

Kulturuttrykk i psykisk helsevern fra et lederperspektiv

Seks stemmer – En kvalitativ studie

Inger Leganger Bjerk



Masteroppgave ved Avdeling for helseledelse og helseøkonomi,
Institutt for helse og samfunn,
Det medisinske fakultet

UNIVERSITETET I OSLO

Vår 2015

Kulturuttrykk i psykisk helsevern
fra et lederperspektiv

Seks stemmer – En kvalitativ studie

Copyright Forfatter

År: 2015

Tittel: Kulturuttrykk i psykisk helsevern fra et lederperspektiv

Forfatter: Inger Leganger Bjerk

Sammenheng

I følgende masteroppgave ønsker forfatteren å få tak i hvordan ledere vil beskrive og forklare kulturuttrykk i psykisk helsevern. Når de kaster et blikk på egen organisasjon, egne ansatte, og ledere rundt seg, hva ser de? Hvordan tenker de om det de ser? Hvordan tenker de om fremtiden til psykisk helsevern og om mulighetene for vekst og endring?

Seks personer blir intervjuet. De har ulik faglig bakgrunn, er på ulikt ledernivå og har ulik tilknytning til helsevesenet. Tre sykehus er representert. Målet har vært å fange bredt, intervju personer med spennende innspill, mye erfaring og et godt grunnlag for å uttale seg om psykisk helsevern. Disse uttaler seg modig og reflektert om hva de har sett, hvordan de forstår det de har sett, og hvordan de tenker psykisk helsevern kan utvikle seg videre.

Funnene kan oppsummeres slik:

Det fortelles om ulike profesjoner som gjør akkurat de samme oppgavene men med ulik forutsetning og variabel kvalitet. Det fortelles om en generell uvilje til å innordne seg ledelse og til å jobbe evidensbasert. Det fortelles om en lite progressiv lederkultur i psykisk helsevern der ledere reproducerer seg selv ved nyansettelser, strever med å balansere klinisk praksis med lederoppgavene, og skåner ansatte mer enn pasientene. Videre fortelles det om en manglende rapportering av aktivitet som gjør at psykisk helse stiller bakerst i køen for å få midler til nybygg og satsninger. I sammenheng med dette blir det også fortalt om en kritikkverdigg bygningsmasse i psykisk helse.

Bildet som tegnes av psykisk helsevern vitner om at det er rom for forbedring, fornying og forfriskning. Fra et overordnet perspektiv tegnes det et bilde der det dras i ulike retninger.

I diskusjonsdelen har forfatteren belyst denne drakampen ved bruk av kognitiv psykologi, kommunikasjonsteori og mentaliseringsbegrepet, samt organisasjonsteori, kunnskaps- og profesjonsteori. Dette for å synliggjøre hvordan god kommunikasjon og evne til å sette seg inn i den andres posisjon er viktig for å få til gode endringsprosesser.

Med bakgrunn i ny litteratur belyses også psykisk helsevern sett fra klinikerens ståsted.

Videre er det redegjort for nye satsninger i klinikken og i sykehuset for øvrig som kan påvirke organisasjonskulturen i betydelig grad fremover. Det handler om å ta i bruk Lean metoder for å synliggjøre og kontinuerlig forbedre arbeidet vårt, og det handler om å styrke medarbeiderskapet og å måle dette systematisk. Med bakgrunn i intervjumaterialet og nye satsninger i sykehuset er det grunn til å være optimistisk rundt fremveksten av en positiv organisasjonskultur der alle drar i samme retning.

Innholdsfortegnelse

1	Introduksjon	1
1.1	Det er sannelig godt de ikke ser oss nå	1
1.2	En Barneseksjon blir til	4
1.3	Nedbemannning og oppbemanning	5
1.4	Hva er kultur?	8
1.5	Problemstilling	9
2	Metode	11
2.1	Stimulusmaterialet	12
2.2	Valg av intervjuobjekter	13
2.3	Mulige svakheter	14
2.4	Opplevelse av intervjusituasjonen	15
3	Hovedfunn	16
3.1	Alle gjør alt	17
3.1.1	Et monofaglig arbeid	17
3.1.2	Hva er man egentlig god på?	19
3.1.3	Den narsissistiske terapeuten	20
3.1.4	Psykisk uhelse, avarter og snodighet	22
3.1.5	Bikkja på veggen	23
3.1.6	Oppsummering av funn:	25
3.2	Feige ledere	25
3.2.1	"Ideologi har langt på vei kommet i stedet for fag"	27
3.2.2	Raskere tilbake	28
3.2.3	Oppsummering av funn:	32
3.3	Jeg bare går saktere	32
3.3.1	Oppsummering av funn:	35
3.4	Rapporteringshelvete	35
3.4.1	Oppsummering av funn:	38
3.5	Fremtiden	39
3.5.1	Fra at alle gjør alt til rett oppgave til rett person	39
3.5.2	Fra feige til modige ledere	40
3.5.3	Fra sakte gange til enighet rundt målet	41
3.5.4	Fra rapporteringshelvete til kvalitetsmål	41
3.5.5	Lokalisasjon, arkitektur og det fysiske rom	42
3.5.6	Kort oppsummert:	43
4	Diskusjon	44
4.1	Hva er funnene i en slik studie?	44
4.1.1	Hva kan forklare frustrasjonen?	44
4.2	Kampen for faget	44
4.3	Organisasjonsteori og kunnskaps- og profesjonsteori	49
4.3.1	Den gode terapeut og det grusomme systemet	50
4.4	Kognisjon og kommunikasjon	50
4.4.1	Fra raske slutninger til sakte resonnementer	51
4.4.1	Fra sjablong til dybde	53
4.5	Lederkulturen	54

4.5.1	Bli ny? Hva er grensen for selvutvikling?	55
4.5.2	Personlighetsutvikling eller strukturelle endringer?	56
4.5.3	Nye takter. Lean metodikk og styrket medarbeiderskap.	57
4.6	Slik vil de huses	59
5	Avslutning	62
	Litteraturliste	65

1 Introduksjon

Tilknytning kan avstedkomme en rekke motstridene følelser. Det beste eksempelet er når ens eget opphav blir kritisert. En kan kritisere ens egne, men det er mindre greit når ens egne blir kritisert av andre. Selv om en skulle skamme seg over sin tilhørighet i blant, og til og med være enig i kritikken. Å drive forskning på en gruppe en har tilknytning til er et risikoprojekt. Sannsynligheten er stor for at en finner akkurat det en lette etter. Og i forskningssammenheng er ikke det alltid et kvalitetstegn.

Å forske på noe en *ikke* bryr seg om er imidlertid kjedelig, og risikoen er at produktet fremstår nettopp som kjedelig. I denne masteroppgaven har forfatteren valgt å forske tett på egen tilknytning. Det handler om psykisk helsevern. Det handler om hvordan ansatte og ledere tolker oppdraget sitt og hvordan de fremstår utad. Nakne, med alle sine feil og mangler. Hvordan står det egentlig til? Psykisk helsevernrikets tilstand?

Målet med oppgaven er å få tak i hvordan ledere i psykisk helsevern opplever kulturen rundt seg. Hvorfor ser det slik ut? Hvor skal vi hen, og hvordan skal vi komme oss dit?

Forfatteren har valgt å intervju seks personer med kjennskap til feltet psykisk helse og sykehusdrift generelt. Seks personer med ulik faglig bakgrunn, ulik sykehus tilhørighet, ulik rolle og nivå. De har imidlertid alle lederstillinger eller rådgivende stillinger. De er engasjerte, reflekterte og entusiastiske og de har mye de gjerne forteller om hvordan de opplever profesjonskulturen og ledelseskulturen i psykisk helsevern.

1.1 Det er sannelig godt de ikke ser oss nå

For bedre å forstå tematikken i oppgaven og bakgrunnen for valg av metode og intervjuobjekter, vil forfatteren først geleide leseren igjennom en halv karriere i psykisk helsevern der forfatteren har sin tilknytning.

Siden 2002 har forfatteren jobbet i psykisk helsevern. Det offentlige eller halvoffentlige. Erfaringene startet på Lovisenberg sykehus, der forfatteren var eneste psykolog i et nyopprettet tverrfaglig ambulant team som skulle jobbe med de aller sykeste pasientene. De som ikke dukket opp til time. Psykotiske, suicidale, eller svært kontaktvegrende. Pasientene som luktet vondt og bodde i leiligheter full av søppel.

Som nyutdannet 26 åring og eneste av sitt slag i det tverrfaglige teamet, var det ikke lett å få øye på grenseoppgangene mellom hva ”psykologen” skulle gjøre til forskjell fra hva min kollega, den erfarne mannlige kliniske sosionomen på 60 år skulle gjøre. Eller den psykiatriske sykepleieren på 50 med videreutdanning i kognitiv terapi. Eller ergoterapeuten på 24 som med sin høyde på 1.90 var tryggere på hjemmebesøk enn noen av oss andre. Psykiater hadde vi ikke i teamet. Disse er dyre og sjeldne fikk vi vite, så vi lånte en travel psykiater ved poliklinikken når vi syns vi måtte.

Etter en tid falt teamet inn i en tralt av å dra på hjemmebesøk, to og to, følge opp hvert sitt knippe med kronisk syke pasienter. Tildelingen var sånn passe tilfeldig. Vi syns vi gjorde en OK innsats, krysset fingrene hver gang vi rykket ut til de dårligste, og det gikk stort sett bra.

Derfra gikk veien til den ordinære voksenpsykiatriske poliklinikken ved Lovisenberg hvor forfatteren ble ansatt som terapeut, på linje med psykiatriske sykepleiere, kliniske sosionomer, psykologer og den sjeldne arten psykiateren. Også her fikk vi tildelt pasienter på bakgrunn av kapasitet. Det var mest praktisk slik. Alle satt med en liste på 30 pasienter som vi fulgte opp høyst selvstendig, med felles veiledning hos stedets gamle far i huset, en erfaren psykiater, halvannen time annenhver uke. Vi var aldri mindre enn åtte på møtet så det ble 0.38 minutter på hver pasient hvis vi runder opp. I min portefølje hadde jeg voksne kriminelle som skulle utredes for ADHD, unge kvinner utsatt for langvarig seksuelt overgrep, en eldre pedofil forfatter, unge voksne med schizofrenidebut, tvangslidelser, krigstraumer og anoreksipasienter. Ingen av disse lidelsene kunne jeg spesielt mye om. Jeg kunne litt om alt. Generalist er jo det man blir på psykologstudiet.

Etter et par hundre pasienter, og to ensomme år, var tiden inne for den obligatoriske praksisen på døgnavdeling som et ledd i spesialiseringsløpet. Forfatteren begynte ved Oslo Hospital, Norges eldste og rareste lille sykehus. Tross standhaftig drift siden 1500 tallet, den gang av munker, måtte de endelig stenge dørene for to år siden. Avtalen med Helse Sør Øst ble altså ikke fornyet, og hospitalets eviglange historie måtte bukke under for krav til mer kostnadseffektiv drift. Hospitalet ble kjøpt opp av Lovisenberg, staffet om og døpt på nytt. I dag drives det for så vidt psykiatrisk behandling i samme bygningsmasse men i helt ny drakt.

Ved oppstart på Oslo Hospital fikk jeg kontor, kontrakt, og en omvisning på loftet med inngående forklaringer om spøkelsene som bodde der og de kalde luftstrømmingene som spøkelsene forårsaket et sted oppe ved bjelkene.

Det var personalet som gav denne omvisningen, ikke pasientene.

På ny var tiden inne for tverrfaglig samarbeid. Jeg fikk tildelt pasienter, disse fikk tildelt sine primær- og sekundærkontakter i miljøet og vips var vi en liten gruppe som skulle sørge for at pasientene holdt seg i livet, selvskadet mindre og forhandlet konstruktivt med sine demoner, både virkelige og innbilte. Personalgruppens sammensetning var like fargerik som pasientsammensetningen. Avdelingssykepleieren, en budeie fra landet som siden hadde konvertert til Islam, gikk med hijab pakket tett rundt de runde bestemorsbrillene sine. En kvinnelig middelaldrende psykiater i lilla plysjdress med samleentusiasme kunne ikke gå noe sted uten minst fire plastposer i hver hånd med diverse rariteter i. En mannlig migreneplaget psykiater, nær pensjon, dikterte notater på inn- og ut-pust med svulstig språk som et kapittel i en sommerroman. Han startet alle samtaler med nye pasienter med ”jeg tror du føler deg ufri!” og fikk alltid god respons på det.

På avdelingen var det forbudt å se filmer med fantasifullt innhold ettersom dette kunne inspirere til psykotiske tanker. Disse restriksjonene på form, farge og innhold preget imidlertid ikke de ansatte.

Etter ett år med hjertet i halsen, i konstant bekymring for at pasientene ikke skulle overleve seg selv, gikk veien til barnepsykiatrisk tredje linje ved Ullevål sykehus.

1.2 En Barneseksjon blir til

Lokalisert i Nydalen, i et typisk næringslivsbygg med glassflater, betong og firkantete kontorer, ligger Barneseksjon for psykisk helse. Hvordan Ullevål sykehus kom på å etablere sin barnepsykiatriske virksomhet der, med årlig husleie tilsvarende taksten på en middels stor bolig på vestkanten, og kontrakt til neste tusenårsskifte er ikke godt å vite.

I tidligere tiår har tredjelinjetilbudet til barna ligget i det sagnomsuste Statens Senter på Sogn. En mursteins labyrint i skogen, langt fra folk - og fag – vil noen hevde. Barnepsykiatriens ubestridte sentrum i praktfulle omgivelser vil andre hevde.

En stund var tredjelinjetilbudet oppstykket, som holmer i en innsjø. Små hus på hver holme med et knippe barn og et knippe ansatte. Noen på Sogn, noen i Nydalen, noen på Ullevål. Det utviklet seg, slik det gjør, ulike kulturer på disse holmene. De heiste ulike flagg. På Ullevål drev de behandling i grupper. På Sogn drev de arenaflexibelt i ett hus, og døgnbasert i et annet. I Nydalen drev de arenaflexibel-døgn i kombinasjon på den ene siden av gaten og psykodynamisk dagbehandling på den andre siden av gaten.

Når barna ble søkt til behandling i tredjelinjen ble roperten tatt frem og en kunne høre over innsjøen ”er det en øy som har ledig plaaaass?” Således ble barna fordelt.

I omorganiseringen av sykehusene i Oslo skulle en rydde opp i disse øyene. Med nye opptaksområder for OUS, måtte tredjelinjen nedbemanne, og samtidig omorganisere. (Det syntes visst effektivt å gjøre nedbemanning og omorganisering i samme åndedrag). Videre skulle tilbudet lokaliseres i Nydalen – i de mest moderne av de umoderne lokalene. Ansatte ble ført ned fra skogholtet på Sogn og ført opp langs elven fra Ullevål.

I to seige etapper ble logoer og skilt byttet ut og lokaler ryddet. En ny leder tok roret i Nydalen og en ny fremadstormende Barneseksjon ble etablert. I alle fall på papiret.

Forfatteren sin rolle i denne sagaen var langt ned på rulleteksten. Avbrutt av to svangerskapspermisjoner, to spesialistoppgaver og et trivelig utvalg videreutdannelse betraktet jeg det som skjedde fra sidelinjen med en selvinstruks om at jeg ikke egentlig tilhørte denne såpeoperaen. Snart ville jeg nok bytte jobb. Kanskje til privat næringsliv der folk gikk i drakt og oppførte seg ordentlig.

Men forfatteren er her fortsatt. Forskjellen ligger i den skjebnesvangre datoen 5 desember 2012. Da ble jeg spurt om å ta over ledelsen for enhet B i Nydalen. Såpeoperaen ble plutselig min å rydde opp i, heldigvis i godt selskap med lederen for enhet A på andre siden av gaten.

For å bøte på manglende kunnskap i ledelse søkte forfatteren seg til masterstudiet i helseledelse.

På studiet oppdaget forfatteren raskt at det ikke var andre psykologer der. Det var imidlertid en eksklusiv liten gruppe fra psykisk helsevern, som på samtlige besøk hos sentrale aktører som Helsetilsynet, Helsedirektoratet og Helse- og omsorgsdepartementet, sørget for å smette inn spørsmål rundt psykisk helsevern.

Forfatteren har ofte tenkt om psykisk helsevern ”det er sannelig godt de ikke ser oss nå”. Men det viste seg at psykisk helsevern faktisk hadde et imponerende dårlig rykte helt opp til departementet. Jeg ble så forbløffet over presisjonen i visse påstander om psykisk helsevern at jeg ville skrive en masteroppgave som utforsket disse påstandene. Negative utsagn om psykisk helsevern ble selvsagt ikke presentert innledningsvis på disse offisielle besøkene. De kom frem litt langt ut i diskusjonen når enkelte ble stilt spørsmålet ”...men hva mener du *egentlig* om psykisk helsevern?”.

Jeg ble sittende og lure på hvordan ledere i psykisk helsevern tenkte om kulturen og profesjonskulturen hos egne ansatte og andre ledere. Min egne erfaringer til side – hvordan vil andre ledere beskrive landskapet og klimaet de arbeider i?

1.3 Nedbemanning og oppbemanning

Før det redegjøres for hvordan denne ideen utviklet seg til en kvalitativ studie må Barneseksjonens skjebne utdypes. For det handler ikke bare om et psykisk helsevern som etter egen mening rusler og går som en eldre dame på fortauet, det handler om en eldre dame midt i trafikken. Kravene til psykisk helsevern øker i takt med befolkningsvekst og befolkningssammensetning. Endring synes ikke å være en valgfri øvelse.

I forbindelse med omorganiseringen av sykehusene i Oslo, ble det besluttet at vi skulle nedbemanne med 50% for bedre å matche reduksjonen i opptaksområdet på 30%. Protestene kom. Hvem skulle hjelpe de resterende 20%? Det skulle en ny og mer effektiv drift sørge for ble det sagt. Høsten 2013, etter to års drift i ny fasong, kunne ledelsen vurdere dimensjoneringen i forhold til behovet. Det viste seg at den nye Barneseksjonen var underdimensjonert og avslagsprosentene så slik ut:

2011: 46%

2012: 42%

2013: 62%

Dette var en foruroligende utvikling. Poliklinikkene som henviste pasienter til oss var opprørte over det magre tilbudet i tredjelinjen. Om vi ikke kunne jobbe fortere, ta imot flere, ta de imot raskere? Hvor var psykoseenheten? Hvor var Krise- og utredningsenheten? Inkorporert var svaret. I vår nye modell. Dessverre litt for liten og ikke helt strømlinjeformet ennå.

Vår seksjonsleder viste imidlertid snarrådighet og handlekraft og søkte om millionbeløp til oppstart av et FRONT team med tverrfaglige spesialister som kunne ta seg av akutte henvendelser. I utradisjonelt høyt tempo fikk Barneseksjonen midler til å starte opp et FRONT team i februar 2014 takket være en sjeldent visjonær klinikkleder med gode overtalelsesevner. FRONT teamet har på rekordtid gått inn i en mengde saker med akutte behov og avlastet poliklinikken uten å belaste de andre to enhetene ved Barneseksjonen. Avslagsprosenten har umiddelbart falt noe, men nye utfordringer har oppstått. For det viste seg at med rykter om et fantastisk FRONT team, kom desto flere søknader til Barneseksjonen. På sikt kan avslagsprosenten se lik ut, selv om vi får hjulpet flere barn. Og hva med barnebefolkningen? Den øker massivt. Det er barnebefolkningen som øker mest i Oslo og omegn. I følge tall utarbeidet av spesialister på avdelingsnivå i vår organisasjon vil økning i barnebefolkningen se slik ut de kommende årene.

2013	0-17	0-5	6-12	13-18	Andel Oslo
OUS	56 320	22 574	20 594	13 152	57%
LDS	30 215	14 544	9 879	5 792	30%
DS	12 677	5 517	4 368	2 792	13%
Sum	99 212	42 635	34 841	21 736	100%

2017	0-17	0-5	6-12	13-18
OUS	59 931	23 214	22 875	13 842
LDS	34 138	15 918	11 722	6 498
DS	12 957	5 661	4 563	2 733
Sum	107 026	44 793	39 160	23 073

2020	0-17	0-5	6-12	13-18	
OUS	63 138	24 690	23 497	14 951	Tabell hentet fra foredraget:
LDS	37 380	17 338	12 769	7 273	Status og Fremtid
DS	13 641	6 079	4 650	2 912	Juni 2014
Sum	114 159	48 107	40 916	25 136	ved seksjonsleder Margrete Brekke

Dette medfører en økning av behandlingstrengende barn i Barneseksjonen på 20 flere barn i året i 2020. Tallet er basert på en antagelse om at 5% av barna i opptaksområdet vil trenge psykiatrisk tilbud ved poliklinikkene og 5% av disse igjen søkes til tredjelinjetjenesten. Vi har allerede en avslagsprosent på over 60%. En slik økning uten tilførsel av stillinger eller vesentlig endring av drift vil resultere i at vi ikke får behandlet en betydelig del av barn og familier som trenger tredjelinje spesialisthelsetjeneste.

Ettersom helsehjelp er en begrenset ressurs, og en derfor ikke kan regne med ubegrenset tilførsel av midler til å øke antall stillinger, må det grep til for å optimalisere driften.

Det siste som skjedde i Barneseksjonen før sommeren 2014 var bestilling av fire store oppslagstavler som sto klare til høstens oppstart. På disse har vi satt opp behandlingsløp med fargekodete magneter som indikerer hvor vi er, hva som er gjort og ugjort og hvor vi skal hen i hvert behandlingsløp. Det hele er basert på en Lean metodikk, og OUS er i full sving med å presentere Lean som en satsning. Overflødig ressursbruk skal bort. Slanke og med presis motorikk skal vi betjene våre pasienter uten dobbeltarbeid, rot og surr. Metodikken ble utviklet i bilindustrien, nærmere bestemt Toyota, og har i flere tiår slått an i bedrifter verden over. Lean er imidlertid mer enn bare et knippe verktøy. Det er en måte å tenke på som setter kundens behov i fokus. Målet er å levere en bedre mer presis tjeneste til kunden ved eksempelvis å fjerne unødig venting, lagring eller sløsing som ofte oppstår når tjenester eller produkter skal produseres. Dette gjelder også helsetjenester, og ideen er at det som gagnar pasienten, også er det som vil være lønnsomt for bedriften i et større perspektiv. Alle vinner. (Modig og Åhlstrøm 2012).

Det har imidlertid vært blandede reaksjoner på oppglødde appeller om Lean. En har kunnet merke en skepsis til det å bruke bilindustriens oppskrift i en sykehussammenheng. For å

forstå reaksjoner på forslag eller krav om endring er det nyttig å se nærmere på kulturbegrepet.

1.4 Hva er kultur?

I lys av de mange kravene om endring som er kommet bare siden 2010, endring av lokalisasjon, endring av ledelse, endring av arbeidsmetodikk, (eller endring av kollegaer, flagg, og holme for å si det slik) er det interessant å merke seg hvordan kulturene trer frem og blir synlige.

I sin bok *Kultur i helse- sosial- og utdanningsorganisasjonar* har Einar Aadland stilt spørsmålet ”Kvar helst skal eg leite for å finne kulturen i organisasjonen? Svaret må være det upresise ”overalt”.” (s.126)

I Tidsskriftet for Norsk psykologforening skrev Henning Bang (2013) en oversiktsartikkel der han presenterte forskning og litteratur på organisasjonskultur siden begrepet ble lansert på 80 tallet. Hans egen oppsummerende definisjon av organisasjonskultur er:

”De sett av felles normer, verdier og virkelighetsoppfatninger som utvikles i en organisasjon når medlemmene samhandler med hverandre og omgivelsene, og som kommer til uttrykk i medlemmenes handlinger og holdninger på jobben.”

I denne definisjonen er det vesentlig for Bang å kombinere *verdier* (hva som oppfattes som viktig), *normer* (hvordan man bør oppføre seg) og *virkelighetsoppfatning* (hva som synes sant eller usant).

Det er videre vesentlig for Bang at en er tydelig på om det er en overordnet kultur en ønsker å utforske eller flere subkulturer innenfor en organisasjon. Videre er det vesentlig å skille mellom kulturinnhold, som handler om medlemmers verdier, og kulturuttrykk, som kan være alt fra hvordan en kler seg, til hvordan en snakker til hverandre på jobb.

Aadland (2001) mener at verdier kan ”avkodes” igjennom studiet av kulturuttrykk. Han viser til hvordan kultur kan uttrykkes igjennom fysiske strukturer som arkitektur, innredning og kleskoder, eller fagspråk, humor, kroppsspråk og omgangstone. Han peker på hvordan møter er avholdt, er de formelle eller uformelle? Han viser til rutiner, tradisjoner, historier og konfliktmønstre ved arbeidsplassen. Videre til hvordan roller fordeles både formelt og uformelt. I alt dette kommer kulturen til uttrykk. Det er altså vesentlig å kartlegge disse uttrykkene slik at en kan få tak i de underliggende verdiene.

Antropologen Hannerz (1983, sitert i Baarnhielm S. Rosso M.S., Patti L. 2007) er opptatt av kulturformidling som formidling av ideer. ”en felles forståelse som vi mennesker gjør tilgjengelig gjennom å kommunisere med hverandre på ulike måter.” Han mener at det er vår evne til å skape og bruke symboler som er sentral i meningsdannelse og deling av meninger. Hannerz relaterer altså kultur til mening, til felles oppfattelse, noe som kan deles kollektivt og at symbolisering er vesentlig i formidlingen. (1992 sitert i Baarnhielm S. Rosso M.S., Patti L. 2007). Igjen kan det være vesentlig å kartlegge symboler som et uttrykk for underliggende ideer, meninger eller oppfattelser.

Det er forfatterens erfaring i egen organisasjon at kulturer kan tre enda tydeligere frem når det stilles krav til endring. Da kommer utbruddene om at ”vi har da alltid gjort det slik!” eller ”her har vi da alltid hatt en holdning om at...” Det kan være særlig spennende å iaktta en gruppe mennesker tett på store organisasjonsendringer. For eksempel ansatte i psykisk helsevern like etter omorganiseringen til Oslo Universitetssykehus.

1.5 Problemstilling

I følgende masteroppgave ønsker forfatteren å få tak i hvordan ledere vil beskrive og forklare kulturuttrykk i psykisk helsevern. Når de kaster et blikk på egen organisasjon, egne ansatte, og ledere rundt seg, hva ser de? Hvordan tenker de om det de ser? Hvordan tenker de om fremtiden til psykisk helsevern og om mulighetene for vekst og endring?

Som et stimulusmateriale, et springbrett til refleksjon, har forfatteren brukt uttalelser fra enkelte ansatte i Helsetilsynet, Helsedirektoratet og Helse- og omsorgsdepartementet. Utsagnene er negative i sin karakter. Forfatteren mener det er mulig å finne disse igjen i media og på folkemunne i ulik drakt. Oppgaven handler imidlertid ikke om å kartlegge hvor mange som har disse holdningene eller hvor ofte disse beskrivelsene av psykisk helsevern finner sted og det presenteres heller ingen dokumentasjon på slike holdninger utover innholdet i intervjuene. Forfatteren var nysgjerrig på om intervjuobjektene ville bestride eller bekrefte påstandene og hvordan de ville supplere med egne betraktninger.

Hovedproblemstillingen i oppgaven er: Hvordan vil ledere innen psykisk helsevern beskrive ansatte og andre ledere?

For å besvare hovedproblemstillingen har forfatteren laget fem forskningsspørsmål basert på stimulusmaterialet. Disse lyder som følger:

- 1. Opplever intervjuobjektene at alle gjør alt, uavhengig av helsefaglig profesjon?**
- 2. Opplever de at ledere i psykisk helsevern er feige?**
- 3. Synes de at medarbeidere i møte med krav om endring bare synes å ”gå saktere”?**
- 4. Synes de at aktiviteten rapporteres i alt for liten grad?**
- 5. Hvordan ser fremtiden ut?**

I drøftingen av funnene vil forfatteren trekke frem kommunikasjonsteori og mentaliseringsbegrepet. Det foreslås at god kommunikasjon er avgjørende for å få til en god endringsprosess. I følge kommunikasjonsteori er forståelse av den andres synspunkt sentralt for å lykkes. Forståelsen er avhengig av gode mentaliseringsevner. Evnen til å ta den andres perspektiv. Bærer funnene preg av at det har vært god kommunikasjon i psykisk helsevern under de store organisatoriske endringene de siste årene? Hvordan kan kommunikasjonsteori benyttes for å peke i en ny retning når det gjelder ledelse og medarbeiderskap i psykisk helsevern fremover? Hvilke organisasjonsutviklende grep er sykehuset i ferd med å ta, og hvordan kan funnene settes i sammenheng med disse grepene?

2 Metode

Forfatteren tok i bruk kvalitativ metode for å utforske problemstillingen og benyttet metodikken til Kirsti Malterud som beskrevet i boken *Kvalitative metoder i medisinsk forskning, 3 utgave, en innføring*. Dette innebar en analyse av all teksten der en systematisk så etter meningsbærende enheter eller temaer, og kodet disse. Det kodete materialet ble systematisert og det ble foretatt et utvalg av sitater som representerte hovedtemaene hos intervjuobjektene. Hovedtemaene er representert i forskningsspørsmålene.

Hvert intervju ble transkribert og det totale skriftlige materialet ble på over 60 tetskrevne sider. For å kode materialet ble det tatt utgangspunkt i stimulusmaterialet. For eksempel ble tekst som omhandlet det at ”alle gjør alt” merket i en farge, mens tekst som omhandlet ”uvilje til å lede” ble merket med en annen farge. Den teksten som ikke hadde noen forbindelse til stimulusmaterialet ble også gjennomgått med et blick for overordnede temaer som gikk igjen hos flere. Forfatteren oppdaget da eksempelvis et tema som omhandlet arkitektur, interiør og beliggenhet som gikk igjen hos intervjuobjektene uten at dette var en del av stimulusmaterialet. Dette fikk en egen kode og blir omtalt i denne oppgaven som et funn. Det var et klart samsvar mellom de påstandene som ble presentert i stimulusmaterialet og utsagnene hos intervjuobjektene og det gav derfor mening å kode med stimulusutsagnene som fargekodete knagger eller stikkord. I den store mengden tekst var det en del gjentakelser hos en og samme person. Forfatteren søkte å velge de mest poengterte sitatene hos hver av de for å tydeliggjøre synspunktene mest mulig. Det var imidlertid et viktig kriterium at hvert sitat representerte det synspunktet som en fullstendig gjennomlesning av teksten ville konkludert med.

Det ble også søkt å velge sitater relativt jevnt fordelt mellom intervjuobjektene. Videre å sette sitatene fra hver av intervjuobjektene i en meningsfull sammenheng, nesten som om de satt rundt samme bord og delte refleksjoner.

Det ble arbeidet videre med stimulusmaterialet og funnene ved å danne noen meningsfulle forskningsspørsmål. Det kodete materialet ble videre gruppert i forhold til forskningsspørsmålene. I denne prosessen ble et av stimulusutsagnene som lyder slik: ”Barne- og ungdomspsykiatrien har kommet noe lengre enn voksenpsykiatrien” til overs. Ingen kommenterte dette. Forfatteren vet ikke hvorfor og har ingen hypoteser om årsaken utover at utsagnet kanskje ikke er så interessant. Forfatteren valgte å se bort fra utsagnet i formuleringen av forskningsspørsmål.

2.1 Stimulusmaterialet

Det ble foretatt dybdeintervjuer av seks personer som alle fikk det samme stimulusmaterialet. Høsten 2013 besøkte forfatteren sitt kull ved MHA studiet flere sentrale organer: Helsetilsynet, Helsedirektoratet og Helse- og omsorgsdepartementet. Målet med disse besøkene var å bli bedre kjent med landets helsesystem. Ved disse besøkene ble psykisk helsevern tematisert og beskrivelsene som inngår i stimulusmaterialet er sitater fra ansatte. Av hensyn til anonymitet vil ikke personene som har kommet med uttalelsene gi seg til kjenne med fullt navn, men uttalelsene er verifisert pr mail og er korrekt fremstilt. I anonym drakt har forfatteren tillatelse til å ta de i bruk som synspunkter på psykisk helsevern. Det er vesentlig å forklare at synspunktene dukket opp lengre ute i plenumsdiskusjoner og ikke som en innledende redegjørelse for offisielle synspunkter. Synspunktene hadde således en privat karakter og ble ikke presentert som offisielle standpunkt for noen av organene nevnt. Det var når enkeltpersoner ble spurt ”...men hva mener **du egentlig** om psykisk helsevern?” at de mer karikerte beskrivelsene dukket opp. Forfatteren tenker at private synspunkter er av interesse fordi de danner grunnlag for rykter.

Det ikke vesentlig for oppgaven i hvilken utstrekning beskrivelsene er representative for befolkningen. Forfatteren vil likevel foreslå at beskrivelsene er gjenkjennbare fra media og folkemunne uten at dette er dokumentert i denne oppgaven. Beskrivelsene i stimulusmaterialet var altså ment som et springbrett til utforskning av erfaringer og betraktninger hos intervjuobjektene. De kunne både stimulere til gjenkjennelse og til avvisning, slik poengterte uttalelser ofte gjør. Uttalelsene forfatteren har valgt å ta utgangspunkt i er følgende:

1. Behandlere/ledere neglisjerer å rapportere egen aktivitet til Norsk pasientregister.
2. De stiller ikke diagnose raskt nok.
3. Det er ingen hierarki i behandlermiljøet basert på formelle kvalifikasjoner slik at alle gjør alt uavhengig om de har medisinskfaglig/psykologfaglig eller 3-årig høyskole utdanning. Pasientfordelingen synes å være basert på hvem som har kapasitet heller en hvem som har kompetanse.

4. Det synes å være en uvilje til å lede, og en uvilje til å innordne seg ledelse.
5. Barne- og ungdomspsykiatrien har kommet noe lengre enn voksenpsykiatrien.
6. Det som trengs er en vilje til å styrke egen faglighet og en vilje til å styrke forskning.
7. Videre må det rapporteres til norsk pasientregister (se definisjon) slik at vi vet noe om hvordan det jobbes.
8. Psykiatrien preges av lav effektivitet.
9. Økte økonomiske bevilgninger har ikke økt effektiviteten så langt.

Definisjon: Hva er Norsk pasientregister?:

Til oppklaring er norsk pasientregister et av Norges sentrale helseregistre og drives av Helsedirektoratet. Når pasienter får henvisning til eller behandling i et sykehus, en poliklinikk eller en avtalespesialist blir en rekke opplysninger registrert ved behandlingsstedet. Et utvalg av disse opplysningene sendes til Norsk pasientregister. Det er viktige opplysninger som for eksempel kan fortelle om hvor mange pasienter som får en viss type hjelp og hvor raskt hjelpen gis.

Alle intervjuobjektene fikk forelagt de samme uttalelsene. De ble lest opp i rolig tempo.

Intervjuobjektene ble så bedt om å reflektere fritt rundt påstandene. Underveis i intervjuet ble det stilt enkelte korte, åpne oppfølgingsspørsmål. Ofte formulert som ”kan du si litt mer om det?” eller ”har du andre betraktninger eller andre erfaringer du vil dele?”.

Hvert intervju varte omtrent 40 minutter. Det ble tatt opp med intervjuobjektens tillatelse.

De ble fortalt om formålet med intervjuet, og at opptakene ville bli slettet så snart intervjuet var transkribert – i løpet av en ukes tid. De ble fortalt at forfatteren ønsket å sitere de med fullt navn og stilling og at oppgaven ville bli tilsendt hver og enkelt av intervjuobjektene før ferdigstillelse slik at de kunne komme med rettelser ved behov. Alle intervjuobjektene samtykket til dette.

2.2 Valg av intervjuobjekter

Forfatteren ønsket en bred representasjon av personer med tydelige perspektiver på psykisk helsevern. Altså en bred representasjon hva gjaldt yrkesbakgrunn og ståsted. Det var ønskelig med en balanse mellom personer med inngående kjennskap til egen klinikk og personer med erfaringer fra andre klinikker eller sykehus. Antallet ble valgt med bakgrunn i metodevalg.

Dybdeintervju av seks personer synes å være et dekkende antall for å belyse denne type problemstilling og er vanlig i denne type studie. Det ble gjort et strategisk utvalg av en rekke personer som kunne være aktuelle intervjuobjekter ut ifra kjennskap til egen klinikk, og til psykisk helsevern generelt. Forfatteren kontaktet de første 6 personene på listen via mail og telefon og disse svarte alle ja til å bli intervjuet.

Følgende personer ble intervjuet:

Fra egen klinikk:

Berge Andreas Steinsvåg, klinisk sosionom, fagrådgiver i Klinikken

Trude Fixdal, psykiater, leder for barne- og ungdomspsykiatriske avdeling

Morten Ørbæk, sosiolog/hovedfag psykologi, enhetsleder ved enhet A i Barneseksjonen.

Fra andre steder:

Per Arne Holman, økonom/sosionom. Kvalitetssjef ved Lovisenberg Sykehus

Arild Sundt-Hansen, seniorarkitekt ved Hospitalitet

Yngve Mikkelsen, lege, tidligere medisinsk direktør ved Ahus, nå i et privat firma.

2.3 Mulige svakheter

En svakhet ved valg av intervjuobjektene var deres kjennskap til forfatteren forutfor intervjuene. I varierende grad hadde forfatteren truffet intervjuobjektene tidligere og disse var kjent med min yrkesbakgrunn og nåværende stilling. Feltet psykisk helsevern i Oslo er av begrenset størrelse og ledere kjenner til hverandre i større eller mindre grad. En kan tenke seg at intervjuobjektene således tonet ned eventuelle negative betraktninger om psykologer ettersom forfatteren er psykolog av yrke, eller andre betraktninger av lignende karakter. På den andre siden kan det varierende kjennskapet fra tidligere av ha medført større grad av åpenhet og tillit til at informasjonen ville bli brukt på en ordentlig måte og medført en friere gjengivelse av egne perspektiver. Malterud forteller i sin bok *Kvalitative metoder i medisinsk forskning, 3 utgave, en innføring* at ”i møtet mellom forsker og deltager skapes en bestemt versjon av fortellingen, preget av tid, sted og stemninger, der forskeren også blir en deltager i utviklingen av historien. (s. 138)” Hun forteller at ”skal historien utgjøre empiriske data om fortellerens erfaringer, må forskeren vise beskjedenhet mens historien skapes. (138)” Ettersom forfatteren forsket på eget felt var det særlig viktig å vise beskjedenhet i intervjusituasjonen hva egne synspunkter gjaldt, og innta en lyttende åpen posisjon, noe som ble etterstrebet i lys av metodiske utfordringer.

En annen mulig svakhet gjelder stimulusmaterialets karakter. Ettersom utsagnene er negativt formulert kan de fremstå som ledende. På den annen side er det ofte slik at utsagn satt på spissen kan vekke motstridende synspunkter. Forfatteren var forberedt på at stimulusmaterialet både kunne bli bekreftet eller avkreftet av intervjuobjektene og inntok så langt som mulig en åpen og nøytral posisjon vis a vis intervjuobjektene for å ta imot deres innspill.

2.4 Opplevelse av intervjusituasjonen

Gjennomgående opplevde forfatteren intervjusituasjonene som preget av ro, refleksjon og åpenhet. Alle intervjuer ble gjort på kontorer eller samtalerom der intervjuobjektene var på hjemmebane med unntak av enhetsleder på enhet A som kom til forfatteren sitt kontor av praktiske hensyn. Det var ingen forstyrrelser under intervjuene.

3 Hovedfunn

Forfatteren ønsket å se hvor oppmerksomheten gikk når stimulusmaterialet ble lest opp. Hva tok intervjuobjektene tak i? Avviste de påstandene? Eller kjente de seg igjen? For å strukturere presentasjonen av funnene er det valgt overskrifter som speiler forskningsspørsmålene.

Alle gjør alt. Her fortelles det om utflytende grenseoppganger mellom fagpersoner, om terapeuter som langt på vei staker ut sin egen kurs, både hva diagnostisering og terapi angår og hva gjelder selvrepresentasjon.

Feige ledere. Her fortelles det om en uvilje til å lede og om ideologiens fortrenkning av forskning og evidens.

Jeg bare går saktere. Her fortelles det om uviljen til å la seg lede og bakgrunnen for dette.

Rapporteringshelvete. Her fortelles det om rapporteringskravene som ikke innfris og økonomiske konsekvenser av dette.

Fremtiden. For å runde av hovedfunn og diskusjonsdelen er intervjuobjektene fremtidsvisjon tatt med. Det er to grunner til dette. Forfatteren spurte spesifikt om fremtiden mot slutten av intervjuet, og det viste seg at fremtidsoptimismen var stor.

Til spørsmålet om fremtidsvisjon dukket det imidlertid opp et siste tema som alle samlet seg om, nemlig hvordan psykisk helsevern bør huses. Dette temaet tas med videre i oppgaven.

Under presentasjon av fremtidsvisjon beskrives for øvrig en fremtid der rett oppgave gis til rett person, der ledere er modige, der det er enighet rundt målet, og der tellingen er hensiktsmessig. Videre en fremtid der lokalisasjon, arkitektur og det fysiske rom er utbedret.

Det er vesentlig å bemerke innledningsvis at alle intervjuobjektene var gjennomgående enige i alle utsagnene i stimulusmaterialet. De nikket anerkjennende og bekreftende, og presenterte ingen motargumenter. De la imidlertid vekt på ulike ting i sine refleksjoner. Noen snakket mye om at alle gjør alt, mens andre snakket mye om manglende rapportering. Dette er ikke overraskende med tanke på at de har ulik faglig bakgrunn og jobber forskjellige steder. I presentasjon av funn kommer alle intervjuobjektene frem med synspunkter i relativt lik grad til slutt, men fordelt ulikt på de forskjellige forskningsspørsmålene.

3.1 Alle gjør alt

Det første forskningsspørsmålet er: Synes intervjuobjektene at alle gjør alt, uavhengig av helsefaglig profesjon? I stimulusmaterialet var det en påstand om at det ikke synes å være et hierarki i behandlermiljøet, at psykologfaglige, medisinskfaglige og høyskoleutdannede gjør den samme jobben. At fordeling av pasienter skjer etter hvem som har ledig kapasitet heller enn hvem som har rett kompetanse. Det u hensiktsmessige ved dette er at sosionomer forsøker seg på diagnostisering, noe de ikke er skolert til, mens psykologen forsøker seg på veiledning i trygderettigheter, noe de slettes ikke kan, eller verre, pasienten får verken diagnose eller veiledning, men blir gående i en samtaleterapi uten retning.

Det kan synes som om akkurat disse utsagnene gjorde særlig inntrykk på intervjuobjektene, og forfatteren vil her presentere og utforske en del utsagn rundt tverrfaglighet eller mangel på reel tverrfaglighet og hva intervjuobjektene mener kan ligge til grunn for dette.

3.1.1 Et monofaglig arbeid

Per Arne Holman, som lenge ledet Lovisenberg distrikstpsykiatrisk senter (Dps), startet Raskere Tilbake poliklinikken, og i dag fungerer som kvalitetssjef ved Lovisenberg Sykehus, uttalte at:

”Alt vesentlig av behandling i psykiatriske poliklinikker og Dps er monofaglig arbeid, i den forstand at du blir tilvist til en psykolog eller en psykiater eller en psykiatrisk sykepleier og så blir du gående der i samtaler evig.”

Han fulgte opp med å si:

”Jeg er ganske sikker på at hvis du satt på et kamera inne i et behandlingsrom og du ikke visste hvilken tittel som sto på døra, så ville det være vanskelig for en utenforstående å vite om det var en psykiater, en psykolog eller klinisk sosionom, eller en erfaren sykepleier med kognitiv terapiutdanning som satt der.”

Med andre ord beskriver Holman en virkelighet som samsvarer med påstanden i stimulusmaterialet.

Trude Fixdal, leder for seksjon for barne- og ungdomspsykiatri uttalte at:

”Dette som handler om at alle gjør alt, det tror jeg er feil spor. I det ligger det også en normativ vurdering av at noe er bedre enn noe annet, og sånn ser ikke jeg på det. Alt er like viktig men det blir bare tull hvis alle skal gjøre alt. Jeg ønsker et hierarki i behandlingen.”

I forlengelse av denne uttalelsen forteller Fixdal at

”...over 40% av norske barn mangler en diagnose på akse fire, og vi vet hvor stor samsykelighet det er mellom psykiske lidelser og fysiske lidelser for barn, så det er veldig rart. Man må jo ha en bevissthet om at legen er en del av teamet, og sørge for at barnet blir vurdert. De har en kropp også.”

Her sikter Fixdal til at selv når kompetansen finnes på huset blir den ikke brukt. Det synes å være en vegring mot å koble på medisinskfaglig vurdering som om denne ikke er viktig når det er snakk om psykiatri. Fixdal holder opp at det nettopp er viktig å se kropp og sjel i sammenheng og at det statistisk er høy korrelasjon mellom fysiske og psykiske plager.

Berge-Andreas Steinsvåg som selv har jobbet som miljøarbeider i en del år og som nå er fagrådgiver i Klinikk for psykisk helse og avhengighet vinklet sine uttalelser rundt tverrfaglighet slik:

”Det er en slags underforbruk av det vi er flinke på. Vi gjør ikke det vi er flinke til. Vi begynner å bevege oss inn på det *de andre* er flinke på. Det er pussig og unødvendig.”

”Jeg tror innen psykisk helsevern har karriereveien, det interessante og det mulige, vært som individualterapeut. Ellers har en blitt brukt som en slags form for hushjelp. Som jobber etter instruksjon. Som en form for psykologassistent”.

”Jeg ser for meg enn food-prosessor der det kommer ut en masse ”miljøterapi”. Det er en grunn til at vi har disse tre utdannelsene, bruk de for det de er gode på!”.

Her er Steinsvåg opptatt av det utviskede skillet mellom barnevernspedagoger, sosionomer og vernepleiere, mens Holman siktet til det utviskede skillet mellom høyskoleutdannede og universitetsutdannede. Steinsvåg uttaler en oppgitthet over begrepet ”miljøterapeut” mens Holman sikter til terapeutbegrepet generelt. Steinsvåg har mye erfaring fra institusjonsarbeid mens Holman har mye erfaring med poliklinisk drift. Problematikken med ”monofaglig” arbeid synes imidlertid å være lik. Forskjellige profesjoner gjør for like oppgaver.

Steinsvåg forteller om en institusjonshverdag der høyskoleutdannede blir behandlet som hushjelper og fungerer som en samlet gruppe ”miljøterapeuter” uavhengig av faglig forankring. Holman forteller imidlertid om en poliklinisk hverdag der høyskoleutdannede driver individualterapi med selvstendig pasientansvar på linje med psykiatere og psykologer.

Hva ligger til grunn for disse ytterpunktene? Hva tenker intervjuobjektene kan være bakenforliggende årsaker til bildet de beskriver?

3.1.2 Hva er man egentlig god på?

Steinsvåg forteller historien om et fagfelt (miljøterapi) som utviklet en sterk kultur for 30 år siden i tett samspill med en politisk bevegelse. ”Sosialarbeiderorganisasjonene bestemte seg for at de skulle være avmålt i forhold til master- og doktorgradsutdannelser i forhold til barnevernspedagoger, sosionomer og vernepleiere i en slags misforstått allianse med arbeiderklassen.”

”Man skulle proletarisere seg. Man skulle gå sammen med de fattige klassene. Så ofrer man dette med at man ikke blir så flink.”

Steinsvåg la til med oppgitt stemme:

”Men man lærer jo noe av å gå på skole. Man blir *flinkere* av å gå på skole.”

Steinsvåg forteller videre om høyskoleutdannelsene.

”Jeg er helt sikker på at disse utdannelsene **ikke** er gode nok”. Han forteller om sine erfaringer som gjesteforeleser og sensor: ”Jeg syns studentene var virkelig flinke. Jeg var ikke like imponert over lærerne. Det var søttitalls gamle damer altså...”

Han sier ”...legene blir trent opp til å gjøre egne vurderinger, stå for dem og skrive i journal.”

Han mener miljøterapeuter eller høyskoleutdannede ”...lett går inn i roller der de ber om å få instruksjon.”

Interessant nok påpeker Steinsvåg at høyskolefagene og miljøterapi har en betydelig høyere status utenfor Norge. I forhold til mulighet for en sosionom til å ta doktorgrad utenfor Norges grenser sier han: ”I utlandet – masse av det! Haugevis, bømmevis, helt vanlig og helt uproblematisk. I USA, overalt, også i Sverige.”

Han påpeker en forsterkende sirkel der studentene i utgangspunkt er ”flinke” nok, men der de først indoktrineres på høyskolen i rollen som en slags assistent på institusjon, og så sier han:

”...neste skritt, du blir ansatt som miljøterapeut og hvem rekrutterer inn? Hva har *de* lært på skolen? Og så fortsetter du i rollen din...”

Den politiske og historiske utviklingen av faget miljøterapi i Norge synes i følge Steinsvåg å ha stor betydning for flere forhold ved høyskoleutdannede i psykisk helsevern. Hans største bekymring er at den har påvirket kvaliteten ved høyskoleutdannelsene i negativ forstand og dermed skapt et kunnskapsskille og et statusskille.

Men dersom det er slik Steinsvåg forteller, at høyskoleutdannede indoktrineres i en slags utvannet institusjonsbasert rolle som miljøterapeut med liten grad av selvstendighet, hvordan kan det ha seg at de samme yrkesgruppene dukker opp som svært selvstendig terapeuter i poliklinikkene med arbeidsoppgaver lik psykologer og psykiatere slik Holman påpeker?

Yngve Mikkelsen, tidligere medisinsk direktør ved Ahus, belyser dette i sine betraktninger: ”Det har vært en stillingsregulering innenfor psykiatrien. Det var vært veldig enkelt å fylle opp med andre yrkesgrupper for å spa unna jobb. Jeg tror det kan være en av forklaringsmodellene til at du har andre enn leger som beveger seg inn på diagnose og beholdersiden. Nå har du psykologer som har legitim rett til å gjøre det, men andre yrkesgrupper ikke i så stor utstrekning.”

Her bringes nok et tema inn. Økonomi.

Mikkelsen mener altså at sykehusenes ansettelsespolitikk, som i stor grad er styrt av økonomi som igjen er regulert av helseforetakene og departementet, kan få konsekvenser for hvem som *må* gjøre hva for å få pasientbehandlingen til å gå rundt.

En kan kanskje tenke seg at dersom valget for en høyskoleutdannet sto mellom institusjonsbaserte assistentpregede arbeidsoppgaver, og selvstendig pasientansvar og terapioppgaver, vil mange søke seg mot sistnevnte. Fixdal forteller om en ”normativ vurdering av at noe er bedre enn noe annet” – og i denne spissede dikotomien er det kanskje det? Berge forteller om at ”karriereveien, det interessante og det mulige, har vært som individualterapeut” og det er forståelig dersom alternativet er hushjelpspregede oppgaver på institusjon.

3.1.3 Den narsissistiske terapeuten

Et beslektet tema intervjuobjektene synes svært opptatt av var karakteristikk ved terapeuten i psykisk helsevern. Utsagnet om at psykisk helsevern preges generelt av lav effektivitet kan ha stimulert disse betraktningene.

Fixdal uttalte eksempelvis:

”Jeg tror ofte individualterapien er viktigere for terapeuten enn for pasienten. Og jeg er redd for den terapeutiske narsissismen der man tenker at man er så viktig for en pasient at man ikke slipper pasienten ut i livet og stoler på at pasienten kan greie seg selv.”

Videre fortalte hun om den ”relasjonsorienterte terapeutiske stilen hvor man bruker lang tid på å bygge en relasjon og så må man jobbe veldig lenge med avslutningen.” ”Når alle skal være sånne terapeuter blir det lite gjort” kommenterte hun.

Fixdal fortsatte med ”...jeg tror man kan bygge relasjon veldig raskt, jobbe ganske systematisk, og innse at man for veldig mange pasienter er en parentes i livet deres”. Hun refererte til en ”tung psykodynamisk vind” som dominerende ideologi de siste tiårene og kommenterte ”jeg synes det er et voldsomt inngrep i barnas liv å utsette dem for flere år med terapi flere ganger i uken, og det er dessuten lite evidens for at dette er effektiv behandling for veldig mange tilstander i Bup.”

Steinsvåg uttalte ”jeg møter leger og psykologer som er gammeldagse, tradisjonelle, går sakte. Og det gjør de sammen med de tre-årige. Skillet går mellom de gode og de dårlige – som ikke er fordelt på høyskoleutdannede og universitetsutdannede.”

Holman uttalte ”jeg tror det er en kulturell konservatisme eller en beskyttelsesfaktor. Fagfeltet opprettholder en slags hegemoni eller selvråderett. Det kan handle om hva slags mennesker som søker seg til dette feltet i utgangspunktet, altså velger å bli psykiatere, psykologspesialister og psykiatriske sykepleiere til forskjell fra å bli kirurger eller organisasjonspsykologer eller noe annet.”

”Det handler om behandlingstradisjoner som er veldig fundamentale, hvor en ganske stor andel av våre kollegaer utdannes i en dyadisk behandlingstradisjon hvor de tror veldig på lege-pasientrelasjonen, at den er bærende for behandlingen.” Videre mener Holman at den lave fluktasjonen blant kollegaer mellom ulike typer arbeid som poliklinikk og akuttpsykiatri ”gjenspeiler personlighetstyper”.

Fixdal, Steinsvåg og Holman belyser både kvaliteter ved terapeuten og skoleringen terapeuten har hatt i samme åndedrag. Er terapeutene narsissistiske personer i utgangspunktet som blir tiltrukket av ideen om dyadiske relasjoner der terapeuten kan føle seg viktig for pasienten? Eller er den dyadiske skoleringen av en slik natur at terapeuten fremstår som narsissistisk i sitt terapeutiske arbeid for utenforstående som ikke begriper seg på relasjonens

betydning for terapi? Eller blir terapeuten rett og slett selvhenført av en lang skolering i dynamisk tradisjon?.

Det er uansett en slående beskrivelse her av noe dysfunksjonelt ved enkelte terapeuter i psykisk helsevern. Forfatteren ble nysgjerrig på om intervjuobjektene tenkte at det var noe spesielt med de som søkte seg til yrker i psykisk helsevern? Svarene kretset i første omgang rundt terapeutens egen mentale helse.

3.1.4 Psykisk uhelse, avarter og snodighet

Mikkelsen beskrev psykisk helsevern som ”en intellektuell øvelse” og uttalte ”sånn sett tror jeg man finner mye smarte mennesker der, men jeg tror vel også man finner personer med uløste problemer.”

Sundt-Hansen meddelte at ”det er jo noen som begynner i psykisk helse fordi man har et behov for å finne litt ut av seg selv.”

Morten Ørbæk uttalte noe sterkere at

”...jeg tenker at det er en større forekomst av psykisk uhelse innenfor ansatte i psykisk helsevern enn innenfor andre steder. Det er oppfatninger om at har du en affektiv lidelse (for eksempel) og har du jobbet med den i flere år, så kan du jobbe med folk som har affektive lidelser. Det uroer meg.” Han la til ”...det er viktig i et brukerrådsperspektiv at man kan ha det, men baserer man seg på AA modellen i psykisk helsevern ukritisk så går man i feil retning.”

Ørbæk uttalte også :

”Innen psykisk helsevern har man en pervertert formening om at man skal ha et så stort toleransevindu for folks avarter. Vi aksepterer mye mer enn vi ville gjort i privat næringsliv.”
” Å være en IA bedrift er ikke det samme som at vi er en verna bedrift.”

Fixdal uttalte i samme gate: ”Jeg tror nok vi har skånet de ansatte mer enn barna, og tross alt får vi betalt for å være her – det gjør ikke de ungene.”

Forfatteren vurderer disse uttalelsene som noen av de kraftigste i intervjuene. Det synes å være sammenfallende oppfatninger om at ansatte i psykisk helsevern skiller seg ut hva egenproblematikk angår og det settes ord på at en har praktisert en ledelse der ansatte er blitt skånet mer enn pasientene.

Neste avsnitt vil handle om intervjuobjektene betraktninger rundt hvordan terapeuten velger å iscenesette seg selv både hva klær og kontor angår. Dette er relevante funn da både klær og kontorinnredning kan tenkes å være kulturmarkører som sier noe om underliggende holdninger.

3.1.5 Bikkja på veggen

Fixdal var eksempelvis opptatt av markører som kan karakterisere psykisk helsearbeidere i negativ forstand. Hun var opptatt av fremtoningen til terapeutene som barna møter i behandlingsapparatet og fremstilte et ønske om:

”...at de ikke er veldig aparte. Barn reagerer veldig på folks utseende og ikke bare på hvordan man oppfører seg. At man er sånn nogen lunde normalt kledd og lukter godt, hvert fall ikke vondt, det betyr noe det også.”

”Når man er femti år gammel er man femti år gammel, man er eldgammel i ungdommens øyne. Du må se ut som en voksen dame hvis du er en voksen dame. Jeg syns jo det er en del (ansatte) i psykiatrien som kunne trengt en make-over”.

Når det gjaldt klare formeninger om terapeuters fremtoning hadde Fixdal godt selskap i arkitekt Arild Sundt- Hansen. Han jobber i det private byggefirmaet som tidligere het Hospitalitet. Han har deltatt på utallige byggeprosjekter innen psykisk helsevern og spesialisert seg på dette.

Som arkitekt er det hans oppgave å presentere forslag til romløsninger for terapeutisk virksomhet. Han holdt opp viktigheten av at pasienter, voksne og barn ”blir tatt imot i en nøytral sone” og påpekte at behandlingslokalet ”ikke er hjemmet ditt – det er til noe”. Sundt- Hansen fortsatte slik:

”Når jeg diskuterer med personalet, er de veldig opptatt av hvordan en selv sitter, hvor mange kvadratmeter de har for seg selv og da må de ha 16 kvadratmeter alle sammen faktisk.”

”og da er det deres private sone på 16 kvadratmeter liksom. Skal de over dørterskelen og ha bikkja på veggen og barna sine? Altså terskelen over i den private sfæren? Det er veldig interessant å se den private, halvprivate og offentlige sfæren – hva en møter og hvordan en blir ivaretatt i det.”

”Det er viktig å sitte i soner som er nøytrale for voksne og barn som sliter slik at de føler seg ivaretatt men ikke på (terapeutens) private premisser! Ikke møte den vellykketheten av alt

(terapeuten) har lyktes med av bilder av hytta og bikkja og barna – *det* er ikke noe interessant for vedkommende som kommer og sliter! Der skal (terapeuten) speile ham og ikke seg selv. (Terapeuten) vil ha det så koselig, og gjøre det til sitt og skifter ut møbler og tar med hjemmefra og det er mye snodighet altså.”

Her tar Sundt-Hansen opp mange terapeuters tendens til å privatisere sine kontorer, noe han mener er uhensiktsmessig. På samme måte som Sundt-Hansen mener at lokaler i psykisk helsevern bør være nøytrale, mener Fixdal at terapeuters fysiske fremtoning også bør være mer nøytral og profesjonell.

Kulturelle markører kan være så mangt. Forfatteren vokste opp med begrepet ”sosionomøredobb”. Det var en slik asymmetrisk ørepynt med en lang og en kort øredobb. Eventuelt bare en lang øredobb i det ene øret. Gjerne en fjær, eller keramikkfugl eller fargerik papegøye i tre. Andre markører som tilhørte psykisk helsearbeidere i egen oppvekst på åttitallet var lilla skjurf, krøllet linjakke og fotformsko. Min mor, som den gang jobbet på Statens senter for barn- og ungdomspsykiatri forteller om miljøpersonalet som til forveksling så ut som den innlagte ungdommen med hullede jeans og mørke hettegensere.

Steinsvåg ville kanskje hevde at en må tilbake til den politiske bevegelsen for å forstå hvorfor miljøterapeuten valgte nettopp dette uttrykket og at det neppe var tilfeldig.

Utsagnene fra intervjuobjektene kan tyde på at flere av de kulturelle markørene lever videre. Papegøyeøredobben er byttet ut – men fenomenet om å kle seg spesielt på jobb kan se ut til å vedvare i psykisk helsevern. Når det gjelder kontorinnredning har oransje veggtepper viket plass for annen pynt av nyere dato – men fenomenet med å privatisere kontorer er også tilstede i dagens psykisk helsevern i følge intervjuobjektene.

Både barn og voksne som strever med psykiatriske lidelser har nytte av gode rollemodeller og tydelig rolleavklaring. Psykiatriske symptomer er hele tiden målt opp mot ”normal” tilstanden. Normalitetsbegrepet er selvfølgelig bredt. Spørsmålet er om det er hensiktsmessig at psykisk helsearbeidere ligger i ytterkanten av normalitetsbegrepet hva gjelder fremtoning, eller om det nettopp er et poeng for psykisk helsearbeidere å fremstå mer ”midt på treet”. En kan forstå at helsearbeidere som skal jobbe med tunge rusavhengige på plata neppe oppnår umiddelbar allianse hvis de stiger ut av en luksuriøs bil iført dobbelspendt bleser, men det er heller ikke sikkert de fremstår som tydelige rollemodeller og hjelpere dersom de møter opp fillete og uflidd. Det kan se ut til at intervjuobjektene samler seg om et synspunkt som

forfatteren vil oppsummere med egne ord på denne måten: for å tone seg inn på ulike pasienter og fremstå som en troverdig hjelper er det nyttig å ha et normalt, nøytralt, aldersadekvat utgangspunkt.

3.1.6 Oppsummering av funn:

Utgangspunktet for denne delen handlet om hvorvidt alle synes å gjøre alt, uavhengig av profesjon i psykisk helsevern. Alle intervjuobjektene bekreftet med lengre eller korte refleksjoner at de opplevde dette som problematisk i psykisk helsevern.

Det ble formulert at terapeuter med ulik yrkesbakgrunn og kompetanse synes å gjøre de samme oppgavene og at dette er uheldig. Videre, at enkelte oppgaver som individualterapi synes å ha høyere status. Det ble hevdet at høyskoleutdannelse ikke er gode nok og ikke produserer sterke sosialarbeidere med selvstendig og klar faglig identitet. Videre at sykehusene av økonomiske hensyn, har ansatt høyskoleutdannende til å gjøre terapioppgaver som tidligere ble ivaretatt av universitetsutdannede og således bidratt til en uheldig situasjon der alle gjør det samme, men med ulike forutsetninger.

Det ble beskrevet at mange terapeuter er for opptatt av relasjonens betydning og egen rolle i terapiforløpet. Dette medfører unødvendig lange terapiforløp og en ineffektiv drift der færre får hjelp. Intervjuobjektene var opptatt av skillet mellom gode og dårlige terapeuter og at disse finnes blant alle helsefaglige yrkesgrupper. Videre at en viss type mennesker søker seg til yrker i psykisk helsevern.

Det ble sagt at ansatte i psykisk helsevern synes å ha en del egenproblematikk og tiltrekkes faget av den grunn. Videre at det er en høy toleranse i feltet for egenproblematikk, høyere enn i andre bransjer. Videre at det i psykisk helsevern synes å være en kultur for å kle seg annerledes og innrede arbeidsplassen med private elementer. Sist at ansatte synes å bli skånet i større grad enn pasientene.

3.2 Feige ledere

Hvordan opplever intervjuobjektene andre ledere i feltet? Opplevs de som feige? Eller karakteriseres de positivt? En av utsagnene i stimulusmaterialet lyder slik: Det synes å være en uvilje til å lede. Det var ikke overraskende at temaet ledelse stimulerte til mange refleksjoner blant intervjuobjektene som alle har ledelseserfaring og sitter i leder- eller rådgiverstillinger i dag. Forfatteren var opptatt av hvordan intervjuobjektene ville respondere på utsagnet. Ville de si seg enige eller uenige?

Sundt- Hansen uttalte:

”Jeg synes man sitter altfor mye i enerom i psykiatrien og laver sine egne sfærer og forsvarer gamle produkter som er veldig basert på personlig engasjement fra noen som da sitter i stilling som leder fortsatt. Det blir kongedømmer, og det må føringene til for å få de ut av kronene og tenke på en mer helhetlig måte.”

Ørbæk uttalte:

”En gjør en kardinalfeil på sykehuset ved å tenke at man får legitimitet i lederposisjon ved å være en etablert kliniker i samme miljø.”

”Jeg tror noen ledere fortsetter klinisk behandling parallelt med ledelsesutøvelsen og da kommer de i dilemmaer som de kanskje ikke har forutsett og tror at de kan sjonglere begge rollene samtidig. Det forekommer mye i sykehuset.”

”Når man kommer som kliniker i lederposisjon så mangler man det essensielle. Erfaring og lederkompetanse. Hvis man ikke har en struktur i sykehuset, eller den enkelte som rekrutterer har en plan for kompetanseheving så opererer man med høy risiko.”

Her fortelles det om ledere som sitter i isolasjon og styrer etter eget hode, det fortelles også om ledere som har en fot i klinisk arbeid og som strever med balansen. Ørbæk peker til de som ansetter ledere og mener det hviler et ansvar hos de for å sørge for en skikkelig lederopplæring.

Holman forteller om sin erfaring ved Lovisenberg Dps og sier: ”Det var mange med psykodynamisk analytisk bakgrunn – og de fortsatte bare å reprodusere seg selv. De lederne som sto i den tradisjonen rekrutterte medarbeidere med samme interesse.”

Ørbæk har lignende betraktninger når det gjelder rekruttering og sier

”...man rekrutterer folk som man antar ikke vil utfordre en. Som leder. Og da ser man ikke potensielle muligheter for organisasjonsutvikling. Og så gjør man rekruttering som leder på lik linje som man selv ble rekruttert inn. Har man selv blitt rekruttert inn fra et annet sted i organisasjonen så er det liksom på tide at du får prøve deg.”

Funn i materialet synes å være at intervjuobjektene opplever et utydelig skille mellom leder og ansatt i psykisk helsevern. Klinikere blir ledere, men fortsetter klinisk praksis sammen med sine kollegaer, de rekrutterer inn nye klinikere som ikke utfordrer egne faglige synspunkter eller behandlingsideologi og reproduserer således seg selv. De leder med

”personlig engasjement” for visse behandlingsideologier som Sundt-Hansen antyder, og reproducerer således gammel kunnskap uten å ”tenke på en mer helhetlig måte”.

Temaet ideologi syntes å være gjennomgående i intervjuene både i beskrivelsene av ansatte og i beskrivelse av ledere. Ideologi kan karakteriseres som en felles oppfatning, en måte å se ting på. Selv om det ofte brukes i forbindelse med politikk kan en også snakke om behandlingsideologi. Hvordan tenker en at psykiatriske lidelser skal behandles? Gjennom lange dyadiske terapiforløp? Behandlingsideologien som intervjuobjektene sikter til har en negativ klang. Noe som hindrer både fagutøvere og ledere i å ta til seg evidensbasert kunnskap, nye retningslinjer og krav om endring.

Fixdal beskrev enkelte fagkongresser som ”vekkelsesmøter” der alle blir henført av eksempelvis tilknytningsteori som det eneste rette utgangspunkt for å forstå menneskets psykologi. Ofte er teori og forståelse koblet til retningslinjer for behandling. En psykoanalytisk forståelse er koblet til en ideologi om at endring er en lang og tidkrevende prosess. Psykoanalytiske terapier er kjent for å være årelange med hyppige møter. Psykoanalytikere driver ikke med kognitiv atferdsterapi. Da er man ikke psykoanalytiker. På samme måte driver ikke kognitiv atferdsterapeuter med psykoanalyse. Da er man ikke kognitiv atferdsterapeut. Behandlingsideologi hos ansatte er ikke uten videre lett å utfordre for ledere. Det kan kanskje gå på identiteten løs? Det ligger mye stolthet i hvilken retning en terapeut har valgt å gå i sin terapeutkarriere, og en kan tenke seg at det er krevende for en leder å utfordre klinikers behandlingsideologi.

3.2.1 ”Ideologi har langt på vei kommet i stedet for fag ”

Forfatteren var interessert i refleksjoner rundt endringspotensialet hos ledere og ansatte som ble opplevd som ideologistyrte. I intervjuene ble det derfor stilt oppfølgingsspørsmål når temaet ideologi dukket opp. ”Er endring mulig?”

Steinsvåg hadde mange refleksjoner knyttet til sin erfaring ved Veksthuset (et terapeutisk samfunn på Gaustad) som han holdt frem som ”noe av det mest ideologistyrte vi har hatt her.”

Steinsvåg var ansatt som leder i det kritiske halvåret før nedleggelsen og hans oppdrag var ”hold dette sammen til vi kan la det falle”. På spørsmålet om endringspotensialet svarte han

”Jeg tror du kan endre (ideologi), men jeg tror ikke du skal gjøre det. Det kan ta for mye tid og for mye krefter. Ideologi knyttet til profesjonalitet er jeg glad for. Det går på at man tar imot pasienter, behandler de ordentlig, gjør ikke skade og så videre. Jeg synes til og med man skal gjøre litt mer av det. Men ideologi har langt på vei kommet i stedet for fag.”

”På veksthuset hadde du sterke psykiatere, psykologer, ufaglærte og tre-årige i skjønn forening. Sterke i troen og sterke i form. De maktet å skrive bøker og de snakket i media. Helt klart politisk styrt. Det handlet om kollektivbevegelsen, det terapeutiske samfunn, etterlevninger fra slutten av 60-tallet og starten på 70-tallet.”

Steinsvågs betraktninger om at man ikke skal prøve å endre fordi det koster for mye krefter og tid, men heller tenke utskiftning av personalgruppen, er ganske parallelle til Holmans tanker rundt oppstart av Raskere Tilbake poliklinikken i 2007. Forfatteren vil her presentere denne noe mer inngående fordi den er et godt eksempel på det mange av intervjuobjektene antydde må til for å skape endring.

3.2.2 Raskere tilbake

Poliklinikken var i utgangspunktet et prosjekt. En kveldsbasert poliklinikk som skulle ta unna ventelistene på den ordinære distriktpspsykiatriske poliklinikken på Lovisenberg sykehus. Navnet Raskere Tilbake antydde det å komme raskere tilbake til yrkeslivet og en fungerende hverdag etter en begrenset terapeutisk intervensjon.

Utgangspunktet for prosjektet var at den ordinære poliklinikken ikke klarte ta unna pasientene raskt nok selv om antall konsultasjoner under Holmans ledelse ble økt fra 5600 i 2002 til 10 000 et par år senere og så til 12 000 i 2006 før den økte produktiviteten flatet ut. Forfatteren var tilfeldigvis ansatt som psykolog i dette tidsrommet og husker godt hvilken formidabel motstand disse produksjonskravene møtte hos de etablerte terapeutene som var vant til å styre sin egen hverdag, ha to konsultasjoner pr dag, og langvarige analytiske terapier. Mange sluttet.

Når Holman skulle bemanne den nye poliklinikken forsøkte han først en dialog med tillitsvalgte om å bruke grunnbemanningen. Det ble fremlagt så store krav til lønn fra fagorganisasjonene utover ordinær overtid at dette ikke lot seg realisere. Grunnbemanningen ville imidlertid gjerne jobbe på kveld og tjene ekstra penger. Holman kommenterte:

”Det var litt vanskelig å måtte krangle om 3% økning om aktivitet på dagtid med de samme personene som orket 3 konsultasjoner til på kveldstid bare de fikk ekstra betalt. For på dagtid var det helt umulig å få folk til å gjøre dette, men på kveld så orket de jo veldig mye mer.”

”Vi er individuelt nyttemaksimerende, vi styres av økonomiske virkemidler.” konkluderte Holman.

Raskere Tilbake prosjektet er forlenget. Det har blitt en stor suksess som nå har vokst til en virksomhet med 50 psykologer og snart 10 ansatte som jobber heltid.

Holman forteller:

”...for å si noe om hva som fungerte... så var det på det tidspunktet at jeg bestemte meg for å organisere kveldspoliklinikken som egen seksjon med egen leder og rendyrke den modellen.”

”Det jeg ser er at vi har rekruttert helt andre typer mennesker. Mange flinke medarbeidere med stor arbeidskapasitet, genuin interesse for faget og forskerkompetanse. Vi har raskt fått opp forskningsaktivitet samtidig som vi har høy produktivitet.”

Holman referer til flere styringsgrep som han mener har hatt stor effekt for suksessen.

”Vi har ansatt en ledelse som gjør prioriteringer og styrer pasientstrømmene. De ansatte kan ikke velge oppgaver ut ifra prinsippene om ”jeg liker bare sånn og sånn, og det syns jeg er riktig”.

”Vi har sagt at vi ønsker medarbeidere som kan kognitiv terapi. Vi kan rekruttere strategisk og eksempelvis si at nå trenger vi noen som kan manualisert behandling for angst og så designer vi behandlingsopplegg for det.”

”og i stedet for å ta de pasientene som blir tilfeldig henvist til oss og fordele til de som har kapasitet så kan vi nå si : nå har vi et tilbud, her er vi gode, vi søker pasienter som trenger vårt tilbud.”

”Vi har fått helt andre styringsmekanismer enn vi hadde før. Da måtte i se på: Vi har tyve faste ansatte, hva kan vi bruke de til eller hva liker de og sånt – og de måtte ta alt, mens nå er vi mye mer fleksible på å tilpasse tilbudet, utvikle tilbudet til hva vi mener pasientene trenger.”

Her setter Holman ord på hvordan han handlet for å styrke fokus på fag, forskning og evidensbasert praksis, og komme bort fra ideologistyring. Holman sikter her til den type behandlingsideologier som snevert satser på lange dyadiske terapiforløp.

Han fokuserte innsatsen videre på selektiv og strategisk rekruttering og la ansvaret for oppgavefordeling hos ledelsen.

Når det gjelder styringsmekanismer hadde Mikkelsen flere refleksjoner som strakk seg utover psykisk helsevern og som er interessante å sette i sammenheng med Holmans erfaring.

”Det er ett spørsmål om du har god styring innenfor psykiatrien. Min påstand vil vel egentlig være at det er mangelfull styring innenfor helsevesenet generelt sett.”

”Du vil oppleve konkurrerende kulturer som konkurrerer om ressurser på forskjellige nivåer. Det satt i sammenheng med manglende sterk styring gjør at du vil oppleve anarki hvor mange gjør sitt. Så vil du ha et problem for ledere å styre dette fordi de ikke ser hvilke innsatsfaktorer som blir brukt og kan da heller ikke vurdere kvaliteten på behandlingen. Faglig sterkere styring er det behov for. Det gjelder ikke bare i psykiatrien men og i somatikken.”

Her sier Mikkelsen det samme som Holman, den faglige styringen må bli sterkere. Uten sterk faglig styring blir lederkontroll umulig. Ideologistyrte ansatte ”gjør sitt” på anarkistisk vis. Med ”faglig styring” menes det, slik forfatteren har forstått intervjuobjektene, at den til enhver tid rådene kunnskapen vi har om hva som virker skal være i fokus. Det pågår kontinuerlig forskning på hva som virker, både i somatisk medisin og i psykiatrien. Vi må forholde oss til oppdatert kunnskap og retningslinjer om ”best practice” og ikke satse blindt på egen behandlingsideologi.

Fixdal synes å være enig i dette:

”Det har vært for lite kobling mellom faglig styring og administrativ styring. Det gjelder både å styre og systematisere pasientforløpet, og samtidig også innholdet.”

Her er Fixdal inne på noe sentralt. Det har vært tydelige føringer i lang tid nå på at drift bør effektiviseres. Flere pasienter per dag, flere behandlingsløp per år og så videre. Det som har manglet, noe intervjuobjektene synes enige om, er en sterkere styring når det gjelder innhold. En terapi skal ikke bare kortes ned fra 50 til 10 sesjoner, det er vesentlig hva som kvalitativt skjer i hver time.

En gjennomgang av intervjumaterialet tyder på at alle kjenner seg igjen i utsagnet om at det er en uvilje til å lede i psykisk helsevern. De beskriver en reproduksjon av gammel kunnskap og en tendens til å reprodusere seg selv i ansettelsesprosesser hva gjelder behandlingsideologi. Videre påpeker Ørbæk at kombinasjonen ledelse og klinisk praksis byr på dilemmaer, men synes vanlig i sykehuset. Ser en på refleksjonene til Mikkelsen og Fixdal, kan en tenke seg at dilemmaene handler nettopp om det å styre en virksomhet tydelig nok, både faglig og strukturelt. Det er vanskelig å stille krav om endring til medarbeidere som tidligere var likestilte kollegaer eller som fortsatt er det når det gjelder klinisk praksis. Det er

også vanskelig som leder å få øye på behovet for endring dersom egen ideologi sammenfaller helt med de ansattes.

I 2013 ble det sendt ut et skriv fra Helse- og Omsorgsdepartementet om enhetlig ledelse. Skrivet refererer til spesialisthelsetjenesteloven paragraf 3-8 og holder opp at sykehusets hovedoppgave er å ”yte god pasientbehandling, utdanne helsepersonell, forskning og opplæring av pasienter og pårørende. Videre at det er ledelsens ansvar å sørge for at alle deler av virksomheten er rettet inn mot å ivareta disse oppgavene på en god måte innenfor de rammer som er gitt.” Skrivet poengterte videre at det i spesialisthelsetjenesteloven paragraf 3-9 står at ”sykehuset skal organiseres slik at det er **en** ansvarlig leder på alle nivåer.” I klinikk for psykisk helse har det tidligere vært praktisert todelt ledelse flere steder. En slik todelt ledelse ble praktisert ved forfatteren sitt arbeidssted frem til 2011. Når den ene lederen ble bedt om å håndtere samtlige oppgaver alene, trakk hun seg fra stillingen.

Kan en tenke seg at overgangen fra todelt til enhetlig ledelse har vært utfordrende for flere? Intervjuobjektene antyder at enkelte leder sin virksomhet i det Mikkelsen går så langt som til å kalle et ”anarki”. Hvis dette faktisk er tilfellet kan en vanskelig se at det lovformulerte kravet til ledelse i sykehus er oppfylt.

Når det gjelder betraktninger rundt behandlingsideologi er det slående at både Steinsvåg og Holman uttrykker at det lønner seg å starte med blanke ark. Steinsvåg tror at ideologier kan endres men legger til at det er så tid- og ressurskrevende at det ikke er lurt. Holmans erfaring var at når han skulle starte en poliklinikk med en annen faglig profil og større krav til ansattes arbeidskapasitet og fleksibilitet gjaldt det å ”rekruttere helt andre typer mennesker”.

Intervjuobjektens betraktninger antyder at det er forhold ved en gruppe psykisk helsearbeidere som synes vanskelig å påvirke. En sammenfiltrering av ideologi, personlighet og stil.

Fixdal ønsket i etterkant av intervjuet å nyansere enkelte utsagn og meddelte pr mail følgende:

”Jeg mener selvfølgelig ikke at alle som jobber i Bup er gamle sosionomer i flagrende gevanter som driver meningsløs terapi i årevis, men at det jobber veldig mange flinke og oppdaterte fagfolk i vår avdeling som virkelig ønsker å gjøre – og gjør – en god jobb for pasientene.”

Holman holder også opp at det fins flere sorter, ettersom han er overveldende fornøyd med sine 50 psykologer i Raskere Tilbake. Han får støtte i Steinsvåg sine uttalelser om at skillet går mellom de ”gode og de dårlige”.

3.2.3 Oppsummering av funn:

Forskningsspørsmålet i denne delen var: Opplever intervjuobjektene at ledere i psykisk helsevern er feige? Funnene, eksemplifisert ved sitatene i denne delen, tyder på at intervjuobjektene opplever ledere i psykisk helsevern som lite progressive. Ideologistyring blir beskrevet som et onde. Ideologi er ikke i seg selv negativt, men forfatteren oppfatter det slik at intervjuobjektene sikter til en form for snever behandlingsideologi som gjør at ledere i liten grad tar til seg ny kunnskap men holder fast ved at lange dyadiske terapiforløp er eneste farbare vei til god pasientbehandling. Feigheten ligger i det at ledere reproduerte seg selv og ikke i tilstrekkelig grad tør ansette personer som utfordrer de. Et annet funn er at mange ledere synes i følge intervjuobjektene å streve med balansen mellom klinisk praksis og lederoppgaven.

3.3 Jeg bare går saktere

Det tredje forskningsspørsmålet er om intervjuobjektene synes medarbeidere i møte med krav om endring synes å gå saktere? Eller som det formuleres i stimulusmaterialet: Det kan synes å være en uvilje til å innordne seg ledelse. Forfatteren var opptatt av om intervjuobjektene kjente igjen denne påståtte ”uviljen” eller om påstanden virket fremmed og upassende.

Steinsvåg hadde mange sterke betraktninger rundt dette og uttalte:

”I sosialarbeiderkulturen har det vært en kultur på at man er lite offensiv, men man er en motkraft. Man er skeptisk, man er motvillig, man er undrende.

Det er så lite de er FOR, men det er så mye de er IMOT eller skeptisk til. Hvis du ikke er FOR noe, men du bare er litt sånn nølende imot, viser ikke engang ordentlig motstand, da står du med føttene nedi uten å sette deg helt ned og sier liksom okei da – jeg bare går saktere...

Det er den mest uinteressante posisjonen. Tiåringer. Du har hvert fall ikke tenkt til å være positivt, men heller ikke yte ordentlig motstand, bare være kjempevanskelig på veien.”

Steinsvåg fortsatte:

”Derfor tror jeg New Public Management vinner. Det er leit at den gamle kulturen ikke har klart å være mer positiv og gått den i møte. Det er mye bra med NPM men det er en tellekant kultur. Du kan gjøre alt riktig og likevel fullstendig galt. Det kunne du ha redusert eller tatt bort hvis en del av denne kulturen hadde vært interessert, positiv og fremover lent. Man setter seg i en surmulende posisjon. Da bruker man mye krefter på det. Og det er krefter som skulle gått til pasientbehandling.”

For ordens skyld kan New Public Management beskrives som en reformbølge som siden åttitallet ønske å effektivisere offentlig sektor ved å bruke en del prinsipper fra privat sektor. En ønsket et mer kostnadseffektivt tilbud av offentlige goder da helseressursene tross alt er knappe. Virkemidlene en tok i bruk var blant annet konkurranseutsetting, privatisering, og stykkprisfinansiering. En kan tenke seg NPM som en slags motsats til byråkratisk eller faglig styring. (Norvoll 2013)

Det Steinsvåg sier noe om her er at potensialet for konstruktive bidrag i utviklingen av NPM som en arbeidsmodell er blitt borte i all opposisjonen. Dette opplever han som synd, og antyder således at ansatte selv har ødelagt for sin egen mulighet til medvirkning. Ansatte fremstår som uvillige til å la seg lede. Skepsisen beskriver han som et kulturuttrykk som har overlevd fra den tid da sosialarbeideryrket var et politisk utropstegn.

Ørbæk var også opptatt av ansattes reaksjoner på nyere krav til endring og satte disse i en større ramme.

”Hvis man ser tilbake på omorganiseringen så var det hele tiden en tilbakemelding om lav grad av eierskap og brukermedvirkning. Jeg tror det ble næret av et ganske pågående tillitsvalgssystem som brukte mye av energien på å se oppover i stedet for nedover. Jeg tror at samfunnsdiskursen på NPM påvirket det også og at det lå noen triggere i samfunnet. Hver gang man snakket med venner eller så på nyhetene så reaktiverte det hele tiden. Vi så ikke dimensjonen fordi vi trodde vi håndterte det i sykehusets rammer i stedet for å se det i en et samfunnsperspektiv og i et historisk perspektiv.”

”Når vi har så stor aldersforskjell (blant ansatte) vil de på seksti ha opplevd prosesser for tretti år siden som reaktiveres. På lik linje vil de på tjue ha foreldre som opplevde prosesser.”

”Problemet er at når du har ansatte med forskjellig latens så kan det være slik at når noen har forsonet seg eller kommet lengre i sirkelen så trekkes de tilbake av folk som har kommet kortere.”

Steinsvåg beskrev altså en kultur blant sosialarbeidere som kan komme av at yrkesvalget i så mange år var et politisk uttrykk. Det gjaldt å representere en motkraft til systemet, ledelsen, maktinnehaverne. Han fortalte at ”masse av disse menneskene har vært selvproletarisert, jobbet på en eller annen fabrikk.” Hans holdning synes å være at motstanden ikke har gagnet de ansatte men i stedet svekket deres medvirkningsmuligheter. Videre at denne manglende medvirkningen har svekket kvaliteten på NPM som kunne trengt konstruktive innspill fra de som kjenner behandlingshverdagen.

Ørbæk beskrev hvordan eldre ansatte har en historie og erfaringer som blir reaktivert i møte med en ny omorganisering og belyste videre den utfordringen det kan være med en sammensatt personalgruppe der enkelte i motkraftens navn kan få andre til å gå saktere.

Mens både Ørbæk og Steinsvåg har mye erfaring rundt ledelse av miljøterapeuter har Mikkelsen ledererfaring på et høyere nivå i organisasjonen med medisinskfaglig ansatte som selv er ledere. Han har dessuten fullført en doktoravhandling våren 2014 om kvalitetsutvikling i helsesektoren. Hans vinkling når det gjaldt uvilje til å la seg lede var følgende:

”Det første helsepersonell gjør når de ikke ønsker å bli ledet er å delegere bort (uønskede) arbeidsoppgaver. Leger er således delvis skyld i at andre spiser seg inn på deres arenaer. Det andre de gjør er å samarbeide med andre sterke faggrupper, og slår seg sammen slik at det blir vanskeligere for en leder å bidra til endring. Det tredje er konseptet rundt pasientrisiko eller pasientsikkerhet der de (ansatte) sier at ja, men, hvis du gjør dette (endringen) så vil pasientene dø. Det fjerde, etter personlig erfaring, er å skape et ytre fiendebilde for å samle sterke grupper.”

Han la til: De tre første er et resultat av internasjonal forskning og er godt dokumentert også utenfor Norge og viste til doktorgraden sin.

Uviljen til å la seg lede synes å ha forskjellige årsaksforklaringer avhengig av gruppetilhørighet. Steinsvåg har redegjort for den politiserte sosialarbeideren mens Mikkelsen peker mot de sterke faggruppene, og sikter her til blant annet leger og psykologer.

Motstanden mot den opplevde effektiviseringen av behandling innebærer å gå saktere. Ta seg tid til pasientene, den tid terapeuten mener er forsvarlig. En kan da ha et helt arbeidsmiljø som synkront går saktere i en solidarisk protest mot den ytre fienden. En betydelig utfordring

for førstelinjeledere som forplanter seg oppover og skaper problemer for psykisk helsevern helt opp i departementet.

3.3.1 Oppsummering av funn:

Til forskningsspørsmålet om ansatte synes å gå saktere i møte med krav om endring, så samlet intervjuobjektene seg om et ”ja”, selv om noen av intervjuobjektene hadde mer å si om dette enn andre. Hovedfunnet fra denne delen er at det synes å eksistere en kultur for å møte de krav om endringer som gjelder økt effektivitet, med motstand. Intervjuobjektene reflekterte bredt om årsakene til denne sakte gangen. Noe motstand ble forklart ut ifra en kultur hos enkelte faggrupper om at en er i opposisjon til styring i utgangspunktet, eller at en ikke skal la seg bli dirigert av byråkrater i kunsten å helbrede. Samtidig ble det også holdt opp at samfunnet vi lever i og de historiene som fortelles der er med på å styre ansattes innstilling til endring. Konsekvensen av en sakte gange i psykisk helsevern er at produksjonen av helsehjelp, målt ved antall konsultasjoner synes å være lav.

3.4 Rapporteringshelvete

Det fjerde forskningsspørsmålet handler om hvorvidt intervjuobjektene synes at aktiviteten i psykisk helsevern rapporteres i altfor liten grad. Stimuluspåstanden som vakte minst oppmerksomhet, (eller aktiverte høyest grad av fortregning) hos intervjuobjektene var den som het: Behandlere/ledere neglisjerer å rapportere egen aktivitet til Norsk pasientregister. Pussig nok var det arkitekten Sundt- Hansen som hadde mest å meddele rundt dette. Ved et nærmere blikk er det kanskje likevel ikke så rart at han var opptatt av rapportering.

Sundt- Hansen sa:

”Det er et problem at man ikke har gode nok rapporteringsrutiner innenfor psykisk helse slik at det er vanskelig å sammenligne kapasiteter. Hvordan rapporterer man når man har behandling og pasienten ikke kommer? Man må finne en måte å argumentere for å rapportere det som er annerledes i psykiatrien i forhold til somatikken på en god måte. Ikke bare at man går vekk fra papirblanketter men at man har en lik digital rapporteringsrutine for det man gjør.”

”I tidlig fase (av planlegging av nye bygg for psykisk helse) er det meldt inn hva du produserer, altså hva er innrapporterte tall. Det danner basis sammenlignet med hvordan man da har effektivitet i forhold til hvor mange man er. Det er altså veldig viktig å ha riktige tall, for ellers blir man ikke forstått!”

” Vi kommer sist i rekken på investeringsbudsjettene. De som blir saldert og de som ikke får komme til. ”

Her setter han ord på konsekvensene for psykisk helse når tallene er elendige. Man blir ikke forstått og ikke prioritert.

Sundt- Hansen var opptatt av psykiatriens underlegne posisjon i forhold til somatikken og har sett gang på gang hvordan somatikken vinner frem i kampen om midler til nybygg og oppgraderinger mens psykiatrien huses i antikvariske asyler og nedslitte lokaler. Han hevdet at psykisk helsevern blant annet ikke klarte vise til produksjonstall som skulle tilsi at de trengte større, oppgraderte arealer. De påsto ofte at de jobbet mye og trengte mer, men klarte ikke vise til det da rapporteringen manglet.

Sundt- Hansen uttalte kraftfullt:

”Kreftsyke barn, de er jo så dårlige, men de får lekenhet i sine miljøer, de får farger, de blir tatt var på en god måte (arkitektonisk). Der er det dramatiske opplevelser for både foreldre og barn, sånn som det kan være i psykisk helse – hvorfor skal det være en forskjell på det? Hvorfor er ikke barn bare barn når de er syke?”

Han fortalte følgende:

”jeg har opplevd mange ganger på øverste nivå i psykisk helse så gir man seg! Man er redd for å miste plassen sin. Særlig hvis man skal dele plass med somatikken. Man reduserer areal for å være snill og flink og slik at man kan bli der i stedet for å stå opp og argumentere for hva man trenger og hvorfor, og modernisere det. Alle blir utfordret på døgn til dag, og effektivitet opp mot kommune og forskyvning av tjenester det er jo hverdagen det hele veien det, men da må vi tørre å gå inn i det!”

Han mente psykisk helse langt på vei hadde et ansvar for å hevde seg i sykehusverdenen og kreve sin plass, men det forutsetter både rapportering av egen aktivitet og tydeligere styring av denne.

Han kommenterte:

”Det er altfor mange som ikke tør ta i det (manglende produktivitet) i ledelsene og ting bare gror videre. Vi (arkitektene) brukes av og til for å hjelpe til utenifra. For det er altfor vanskelig å komme med kritikk for ledelsen for da blir de gisler i det. De er vi som blir de stygge da, som kommer og sier ifra at her er det ikke realeffektivt, her er det ikke effektivt. Hvor er gevinsten? Hvor er det dere produserer? Og hvordan er dette i forhold til nasjonale mål? I forhold til hvor mye dere melder inn? Omsetning. Hvordan kan dere begrunne det?”

For hvis dere ikke kan begrunne det kan vi ikke tegne nybygg og ha så store areal for dette er omsetningsdefinert.”

Sundt- Hansen er klokkeklar i sine vurderinger. En kommer ikke utenom rapportering av egen aktivitet. Det er opp til psykisk helsevern å gjøre seg forstått. Lære seg telle-språket og kommunisere sine behov tydelig. Ellers vil de bli nedprioritert.

Om temaet rapportering til Norsk pasientregister kommenterte Mikkelsen at han ikke hadde forutsetning for å si så mye om dette. Han kunne imidlertid kommentere at ”man fra den somatiske siden (i sykehuset) sitter og ser med skrekk og gru på få konsultasjoner i psykiatrien på en dag, og som ikke akkurat oppleves som spesielt spenstig.” Han bekreftet altså en oppfatning om at det er (skrekkelig) lav effektivitet i psykisk helsevern, sett fra somatikkens perspektiv.

Fixdal bemerket rundt rapportering:

”Jeg skjønner jo at vi må rapportere det vi bruker penger på og dokumentere hva vi gjør på jobben når vi får betalt for å være her men av og til så er det et rapporteringshelvete der de skal ha rapporter om alt mulig rart som tar fokuset bort fra det vi skal jobbe med, nemlig lage gode tilbud til barna.”

Hun la til i en mail etter første utkast av denne oppgaven ”Jeg mener det er nødvendig å rapportere det vi gjør og hvordan vi bruker skattebetalernes penger. Problemet er at vi må rapportere på ting som ikke synes relevante, og som ikke gir et godt bilde av det vi egentlig gjør. Dermed blir rapportene en tidstyv med liten hensikt. Men dette gjelder altså ikke all rapportering.”

Dilemmaet er at tellingen får store konsekvenser for ressurstildelingen og for vårt omdømme. En ivrig leder for merkantiltfag snudde pekefingeren tilbake på oss en gang og sa at vi i psykisk helse ikke har gidde sette oss inn i hvordan vi skal kode fornuftig. Vi har ikke samkjørt oss og vi følger ikke opp. Hun bemerket på et seminar i kjent kontant stil: ”taster du møkk inn – kommer det møkk ut”.

Holman var imidlertid en ivrig teller. Forfatteren husker godt hvordan han drillet ansatte på koding av aktivitet den gangen han ledet Lovisenberg Dps. Hver telefonsamtale skulle loggføres, hver aktivitet skulle kodes igjennom dagen. Hans mål var en økning i aktivitet. Han oppnådde nok både en økning i aktivitet og en mer presis koding av den aktiviteten som allerede pågikk.

I forbindelse med Raskere Tilbake prosjektet har Holman prøvd ut en helt ny styringsmodell som har fått positive konsekvenser for produktiviteten og kvaliteten og hans holdning er at dette henger sammen. Hos Raskere Tilbake er behandlere ansatt som enkeltmannsforetak og de får betalt per konsultasjon.

”De (behandlerne) vet jo at hvis de ikke leverer kvalitet så vil en del av pasientene slutte å møte. Samtidig vet vi jo at økonomiske insentivene er sånn at hvis pasientene ikke dukker opp så får du ikke penger. De er altså mye mer interessert i å gjøre klare avtaler.”

”De har også en stor egeninteresse av å bli talt. Greier du fire pasienter tjener du mer enn om du greier tre. Deres holdning til å bli vurdert kvalitativt er dessuten gjennomgående positiv, og nå har vi utviklet et kvalitetsregister.”

Holman fortalte om web-basert teknologi som gjør at pasientene blant annet kan svare på diagnostiske tester og meddele brukererfaringer. Alle pasienter fyller ut symptomsjekklister jevnlig gjennom terapiforløpet samt rapporterer om de fortsatt er sykemeldt, tilbake i jobb eller er arbeidssøkende. Dette er altså en systematisk skåring av arbeidsfravær og arbeidsnærvær som kan vurderes sammen med andre mål. De svarer også på livskvalitetsmål som gjør at en kan regne ut kvalitetsjusterte leveår. Videre svarer de på pasienttilfredshets spørsmål. Data i kvalitetsregisteret kan kobles mot data i det pasientadministrative systemet slik at en kan se hvilke behandling som gir hvilket utfall på gruppenivå. Holman bemerket: ”På den måten mener jeg vi kan gjøre en analyse av hvordan tjenesten utvikler seg, og om vi lykkes med behandlingen.”

3.4.1 Oppsummering av funn:

Det kan se ut som om entusiasmen for rapportering hos intervjuobjektene henger sammen med opplevelsen av rapporteringens validitet og nytteverdi. For Holman er rapporteringen et verktøy for reel forbedring av behandlingstilbudet, og et verktøy for å sikre støtte til prosjekter som Raskere Tilbake. For Fixdal tar rapporteringen uforholdsmessig mye tid, uten å gi opplevd gevinst. Sundt-Hansen viser til hvordan hele grunnlaget for nybygg kan stå og falle på tallene og at psykisk helse taper i konkurranse om midler når de ikke evner å rapportere egen aktivitet godt nok. Det er imidlertid enighet om at rapporteringen bør være en valid representasjon skal den ha noen hensikt. Det er mye å hente på å finne en adekvat måte å telle på. Det vil sikkert alltid være utfordringer knyttet til å måle effektivitet og kvalitet i

psykisk helsearbeid. Hvordan en pasient har det er sjeldent en absolutt verdi som kan kategoriseres på linje med et benbrudd. Men det finnes i dag mange måter å måle tilfredshet på og en rekke symptomsjekklister. Det må i alle fall være en villighet til å måle og telle. I forhold til forskningsspørsmålet om det rapporteres for lite, så svarte Sundt- Hansen og Holman et tydelig ja, støttet av Mikkelsen som sammenlignet den foruroligende lave produksjonen i psykisk helsevern med somatikkens høye tall. Ellers var svaret på spørsmålet heller at det rapporteres mange tall uten mål og mening og at det gjenstår å finne en god måte å telle på.

Så langt har intervjuobjektene i det store og det hele svart bekreftende på forskningsspørsmålene. Ja, det kan se ut til at alle gjør alt, uavhengig av helsefaglig profesjon, ja, ledere i psykisk helsevern kan fremstå som feige, ja det virker som om medarbeidere i møte med krav om endring bare går saktere, og ja, aktiviteten rapporteres i altfor liten grad. Ja, intervjuobjektene kjenner seg igjen i de negative beskrivelsene av psykisk helsevern og tok ikke til motmæle for et annet syn. Samtidig preges hvert svar av refleksjon rundt årsaksforhold og nyanser som gjør svarene til mer enn et endimensjonalt ”ja”. Forfatteren ønsker med denne oppgaven bidra til et narrativ om psykisk helsevern med nyanser og en retning fremover. Den neste delen tar derfor for seg intervjuobjektens fremtidsvisjon.

3.5 Fremtiden

Hvordan ser fremtiden ut? Forfatteren ønsket å få tak i hva intervjuobjektene selv mente må til for å sikre en positiv utvikling i psykisk helsevern. Spørsmålet ble mottatt og besvart med stor entusiasme hos samtlige intervjuobjekter. Det var mange sammenfallende synspunkter og de knyttet seg i stor grad opp mot påstandene i stimulusmaterialet. Det kom imidlertid opp et nytt tema som dekkes i siste punkt under denne delen og tas med videre. Det handler om hvordan psykisk helsevern bør huses.

3.5.1 Fra at alle gjør alt til rett oppgave til rett person

Steinsvåg ønsket seg ”dugende sosialarbeidere som gjør sosialarbeideroppgaver men som ikke gjør psykiater/psykologoppgaver”. Han ønsket de opp på ”masternivå” for å jobbe i spesialisthelsetjenesten. Han påpekte at ”i dag får pasientene et for dårlig tilbud fordi sosialarbeiderne ikke gjør jobben sin. De vil gjøre andres jobb – hvert fall noen steder.”

Det er interessant å merke seg at Steinsvåg både stiller seg kritisk til dagens sosialarbeider eller miljøterapeut, og samtidig uttrykker en enorm entusiasme for disse høyskolefagene og deres potensiale. Han har et utpreget sterkt engasjement for de arbeidsoppgavene han mener tilhører disse yrkesgruppene og sier: ”Disse utdannelsene har høy nytteverdi og de supplerer psykolog/psykiaterkompetansen. Fordelen er at man er mer robust, lærer å jobbe ambulant, oppsøkende, med familie, med de utålelige, der motivasjonen går opp og ned og man er ubehagelig mot behandleren. Vi jobber med motstand, med mennesker det er lite fremgang på, av og til kun med å dempe tilbakegangen. DER, i den røffere sammenhengen er sosialarbeiderne svært dyktige!”

Han legger til i en mail til forfatteren ”Jeg oppfatter at begrepet faglig hierarki er lite brukbart, men derimot er det nødvendig med utpreget godt tverrfaglig samarbeid. Det krever at man vet hva de ulike yrkesgruppene skal bidra med”. Jeg er forholdsvis kompromissløs på at vi skal levere behandling som er best for pasienten og ikke drive profesjonskamp.”

Fixdal ønsket en ”lavere terskel og kortere ventetid” samt en ”begrenset og tverrfaglig effektiv utredning som skulle være systematisk og forutsigbar for pasientene og pårørende”. Hun ønsket at man skulle ”evaluert, og hatt med seg spørsmålet om hvem andre som kan hjelpe (i systemet). Videre at familiene ”sømløst og uten byråkrati fikk hjelp der de trengte det”. Hun ønsket videre at det rådet en ”tillit til at folk er i stand til å mestre livene sine” og at terapeutene ikke ”holder på folk i evigheter”.

3.5.2 Fra feige til modige ledere

Ørbæk ønsket at ”ledere tør å risikere strukturelle endringer på vegne av faget, forankret i forskning og gode analyser.” At ”ledere stiller krav til arbeidstakere som ikke presterer slik at man får en turnover. At ledere tør å forskjellsbehandle sine ansatte.” Videre at man ”videreutdanner ledere, setter forventninger og gjør det målbart. Ledere som ikke klarer prestere må man da veilede ut av organisasjonen.”

Dette er parallelt med Mikkelsens visjon for fremtiden der han sier ”det er viktig å ha på plass en ledelse med konsekvenser.” Han referer til en leder han selv hadde en gang som sa: ”Hvis man skal bli bedre må man måle. Ellers trener man bare. Når du trener driver du ikke med stoppeklokka, men hvis du konkurrerer så må du faktisk ut med stoppeklokka.” Ledelse med

konsekvenser forutsetter en ”aksept” for det, ”at ledere følger opp” med faktiske konsekvenser og at det er en ”styring som tillater det.”

3.5.3 Fra sakte gange til enighet rundt målet

Mikkelsen holdt frem viktigheten av at ”man har enighet rundt målet, og at det er enighet rundt hvordan sukseen eller fremtiden skal se ut. At man greier å male et felles bilde.”

Mikkelsen fortalt at han igjennom arbeidet med doktoravhandlingen oppdaget at mye av identiteten til arbeidstakere er knyttet til måten de utfører arbeidet sitt på. ”De som (for eksempel) kommer fra Aker og inn på Ahus, og ser at ting gjøres på en annen måte havner i en fagkonflikt som ikke blir rasjonell fordi den utfordrer identiteten og bakgrunnen.” Han legger til et annet mer spesifikt eksempel og forteller ”Når man flyttet deler av fødeavdelingen fra Aker ned til Ullevål så levde de i alle fall i 10 år i hver sin etasje med hver sin subkultur. Det var forskjellig å være anestesilege og sette epidural på Føde A og Føde B.” Mikkelsen sier ”jeg tror ikke det er nok for en leder å si sånn skal det være, jeg tror det må være en forståelse for hvorfor. Hvorfor er dette lurt, hvorfor skal vi ikke bare gjøre det sånn som vi har gjort (før).”

Her antyder han hva som kan ligge til grunn for motstand. Hva som kan ligge til grunn for en uvilje til å la seg lede. Dersom det ikke er forståelse for hvorfor man skal endre driften og gjøre ting annerledes vil ansatte kanskje følge egen ideologi som faglig rettesnor og kan fremstå som uvillige til å la seg lede.

3.5.4 Fra rapporteringshelvete til kvalitetsmål

Holman sa ”ved å være tydelig på hva vi forventer, at både pasienter og ansatte skal ta i bruk kvalitetsmål, så øker bevisstheten om hva vi holder på med.” Her har han langt på vei sammenfallende synspunkter med Ørbæk og Mikkelsen. Skal man bli bedre må man måles.

Han mener videre at det å ha tatt i bruk andre organisatoriske virkemidler, altså andre typer arbeidsavtaler og bruk av økonomiske virkemidler har vært svært positivt i forhold til å rekruttere motiverte, arbeidsomme og flinke medarbeidere.

Videre legger han vekt på strategisk design av tjenesten ”hvor vi aktivt rekrutterer ulike kompetanse som skal brukes målrettet mot de pasientene som trenger det.” Disse tre grepene, kvalitetsmål, økonomiske virkemidler og tjenstedesign, mener han kan være veien videre for store deler av psykisk helsevern. I forhold til krav om rapportering av aktivitet

ligger Holman godt an. Han kan stammespråket og han har erfart hvilken økonomisk gevinst som ligger i det å levere gode tall.

3.5.5 Lokalisasjon, arkitektur og det fysiske rom

Et tema som ikke er nevnt i stimuluspåstandene men som dukket opp i flere av intervjuene handler om overordnede fysiske og organisatoriske forhold for psykisk helsevern. Ikke uventet var temaet sentralt i intervjuet av Sundt- Hansen, som i sin fremtidsvisjon holdt opp samlokalisering med somatikk og rus som viktig for et helhetlig behandlingstilbud. Han ordla seg slik: ”Det som er spesialisthelsetjeneste skal man se på som et helt tilbud. At man har dobbelt og trippeldiagnoser hele veien (er naturlig) og da må man altså tenke og forske og snakke sammen.”

Sundt-Hansen var videre opptatt av en fremtid der ”barn er barn, og (psykisk syke barn) skal ha like ressurser som kreftbarn.” Han stilte videre spørsmålet: ”hvordan er verdigheten til vedkommende som kommer inn i en falleferdig rønne (i psykiatrien)? Hvordan er det kontra å bli tatt imot på en profesjonell god måte på alle måter?” Han sikter her til arkitekturen som et vesentlig bidrag i det helhetlige tilbudet til pasientene og han er opptatt av hvordan den fremtidige pasient vil føle seg ivaretatt.

Ørbæk var også opptatt av arkitekturen men hadde en annen innfallsvinkel. Han sa ”så trenger man å ruste opp de fysiske arealene for det påvirker opplevelsen av å være progressiv. Man må bygge nytt og rive gammelt, for da får man en sterk symbolikk igjennom arkitekturen og det fysiske rom. Det tror jeg sykehusene har undervurdert effekten av i altfor lang tid. Det påvirker organisasjonsutvikling på fag.”

Her holder Ørbæk opp ringvirkningene for organisasjonsutviklingen, mens Sundt- Hansen fokuserte primært på pasientene. Begge sikter imidlertid til at en fremtidig satsning på arkitektur og det fysiske rom vil vesentlig øke kvaliteten på behandlingstilbudet. Fixdal var også opptatt av det fysiske rom og sa ”det spiller en enorm rolle.” Hun holdt frem betydningen av omgivelser som gir ”luft, lys og grønt, og stimulerer til sansene.” Videre at ”det bør være rent! Og forteller at hun ”syns ofte på institusjoner at det mye gammelt og skittent.”

Hos forfatteren i Nydalen, i bygget med de firkantede kontorene, har vi etter diverse sammenslåinger arvet møbler fra minst seks forskjellige lokasjoner med hver sin stilart. På mange måter ligner lokalet vårt på skolegården når årets loppemarked er i gang. En passerer

en rødmalt skjenk fra 60 tallet, en gebrekkelig kommode fra 1940, diverse skakke IKEA møbler fra 1980 og en bonderomantisk spisestue fra Skeidar. Innimellom står det alt for mange tomme bokhyller fra tre forskjellige kontorlevrandører og en kabaret med slitte kontorstoler i skarpe blåfarger. Et moderat støvlag og godt inngnidde flekker dekorerer det hele. Ingenting passer sammen, og ingenting ble anskaffet med formål om å møblere barneseksjonen i Nydalen. Dette akter forfatteren å gjøre noe med, spesielt i lys av funnene fra denne studien.

3.5.6 Kort oppsummert:

Alle intervjuobjektene kjente seg igjen i utsagnene om at 1. Alle gjør alt, 2. Ledere synes feige, 3. Det er en uvilje til å la seg lede, og 4. en uvilje til å telle og rapportere egen aktivitet. Ingen kom med uttalelser som bestrider disse synspunktene. Bekreftelsen på at disse utsagnene synes å stemme, ble ledsaget av kortere eller lengre utdypninger som så ut til å være avhengig av interesse, ledernivå og erfaring. Intervjuobjektene er derfor sitert i ulikt omfang under de forskjellige forskningsspørsmålene, men har alle kommet til ordet igjennom eksemplifiserende sitater. Alle beskrev en fremtid med behov for endring, og alle fremstod ivrig og oppglødd rundt mulighetene som ligger foran oss.

4 Diskusjon

4.1 Hva er funnene i en slik studie?

Funnene er at seks personer med lederstillinger og ledererfaring på tvers av 3 sykehus, og med ulik faglig bakgrunn har mange beskrivelser som støtter utsagnene i stimulusmaterialet. Funnene er ikke at det faktisk *er* slik de beskriver i psykisk helsevern. Det ville forutsette en helt annen type forskning. Forfatteren mener likevel det er interessant at intervjuobjektene har flere sammenfallende synspunkter – selv om en ikke innenfor rammene av denne oppgaven statistisk kan sjekke ut om synspunktene stemmer med virkeligheten. Det er altså ikke mulig i denne studien å anslå om det er 1 av 10 eller 1 av 100 terapeuter eller ledere som opptrer slik eller slik, en vanlig utfordring for kvalitative studier. Det som imidlertid er mulig å få tak i er opplevelsen hos intervjuobjektene av at endring synes vanskelig samtidig som at endring synes nødvendig. Intervjuene fanger opp en frustrasjon hos disse lederne og de synes å være frustrerte over mange av de samme tingene.

4.1.1 Hva kan forklare frustrasjonen?

Dersom en skulle legge til grunn at frustrasjonen som fanges opp i intervjuene muligens kan være noe en vil finne igjen også hos andre ledere i lignende stillinger– hva kan dette skyldes? I følgende del vil forfatteren presentere teori og litteratur som tematiserer den motstanden eller uviljen intervjuobjektene gir uttrykk for å oppleve hos ansatte klinikere og ledere i psykisk helsevern. Dernest vil det bli presentert teori og litteratur som omhandler lederatferd. Hva kan forklare at ledere oppleves som feige? Sist vil det bli presentert litteratur om bygg og omgivelser for psykisk helsevern. Hvordan kan funnene forstås i lys av teori og litteratur på området? Hva har dette å si for fremtidens profesjonskultur og ledelseskultur?

4.2 Kampen for faget

Som en overordnet teoretisk forklaring på frustrasjonen som fremkommer i intervjuene kan en holde opp effekten av kulturforskjeller. Dersom andres atferd fremstår som tåpelig og bakvendt, kan det hende at denne atferden har en bakenforliggende forklaring en ikke får tak i ved å bruke egne referansepunkter. Atferden kan være et kulturelt uttrykk med hensikt og retning. Den kan ha historiske røtter og sosiale røtter. Den kan være både rasjonell og

hensiktsmessig på egne premisser. I blant er to parter forskjellig uten at den ene nødvendigvis har rett. En representerer simpelthen to ulike kulturer. Kulturer som kan være sterke i sitt uttrykk og sterke i sitt ideologiske innhold.

En kan ha en forsiktig hypotese om at mange av terapeutene og lederne som blir beskrevet i denne oppgaven tilhører en annen kultur, eller flere andre kulturer enn den som intervjuobjektene representerer. For bedre å forstå denne ”andre” kulturen vises det til Vaglums bok *Psykiateren* (2014). Her beskrives psykisk helsevern fra den andre siden. Fra perspektivet til ansatte og ledere som følte seg kuppet og sviktet av en ny type ledere opptatt av økonomi og produksjon.

Det har de siste årene vært en ganske kraftfull debatt i media rundt innføringen av New Public Management i norske sykehus. Fagpersoner innen flere helsefag har tatt til ordet for at faget er blitt borte i kravene til produksjon, ikke minst innen psykisk helse. Vaglums bok *Psykiateren* (2014), beskriver inngående hvordan faget ser ut til å tape i denne kampen, og han skisserer de dystre konsekvensene av dette.

I *Psykiateren* beskrives det en holdningsendring i psykisk helsevern fra 1990 tallet som Vaglum ser på med stor bekymring. Han skriver ”Satt på spissen kan det hevdes at det som har skjedd siden 1990-tallet er at holdninger preget av ”pasienten, og relasjonen til pasienten først” blir mer og mer erstattet av holdninger av typen ”utredning, dokumentasjon og pasientgjennomstrømming først”. Han beskriver deretter hvordan kynismen tar overhånd i et sykehussystem som er opptatt av produksjonskrav fremfor ”å helbrede, lindre eller trøste”.

Han fortsetter ”At vi ennå ikke har fått et sammenbrudd i kvaliteten av det psykiatriske arbeidet som utføres, skyldes behandlernes utholdenhet og pågangsmot, og deres villighet til å strekke seg langt for pasientene.”

I sin bok hyller han en rekke veiledere og behandlingsinstitusjoner på 70 og 80 tallet som fremmet en psykoterapeutisk holdning om at det var ”like viktig å forholde seg til pasienten som person som å forholde seg til sykdommen”. Den oppglødde beskrivelsen av behandlerånden som dominerte spesielt på 70 tallet kan en finne igjen flere steder.

Helsearbeidernes status fra svært høy på 70 tallet, til lav de siste tiår beskrives blant annet i boken *Vår tids redsel for alvor* av filmregissør Roy Andersson.

”Vektleggelsen av fornuft, toleranse og hensyn samt det å ikke gjøre forskjell på mennesker uansett sosial posisjon, rase eller kjønn. Engasjement i slike spørsmål var også i høy grad betegnende for de elever som tyve år tidligere søkte seg til pleierutdannelsen. Den gang var statusen høy og man måtte ha gode karakterer for å bli tatt opp.”

Andersson ble engasjert av den svenske stat for å lage en motiverende kampanje som skulle få svensk ungdom til igjen å søke seg høyskoleutdannelse innen helsefag. Kampanjen ble avbrutt da dårlige økonomiske tider førte flere inn i helseyrket ”av seg selv”. Andersson var oppbrakt over statens pragmatisme og mente at staten hadde et ansvar for en moralsk og verdimeisig veiledning igjennom eksempelvis subsidiert kunst som synliggjorde helsearbeiderens verdi i samfunnet.

Her skildres psykiateren og helsearbeideren som helter. De holder fast ved den ”psykoterapeutiske holdning”, har pågangsmot og strekker seg langt for pasienten. De har de rette verdiene i en kynisk sykehusverden.

Vaglum tar imidlertid høyde for at ikke alt ved det terapeutiske samfunn som dominerte visse behandlingsmiljøer på 70 tallet var godt for alle pasientene. Han gjorde selv et doktorgradsarbeid på dette, og fant ut at for personer med psykose var det direkte skadelig. Han holder opp betydningen av evidensbasert praksis og presenterer således et nyansert argument.

Det er vanskelig å være uenig med Vaglum i de holdningene han mener må til for å yte god helsehjelp.

Han presenterer blant annet en liste over kjerneholdninger en psykiater bør ha. Noen av punktene er: ”tro på at alle mennesker kan få det bedre, tenker alltid i relasjoner, har alltid et biopsykososialt og livshistorisk perspektiv, tåler å stå i usikkerhet og forvirring, har stor respekt og toleranse for irrasjonelle og ubevisste krefter, jobber med seg selv som instrument, og søker selv hjelp for egne psykiske helseplager når det går ut over pasienten”. For en fullstendig liste se s. 50 i *Psykiateren*.

En kan tenke seg at terapeuter med disse kjerneholdningene syns at begreper som ”produksjon” om pasientbehandling er provoserende. En kan også tenke seg at disse terapeutene ikke syns noe om skulle bli skyndet på eller instruert i sine vanskelige mellommenneskelige behandleroppgaver.

Når det gjelder legers historiske posisjon i helsesystemet er mye skrevet om dette blant annet av Ole Berg. Aasland redegjør for temaet i kapittelet *Legekunsten – en elefant i rommet i Helsetjenestens nye logikk* (Botten, G. Et al. 2014) der han beskriver legers opplevde tap av

autonomi i NPM modellen som går løs på integritet, mening med faget og legekunsten. Legen skal redde liv. Legen skal ikke vurdere livreddingens kostnad opp mot helsegevinsten for en annen gruppe hjelpetrengende mennesker. For legen vil en slik vurdering av pasienten han har foran seg kunne fremstå uetisk, kalkulerende og i konflikt med legens ”kall” . Således er det også langt på vei for psykologen eller terapeuten. Å bli bedt om å skrive ut eller avslutte en hjelpetrengende pasient fordi det er anonyme pasienter med større hjelpebehov på andre siden av en metaforisk ”dør”, strider mot psykologens forståelse av yrkets hensikt. Helbredelse.

Som nevnt er det ikke vanskelig å være enig med Vaglum i verdien av gode kjerneholdninger. Intervjuobjektene holder imidlertid opp nettopp mangelen på å se egne begrensinger og mangelen på respekt for evidensbasert praksis som utfordringer hos ansattgruppen i psykisk helsevern. Enkelte kjerneholdninger ser altså ikke ut til å bli ivarettatt.

Det står i Helsepersonelloven paragraf 4

”Helsepersonell skal utføre sitt arbeid i samsvar med de krav til faglig forsvarlighet og omsorgsfull hjelp som kan forventes ut fra helsepersonellens kvalifikasjoner, arbeidets karakter og situasjonen for øvrig. Helsepersonell skal innrette seg etter sine faglige kvalifikasjoner, og skal innhente bistand eller henvise pasienter videre der dette er nødvendig og mulig. Dersom pasientens behov tilsier det, skal yrkesutøvelsen skje ved samarbeid og samhandling med annet kvalifisert personell...”

Det er altså lovfestet at helsepersonell har et selvstendig ansvar for faglig forsvarlig praksis, og å kjenne egne grenser.

Aasland problematiserer i sitt kapittel Legekunsten – en elefant i rommet i *Helsetjenestens nye logikk* (Botten, G., et. Al. 2014) hvordan legene selv holder opp ”kunsten” som et ideal i sin praksis. Han skriver

”En viktig betingelse for utøvelse av legekunsten er individuell frihet til å gjøre det akkurat *den* legen mener er det riktige for akkurat *den* pasienten akkurat *der og da* selv om det skulle komme i konflikt med gjeldene praksis eller retningslinjer.”

I sin bok *Culture, Health and Illness* forteller Cecil G Hellman med en viss bekymring om hvordan turnusleger lærer å stille diagnoser.

”He sees what sorts of patients his teacher regard as schizophrenics and he copies them. So while young psychiatrists see many typical cases of various disorders during their studies,

their diagnostic behaviour tends to be modelled on that of their teachers rather than using the strict criteria of their textbooks.” (p 177).

Det problematiske er når klinikere med ansvar for å lære opp andre klinikere bruker magesfølelsen i stedet for evidensbasert kunnskap.

Aasland mener at ”Intervensjonene må være kunnskapsbaserte og forankret i et samstemt legekollektiv – *lege artis*.” Han forklarer hvordan legens misnøye med tap av egen autonomi er misforstått, og at det ikke tjener pasienten dersom leger skal utøve yrke sitt etter eget skjønn.

Fixdal uttalte i intervjuet at hun en gang hørte fra en kollega ”jeg tror ikke på vitenskap jeg”. Til dette kommenterte Fixdal:

”Hvis du har en medarbeider som sier åpent at ”jeg tror ikke på vitenskap” så må man som leder gå inn og ta den kampen og si: Hør her, vi jobber evidensbasert og kunnskapsbasert. Du er nødt til å forholde deg til kunnskapen vi har. Det skylder vi pasientene.”

Steinsvåg var opptatt av det samme med en litt annen vinkling. Han sa

”Hvis det går noe galt med pasienten så er det liksom pasienten som mangler moral, etikk, ikke har det i seg eller er veldig syk. Vi frigjør oss selv og kollegaene våres så enkelt. Noen ganger har vi gjort en dårlig jobb. Noen ganger gjør vi ting som er til skade for pasienten eller ikke gir noen effekt. Det må vi tørre å se.”

Vaglum er opptatt av at praksis må være kunnskapsbasert og leverer således et nyansert budskap. Samtidig er han *svært* opptatt av hvordan de gode holdningene dannes. Han skriver *”Holdninger skal og må først og fremst formidles av lederne. Det er mitt inntrykk at en del ledere på avdelings- og DPS-nivå er usikre, og i en vanskelig situasjon. Færre og færre blant dem er psykiatere. Dels er noen unge og faglig sett uerfarne, og mangler derfor legitimitet blant dem som jobber direkte med pasienter. Dels presses disse mellomlederne ovenfra i systemet. De tvinges til å identifisere seg utelukkende med de verdier og holdninger som formidles derfra, nemlig en byråkratisk og bedriftsøkonomisk holdning, hvor ”produksjonen”, og ikke pasientene og behandlingsresultatene er i sentrum for oppmerksomheten.”*

Dette tegner et dystert bilde som ytterligere poengterer at en ny og annerledes kultur har tvunget seg frem og skapt et skille mellom to parter. Skillet kommer klart frem i funnene i denne oppgaven, der ansatte og ledere i psykisk helsevern beskrives som motvillige til å øke effektivitet, telle og måle aktivitet og rette seg etter evidensbasert praksis. Vaglum på sin side

tyr til kraftige uttrykk som tvang og press. En kan lure på hva som lå til grunn for implementering av NPM og hva som gikk galt på veien?

4.3 Organisasjonsteori og kunnskaps- og profesjonsteori

I boken *Samfunn og Psykisk helse* (2013) redigert ved Reidun Norvoll tar Helge Ramsdal for seg endringer i psykisk helsevern de siste tiår, og introduserer flere teoretiske perspektiver for å forklare disse endringene. Ett av de er et organisasjonsteoretisk perspektiv som ”innebærer at formelle og uformelle strukturer og prosesser kommer i søkelyset.” Han skriver ”organisasjonsteori er like mangfoldig som psykiatrien selv, men er særlig opptatt av hvordan autoritet fordeles og anvendes mellom ulike aktører på feltet, grad av sentralisering, desentralisering når beslutninger skal fattes, og hvordan ”omgivelsene” påvirker organisasjonen.”

Endringer iverksatt på stor skala i sykehuset har som regel et organisasjonsteoretisk fundament som en kan være mer eller mindre enig i. Når det gjelder NPM så var ideen kort fortalt at en kunne levere mer og bedre helsetjenester for pengene ved å introdusere styringsprinsipper fra privat sektor. En kan imidlertid lese hos Vaglun at det har vært negative bieffekter å spore sett fra klinikerens ståsted.

Ramsdal introduserer også et annet teoretisk rammeverk for å forstå endringer i psykisk helsevern de siste tiårene, nemlig det kunnskaps- og profesjonsteoretiske perspektivet. Han skriver “ Et av de viktigste utviklingstrekkene i det moderne helsevesenet er framveksten av nye, mer formaliserte og standardiserte kunnskaps- og styringsformer. Dette skjer gjennom bruk av “evidensbasert” kunnskap, og kravene om at tjenestene skal arbeide på grunnlag av evidensbasert kunnskap er sterke (Grimen og Terum 2009, Timmermanns og Berg 2003 I Norvoll red. 2014).

Med bakgrunn i organisasjonsteori og kunnskaps- og profesjonsteori kan en forstå NPM og krav om evidensbasert kunnskap som førende for hvordan det norske helsevesenet skulle organisere seg og hvordan en skulle forholde seg til ny kunnskap. Denne hverdagen har vi nå levd i mange år allerede. Det er denne hverdagen intervjuobjektene har som sitt utgangspunkt når de gir uttrykk for frustrasjon. Det er den samme hverdagen Vaglun tar utgangspunkt i når han skisserer skjebnen til psykisk helsevern sett fra sitt ståsted som erfaren psykiater. Det

synes som om sykehuset har gått i *en* retning, mens en stor gruppe ansatte og ledere har dratt i en annen retning, eller stått stille på samme sted.

4.3.1 Den gode terapeut og det grusomme systemet

Vaglums beskrivelse av den empatiske, selvransakende, kloke, skolerte kliniker som aldri gir opp kampen om å gi pasienten god behandling treffer. Ingen vil være han andre fyren. Samtidig kjenner intervjuobjektene seg ikke igjen i å bli tvunget eller presset til å tenke økonomi foran pasientbehandling. Det synes å være en fornuft, og en etikk i det å forholde seg til alle de pasientene i populasjonen som trenger behandling og ikke bare til den man har foran seg.

Innenfor faget etikk kan en snakke om nærhetsetikk til forskjell fra pliktetikk (forelesning ved prest og etikkforsker Eskild Skjeldal, februar 2015). Nærhetsetikk, i følge Skjeldal, handler om å gjøre det som synes riktig overfor den du har foran deg der og da. Det er en subjektiv etikk. Pliktetikken har et mer universelt preg og fokuserer på selve handlingen. De ti bud er et eksempel på pliktetikk og formuleres som absolutte krav ”du skal...” eller ”du skal ikke...” På forelesningen for ansatte ledere i klinikk for psykisk helse og avhengighet i februar 2015 kommenterte en av tilhørerne at det virker som om ansatte i psykisk helsevern jobber etter en nærhetsetikk mens sykehusets ledelse fremmer en pliktetikk. Diskrepansen kjennes godt på kroppen hos mellomledere som må forholde seg til to etiske innfallsvinkler som kan havne på kollisjonskurs. Skjeldal bemerket at utfordringen ved en nærhetsetikk er nettopp at en kan ”miste den andre, tredje og fjerde pasienten av syne”. Utfordringen ved pliktetikken er at den kan bli rigid (Skjeldal 2015).

Kan en tenke seg at jo tettere på klinisk praksis, jo mer tilbøyelig er en til å bruke en nærhetsetikk, mens jo lengere fra klinisk praksis en befinner seg, jo lettere er det å rette seg etter en pliktetikk?

4.4 Kognisjon og kommunikasjon

Det synes som om det lenge har pågått en slags skyttergravskrig mellom forkjempere for et økonomisk styringssystem, og forkjempere for faglig styring. Dette er en overforenkling. Overforenklingen synes imidlertid nettopp å være en del av problemet, for eksempel sett fra et kommunikasjonsteoretisk synspunkt.

Det vil nå bli presentert noen begreper fra kognitiv psykologi og kommunikasjonsteori som ytterligere belyser funnene. Utgangspunktet er at når det dukker opp negative beskrivelser av ansatte og ledere i psykisk helsevern slik det gjør i intervjumaterialet, så handler det ikke bare om ulike synspunkter på rett og gal praksis som kan løses med et oppslagsverk men det handler om ulike kulturer. Dersom en skal ta mål av seg til å redusere konflikten mellom representanter for kulturer på kollisjonskurs er kunnskap om kommunikasjon nyttig. Det kan både forklare de sterke uttrykkene og gi en ide om hvordan en skal forholde seg til en ansattgruppe eller en leder som ikke synes å ville gå i samme retning som sykehuset.

4.4.1 Fra raske slutninger til sakte resonnerer

Daniel Kahneman, som for øvrig vant nobelpris i økonomi i 2002, har lenge vært opptatt av hvordan mennesker treffer beslutninger og hva som hindrer god beslutningstaking. Han skiller mellom en hurtig, intuitiv måte å tenke på som preger oss i hverdagen, og en mer saktegående tenkning. Den mer krevende, langsomme måten å tenke på slår inn når vi virkelig trenger å fokusere og treffe vanskelige valg. Problemet er at vi som oftest er i den hurtige intuitive modusen og at vi ikke nødvendigvis selv oppdager når vi burde slå over til en mer fokusert og langsom tenkning. Da oppstår det feilslutninger og raske avgjørelser som baserer seg på upålitelige kilder vi har for hånden og sterke følelser vi er mer eller mindre klar over.

Hans poeng er at vi kan være hverandres voktere bedre enn våre egne. Vi kan oppdage ”hurtig” tenkning hos andre, for eksempel i et lederteam, og hjelpe andre til en mer veloverveid prosess. Dette forutsetter erkjennelse om at tenkningen vår er feilbarlig og sårbar og at vi aktivt inviterer andre inn i våre beslutningsprosesser. (Kahneman, D. Lovallo, O. Sibony. 2011)

Kahneman er opptatt av universelle mekanismer som slår inn hos hver og en av oss og gjør oss sårbare. Hans teori er at det å være klar over disse mekanismene kan hjelpe oss til å treffe bedre beslutninger.

En kan se denne teorien i sammenheng med kommunikasjonsteori, som forfekter at god kommunikasjon forutsetter økt kjennskap til den andres beslutningsgrunnlag.

I sin lille men kraftfulle nøkkelbok *Kommunikasjon og Helseledelse* (2009) forteller Halvor Nordby om noen sentrale begreper. Et av begrepene han anvender er: forståelseshorisonter. Nordby sier ”en persons forståelseshorizont er personens helhetlige perspektiv på seg selv og verden.” ”den inkluderer oppfatningene og tankene våre, men også holdninger som verdier, normer, og interesser, samt subjektive erfaringer som følelsen av å ha det vondt eller opplevelser av å være lykkelig eller ulykkelig.” Han forklarer at alle har ulike forståelseshorisonter og for å oppnå en god forståelse av en annens forståelseshorizont må man ikke bare evne å høre hva den andre sier, men man må kunne få tak i hva som er bakgrunnen for det som blir sagt. Dette innebærer langt på vei kjennskap til den andre personens verdier, erfaringer og historie. Å bli kjent med hverandre vil derfor øke kommunikasjon og forståelse. Dette er imidlertid ikke alltid lett i en travel hverdag, og Nordby foreslår at helseledere derfor bruker ”rimelig tid” til å oppnå kunnskap om hvordan den andre tenker.

Han mener det er problematisk at diskusjonen om hva som er god helseledelse ikke har fokusert nok på ”kommunikasjon som en grunnleggende, mellommenneskelig prosess.” Og han legger til

”Det er viktig å huske at kommunikasjon med andre mennesker faktisk er det viktigste redskapet alle helseledere har.”

Et nærliggende begrep fra psykologien er mentalisering. Skikkelser som Peter Fonagy og Anthony Bateman er sentrale i utviklingen av mentaliseringsbasert terapi samt begreper som forklarer både normalpsykologiske fenomener og psykisk sykkelighet. (Skårderud og Sommerfeldt 2013). I korthet handler mentalisering om ”evnen til å forstå vårt eget og andres sinn.” (Skårderud og Sommerfeldt 2013). Spesielt det å sette seg inn i den andres sted og reflektere over ting fra den andres perspektiv. Dette er naturlige prosesser i alminnelig kommunikasjon, og det er først når mentalisering uteblir at det merkes godt på motparten. Skårderud og Sommerfeldt forklarer: ”Mentalisering overlapper i en viss grad med andre begreper som empati, emosjonell intelligens, selvinnsikt, selvrefleksjon, oppmerksomt nærvær (mindfulness) og mange flere. Slikt sett er det ikke originalt.”

Koblingen til Nordbys ”forståelseshorisonter” er at det å sette seg inn i andres forståelseshorisonter forutsetter ganske god mentalisering.

I følge Nordby er kommunikasjonen det *viktigste* redskapet, noe som tyder på at ledere kanskje i enda større grad kan ha nytte av å sette seg inn i forståelseshorizontene til ansatte og andre ledere som synes å gå egne veier.

Ørbæk er inne på dette når han påpeker behovet for økt kunnskap om psykologiske prosesser som oppstår når folk er sammen i grupper. Videre når han påpeker hvordan Oslo Universitetssykehus kanskje undervurderte politiske og samfunnsmessige forhold utenfor sykehuset som påvirket holdningen til ansatte i omorganiseringen.

”Vi så ikke dimensjonen fordi vi trodde vi håndterte det i sykehusets rammer, i stedet for å se det i et samfunnsperspektiv.”

4.4.1 Fra sjablong til dybde

Hvordan bruke teori om beslutninger, kommunikasjonsteori og mentalisering for å forstå funnene i denne oppgaven?

Forfatteren opplever at forskningsspørsmålet om hvorvidt ansatte bare ”går saktere” i møte med krav om endring besvares av intervjuobjektene med et rungende ”ja”. Samtidig er det ulike årsaker, også dyptgripende og bevegende årsaker, til at endringskravet møtes med motstand. Eksempelvis: Mange terapeuter og ledere tett på klinisk praksis synes å mene at pasientene er best tjent med langvarige relasjonsbaserte terapiforløp. Dette kommer klart frem som et synspunkt hos intervjuobjektene. Det antydes i boken til Vaglum at en endring av praksis vil for disse klinikerne og lederne oppleves som et svik mot pasienten. Å forstå hvilke sterke følelser som blir mobilisert hos ansatte synes altså vesentlig for å kunne begrunne et krav om endring på en overbevisende og hensynsfull måte.

I en kamp mellom tilsynelatende motstridende synspunkter blir det særlig viktig å få øye på den andres forståelseshorizont. Det blir samtidig særlig viktig å åpne opp for egne blinde flekker og invitere andre inn i en dialog rundt eget beslutningsgrunnlag.

Når en ser på funnene i denne studien kan enkelte beskrivelser, for eksempel av terapeuter eller mellomledere, virke sjablongaktige, overdrevne, latterliggjørende.

På samme måte synes forfatteren at enkelte beskrivelser av styringssystemet ved sykehusene beskrives sjablongaktig og devaluerende i boken til Vaglum. Det er lett å beskrive frontene, hoppe ned i skyttergravene. Det er vanskeligere å åpne opp for en kritisk refleksjon av egne holdninger og synspunkter og ta inn over seg at den andre parten også har et poeng.

Fra et kommunikasjonsteoretisk perspektiv kan en tenke at negative karakteristikk både av helsepersonell og av styringssystemer handler om for dårlig kommunikasjon. Videre kan en tenke seg at mangelfull kommunikasjon også har medført en situasjon der en stor andel ansatte og ledere ikke har blitt med på organisasjonsendringene men opptrådt som en motkraft.

4.5 Lederkulturen

Hos intervjuobjektene ble flere forhold rundt lederatferd eller lederkultur i psykisk helsevern problematisert. Funnene kan oppsummeres slik: Det handlet om ledere som reproduserte seg selv ved å ansette fagpersoner og andre ledere med sammenfallende behandlingssideologi som i følge intervjuobjektene var utgått på dato. Det handlet om ledere som behandlet ansatte for skånsomt. Det handlet om ledere som i for stor grad gav oppmerksomheten sin til kliniske oppgaver og derfor satte seg i en vanskelig posisjon i forhold til å utøve godt lederskap. Det handlet om ledere som i for liten grad kjempet for psykiatriens plass, i bokstavelig forstand, i et somatisk sykehus.

En kunne kanskje forvente en viss defensivitet i møte med stimuluspåstander om ”uvilje til å lede i psykisk helsevern”, da det tross alt var ledere som ble intervjuet, men i stedet ga de uttrykk for behovet for en tydeligere ledelse. En uredd ledelse.

Skulle en ha en teoretisk forståelse for hvorfor disse lederne opplever andre ledere rundt seg som feige eller uvillige til å lede, kan en igjen holde opp forandringene de siste tiår i psykisk helsevern som Vaglum forteller om i *Psykiateren*. Kanskje disse intervjuobjektene i større grad har sluttet seg til nyere måter å organisere sykehuset på? Kanskje de har fellestrekk som det ikke er innenfor oppgavens rammer å utforske, både i personlige holdninger, stil og personlighet?

Forfatteren ønsker for argumentets skyld å foreslå at vi for et øyeblikk tenker at erfaringene de seks intervjuobjektene har kan gjelde flere. Selv om vi ikke kan vite omfanget kan vi forsiktig anta at uvilje til ledelse (slik intervjuobjektene beskriver uviljen) forekommer. Når seks intervjuobjekter, fra tre forskjellige sykehus og fem forskjellige yrkesgrupper beskriver en lederkultur i negative ordlag, og de i tillegg har en rekke ideer om hva som kjennetegner god ledelseskultur, hvorfor synes endring å være vanskelig? Forfatteren ønsker igjen å trekke frem frustrasjonen hos intervjuobjektene som et viktig overgripende funn. Frustrasjonen over en lederkultur som synes å vedvare.

4.5.1 Bli ny? Hva er grensen for selvutvikling?

Flere intervjuobjekter fremmer lederopplæring som viktig. Hva skal ledere så lære? Dette er et pågående tema i HR avdelingen ved OUS, og i 2015 skal lederopplæringsprogrammet igjennom en betydelig justering blant annet basert på tilbakemeldinger fra de som har gjennomført førstelinjelederprogrammet. Det er en spennende prosess som speiler den kompleksiteten som ligger i det å utøve godt lederskap. Hva skal vektes mest? Innføring i sykehusets verdier? Fokus på lederstil? Opplæring i styringssystemer? Mentor eller fadderordning?

Det finnes en rekke artikler som omhandler veien til bedre ledelse. Enkelte av disse minner om selvhjelps bøker i sin overbevisende, punktvisse, oppskriftsmessige form. Det er selvsagt mye å hente her av gode råd og mange av artiklene har inngått som pensum i masterutdanningen innen helseledelse. Disse artiklene handler i stor grad om personlig utvikling og hva den enkelte leder selv kan gjøre for blant annet å bli tydeligere.

Hallowell forteller om hvordan ledere blir overveldet av for mange henvendelser samtidig og reagerer med å bite av seg og treffe forhastede beslutninger av lav kvalitet. Hans råd er å sikre seg et arbeidsmiljø preget av positivitet og tillit og hyppig kontakt med kollegaer. Videre å organisere og prioritere arbeidsoppgaver, lage lister og ta pauser. Nok søvn, sunn kost og trening inngår i sjekklisten. (Hallowell 2005).

I en annen artikkel, *Managing yourself – A survival guide for leaders* (Heifetz og Linsky 2002), forteller forfatterne at ”ledelse er en improvisasjonskunst”. Samtidig kommer de med råd om å være ekstra observant på andres kroppsspråk i møter for å fange opp konflikter før de bryter ut. Et annet råd er å drikke kaffe ukentlig med den personen som kanskje ikke vil deg vel. Dette for å sikre allianser i en tid der du som leder drar i gang endringsprosesser som kan skape motstand.

En tredje artikkel, *Leadership that gets results*, ved Daniel Goleman (2000), forteller at gode ledere bruker en rekke forskjellige lederstiler avhengig av situasjonen. Slik fleksibilitet er utfordrende å gjennomføre men gir avkastning sier han, og enda bedre – ”det kan læres”. Men kan forskjellige lederstiler læres? Hva er utviklingspotensialet hos en leder?

En tur innom psykologifagfeltet vil kanskje balansere optimismen disse artiklene fremholder i forhold til å kunne ”bli ny” som leder. I sin oppsiktsvekkende roman *Quiet* har Susan Cain

illustrert igjennom utallige eksempler og vitenskapelige referanser hvor stabile visse personlighetstrekk er (Cain 2012). Mer spesifikt trekkene introversjon og ekstroversjon som i stor grad påvirker hvor mye mennesker henvender seg til andre, søker seg til grupper og sosiale aktiviteter eller snakker i forsamlinger. Selvhjelps artiklene innen ledelse ser ut til å forutsette en viss personlighetsstruktur som mange mennesker ikke uten videre er i besittelse av. Skal en lytte til Cain, har det dessuten altfor lenge vært en idyllisering av den ekstroverte personligheten som hun hevder faktisk egner seg dårligere i ledelsessammenheng enn den introverte. Hun holder frem at det er den sensitive, introverte, reflekterende typen som med sin lyttende stil evner å skape endring uten for mye motstand og støy. Disse kvalitetene kan minne om ferdigheter som bidrar til god mentalisering eller evne til å sette seg inn i andres forståelseshorisonter – så her er det mange sammenfallende perspektiver av nyere dato. Det ser imidlertid ikke ut til å være en entydig oppskrift på hva som karakteriserer en god leder når det gjelder personlige egenskaper. Det er også forskjellige synspunkter på hvor mye en person kan forandre seg.

Skulle en for argumentets skyld, helle mot at det er en grense for hvor mye voksne mennesker kan endre sin personlighet, temperament, sensitivitet og stil overfor andre mennesker, tross god veiledning igjennom lederprogrammer og artikler, hva gjenstår da for å skape en bærekraftig ledelseskultur? Er det funn i intervjuene som sier noe om hva intervjuobjektene mener vil kunne bidra til godt lederskap i psykisk helsevern *utover* endring av ledes stil og personlighet?

4.5.2 Personlighetsutvikling eller strukturelle endringer?

Ser vi nærmere på innholdet i intervjuene og betraktningene rundt ledelse er det særlig to forhold som ikke handler om leders personlighetsutvikling så mye som det handler om strukturelle forhold.

Det ene er hvorvidt en leder skal bedrive klinisk praksis parallelt med lederoppgavene. Ørbæk er helt tydelig på at dette er et feilgrep. Han mener det forstyrrer rolleavklaringen mellom ansatt og leder og legger et unødig press på leder i forhold til å disponere sin tid. Det andre momentet handler om aksept for en styring med konsekvenser. Dette er Mikkelsens innspill. Han mener det må ligge en aksept hos ansatte og i linjen over for at ansatte blir målt, og vurdert og videre at dersom de ikke yter som forventet vil det få konsekvenser for arbeidsforholdet. Her har han støtte av alle de andre intervjuobjektene som ordsetter dette direkte eller indirekte. Det handler altså ikke bare om at ledere må tørre å stille

krav til ansatte, og tørre å ta aksjon dersom de ikke leverer, det handler om at det må være en kultur for det og en struktur for det. Holman har langt på vei etablert en slik kultur igjennom konkrete digitale måleverktøy som gjennomføres likt for alle.

Til forskningsspørsmålet om ledere synes feige i psykisk helsevern svarte intervjuobjektene bekreftende på dette. Selv om intervjuobjektene vektla rekruttering av ledere og veiledning av disse, var de også opptatt av strukturelle forhold som kan legge til rette for bærekraftig ledelse. Forfatteren vil nå redegjøre for to spennende grep ved vår klinikk spesielt og OUS generelt som kan bidra til en ny organisasjonskultur.

4.5.3 Nye takter. Lean metodikk og styrket medarbeiderskap.

Det skjer spennende ting i Oslo Universitetssykehus rundt årsskifte 2014/2015. Det er særlig to satsninger det er ønskelig å holde opp her. Det ene gjelder satsningen på Lean som beskrevet kort innledningsvis. Det andre handler om *clinical engagement*. Dette er et begrep som beskriver i hvilken grad klinikere viser en særskilt forpliktelse, interesse, og engasjement for sin arbeidsplass. Det vil benevnes videre som *styrket medarbeiderskap* da OUS har valgt dette som foreløpig oversettelse i sin strategiske plan for 2015. Peter Spurgeon, som har utviklet et standardisert verktøy for å måle dette, sier at den forpliktete kliniker er villig til å yte mer enn minimum av hva som forventes. Han eller hun er villig til å ”go the ekstra mile” som det heter på engelsk (Spurgeon P., Mazelan P. M., Barwell F. 2011). Spurgeon har forsket på styrket medarbeiderskap i England og funnet ut at det korrelerer sterkt med god kvalitet på helsetjenestene, brukerens tilfredshet og lavt sykefravær. Dette gir intuitiv mening, da en kan se for seg at dedikerte og forpliktete leger som er stolte av sitt sykehus og ivrige i tjenesten vil levere bedre tjenester enn leger som mangler dette engasjementet. Dette har imidlertid ikke tidligere blitt studert systematisk ved bruk av standardiserte verktøy. Nå har OUS fattet interesse for denne forskningen og i løpet av 2015 vil det bli igangsatt et større pilotprosjekt der to klinikker (der i blant Klinikk for psykisk helse og avhengighet) vil bli målt på medarbeiderskap. Det vil også bli iverksatt tiltak for å styrke medarbeiderskapet på enkelte enheter – deriblant hos forfatteren, for deretter å gjenta målingen og vurdere effekt. Spurgeon forteller at dersom en skal styrke medarbeiderskapet hos klinikere er det vesentlig at de er involvert i beslutningsprosesser, og delaktige i å finne løsninger på organisasjonens utfordringer. Dette er helt parallelt med en av hovedideene som kjenner seg Lean. Det skal ligge et kontinuerlig forbedringsansvar hos ansatte slik at de opplever seg som agenter i egen arbeidshverdag (Modig N., Åhlstrom P. 2012).

En felles premiss for både Lean og styrket medarbeiderskap er god kommunikasjon. I Lean er det eksempelvis slik at alle ledd i en prosess bør være synlige for medarbeiderne, gjerne på store oversiktlige tavler. Dette øker sannsynlighet for at rett person gjør rett intervensjon til rett tid, samt mulighet for å synliggjøre feil raskt slik at en kan lære av de. Det er avgjørende at medarbeiderne er delaktig i å oppdage flaskehals og bidra med løsninger som kan forbedre drift.

Spurgeon konkluderer i sin artikkel fra 2011 at der medarbeiderskapet var sterkt kunne en se noen felles trender hva gjaldt ledelse. Først, at det var en stabilitet i ledelsen over litt tid, og dernest at det ble jobbet systematisk med å øke engasjement hos ansatte. Han sier at engasjement er ikke noe som bare skjer av seg selv. Og det skjer ikke over natten. Hans råd er at ledere investerer i å jobbe systematisk med å styrke medarbeiderskapet over tid.

På sammen vis sier Henning Bang at organisasjonskultur ikke er noe en ledelse kan tre over hodet på sine ansatte. Det er noe som oppstår og utvikles over tid i relasjonene på jobb. Han skiller mellom forfektete verdier og levde verdier, der førstnevnte kan være organisasjonens flotte slagord, mens sistnevnte er de faktiske verdiene ansatte handler ut ifra. Disse kan være helt ulike. (Bang 2013)

En av drivkreftene bak pilotprosjektet kommenterte at klinikere ved OUS har masse engasjement, men det blir tidvis brukt for å kjempe imot organisasjonsendringer. Funnene i denne oppgaven støtter påstanden. Utfordringen er ikke nødvendigvis et fravær av engasjement, men at det dras i ulike retninger.

Introduksjon av Lean og styrket medarbeiderskap i vår klinikk, og i sykehuset for øvrig, er spennende fordi det vitner om nye takter. Klokke takter. Det er interessant å merke seg igjen Vaglums kommentar som sitert tidligere:

”At vi ennå ikke har fått et sammenbrudd i kvaliteten av det psykiatriske arbeidet som utføres, skyldes behandlernes utholdenhet og pågangsmot, og deres villighet til å strekke seg langt for pasientene.”

Dette er ganske tett opp til en definisjon på styrket medarbeiderskap. Det vil altså mest sannsynlig ikke være vanskelig å få klinikere med på ideen om at deres engasjement og medarbeiderskap er vesentlig for å lykkes på organisasjonsnivå – slik at de ikke bare ”strekker seg langt for pasientene” men også for organisasjonen. Ved å jobbe etter Lean metoder vil en kunne legge til rette for at medarbeidere engasjeres i kontinuerlig forbedring av tjenestene. En synliggjøring av alle ledd i en prosess gjør det lettere å bli enige om hva

som faktisk tjener kunden eller pasienten best. I følge Lean er det nettopp dette som også vil tjene organisasjonen best på sikt slik at alle vinner.

Aadland (2001) formidler at en bevisstgjøring av kultur er i seg selv endringskapende. Han påpeker at det fører til en etisk bevissthet om tidligere selvfølgelig eller tatt for gitt praksis. Videre at en kan avdekke etiske dilemmaer som tidligere ble skjult av rutiner eller kultur om at ”alle gjør det”. På flere måter er Lean metodikk en måte å avdekke kulturer på, fordi en er nødt til å se nøye på hva alle gjør, hvorfor de gjør det, og hva som er hensikten opp mot tjenesten en skal levere.

Det spennende med fokuset på styrket medarbeiderskap og Lean metodikk er at alle har et utviklingspotensial her. Klinikere og ledere har mye å hente på å ta i bruk gode metoder for å optimalisere eget arbeid, og styrke eget engasjement, uavhengig av personlig stil.

Det er et funn at alle yrkesgrupper synes å gjøre for like oppgaver i psykisk helsevern. Dersom en brukte Lean metodikk for å se på organisering av tjenesten, ville en kanskje oppdage en mer hensiktsmessig måte å organisere tjenesten på der en eksempelvis ivaretok reel tverrfaglighet? Ved å måle medarbeiderskap ville en kanskje oppdage hver klinikers styrke, preferanse og forpliktelse til sykehusets målsetninger? Kanskje en slik oppdagelse ville kunne bidra inn i en god dialog mellom leder og ansatt om forventninger på arbeidsplassen? Både måling av medarbeiderskap og Lean metoden er kulturavdekkende. Begge har et potensiale for å avdekke informasjon som kan bidra til en konstruktiv kommunikasjon mellom ansatte og ledere.

4.6 Slik vil de huses

Et viktig funn, av en litt annen karakter, var intervjuobjektene opptatthet av bygningsmasse, interiør og lokasjon i psykisk helsevern. Hvordan kan en forstå at dette temaet dukket opp i alle intervjuer selv om det ikke ble spurt om det? Her presenteres noe litteratur som illustrerer hvorfor tema kan ha ligget langt frem i bevisstheten.

I 2013 utgav Aarhus arkitektene en spennende bok som er ganske enestående i sitt slag. Den heter *Mental Rum* og omhandler arkitektens betydning for psykisk helse. I boken er det bidrag fra kjente arkitekter så vel som fagpersoner innen psykisk helsevern. Høsten 2013 kom Mette Dan Weibel, arkitekt ved Aarhus og en av bokens redaktører, til Hospitalitet for å fortelle om de store bygningsmessige oppgraderingene som nå finnes sted i Danmark rundt psykisk helsevern og somatikken. Samlokalisering, avdelingsorganisering, brukervennlighet

og samfunnsintegrering var noen av temaene. Representanter fra både Ahus og Vestre Viken deltok, sammen med ledende arkitekter innen helsebygg i Oslo.

At arkitekten Arild Sundt-Hansen meldte sterke og klare tanker om hvordan psykisk helsevern bør huses var ingen overraskelse. Hans kjennskap til alle gjennomførte og skrinlagte byggeprosjekter i psykiatrien gjorde ham til et særdeles spennende intervjuobjekt rundt dette temaet. Det var å forvente at en arkitekt skulle sette rom, lys, luft og lokasjon på agendaen og han argumenterte grundig for hvorfor dette er en så viktig ramme for behandling i psykisk helsevern. Han får støtte i alle artiklene i *Mentale Rum*.

I artikkelen *Recovery orientert arkitektur* (Falgaard og Korsbek 2013), forteller eksempelvis forfatterne om hvordan psykisk syke tradisjonelt skulle huses i parallelle samfunn utenfor samfunnet, ofte landlig, i geometriske, ordnede bygg som skulle inspirere pasientene til å komme i orden mentalt. Nå er man imidlertid opptatt av at arkitekturen skal invitere til rask integrering i det vanlige samfunnet. Bygg skal ligge sentralt og pasientene skal ha tilgang til det lokale biblioteket og treningssenteret, ikke til egne parallelle aktiviteter. De skal ha besøksrom for å motta besøk av egne venner og familie ikke så mye vekt på fellesrom der pasientene, som kun har det til felles at de er pasienter, skal finne fellesskap. Videre skal det være lyst, åpent, delikat og nytt, med fine farger og former.

En ser her at behandlingsideologi og arkitektur veves sammen og en kan ikke være opptatt av det ene uten å ta stilling til det andre. Denne trenden gjør det tvingende nødvendig for ledere å være oppmerksom på bygningsmasse, interiør og lokasjon i psykisk helsevern.

Sundt- Hansen kommenterte i intervjuet at det var *de ansatte* som i sin tid insisterte på å ha barnepsykiatrien lokalisert i skogholtet på Sogn. Når pasientene ble intervjuet sa de at de ønsket å være i byen der samfunnet ellers var – slik at de lettere kunne motta besøk.

Forfatteren vet ikke om dette faktisk er tilfellet men det illustrerer hvordan enkelte pasienter /brukere ønsket seg nærmere samfunnet.

Fixdal kommenterte

”Psykiatrien skal ikke være noe sted hvor folk oppholder seg hvis ikke det veldig gode grunner til det.”

Med ”oppholder seg” kan en tenke rent metaforisk, og se for seg langvarige polikliniske terapier, men en kan også se for seg at pasienter rent fysisk oppholder seg i psykiatriens lokaler i form av langvarige innleggelses som gjør de mindre- og ikke mer i stand til å vende tilbake til samfunnet etterpå. Det er dette den recovery-orienterte arkitekturen vil bidra til å motvirke.

Brukermedvirkning er et sterkt satsningsområde, noe som fremkom ikke minst i Bent Høies tale på Rikshospitalet i januar 2014. Aasland referer til Øverbye (2013) i (Botten, G., et al 2014) og sier at vi allerede er på vei ut av New Public Management epoken og på vei inn i et samfunn med kommunikativ styring med særlig vekt på brukermedvirkning.

I Mentale Rum, så vel som i intervjuene av de seks intervjuobjektene kommer det frem refleksjoner som viser hvordan pasientene vinner på nybygg i psykiatrien, ikke bare direkte igjennom det velbehaget det gir å oppholde seg i estetiske, tidsriktige, tilpassede lokaler, men også indirekte fordi arkitekturen påvirker organisasjonskulturen.

Ørbæk sammenligner effekten med den observerte effekten i barnehagesektoren der det har blitt satset mye på nybygg de siste årene. Han sier ”man ser hvor vitaliserende det er for gruppa” og sikter til de ansatte. Han fremholder som nevnt at opprustning av de fysiske arealene påvirker opplevelsen av å være progressiv og viser til den sterke symbolikken som arkitektur har.

Arkitekturens betydning for behandling av psykisk syke er et spennende felt med økende oppmerksomhet. De fleste vil være enige i at de gamle asylene ikke lenger representerer den type ramme en ønsker for behandling av psykisk syke, men hvordan få til en endring? Sundt-Hansen er klar på at psykisk helse ofte taper i kampen om midler til somatikken. Han mener det hviler et ansvar på ledere i psykisk helsevern om å synliggjøre behovet blant annet igjennom god dokumentasjon.

5 Avslutning

Hvordan beskrives kulturen i psykisk helsevern? Hva syns seks ledere om det de ser rundt seg? Og hvordan kan beskrivelsene settes i en meningsfull sammenheng?

I denne oppgaven fortelles det om ulike profesjoner som gjør de samme oppgavene med ulik forutsetning og variabel kvalitet. Det forklares med at det er et hierarki i behandlingsoppgaver der individualterapi synes mer attraktivt å holde på med. At høyskoleutdannelsen ikke er god nok på å utdanne sosialarbeidere med selvstendig faglig identitet. At helseforetakene har fylt opp behandlerstillinger med rimeligere arbeidskraft uten tilstrekkelig hensyn til reel kompetanse eller funksjonell tverrfaglighet.

Det fortelles om alt for lange terapiløp som blir flaskehals i systemet. Det forklares ved at terapeuter overvurderer betydningen av egen rolle for behandlingsresultatet. Holder fast ved for lange terapiforløp og ikke stoler på at pasienten etter hvert klarer seg selv i livet. Det forklares ved at det faktisk finnes dårlige terapeuter blant alle faggrupper, som blant annet søker seg til yrket på grunn av egenproblematikk. Det forklares at det er for høy toleranse i psykisk helsevern for dårlig fungerende ansatte og at de til tider skånes mer enn pasientene.

Når det gjelder ledelse så fortelles det om en lite progressiv lederkultur i psykisk helsevern. Det forklares ved at mange ledere styrer etter egen ideologi uten å ta innover seg ny kunnskap. Videre at ledere reproducerer seg selv når de ansetter klinikere og ledere under seg og i liten grad ansetter personer som vil utfordre de. Det beskrives også en uheldig kultur der ledere fortsetter med klinisk praksis parallelt med lederoppgaven – noe som forringer kvaliteten på ledelsen fordi det stjeler tid og setter leder i lojalitetskonflikt med likestilte klinikere som også er ansatte.

Når det gjelder de ansatte fortelles det om en generell uvilje til å innordne seg ledelse. Det forklares ulikt avhengig av profesjonstilhørighet blant de ansatte. Det forklares hvordan den sosialfaglige utdannelsen i hovedsak ble valgt av politisk engasjerte personer på 70 tallet som markerte en solidaritet med arbeidere og en avstand til maktinnehavere. Det argumenteres at skepsisen til autoriteter har vedvart både hos ansatte av en viss generasjon og i høyskolesystemet. Det forklares hvordan negativiteten har ødelagt for muligheten til medbestemmelse og gjort NPM til et tellekantsystem lite tilpasset den kliniske hverdagen. Videre forklares det hvordan sykehuset har undervurdert kreftene i samfunnet, eksempelvis media, som påvirker ansattes syn på endringer i negativ retning under omorganisering.

Det ble forklart hvordan ansatte med høyere utdanning slår seg sammen i protest mot endringer. Hvordan de bruker pasientsikkerhet for å argumentere imot endringer. Hvordan de delegerer bort uønskede oppgaver, for deretter å klage over jobbglidning og uforsvarlig praksis.

Videre ble det fortalt om en manglende rapportering som gjør at psykisk helse stiller bakerst i køen for å få midler til nybygg og satsninger. Det ble fortalt om unnvikende ledere som ikke tør stille krav til ansatte om økt produksjon og synliggjøring av dette. Det ble forklart ved at mye av tellingen synes lite tilpasset psykisk helse og derfor lite valide mål på den faktiske innsatsen.

Sist ble det fortalt om en bygningsmasse i psykisk helse under enhver kritikk. Det ble forklart med hvordan psykiatrien tradisjonelt tenkte at psykisk syke skulle huses. I symmetriske asyler langt fra folk. Det ble imidlertid også forklart ved at psykisk helsevern ikke hevder seg i konkurransen om nybygg og flotte interiører fordi de ikke i tilstrekkelig grad klarer vise til tall som taler for et reelt behov.

Intervjuobjektene svarer bekreftende på forskningsspørsmålene og bildet som tegnes av kulturen i psykisk helsevern er at det er rom for forbedring, fornying og forfriskning. Fra et fugleperspektiv tegnes et bilde der det dras i ulike retninger. Noe som avstedkommer frustrasjon hos intervjuobjektene. I diskusjonsdelen har forfatteren belyst denne drakampen ved bruk av kognitiv psykologi, kommunikasjonsteori og mentaliseringsbegrepet, samt organisasjonsteori, kunnskaps- og profesjonsteori. Dette for å forklare hvordan god kommunikasjon og evne til å sette seg inn i den andres posisjon er avgjørende for å få til gode endringsprosesser. Med bakgrunn i ny litteratur ved Vaglum har forfatteren også belyst de store endringene i psykisk helsevern sett fra "den andre siden" for gi uttalelsene fra intervjuobjektene en balansert motvekt.

Forfatteren har utforsket forbedringsforslag som synes å ligge latent i intervjumaterialet og brukt litteratur om lederutvikling for å drøfte muligheter og svakheter. I hovedsak argumenteres det for at ledere holder seg til lederoppgaven og ikke driver klinisk praksis parallelt. Videre at det etableres en kultur for å bli målt og vurdert samt en kultur for at manglende prestasjoner over tid får konsekvenser for arbeidsforholdet.

Videre har forfatteren redegjort for nye satsninger i klinikken og i sykehuset for øvrig som kan påvirke organisasjonskulturen i betydelig grad. Det handler om å ta i bruk Lean metoder for å synliggjøre og kontinuerlig forbedre arbeidet vårt, og det handler om å styrke medarbeiderskapet og måle dette systematisk. Kombinasjonen av Lean og styrket

medarbeiderskap synes særlig potent. Både intervjumaterialet og litteraturen i denne oppgaven beskriver ansatte og ledere med engasjement. Dette er et godt utgangspunkt for å styrke medarbeiderskapet. Gnisten er der. Med implementering av Lean metoder parallelt vil ansatte og ledere sammen måtte se på alle ledd i behandlingen og kommunisere rundt de. Som Aadland påpeker vil en bevisstgjøring av kulturen, "the way we do things around here", være endringsskapende i seg selv. Det kunne vært spennende å intervju de samme seks personene om fem til ti år for å se om de har opplevd en endring av kulturen i psykisk helsevern i positiv retning. Forfatteren tror helt klart det vil være tilfelle.

Litteraturliste

- Aadland, E. (2001). Kultur i helse-, sosial- og utdanningsorganisasjonar. Oslo: Det Norske Samlaget.
- Andersson, R. (2003). Vår tids redsel for alvor. Oslo: Spartacus Forlag.
- Aasland, O.G., (2014). Legekunsten – en elefant i rommet. I Botten, G., Frich, J., Hagen, T.P., Iversen, T., Nordby, H. (red.) (2014). *Helsetjenestens nye logikk*. Oslo: Akademika Forlag.
- Baarnhielm, S. Scarpinati, R., Patti L. (2010) *Kultur, kontekst og psykopatologi*. 07 gruppen AS. Oslo 2010.
- Bang, H. (2013) Organisasjonskultur – en begrepsavklaring. *Tidsskrift for Norsk Psykologforening* Vol 50, nr. 4 s. 326- 336-
- Cain, S. (2012). *Quiet. The Power of Introverts in a World That Can't Stop Talking*. London. Penguin Books.
- Dan Wiebel, M., Svarrer, S. M., Wistoft, B. (2013). *Mentale Rum*. Aarhus: Aarhus Arkitektene.
- Goleman, D. (2000). Leadership That Gets Results. *Harvard Business Review*. (March – April p. 78 – 90).
- Hallowell, E. M. (2005) Overloaded Circuits. Why Smart People Underperform. *Harvard Business Review*. (January p. 55 – 62)
- Helman, C.G. (2000) *Culture, Health and Illness. Fourth Edition*. London: Arnold Publishing.
- Heifetz, R. A., Linsky, M. (2002) A Survival Guide for Leaders. *Harvard Business Review*. (65 – 74).
- Kahneman, D., Lovallo, D., Sibony, O., (2011) Before You Make That Big Decision... *Harvard Business Review*. (June p. 2-12)
- Kvello, Ø., Moe, T.(red.). (2014). *Barnevernledelse*. Oslo: Gyldendal Akademisk.
- Malterud, K. (2011). Kvalitative metoder i medisinsk forskning. 3. Utgave. En innføring. Oslo: Universitetsforlaget.
- Nordby, H. (2009). *Kommunikasjon og helseledelse*. Oslo: Cappelen Akademiske Forlag.
- Norvoll, R. Red. (2013) *Samfunn og Psykisk Helse*. Oslo: Gyldendal Akademisk Forlag.

Skjeldal, Eskild. Notater fra forelesning februar 2015 for klinikk for psykisk helse om teamet Etikk.

Skårderud, F., Sommerfeldt, B. (2013). *Miljøterapi*. *Mentalisering som holdning og handling (MBT-M)*. Oslo: Gyldendal Akademisk.

Spurgeon, P., Mazelan P.M., Barwell, F. (2011) Medical engagement: a crucial underpinning to organizational performance. *Health Services Management Research* No. 24: p. 114- 120.

Vaglum P. (2014) *Psykiateren*. Oslo: Gyldendal Akademisk Forlag.