian public hospitals*. April 2008

16 - 2008: Gunn Synnøve Dahl Reisæter: *Koordinering - Et grenseflateproblem? En studie av koordinering og samarbeid i psykisk helsevern*. April 2008

17 - 2008: Anita Vikingstad: *Foretaksreformen - Katalysator, destabilisator og diktator. En studie av strukturendringer i et lokalt foretak før og etter foretaksreformen*. April 2008

- 18 - 2008:** Elisabeth Frisvoll: *Avdelingsledelse i norske sykehus i en reformtid - En utvikling henimot profesjonell ledelse?* April 2008
- 19 - 2008:** Monika Alvestad Reime: *Styring og identitet. Om identitetsreguleringsprosesser i psykisk helsevern.* April 2008
- 20 - 2008:** Robert Lohne: *"Ledelse, kommunikasjon og varsling i helseforetak"* April 2008
- 21 - 2008:** Laila Nordstrand Berg: *"Tilpasninger og erfaringer i lederrolla i sykehus"* April 2008
- 22 - 2008:** Kari Ilebekk: *Helsesekretærer i klinisk virksomhet. Sørlandet sykehus HF. Hvilke faktorer påvirker denne rollen? I hvilken retning endres rollen?* April 2008
- 23 - 2008:** Borgny Botnen Aakre: *Sannhetsministerium eller kunnskapsmegler?- En studie av Nasjonalt kunnskapscenter for helsetjenesten.* April 2008
- 24 - 2008:** Margrete Langeland: *Myndighetstilsyn eller kyndighetstilsyn? En studie av endringer i Helsetilsynets rolleutforming og rolleutøvelse i perioden 1994 - 2005.* April 2008
- 25 - 2008:** Lene Susann Pilskog: *Hva skulle læres? En casestudie av Nasjonalt lederutviklingsprogram for helseforetakene.* April 2008
- 26 -2008:** Dag Olaf Torjesen: *Foretak, management og medikrati. En sektorstudie av helseforetaksreform og ledelse i den norske spesialisthelsetjenesten.* April 2008

POLIS

Politikk, Organisasjon og Ledelse i
Spesialiserte kunnskapsorganisasjoner

**Rokkansenteret**
STEIN ROKKAN SENTER FOR FLERFAGLIGE SAMFUNNSSTUDIER