

# Bruk av Lean metode i pakkeforløp

*En studie fra psykisk helsevern i Danmark*

Marianne Sofie Kvamsdahl



Masteroppgave

Det medisinske fakultet

Avdeling for helseledelse og helseøkonomi

Institutt for helse og samfunn

UNIVERSITETET I OSLO

7. november 2016



# **Bruk av Lean metode i pakkeforløp – en studie fra psykisk helsevern i Danmark**

Copyright Forfatter Marianne Sofie Kvamsdahl

År 2016

Tittel Bruk av Lean metode i pakkeforløp – en studie fra psykisk helsevern i Danmark

Forfatter Marianne Sofie Kvamsdahl

<http://www.duo.uio.no>

Trykk: Reprosentralen, Universitetet i Oslo



# Sammendrag

**Bakgrunn:** Helsedirektoratet leverte 1. april 2016 en prosess- og tidsplan for innføring av pakkeforløp for psykisk helse og rus i Norge. Denne fikk tilslutning av Helse- og omsorgsdepartementet, som betyr at pakkeforløp for psykisk helse og rus skal utarbeides og innføres. I Danmark har de hatt pakkeforløp i psykisk helsevern fra 2010. Det er en av de fem regionene i Danmark, Region Hovedstaden Psykiatri, som har hatt ansvaret for utvikling og organisering av pakkeforløpene, og i dette arbeidet har de brukt Lean metode.

**Formål:** Formålet med oppgaven er å undersøke på hvilken måte organiseringen av pakkeforløp i psykisk helsevern i Region Hovedstaden Psykiatri i Danmark, er basert på Lean metode. Videre er formålet å undersøke hvorvidt målene og intensjonene som legges til grunn i organiseringen av pakkeforløp, samsvarer med de erfaringene klinikerne har gjort seg med bruk av pakkeforløp i behandling av pasientene. I forbindelse med dette ønsker jeg å utlede noen antakelser om mulige årsaker til samsvar eller manglende samsvar mellom intensjoner og erfaringer. På bakgrunn av studien ønsker jeg også å se på mulighetene og utfordringene ved innføring av pakkeforløp i psykisk helsevern i Norge.

**Metode:** Dette er en kvalitativ studie med intervju av til sammen seks klinikere, alle ansatt ved samme psykiatriske klinikk i København i Danmark. I tillegg har jeg gjort tre intervjuer med representanter for interesseorganisasjoner/helsemyndighetene i København, og to intervjuer med interesseorganisasjoner i Norge. Datagrunnlaget for øvrig er hentet fra litteratur, offentlige dokumenter og hjemmesidene til Region Hovedstaden Psykiatri og fra hjemmesidene til Helsedirektoratet i Norge.

**Funn:** Jeg finner i min undersøkelse at Region Hovedstaden Psykiatri har nådd langt i å basere organiseringen av pakkeforløp i psykisk helsevern på sentrale prinsipper og kriterier i Lean metode. Basert på intervjuene synes det samtidig å være sprik mellom de mål og intensjoner som er lagt til grunn for pakkeforløp i psykisk helsevern, og de erfaringer klinikerne har gjort med pakkeforløp i pasientbehandlingen. I organisering av pakkeforløpene fremstår operasjonaliseringen av elementene i Lean metode som generell og uklar, der det synes å foreligge en svak sammenheng mellom metoden og den konkrete konteksten den skal brukes i. Klinikerne opplever generelt store utfordringer i bruk av pakkeforløpene i

pasientbehandlingen. Pakkeforløpene, slik de nå er organisert, oppleves ikke som godt tilpasset deres kliniske hverdag. Å overføre en metode som Lean, som i utgangspunktet er utarbeidet som produksjonsmetode i industrien til helsesektoren, er komplisert. Og kanskje er det særlig komplisert å bruke pakkeforløp etter en slik standardisert metode i psykisk helsevern, hvor sykdomsforløpene er sammensatte både når det gjelder symptomer og årsakssammenhenger. Skal man lykkes med organisering etter Lean metode – og forløpstenkning – også i psykisk helsevern, må man legge vekt på mulighet for fleksibilitet og individuell tilpasning i forløpene. Jeg finner ikke at disse elementene er tilstrekkelig ivaretatt ved innføring av pakkeforløp i Danmark, noe som til stor grad påvirker klinikernes opplevelse i bruk av disse.

Det er flere organisatoriske forskjeller mellom Norge og Danmark med til dels store forskjeller i utviklingen av psykisk helsevern, forskjeller i helselovgivning og forskjeller i pasientrettigheter der vi i Norge de senere årene har hatt en større utvikling av, og fokus på, psykisk helsevern enn i Danmark. Dette gir et annet, og bedre, utgangspunkt for innføring av pakkeforløp i psykisk helsevern i Norge. Hvorvidt helsemyndighetene i Norge vil utvikle pakkeforløpene i psykisk helsevern etter Lean metode er uavklart. For å lykkes med pakkeforløp må disse organiseres og tilpasses slik at de fungerer godt brukt ut i pasientbehandlingen. I tillegg må man, også sett i lys av debatten om pakkeforløp i Norge, arbeide for å skape tilslutning til pakkeforløpene, både blant ledere og blant klinikerne i de enkelte fagmiljøene. Hvis man lykkes med å møte behovet for fleksibilitet og behovet for forankring, kan pakkeforløp i psykisk helsevern i Norge lykkes med å nå sine mål om å skape et bedre tilbud til pasienter og pårørende.





# Forord

Oppgaven er avslutning på en mastergrad i helseadministrasjon ved det medisinske fakultet ved Universitetet i Oslo.

En stor takk til min veileder Frode Veggeland for mange og gode diskusjoner, og for å ha loset meg stødig gjennom disse månedene - alltid et godt overblikk og presise kommentarer som gang på gang sørget for at jeg fant igjen den ”røde tråden”.

Takk til alle gode støttespillere på jobb, som har steppet inn ved mitt fravær og vist forståelse for at oppgaven har tatt tid og fokus. En spesiell takk til Merete som transkriberte alle intervjuene – på dansk – en stor jobb med et utmerket resultat.

Takk også til familie og venner, for interesse og støtte. En spesiell takk til Emil, Andrea og Ida for tålmodighet med en distansert mor, til mamma for klesvask og lufting av hund og til Knut for oppmuntring - og gode middager.

Til slutt ville jeg rette en takk til informantene som tok godt i mot meg og delte sine erfaringer. Det som imponerte meg mest under min undersøkelse var engasjementet klinikerne viste for sine pasienter, for sitt fagfelt og for behandlingen de ønsket å gi. Til tross for at mange opplevde store organisatoriske utfordringer, snakket de varmt om sitt virke og viktigheten av å gi god hjelp til sine pasienter. Som en informant sa det; ”Men det gir god mening. Å bruke tid på det gir god mening”.



# Innholdsfortegnelse

<b>1</b>	<b>Innledning</b> .....	<b>1</b>
	<b>1.1 Problemstilling</b> .....	<b>2</b>
<b>2</b>	<b>Bakgrunn</b> .....	<b>3</b>
	<b>2.1 Pakkeforløp i psykisk helsevern Danmark</b> .....	<b>3</b>
	<b>2.2 Debatt om pakkeforløp i psykisk helsevern Danmark</b> .....	<b>5</b>
	<b>2.3 Prosjekt pakkeforløp i psykisk helsevern Norge</b> .....	<b>6</b>
	<b>2.4 Debatt om pakkeforløp i psykisk helsevern Norge</b> .....	<b>8</b>
	<b>2.5 Organisering psykisk helsevern Danmark</b> .....	<b>10</b>
	<b>2.6 Oppsummering</b> .....	<b>11</b>
<b>3</b>	<b>Teori</b> .....	<b>13</b>
	<b>3.1 Lean metode i et historisk perspektiv</b> .....	<b>13</b>
	<b>3.2 New Public Management</b> .....	<b>15</b>
	<b>3.3 Lean metode i Region Hovedstaden Psykiatri</b> .....	<b>17</b>
	<b>3.4 Bruk av Lean metode i helsevesenet</b> .....	<b>21</b>
	<b>3.5 Hvordan lykkes med Lean metode i helsevesenet?</b> .....	<b>23</b>
	<b>3.6 Definisjon av verdi i helsevesenet</b> .....	<b>25</b>
	<b>3.7 Oppsummering</b> .....	<b>25</b>
<b>4</b>	<b>Metode</b> .....	<b>27</b>
	<b>4.1 Kvalitativ metode</b> .....	<b>27</b>
	<b>4.2 Datainnsamling</b> .....	<b>27</b>
	<b>4.3 Utvalg</b> .....	<b>28</b>
	<b>4.4 Min rolle som forsker</b> .....	<b>29</b>
	<b>4.5 Dataanalyse</b> .....	<b>30</b>
	<b>4.6 Svakheter ved metoden/studien</b> .....	<b>31</b>
	<b>4.7 Godkjenning fra personvernombudet</b> .....	<b>32</b>
<b>5</b>	<b>Funn</b> .....	<b>33</b>
	<b>5.1 Organisering av pakkeforløpene i psykisk helsevern i Danmark</b> .....	<b>33</b>
	<b>5.2 Lean metode i pakkeforløpene</b> .....	<b>34</b>
	<b>5.3 Informantenes erfaringer med pakkeforløpene</b> .....	<b>40</b>
	5.3.1 Rammen for behandling.....	<b>41</b>
	5.3.2 Diagnostikk og fleksibilitet i pakkeforløpene.....	<b>43</b>
	5.3.3 Utvikling og kvalitetsforbedring.....	<b>44</b>
	5.3.4 Flow, styringssystem og ledelse.....	<b>46</b>
	<b>5.4 Oppsummering</b> .....	<b>49</b>
<b>6</b>	<b>Diskusjon</b> .....	<b>50</b>
	<b>6.1 Organisering etter Lean metode - ledelse og faglig autonomi</b> .....	<b>50</b>
	<b>6.2 Verdi, kvalitet og effekt - hva skal måles?</b> .....	<b>54</b>
	<b>6.3 Standardisering</b> .....	<b>56</b>
	6.3.1 Standardisering i psykisk helsevern.....	<b>57</b>
	<b>6.4 Pasientgarantier og overganger i behandlingen</b> .....	<b>58</b>
	<b>6.5 Oppsummering</b> .....	<b>60</b>
<b>7</b>	<b>Muligheter og utfordringer med pakkeforløp i psykisk helsevern i Norge</b> .....	<b>62</b>
	<b>7.1 Psykisk helsevern i Norge</b> .....	<b>62</b>

7.2 Fagmiljø.....	63
7.3 Bruk av Lean metode i pakkeforløpene i Norge?.....	64
7.4 Overganger i behandlingen.....	65
7.5 Videre plan for pakkeforløpene i Norge.....	66
7.6 Oppsummering.....	67
<b>8 Konklusjon.....</b>	<b>68</b>
Litteratur liste.....	70
Vedlegg / Appendiks.....	79

# 1 Innledning

August 2015 uttalte statsminister Erna Solberg: *”nå blir det pakkeforløp innen psykisk helse”* (1). Dette ble fulgt opp av helseminister Bent Høie, som oppfordret pasienter og fagmiljøene til å ”pakke opp da vel” (2), hvor han trekker frem fordeler og ønskede mål for innføring av pakkeforløp i psykisk helsevern. Uttalelsene førte til debatt i fagmiljøet, hos pasienter, hos interesseorganisasjonene.

På flere områder i helsevesenet har man tatt i bruk standardiserte forløp. Innføring av pakkeforløp for kreft i Norge i 2014, står som den største nasjonale innføring av standardiserte forløp innen ett fagområde (3). Og nå står psykisk helsevern for tur. I Danmark har de hatt pakkeforløp i psykisk helsevern fra 2010, først innført i Region Hovedstaden Psykiatri, deretter i resten av Danmark i 2012. Representanter fra Region Hovedstaden Psykiatri holdt høsten 2015 en presentasjon for Helsedirektoratet i Norge, om utvikling og organisering av pakkeforløp i psykisk helsevern i Danmark (Treufeldt, 4.9.15, Helsedirektoratet, ”Pakkeforløp og diagnosesentre for psykisk helse”). Det ble fremhevet i at utvikling av pakkeforløp er ”Skabelsen af en forbedringskultur hvor Lean metodene understøtter arbeidet”. Det ble beskrevet hvordan regionene i Danmark hadde utviklet pakkeforløp med grunnlag i Lean metode, med ønske om å skape like og effektive pasientløp som skulle gi forutsigbar behandling for pasientene.

I Norge har spørsmålet om standardiserte forløp i psykisk helsevern blitt diskutert i mange år. Innen fagmiljøet står flere meningsbærere mot hverandre. Debatten om hva som er god og riktig behandling av pasientene, hvilken behandling som gir best effekt, hvilken behandling det offentlige helsevesenet skal tilby, har tiltatt etter statsministerens og helseministerens uttalelser. Meningene om pakkeforløp er delt, hvor noen er redd for at pakkeforløp vil oppleves som en ”tvangstrøye”; at behandlers autonomi går tapt, at pasienter ikke vil ”passe inn” i standardiserte forløp og at det er umulig med ”one size fits all” i behandlingen av psykiske lidelser. Forkjemper for ordningen mener på sin side at pakkeforløp i psykisk helsevern vil gi enhetlig behandling, bedre forutsigbarhet, mer effektive behandlingsløp og vil fjerne geografiske forskjeller i behandlingen.

## 1.1 Problemstilling

Offentlig sektor, og da også helsesektoren, har de senere årene i økende grad brukt Lean metode i sine virksomheter. Metoden har blitt møtt med både begeistring og kritikk. Hvordan fungerer denne metoden brukt på en stor helsereform som utarbeidelse av pakkeforløp?

Ønsket for oppgaven er å undersøke om organiseringen av pakkeforløp i psykisk helsevern etter Lean metode, slik Region Hovedstaden Psykiatri har lagt til grunn, lever opp til metoden. I tillegg har jeg ønsket å undersøke hvorvidt målene og intensjonene i organiseringen, samsvarer med den opplevelsen klinikerne har i bruk av pakkeforløpene i behandling av pasientene.

### **Problemstilling:**

Har bruk av Lean metode i utvikling av pakkeforløp i psykisk helsevern i Danmark fungert i organiseringen og i bruk i pasientbehandlingen?

### **Forskningsspørsmål**

- Organiseringen Region Hovedstaden Psykiatri har lagt til grunn for pakkeforløpene, lever den opp til Lean metode?
- Er det samsvar mellom intensjonene og målene som legges til grunn for organiseringen og klinikernes opplevelse i bruk av pakkeforløpene i psykisk helsevern i Region Hovedstaden Psykiatri?

På bakgrunn av studien med erfaringene fra Danmark, ønsker jeg også å se på mulighetene og utfordringene ved innføring av pakkeforløp i psykisk helsevern i Norge.

## 2 Bakgrunn

Helse- og omsorgsdepartementet (HOD) ga Helsedirektoratet (Hdir) høsten 2015 følgende bestilling: *«Helsedirektoratet gis i oppdrag i samarbeid med brukerorganisasjoner, regionale helseforetak/relevante fagmiljøer og KS å iverksette et utviklingsarbeid om pakkeforløp både på psykisk helse-området og rusområdet . Det bes om en prosess- og tidsplan for arbeidet innen 1. april 2016. Implementeringsplan forutsettes inkludert i arbeidet.»*

1. april 2016 leverte Helsedirektoratet sin prosess- og tidsplan som fikk tilslutning av Helse- og omsorgsdepartementet. Dette betyr at pakkeforløp for psykisk helse og rus skal utarbeides og innføres i Norge (4). Beslutningen har ført til debatt både i og utenfor fagfeltet. Danmark har hatt pakkeforløp i psykisk helsevern fra 2010, og Lean metode ble lagt til grunn for organiseringen av disse. Hvilken erfaring har de gjort seg ved bruk av denne metoden i pakkeforløpene, og hvordan har organiseringen som er lagt til grunn fungert i pasientbehandlingen?

For senere å kunne belyse erfaringene og bruken av pakkeforløp, vil jeg i dette kapittelet gå inn på foranledningen for innføring av pakkeforløp i Danmark, se på vurderinger som ble gjort for organisering samt beskrive debatten i Danmark før og etter innføring. For å kunne sammenligne, vil jeg videre i dette kapittelet beskrive prosjektet og planer for innføring av pakkeforløp i psykisk helsevern i Norge, samt redegjøre for debatten i Norge.

Pakkeforløp i Danmark omfatter kun psykisk helsevern, og ikke rus. I denne oppgaven trekker jeg derfor kun frem planlagt pakkeforløp i psykisk helsevern i Norge, og ikke for rusomsorgen.

### 2.1 Pakkeforløp i psykisk helsevern Danmark

Foranledningen for innføring av pakkeforløp i psykisk helsevern i Danmark, var flere rapporter og analyser som viste store forskjeller i behandlingen på tvers av Danmark, bl.a. Danske Regioners rapport "Benchmarking af psykiatrien" fra 2009 og 2010 (5)(6) og Deloittes "Analyse af kapaciteten i psykiatrien" fra 2012 (7). Danske Regioner la i 2011, etter det såkalte "Psykiatriens topmøde" hvor alle regionene var representert, frem en strategi for å

fremme ”Kvalitet i psykiatrien” (8). I dokumentet beskrives flere store utfordringer i psykisk helsevern, med store forskjeller mellom regionene. Forskjellene det ble vist til, var tatt ut fra såkalte ”benchmarking” av psykiatrisk behandling som alle de fem danske regionene hadde gjort fra 2009 (5)(6). Ønsket for ”benchmarkingen” var å analysere og vurdere hva man anså som beste praksis. Fra rapportene så man at det var store forskjeller mellom regionene; i organisering, aktivitet og økonomi. Det ble vist til at Region Hovedstaden hadde 30-50% flere pasienter med schizofreni enn de øvrige regionene, Region Midt 30% flere pasienter med affektive diagnoser, Region Syd hadde 70-100% flere pasienter med organisk lidelse og Region Sjælland hadde flere stressrelaterte lidelser (5). Man antok at forskjellene blant annet var knyttet til tradisjoner og ensrettede fagmiljø, hvor det bl.a. i Region Syd var et sterkt fagmiljø for demens og i Region Midt et sterkt fagmiljø for affektive lidelser. Mangel på psykiatere – og psykologer – antok man også som delvis årsak til forskjell i diagnostisering hvor det i Region Hovedstaden Psykiatri var 48 pasienter per lege/psykolog mot 106 i Region Sjælland. Man så også flere andre forskjeller mellom regionene; tilgang til psykiater med egen praksis, forskjeller i ambulant behandling, i antall pasienter i behandling, i ventetid, i bruk av utredningsverktøy. Snitt liggetid og reinnleggelse viste store forskjeller mellom regionene. Få nasjonale kliniske retningslinjer, ble antatt å være medvirkende årsak til de store forskjellene, og i diskusjonen rundt dette ble det fremhevet viktigheten av mer likhet, standardisering og systematikk for bruk av behandlingseffektive metoder.

På bakgrunn av forskjellene som ble avdekket, besluttet regionene å igangsette kvalitetsforbedringsprosjekter i psykiatrien, som altså ble sammenfattet i rapporten ”Kvalitet i psykiatrien” (8). I kvalitetsutviklingsprosjektet fikk hver region ansvar for ett delprosjekt. I strategidokumentenes punkt 5, 6 og 7 står pakkeforløp omtalt i punkt 5: ”Der skal udarbejdes fælles, men få utredningspakker. Pakkeforløbene skal indeholde standarder for diagnostisk praksis, tidsangivelser, patientinformation”. Punkt 6 og 7 omtaler utarbeidelsen og innholdet i behandlingspakkene. Region Hovedstadens psykiatri fikk ansvar for utvikling av de nasjonale pakkeforløp i psykisk helsevern (8). I rapporten viser man til suksess med innføring av pakkeforløp for kreft og koronarsykdom som ble implementert i Danmark i perioden 2007-2009. Pakkeforløpene som skulle utarbeides skulle støttet seg på Lean metode, og skulle være inspirert av pakkeforløp for kreft. Det ble nedsatt arbeidsgrupper som skulle ta ansvar for pakkeforløpene for de forskjellige områdene. Pakkeforløpene skulle ha bred faglig forankring og klinikere skulle engasjeres i utarbeidelse av pakkene. I utvikling av ”pakkene” skulle man



bruke det man hadde av eksisterende nasjonale retningslinjer og gjeldende praksis. Organisering av ”pakkene” omtales i kapittel 5, ”Analyse”.

## **2.2 Debatt om pakkeforløp i psykisk helsevern Danmark**

Debatten i Danmark forut for innføring av pakkeforløp i psykisk helsevern var, ifølge en del av mine informanter, ikke like opphetet som i Norge. Informantene beskriver at det gikk gradvis, og at det ikke avstedkom store diskusjoner. Dette bekreftes når jeg går gjennom debattinnlegg i forskjellige media; hvor mange artikler er skrevet etter pakkeforløpene ble innført (9)(10)(11). I etterkant av innføring finnes det både positive og negative røster i fagmiljøet i Danmark.

I flere artikler, bl.a. i det danske Morgenbladet og Psykolognyt (12)(13)(9), i legeforeningens tidsskrift (14) og i andre media og på nett (10), uttrykker fagfolk seg kritiske til pakkeforløp i psykisk helsevern. Mange mener pakkene gir begrensning i behandlingen, at man ikke får tilpasset denne til enkeltpasienter. De opplever at mange pasienter ikke passer inn i ”pakkene”, og at forløpene er for lite fleksible slik at behandlingsbehovet ikke kan møtes. Det stilles spørsmål ved hvorvidt antallet behandlingstimer som er gitt ved de forskjellige lidelsene, er kunnskapsbasert og om det er de riktige pasientene som får tilbud og prioriteres i spesialisthelsetjenesten. Administrasjon og tungrodd system trekkes også frem i innleggene; hvor flere mener at hverdagen blir byråkratisert med registrering og kontroll og telling, og at dette medfører flukt fra fagfeltet som allerede sliter med mangel på spesialister. Det kritiseres at pakkene føre til et dehumaniserende språk, hvor tall og termer som ”cpr-nummer” og ”ydelser” beskriver pasientene og behandlingen. Uttalt i en artikkel av fire klinikere: ”Vi er ikke en pølsefabrik, men arbejder med mennesker, der indimellem handler uforudsigeligt, og som ikke bare sådan lader sig putte ind i forudbestemte behandlingspakkeforløp” (12). De kritiserer måten pakkeforløpene er organisert på; at den er preget av nyliberalistisk tenkning og New Public Management og skriver at det som ”måles” er kontakt med pasient, men at ”alt annet” blir ”spilltid” som f.eks undervisning, veiledning, debriefing, møter og administrative krav. Denne kritikken gjentas i flere artikler; at fokus blir antall og effektivitet og ikke resultatet av behandlingen. Økonomi og fag settes opp mot hverandre; hvor det argumenteres med at det økonomiske prinsipp ikke nødvendigvis går hånd-i-hånd med det faglige prinsipp – og at det er her konflikten oppstår.

Samtidig er det også positive røster om pakkeforløp, hvor det fremheves at flere får behandling etter at pakkeforløpene ble innført, at det er ressurs sparende med pakkeforløpene og at de er forutsigbare (11)(15). Det hevdes at pakkeforløpene har gitt en satsning på psykisk helsevern, både når det gjelder oppmerksomhet – og økonomi. Det trekkes frem at Danmark fra å ha prioritert somatikk fremfor psykisk helse, de senere årene har gitt økte bevilgninger til psykisk helse og man mener denne økningen i bevilgninger skyldes pakkeforløpene. Det vises til at det i pasienttilfredshetsmålinger kommer frem at pasientene jevnt over er fornøyde med ordningen. I tillegg mener forkjemperne at det pga pakkeforløpene er økt fokus på psykoterapeutisk behandling, økt fokus på livsstilsfaktorer og økt fokus på inklusjon av pårørende. Erfaringene med bruk av pakkeforløp i psykisk helsevern i Danmark uttrykt gjennom mine informanter og debatt i media, er altså både positive og negative.

## **2.3 Prosjekt pakkeforløp i psykisk helsevern Norge**

I 2015 fikk Helsedirektoratet i oppdrag fra Helse- og omsorgsdepartementet å ”sette i gang et utviklingsarbeid om pakkeforløp både på psykisk helse-området og helse og rus”. Den 1. April 2016 ble prosjektbeskrivelsen levert (4). De overordnede målene for pakkeforløp for psykisk helse er beskrevet at de skal sikre gode og sammenhengende tjenester, skal unngå unødvendig ventetid, gi forutsigbarhet og trygghet for pasienten og pårørende, sikre bedre ivaretagelse av somatisk helse, sikre økt bruker- medvirkning og -tilfredshet og gi likeverdig tjenestetilbud for pasientene. Det ble i utarbeidelse av prosjektbeskrivelsen lagt vekt på tett samarbeid med brukerorganisasjonene, helseforetakene, fagmiljø og KS.

I prosjektbeskrivelsen viser man under ”status og utfordringer” til at Norge i europeisk målestokk generelt har et godt utbygd tjenestetilbud til pasienter med psykiske lidelser, bl.a. ved at det har vært økning i spesialiserte tjenester, økt ressursinnsats og økt politisk prioritet for feltet. I ”Opptappingsplanen for psykisk helse (1998-2008) var det fokus på styrking av det kommunale tjenestetilbudet til pasientgruppen, med samtidig desentralisering av spesialisthelsetjenesten (16). Men til tross for et godt utbygd tjenestetilbud som beskrevet over, pekes det i oppdraget fra HOD og i prosjektbeskrivelsen fra Hdir på flere utfordringer i tilbudet til pasienter med psykiske lidelser. I en rapport fra Hdir fra 2015 viser man til en sammenligning av psykisk helsevern i OECD land fra 2014 hvor det bl.a. trekkes frem

svakheter i oppgavefordeling mellom behandlingsnivåer og koordinering av tjenestene i Norge (17). Riksrevisjonens rapport om samhandlingsreformen fra 2016 peker på at tilbudet i kommunene for pasientene ikke har økt i takt med nedbygging av døgnplasser i spesialisthelsetjenesten (18), hvor antall døgnplasser er redusert med ca. 10% i perioden 2010-2014 uten at dette er kompensert med økning av tilbudet i kommunen i tilsvarende grad. Pasientgruppen blir derfor ofte stående uten tilstrekkelig tilbud ”mellom” to forvaltningsnivå – spesialisthelsetjenesten som mener pasienten er ferdigbehandlet hos dem og kommunehelsetjenesten som ikke har egnet tilbud. Riksrevisjonen peker på at det per i dag ikke er tilstrekkelig klargjort for oppgave- og ansvarsfordeling mellom kommunehelsetjenesten og spesialisthelsetjenesten, og at det ikke er truffet tilstrekkelig tiltak for å gi pasientgruppen et godt nok tilbud. I prosjektbeskrivelsen vises det til en brukerundersøkelse gjennomført av Kunnskapssenteret i 2013/14, hvor bruker særlig legger vekt på forbedringspotensialet i tjenesten knyttet til innflytelse på valg av behandling inkl. medisiner, forberedelse før utskrivning, hjelp fra kommunen, samarbeid med pårørende og informasjon om behandlingsmuligheter. Oppsummering av utfordringsbildet i prosjektbeskrivelsen støtter seg også på Helsetilsynets landsdekkende tilsyn ved DPS i 2008-2009, hvor det konkluderes med store ulikheter (19). Man finner i denne at henvisninger håndteres forskjellig og ikke alltid jmf. lovkravene, ved flere DPS manglet prosedyrer/praksis for utredning/behandling og dokumentasjon, og flere steder var det ikke systematikk i kvalitetssikring i arbeidet av spesialist i psykiatri/psykologspesialist. Tilsynet konkluderte med mangel på styring og oppfølging, samt mangel på rutiner og internkontroll som skulle sikre forsvarlig utredning og behandling.

I prosjektbeskrivelsen oppsummeres det med at hovedutfordringen for voksne pasienter innen psykisk helse synes å være manglende koordinering av tjenesten med manglende oversikt over tilbudet som finnes, i tillegg til variasjon av behandlingstilbud og variasjon av hvem som gis rett til behandling (4). Det beskrives forskjeller på flere områder; i utredning, både knyttet til ulik ventetid og gjennomføring av utredning, uønsket forskjell i behandling både knyttet til kvalitet og manglende kompetanse på flere metoder, samt at det er forskjell i oppfølging av somatisk helse og ulik praksis for bruk av tvang. I tillegg understrekes behovet for å styrke brukermedvirkning, samt å bedre samhandling innad i spesialisthelsetjenesten og mellom første- og andrelinjetjenesten.

Med denne informasjonen, og med erfaring fra pakkeforløp innen andre fagfelt, ønsket altså helseministeren innføring av pakkeforløp også i psykisk helsevern. I prosjektbeskrivelsen er det laget en fremdriftsplan med etablering av flere arbeidsgrupper knyttet til forskjellige psykiske lidelser. Arbeidsgruppene startet opp i august 2016. Første pakkeforløp i psykisk helsevern planlegges implementert 1. januar 2018, det siste 1. april 2020.

## **2.4 Debatt om pakkeforløp i psykisk helsevern Norge**

Mål for pakkeforløp i psykisk helsevern er, ifølge statsminister Erna Solberg høsten 2015, å ”skape pasientens helsetjeneste”. Og hun fortsetter: ”Da må vi ha et system som er bedre tilpasset pasientene og deres behov. Derfor vil vi ta et radikalt grep for å gjøre utredningen og behandling av psykisk syke pasienter raskere, bedre og mer forutsigbar. Vi skal innføre pakkeforløp innen psykisk helse” (1). Debatten som har avstedkommet etter statsministeren uttalelser - og også helseministerens, som oppfordrer fagfolk til å ”pakke opp da vel” hvor han argumenterer for at pasientene skal får raskere, bedre og mer individuell tilrettelegging av behandlingen med pakkeforløp (2) - har vært mange og til dels sterke. En av de første artiklene av mange i debatten, var artikkelen ”Likeverd på samleband” av lege og stipendiat Henrik Vogt og fastlege Andreas Saxlund Pahle i Morgenbladet 11.9.15 (20), hvor pakkeforløp sammenlignes med samlebandsbehandling etter mønster av bilindustrien med henvisning til Lean metode. Siden har det vært mange innlegg i flere forskjellige media; Morgenbladet, Dagens medisin, Tidsskrift for norsk psykologforening, Tidsskrift for legeforeningen, Sykepleien, Aftenposten, og i sosiale medier og ved blogginnlegg. Diskusjonen har også blitt videreført på større nasjonale kurs/konferanser innen psykisk helsevern, bl.a. på Psykiatriveka i mars 2016 og ved debatt på Litteraturhuset i desember 2015. Alle artikler og innlegg knyttet til pakkeforløp i psykisk helsevern er samlet av Vogt og Pahle på ett nettsted (21).

Kritikerne av pakkeforløp i psykisk helsevern mener at standardisering ved organisering med forløp ikke vil gi bedre eller mer ”tilpasset” behandling. I pakkeforløpene er diagnostisering et viktig element for å vite hvilken behandlingspakke pasientene skal tilbys, og i debatten stiller mange seg kritisk til ”innrammingen” ved diagnostisering. De mener denne ikke vil fange opp variasjonen i symptomatikken hos mange pasienter, som gjør at

behandlingsbehovet kan være vidt forskjellig til tross for samme grunndiagnose. I artikkelen fra Vogt og Pahle trekkes det bl.a. frem et eksempel med sammenligning av to pasienter med spiseforstyrrelse, hvor behandlingsresultatet med pakkeforløp blir helt forskjellig. De trekker frem at tanken ved pakkeforløp bruker en ”industriell logikk” og ”næringslivstenkning”, ved at hver enkelt diagnose kobles opp mot et strømlinjeformet behandlingsløp hvor all ”uønsket variasjon” kuttes vekk – altså jmf elementene i Lean metode. Det trekkes frem at pasientene gjennom standardiserte forløp vil få opplevelsen av å bli møtt som ”en ting” og ikke som et menneske. Kritikere av pakkeforløp mener mengden og antall terapier eller pasienter, sier lite om behandlingen er god og heller ikke hvorvidt den gir god effekt, og hevder at terapi ikke lar seg måle. Man mener helseministeren ønsker ”mer helse i hver krone”, men det stilles spørsmål ved om kvantitet gjenspeiler kvaliteten i behandlingen. Kritikerne stiller spørsmål om hva man gjør med de pasientene som ikke passer inn i ”egen” diagnosegruppe, og de pasientene som har sammensatte lidelser med flere diagnoser og med stor psykososial belastning, de såkalte ”vanskelige” pasientene. President i Psykologforeningen skriver i innlegg i Aftenposten at det er ”en grense for hvor mye vi kan standardisere behandlingsinnsatsen” og på foreningens nettsider står det å lese at ”En størrelse passer ikke alle” – hvor det understrekes viktigheten av å ta hensyn til ulike ressursbehov og individuelt tilpasset behandling (22)(23). Flere debattanter trekker frem at det er styringssystemene i seg selv det er noe i veien med, hvor det som overordnet struktur legges vekt på målstyring tett opp mot industriell målstyring som førende for behandling, dvs økonomi, struktur og ledelse – og viser til organisasjonsideologi etter New Public Management. Det spørsmålstilles hva som er ”beste” behandling, og trekkes fram at forskningsresultater i psykisk helsevern er mangelfulle eller gjenstand for kritikk (24). Kritikerne viser til at årsaken til bedring hos en pasient med psykisk lidelse ofte er sammensatt; i tillegg til terapi også medikasjon, pasientens egen innsats, nettverk, jobb, fysisk helse, egne ressurser – såkalte fellesfaktorer – som alle spiller en stor rolle i tilfriskningsprosessen (25). De viser til at all terapiforskning legger vekt på at det er relasjonen mellom terapeut og pasient (24), som er avgjørende for resultat og effekt. Kvalitet fremheves ikke å være det samme som likhet, og at man ved standardisering vil senke nivået hos flinke, kreative og engasjerte klinikere (20). Det stilles spørsmål ved om pakkeforløpene innføres for kontroll av fagfolk, kontroll på antall, kontroll på kostnader, kontroll på et system som er vanskelig å kontrollere – og igjen trekkes det frem kritikk av ideologien i New Public Management (20). New Public Management vil bli omtalt senere i oppgaven.

Helseministeren trekker frem brukerperspektivet når han snakker om pakkeforløp i psykisk helsevern, og uttaler; ”vi skal fremme pasientens helsetjeneste”. Fra brukerorganisasjonen spør man seg hvilke rettigheter pasienten vil ha, for eksempel hvis relasjon mellom pasient og behandler ikke er god og pasienten ønsker bytte av behandler. De spørsmålsstiller hva som skjer hvis man får ”feil” diagnose og har begynt et ”galt” behandlingsløp, om man da blir overført til annet pakkeforløp, eller om pasienten selv mulighet til å skifte forløp utfra endring i diagnose. Og videre spørsmålsstilles det hvordan man skal håndtere de pasientene som synes de trenger flere timer, til hvor stor grad kan pasienten - eller behandler - påvirke dette. Kritikerne i debatten spør seg om det er slik at fornøyde pasienter gir friske pasienter (26). Det trekkes frem at pasienten vil ha en forventning om å bli ”fikset” – de skal få et tilbud som skal gjøre dem bra - samtidig som man vet at pasientens innsats og ressurser i behandlingen ved psykisk lidelse er svært viktig for tilfriskning (24).

Forkjempere for pakkeforløp mener imidlertid at man ved pakkeforløp får laget en standard slik at behandlingen blir planlagt ut fra ”best tilgjengelige kunnskap”. Det vises bl.a. til Helse Nord-Trøndelag hvor de innen psykisk helsevern jobber med standardiserte pasientforløp (27). De stiller seg kritiske til at man innenfor fagfeltet kan godta forskjellene i ventetid, antall konsultasjoner og innhold i behandling (28)(29). Det uttrykkes: ”vi trenger ikke mer luft nå, men mer substans” – de mener behovet for effektivisering er vanskelig å avvise. Forkjempere mener at pakkeforløp kan sees som en ”huskeliste” der man sikrer seg at pasienten får den behandlingen man har krav på, også jmf. lovverket. På den måten sikrer man systematisk at det gis et godt tilbud, og sikrer i rammen av pakkeforløp brukermedvirkning og involvering av pårørende. Mange peker på at koordinering av tjenesten og samhandling er spesielt dårlig innen dagens psykiske helsevern, og at pakkeforløp vil bidra til å forbedre dette. I debatten om faren for å ”vingeklippe” behandlere trekker kritikerne på sin side frem at tilliten til den enkelte terapeut er altfor stor. De viser til at terapeuter selv er dårlige til å forutse utbytte av behandling, og også er dårlige til å endre eller avslutte behandlingen de gir, når effekt uteblir (28).

## **2.5 Organisering psykisk helsevern Danmark**

Som bakgrunn for forståelsen av organiseringen av pakkeforløp i Danmark, og medvirkende årsaker for utfordringene ved disse, redegjør jeg kort for organiseringen av psykisk helsevern.

Ansvar for pasienter med psykisk lidelse er delt mellom såkalte regioner og kommuner. Regionale tjenester, også kalt "hospitalpsykiatrien", tilsvarer vår spesialisthelsetjeneste og har tilknyttet distriktpsykiatrien som er etablert lokalt og gir ambulant behandling. Socialpsykiatrien tilsvarer psykisk helse i kommunene i Norge, hvor oppgavene er å "tilby pasientene tilrettelagt psykososial rehabilitering". Socialpsykiatrien sine oppgaver omfatter sosialstøtte, dagaktiviteter, arbeidsrettete tiltak, botilbud, hjemmesykepleie og veiledning bl.a. til skoler. I Danmark har man, som i Norge, de senere årene hatt fokus på å styrke kommunens rolle, og hatt ønske om at kommunene skal ta over flere av oppgavene til spesialisthelsetjenesten.

Helsetjenesten er delt i fem regioner i Danmark; Region Nordjylland (579 989), Region Midtjylland (1 262 115), Region Syddanmark (1 200 858), Region Sjælland (819 071) og Region hovedstaden (1 786 469) - ca. befolkningsgrunnlag i parentes. Psykisk helsevern i de forskjellige regionene er igjen oppdelt i flere avdelinger eller "centre" som igjen består av døgnavdelinger (sengeafsnit), kliniker (DPS) og forskjellige ambulante team.

Danmark fikk en endring i "Sundhedsloven" i 2015 og pasienten har nå krav på utredning innen en måned, i tillegg har de "Lov om pasientrettigheter" som sier at ventetid på behandling ikke skal overskride to måneder.

## 2.6 Oppsummering

I dette kapitlet har jeg beskrevet bakgrunnen for tilblivelsen av pakkeforløp i psykisk helsevern i Danmark; hvilke utfordringer man så i fagfeltet og hvorfor helsemyndighetene kom til ønsket om innføring av pakkeforløp. Jeg har også trukket frem hvordan Lean metode ble fremhevet som ønsket metode i utvikling av pakkeforløp. Jeg har videre beskrevet bakgrunnen for beslutningen om innføring av pakkeforløp i psykisk helsevern i Norge. Jeg har oppsummert debatten rundt pakkeforløp i psykisk helsevern både i Danmark og i Norge. Ved sammenligning av debatten i begge land ser vi mange likhetstrekk i argumentasjonen, både fra kritikere og forkjempere. I debatten har også bruk av ideologien fra New Public Management i helsetjenesten, og bruk av Lean metode, blitt diskutert. I neste kapittel vil jeg se på teorien som ligger bak Lean metode og hvordan denne er brukt i helsevesenet, samt se

nærmere på hvordan denne er trukket inn i organiseringen og utvikling av pakkeforløp i Region Hovedstaden Psykiatri.



## 3 Teori

I Danmark har man valgt å legge Lean metode til grunn i utarbeidelsen av pakkeforløpene i psykisk helsevern. For å forstå noe av bakgrunnen for dette, vil jeg i kapittelet presentere hovedelementene i Lean metode og beskrive hvordan denne har fått en sentral plass i utvikling og organisering av Region Hovedstaden Psykiatri og i pakkeforløpene. Jeg vil videre se på bruk av Lean metode i helsevesenet og beskrive muligheter og begrensninger ved bruk av metoden. Lean metode, anvendt i offentlig sektor, baserer seg på mange elementer vi gjenfinner i styringsideologien New Public Management (NPM). New Public Management har vært med på å prege organiseringen av helsesektoren de siste ti-årene, og vil derfor også bli beskrevet i kapittelet.

### 3.1 Lean metode i et historisk perspektiv

Utgangspunktet for Lean metode går så langt tilbake som til begynnelsen av 1900-tallet, hvor Fredric W. Taylor var opphavsmannen til en teori for arbeid som ble kalt Scientific Management (30), eller Taylorisme. Teorien er beskrevet i boken Taylor utga i 1909; ”The Principles of Scientific Management” (31). Taylor gjorde undersøkelser av arbeidsprosessene, for å finne ut hvordan de kunne bli mest mulig effektive. Han mente at alle arbeidere ble motivert av lønn, og var opptatt av at innsats skulle måles og belønnes etter produktivitet. Han utarbeidet fire prinsipper for arbeid; man skulle forske på den mest effektive måten å produsere noe, man skulle sette arbeidere til de oppgavene der de var mest effektive for å få mest mulig ut av arbeidsstokken, man skulle veilede og instruere arbeiderne så de jobbet effektivt, og til slutt skulle det være avstand mellom ledere og arbeidere slik at ledere kunne planlegge og overvåke arbeidet og arbeiderne kunne fokusere på sine oppgaver. Mao skulle man jobbe for sterk spesialisering, der oppgavene ble splittet opp og den enkelte ansatte fikk ansvar for sin del av produksjonskjeden. I årene som fulgte har teorien blitt kritisert bl.a. fordi den skaper monotont og ensidig arbeid. Taylor var ikke opptatt av arbeidernes egenverdi eller påvirkning i prosessen som en ressurs, men kun hvor raskt de utførte allerede bestemte produksjonslinjer. Dette kommer tydelig frem i følgende sitat fra ”The Principles of Scientific Management”: *”Det er kun gjennom tvunget standardisering av metoder, tvunget innføring av de måter å implementere på og tvunget samarbeid at dette*

*raskere arbeidet kan sikres. Og plikten til å tvinge gjennom standarder og samarbeid ligger hos ledelsen alene” (31).*

Begrepet Lean blir første gang brukt i boken ”The machine that changed the world” (32). Denne forteller historien om Eiji Toyoda – daværende sjef hos bilfabrikanten Toyota – som på 50-tallet dro på besøk til Ford’ fabrikker i USA. Han analyserte produksjonsprosessen, og tok med seg idéer tilbake til Japan. Han opplevde produksjonen hos Ford effektiv, men mente at den vestlige måten å produsere på hadde to store feil, nemlig at de produserte store mengder som ga store varelager og at man prioriterte storproduksjon fremfor å definere hva kunden ønsket til enhver tid. Toyota endret sin produksjon og skapte med dette Toyota Production System (TPS), et verktøy med mål om mer effektiv og forbrukerrettet produksjon (33). Toyota la til grunn for TPS prinsippet; ”just-in-time” dvs ”what is needed, when it is needed and in the amount needed”. TPS hadde fokus på ledelse som fasiliterte læringsprosesser, hvor ansatte ble oppfordret å spørsmålsstille egen virksomhet for å finne nye effektive arbeidsmetoder. Det var ønsket at de ansatte skulle ha et kritisk blikk på egen virksomhet og komme med forslag til endring. Altså ledelse som i motsetning til ”top-down”-styring hvor arbeiderne ble fortalt hva de skulle gjøre, oppmuntret dem til aktiv deltakelse i utvikling av arbeidsoppgavene og produksjonen. Gjennom årene utviklet TPS seg, og man kom i økende grad frem til at metoden var overførbar til de fleste virksomheter som drev med produksjon. Womack og Jones skrev i 1996 i boken ”Lean thinking, banish waste and create wealth in your corporation” om produksjonsprosessen: ”Instead of pushing the products through the system, you create ”pull”. A pull system has less waste, such as stocks, defects and transport. All the processes have to be in line, in order to let the product flow through the system as fast as possible. This flexibility has been the reason for the Americans to label the Toyota production system ”Lean”” (34). Womack and Jones beskrev fem Lean-prinsipper som satte kundens verdi og reduksjon av sløsing som det sentrale i Lean-filosofien, de fem prinsippene var:

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

Nøkkelfaktoren i Lean-metode er altså ”verdi”. Verdi er i Lean definert som muligheten til å levere det produktet eller tjenesten som kunden ønsker med så liten tid som mulig, fra det øyeblikket kunden ber om produktet eller tjenesten, og at man som tjenesteyter klarer å levere til en akseptabel pris (34). Hvis man klarer å definere hva kunden ønsker, kan man også dele opp prosessen og finne ut hva i prosessen som gir verdi for kunden og hva som ikke gir verdi, og dermed kunne fjerne det siste. Prinsippene for Lean metode har gjennom årene blitt tilpasset til bruk i forskjellige virksomheter – også offentlige virksomheter som helsevesenet - og har i økende grad inkludert menneskelige adferdsfaktorer som vektlegges sammen med den mer operasjonelle produksjonsteorien.

Verdi, kunde og produksjon – hva har det med pasientbehandling å gjøre, og hvordan eller hvorfor skal denne metoden også brukes i helsevesenet? Joseph Juran ga i 1937 navn til den såkalte Pareto effekten som er beskrevet som ”80/20”-regelen eller ”the law of the vital few”, dvs han beskrev at det bare var en del av en prosess som utgjorde den viktige og essensielle delen i prosessen, denne delen utgjorde ca. 20% – de resterende 80% hadde mindre betydning (35)(36). Den samme Juran uttalte at helsevesenet burde ta til seg erfaringer fra industrien for å forstå hvordan de skulle vurdere hva som virker, og hva som ikke virker. Han mente at helsevesenet ikke var så forskjellig fra andre industrier, og at helsevesenet, for å kunne gjøre en vurdering av hvordan ressursene skulle brukes på beste og mest effektive måte, også måtte vurdere hva som ga effekt for å kunne avgjøre hvilken ”produksjon” som skulle velges (37). Juran pekte på det vi ser i et samfunnsøkonomisk perspektiv i dag; sett i lys av en økende befolkningsvekst og et økende helsebudsjett hvor vi stadig har mulighet til å gi mer avansert – og dyrere – behandling, må helsesektoren gjøre en vurdering av hvordan midlene som er til rådighet gir best effekt og hvordan de skal prioriteres (38).

## **3.2 New Public Management**

Nettopp bruk av offentlige ressurser var utgangspunktet for en reformbølge i offentlig sektor som ble sentral på 80-tallet; New Public Management (39). Den hadde sin opprinnelse på New Zealand og i Australia, men ble etter hvert viktig i utvikling av offentlig sektor også i Europa, først i Storbritannia under Margareth Thatcher, og etter hvert i andre europeiske land. New Public Management førte til en dreining i organisering av offentlig sektor fra å

være politisk styrt til mer markedsliberalistisk styring. Ideologien innen New Public Management er sammensatt, men noen hovedoverskrifter er at man gikk fra fagstyrt til mer profesjonell og management-orientert ledelse, at man ønsket økt delegering av beslutningsmyndighet, økt fokus på mål- og resultatstyring, på konkurranse og marked, på effektiv ressursutnyttelse og på ”bruker i sentrum” (40). Artikkelen av Christopher Hood fra 1991 ”A public Management for all seasons?” har blitt mye sitert i forbindelse med New Public Management, som beskrives som ”apolitisk og fri for ideologi” – og mange mener dette var medvirkende årsak til at New Public Management bredte om seg i store deler av den vestlige verden (41). Christensen og Lægread beskriver det slik: «Den nye management-orienterte retningen kunne brukes på tvers av landegrenser, partigrenser, administrative nivå, institusjoner og sektorer» (40).

Gjennom 80-tallet slet offentlig sektor med underfinansiering og budsjettunderskudd. Det økende behovet for tjenester i befolkningen ble ikke møtt, noe som førte til en stadig økende skepsis og misnøye. 80-tallets ”jappetid” var et ti-år hvor markedsliberalismen sto sterkt med fokus på profitt og ressursutnyttelse, og offentlig sektor ble også sett som arena for markedsliberalistisk ideologi (42). Man ønsket å bygge ned de offentlige hierarkiene, og gjennom markedsorientert styring øke effektiviteten og møte brukernes behov på en ny måte. Innføring av New Public Management preget tidsånden, og ble etter hvert en indikator på om man organiserte seg etter ”moderne og nytenkende” prinsipper (43). New Public Management skulle være den ”optimale” løsningen på store og omfattende problemer. Man så for seg at New Public Management både skulle være løsningen for en stadig voksende offentlig sektor, men også løsningen for å møte en ”ny” økonomi som var preget av økt globalisering, økte teknologiske endringer og økt konkurranse. Der politikk og styring tidligere hadde gått mer ”hånd-i-hånd”, gikk nå dreiningen mot at de enkelte virksomhetene var ”selvstyrt” med krav og føringer fra politisk hold, men med frihet til å styre etter kostnads- og effektivitetsprinsipper. Mao ble det økonomi og effektiv drift som ble styrende for hvordan virksomheten ble organisert, mer enn ideologiske politiske prinsipper (44). Noen vil si at med innføring av New Public Management-ideologi, så tapte politiske føringer, langsiktig planlegging og langsiktig utvikling for markedskrefter og resultatstyring. New Public Management hadde fokus på effektiv ressursutnyttelse og økonomisk drift, og dermed også fastsatte mål og resultatkrav. Til økende grad ble det innen virksomhetene fokus på indikatorer, aktivitetstall, budsjett, sykefravær (45). Det ble krav om innrapportering til offentlig myndighet, men ansvaret og effektivering av oppgaver ble desentralisert til

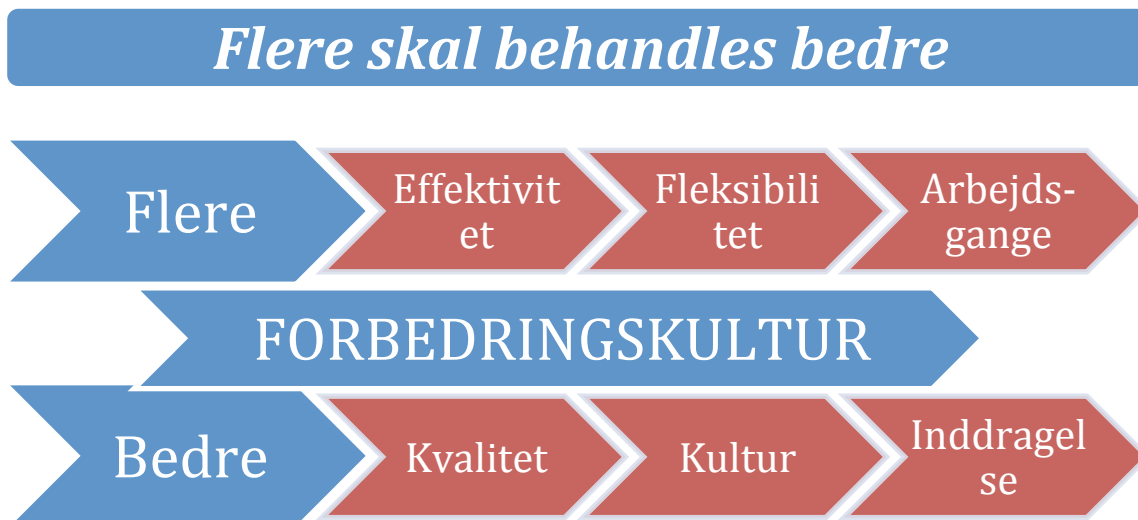
virksomhetens ledelse. Og nettopp ”dyktiggjøring” og delegering av oppgaver til ledelsen ble sentralt innen New Public Management. Man så en dreining mot en mer ”profesjonalisert” ledelse, hvor leder skulle ha økt handlingsrom og frihet til å lede for å skape en effektiv drift av virksomheten (46)(47). Leder skulle igjen rapportere ”oppover”. Det ble fokus på lederrollen med ”helhetlig” ledelse, ansvarsfordeling og ”linje”, samt styrking av toppledelse. Ledelsen skulle ”dyktiggjøre” sine fagmedarbeidere til å utøve arbeidet på best og mest kostnadseffektive måte, men fagmedarbeiderne hadde ikke noen formell beslutningsmyndighet til hvordan man organiserte arbeidet for å komme frem til mål og resultater som var satt. Mange mener at man med denne organiseringen mistet av syne innholdet og kvaliteten i tjenesten, til fordel for ressursparing og effektivitet (48).

New Public Management-ideologi fikk, som beskrevet over, stor utbredelse i offentlig sektor. Det siste ti-året har det vært mange kritiske røster til New Public Management. Det er tatt til orde for at den har ført til redusert demokrati, redusert fokus på faglige hensyn, kun har fokus på effektivitet og at politikerne har mistet sin påvirkningskraft og sin myndighet (49). Christopher Hood og Ruth Dixon gjorde i 2015 en evaluering av bruk av New Public Management i offentlig sektor etter 30 år. De fant at man med reformen verken hadde oppnådd reduksjon av kostnader eller økt kvalitet på tjenesten (50). Kritikerne, særlig innen helsesektoren, mener at man ved å legge New Public Management til grunn har mistet ”fagligheten” (51), og at man ledes av byråkrater som ikke har kontakt med den virkeligheten helsearbeiderne møter, men kun ser rapportering, kontroll, økonomi. De mener det har tilkommet en ”frakobling” mellom fag- og ledelse. Det hevdes at man har mistet fokus på ”kjernevirksomheten”; behandling av pasienter, og at helsesektoren gjennom New Public Management har blitt dehumanisert. Disse argumentene ser vi også igjen i debatten om innføring av pakkeforløp i psykisk helsevern både i Norge og i Danmark (20) (12). Vridningen fra faglig- til profesjonsnøytral og enhetlig ledelse har skapt store konflikter, hvor helsearbeiderne hevder at de i utvikling av helsetjenesten og i beslutning om organisering og drift ikke blir inkludert eller ansett som viktige aktører (51).

### **3.3 Lean metode i Region Hovedstaden Psykiatri**

Utvikling og organisering av offentlig sektor, og da også helsesektoren, har en lang historie og har gjennom tiden blitt preget av samfunnsmessige endringer og forskjellige ideologier og reformbølger. New Public Management er en av disse, hvor spesielt elementer fra

markedstenkning med fokus på mål- og resultatstyring og effektivitet også i dag preger helsetjenesten. I Lean metode finner man igjen mange av elementene i New Public Management knyttet til bl.a. effektiv ressursutnyttelse, ”flow” og kundebehov. Opprinnelig er Lean metode utviklet som produksjonsmetodikk for fremstilling av varer og tjenester i bilindustrien. Ved å ta i bruk denne metoden i helsesektoren, benyttes altså en modell på et helt annet område enn det den opprinnelig var utviklet for. Dette er, som jeg vil vise i min oppgave, ikke uproblematisk. Region Hovedstaden Psykiatri har fra 2010 brukt Lean metode i utvikling av sine tjenester og sin organisasjon. De beskriver på sine hjemmesider at de ønsker, ved aktivt å dra inn medarbeidere og pasienter, å skape grunnlaget for at hele organisasjonen skal utdannes i å bruke metoden (52). For opplæring og utvikling av medarbeiderne, har de utviklet egen Lean-avdeling med Lean-sjef, -facilitator, -forløpsleder og –ansvarlig for Lean akademi – som tilbyr opplæringskurs for ledere og sykehusleger. Det beskrives på hjemmesiden til Region Hovedstaden Psykiatri at hovedoppgaven til Lean-avdelingen er å hjelpe og støtte de psykiatriske sentrene og administrasjonen til - som det heter - ”løbende forbedringer og en god stabil drift” (53). I Region Hovedstadens Psykiatri sitt PsykiatriNyt fra 2012 (54), beskrives bruk av Lean metode både med erfaringer og utfordringer. Som innledning skriver direktøren, Martin Lund, om visjonen: ”Vi vil være et Lean hospital, karakterisert ved at både ledere og medarbeidere engagerer sig i arbeidet med løbende forbedring”, om formålene: ”Bedre og mer effektive patientforløb. Større medarbejdertilfredshed. Mer tid til faglig udvikling. Højere produktivitet”, om mottoet: ”Vi vil behandle flere patienter, bedre”. I artikkelen beskrives det at implementering av Lean ble startet i april 2010, og at det som beskrives som ”Lean-forløb” siden har blitt gjennomført ved femten forskjellige avdelinger på ti forskjellige psykiatriske sentere. Jens Normand, som er Lean-sjef i Region Hovedstaden Psykiatri, viste forbedringsarbeidet som hadde pågått i regionen fra 2010 for representanter fra Helsedirektoratet høsten 2015, med overskriften: ”Skabelse af en forbedringskultur hvor Lean metoderne understøtter arbejdet” (Normand, 4.9.15, Helsedirektoratet). Jens Normand beskrev at hele organisasjonen var under utvikling med å innføre Lean metode i alt forbedringsarbeid, og at Lean metode også var lagt til grunn for pakkeforløpene. Visedirektør Peter Treufeldt fra Region Hovedstaden Psykiatri viste i sin presentasjon på samme møte forbedringskultur og Lean metode illustrert slik (Treufeldt, 4.9.15, Helsedirektoratet, ”Pakkeforløb og diagnosesenter for psykisk helse”):



Figur 1 – Forbedringskultur

Region Hovedstaden Psykiatri beskriver Lean begrepene ”verdi”, ”flow” og ”forbedringskultur”, og skriver om pakkeforløpene, på sine nettsider. Det beskrives at det tilstrebes ”flow” både ved at de ulike deler av behandlingen koordineres, og ved at pakkeforløpene tilrettelegges i effektive og planlagte løp slik at man får minimalt med sløsing av tid, og pasienten får behandling uten unødig ventetid (55). Om ”verdi” skriver de at de ønsker å skape enhetlig og likeverdig behandling, sammenhengende behandlingsløp for pasienten, og at pasientens ønsker og behov skal være utgangspunktet for ethvert pasientforløp (56). ”Forbedringskultur” ønskes å oppnås gjennom å skape målbare størrelser og å lære gjennom erfaring – både egne og ved samarbeid med andre (57). I forbedringsarbeid – hvor erfaringsutveksling og å lære av feil trekkes frem som essensielt – understrekes viktigheten av ledere som gir medarbeiderne tillit, ansvar og mulighet til å utvikle seg, samt skaper engasjement og opplevelse av eget ansvar for forbedringer (58). Det anbefales minimum ukentlige såkalte ”forbedringsmøter” i klinikkene, hvor man lager problemløslingsløp med beskrivelse av effekt, ressursbruk, implementering og løsningsforslag. Det skal i møtene settes mål, og avtales oppfølgingsmøter med status på forbedringsmålene, som de beskriver det på sine hjemmesider: ”Hvad det er vi gjør, der skaber mere værdi for flere patienter”. Mål i forbedringsarbeidet er at forbedringene klinikkene kommer frem til skal deles med hverandre, så ”vi alle kan blive bedre – hurtigt” (57). Det trekkes frem at man ønsker å bruke Demings sirkel i arbeidet; ”Plan-Do-Study-Act”, med mål om å ha effektiv problemløsning fremfor lengerevarende prosjekt (59). Region Hovedstaden Psykiatri legger i sin organisering – og i pakkeforløpene – vekt på Lean-

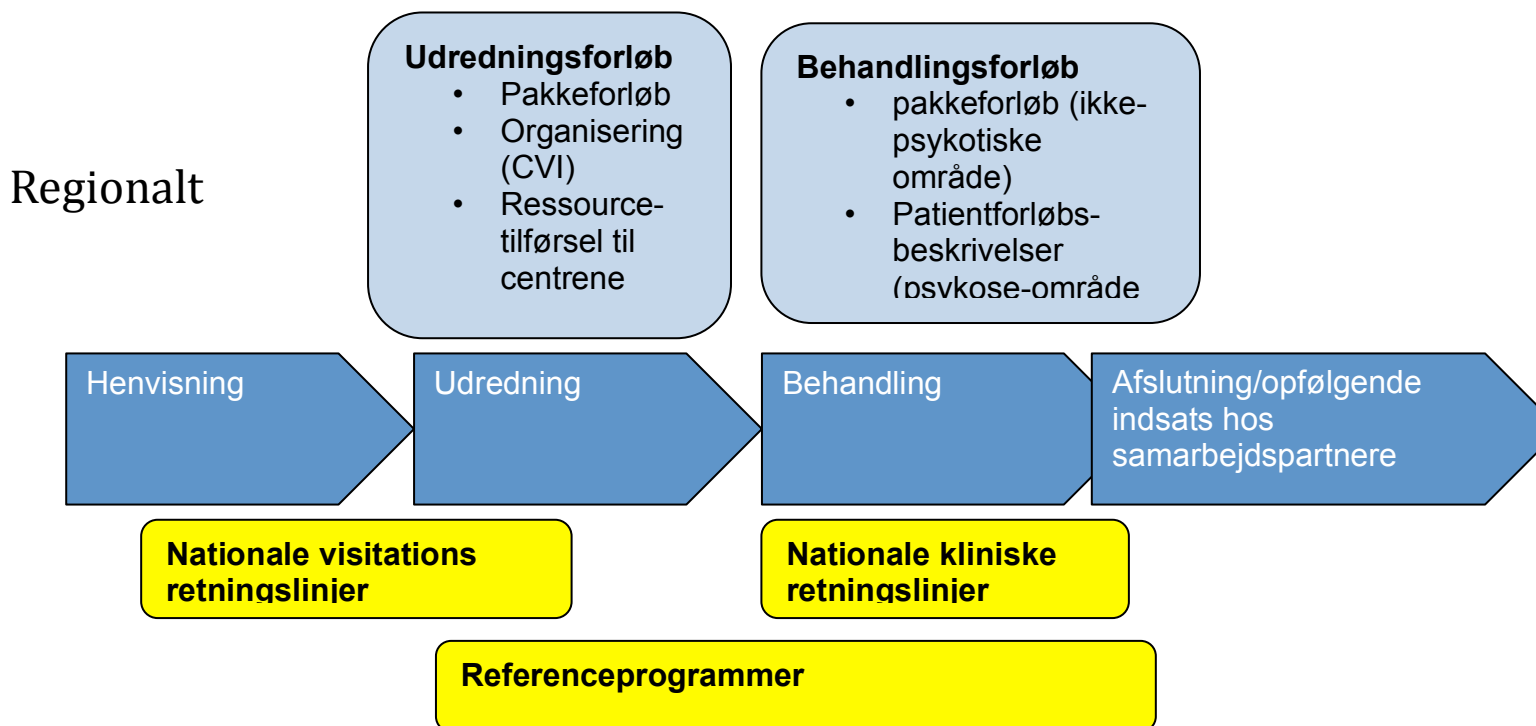
målene, noe man ser i deres visjoner, i årsrapporter, i utviklingsarbeid, i evaluering av tjenesten, i utvikling av ledere og i organisasjonens målsetninger (52)(53)(60)(61).

Om pakkeforløp fremhver visedirektør Treufeldt at man ønsker å oppnå (Treufeldt, 4.9.15, Helsedirektoratet, ”Pakkeforløb og diagnosesenter for psykisk helse”):

- ”Samme behandling til samme type lidelse uanset bopæl - Høy kvalitet baseret på evidens – afsæt i nationale kliniske retningslinjer m.m.
- Flowet i patientforløbet smidiggøres og unødige ventetid i det enkelte forløb minimeres
- Flest mulige patienter kan tilbydes behandling pga. mulighed for effektiv ressourceudnyttelse (herunder gruppebehandling)
- Patienterne får klar information og god service, fx bedring mulighed for planlægning, klar information mv.
- Fokus på afsluttede forløb (Slut med de år-lange patientforløb)
- Skabe systematisk og videnbaseret udvikling
- Bedre og tidligere planlagte forløb (logistik)”

I samme presentasjon viser Treufeldt til flere veier til standardisering i behandling av pasienter i psykisk helsevern i Danmark.

**Praksisinformation** (praktiserende læger – [www.sundhed.dk](http://www.sundhed.dk))



Figur 2 - Standardisering



Region Hovedstaden Psykiatri legger altså Lean metode til grunn for sin organisering, og har klare ønsker og ambisiøse mål for forbedring av sine tjenester ved bruk av denne (52). Metoden brukes også av Regionen i organisering og utvikling av pakkeforløp i psykisk helsevern. Er Lean metode godt tilpasset brukt i pakkeforløp, og lever organiseringen opp til metoden? Og til hvilken grad fungerer pakkeforløpene organisert etter Lean i praksis ut i pasientbehandlingen? Dette drøftes nærmere i mine funn, men først ønsker jeg å se på bruk av Lean metode i helsevesenet generelt, for hva sier erfaringene; gir metoden bedre kvalitet, økt verdi og mer effektive forløp for pasientene?

### **3.4 Bruk av Lean metode i helsevesenet**

Lean metode i helsevesenet har vært omtalt, og brukt, de siste tyve årene, både i mindre enheter og avdelinger - men også i større helseinstitusjoner og i nasjonale helsesystem. I Virginia Mason Medical Center in Seattle innførte de en endring i arbeidsmetodene for sykepleiere ved hele senteret (62), i NHS – National Health Services i England –innførte de Lean metode i alle sine akuttavdelinger (63), i Flinders sykehus i Australia gjorde de en større innføring av Lean prinsipper ved hele sykehuset, under ønsket – som de skriver - å ”redesigne” omsorgen (64). Det har de siste 10-15 årene kommet flere studier, artikler, undersøkelser som omtaler bruk av Lean metode i helsevesenet, og som sier noe om muligheter i bruk av metoden - og om utfordringer. Mange viser vellykket implementering i helsevesenet, hvor metoden har ført til reduksjon av kostnader, til reduksjon av feilbehandling, reduksjon av ventetid til undersøkelser og svar på prøver, reduksjon av dødsfall, mer tid til pasientene (62)(65)(66)(67)(68)(69)(70). Mange av disse studiene viser imidlertid innføring på enkelte områder eller mindre enheter, og med definerte målbare effektmål. De Souza beskriver dette i ”Trends and approaches in Lean healthcare” fra 2009 (71); at man finner gode undersøkelser og resultater ved bruk av Lean metode i helsevesenet på det såkalte ”mikroplanet” hvor den brukes i enkelte deler av tjenesten. Man finner også gode undersøkelser og resultater på det såkalte ”mesoplanet”, dvs mellom ulike miljø eller overordnet i en hel avdeling, men at disse til en stor grad fokuserer på to faktorer; den økonomiske gevinsten og ansattes involvering, og derfor ikke gir entydig resultat av effekten målt ved flere faktorer. Når det gjelder undersøkelser på innføring av Lean metode på det såkalte makro-planet – altså i større organisasjoner eller nasjonalt – finner vi få studier som gir et godt bilde og som kan konkludere med om metoden brukt på makroplanet blir en

verdifull forbedringsmetode (72). I artikkelen ”Lean Management – The Journey from Toyota to Healthcare” mener forfatterne at det kan være en utfordring å endre et stort system, for eksempel store enheter i helsevesenet, og de foreslår derfor at man bør implementere Lean på et mikronivå først (73). De hevder at man ved å bruke ”bottom-up” tilnærming vil klare å engasjere de som utøver tjenesten. De vil ikke oppleve et nytt system som blir ”tredd nedover hodene deres”, men vil oppleve at de sitter i ”førersetet” og at de selv har ansvar for prosessen for endring. Det foreslås i artikkelen at ledere identifiserer Joseph Jurans ”lille essensielle del” hvor bruk av Lean metode vil ha best nytte og effekt. Ledere må så sikre at det tilføres nødvendige ressurser samt sikre at informasjon om prosessene når ut til andre deler av organisasjonen. På denne måten kan man skape engasjement og kulturendring, og bidra til at også de som ikke initialt er med i prosessen ønsker deltagelse. Mange mener imidlertid at man ved en slik tilnærming bare får endret enkelt nivå i organisasjonen, og at problemet i helsesektoren ofte er sammensatte, hvor flere behandlingsledd er avhengig av hverandre. Bruk av Lean i helsesektoren krever derfor også at man ser enhetene og prosessene i en helhet, og ikke bare et enkelt ledd for seg (74). Psykisk helsevern vises til som et eksempel hvor skiftene i behandlingsnivå ofte skaper brudd i behandlingen og dårlig oppfølging. Med dette som bakteppe, tenker man seg at det ikke hjelper å endre ett ledd i behandlingen, som skaper et effektivt løp for pasienten i en avdeling, hvis neste behandlingseenhet ikke har gjort det samme.

Noen kritikere mener at det kun er de gode resultatene trekkes frem når man undersøker bruk av Lean i helsevesenet (75). Andre hevder at det ”forretningsmodellen” Lean representerer ikke kan fungere i helsevesenet, og at metoden ikke ivaretar forskjelligheten i pasientløpene. De mener at Lean er fragmentert, klattvis og har lite sammenheng (76). Som beskrevet tidligere, er Lean en gammel produksjonsmodell utarbeidet i bilindustrien, som i helsevesenet blir ”satt inn” på et helt annet område enn den var laget for. Mange mener den ikke favner kompleksiteten helsevesenet består av med sammensatte tjenester, flere behandlingsnivå og fag- versus administrativ styring, og at dette skaper store utfordringer (71). Psykisk helsevern trekker også her noen spesielt frem hvor sammensatte sykdomsbilder og den terapeutiske prosessen vanskeliggjør å lage målbare størrelser og fastsatte løp (77)(78).

For å favne det faktum at helsesektoren har en komplisert og sammensatt organisasjonsstruktur, med et mangfold av profesjoner og oppgaver, som medfører at produksjonsteorien som ligger bak Lean metode kan være utfordrende å innføre, er det satt

fokus på det såkalte sosiotekniske aspektet i bruk av Lean metode i helsesektoren. Joosten, Bongers og Janssen beskriver dette i en oversikts-artikkel fra 2009: "Application of lean thinking to health care: issues and observations" (74). De mener at Lean metode har potensiale til å forbedre helsetjenesten, men at det er mange metodiske og praktiske fallgruver man må være oppmerksom på. De trekker frem at det i bruk av Lean metode fokuseres for mye på de operasjonelle og praktiske endringene, og at man glemmer viktigheten av å inkludere det såkalte sosiotekniske miljøet i helsevesenet; dvs. kombinasjonen av fag, prosedyrer og behandlingsmetoder sammen med samspillet mellom de ansatte. Artikkelforfatterne hevder at man må ha fokus både på utvikling og endring av den operasjonelle delen av organisasjonen, i tillegg til de som utfører jobben (79). Det sosiotekniske system ble beskrevet allerede i 1977 (80), og teorien ser på påvirkning av de ansatte ved bruk av Lean metode. Ved endringer som for eksempel innføring av standardisert behandlingsforløp som gir mer repetitive oppgaver, så anbefales bl.a. en forskyvning av oppgavene mellom de ansatte, slik at personalressursene utfordres og brukes på best mulig måte. Sosioteknisk system-teori prøver altså å unngå kategoriske karakteristikk som at "lean metode skaper demotiverte ansatte" eller at "lean metode gir økt arbeidsinnsats og arbeidslyst" (81)(82), men legger vekt på involvering av de ansatte i prosessene. Teorien trekker frem viktigheten av å diskutere hvordan arbeidsoppgaver påvirkes, og at man kun ved å adressere dette kan oppnå en vellykket implementering av Lean metode i helsesektoren. Flynn og Flynn beskriver dette som "cumulative capability" (83), hvor man klarer å sikre behandlingsløp med kortere ventetid, samtidig som man opprettholder et positivt arbeidsklima og får bedre resultat - istedenfor kortere ventetid på bekostning av de ansattes trivsel. For å skape et arbeidsmiljø som ivaretar det sosiotekniske miljøet, trekkes det frem at ledere må ha fokus på å utvikle de ansatte og gjøre dem i stand til å endre og forbedre arbeidsprosessene og ikke selv detaljstyre og overta ansvaret med å endre disse (84)(85).

### **3.5 Hvordan lykkes med Lean metode i helsevesenet?**

Mozzocato, Savage, Brommels, Aronsson og Thor ønsket, ved en litteraturgjennomgang av 33 artikler, å se på hvilke komponenter av Lean som hadde blitt brukt i praksis i helsevesenet, under hvilke forhold, hva resultatet hadde blitt og hvilke mekanismer som ga hvilke resultat (75). Artikkene tok hovedsakelig for seg bruk av Lean metode på en spesifikk prosess, men enkelte artikler viste også bruk av Lean metode på endring i organisasjoner. Alle artikkene de

gjennomgikk, rapporterte endring til det bedre bl.a. i form av reduksjon av tidsbruk, reduksjon av kostnader, færre feil, lavere dødsrate, økt samarbeid, bedre teamarbeid. Oppsummert fant de at Lean metode fungerte i helsevesenet til å identifisere og analysere problem og forstå prosesser. Lean metode ga også bedre arbeidsflyt og dermed mer effektive behandlingsforløp, bl.a. knyttet til innkalling av pasienter. Lean metode ga resultater ved å skape kvalitetsforbedrende metoder som fanget opp feil, for eksempel ved bruk av sjekklister. Og Lean var vellykket til å skape problemløsning i større team med både ledere, ansatte og eksterne aktører. Ved en bred tilnærming ble det skapt diskusjon og felles forståelse av problemområder, og skapt endring for forbedring av tjenesten. For å lykkes med Lean som kontinuerlig kvalitetsforbedrende metode, understrekes det i artikkelen at ledernes rolle som pådriver er helt essensiell. Mann beskriver i 2009 at kun 20% av implementering som lykkes skyldes teknikker som benyttes, mens 80% skyldes lederne (86). For å skape en vellykket innføring av Lean må man først engasjere lederne til å endre sin adferd, sin praksis og sitt tankesett.

Innføring av Lean metode i prosesser og organisasjoner krevet endringer på flere områder. Flere studier av hvorfor innføring ikke lykkes (87)(88)(89)(37), viser mangel på lederforankring, mangel på autonomi i gruppen, mange på kommunikasjon i organisasjonen, mangel på interesse for Lean. Det at Lean skaper en mer effektiv produksjonsprosess, kan også gi motstand fordi arbeidere er redd for å miste jobben (90). En rød tråd i studiene er at organisasjoner som ønsker innføring av Lean metode for å skape en kontinuerlig endringsprosess, må være villig til å endre både arbeidsprosess og kultur (91). Dette krever lojalitet til beslutninger og gruppe, og dette kan være utfordrende i virksomheter i den vestlige verden hvor man fremhever individets ansvar og meningsberettigelse (92).

Drotz og Prosinska gjorde i 2014 en case studie av ansatte i tre organisasjoner som hadde innført Lean metode – hvor innføringene ble oppfattet som vellykkede (93). De ansatte ga uttrykk for at metoden hadde hatt stor påvirkning på roller, på ansvar og på arbeidsfordeling, med en dreining fra profesjonsdeling og autonomi for klinikerne til forbedring av prosesser og teamarbeid. Studien viste at teamarbeid, medbestemmelse og fokus på effektive prosesser ble forbedret. Det var også gjennomgående positive funn i forhold til arbeidsmiljøet, utvikling av de ansatte og resultatet til organisasjonen. De så imidlertid at maktforskyvning og endring av roller og ansvar, var faktorer som kunne bli sett på som en trussel mot den etablerte kulturen, som i sykehus tradisjonelt består av sterke faggrupper og en hierarkisk

struktur. De understreket at for å lykkes med innføring måtte de ansattes rolleendring adresseres og hensynstas, slik at de ble inkludert og engasjert i prosessene. Al-Balushi, Sohal, Singh, Hajri, Farsi og Abri gjorde i 2014 en gjennomgang av litteratur knyttet til Lean metode brukt i helsevesenet (94), med ønske om å undersøke hvilke faktorer som var avgjørende for hvorvidt en organisasjon var forberedt på å innføre Lean metode. De fant at den viktigste faktoren var en desentralisert lederstil, at man så på endringene ”helt ut” i organisasjonen, og sikret at medarbeiderne fikk et ”eieforhold” til Lean metode og de kvalitetsforbedrende tiltakene man ønsker å oppnå ved innføring av denne.

### **3.6 Verdi i helsevesenet**

I ønsket om å omorganisere helsesektoren for å skape som det heter ”effektive behandlingsløp”, vil det bli stilt spørsmål om hva det er vi skal måle? Når er vi effektive i helsetjenesten? Hva er verdien av det vi gjør (95)(96)? Verdi kan være vanskelig å definere og vanskelig å måle i helsetjenesten. Det en ansatt definerer som verdi, behøver ikke være verdien en leder legger vekt på; individets – eller klinikerens – verdi kan stå mot systemets – eller lederens – verdi på tjenesten som utøves. Subjektiv og objektiv verdi kan altså stå i motsetning til hverandre. Lean metode har en helt klar filosofi om dette; at det er systemet som ”eier” begrepet verdi og definerer hva verdi er, individets definisjon av verdi tilsidesettes for systemet (85). Og denne filosofien kan være vanskelig for utøverne av helsetjenesten å slutte seg til. For skal fagpersoner se bort fra egen faglig autonomi i møte med ”systemet”? Motsetningene kan beskrives på denne måten; ”Those who value smooth and fast throughput will lean one way, while those who value as complete a medical response as possible will lean another” (76).

### **3.7 Oppsummering**

I dette kapittelet har jeg trukket frem sentrale kjennetegn ved Lean og New Public Management som begge har sitt utspring i, og er utviklet i, privat sektor. Målet ved utvikling og bruk av Lean og New Public Management, som hhv produksjonsmetodikk og styringsideologi, er effektiv drift med fokus på verdikjede, produksjonslinje og ressursutnyttelse, hvor økonomiske incentiver er styrende for å organisere slik at man får mest ut av ressursene og skaper ”flyt” i produksjonslinjen. Lean og New Public Management

har blitt brukt i offentlig sektor de senere årene, og jeg har i kapitlet beskrevet utfordringer ved å bruke metodikk og ideologi som er tuftet på markedsliberalistiske verdier og er laget for privat sektor, i offentlig sektor. Lean metode er blitt tatt i bruk i helsesektorene de siste ti-årene, også som jeg har vist i organiseringen av Region Hovedstaden Psykiatri, og jeg har sett på i hvilke sammenhenger Lean metode synes å ha gitt en hensiktsmessig organisering, samtidig som jeg har trukket frem hvilke utfordringer som oppstår ved bruk av Lean i helsesektoren. Jeg vil videre i oppgaven vise hvordan målene i Lean metode – og også ideologien i New Public Management - danner grunnlaget for ønsket om å bruke nettopp denne i organisering av pakkeforløp i psykisk helsevern i Region Hovedstaden Psykiatri, og undersøke hvordan klinikerne opplever at organiseringen fungerer i bruk ut i pasientbehandlingen. Jeg vil på bakgrunn av mine funn se på årsaker til samsvar - og/eller mangler -mellom mål og intensjoner ved organisering og utvikling av pakkeforløpene, og de erfaringer klinikerne har gjort seg i bruken av disse.

I neste kapittel vil jeg imidlertid først vise hvordan jeg metodisk gikk frem i valg av forskningsmetode og analyse av mine data.

## 4 Metode

I dette kapittelet vil jeg redegjøre for valg av forskningsmetode og beskrive forskningsprosessen både hva gjelder datainnsamling, utvalg, min rolle som forsker og dataanalyse. Jeg vil i kapittelet begrunne valg jeg har tatt i analysen og datainnsamlingen, og også peke på svakheter ved metoden og studien i sin helhet.

### 4.1 Kvalitativ metode

Jeg har lagt kvalitativ metode til grunn for undersøkelsen og oppgaven fordi jeg ønsker å få tak i erfaring, refleksjoner og opplevelser i forhold til organisering og bruk av pakkeforløp i psykisk helsevern i Danmark. I følge Malterud bygger kvalitativ metode på teorier om fortolkning (hermeneutikk) og menneskelig erfaring (fenomenologi) (97). Jeg ønsker å se på hva som var intensjonen bak en endring i helsetjenesten, og hvordan endringer fungerer i bruk av klinikere, og til dette vil kvalitativ metode være best egnet.

### 4.2 Datainnsamling

For innsamling av data har jeg gjort til sammen ti intervjuer. Jeg gjorde intervju av seks klinikere, hvor ett av intervjuene var med to klinikere sammen, alle var ansatt ved samme psykiatriske klinikk i København i Danmark. Fem av klinikerne jobber pasientnært i sitt daglige virke. En av dem hadde noe pasientkontakt, men hovedvirket var innen ledelse. I tillegg i datainnsamlingen gjorde jeg tre intervjuer med representanter for interesseorganisasjoner/helsemyndighetene i København, og to intervjuer med interesseorganisasjoner i Norge. Jeg har også gjort datainnsamling fra hjemmesiden til Region Hovedstaden Psykiatri, fra litteratur og fra offentlige dokumenter. I tillegg har jeg brukt data fra Helsedirektoratet i Norge sine hjemmesider. Til slutt har jeg hentet informasjon fra forskjellige debattinnlegg i ulike medier og på ulike nettsider.

Ifølge Malterud er intervju en av flere typiske data for kvalitative studier (98). Jeg ønsker i studien altså å kartlegge både om en helsereform er organisert etter intensjonen og å undersøke om reformen fungerer som ønsket. For å finne ut av dette må jeg både ta

utgangspunkt i datainnsamling med informasjon som beskrevet bl.a. fra Region Hovedstaden Psykiatri sine hjemmesider, men da jeg også ønsker å finne ut hvordan noe virker for noen, altså få kunnskap om erfaringer, er intervju en anbefalt metode.

Jeg valgte i undersøkelsen å bruke semistrukturerte intervju, både fordi jeg ønsket å få flest mulige nyanser, og fordi jeg med denne typen intervju lettere kunne tilpasse intervjuet med oppfølgingsspørsmål for å få et bredt bilde av problemstillingene jeg ønsket å belyse. Jeg brukte intervjuguide (vedlegg 1), men forsøkte å holde spørsmålene så åpne som mulige slik at informantene følte seg fri til å snakke om egne opplevelser og dermed ga mest mulig informasjon. Ett av intervjuene ble etter informantenes ønske gjort med to klinikere, som hadde jobbet sammen i mange år.

Jeg avtalte alle intervjuer på e-post, og med unntak av de to intervjuene i Norge, ble intervjuene gjort på to påfølgende dager. Alle intervjuene med klinikere ble gjort samme dag, hvor klinikken hadde lagt til rette med kontor og laget samtaleliste med informantene. Jeg fikk noe tid mellom intervjuene og bruke dokumentlogg for å notere mine refleksjoner og tanker mellom intervjuene.

### **4.3 Utvalg**

Ifølge Malterud bestemmer utvalget hvilke sider av saken vi har grunnlag for å si noe om (98). Utvalget må være tilstrekkelig rikt og variert slik at vi får nok informasjon til å belyse problemstillingen grundig. Vi oppnår dette med et såkalt strategisk utvalg, hvor utvalget er best mulig satt sammen for å kunne si noe om forskningsspørsmålet. Mitt utvalg var tre-delt; en del var sammensatt av klinikere – med forskjellig profesjonsbakgrunn – ved samme klinikk i København. Den andre delen var informanter fra helsemyndighet/interesserorganisasjoner i København og den tredje og siste delen fra interesseorganisasjoner i Norge. Jeg vurderer mitt utvalg som variert; gruppen av klinikere hadde forskjellig profesjonsbakgrunn, forskjellig erfaring, var av forskjellig kjønn og alder og jobbet med forskjellig type pasienter. Gruppen fra interesseorganisasjoner/helsemyndigheter hadde forskjellig bakgrunn, stillinger, og ulikt ståsted i forhold til hvilket administrativt syn de forfektet.



En mulig svakhet ved utvalget er at klinikerne jeg intervjuet alle var fra samme klinikk. Holdninger og kultur kan ”leve i veggene” på arbeidsplasser, og det kan være at dette kun fremmer ett syn og at utvalget gjennom dette ikke blir representativt.

For å sikre at jeg fant relevante kilder hadde jeg samlet feltkunnskap ved å sette meg inn i prosessen og debatten både i Norge og i Danmark, samt organiseringen av psykisk helsevern i Danmark.

Jeg kom i kontakt med informantene ved mailkorrespondanse med en leder i Region Hovedstaden Psykiatri, som videreformidlet min forespørsel til en klinikk hvor de sørget for informanter. Da jeg skulle gjøre min undersøkelse i et annet land, var jeg før oppstart redd det skulle bli vanskelig å rekruttere informanter og få et tilstrekkelig utvalg, og var glad for at dette løste seg veldig greit. Informantene i interesseorganisasjoner/helsemyndighet både i København og Norge kom jeg i kontakt med ved direkte forespørsel om intervju per mail. Jeg var før intervjuene i Danmark usikker på om det ville bli noen språkmessige utfordringer, men jeg opplevde ikke at dette ble noe problem under intervjuene eller transkriberingen av disse.

#### **4.4 Min rolle som forsker**

Min rolle som forsker påvirket studien på flere måter. Ifølge Malterud er ikke spørsmålet hvorvidt forskeren påvirker prosessen, men hvordan (98). Forskerens betydning vil påvirke studien; både i forberedelse, valg av problemstilling, utvelgelse av utvalg, analyse og konklusjon. Og dette gjelder også for meg i min studie. Først og fremst som kollega til klinikere, hvor jeg kjenner igjen mange av dilemmaene de beskriver med ”krysspress” mellom pasient og ledelsesforankrede føringer og krav. Generelt vil en klinikers syn være mest preget av egen arbeidshverdag og den enkelte behandlingsrelasjon mer enn system- og økonomifokus. Til å balansere dette har jeg imidlertid også erfaring som leder, med kunnskap og interesser for organisasjon og ledelse. At jeg både har erfaring som kliniker og som leder, gir meg en mer balansert forforståelse slik at jeg forhåpentligvis har et bredt syn på problemstillingen jeg har trukket frem i oppgaven.

Når det gjelder holdningen til pakkeforløp, vil det faktisk at de siste syv årene har jobbet ved en akuttpsykiatrisk avdeling kunne påvirke mitt syn. Pasientgruppen som innlegges avdelingen der jeg jobber er i behov av raske vurderinger og at man raskt kommer i gang med behandling, det er altså fokus på diagnostisering og strukturerte behandlingsløp – som man også er i pakkeforløp. I utgangspunktet er jeg positiv til forløpsstenking i pasientbehandlingen og er opptatt av samstemthet i fagfeltet. I tillegg har jeg i mange år jobbet som allmennlege, og kan se at pakkeforløp i psykisk helsevern vil hjelpe allmennlegene i deres vurdering og henvisningspraksis.

Jeg ønsket at jeg i intervju situasjonen skulle stille åpne spørsmål. I jobb som kliniker blir det i samtaler ofte mange og detaljerte spørsmål, men fra informantene ønsket jeg bred informasjon og at de snakket fritt uten at jeg påvirket eller styrte samtalen i særlig grad. Det er første gang jeg gjør datainnsamling på denne måten, med intervju, og jeg tror dette har påvirket både spørsmålsstilling og utførelsen av intervjuene, på hvilken måte er imidlertid vanskelig å si.

## 4.5 Dataanalyse

Jeg var heldig å ha en som transkriberte materiale for meg, som ga et mangesidert materiale til analyse. Jeg benyttet jmf. Malterud en tverrgående analyse, dvs sammenfatning av informasjon fra mange forskjellige informanter (98). Jeg gikk gjennom teksten og så først etter likhetspunkter, elementer som ble gjentatt av flere informanter, som jeg merket ut med forskjellige fargekoder. Jeg så på disse punktene opp mot teorien og fant de temaene jeg ønsket å si noe om. Jeg valgte så ut sitater som understøttet og belyste problemstillingen. Det opplevdes å være mange gode utsagn fra informantene, og det var krevende å ikke bruke for mange sitater og heller sikre at sitatene underbygde analysen, og ikke ble brukt på en måte at de skulle "være" analysen.

Før oppstart av analysen hadde jeg en teori og et fokus i forhold til hva jeg skulle se etter. Malterud anbefaler nybegynnere i analyse, som jeg også er, å bruke systematisk tekstkondensering i analysen av materiale. Måten jeg analyserte mitt materiale på tilsvarer ikke en fullstendig systematisk tekstkondensering, men har delvis fulgt denne analysemetoden.

Jeg opplevde det utfordrende i analysen å holde meg til rammer; at jeg skulle ”ha med meg” teori og mitt forskningsspørsmål i ”bakgrunnen” og ikke fritt kunne reflektere over materialet som inneholdt mye god og interessant informasjon. I tillegg var det viktig at jeg var bevisst eget engasjement, holdninger og meninger – dvs at jeg hadde refleksivitet og i analysen ikke identifiserte meg med for eksempel enkelte klinikers syn eller lot egne tolkninger av funnene påvirke meg i for stor grad.

## **4.6 Svakheter ved metoden/studien**

Da jeg gikk i gang med innhenting av data, var jeg usikker på problemstillingen. Jeg ville undersøke erfaringen klinikere hadde med pakkeforløp i psykisk helsevern, men jeg var litt usikker på hvordan jeg skulle vinkle og ramme inn problemstillingen. Forskningsspørsmålet ble derfor til underveis, og dette kan ha gjort at intervjuene ikke var ”spisset” nok, og at jeg ikke hadde spørsmål som i tilstrekkelig grad undersøkte problemstillingen jeg endte opp med.

Jeg intervjuet de fleste av informantene – bortsett fra to i Norge – på to påfølgende dager. Dette gjorde det ikke mulig å korrigere spørsmålene eller til særlig grad reflektere over materialet underveis. Jeg fikk derfor liten anledning til å endre ”kursen” underveis, på bakgrunn av de erfaringer jeg gjorde meg i intervjuene.

Når det gjelder overførbarhet er undersøkelsen gjort ved en klinikk i Danmark, og dette reiser spørsmålet om funnene jeg har gjort er overførbare til psykisk helsevern i Danmark generelt, om erfaringene kan sees som allmenne også ved andre klinikker. Det ble to uker etter mine intervju avholdt en erfaringskonferanse om pakkeforløp i Danmark, med representanter fra psykisk helsevern i hele Danmark (99). Jeg finner i oppsummeringen fra denne, at både når det gjelder gode erfaringer med pakkeforløp og fremtidige utfordringer og utviklingsbehov, så fremheves eksakt de samme områdene som jeg har funnet i min undersøkelse. På bakgrunn av dette mener jeg å kunne si at mine funn er allmenngyldige for psykisk helsevern i Danmark, og ikke bare for klinikken mine informanter var tilknyttet. I forhold til overførbarheten til Norge er dansk og norsk helsevesen noe forskjellige organisert – noe som vil redusere overførbarheten. I tillegg er planen som foreligger for organisering av pakkeforløp i Norge per i dag ikke detaljert beskrevet, det er altså fremdeles mange uavklare

momenter knyttet til utarbeidelse og organisering av pakkeforløpene i Norge, og dette reduserer også muligheten for vurdering av overførbarhet av mine funn. Jeg vil komme nærmere tilbake til dette i kapittel 7.

## **4.7 Godkjenning fra personvernombudet**

Personvernombudet innvilget søknaden om datainnsamling som beskrevet over (vedlegg 3).

## 5 Funn

I dette kapittelet vil jeg presentere funnene fra undersøkelsen, hentet fra intervjuene og litteratur, offentlig dokumenter og hjemmesidene til Region Hovedstaden Psykiatri. Informantene har jeg presentert i metodekapittelet. Jeg vil undersøke om, og i så fall hvordan, metoden og elementene i Lean kommer til uttrykk i organisering av pakkeforløp. Jeg vil så undersøke om klinikerne opplever at det er samsvar mellom målene og intensjonene som legges til grunn for pakkeforløpene, og hvordan pakkeforløpene oppleves i bruk i pasientbehandlingen.

### 5.1 Organisering av pakkeforløpene i psykisk helsevern Danmark

Tilblivelsen av pakkeforløpene ble, som tidligere nevnt, beskrevet i punkt 5, 6 og 7 i rapporten "Kvalitet i psykiatrien (8). Region Hovedstadens Psykiatri fikk ansvaret for utvikling av de nasjonale pakkeforløpene i psykisk helsevern. Ifølge rapporten skulle pakkeforløpene beskrive et samlet forløp for flere diagnoser innenfor ikke-psykotiske områder, og formålet var å gi behandling av høy kvalitet, med god utnyttelse av de ressursene som var til rådighet. Det ble i rapporten anbefalt at man vurderte å bruke Lean metode, begrunnet med at pakkeforløp organisatorisk legger seg opp til Lean tankegang med forløpsorganisering. Dette understrekes i rapporten på side 16 (8): "Erfaringerne med implementering af pakkeforløb viser, at Lean med fordel kan anvendes som redskap ift. arbejdstilrettelæggelse og organisering, da pakkeforløbskonceptet lægger sig tæt op ad Lean-tankegangen fx i forhold til organisering af patientforløb med mindst mulig spildtid". Man ønsket å følge pakkeforløpene ved å monitorere med kvalitetsindikatorer hvor flere forskjellige ble foreslått i rapporten, bl.a.; ventetid, varighet av utredning, innleggelsestid, reinnleggelse, pasienttilfredshet.

Det ble utarbeidet pakkeforløp for psykisk helsevern med utredningspakker og behandlingspakker (ikke-psykotiske områder), og disse ble implementert i Region Hovedstaden Psykiatri i 2010. I 2012 ble pakkeforløpene i psykisk helsevern implementert nasjonalt. I Region Hovedstaden Psykiatri har de også utarbeidet og tatt i bruk såkalte

”Pasientforløpsbeskrivelser for lengerevarende ambulante behandlingsforløp”, for pasienter med kronisk sykdom med behov for utvidet oppfølging. Disse eksisterer per i dag ikke i de andre regionene.

## 5.2 Lean metode i pakkeforløpene

Pakkeforløp beskrives på hjemmesiden til Region Hovedstaden Psykiatri å være (100):

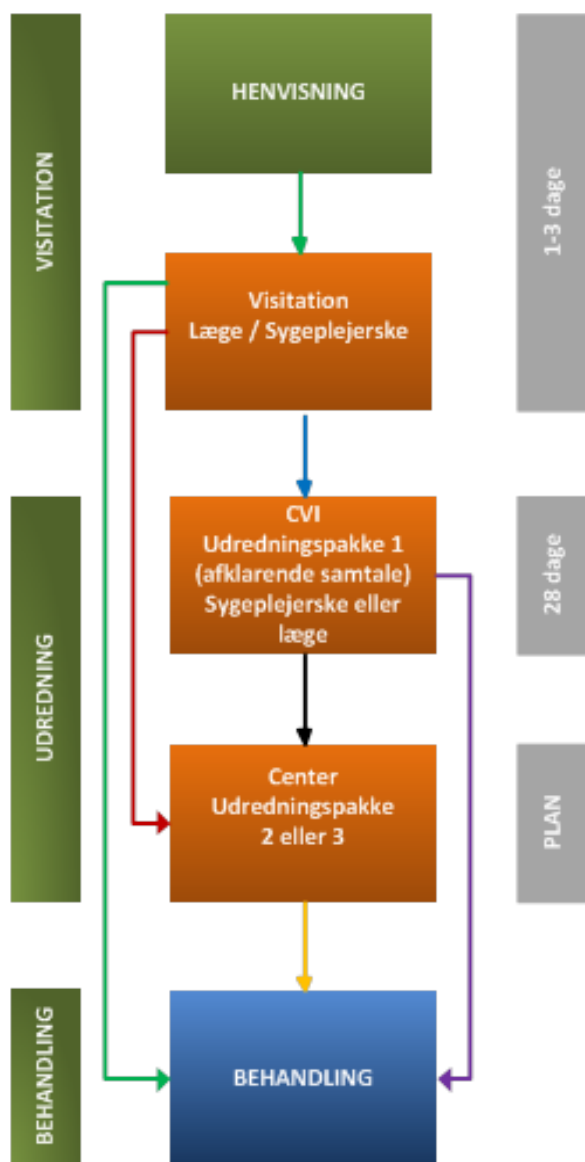
“Et standardforløb for behandlingen af en bestemt sygdom (diagnose)

Et forløb, hvor undersøgelser og behandlinger er bestemt og beskrevet på forhånd

Et forløb hvor de enkelte dele af behandlingen er tilrettelagt efter faste forløbstider

Et forløb, der er udarbejdet af faglige eksperter inden for diagnoseområdet”

Grunnlag for henvisning til pakkeforløp er beskrevet i forløpsbeskrivelsen for de ulike diagnosene. Disse ligger på hjemmesiden til Region Hovedstaden Psykiatri sammen med veiledning og henvisningsskjema (101). Her finner også pasientene informasjon om de forskjellige pakkeforløpene og om hvordan behandlingsforløpene er lagt opp. Fastlege kan på hjemmesiden finne informasjon om hvilke opplysninger som må være med i henvisningen. Informasjonen om henvisningspraksis og inklusjonskriterier er konkret og lett tilgjengelig, og dette vil trolig bidra til bedre ”flow” da henvisningen ikke bli avvist pga for lite informasjon. Hvis henvisningen ble avvist ville det kunne gitt sløsing med tid og ressurser, og skapt lenger ventetid for pasienten. Henvisende lege kan med god informasjon om inklusjonskriterier, lettere identifisere pasienter som har rett til behandling. Pasienten henvises så til den såkalte Centrale Visitationen (CVI) hvor henvisningen vurderes. I Region hovedstadens psykiatri, er det organisert følgende ”flow”:

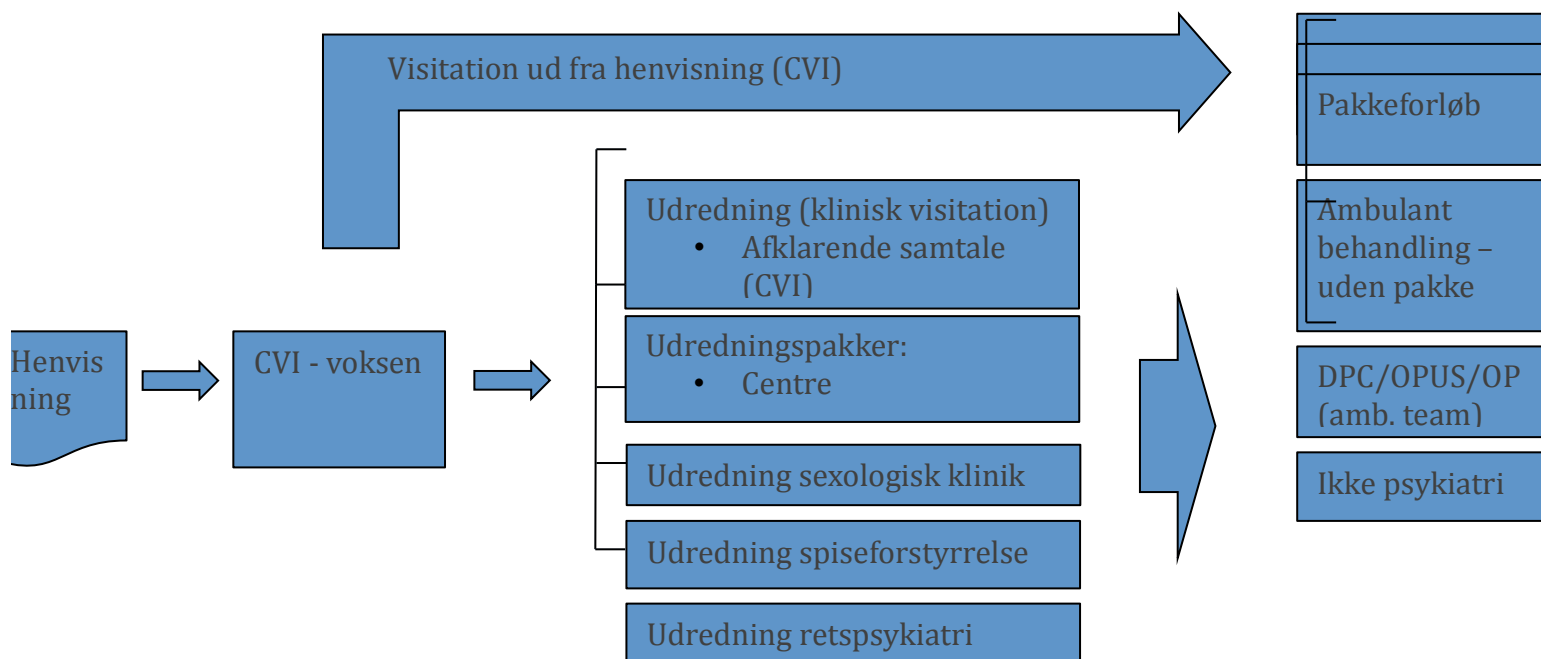


Figur 3 – Flowchart henvisning

I flowchartet over, og i forløbsbeskrivelsene på hjemmesiden, kommer det frem hvor lang ventetid som er akseptert. På denne måten blir forløpet forutsigbart for pasienten, det blir effektivt og tidsbesparende, altså gir ”flow” og verdi. I flowchart under ser man den videre ”gangen” når henvisning mottas. Hos CVI vurderes den av kliniker som avgjør hvilket behandlingstilbud pasienten skal ha (55). Videre blir pasienten enten:

- direkte henvist til behandling ved behandlingssenter, eller
- henvist til spesialklinikk, eller

- tatt inn til den CVI for nærmere utredning/vurdering i forhold til diagnostisk avklaring, alternativt bes det om supplerende opplysninger fra lege eller skrives ut for videre oppfølging hos henvisende lege/ambulant team/beh. uten pakke, eller
- henvisningen blir avslått og pas. lege må følge opp pasienten videre.



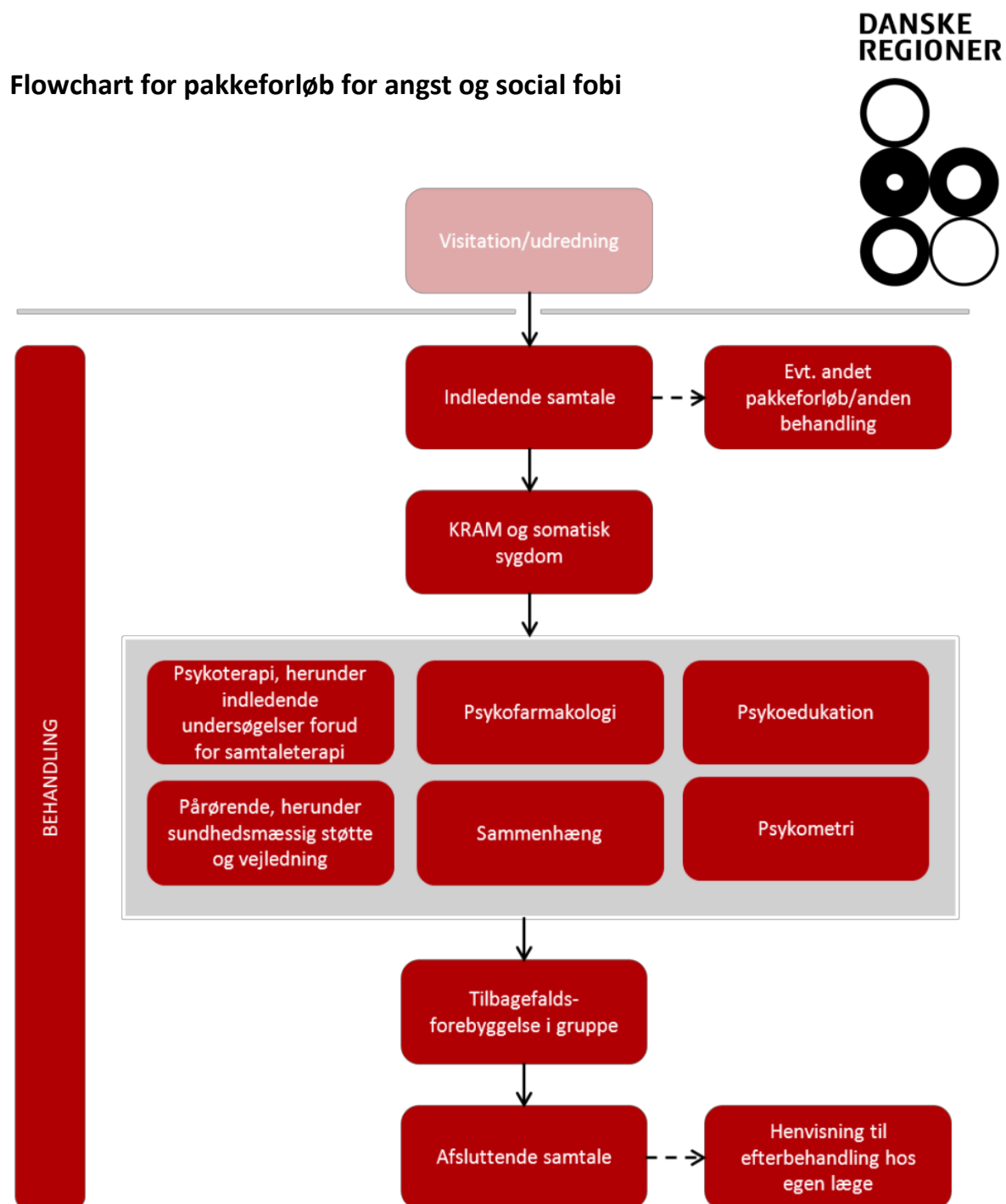
Figur 4 – Flowchart utredning

I forløpsbeskrivelsene for pakkeforløp på Region Hovedstadens Psykiatri sine hjemmesider er det beskrevet tidsangivelser for de forskjellige prosessene; hva som ev må avklares, hvilke brev/informasjon som skal gå ut både til henviser og til pasient. Dette er lignende organisering som ved pakkeforløp for kreft, både i Norge og i Danmark; detaljert organisering med tidsangivelser (102). Organiseringen ivaretar ”flow” i pasientforløpet; det er forutsigbart og koordinert, man unngår ventetid og sløsing med tid, det er effektivt slik at man kan behandle flere pasienter. Når pasienten raskt får avklart behandlingsnivå, skaper dette verdi for pasienten. Når man samler mottak og distribusjon av henvisninger, kan man bruke kapasiteten i ”systemet” på mest effektive måte – fordi det gir oversikt over klinikkene og ev. ledig kapasitet for behandling, dvs etterspørselen styrer bruk av tjenesten. CVI kan også vurdere overordnet hvorvidt det er manglende behandlingstilbud i tjenesten, og om denne kan endres ihht etterspørsel. Behandlingsforløpene er standardisert – slik at forløpene er angitt og pasienter med samme lidelse, skal få tilnærmet lik behandling. Da henvisnings-



prosedyren og -innholdet er standardisert, skal den diagnostiske vurderingen ved viderehenvisning fra CVI til pakkeforløp ikke sprike på samme måte som erfaringen var før innføring av pakkeforløpene.

Under ser vi ”flowchart” for innhold i pakkeforløp for angst- og socialfobi (DF41 og DG40):



Figur 5 – Flowchart for pakkeforløb angst og social fobi

Hvis pasienten får tilbud om behandling etter pakkeforløp ved en av klinikkene, så videresendes henvisningen dit. Pasienten tildeles da til en behandlingsansvarlig ved det teamet som har ansvar for ”diagnosen” pasienten ”tilhører”. Klinikkerne er litt forskjellig organisert og har ulike ”team” knyttet til forskjellige diagnoser, for eksempel team for behandling av angst- og depresjon, team for behandling av tvang (OCD), team for behandling av traumer (PTSD), team for behandling av ustabil personlighetsforstyrrelse. Det knyttes en ansvarlig lege til alle behandlingsforløpene, der lege ikke selv er behandler. Lege bistår med somatisk undersøkelse og ev. oppstart/oppfølging av medikamentell behandling, men det er behandler – kliniker – som har det selvstendige ansvar for pasientbehandlingen jmf. Lov om sundhedsfaglig virksomhed (103). Det er også behandler som beslutter når behandlingen skal avsluttes, men må altså i utgangspunktet forholde seg til ”rammen” som gis i timeantall for det aktuelle pakkeforløpet. Hvis behandler ønsker utvidelse av tilbudet til pasienten må det enten søkes om en utvidet ”pakke” eller pasienten må søkes om overflyttet til ”ny pakke”, dvs annen diagnose. Behandler må få tillatelse til begge disse endringene fra ansvarlig overlege ved sitt team, som altså har myndighet til å søke om dette. Overlege søker igjen CVI som har den endelige beslutningsmyndigheten på hvorvidt utvidelse innvilges. Ifølge klinikerne jeg intervjuet er det sjelden man får avslag på dette, når man søker fra klinikken. Når det er sagt så kan imidlertid CVI kan avvise en slik søknad, dvs at den som vurderer søknaden på CVI og som ikke har behandlingsansvaret eller sitter i nær kontakt med pasienten, kan avvise å gi behandling som kliniker som sitter med behandlingsansvaret anser riktig. Beslutningsmyndigheten for behandlingsløpet blir med dette desentralisert, og klinikers autonomi til å bestemme og styre behandlingen blir på denne måten underminert.

Detaljert innhold i behandlingen i ”angst-/socialfobi-pakken” med tidsangivelser:

Tabell 1 – Pakkeforløb angst og social fobi

## Behandling

	Antal og varighed af klinisk handling
<b>Indledende samtale</b>	<b>2 timer i alt</b>
<b>KRAM og somatisk sygdom</b>	
<b>Psykoterapi, herunder indledende undersøgelse for ud for samtaleterapi</b> Samtaleterapi i gruppe  Adfærdstræning / eksponering i gruppe eller  Individuel samtaleterapi inkl. adfærdstræning og eksponering	<b>6 timer i alt</b>  Gruppe: fx 10 sessioner á 2 timer samt 8 sessioner á 30 minutter eller individuel: 6 timer
<b>Psykofarmakologi</b> <ul style="list-style-type: none"> <li>• Medicinopfølgning/evt. justering, monitorering af bivirkninger</li> <li>• Monitorering af tilstand og behandling generelt</li> <li>• Behandlingskoordinering</li> </ul>	<b>1 time i alt</b>
<b>Psykoekudation</b> <ul style="list-style-type: none"> <li>• I gruppe med inddragelse af pårørende</li> </ul>	<b>1 time i alt</b>
<b>Pårørende</b> <ul style="list-style-type: none"> <li>• Pårørendesamtaler</li> <li>• Sundhedsmæssig støtte og vejledning</li> </ul>	<b>1,5 time i alt</b>
<b>Sammenhæng</b> <ul style="list-style-type: none"> <li>• Kontakt til alment praktiserende læge for at sikre eventuel fortsat behandling i primær sektor</li> <li>• Kontakt til kommune for at sikre, at eventuel hjælp efter serviceloven vurderes samt eventuel uddannelses- og beskæftigelsesindsats</li> </ul>	<b>1 time i alt</b>
<b>Psykometri</b>	<b>1 time i alt</b>
<b>Tilbagefaldsforebyggelse i gruppe</b>	<b>1,5 time i alt</b> Gruppe: fx 1 session á 2 timer samt individuelt: 1 time
<b>Afsluttende samtale</b>	

Innholdet i behandlingen er detaljert beskrevet; med antall timer for utredning, undersøkelser og hvilken behandling som skal gis. Ønsket er å gi likeverdig behandling og sammenhengende forløp for pasienter med lik diagnose. Når behandlingsforløpene organiseres på denne måten, er lengden på behandlingen avklart på forhånd, man unngår

lange forløp og kan raskt ta imot nye pasienter. Det vil kunne gi en enkel oversikt over hvor mange pasienter klinikken har i behandling, ev. kan ta imot. Forløpet er detaljert slik at man enkelt kan kvalitetssikre at alt er ”gjort” og at viktige undersøkelser ikke blir glemt, mao sikre enhetlig og likeverdig behandling for alle pasientene med samme diagnose.

Å skape en forbedringskultur er et av målene til Region Hovedstaden Psykiatri, og det var også intensjonen i forhold til pakkeforløp i forkant av innføring. Ønsket var å følge pakkeforløpene bl.a. ved å monitorere kvalitetsindikatorer, som for eksempel ventetid, varighet av utredning, og pasienttilfredshet (8). Det fremkommer fra erfaringskonferansen om pakkeforløp i juni 2016 at man har lyktes å monitorere noen indikatorer som ventetid og varighet av utredning (99), men at man foreløpig ikke har gode undersøkelser av bl.a. pasienttilfredshet og behandlingseffekt.

Jeg finner i min undersøkelse at hovedelementene i Lean metode gjennomgående kommer til uttrykk og er brukt i pakkeforløpene. Forløpstenkningen som pakkeforløp legger til grunn, med standardiserte utrednings- og behandlingsmaler, med tidsangivelser for de forskjellige prosessene, med forløp man ønsker skal være definert på tvers av behandlingsnivå, med organisering hvor pasientene får de undersøkelsen de skal innen en gitt tid, passer godt med hovedelementene i Lean metode. Forløpene skaper flow ved koordinerte, forutsigbare og planlagte forløp hvor mål er at det ikke skal sløses med tid eller skapes ventetid til for pasienten og pasientbehandlingen, med ønske om beste utnyttelse av ressurser. Jeg finner at den formelle organiseringen av pakkeforløp i psykisk helsevern i Region hovedstaden psykiatri synes å leve opp til Lean metode. Så er spørsmålet om klinikerne opplever at målet og intensjonen med pakkeforløpene også ivaretas, når disse brukes i pasientbehandlingen.

### **5.3 Informantenes erfaringer med pakkeforløp**

Informantenes opplevelser av bruk av pakkeforløp i psykisk helsevern er ulike. Generelt er de yngre klinikerne noe mer positiv til pakkeforløpene enn de eldre. I mine funn under vil vi se at klinikerne generelt opplever at målene og intensjonene for pakkeforløpene i varierende grad samsvarer med de erfaringene de har i bruken av disse.

### 5.3.1 Rammen for behandling

Ifølge flere informanter skaper pakkeforløpene forutsigbarhet og gjør at de som klinikere kan være målrettet og skape en retning i behandlingen. Som en informant sier ”Nå har jeg ikke masse spilltid. Jeg prøver å være spesifikk når pasientene kommer inn” og videre ”...., jeg er oppmerksom på hva jeg egentlig bruker av min tid. For meg er pakkene egentlig til det beste. For jeg tenker; ”ok, det er de vilkår jeg har”. Noen informanter opplever at pakkeforløpene hjelper dem å holde fokus på behandlingsmålet; ”...de (pakkeforløpene) lager en ramme som kan være fin å holde seg til. Du kan si det er noenlunde det som vi tilbyr her i psykiatrien, det er den pakken”. De uttrykker tilfredshet med at det ikke er opp til den enkelte kliniker å skulle finne ut hva man skal gjøre, at det er ”ensartethet”. En annen trekker frem at det er bra at man jobber mer likt, og har felles fokus på hva man kan ”få” i psykiatrien, at man kan si til pasienten at ”det her er et tilbud”. At det er like vilkår for pasientene trekkes også frem som positivt, og er i samsvar med Lean målene for verdi; ”enhetlig og likeverdig behandling” – og at det er balanse i utredning, pårørendesamtaler, medikamentvurdering. Det trekkes frem at det er bra for pasientene at de får informasjon om hva ”pakken” inneholder og hva de kan forvente, og at de forberedes på ”skiftene” som kommer – at det snakkes om hva som skjer videre, og hvor de skal videre i behandling. Stort sett alle informantene sier at ventelistene har blitt kortere med pakkeforløp; hvor det før pakkeforløp var ventetid på mange måneder – og inntil ett år – til at tall fra undersøkelser i hele Danmark nå viser at ventetiden har gått betydelig ned. En informant sier at pakker og ventetid henger sammen, og at man må tåle at pasienten får hjelp ”et stykke på vei”, og fortsetter: ”hvis vi fikk en pakke som hadde 100 timer så hadde vi tenkt det var for lite. Det vil vi nok hele tiden tenke, at det er litt for lite. Det handler om hvor mye vi har”. Det gis også uttrykk for at tilbudet med gruppebehandling har gitt tilbud til flere, og at mange pasienter har stor glede av det. En informant trekker frem at rammen i pakkeforløpene er fleksibel; og at det kan hentes ut det som trengs i pakken – for eksempel kan man ta ut en pårørendesamtale istedenfor tre, og da bruke den ”frigjorte” tiden tilpasset til hva pasienten trenger. Eller man kan avslutte behandling tidligere, for å kunne gi behandling til nye henviste pasienter. For å få til dette understrekes det at man må ha oversikt over hva som er i ”pakken”, at man må følge med, og ha oversikt over hvilken ”pakke” pasienten kommer med og sikre at pasientens diagnose passer i ”pakken” før man begynner behandling.

På den andre siden mener flere informanter at mange pasienter ønsker flere individuelle timer, istedenfor det som er ”pakkens” innhold. Noen av ”pakkene” har lagt opp til gruppebehandling, som er ressursbesparende da man kan gi behandling til flere pasienter samtidig, men flere informanter opplever at en del pasienter ikke er friske nok for gruppebehandling og heller ønsker individuelle samtaler. Som en uttrykker det: ”Så med gruppeterapi så strekker man pakken litt mer, får litt mer for pengene om man kan si det sånn. Fordi at i individuelle samtaler har du raskt brukt opp de som er i pakken når det første er blitt utredninger, og alle de tingene som er i forkant”. Om dette finner vi også i intervju med pasient i artikkelen i Sykepleien 01/16 (104), ”Er det plass til hele Katrine i én pakke?”. Flere av informantene gir uttrykk for at rammen for ”pakkene” ikke er nok, og at det særlig gjelder pasienter med et komplisert sykdomsbilde. En informant beskriver det slik: ”...der hvor det blir ”byller” er der hvor pasientene ikke passer inn i pakkene, verken diagnostisk eller fordi de har bruk for noe annet”. Noen mener at ”pakkene” ikke gir verdi, fordi pasientene blir avspist med for små ”pakker”. Bl.a. viser en til ”angstpakken”, at pasienter blir henvist fordi de er for dårlig til å gå hos privat praktiserende psykolog hvor ”rammen” er 12 samtaler. I pakkeforløpet i psykisk helsevern er det imidlertid 5-6, slik at de dårligste pasientene som må henvises spesialisthelsetjenesten altså får et redusert tilbud. Som en informant sier det; ”...det gir ikke mening, og det kan heller ikke lykkes”. Og i fortsettelsen; ”Jeg tror faktisk at jeg er en utmerket kliniker, men jeg kan ikke rekke det på en meningsfylt måte med 5-6 samtaler” - og viser til at det hele tiden må søkes ny ”pakke”, og at det omtrent gjøres hele tiden. Flere informanter sier de gir flere timer, selv om det ikke er flere i ”pakken” – som igjen fører til økt arbeidsbelastning. En viser til et forløp hvor behandlingen ble strukket, og ble vellykket for en svært komplisert pasient, hvor informant mener at hvis behandlingen hadde vært avsluttet som estimert etter forløpet, så ville denne tiden bare vært bortkastet. Noen informanter mener innholdet i ”pakken” er bra, men at de ikke får anledning til å tilby det som er i den, fordi den pålagte garanti for ventetid gjør at de må ta imot nye pasienter og ikke har nok personalressurser til å tilby hele ”pakken” til pasientene de allerede har i behandling. De må isteden avkorte behandlingstiden. De forteller at de har fått beskjed om at ”pakken” er en ramme og at ”Pasienten ikke har krav på hele pakken, så vi er nødt til å gi dem mindre”. Det trekkes frem at man hele tiden må tenke ”hvor langt er det realistisk å nå med denne pasienten?”, og så ha fokus på at ”det var hit vi kom” fordi det ikke kan tilbys mer. De fleste informantene opplever generelt å være mer ”låst”, enn tidligere, at deres valgfrihet til å tilpasse behandlingen ikke lenger er tilstede, og at deres vurderinger ikke lenger kan stå alene.

### 5.3.2 Diagnostikk og fleksibilitet i pakkeforløpene

Mange uttrykker at noen lidelser ”passer” bedre inn i pakkeforløp enn andre, særlig sykdommer hvor kognitiv terapi har vist seg å ha god effekt, for eksempel for tvangs- eller angstlidelser. De trekker frem at det er komplisert å lage pakker for en del psykiske sykdommer, for som en informant uttrykker: ”Det skal være en fleksibilitet i pakkene om det skal være en pakke om de svære lidelser”. Det understrekes at man trenger fleksibiliteten for å kunne tilpasse behandlingen til pasienter som er dårlig fungerende og har sammensatte problemstillinger, og at denne fleksibiliteten ikke finnes i pakkene i dag. Flere informanter gir uttrykk for at mange pasienter, for eksempel de med komorbide lidelser, ikke ”passer inn” i en ”pakke” – eller i ”sin pakke” – og at de da ikke får gitt disse pasientene god og tilpasset behandling. En informant forteller at ønsket da pakkeforløpene ble utarbeidet var at de ikke måtte ”bli altfor rigid, altså for pakkeaktig” – men at det er det som har skjedd, at fleksibiliteten ikke er tilstede. En informant forteller: ”Av og til må vi rehenne pasienten til en annen ”pakke”, og pasienten må da møte en ny behandler og må fortelle sin historie igjen”. Det kommer frem at en pasienten i et pakkeforløp ofte møter mange terapeuter. Slik beskrives det av en informant; ”først i CVI, så ved mottak i klinikk, så ev. lege og så går pasienten i gang med pakkeforløpet i gruppe med to terapeuter – altså fem forskjellige terapeuter som pasienten skal fortelle sin historie til”. En informant siterer en pasient; ”Her kommer jeg og skal få hjelp og så blir jeg kastet rundt”. Flere synes det er vanskelig å informere pasientene om ”pakkene” og deres innhold, både fordi det tar tid men også fordi de opplever det som en belastning for pasienten med mye informasjon. De opplever det også vanskelig at man helt fra begynnelsen skal være så tydelige med å tidsavgrense forløpet, og opplever at de på denne måten avviser pasientene allerede før behandlingen har begynt. Det trekkes frem at det tilnærmet blir en etisk problemstilling å starte opp behandlingsløp man selv ikke mener er realistiske – å skulle skape en allianse og begynne behandling når man overhode ikke tenker at man vil komme noen vei i behandling med den rammen som ligger til grunn i ”pakken”. En stor ulempe med standardiseringen mener flere blir tydelig når man fra begynnelsen av må si til pasienten; ”dette kan jeg ikke – det er ikke et realistisk prosjekt”.

En del informanter uttrykker bekymring for at pasientene – eller diagnosene – det ikke foreligger pakkeforløp for, får dårligere behandling. De mener at de ”andre” diagnosene blir nedprioritert i forhold til ”pakkeforløplidelsene”, og mange av disse er de ”svære” lidelsene

som for eksempel psykose-lidelser. Et tettere og tydeligere samarbeid mellom sykehus-psykiatri og kommunal sektor etterlyses av flere informanter. Det beskrives hvordan behandlingen de senere årene har gått fra å ha mange døgnenger i institusjoner – til å dreie mot ambulant behandling – og pakkeforløp - og at det er de dårligste pasientene som trenger opphold i ”sengepsykiatrien” som blir skadelidende i en slik dreining. Flere informanter mener at antall henvisninger har økt, fordi flere får rett til behandling i spesialisthelsetjenesten etter at pakkeforløpene ble innført. Mange av disse ble tidligere ivaretatt av praktiserende lege eller i ”socialpsykiatrien”. På denne måten oppleves det at målgruppen blir større, uten at man spørsmålsstiller - som en informant sier det - ”hvem er det vi skal behandle i psykiatrien med de her pakkeforløpene?”. Og som en annen sier det: ”...det får konsekvenser fordi at man har jo invitert mange ny kunder inn i butikken uten å forhold seg til hvordan man skulle klare å passe de kunder man allerede har”.

### **5.3.3 Utvikling og kvalitetsforbedring**

Flere informanter trekker frem at det er positivt at ”pakkene” er likt utformet, fordi man da sammen kan reflektere over: ”hva tenker andre, hva tenker vi selv og hvordan påvirker det våre pakker”. Når forløpene er likt utformet kan både klinikere og klinikker sammenligne seg med hverandre, og dette bidrar til å identifisere hva som fungerer og hva som ikke fungerer. Pakkeforløpene er like over hele Danmark og monitorering av pakkeforløp vil kunne gi en unik mulighet til å evaluere praksis, og gjennom dette stadig kunne utvikle og forbedre tjenesten. Dette gjelder mellom Regionene, mellom klinikker i Regionene og innad i klinikkene. Dette ville også samsvare med Lean metode – å avdekke hvilke prosesser som gir verdi og ikke, og også å sikre en kontinuerlig kvalitetsforbedring. Ved klinikken der mine informanter jobbet, fortalte de at de hadde samarbeid med en annen klinikk i København, hvor de så på hverandres manualer og ga hverandre inspirasjon for å utvikle fellesskap og skape ”større utvikling innenfor den samme pasientgruppen”. En informant trekker også frem som positivt at pakkeforløpene har gitt utvikling av psykoterapi i Danmark. Tradisjonelt har psykiatrien i Danmark har vært biologisk rettet, hvor psykoterapi har hatt liten plass i behandlingen. Noen ”pakker” har imidlertid i sitt forløp at det skal gis psykoterapi, og dette har medført opprettelse av flere psykoterapeutiske klinikker. Noen av mine informanter uttrykker at dette har gitt pasientene større valgmulighet og gitt fagfeltet økt bredde.



På den andre siden oppleves det at det er forskjeller i administrasjon av pakkeforløpene; at noen klinikker bruker mye tid på utredning og mindre tid på gruppebehandling/individuelle timer, mens andre bruker minst mulig tid på utredning og mest på gruppebehandling/individuelle timer. Behandling av angstpasienter trekkes frem som eksempel; der de ved to klinikker får forskjellig behandling innenfor den samme ”pakke”, fordi ”pakken” administreres og tolkes ulikt. Behandling av PTSD trekkes frem som et annet eksempel, der noen av mine informanter undrer seg over hvordan en klinikk har svært lang behandlingstid for disse pasientene, mens de ved egen klinikk opplever altfor korte forløp og at de ikke engang får tilbudt timeantallet som opprinnelig er i ”pakkene”. De spørsmålsstiller hvordan forløpene kan bli så forskjellige innen samme region, og hvorfor ”pakkene” blir tolket så forskjellige. Flere informanter hevder at mange av klinikerne ikke vet hva ”pakkene” inneholder; og at det heller ikke gjøres noen oppfølging på om de har ”gjort” det som er i ”pakkene”. Dette samsvarer ikke målet i ”pakkene” etter Lean, om likt innhold i behandlingen. Noen spørsmålsstiller om forløpene er evidensbasert, eller om mye av innholdet er mer strukturelt oppbygget eller pakkene er endret så mye at det ikke lenger samsvarer med evidensbasert praksis. Det kritiseres at det ikke er noe mål på om behandlingspakkene har betydd mer effektiv behandling, om pasientene har fått det bedre eller om flere pasienter hjelpes. Dette ville igjen kunne kartlegge prosessene jmf Lean metode og avdekke hvilke prosesser som gir verdi og hvilke ikke. Noen hevder at innføring av pakkene har gitt geografiske forskjeller og endring av kvaliteten i behandlingen i psykisk helsevern. Bl.a. fremheves det at psykisk helsevern på Vest Jylland fikk et stort løft med pakkeforløpene, fordi de fra tidligere ikke hadde godt utbygget tilbud, mens Region Hovedstaden Psykiatri hadde relativt godt fungerende psykisk helsevern, og fikk et redusert tilbud. En informant uttrykker at man fant ”minimum fellesnevner”, som gjorde det dårligere noen steder og bedre noen steder. Det beskrives av informantene ikke som en kvalitetsforbedring, men heller at alt ble ”like dårlig”. Nettopp dette er en av utfordringene ved standardisering – at det legges fokus på likhet ”over alt” og at man ikke klarer å ivareta bredde, tilstrekkelig fleksibilitet og beholde kvaliteten i allerede etablerte fagmiljø. Det trekkes også frem fra flere at pakkeforløpene er skåret ned underveis, og at de ikke lenger samsvarer med det som var utgangspunktet for behandling med pakkeforløp, nemlig evidens og kunnskapsbasert praksis. Flere mener årsaken til dette er at det viktigste er blitt å holde ventelistene nede og avslutte forløp tidlig, istedenfor å gi god behandling. Flere informanter trekker frem at ”ventetidsgarantien” har ”ødelagt” å kunne bruke ”pakkene”. De mener de er

blitt mer presset på tid, og ikke får tilbudt ”pakkene”, og at ”pakkene” er blitt modifisert for å møte ventetidsgarantien – og dermed ikke lenger samsvarer med kunnskapsbasert praksis.

### **5.3.4 Flow, styringssystem og ledelse**

En informant trekker frem at pakkeforløpene gir god ”flow”, fordi det er en klar beskrivelse av hvor mange timer man har til pårørendesamtaler, legesamtaler, utredning, diagnostisering osv. og at man derfor kommer raskt i gang med behandling og også har ramme for avslutning. Det trekkes frem som positivt at klinikken måles på antall avsluttede forløp, og at man slik kan måle egen produktivitet. Det trekkes frem at det er bra med en standard i helsevesenet, som viser at man må forholde seg til et forløp som man har råd til å gi. Før innføring fortelles det at det tidvis var lange behandlingsforløp, og noen informanter mener at mange pasienter ble ”overbehandlet”. De uttrykker at de liker korte forløp som ”rammer inn” behandlingen. En informant sier: ”Jeg synes ikke pasienten skal være sammen med meg til evig tid”, og to informanter sier de kan gi god behandling på få terapitimer. En informant trekker fram at det organisatorisk fungerer bra med pakkeforløp, fordi man får vite hvor mange forløp man skal ha knyttet til hver diagnose. Når man også vet at ansatte skal ha fire såkalte ”ydelser” hver og at de er på jobb et visst antall dager/år, kan man på denne måten få god oversikt over hvor ”mye” behandling man kan gi til hvilke pasienter. Man kan justere hvilke pasienter man kan ta imot; for eksempel ta imot noen flere av en gruppe og noen færre av en annen, hvis det er fullt et sted og ledig kapasitet et annet. På den måten får man brukt behandlingsskapasiteten i klinikken. Det at pakkeforløpene er tidsbegrenset, sørger for at behandlere ikke ”drukner” i lange forløp. Det understrekes at dette fører til at noen pasienter pga kapasitetsmangel ikke får behandling ved den klinikken de ønsker, men at de tilbys behandling annet sted. Dette mener informantene utnytter den samlede behandlingsskapasiteten og ressursene effektivt, som er i tråd med Lean metode og mål for innføring av pakkeforløp. En informant undrer seg over kritikken mot pakkeforløp, og minner om at dansk psykisk helsevern hadde store utfordringer før innføring av pakkeforløp og hevder at man om et par år vil kunne se at innføring av pakkeforløp har vært bra for behandlingen og fagfeltet.

Flere informanter sier imidlertid at de opplever at telling av ”ydelser” og ”pakker” får hovedfokus, istedenfor at fokus er å gi god behandling. Pakkeforløpene beskrives administrativt kompliserte, at det er vanskelig å tilpasse behovet til enkeltpasient etter eget

initiativ, og at det må en søkeprosess i gang hvis man skal utvide ”pakker” eller opplever at pasienten trenger noe ”mer”. Forløpene oppleves for ”kassete” og ”ikke utgangspunkt for hva den ene pasient egentlig har bruk for”. For eksempel forteller en informant at hvis man har behov for lengre behandlingstid må man søke om ny såkalt hovedfunksjonspakke eller ”tilpasse”, implisitt overdrive symptomer, slik at pasienten kvalifiserer for en såkalt regionspakke som gir lengre behandlingstid. Man omgår altså systemet. Det beskrives også at behandlingspakkene blir skåret ned, og at de oppfattes at ”pakken” blir et økonomisk instrument og ikke et kvalitetssikringsinstrument. Noen informanter uttrykker at ”pakkene” etterhvert ikke matcher de pasientene som skal behandles i psykiatrien. ”Pakkene” oppleves mer som et styringsverktøy for ledere, som monitorerer med et krav om å levere så og så mange pakkeforløp, og ha oversikt over antall samtaler per dag, mao et styringsverktøy for hvor mange man ”får” gjennom. Som en informant sier det er ”det tallene som skal stemme i ”bunnlinjen””, og flere sier at det er tallene som er styrende for behandlingen mer enn kvaliteten i det som gjøres. Flere trekker også frem at språket har endret seg til mer strømlinjeformede og økonomiske uttrykk om pasientene og pasientbehandlingen, som eks antall ytelser, personnummer, diagnosekoder. Dette er som tidligere vist lik kritikk av ideologien i New Public Management, der måltallene og økonomisk retorikk blir lagt til grunn. Flere sier at pakkeforløpene ikke har fokus på å gi bedre behandling, men at man ”skal behandle mange flere mennesker for de samme penger eller få relativt færre penger pr. person enn man skulle tidligere”. En informant – som selv ikke jobber klinisk – forteller at det ryktes at man for å komme ajour med forløp, for eksempel lager ”en runde” med gruppeterapi for å få flere forløp. Det uttrykkes bekymring for at hensynet til pasienten har kommet i bakgrunnen, og at kliniker blir mer bekymret for ”sitt eget”, om man ”klarer og følge med og holde tiden”. Som en informant uttrykker det; ”dersom pasienten får mer behandling så kan vi få et problem senere på året. Det er vanskelig å holde fokus på bare en pasient og tenke; han har behov for litt mer det er det ingen tvivl om”. Det fremkommer mistillit til ”systemet” i forhold til økt press for å behandle flere pasienter, at det styringssystemene ”teller” ikke er det klinikerne ”teller”; altså ulike tall og ulike krav. Bl.a. forteller informantene at de, for å få de kontaktene man skal, overbooker i tilfelle avbud av pasienter. ”Ydelsestallet” må gå opp, og hvis de ikke har reelle pasientkontakter så teller det ikke selv om de har mange på listen. Dette fører til, forteller de, at de har for mange i timeboken, som noen av informantene beskriver medfører stor arbeidsbelastning. Flere trekker frem problemet med at flere organisatoriske endringer og krav er innført samtidig; pakkeforløp, ventetidsgaranti, utredningsgaranti, krav til antall behandlinger, som griper inn i

hverandre og gjør det umulig å nå ”målene” som settes fra helsemyndighetene. En informant forteller: ”altså innførte man pakker, ydelseskrav og et kjempestort dokumentasjonskrav på en gang. Håper ikke Regionen finner på en ting til!”. Og fortsetter; ”Og så må det være klart hvordan det ligger an med ressurser, kapasitet, personalet, ventetid som aksepteres, pakkestørrelse. Det må være gjennomtenkt og passe sammen”. Det gis fra flere informanter uttrykk for at entusiasme og arbeidsglede forsvinner pga ”systemet”, og at det relasjonelle går tapt fordi arbeidet hele tiden skal gjøres innenfor bestemte rammer. En annen informant sier det slik om sitt arbeid: ”Det er alliansen det bygger på, for at man skal gjøre et godt stykke arbeid. For å skape en kontakt med menneskene er premissene for vårt arbeide. Men alt som det blir snakket om fra vår ledelse, spesielt den øverste, det er; hvor mange pasienter du har hatt, hvor mange pakkeforløp du har fått etablert og avsluttet. Så det kommer en veldig diskrepans. Det arbeidet jeg gjør er det ingen som mener noe om. Kvaliteten i det er det ingen som mener noe om, men alle vil gjerne mene noe om kvantiteten av det. Det er helt meningsløst. Så den største barriere for å få klinikerne til å kunne akseptere behandlingspakkene, det er å få målt det på noe som er irrelevant for det daglige.”

Flere informanter trekker frem ledelsesaspektet og involvering i beslutninger som viktig, men til dels fraværende. Som en uttaler det om pakkeforløpene og innføring: ”Det er styrt fra oven. Det er ikke noen medarbeider-involvering i det overhode”. En annen sier diskusjonen har foregått på et høyere nivå, og at de ikke har vært trukket med i diskusjonen. Det uttrykkes fra flere informanter mistro til systemet generelt, at det kommer flere endringer og ytterligere press på å ta imot flere pasienter; bruke mindre tid og mindre penger. ”Det er mange ledere som ikke klarer det særlig godt fordi vi har ikke forstått, eller vi er ikke med på det”. ”Vi er ikke ansatt her fordi vi er ute etter ”å tjene inn kassen”. Flere informanter gir uttrykk for at det ikke er noen eierskap til pakkeforløpene, og at de ikke opplever at de blir involvert, at deres erfaringer blir lyttet til eller at ”fagligheten” kommer i fokus. Som det uttales; ”Men jeg har opplevd at det har vært mye ”toppstyre” at det har vært gitt ordrer om at det skal være sånn og sånn. Man har unngått diskusjonen. Man har vært redde for å høre reaksjonen eller svare, og det er dårlig kommunikasjon”. Flere informanter sier at leder er avgjørende i forhold til hvilken frihet og tilpasningsmulighet som gis, og at god kommunikasjon og kjemi med leder er avgjørende for å få mulighet for tilpasning av forløpene. Det understrekes imidlertid at kritikken i hovedsak gjelder overordnede føringer og ledelse fra helsemyndighetene sin side, og ikke primært klinikkleidelsen.

Flere av klinikerne mener altså at pakkeforløpene i psykisk helsevern skaper en ”forverrelseskultur” snarere enn Lean-målet; forbedringskultur. En informant spør seg ”hvordan måler man psykisk bedring? Så blir det at man måler hvor mange man kan få gjennom. Når de er gjennom, så har de det godt”. Og fortsetter: ”pakkeforløp er en måte å organisere behandlingen på, og så er ”kunsten å få noe ut” – og spør videre; ”hvilken behandling og effekt gir egentlig pakkeforløp?”

## 5.4 Oppsummering

Hovedelementene i Lean metode kommer til uttrykk og er brukt i organiseringen av pakkeforløpene i Region Hovedstaden Psykiatri. Jeg finner altså at den formelle organiseringen av pakkeforløp i psykisk helsevern i Region hovedstaden psykiatri synes å leve opp til Lean metode. Imidlertid finner jeg at intensjonene lagt til grunn i organiseringen av pakkeforløpene i stor grad ikke samsvarer med informantenes opplevelse i bruk av disse i pasientbehandlingen. Det er samsvar mellom organisering og opplevelse i bruk på enkelte områder, men på flere områder fremstår de nærmest feilslått. Pakkeforløpene har blant klinikere til dels skapt mistillit til ”systemet”, og liten tro på at helsemyndighetene og de som klinikere har samme mål; nemlig å gi god pasientbehandling. I neste kapittel, ”Diskusjon”, vil jeg på bakgrunn av mine funn, utlede noen antakelser om årsak til diskrepans mellom intensjoner som er lagt til grunn i organiseringen av pakkeforløpene og hvordan klinikerne opplever bruken av disse.

## 6 Diskusjon

I dette kapitlet vil jeg diskutere funnene fra datasamlingen i lys av teorien, problemstillingen og forskningsspørsmålene mine. Innføring av pakkeforløp i psykisk helsevern, som nå også er planlagt i Norge, skaper endringer i organisering og til dels også endring i hvilken behandling som tilbys. Med dette får vi også diskusjonen om hva som er god organisering og på hvilken måte gir vi ”god” og ”riktig” behandling. Region Hovedstaden Psykiatri har i sin organisering av pakkeforløpene lagt Lean metode til grunn, og jeg har funnet at de har lykket med organiseringen etter denne metoden. Jeg finner imidlertid i min undersøkelse at klinkernes opplevelsen i bruke av pakkeforløpene ut i den kliniske hverdag, ikke er samstemmer med mål og intensjoner som er lagt til grunn i organiseringen. I dette kapitlet vil jeg trekke frem mulige årsaker til hvorfor intensjonene i organiseringen og realiteten i bruken av pakkeforløp i psykisk helsevern ikke samstemmer, og dermed ikke fremstår som den ønskede ”gode” og ”riktige” behandlingen for pasientene.

### 6.1 Organisering etter Lean metode - ledelse og faglig autonomi

Region Hovedstaden Psykiatri bruker Lean metode med ønsket om forbedring og utvikling av organisasjonen og den tjenesten de yter. Både i pakkeforløpene og i organisasjonen, finner jeg ideologien i Lean metode som en ”rød tråd; i visjoner og strategier, i virksomhetsplaner, i forbedringsplaner, med egen Lean avdeling (105)(53). I dokumenter, intervju og artikler på hjemmesiden finner jeg gjentagelse av ”Lean-målene” ”verdi og verdikjede, flow, etterspørsel og forbedringsarbeid”.

Utgangspunktet for innføring av pakkeforløp i psykisk helsevern i Danmark, var lange ventelister for behandling, stor forskjell i antall behandlede pasienter og store forskjeller i diagnostiske vurderinger. Region hovedstaden psykiatri – og psykisk helsevern i Danmark for øvrig - hadde med innføring av pakkeforløp et mål om standardisering etter Lean metode, for å effektivisere tjenesten, skape mer enhetlig behandling og få mest mulig ut av de tilgjengelige ressursene. Ønsket om å ”operasjonalisere” pasientforløp – såkalte ”model

pathways” – har vist seg å kunne skape bedre koordinering, bedre oppfølging og gi mer presis diagnostikk i pasientløp (106)(107). Funnene mine viser at organiseringen av pakkeforløpene i Region Hovedstaden Psykiatri slik de er beskrevet, lykkes med dette på noen områder. Jeg finner at ventetiden har gått ned, og flere pasienter får behandling (108) – det er skapt bedre ”flow” i forløpene, forløpene er bedre koordinert og pakkeforløpene gir raskere utredning og behandling etter et standardisert løp. Samtidig finner jeg at klinikerne som bruker pakkeforløpene i sin hverdag, ikke har opplevelsen av at de fungerer slik det var ønsket, og at flere av målene om bedre og mer sammensatt behandling ikke har blitt oppfylt. ”Window dressing” (72), er et uttrykk som oppsto på 80-tallet hvor bankvesenet ved kreativ regnskapsføring fremsto med bedre resultat enn det som var reelt. Uttrykket er siden brukt i mange sammenhenger, også i helsevesenet, ved omtale av organisatoriske endringer og løsninger som i planlegging og ”på papiret” kan se bra ut, men som ikke – eller bare delvis – fungerer i bruk av tjenesteyter. Pakkeforløpene i psykisk helsevern i Region Hovedstaden psykiatri ser bra ut ”på papiret”, men min undersøkelse viser altså at pakkeforløpene gir mange utfordringer i bruk ut i tjenesten. ”Magic concepts” er et annet uttrykk, som Pollitt og Hupe beskriver i sin artikkel fra 2011 (109). Dette beskriver hvordan ord, eller beskrivelser, kan brukes til å legitimere og få støtte for en måte å tenke og organisere på. Ved bruk av ”magic concepts” møter organisasjoner tilsynelatende forventninger og krav, ved å bruke overbevisende ord og ved å forenkle problemer som ikke er konsistente og ikke enkelt lar seg løse. ”Magic concepts” sier ikke noe om den praktiske løsningen og gjennomføringen. Det blir altså sprik mellom formell struktur og praksis; en de-kobling av det formelle og det reelle. I min undersøkelse og ved bruk av Lean metode er ord som å ”skape verdi”, ”likeverdige”, ”forbedringskultur”, ”prosess” ”magic concepts”. Jeg finner at Region Hovedstaden Psykiatri ikke har problematisert mulige utfordringer ved innføring av pakkeforløp i tilstrekkelig grad. Bekymringen og kritikken forut for innføring, blir lite debattert. Klinikerne i min undersøkelse tror ikke på pakkeforløpene slik de er organisert. De spørsmålsstiller målene, og har selv ikke noe ”eieforhold” til pakkeforløpene eller hvordan de kan være med å forbedre tjenesten. Generelt fremstår de kritiske til endringer og omorganiseringer, begrunnet i stadig omorganiseringer som påvirker hverandre negativt og ikke ”henger sammen”. I tillegg er det en oppfatning av at endringene er tuftet på ønsket om økonomisk innsparing, og ikke bedre pasientbehandling. Jeg har tidligere vist at organiseringen av helsesektoren er kompleks og at Lean metode derfor er utfordrende å bruke i større helseorganisasjoner (94). Viktige suksessfaktorer ved bruk av Lean metode i større enheter er en desentralisert lederstil og at man ser på endringen ”helt ut” i organisasjonen. Jeg

finner ikke at dette er tilstrekkelig ivaretatt i Region Hovedstaden Psykiatri under innføring av pakkeforløpene. Det er diskrepans i holdningen til, og oppfatning av, pakkeforløpene mellom ledelsen, i form av helsemyndighet som har utarbeidet pakkeforløpene, og fagarbeiderne, som skal bruke disse i sin arbeidshverdag. Tidsaspektet for utarbeidelse og innføring av pakkeforløp var i tillegg kort; fra plan om innføring av pakkeforløp ble uttalt og delegert til Region Hovedstaden Psykiatri, til disse var utarbeidet og implementert gikk det, så vidt jeg har kunnet avdekke, kun ett drøyt år (8). Mye tilser at man burde ha brukt bedre tid på implementering og inkludering av fagmiljøene.

I teorikapittelet omtales organisering etter New Public Management, med vridningen fra faglig- til profesjonsnøytral og enhetlig ledelse, hvor helsearbeidere i beslutning om organisering og drift ikke blir inkludert eller ansett som viktige aktører (51). Når avstanden mellom fag og ledelse blir stor og de som skal utøve tjenesten opplever at endringer og omorganiseringer ”tres nedover hodet” på dem, vil organisasjonen ikke lykkes i å nå sine mål. Hvis endringer og nye måter å organisere på heller ikke samstemmer godt i bruken i den kliniske hverdag, skaper det misnøye som kan utvikle seg til mistillit mot ”systemet” og ledelsen, som noen av mine informanter gir uttrykk for. Viktigheten av å sikre deltagelse fra fagarbeidere har man sett i mange endringsprosesser (93), og også at man ikke lykkes hvis denne deltagelsen ikke er tilstede (87). Selv om organiseringen etter Lean viser seg å være ivaretatt i min undersøkelse og det er gode formål knyttet til innføring av pakkeforløp, skaper det problemer da disse ikke er forankret i fagmiljøene. Som vist i kapittelet ”Teori”, må man for å lykkes med omorganisering etter Lean metode skape endringsvillighet hos utøver av tjenesten både når det gjelder måten å utføre oppgavene på og gjennomgående i kulturen på arbeidsplassen. Bare slik vil man oppnå en kontinuerlig forbedringsprosess. Dette krever lojalitet til beslutninger og gruppen (92) Jeg finner ikke at det er lagt vekt på å skape lojalitet ved innføring av pakkeforløpene. Jeg har tidligere vist viktigheten av å ivareta det såkalte ”sosiotechniske system” i virksomheter i endringer (74)(79), dvs både de konkrete prosessene i behandling av pasientene og personalet som utfører disse. For å skape et arbeidsmiljø som ivaretar det sosiotechniske miljøet, trekkes det frem at ledere må ha fokus på å utvikle de ansatte og gjøre dem i stand til å endre, tilpasse og forbedre arbeidsprosessene, og ikke selv detaljstyre og overta ansvaret med å endre prosessene. I min undersøkelse finner jeg det motsatte; mange informantene beskriver at flere av pakkeforløpene ikke gir tilstrekkelig fleksibilitet i bruk, og at arbeidshverdagen og antall pasienter ikke gir mulighet til å bruke pakkeforløpene i behandlingen slik de var planlagt. Det kan fra min studie synes som om det



er klinikerne – og pasienten - som må tilpasse seg ”systemet” og ikke omvendt, at de organisatoriske løsningen blir for rigide og lite tilpasset virkeligheten og ikke samsvarer med den kliniske hverdag.

Mintzberg's 5 sektors logo fra 1979 har som en av sine organisasjonsstrukturer det såkalte ”Fagbyråkratiet” (110). I denne modellen er den såkalte ”operative kjerne” hvor arbeidet med å skape verdiene utføres, svært stor i forhold til de andre strukturene. Den operative kjerne – hvor helsearbeiderne og de som jobber pasientnært er – betjener de primære oppgavene i organisasjonen og skal motta støtte fra stab og skjermes for formell innblanding slik at de kan konsentrere seg om å bruke sin fagkunnskap. Mintzberg beskriver i sin modell at dette gir en god organisering særlig i kunnskapsbedrifter, men at utfordringen er samordning og kvalitetskontroll. En annen utfordring er fagfolkenes selvstendige arbeidssituasjon og manglende evne til tilpasning, som gjør det vanskelig å gjøre systematiske endringer i organisasjonsstrukturen. Og det er nettopp dette dilemmaet som viser seg i min undersøkelse; ønsket fra Region Hovedstaden Psykiatri å samordne og systematisere i form av pakkeforløp mot fagarbeidernes selvstendighet, faglige autonomi og opplevelse av at systematiseringen ikke gir god behandling. Motsetningen mellom fag og ledelse, og særlig legenes autonomi og profesjonstilhørighet, er med å prege organiseringen i sykehus. Deres ønske om å ha beslutningsmyndighet i forhold til pasientløp, som også påvirker organiseringen, kommer i konflikt med tanken om profesjonsnøytral ledelse, der fokus for avdelingen kan være noe annet enn det legene – eller klinikerne – mener er riktig (111). Organiseringen etter profesjonsnøytral ledelse i helsesektoren, som jeg har vist i teorikapittelet, har vært mye debattert og kritisert. En av informantene uttrykker det slik om profesjonsnøytral ledelse; ”Jeg tror de i ettertid vil dømmes hardt for den idè om at en ledelse er noe som er faglighets-uavhengig”. Når det er sagt, så finner jeg i min undersøkelse at flere av informantene er – eller ønsker å være – lojale mot de beslutninger som treffes. De er opptatt av at behandlingen de gir skal være god, innenfor de rammene de har til rådighet. De uttrykker også at de er opptatt av god ressursbruk i helsesektoren og at de må tåle de stadige endringene som skjer i offentlig sektor; som en av dem sier: ”Vi er nødt til å få det til å fungere etter beste evne” og ”Vi kan ikke melde oss ut av samfunnet”. Så blir utfordringen hvordan helsesektoren kan klare å skape en organisering som både ivaretar fag, drift og ledelse (93). Helsevesenet består av et miljø med sterke faggrupper og ujevn maktfordeling hvor endringer fort kan bli sett på som en trussel. Å inkludere og engasjere ansatte i endringsprosesser, er essensielt for at endringsprosesser skal lykkes (94).

## 6.2 Verdi, kvalitet og effekt - hva skal måles?

Som beskrevet i teori-kapittelet er det flere årsaker til at Lean metode er komplisert å bruke både i psykisk helsevern, og i helsetjenesten forøvrig, der ønsket både er en bedre organisering og bedre kvalitet i tjenesten. For hvordan operasjonaliserer vi målene i Lean; hva betyr "kvalitet i tjenesten", hva er en "god" tjeneste? Et av Lean målene er å skape "verdi". Region Hovedstaden Psykiatri har sin definisjon, og på noen områder, som jeg har vist i mine funn, gir organiseringen de har valgt verdi. Som tidligere beskrevet har Lean som metode en helt klar filosofi ; at det er systemet som "eier" begrepet verdi og definerer hva det er, individets definisjon av verdi tilsidesettes for systemet (85). Men vil man lykkes med Lean metode hvis det er "systemet" som definerer begrepet "verdi"? Med det individuelle ansvaret som jmf. Helsepersonelloven ligger hos alt helsepersonell i tillegg til en sterk fagidentitet hos mange klinikere, vil det være vanskelig å ikke gi klinikerne meningsberettigelse i forhold til hvilken behandling som gir beste verdi for den enkelte pasient. Definisjonen av "verdi" favner bredt, og en "verdi" for pasienten kan slå en annen "i hjel": For eksempel trekker noen av informantene frem noen paradokser i behandlingen der det å komme raskt til behandling og slippe ventetid gir en verdi, noe pakkeforløpene bidrar til, men blir ingen verdi hvis pasienten pga pakkeforløpene får avkortet sin behandling fordi nye pasienter skal slippe til. Det vil gi verdi for pasienten når definisjonen av behandlingsforløpet er definert og er forutsigbart, men blir ikke verdi hvis pasienten viser seg å ha en annen diagnose, hvor organiseringen i pakkeforløpet gjør det omstendelig å komme i ny behandling. Det er verdi for pasienten at innholdet i pakkeforløpet er bestemt, slik at pasienten kan etterspørre de enkelte elementene, men blir ingen verdi for pasienten hvis forløpet blir en "smørbrødtype" og kun har fokus på hva man skal "igjennom" av elementer og ikke har fleksibilitet med mulighet for å tilpasse forløpet etter pasientens behov. Vi finner i disse dilemmaene den objektive mot den subjektive verdi. Porter viser til kompleksiteten i måling av verdi i helsesektoren i sin artikkel fra 2010; "What is the value in health care?" at man for å måle den reelle verdi, må følge enkeltpasient og se på hele pasientforløpet, inkludert pasientens egen opplevelse av behandlingen (96). Klinikerne opplever at pakkeforløpene snevrer inn behandlingen, og at dette tar vekk verdien i behandlingen for mange pasienter. Bruk av ordet "verdi" er også en utfordring når man stiller spørsmålet "verdi for hvem?" – for samfunnets definisjon av verdi samsvarer ikke alltid med enkeltmenneskets definisjon av verdi for seg. Som tidligere sitert: "Those who value smooth

and fast throughput will lean one way, while those who value as complete a medical response as possible will lean another” (96).

I definisjon av pakkeforløpene er kvalitetsforbedring ett av hovedelementene, men det er til liten grad definert hva konkret som menes med ”kvalitet”, og min informanter etterspør i undersøkelsen også effektmål. For pasienten tenker man seg at et effektmål vil være om man ”blir bedre eller frisk”; men hva som er lagt til grunn for effekt i pakkeforløpene er for informantene i undersøkelsen, uklart. Det har i ti-år vært forsøkt å finne gode indikatorer på hva som gir effekt og hva som er kvalitet i behandlingen i psykisk helsevern, og her strides man i fagfeltet. Bl.a. skrev Jenkins om indikatorer for effektmål i psykisk helsevern allerede i 1990 (112), og Srebnik m.fl. i 1997, om indikatorer for å måle kvalitet i psykisk helsevern (113), uten at det i fagfeltet er samstemmighet om hva man mener er kvalitativ god behandling. Ved måling av kvalitet og forbedring av tjenesten i helsektoren generelt, og også i pakkeforløpene, vises det ofte til målbare størrelser. I Norge måles for eksempel antall sykehusinfeksjoner, epikrisetid, antall konsultasjoner, antall reinnleggelser, antall fristbrudd – som kvalitetsindikatorer i sykehusene (114). Så også i pakkeforløpene i Danmark (108), der man måler ventetid og antall behandlede pasienter, men disse målbare størrelsene sier ofte bare noe om en del av behandlingen som gis. Å sette et ”mål” på hva som er god behandling og gir god effekt i behandlingen i psykisk helsevern – men også i helsetjenesten generelt - er sammensatt. For flere av diagnosene det er laget pakkeforløp for, er det ikke entydighet i fagfeltet og forskningen om hvilken behandling som har best effekt, og heller ikke tidsaspektet i behandlingen (115). Kritikken fra noen informanter er også at en del av forløpene er laget på de ”enkleste” pasientene, og ikke de mer komplekse som kommer til behandling i spesialisthelsetjenesten. Dette er et av de store problemene ved standardisering; at den tar utgangspunkt i en ”ramme” for symptomer, med fare for at de pasientene som faller ”utenfor rammen” ikke får adekvat behandling. Noen informanter opplever det dithen at forløpet som lages blir forenklet, og ikke favner den reelle pasientgruppen. Informantene i undersøkelsen gir uttrykk for at de opplever at kvalitet og effekt kommer i konflikt med ”ressursutnyttelse”, som de tolker som økonomisk innsparing. De hevder at pakkeforløp ikke er innført for å heve kvalitet eller få bedre effekt, men for å spare penger. Noen informanter er skeptisk til at det som tilsynelatende ser ut som god og effektiv ressursutnyttelse, blir fordyrende fordi kvaliteten i behandlingen blir dårligere og effekten uteblir. Målet fra Regionen’ side oppfattes ikke å være og; ”få mest mulig ut av de tilgjengelige ressursene”, men heller å ” behandle flere pasienter for de samme pengene”. Det vises bl.a. til bruk av

gruppebehandling, som har økt etter innføring av pakkeforløp, og hvor informantene mener dette kun skyldes mål om bedre ressursutnyttelse ved at flere blir behandlet samtidig. De mener imidlertid at kvaliteten og effekten for de pasientene som ikke er egnet for gruppebehandling blir dårligere, og dette er ofte de sykeste pasientene. Informantene forteller at de selv tilrettelegger for pasienter som trenger det; de ”lurer” systemet; og gir ytterligere timer eller utvider tilbudet på egenhånd, uten at dette ligger i ”pakken”. Flere informantene mener altså at forløpene mer er lagt opp som ”ønsketekning” både i organisering og i forventet effekt i forhold til innhold – altså som ”window dressing” (72).

### 6.3 Standardisering

Min undersøkelse reiser spørsmålet om hva som gir best behandling - standardisering eller individuell tilrettelagt behandling, eller hvordan finne balansen mellom disse? Sammen med dette spørsmålet hører også betraktningen av hva som gir den mest rettferdige fordelingen av helseressursene. Som jeg også problematiserte i teorikapittelet; i lys av økende befolkningsvekst og et helsevesen der vi stadig har mulighet til å gi mer avansert og kostbar behandling, må vi vurdere hvordan vi bruker midlene vi har til rådighet (38). Hvordan skal vi bruke ressursene på best og mest likeverdig måte – og hvordan vi skal sikre at pasienter får anbefalt behandling? Standardisering som pakkeforløp blir en måte å organisere helsetjenesten på, som kan imøtekomme lik fordeling og lik behandling (116). Mange studier viser positiv effekt ved standardisering bl.a. på sykehuskomplikasjoner og bedre dokumentasjon (117). Imidlertid fremkommer det i min undersøkelse flere problemer med standardisering i form av pakkeforløp i psykisk helsevern, der jeg har nevnt to av dem over; når behandlingen som er lagt til grunn i standardiseringen ikke regnes å være tilstrekkelig eller god i møte med pasienten og når rammen i standardiseringen ikke ”er nok”, man har behov for å tilpasse behandlingen og dette er omstendelig, byråkratisk eller ikke mulig. I min undersøkelse finner jeg et tredje problem ved standardisering og det er når innholdet i forløpet er godt, men ”ydelses”-presset er så stort at man ikke har mulighet til å tilby pasienten behandlingen som ligger i ”pakken”. ”Ikke likt, men like godt” uttaler helseminister Bent Høie i Morgenbladet i 2015 (118), hvor han tar til orde for at pakkeforløp i psykisk helsevern skal være enhetlige men allikevel ivareta fleksibilitet. Klinikerne fra Region Hovedstaden Psykiatri opplever at behandlingen skal være lik – men for dem blir den dårligere og ikke tilstrekkelig fleksibel. Det beskrives forskjeller mellom Region Vest Jylland

som ifølge noen informanter fikk hevet kvaliteten i psykisk helsevern, mens Region Hovedstaden Psykiatri – som allerede hadde et godt og variert behandlingstilbud – opplevde at de fikk en reduksjon av sitt tilbud. Dette har også blitt trukket frem i debatten i Norge; at faren ved pakkeforløpene er at de gir et standardisert tilbud som blir middelmådig (20). Forløpenes intensjon er å unngå geografiske forskjeller, og innholdsmessig skal de være mest mulig like og heller inneha fleksibilitet innenfor en innholdsmessig ”ramme” (116). Samtidig er helsetjenesten tjent med sterke og aktive fagmiljø for utvikling av tjenesten. Hvis det lokale faglige eierskapet ”vingeklippes” med for stramme krav til behandlingen, og man ikke tillater at det utvikles ekspertise og sterke fagmiljø med lokalt eierskap, tar man også vekk engasjementet for faglig utvikling og ikke minst forskning. Dette er nøyaktig den samme kritikken som har vokst mot New Public Management, hvor fag og ledelse blir adskilt og hvor fagarbeiderne etter hvert føler seg avskåret fra mulighet til å påvirke den tjenesten de skal yte ut mot pasientene. Dette har, som tidligere beskrevet, påvirket lojalitet og tillit fagarbeiderne har, både til måten å organisere på og til ledelsen i helsesektoren (48)(51)(119). Samtidig er helsemyndighetene – med rette – kritisk til at en del av fagmiljøene bare synes å se ”sin” diagnose eller ”sin” måte å behandle på. De store geografiske forskjeller i forhold til diagnostisering som man finner i ”benchmarking av psykiatrien” i Danmark kan tyde på at fagmiljøer kan bli ”religiøse” i forhold til eget interessefelt (5), og at all behandling og diagnostisering blir farget av dette feltet. I Norge har dette også blitt debattert, og dette bekreftes også fra en av mine informanter fra interesseorganisasjon i Norge, at vi har sterke fagmiljø knyttet til en terapeutisk retning og ”egne” diagnostiske vurderinger rundt de forskjellige universitetssykehusene.

### **6.3.1 Standardisering i psykisk helsevern**

Standardisering kan være en særlig utfordring i psykisk helsevern. For til tross for at pakkeforløpene i psykisk helsevern i Danmark skal definere de samme pasientene og gi samme innhold i behandlingen, kan det virke som dette ikke skjer i praksis. Noen av informantene gir uttrykk for forskjellig tolkning og administrasjon av pakkene, og dermed uteblir målet om lik behandling til samme pasientgruppe. Ved gjennomgang av de standardiserte forløpene i psykisk helsevern, virker de tilsynelatende detaljert og gjennomarbeidet. De er organisert i tråd med Lean metode, som i utgangspunktet skal legge rammen for likhet i behandlingen. Imidlertid er det særlige to forhold som vanskeliggjør

likhetsprinsippet; det ene er at behandlingen til stor grad består av den terapeutiske prosessen. Den terapeutiske prosessen er individuell i møte mellom pasient og kliniker, både når det gjelder terapeutisk metode man velger, som stort sett ikke er definert, og når det gjelder kjemi og kontakt mellom kliniker og pasient. Man vet at denne relasjonen er essensiell for behandlingen, bl.a. viser undersøkelse at forholdet mellom pasient og behandler er avgjørende for behandlingsresultatet i en terapi (120). Det andre – som ikke er spesielt for psykisk helsevern – er at innholdet i forløpene ikke følges. De fleste informantene som jobbet klinisk sa at de ikke fulgte anbefalingene i forløpene ”etter boken”, og flere sa at de til dels heller ikke visste hva forløpene i detalj inneholdt. Forløpene ble oppfattet som veiledende, og ingen ”sjekkliste” som de måtte gå gjennom (121). De plukket ut av pakkene det de opplevde som relevant for pasientens sykdomsforløp. De selv undret seg over forskjellene i behandlingen av samme lidelse på ulike behandlingssteder. Med en slik tolkning og bruk av pakkeforløpene, vil det igjen være klinikers egen oppfatning som vil være avgjørende for hvilken behandling pasienten mottar, og hvilke elementer det blir lagt vekt på. Og det var nettopp dette som var en av målene for pakkeforløp i psykisk helsevern å komme bort fra. Samtidig viser kanskje dette at ”one size fits all” er vanskelig, og at det kanskje må være rom for denne type tilpasning for at pakkeforløpene skal fungere i psykisk helsevern?

## **6.4 Pasientgarantier og overganger i behandlingen**

Flere av informantene i undersøkelsen understreker at det er en umulig oppgave å etablere og implementert pakkeforløp på en god måte, samtidig som de skal forholde seg til ventelistegaranti og utredningsgaranti. I Region Hovedstaden Psykiatri ble utredningspakkene innført i 2014, og fra 2015 har pasienten rett til utredning innen en måned. Siden kom ny lovgivning om pasientrettigheter og ventetider som sier at ventetid på behandling ikke skal overskride to måneder (122). Pakkeforløp i psykisk helsevern er en stor reform, og denne får konkurranse når det i etterkant innføres andre reformer og garantier som influerer på mulighet for å bruke pakkeforløpene slik det er tenkt. Mange informanter gir uttrykk for endringstretthet, for oppgitthet, for følelse av avmakt og for mistillit til ”ledelsen”. Definisjon av endringstretthet kan beskrives slik; ”Endringstretthet kan utvikles når en stabiliseringsfase mangler mellom multiple endringsprosesser, eller når negative erfaringer fra tidligere endringsprosesser påvirker arbeidstakeres motivasjon og engasjement i nye endringer” (123). Flere av informantene peker på at endringene ikke ”henger” sammen og

ikke ”går opp” når man både innfører pakkeforløp og utredningspakker og frist for utredning og ventetider – i tillegg til at disse reformene fører til økt registrering og dokumentasjonskrav. Tilbakemeldingene fra klinikerne ”på bunnen” om utfordringer og ønsker om endring, oppleves ikke å føre til tiltak i organiseringen fra ”toppen”, dette fører igjen til at man selv tar grep og endrer tjenesten ”undenfra” ved å gi ekstra timer eller å utvide forløpet. Waring og Bishop viser dette i sin artikkel ”Lean Healthcare: rhetoric, ritual and resistance” (124), hvor de beskriver hvordan fagmiljøene tilpasser Lean metode og behandlingen etter eget behov og egen ideologi. Det fremkommer i min undersøkelse at det gjøres noen organisatoriske endringer sentralt, for eksempel at noen av pakkeforløpene har blitt endret underveis på bakgrunn av tilbakemeldinger, bl.a. forlengelse av pakkeforløp til pasienter med ustabil personlighetsforstyrrelse (125). Imidlertid synes disse endringene å bli for små eller ikke skje raskt nok, slik at klinikerne på ”bunnlinja” selv ser seg nødt til å tilpasse tjenesten for å kunne gi det de oppfatter som god behandling. Dette går, som vist over, på tvers av ønsket likhet i behandling som er et av målene i pakkeforløpene. Klinikerne opplever et krysspenn mellom ønsket om å tilby innholdet i pakkeforløpene, og de ytterligere kravet om antall ”ydelse” og ventetid, som hovedproblemet. Mange informanter sier: ”det er ikke pakkene i seg selv det er noe galt med – men måten de blir administrert på.”

Standardisering med pakkeforløp er knyttet til spesialisthelsetjenesten. Til tross for at man ønsker seg sammenhengende forløp for pasientene, viser min undersøkelse at overgangene i behandlingen blir fragmentert og delvis gir lite kontinuitet for pasienten, både ved overgang til pasientens egen lege, til privatpraktiserende spesialist eller til ”socialpsykiatrien”. Dette er gjenkjennelig også fra psykisk helsevern i Norge. Det understreker utfordringen med å skape standardisert forløp som favner hele sykdomsforløpet, og ikke bare ett element i pasientens behandlingskjede (74). Ansvarsfordelingen kan være uklar, og påvirkningskraften mellom de forskjellige nivåene kan gjøre det komplisert å få flere behandlingsnivå til å jobbe sammen. Flere av mine informanter forteller at pakkeforløpene ikke inneholder noen krav om kontakt med ”socialpsykiatrien” eller pasientens lege, slik at forløpet som var ønsket å være koordinert og enhetlige stopper opp i overgangene. Flere informanter er også kritiske til oppfølging av psykisk syke i ”socialpsykiatrien”, og opplever at det er store forskjeller i tilbudet i de forskjellige kommunene (126). Det samme gjelder hvis pasientene skal til privatpraktiserende behandler; det beskrives lange ventetider som igjen gir brudd i behandlingsforløpene og lite koordinasjon i tjenesten, som er det motsatte av hva som var ønsket med innføring av pakkeforløpene i psykisk helsevern. Kritikerne vil si at innføringen i

så måte kun er ”klattvis”, og ikke gir en sammenhengende forbedring av tjenesten for pasientene.

## 6.5 Oppsummering

Jeg finner i min undersøkelse at Region Hovedstaden Psykiatri har nådd langt i å basere organiseringen av pakkeforløp i psykisk helsevern på sentrale prinsipper og kriterier i Lean metode. Basert på intervjuene synes det samtidig å være et sprik mellom de mål og intensjoner som er lagt til grunn for pakkeforløp i psykisk helsevern, og de erfaringer klinikerne har gjort med pakkeforløp i pasientbehandlingen. I organisering av pakkeforløpene fremstår operasjonaliseringen av elementene i Lean metode som generell og uklar, der det synes å foreligge en svak sammenheng mellom metoden og den konkrete konteksten den skal brukes i. Klinikerne opplever store utfordringer i bruk av pakkeforløpene i pasientbehandlingen. Pakkeforløpene, slik de nå er organisert, oppleves ikke som godt tilpasset deres kliniske hverdag. På denne måten fremstår flere av elementene i Lean metode, ettersom de er svakt operasjonalisert, som ”magic concepts”, som fremstår som gode og fornuftige, men som samtidig mangler konkret innhold tilpasset pasientbehandlingen. Eksempel på dette er ”verdi”, ”flow” og ”forbedringskultur”. Jeg har i kapittelet ”Teori” vist at det gir utfordringer å bruke metode og ideologi – og retorikk – som vi finner i Lean og New Public Management, som begge har fokus på industriell produksjonstenkning med opphav fra privat sektor, i helsesektoren. Min funn viser at klinikerne opplever forløpene som dårlig tilpasset bruk i pasientbehandling. Flere av klinikerne mistenker videre at forløpene ikke primært er organisert ut i fra målsettingen om å gi bedre pasientbehandling, men heller er styrt av økonomiske incentiver ut i fra en overordnet målsetting om bedre økonomisk effektivitet. Når dette blir opplevelsen av pakkeforløpene, mister klinikerne lojalitet og tillit både til bruken av pakkeforløpene og til helsemyndighetene som har innført disse. Organisatoriske endringer i helsesektoren er, som tidligere beskrevet, sammensatt og komplisert. Mine funn viser at Region Hovedstaden Psykiatri står overfor noen klare utfordringer når det gjelder å skape samsvar mellom de mål og intensjoner som ligger til grunn for organisering av pakkeforløpene, og klinikernes opplevelse av pakkeforløpene i pasientbehandlingen.



Jeg vil i neste kapittel se på om noen av mine funn fra den danske undersøkelsen kan brukes i vurdering av mulighetene og utfordringene ved innføring av pakkeforløp i psykisk helsevern i Norge.

# 7 Muligheter og utfordringer med pakkeforløp i psykisk helsevern i Norge

Som jeg har vist i kapittel 4, ”Metode”, samsvarer mange av mine funn med det som kom frem under den nasjonale erfaringskonferansen i Danmark i juni 2016 (99), der fordeler og ulemper med pakkeforløp i psykisk helsevern ble diskutert. Det jeg fant i min undersøkelse som ble gjort ved en klinikk og i en region, er altså mye av det samme som er kommet frem andre steder i Danmark. Kan den danske modellen brukes for å sammenligne mulighetene og utfordringene ved innføring av pakkeforløp i psykisk helsevern i Norge? Psykisk helsevern i Norge og Danmark er relativt likt organisert. I Norge har man også psykisk helsevern i spesialisthelsetjenesten organisert under klinikker/divisjoner i sykehusene, hvor disse igjen er organisert under ett av fem helseforetak (HF). I tillegg har vi psykisk helse i kommunene som har ansvar for bl.a. psykososial oppfølging med bistand til bolig, aktiviteter, økonomi. Det er imidlertid noen store forskjeller som kan ha betydning for hvorfor pakkeforløp i psykisk helsevern i Norge, kan møte færre utfordringer enn det som ifølge min studie har vært tilfelle i Danmark.

## 7.1 Psykisk helsevern i Norge

Opptappingsplanen for psykisk helse fra 1999-2008 i Norge hadde som mål å styrke behandlingstilbudet og rettighetene til pasienter med psykiske lidelser, både i form av brukerinvolvering, styrking av tilbudet i kommunen, utbygging av behandlingstilbudet inkludert fokus på utdanning av fagpersonell og styrking av sysselsettingstiltak (16). Opptappingsplanen har vært medvirkende årsak til at psykiatri ble satt på dagsorden i Norge, og anseelsen til fagfeltet og pasientgruppen ble hevet. I tillegg har det over mange år gjennom pasientforeninger, brukerorganisasjoner, helsemyndigheter og media vært jobbet aktivt med åpenhet rundt psykiske lidelser. Flere av mine informanter forteller at utvikling av behandlingstilbudet i psykisk helsevern og lik prioritering av psykiatri og somatikk ”henger etter” i Danmark forhold til Norge, i tillegg til at det fremdeles er en viss stigmatisering av pasienter med psykisk lidelse. Dette favner både fokus på fagfeltet, utdanning av fagfolk og

bevilgning av midler. Forskjellen kan vi bl.a. se i sammenligning av ressursbruk til psykisk helsevern gjennom 2000-tallet i Sintef-rapporten fra 2009 s. 106 og 107 (127). I WHO sine tall for europeiske land fremstår Norge, Frankrike og Storbritannia som landene med høyest andel til psykisk helse av det totale helsebudsjettet med over tolv prosent, mens de fleste land bruker mellom fire og åtte prosent. Rapporten fra Helsedirektoratet fra 2015 ”Internasjonalt perspektiv på psykisk helse” viser flere forskjeller i prioritering og organisering av psykisk helsevern (17). Norge – til tross for at sammenligning er vanskelig pga ulik organisering og registrering – kommer generelt godt ut sammenlignet med fleste land – også sammenlignet med Danmark. I Norge er kommunens ansvar for personer med psykiske problemer tydeliggjort i Lov om kommunale helse- og omsorgstjenester som trådte i kraft i 1999 (128). Bruken av pakkeforløp i Danmark er blitt vanskeliggjort gjennom de nylige innførte garantiene; ventetids- og utredningsgaranti. Norge var tidlig ute med Lov om pasientrettigheter (fra 1999), hvor rett til utredning og behandling inne gitte tidsfrister er hjemlet (129), hvor det krav om at henvisning skal vurderes innen 10 dager og at det så skal settes frist for behandling i forhold til pasientens lidelse ihht det som ansees faglig forsvarlig. Til hjelp for vurdering av hvilke pasienter som har krav på behandling og fastsettelse av frister, er det fra Helsedirektoratet utarbeidet såkalte prioriteringsveiledere (130). Fristene og garantiene er altså allerede godt innarbeidet i psykisk helsevern i Norge, slik at fagfeltet er vant til å jobbe med disse. I tillegg har det også over lang tid vært krav til konsultasjonstill, med fokus på ”flow” og effektiv ressursutnyttelse i tjenesten. For å ivareta enhetlig behandling, er det fra Helsedirektoratet utarbeidet flere nasjonale faglige retningslinjer. Innen psykisk helsevern er det bl.a. gjort for lidelser som bipolar lidelse, ADHD, psykoselidelser, forebygging av selvmord, depresjon, psykisk helsearbeid for voksne i kommunen, rus- og psykiske lidelser. Det betyr at det i Norge, til større grad enn i Danmark, allerede eksistere en ramme for hvilke behandlings- og utredningskriterier som bør legges til grunn for behandlingsforløpene.

## **7.2 Fagmiljø**

At utvikling av psykisk helsevern i Norge de senere årene har blitt prioritert, ser man også i forhold til antall fagutdannet personell og i styrkede fagmiljø. Danmark har her en større utfordring iflg. mine informanter. Både klinikere og de i administrative stillinger forteller at det er svært vanskelig å få besatt stillinger både når det gjelder utdanningsstillinger, og

stillinger for psykiatere og psykologer (131). Det er noen regionale forskjeller, hvor Region Hovedstaden Psykiatri lettest får besatt sine stillinger, men generelt er tilgangen på fagutdannet personell vanskelig (132). I Norge hadde vi ifølge tall fra OECD per 100 000 innbygger 22.2 psykiatere, mot 16.7 i Danmark. Antall psykologer er i Norge og Danmark ganske likt, men i Norge har vi hatt spesialistutdanning for psykologer fra 1958 (133), mens Danmark startet med dette i 2011 med kull på 30 på landsbasis.

Det psykiatriske fagfeltet har i Norge over lengre tid blitt ansett å ha forskjellige miljøer konsentrert rundt de forskjellige universitetssykehusene; hvor miljøet i Oslo er psykodynamisk rettet mens miljøet i Trondheim er mer kognitiv rettet. Dette skaper diskusjoner, også ved innføring av pakkeforløp, om ”best” og ”riktig” behandling. I Danmark er det av mine informanter beskrevet at psykiatrien generelt har vært svært biologisk rettet. De beskriver å ha hatt noe sterkere interessefelt i noen miljø, men ikke de store og varierte fagmiljøene som i Norge. Mine informanter opplever at pakkeforløpene flere steder ga et løft for psykisk helsevern i Danmark både med utvikling av fagmiljøene og økt fokus på psykodynamisk rettet terapi, økt tilgang av ressurser, samt offentlig fokus på psykiske lidelser som har gitt psykiske lidelser økt anseelse i befolkningen. Utfra debatten i forskjellige medier både i Norge og Danmark, som jeg har vist til i kapittelet ”Bakgrunn”, ser man at skepsisen i Norge før innføring av pakkeforløp i psykisk helsevern fremstår mer uttalt og at frontene og karakteristikkene er ”hardere” (21). Skepsisen synes større, diskusjonene er flere. I Danmark finner jeg at diskusjonen rundt pakkeforløp har kommet i etterkant. Som mine informanter uttrykker det om pakkeforløp; ”Det var en politisk beslutning”. At debatten er heftigere i Norge, oppfatter jeg skyldes at fagmiljøene i Norge er sterkere, med klarere faglige ståsted og at de derfor i større grad ønsker å ”kjempe” for den behandlingsretningen de ”tror” på.

### **7.3 Bruk av Lean metode i pakkeforløpene i Norge?**

Om pakkeforløpene i Norge skal organiseres etter Lean metode som i Region Hovedstaden Psykiatri, er et ubesvart spørsmål. Pakkeforløpene i kreftomsorgen i Norge er til dels organisert etter Lean metode – med prosesstenkning med standardiserte forløp og forløpstider (3). Det er uklart hvordan pakkeforløp i psykisk helsevern i Norge vil organiseres og utformes, men pakkeforløp i seg selv har en Lean-type organisering hvor det legges vekt på

forløpstenkning, fokus på behov og etterspørsel og fokus på bruk av ressurser på mest hensiktsmessige måte (52). Psykisk helsevern i Norge har ikke Lean metode som ideologi gjennomgående i sine organisasjoner som i Region Hovedstaden Psykiatri. I Norge har Lean metode i helsesektoren blitt brukt i enkeltelementer, for eksempel for tavlemøter (134), som har vokst frem og blitt svært populært de siste årene. Tavlemøter er tuftet på Lean metode og har blitt oppfattet å føre til mer effektive behandlingsløp, mer forutsigbare pasientløp og til reduksjon av feil. Bruken av tavlemøter har blitt ansett så vellykket, at dette er en av kvalitetsindikatorerne det måles på i sykehusene. Jeg finner i min undersøkelse mange årsaker til at pakkeforløpene i psykisk helsevern ikke har fungert etter alle intensjonene i Danmark, og kritikerne i Norge vil spørre som om det i det hele tatt er hensiktsmessig med pakkeforløp innenfor psykisk helsevern. Spørsmålet om man i det hele tatt ”treffer målet” med diagnostisering, diskusjonen om hvordan utredning bør være og diskusjonen om hvilken behandling som skal gis, er tema som er vanskelig å finne et entydig svar på. Dette ser vi også av debatten. Hvis man ser på organiseringen av forløpene etter Lean metode som en ramme for behandlingsforløp, ser man fra kreftomsorgen at det har vært vellykket og i mine funn kommer det også frem at pakkeforløpene i psykisk helsevern på noen områder har gitt gode resultat. En organisering av pakkeforløp i psykisk helsevern i Norge etter Lean metode kan altså fungere.

## 7.4 Overganger i behandlingen

Det fremkommer i min undersøkelse at de i Danmark opplever overgangene mellom spesialisthelsetjensten og primærsektor, som vanskelige og at behandlingsløpene ofte blir brutt i disse overgangene. Noe av tanken bak pakkeforløp er ”sømløse” behandlingsforløp for pasientene, men så lenge forløpstenkningen er begrenset til spesialisthelsetjensten vil ”bruddene” i behandlingen bli uunngåelig for de pasientene som trenger oppfølging også etter behandling med pakkeforløp. Og i psykisk helsevern er det mange pasienter som trenger videre oppfølging. De fleste trenger oppfølging enten hos sin lege, hos privatpraktiserende spesialist eller kommunehelsetjensten – eller en kombinasjon av disse. I Danmark ønsker man i langtidsplan for psykiatrien som kom i 2014 å sette fokus på dette; med overskrift ”Sikre sammenheng i indsatsen” hvor det ønskes modell for forløpsprogram. Denne modellen skal gå på tvers av sektorer og fagområder, slik at den henger sammen med rehabiliteringen i kommunen (132). I Norge har vi også fokus på dette, både i lovverket som

nevnt over hvor krav til kommunene er tydeliggjort (128), men også i samhandlingsavtaler mellom sykehus og kommuner. Imidlertid ser vi som jobber i feltet at avtalene blir tilfeldig og prisgitt tilbudet som gis i den enkelte kommune, og også prisgitt at helseaktørene aktivt samarbeider rundt behandling av pasienten. Kanskje innføring av pakkeforløp i psykisk helsevern nettopp kan tydeliggjøre og forenkle overgangene, slik at det blir forløp ikke bare gjeldende i spesialisthelsetjenesten men som tydeliggjør forløpene mellom behandlingsnivåene? Klarer man det, skaper man pasientens helsetjeneste.

## **7.5 Videre plan for pakkeforløpene i Norge**

Representanter fra Helsedirektoratet holdt en presentasjon om pakkeforløp i psykisk helsevern på Ahus i september 2016 (Hafstad, 13.9.16, Ahus, ”Pakkeforløp for psykisk helse og rus”). I presentasjonen ble det lagt vekt på at man ikke ønsket samme organisering som i Danmark, bl.a. ble det sagt at pakkeforløpene i Danmark ble oppfattet for rigid og det var viktig med fleksibilitet i forløpene. Det ble også understreket at det var viktig med lokal tilpasninger, og at kliniker skulle ha frihet til å styre behandlingen. Det ble uttalt av leder av prosjektgruppen Anne Hafstad, at de norske pakkeforløpene i psykisk helsevern er mer ”en logistikkreform enn noe annet”. Det ble videre understreket i presentasjonen at man ”ønsket at det – som i pakkeforløpene i kreftomsorgen - også skal etableres forløpskoordinator og at ønsket er at pakkeforløpene skal gi noen normer for behandlingen – samtidig som behandler får frihet til å velge behandling”. Dette vil imøtekomme flere av de kritiske punktene ved pakkeforløp i Danmark. Samtidig er faren at målene for innføring av pakkeforløp i psykisk helsevern i Norge blir for vage, og blir målene for vage mister en slik stor reform tilslutning og troverdighet. Faren blir at forbedringsønsket for psykisk helsevern som beskrevet i oppdragsdokumentet forsvinner i fleksibilitet, tilpasninger og utydelig målsetning (4). For å lykkes med innføring av pakkeforløp i psykisk helsevern i Norge, er det viktig med en tydelig målsetning. For å skape eierskap til pakkeforløpene er engasjementet hos ledere og klinikere avgjørende. For å skape dette, må mål for pakkeforløpene være klart definert.

## 7.5 Oppsummering

Som beskrevet over er det flere store organisatoriske forskjeller i Norge og i Danmark. Funnene i Danmark i sin helhet kan ikke sies å være allmenngyldige i Norge. Det er derfor også vanskelig utfra min undersøkelse å si om erfaringene fra Danmark, vil gjøre seg gjeldende ved innføring av pakkeforløp i psykisk helsevern i Norge. Noe av kritikken i debatten i Norge, er nettopp noen av de negative erfaringene klinkerne i Region Hovedstaden Psykiatri gir uttrykk for. Vi kan imidlertid trekke noen paralleller fra enkelte av elementene i undersøkelsen, som kan være nyttige betraktninger i forhold til innføring av pakkeforløpene i Norge. Et aspekt er viktigheten av å skape fleksibilitet i forløpene, slik at pakkeforløpene gir rom for tilpasning til den enkelte pasient. Et annet er at det i Danmark var kort vei fra idé til beslutningsstadiet og etter dette også relativt kort tid mellom utredning, planlegging og implementering (8)(131), noe som vanskeliggjorde innføringen av pakkeforløp. Vi kan ta lærdom av dette og sette av tilstrekkelig tid, både i planleggingsfasen og i implementeringsfasen. I tillegg vil involvering av tjenesteyter – altså klinikere - som skal bruke pakkeforløpene være viktig. Fagmiljøene bør involveres både i utarbeidelse av pakkeforløpene, i planlegging av implementering og aktivt involveres på hver avdeling for å skape tilslutning og ”eieforhold” til pakkeforløp hos den enkelte. Involvering krever ledere ved arbeidsplassene som ser viktigheten av dette, og som klarer å inneha en ledestil som fremmer klinikernes aktive deltagelse i innføring av pakkeforløpene i behandlingen ved egen enhet.

## 8 Konklusjon

Denne studien viser at en endring i helsetjenesten kan være tilsynelatende godt organisert, men allikevel ikke fungere i bruk ut i pasientbehandlingen. En endring som ser bra ut ”på papiret”, kan vise seg ikke å ha den ønskede effekten brukt i det ”virkelige liv” av tjenesteyter. Jeg finner at Region Hovedstaden Psykiatri helt klart har organisert pakkeforløp i psykisk helsevern på grunnlag av Lean metode. Samtidig har selve operasjonaliseringen av Lean metode og overføringen til pakkeforløp, vært svak. Det har vist seg vanskelig å anvende prinsippene fra Lean på en god måte ut i den kliniske hverdag. Klinikere opplever ikke at pakkeforløpene i psykisk helsevern er velegnet i bruk, og man lykkes derfor ikke med å oppnå de mål og intensjoner som var lagt til grunn ved utarbeidelse av forløpene. Jeg har vist at det er komplisert å bruke Lean som metode, som i utgangspunktet er utarbeidet som produksjonsmetode i industrien, som metode for å operasjonalisere behandlingsforløp i helsesektoren. Kanskje er det særlig komplisert å bruke pakkeforløp etter standardisert metode i psykisk helsevern, hvor sykdomsforløpene er sammensatte både når det gjelder symptomer og årsakssammenhenger. Skal man lykkes med organisering etter forløpstenkning – som Lean metode - i psykisk helsevern, må man legge vekt på fleksibilitet og mulighet for individuell tilpasning. Hvis forløpene operasjonaliseres slik at de fungerer godt i bruk i pasientbehandlingen, og man gjennom involvering av ledere og god implementering sikrer tilslutning og ”eieforhold” til forløpene hos klinikere som brukere av disse, kan man lykkes med innføring også i psykisk helsevern. Jeg finner ikke at disse elementene er tilstrekkelig ivarettatt ved innføring av pakkeforløp i Danmark, noe som bidrar til klinikernes opplevelse av at pakkeforløpene ikke samsvarer med mål og intensjoner lagt til grunn av Region Hovedstaden Psykiatri.

Psykisk helsevern i Danmark har vært under stort press gjennom 2000-tallet. I arbeidet med min oppgave ser jeg at det gjøres mye i Danmark for å utvikle tilbudet til pasientene. I mange omfattende utredninger og rapporter (8)(126)(131), er det pekt på hva utfordringene til fagfeltet er og hva man ønsker å gjøre for å utvikle dette. Jeg oppfatter at det fra helsemyndighetene sin side er sterk vilje til å forbedre et fagområde, som i mange år har blitt nedprioritert i Danmark. Pakkeforløpene er en del av dette, sammen med mange andre planer



og endringer og pasientrettigheter med mål om å gi bedre tjeneste. I det helsemyndighetene ser endringsbehov i tjenesten, må imidlertid prosessen frem til endring inkludere involvering av fagmiljøene slik at ønskede reformer fungerer godt i bruk i den kliniske hverdag. Bare på den måten kan myndighetene skape tilslutning til endringer som iverksettes.

Hvorvidt helsemyndighetene i Norge vil utvikle pakkeforløpene i psykisk helsevern etter Lean metode, gjenstår å se. Det blir spennende å følge videre utarbeidelsen av forløpene i Norge, ikke minst knyttet til hvor godt det lykkes å tilpasse disse slik at de fungerer godt brukt ut i pasientbehandlingen. Det er, som jeg har vist, utfordrende å skulle finne balansen mellom forløp som i utgangspunktet skal ha et likt – eller liknende – innhold for å gi samme tilbud og behandling, med behovet for fleksibilitet i behandlingen og tilpasning til den enkelte pasient. Sett i lys av debatten om pakkeforløp i psykisk helsevern i Norge, blir det også spennende å se hvordan man vil arbeide for å skape tilslutning til pakkeforløpene, både blant ledere og blant klinikerne i de enkelte fagmiljøene. Møter man utfordringene med behovet for fleksibilitet og behovet for forankring, kan pakkeforløp i psykisk helsevern i Norge lykkes med å nå sine mål om å skape et bedre tilbud til pasienter og pårørende.

# Litteraturliste

1. Krekling DV. Nå blir det pakkeforløp innen psykisk helse. NRK.no. 10. august 2015. Tilgjengelig fra: <https://www.nrk.no/norge/na-blir-det-pakkeforlop-innen-psykisk-helse-1.12493072>
2. Høie B. Pakk opp da vel. Tidsskrift for den norske psykologforening. 2015: Vol 52, nummer 11, side 1002-1003.
3. Helsedirektoratet. Nasjonal plan for implementering av pakkeforløp for kreft 2014-2015. Oslo: Helsedirektoratet; 2015. IS-2426.
4. Helsedirektoratet. Prosjektbeskrivelse for pakkeforløp for psykisk helse og rus. Oslo: Helsedirektoratet; 2016.
5. Bussey M, Casper R, Mikkelsen H, Broe L. Benchmarking af psykiatrien 2009. Danske Regioner; 2010.
6. Mikkelsen CH, Bussey M, Asger R, Jensen R. Benchmarking af psykiatrien 2010. Danske Regioner; 2011.
7. Deloitte. Analyse af kapaciteten i psykiatrien. Deloitte; 2012.
8. Danske Regioner. Kvalitet i psykiatrien. Danske Regioner; 2011. ISBN 978-87-7723-745-4.
9. Hertz S. Etikken sat i pakkesystem. Psykolog Nyt. 2012: 17.
10. Steensberg K. Psykiatriske pakkeløsninger svigter unge psykisk syge. Information. 9. januar 2015.
11. Sjølland R. Pakkeforløb – ensretning eller ensartethed? Dansk Psykiatrisk Selskab. Tilgjengelig fra: <http://www.dpsnet.dk/pakkeforloeb-ensretning-eller-ensartethed/>
12. Heinskou T, Alberdi F, Jordet H. Psykiatriske behandlingsspakker: Erfaringer fra Danmark. Morgenbladet. 21. september 2015.
13. Ahrensbach L, Petersen SH, Østergaard U, Haaning MG. Mast under bundlinjen. Psykolog Nyt Nr. 9. 2012.
14. Winding K. Snor i psykiatrien. Ugeskriftet Nr. 18. 2013.
15. Sørensen P, Høgsted R. Pakkeforløb i psykiatrien giver fordele. Ugeskriftet Nr. 6. 2016.
16. Helse- og omsorgsdepartementet. Optrappingsplanen for psykisk helse 1999 - 2008. Sosial- og helsedepartementet: 1998. St. prp. nr. 63.
17. Helsedirektoratet. Internasjonalt perspektiv på psykisk helse og helsetjenester til mennesker med psykiske lidelser. Oslo: Helsedirektoratet; 2015. IS-2314.

18. Rikesrevisjonen. Riksrevisjonens undersøkelse av ressursutnyttelse og kvalitet i helsetjenesten etter innføringen av samhandlingsreformen. Riksrevisjonen; 2015-2016. Dokument 3:5.
19. Helsetilsynet. DPS: Landsdekkende tjenester, men varierende kvalitet? Statnes helsetilsyn; 2009. ISSN: 1503-4798.
20. Vogt H, Pahle AS. Likeverd på samlebånd. Morgenbladet. 11. september 2015.
21. Vogt H. Samleside for debatten om pakkeforløp i psykiatri. 17. oktober 2015. Tilgjengelig fra: <http://henrikvogt.com/2015/09/21/dette-er-en-samleside-for-debatten-om-pakkeforlop-i-psykiatri/>
22. Hofgaard TL. Debatt om psykisk helse: Én pakke for alle? Aftenposten. 14. august 2015.
23. Halvorsen P. Én størrelse passer ikke alle. Norsk Psykologforening. 20. november 2015. Tilgjengelig fra: <http://www.psykologforeningen.no/foreningen/nyheter-og-kommentarer/aktuelt/en-stoerrelse-passar-ikke-alle>
24. Stänicke E, Oddli HW, Halvorsen MS, Benum K. Psykoterapiforskningen støtter ikke pakkeforløp. Morgenbladet. 2. oktober 2015.
25. Valla B, Miller SD. Hva vet vi om psykisk helsehjelp? Dagens Medisin. 7. oktober 2015.
26. Robbins A. The Problem With Satisfied Patients. The Atlantic. 17. april 2015.
27. Meirik K. Pakkeforløp gjør psykiatrien bedre. Adressa. 22. oktober 2015.
28. Hoffart A, Johnson SU. Bedre med pakkeforløp enn selvstandarisering. Morgenbladet. 25. september 2015.
29. Aftenposten redaksjon. Pakkeforløp for psykisk helse er verdt å prøve. Aftenposten. 11. august 2015.
30. Wren DA. Frederick W. Taylor, Father of Scientific Management: Myth and Reality. Executive. 1991. p. 94–6.
31. Taylor FW. The principles of scientific management. 1<sup>st</sup> World Publishing, Incorporated; 2005.
32. Womack JP, Jones DT, Roos D. The Machine That Changed the World. Free Press; 1990.
33. Krafcik JF. Triumph of the lean production system. USA; IGI Global; 1988.
34. James P. Womack, Daniel T. Jones. Lean Thinking: Banish Waste and Create Wealth in Your Corporation. 2. utgave. Productivity Press; 2003.
35. Backhaus J. The Pareto Principle. Analyse & Kritik. Volume 2, Issue 2, Side 146-171.

- Mai 2016. Tilgjengelig fra: <https://www.degruyter.com/view/j/auk.1980.2.issue-2/auk-1980-0203/auk-1980-0203.xml>
36. Iqbal M, Rizwan M. Application of 80/20 rule in software engineering Waterfall Model. In: 2009 International Conference on Information and Communication Technologies, ICICT 2009. 2009. p. 223–8.
  37. Best M, Neuhauser D. Joseph Juran: overcoming resistance to organisational change. Qual Saf Health Care [Internet]. 2006;15(5):380–2. Tilgjengelig fra: <http://www.pubmedcentral.nih.gov/articlerender.fcgi?artid=2565827&tool=pmcentrez&rendertype=abstract>
  38. SSB. Helseregnskap 2015 [Internet]. Tilgjengelig fra: <http://www.ssb.no/helsesat>
  39. Hood C. The “new public management” in the 1980s: Variations on a theme. Accounting, Organ Soc. 1995;20(2–3):93–109.
  40. Trygstad S, Løken E, Moland L, Skalle N. Den nye staten. Fafo-rapport 530; 2006. ISBN 82-7422-540-6.
  41. Hood C. A Public Management for all Seasons? Public Adm. 1991;69:3–19.
  42. Harvey D. A Brief History of Neoliberalism review. Contemp Sociol A J Rev. 2006;35(5):529–30.
  43. Røvik KA. Identitetsutvikling i moderne organisasjoner. Magma. 1/1998.
  44. Christensen T. Regionale og distriktspolitiske effekter av New Public Management (notat). Institutt for statsvitenskap, UiO. 2003.
  45. Dean MM. Governmentality : Power and Rule in Modern Society. Sage Publications; 2009.
  46. Byrkjeflot H, Neby S. Norge i Norden: Fra etternøler til pioner i reformering av sykehussektoren? Polis.no; 2003. Tilgjengelig fra: <http://www.polis.no/People/byrkjeflotogneby.pdf>
  47. Sosial- og helsedepartementet. Pasienten først! - Ledelse og organisering i sykehus. Helse- og omsorgsdepartementet; 1997. NOU 1997: 2.
  48. Nyseter T. Vekk med New Public Management! Dagens Medisin. 11. april 2016.
  49. Thorsen DE, Lie A. Kva er nyliberalisme? UiO. Tilgjengelig fra: <http://folk.uio.no/daget/Kva%20er%20nyliberalisme.pdf>
  50. Hood C, Dixon R. A model of cost-cutting in government? The great management revolution in uk central government reconsidered. Public Adm. 2013 Mar;91(1):114–34.
  51. Wyller VB, Gisvold SE, Hagen E, Heggedal R, Heimdal A, Karlsen K, et al. Ta faget

- tilbage! Tidsskr Den Nor legeförening. 2013;133(6):655–9.
52. Region Hovedstaden Psykiatri. Forbedringskultur - LEAN [Internet]. Tilgængelig fra: <https://www.psykiatri-regionh.dk/Kvalitet-og-udvikling/forbedringskultur/Sider/default.aspx>
  53. Region Hovedstaden Psykiatri. Lean-afdelingen [Internet]. Tilgængelig fra: <https://www.psykiatri-regionh.dk/Kvalitet-og-udvikling/forbedringskultur/Sider/Lean-afdelingen.aspx?rhKeywords=lean>
  54. Region Hovedstaden Psykiatri. Direktør i Region Hovedstadens Psykiatri: vores ventetider skal ned [Internet]. 23. januar 2014. Tilgængelig fra: <https://www.psykiatri-regionh.dk/presse-og-nyt/pressemeddelelser-og-nyheder/Nyheder-og-pressemeddelelser/Sider/direktoer-i-region-hovedstadens-psykiatri-vores-ventetider-skal-ned.aspx?rhKeywords=lean>
  56. Region Hovedstaden Psykiatri. Hvad er et pakkeforløb [Internet]. Tilgængelig fra: <https://www.psykiatri-regionh.dk/undersogelse-og-behandling/Behandling/cvi/fagperson/Pakkeforloeb/Sider/Hvad-er-et-pakkeforloeb.aspx?rhKeywords=flow>
  57. Region Hovedstaden Psykiatri. Vi vil måle på kvalitet i behandlingen [Internet]. 29. april 2016. Tilgængelig fra: <https://www.psykiatri-regionh.dk/presse-og-nyt/pressemeddelelser-og-nyheder/Nyheder-og-pressemeddelelser/Sider/Vi-vil-m%C3%A5le-p%C3%A5-kvalitet-i-behandlingen.aspx?rhKeywords=v%C3%A6rdi>
  58. Region Hovedstaden Psykiatri. Hvad ønsker vi at opnå [Internet]. Tilgængelig fra: <https://www.psykiatri-regionh.dk/Kvalitet-og-udvikling/forbedringskultur/Sider/Hvad-vil-vi-opnaa.aspx?rhKeywords=v%C3%A6rdi>
  59. Region Hovedstaden Psykiatri. Hvordan? Værktøjer og skabeloner til forbedringsarbejdet [Internet]. Available from: <https://www.psykiatri-regionh.dk/Kvalitet-og-udvikling/forbedringskultur/Sider/Hvordan.aspx?rhKeywords=plan+do+study+act>
  60. Folkehelseinstituttet. Modell for kvalitetsforbedring - Helsebiblioteket.no [Internet]. Tilgængelig fra: <http://www.helsebiblioteket.no/kvalitetsforbedring/metoder-og-verktoy/modell-for-kvalitetsforbedring>
  61. Region Hovedstaden Psykiatri. Direktør i Region Hovedstadens Psykiatri: vores ventetider skal ned [Internet]. 23. januar 2014. Tilgængelig fra: <https://www.psykiatri-regionh.dk/presse-og-nyt/pressemeddelelser-og-nyheder/Nyheder-og-pressemeddelelser/Sider/direktoer-i-region-hovedstadens-psykiatri-vores-ventetider->

skal-ned.aspx?rhKeywords=ventetider

62. Region Hovedstaden Psykiatri. Ny etape af lean- arbejdet skudt i gang. Psykiatrinyt. August 2012.
63. Nelson-Peterson DL, Leppa CJ. Creating an environment for caring using lean principles of the Virginia Mason Production System. *J Nurs Adm.* 2007;37(6):287–94.
64. Esain A, Angel L, Robertson K. Solutions for Problems : The NHS, Lean Thinking and Six Sigma. *Methodology.* 2006.
65. Ben-Tovim DI, Bassham JE, Bolch D, Martin M a, Dougherty M, Szwarcbord M. Lean thinking across a hospital: Redesigning care at the Flinders Medical Centre. *Aust Heal Rev.* 2007;31(1):10–5.
66. Kim CS, Spahlinger DA, Kin JM, Billi JE. Lean health care: what can hospitals learn from a world-class automaker? *J Hosp Med.* 2006;1(3):191–9.
67. Manos A, Sattler M, Alukal G. Make Healthcare Lean. *Qual Prog.* 2006;39(7):24–30.
68. Bush RW. Reducing waste in US health care systems. *JAMA.* 2007;297(8):871–4.
69. Ballé M, Régnier A. Lean as a learning system in a hospital ward. *Leadersh Heal Serv.* 2007;20(1):13.
70. McManus ML, Long MC, Cooper A, Mandell J, Berwick DM, Pagano M, et al. Variability in surgical caseload and access to intensive care services. *Anesthesiology.* 2003;98(6):1491–6.
71. Benfield CB, Brummond P, Lucarotti A, Villarreal M, Goodwin A, Wonnacott R, et al. Applying lean principles to continuous renal replacement therapy processes. *Am J Heal Pharm. American Society of Health-System Pharmacists;* 2015 Feb 1;72(3):218–23.
72. Brandao De Souza L, Burgess N, Radnor Z. Leadership in Health Services Trends and approaches in lean healthcare. *Leadersh Heal Serv Int J Product Perform Manag Int J Heal Care Qual Assur Iss Leadersh Heal Serv. PT;* 2009;227766(13):121–39.
73. Allen L, Saunders A. Bank window dressing: Theory and evidence. *J Bank Financ.* 1992;16(3):585–623.
74. Teich ST, Faddoul FF. Lean Management—The Journey from Toyota to Healthcare. *Rambam Maimonides Med J Abbreviations CODA, Comm Dent Accreditation; GM RMMJ.* 2013;4(2).
75. Joosten T, Bongers I, Janssen R. Application of lean thinking to health care: issues and observations. *Int J Qual Health Care. Oxford University Press;* 2009 Oct;21(5):341–7.
76. Mazzocato P, Savage C, Brommels M, Aronsson H, Thor J. Lean thinking in

- healthcare: a realist review of the literature. *Qual Saf Health Care*. 2010;19(5):376–82.
77. Young TP, McClean SI. A critical look at Lean Thinking in healthcare. *Qual Saf Health Care*. 2008;17(5):382–6.
  78. Hayward L. How applicable is lean in mental health? A critical appraisal. 2012;17(3):165–73.
  79. Evans-Lacko S, Ribeiro W, Brietzke E, Knapp M, Mari J, McDaid D, et al. Lean economies and innovation in mental health systems. *Lancet (London, England)*. 2016 Apr 2;387(10026):1356–8.
  80. Harrison MI, Henriksen K, Hughes RG. Improving the health care work environment: a sociotechnical systems approach. *Jt Comm J Qual Patient Saf*. 2007;33(11):1–6.
  81. Sugimori Y, Kusunoki K, Cho F, Uchikawa S. Toyota production system and Kanban system Materialization of just-in-time and respect-for-human system. *Int J Prod Res*. 1977;15(6):553–64.
  82. De Treville S, Antonakis J. Could lean production job design be intrinsically motivating? Contextual, configurational, and levels-of-analysis issues. *J Oper Manag*. 2006;24(2):99–123.
  83. Jackson PR, Mullarkey S. Lean Production Teams and Health in Garment Manufacture. *J Occup Health Psychol*. 2000;5(2):231–45.
  84. Flynn BB, Flynn EJ. An exploratory study of the nature of cumulative capabilities. *J Oper Manag*. 2004;22(5):439–57.
  85. Osono E, Shimizu N, Takeuchi H. Extreme Toyota : radical contradictions that drive success at the world’s best manufacturer. *Journal of environmental management*. 2008. 387-393 p.
  86. Berwick DM. Improvement, trust, and the healthcare workforce. *Qual Saf Heal Care*. 2003;12(suppl 1):i2–6.
  87. Mann D. *The Missing Link: Lean Leadership*. Front Health Serv Manage. Health Administration Press; 2009;26(1):15–26.
  88. Scherrer-Rathje M, Boyle TA, Deflorin P. Lean, take two! Reflections from the second attempt at lean implementation. *Bus Horiz*. 2009;52(1):79–88.
  89. Atkinson P. “Lean” is a Cultural Issue. *Manag Serv*. 2010;54(2):35–41.
  90. Feng Q (May), Manuel CM. Under the knife: a national survey of six sigma programs in US healthcare organizations. *Int J Health Care Qual Assur*. 2008;21(6):535–47.
  91. Sim KL, Rogers JW. *Implementing lean production systems: barriers to change*. Manag Res News. Emerald Group Publishing Limited; 2008;32(1):37–49.

92. Schein EH. Organizational Culture and Leadership. *Leadership*. 2004;7:437.
93. Guimarães C, Carvalho J De. Lean Healthcare across Cultures: State-Of-The-Art. *AijcrnetCom*. 2012;2(6):187–206.
94. Drotz E, Poksinska B. Lean in Healthcare from Employees' Perspectives. *J Health Organ Manag*. 2014;28(2):4.
95. Al-Balushi S, Sohal AS, Singh PJ, Al Hajri A, Al Farsi YM, Al Abri R. Readiness factors for lean implementation in healthcare settings--a literature review. *J Health Organ Manag*. 2014;28(2):135–53.
96. Muir Gray JA. Better value healthcare - The 21st century agenda. *Z Arztl Fortbild Qualitatssich*. 2007;101(5):344–6.
97. Porter ME. What is value in health care? *N Engl J Med*. 2010;363(26):2477–81.
98. Malterud K. Kvalitative metoder i medisinsk forskning – forutsetninger, muligheter og begrensninger. *Tidsskrift for den norske legeforening*. Nr. 25. 2002; 122: 2468-72.
99. Malterud K. Kvalitative metoder i medisinsk forskning. 3. utgave. Universitetsforlaget; 2011.
100. Krausing JH. Opsamling fra konferencen "Kvalitet i psykiatrien og pakkeforløb". Danske Regioner; 2016.
101. Regkon Hovedstaden Psykiatri. Pakkeforløb [Internet]. Tilgjengelig fra: <https://www.psykiatri-regionh.dk/undersogelse-og-behandling/Tvaersektorielt-samarbejde/Praksissektor/Sider/Pakkeforloeb.aspx?rhKeywords=pakkeforl%C3%B8b>
102. Region Hovedstaden Psykiatri. Henvisning af voksne [Internet]. Tilgjengelig fra: <https://www.psykiatri-regionh.dk/undersogelse-og-behandling/Behandling/cvi/fagperson/henvisning-af-voksne/Sider/default.aspx>
103. Helsedirektoratet. Pakkeforløp for kreft [Internet]. Tilgjengelig fra: <https://helsedirektoratet.no/kreft/pakkeforlop-for-kreft>
104. Retsinformation. Autorisationsloven - Bekendtgørelse af lov om autorisation af sundhedspersoner og om sundhedsfaglig virksomhed. Ministeriet for Sunhed og Forebyggelse; 2011. LBK nr. 877.
105. Helmers AKB. Sykepleien. Er det plass til hele Katrine i én pakke? *Sykepleien* 1/2016: 24-31.
106. Region Hovedstaden. Virksomhedsplan 2015. København; 2015.
107. Vanhaecht K, De Witte K, Panella M, Sermeus W. Do pathways lead to better organized care processes? *J Eval Clin Pract*. Blackwell Publishing Ltd; 2009 Oct;15(5):782–8.



108. Panella M, Marchisio S, Di Stanislao F. Reducing clinical variations with clinical pathways: Do pathways work? *Int J Qual Heal Care*. 2003 Dec;15(6):509–21.
109. Benchmarking af psykiatrien 2014. Danske Regioner; 2015.
110. Pollitt C, Hupe P. Talking About Government. *Public Manag Rev*. 2011;13(5):641–58.
111. Sander K. Mintzberg`s 5 sektors logo - strukturelle konfigurasjoner. *eStudie.no*; 18. mai 2016. Available from: <http://estudie.no/strukturelle-konfigurasjoner/>
112. Burns LR, Bradley EH, Weiner BJ, Shortell. Shortell and Kaluzny` s Health Care Management Organization Design and Behavior. 3. utgave. Management; 2012.
113. Jenkins R. Towards a system of outcome indicators for mental health care. *Br J Psychiatry*. 1990;157(OCT.):500–14.
114. Srebnik D, Hendryx M, Stevenson J, Caverly S, Dyck DG, Cauce AM. Development of outcome indicators for monitoring the quality of public mental health care. *Psychiatr Serv. American Psychiatric Assn*; 1997 Jul;48(7):903–9.
115. Helsenorge.no. Kvalitetsindikatorer [Internet]. Direktorat for e-helse. Tilgjengelig fra: <https://helsenorge.no/kvalitetsindikatorer>
116. Cooper B. Evidence-based mental health policy: a critical appraisal. *Br J Psychiatry*. 2003;183(2).
117. Rømuld IW. Behandlingslinjer – en systematiseringsmetode. Medisinsk fagavdeling: Den norske legeforening; 2013.
118. Rotter T, Kinsman L, James E, Machotta A, Gothe H, Willis J, et al. Clinical pathways: effects on professional practice, patient outcomes, length of stay and hospital costs. *Cochrane database Syst Rev*. 2010;7(3):CD006632.
119. Høie B. Ikke likt, men like godt. *Morgenbladet*. 18. september 2015.
120. Høstmaelingen A. Klinisk ekspertise og New Public Management. *Tidsskrift for den norske psykologforeningen*. 2014/6; Vol 51; 453-460.
121. Kim D-M, Wampold BE, Bolt DM. Therapist effects in psychotherapy: A random-effects modeling of the National Institute of Mental Health Treatment of Depression Collaborative Research Program data. *Psychother Res*. 2006;16(2):161–72.
122. Wolff AM, Taylor SA, McCabe JF. Using checklists and reminders in clinical pathways to improve hospital inpatient care. *Med J Aust*. 2004 Oct 18;181(8):428–31.
123. Region Hovedstaden Psykiatri. Ventetider på psykiatrisk behandling faldet markant. *PsykiatriNyt*. 12/2014.
124. Sætren G. Endringstretthet [Internet]. *Orgpsyk. no*. 28. april 2011. Tilgjengelig fra: <http://orgpsykbloggen.blogspot.no/2011/04/endingstretthet.html>

125. Waring JJ, Bishop S. Lean healthcare: Rhetoric, ritual and resistance. *Soc Sci Med.* 2010 Oct;71(7):1332–40.
126. Strand N. Pakkeforløp på dansk. *Tidsskrift for Norsk psykologforening.* 2016/2; Vol 53: 92-93.
127. Regeringens udvalg om psykiatri, 2013. En moderne, åben og inkluderende indsats for mennesker med psykiske lidelser København: Ministeriet for sundhed og forebyggelse; 2013.
128. Kittelsen SA, Sarheim Anthun K, Kalseth B, Kalseth J, Halsteinli V, Magnussen J. En komparativ analyse av spesialist- helsetjenesten i Finland, Sverige, Danmark og Norge: Aktivitet, ressursbruk og produktivitet 2005-2007 SINTEF Helsetjenesteforskning og Frischsenteret; 2009.
129. Helse- og omsorgsdepartementet. Lov om kommunale helse- og omsorgstjenester m.m. (helse- og omsorgstjenesteloven). Helse- og omsorgsdepartementet; LOV-2011-06-24-30.
130. Helse- og omsorgsdepartementet. Lov om pasient- og brukerrettigheter (pasient- og brukerrettighetsloven). Helse- og omsorgsdepartementet; LOV-1999-07-02-63
131. Helsedirektoratet. Prioritering i spesialisthelsetjenesten. Oslo: Helsedirektoratet; 2015.
132. Bauer J, Børner H, Jeppesen P, Johannesen KH, Lindhardt A, Nordentoft M, et al. Barrierer for optimal psykiatrisk behandling. *Dagens Medisin*; 2012.
133. Ministeriet for Sundhed og forebyggelse. Ligevaerd – nyt fokus for indsatsen for mennesker med psykiske lidelser En langsigtet plan. København: Regeringen; 2014. ISBN 978-87-93214-04-0.
134. Hageberg AOL. Vil bare godkjenne to spesialiteter. *Tidsskrift for Norsk psykologforening.* 2012; vol 49: 411-413.
135. Sekretariatet for nasjonalt pasientsikkerhetsprogram. Her får du tipsene om tavlemøter - Pasientsikkerhetsprogrammet, I trygge hender [Internet]. Helsedirektoratet; 13. oktober 2015. Tilgjengelig fra: <http://www.pasientsikkerhetsprogrammet.no/no/Forbedringsverkt%C3%B8y/Artikler/her-f%C3%A5r-du-tipsene-om-tavlem%C3%B8ter>

# Vedlegg / Appendiks

Vedlegg 1: Intervjuguiden

Vedlegg 2: Samtykkeskjema intervju

Vedlegg 3: Godkjenning fra Personvernombudet

## Vedlegg 1

Intervjuguide Master MHA, Marianne Kvamsdahl: ”Pakkeforløp i psykisk helsevern – erfaringer fra klinikere i Danmark”. Intervju klinikere.

Pitch: i 2012 (2010) ble det innført pakkeforløp i psykisk helsevern i Danmark – nå planlegges innføring av dette også i Norge (+ i rusomsorgen). I Danmark var det forut for innføring skepsis blant mange klinikere til dette. Det er det også blant mange klinikere i Norge

1. Jeg lurer på hvordan du som kliniker har opplevd bruk av pakkeforløp i din hverdag?
2. Hvordan har pakkeforløp fungert praktisk?
3. Hvordan har det fungert i møte med pasient?
4. Føler du at behandlingen blir mer begrenset og at du mistet frihet til å tilpasse behandlingen underveis etter at pakkeforløp ble innført?
5. Opplever du at pakkeforløp fungerer bedre for noen diagnoser enn andre? I så fall hvilke og hvorfor?
6. Hvordan opplevde du diskusjonen om pakkeforløp i fagmiljøet før det ble innført?
7. Var du bekymret før det skulle innføres? I så fall hvilke bekymringer hadde du?
8. Har noen av bekymringene vist seg å slå til?
9. Var det noe du trodde skulle bli bedre ved innføring av pakkeforløp? I så fall hva?
10. Ble det bedre etter innføring?
11. Har diskusjonen om pakkeforløp vedvart etter innføring? Hvordan er stemningen for pakkeforløp i fagmiljøene i dag?
12. Hvilke reaksjoner har pasientene gitt i forhold til bruk av pakkeforløp?
13. Hvis du kunne bestemme i 2012 – hadde du ønsket eller ikke ønsket at pakkeforløp skulle innføres?
14. Så vidt jeg har forstått er det tidvis behov for å utvide pakkene – er det vanskelig å til?
15. Er det ofte behov for det?
16. Hvordan fungerer pakkeforløp for pasienter med komorbide tilstander?
17. Er det vanskelig å avslutte behandlingen? Opplever du at mange pasienter kunne trengt ”mer”?
18. Det har vært hevdet i Norge at vi bør begynne med komorbide pakker og bygge utfra det, hva tror du om det?
19. Hvilke pasientgrupper er det dere behandler her hovedsakelig?

20. Det er jo satt ned grupper som utreder og bestemmer hva pakkene skal inneholde – er du stort sett fornøyd med innholdet i pakkene?
21. Har fagmiljøene i Danmark tatt eierskap til forløpspakkene?
22. Har du noen sluttkommentar eller noe du ønsker å legge til?

## **Forespørsel om å delta i intervju i forbindelse med masteroppgave**

Jeg heter Marianne Kvamsdahl og skal skrive en masteroppgave ved avd. for helseledelse og helseøkonomi ved det medisinske fakultet ved Universitetet i Oslo.

Tema for oppgaven er organisering og erfaring med bruk av pakkeforløp i psykisk helsevern i Danmark.

For å finne ut av dette, ønsker jeg å intervju klinikere med erfaring med pakkeforløp i psykisk helsevern i Danmark og representanter for helsemyndighetene og interesseorganisasjoner i Norge og Danmark.

Intervjuene vil gjennomføres vår/sommer 2016. Hvert intervju vil ta cirka 45 min. Intervjuet vil bli tatt opp med båndopptaker og jeg kommer til å ta notater under intervjuene.

Jeg er underlagt taushetsplikt og alle data vil bli behandlet konfidensielt og anonymisert. Prosjektet skal avsluttes vinter 2016/17 og alt materiale vil da slettes. Informanter som ønsker det kan få en kopi av oppgaven etter at den er levert.

Prosjektet er meldt inn til Personvernombudet i Norge.

Deltakelse er frivillig. Så lenge studien pågår, kan du når som helst trekke tilbake samtykke uten å oppgi grunn. Alt materiale fra deg vil da bli slettet.

Har du i etterkant av intervju spørsmål kan du ta kontakt med meg på telefonnummer +47-90170474 eller sende meg en e-post til [marianne@kvamsdahl.no](mailto:marianne@kvamsdahl.no).

Med vennlig hilsen

Marianne Kvamsdahl

## **Samtykkeerklæring**

Jeg har mottatt informasjon om Marianne Kvamsdahl sin masteroppgave om pakkeforløp i psykisk helsevern i Danmark og samtykker til deltagelse i intervju.

Signatur .....



Harald Høegens gate 29  
N-5007 Bergen  
Nærøy  
Tel: +47 55 58 20 57  
Fax: +47 55 58 94 50  
nsd@nsd.uib.no  
www.nsd.uib.no  
Orgnr: 985 321 884

Frode Veggeland  
Institutt for helse og samfunn Universitetet i Oslo  
Postboks 1130 Blindern  
0318 OSLO

Vår dato: 18.04.2016

Vår ref: 47816 / 3 / LT

Deres dato:

Deres ref:

## TILBAKEMELDING PÅ MELDING OM BEHANDLING AV PERSONOPPLYSNINGER

Vi viser til melding om behandling av personopplysninger, mottatt 06.03.2016. Meldingen gjelder prosjektet:

<i>47816</i>	<i>Pakkeforløp i psykisk helsevern - erfaring fra klinikere i Danmark</i>
<i>Behandlingsansvarlig</i>	<i>Universitetet i Oslo, ved institusjonens øverste leder</i>
<i>Daglig ansvarlig</i>	<i>Frode Veggeland</i>
<i>Student</i>	<i>Marianne Kvamsdahl</i>

Personvernombudet har vurdert prosjektet og finner at behandlingen av personopplysninger er meldepliktig i henhold til personopplysningsloven § 31. Behandlingen tilfredsstiller kravene i personopplysningsloven.

Personvernombudets vurdering forutsetter at prosjektet gjennomføres i tråd med opplysningene gitt i meldeskjemaet, korrespondanse med ombudet, ombudets kommentarer samt personopplysningsloven og helseregisterloven med forskrifter. Behandlingen av personopplysninger kan settes i gang.

Det gjøres oppmerksom på at det skal gis ny melding dersom behandlingen endres i forhold til de opplysninger som ligger til grunn for personvernombudets vurdering. Endringsmeldinger gis via et eget skjema, <http://www.nsd.uib.no/personvern/meldeplikt/skjema.html>. Det skal også gis melding etter tre år dersom prosjektet fortsatt pågår. Meldinger skal skje skriftlig til ombudet.

Personvernombudet har lagt ut opplysninger om prosjektet i en offentlig database, <http://pvo.nsd.no/prosjekt>.

Personvernombudet vil ved prosjektets avslutning, 15.11.2016, rette en henvendelse angående status for behandlingen av personopplysninger.

Vennlig hilsen

Kjersti Haugstvedt

Lis Tenold

Kontaktperson: Lis Tenold tlf: 55 58 33 77

Vedlegg: Prosjektvurdering

Dokumentet er elektronisk produsert og godkjent ved NSDs rutiner for elektronisk godkjenning.

Auditingkontor / District Office

OSLO NSD: Universitet i Oslo, Postboks 1055 Blindern, 0316 Oslo. Tel: +47 22 85 52 11. [nsd@uio.no](mailto:nsd@uio.no)  
TRONDHEIM NSD: Norges teknisk-naturvitenskapelige universitet, 7805 Trondheim. Tel: +47 73 59 39 07. [kjone.nsd@ntnu.no](mailto:kjone.nsd@ntnu.no)  
BIRKBEK NSD: S.U. Universitet i Tromsø, 9017 Tromsø. Tel: +47 77 64 43 36. [nsd@uhv.uib.no](mailto:nsd@uhv.uib.no)