

Mellom kart og terreng

En kvalitativ studie av pakkeforløp i psykisk helsevern

Tom Ellingsen og Petter Danielsen



Masteroppgave

Erfaringsbasert master i helseadministrasjon

Avdeling for helseledelse og helseøkonomi

Institutt for helse og samfunn

Det medisinske fakultet

Universitetet i Oslo

27. Mai 2020

Sammendrag

Bakgrunn

Innføringen av pakkeforløp for rus og psykisk helse representerer en av de største endringene som er blitt gjennomført i psykisk helsevern, og har betydelige implikasjoner for hvordan behandling og behandlingsforløp organiseres. Denne oppgaven undersøker hvordan innføring av pakkeforløpene påvirker organisasjonene og de ansatte som arbeider der. Vi har valgt å ha fokus på poliklinikker i Distriktpsikiatriske sentre (DPS) i psykisk helsevern da disse er en sentral del av dette fagområdet, og har en viktig rolle i innføringen av pakkeforløpene. Pakkeforløpene blir studert i lys av tre byråkratimodeller: New Public Management, samt to av Henry Minzbergs byråkratiformer, fagbyråkratiet og maskinbyråkratiet. Disse modellene blir brukt som analytisk ramme for å belyse på hvilken måte pakkeforløp endrer psykisk helsevern.

Problemstilling

Hvilke konsekvenser får innføringen av pakkeforløp for de organisasjonene som implementeringen skjer i og behandlerne som arbeider der? Vi undersøkte særlig fire spesifikke spørsmål: 1.) Vil det skje organisasjonsmessige endringer som følge av innføringen av pakkeforløp? Vil innføringen av pakkeforløp medføre en dreining bort fra den profesjonsbyråkratiske strukturen som tradisjonelt preger organiseringen i sykehus? Hvordan opplever behandlere og ledere i poliklinikkene i DPS i psykisk helsevern innføringen av pakkeforløp? 3.) Hvordan vil behandlerne som arbeider i DPSene respondere på de endringene som innføringen av pakkeforløpene innebærer?

Metode

For å belyse problemstillingen valgte vi en kvalitativ tilnærming. Kvalitative metoder er godt egnet der en ønsker å belyse erfaringsbredde og opplevelser. Det ble gjennomført 14 semistrukturerte intervjuer på 3 DPS i ulike helseforetak på Østlandet. Både ledere og behandlere ble intervjuet

Funn

Pakkeforløpene innfører et betydelig antall standarder og målkrav knyttet til pasientforløpene, og de fleste av informantene beskrev at pakkeforløpet reduserer deres faglige autonomi.

Tidskravene knyttet til utredning kunne medføre at kliniske beslutninger ble tatt på svakt grunnlag, og at pasienter som ikke er i utredning blir nedprioritert. Kravet til dokumentasjon av ikke standardisert behandling opplevdes også som hemmende. Flertallet av våre informanter rapporterte at deres faglige vurderinger fikk forrang hvis disse kom i konflikt med eller sto i motsetning til kravene i pakkeforløpene. Ledere var positive til pakkeforløp og beskrev at de ble fulgt opp med hensyn til målkravene i sine ledermøter. Det var imidlertid variasjon med hensyn til hvilken grad lederne selv fulgte opp sine behandlere. Et resultat av oppfølgingen var blant annet et økt fokus på effekt av behandling og pasientgjennomstrømning. Samtidig ble det beskrevet at kvaliteten på behandling kunne bli redusert som følge av dette fokuset.

Informantene var samstemte i sin opplevelse av at pakkeforløp har medført økt standardisering av arbeidet som de utfører. Den økte standardiseringen påvirker spesielt utredningsdelen av pasientforløpet og gjør seg mindre gjeldende i behandlingsdelen. De faglige standardene som innføres har høy legitimitet og oppleves å understøtte god faglig tenkning. De oppleves også å være til hjelp for å øke kvaliteten på arbeidet som den enkelte utførte. Samtidig mente mange at standardiseringen økte dokumentasjonskravet og dermed arbeidsbelastningen. Enkelte av de standardiserte elementene opplevdes også påtvunget og forstyrrende i behandlingen. Standardiseringen skapte spesielt problemer i de kompliserte forløpene hvor forløpskravene og pasientenes behov i liten grad stemte overens. Det ble også uttrykt en viss bekymring for at pasienter som ikke passer inn i pakkeforløp ville bli nedprioritert. Det tydelige skillet mellom utrednings- og behandlingsfase ble av flere oppfattet som lite tilpasset arbeidsmåten i psykisk helsevern.

Informantene var delte sin opplevelse av målkravene i pakkeforløpet. Enkelte opplevde disse som en nødvendig innstramming og verktøy for kvalitetsforbedring. Andre igjen opplevde disse mer som kontrollelementer. Ledere og behandlere formidlet at de hadde klare intensjoner om å fylle målkravene, men at de opplevde det som vanskelig å overholde tidsfristene for ferdigstilling av utredning. Det ble også pekt på at dette kunne føre til en ikke-intendert dreining fra behandling til utredning, der utredningsfasen ble prioritert på bekostning av behandlingsfasen.

Konklusjon

Selv om implementeringen av pakkeforløpene fortsatt er i et tidlig stadium, begynner enkelte effekter å gjøre seg gjeldende. Innføringen medfører en endring i organisasjonsform i retning av en mer tradisjonell maskinbyråkratisk form med elementer fra New Public Management. Samtidig ser vi at profesjonsbyråkratiet til en viss grad motsetter seg disse endringene. Behandlerne har en sterk faglig identitet og prioriterer faglige vurderinger foran pakkeforløpskravene der disse ikke samsvarer. Vi observerte også uintenderte effekter av målkravene i form av dreiningseffekter og målforskyvninger. Pasientene med de mest kompliserte lidelsene synes å være den gruppen som forløpene i minst grad passer for, da disse forløpene ofte krever mer tilpasning og fleksibilitet enn de enklere forløpene. Det kan derfor synes som at strukturen i pakkeforløpene er for lite fleksibel til å kunne passe for alle pasientgruppene. Pakkeforløpene synes også å ha medført en økt arbeidsbelastning for behandlerne da disse har blitt tilført flere ekstraoppgaver i form av koding, rapportering og dokumentasjon. Funnene indikerer også at pakkeforløpene påvirker rollen til førstelinjelederne da enkelte syntes å bli mer tilbaketrukket fra den faglige ledelsen. Økt fleksibilitet med hensyn til standardene og målkravene kan bidra til en implementering som er mer i tråd med intensjonene, og redusere noen av de ikke- intenderte effektene som vi har sett.

Forord

Oppgaven er avslutningen på mastergradsstudiet i helseadministrasjon ved det medisinske fakultet ved universitetet i Oslo. Arbeidet med oppgaven har vært en spennende reise som har gitt oss verdifull innsikt i hvordan pakkeforløp påvirker organisasjonene som disse innføres i, og ikke minst hvordan de ansatte opplever en slik endring.

Oppgaven har blitt til over lang tid og med arbeid i mange helger og kvelder. Vi har vært nødt til å prioritere dette foran mange andre hyggelige ting. Tusen takk til våre familier som har vist forståelse for dette og som nå, sammen med oss, er glade for at vi har blitt ferdige.

Vi vil rette en stor takk til vår veileder Frode Veggeland for trygg og kompetent veiledning. Du har holdt oss på sporet, og hjulpet oss med å finne den røde tråden i prosjektet.

En stor takk til velvillige DPS på Østlandet som ønsket å bidra inn i dette prosjektet, og en ekstra stor takk til travle informanter som ga oss slik rik informasjon i en travel arbeidshverdag.

Vi vil også gi takk til Akershus Universitetssykehus divisjon psykisk helse, vår felles arbeidsgiver, som har gitt oss rammer og mulighet til å ta denne videreutdanningen og skrive denne oppgaven.

Oppgaven har blitt utformet og skrevet i samarbeid mellom Petter Danielsen og Tom Ellingsen. Nærmere beskrivelse av arbeidsprosess og arbeidsfordeling foreligger i vedlegg 5.

Innholdsfortegnelse

1 INNLEDNING	1
1.1 Problemstillinger	2
1.1.1 Problemstilling	2
1.1.2 Forskningsspørsmål:	3
2 BAKGRUNN	4
2.1 Hva er pakkeforløp?	4
2.2 Prosessen frem til pakkeforløp i Norge	5
2.3 Debatten om pakkeforløpene i Norge	6
2.4 Erfaringer med pakkeforløpsorganisering	9
2.5 Studier av pakkeforløp innenfor rus- og psykisk helse	9
3 TEORIDEL	11
3.1 Maskinbyråkratiet og det profesjonelle byråkratiet	11
3.1.1 Mintzbergs strukturelle organisasjonsmodell	11
3.1.2 Det profesjonelle byråkratiet	13
3.1.2.1 Klinisk autonomi	15
3.1.2.2 Betydningen av klinisk autonomi	17
3.1.3 Maskinbyråkratiet	17
3.2 New Public Management	20
3.2.1 Mål og resultatstyring	22
3.3 Oppsummering	25
4 METODE	25
4.1 Datainnsamling	25
4.2 Intervjuguide	26
4.3 Utvalg og rekruttering	26
4.4 Gjennomføring	28
4.5 Analyse av data	28
4.6 Egen rolle som forskere	29
4.7 Validitet	29
4.7.1 Intern validitet	30
4.7.2 Ekstern validitet	30

4.8 Repeterbarhet	31
4.9 Relevans og begrensninger	31
4.10 Godkjenning av prosjektet	32
5 FUNN	32
5.1 DPS som en del av spesialisthelsetjenesten	32
5.1.1 Prosess og aktivitet	34
5.2 Pakkeforløp psykisk helse – voksne	34
5.2.1 Oversikt over forløpet	36
5.2.2 Start av pakkeforløp	36
5.2.3 Kartlegging og Utredning	37
5.2.4 Behandling	38
5.2.5 Evaluering	38
5.2.6 Forløpstider i pakkeforløpene	39
5.2.7 Koding	40
5.2.8 Avslutning av pakkeforløpet	40
5.2.9 Fokuspunkter i pakkeforløpet	41
5.2.9.1 Brukermedvirkning	41
5.2.9.2 Samhandling	42
5.2.9.3 Somatisk helse og levevaner	42
5.2.9.4 Forløpsstyring og forutsigbarhet	42
5.2.9.5 Kvalitetssikring	42
5.2.9.6 Medikamenter	42
5.2.9.7 Barn som pårørende	43
5.2.10 Forløpskoordinator	43
5.3 Informantenes erfaringer	43
5.3.1 Autonomi	43
5.3.2 Standardisering	49
5.3.3 Lokal standardisering	51
5.3.4 Opplevelser med økt standardisering	52
5.3.5 Økte dokumentasjonskrav	53
5.3.6 De kompliserte forløpene	54
5.3.7 Målkravene	56
5.3.8 Pasientgjennomstrømning	59
5.3.9 Lederoppfølging	61
5.3.10 Oppsummering	63
6 ANALYSE	64
6.1 Profesjonsbyråkratiet og pakkeforløp	64
6.1.1 Legitimitet	64
6.1.2 Autonomi	65
6.1.3 Lojalitet til pakkeforløpene	66
6.1.4 Dokumentasjonskrav	66
6.1.5 Lineære forløp	67
6.2 Maskinbyråkratiet og pakkeforløp	69

6.2.1 Standardisering	69
6.2.2 Effekter av standardisering	70
6.2.3 Rapportering/kontroll	71
6.2.4 Sentralisering	71
6.2.5 De kompliserte forløpene	72
6.3 New Public Management og pakkeforløp	73
6.3.1 Mål og resultatstyring	74
6.3.2 Mål og resultatstyring i pakkeforløpene	75
6.3.3 utfordringer ved mål- og resultatstyring	75
6.3.4 Mål og resultatstyring i psykisk helsevern	76
6.3.5 Motivasjon	78
6.3.6 Tillit	78
6.3.7 Målstyring og standardisering	80
6.3.8 Effektivitet	80
6.3.9 Brukerorientering	81
6.3.10 Ledelse	82
6.4 Oppsummering	83
7 OPPSUMMERENDE DISKUSJON	84
7.1 Behandlere og lederes opplevelser	84
7.1.1 For mye standardisering?	85
7.2 Behandleres og lederes reaksjoner på pakkeforløpene	86
7.3 Organisasjonsmessige endringer	88
7.3.1 Effektivitet	89
7.3.2 Ikke - intenderte effekter	90
7.4 Generaliserbarhet	90
8 KONKLUSJON OG VEIEN VIDERE	91
8.1 Veien videre	92
REFERANSER	93
VEDLEGG	102

1 Innledning

Det har blitt gjort en betydelig innsats for å styrke tjenestetilbudet innenfor psykisk helsevern i Norge de senere årene. Opptrappingsplanen for psykisk helse fra 1998 – 2008 (Sosial og helsedepartementet, 1998), og ressursinnsatsen denne har innebåret, har medført en betydelig styrkning av tjenestene, både i primærhelsetjenesten og i spesialisthelsetjenesten. Sammenliknet med mange andre land kan Norge sies å ha et godt utviklet tilbud til mennesker med psykiske lidelser og rusmiddelproblemer (OECD, 2014).

En rekke rapporter har imidlertid pekt på utfordringer med hensyn til organisering og gjennomføring av behandlingen i psykisk helsevern i Norge. Rapportene *Reviews of Health Care Quality: Norway 2014* (OECD, 2014), riksrevisjonens rapport om samhandlingsreformen (Riksrevisjonen, 2016), brukerundersøkelse fra kunnskapscenteret (Kjøllesdal & Iversen, 2014) og helsetilsynets landsdekkende tilsyn med DPS i 2008/ 2009 (Helsetilsynet, 2010) har alle pekt på områder innenfor psykisk helsevern i Norge som bør forbedres.

Det ble i rapportene blant annet vist til manglende standardisering av behandlingstilbudene, et tema som har vært gjenstand for diskusjon i fagmiljøene over lang tid. Ulike fagtradisjoner har også hatt divergerende syn på dette. Det ble også gjort rede for manglende ansvarsfordeling mellom ulike forvaltningsenheter, manglende koordinering, og varierende kvalitet på tjenestene. Videre har det blitt funnet stor variasjon i hvem som gis rett til behandling, variasjon i ventetid, og uønskede forskjeller i kvalitet og kompetanse. Det ble også avdekket forskjeller i oppfølging av somatisk helse og ulik praksis for bruk av tvang. Det ble i denne sammenheng vist til at pasienter med psykisk lidelse og/ eller rusproblemer har en gjennomsnittlig levetid som er ca. 20 år kortere enn i befolkningen for øvrig. Denne overdødeligheten skyldes i hovedsak somatisk sykdom.

Rapporten *Internasjonalt perspektiv på psykisk helse og helsetjenester til mennesker med psykiske lidelser* (Helsedirektoratet, 2015a) oppsummerte disse funnene, og dannet bakgrunnen for å gjennomføre tiltak for kvalitetsforbedring i psykisk helsevern i Norge (Helsedirektoratet, 2016). Som en del av disse tiltakene besluttet helseminister Bent Høie i august 2015 å innføre pakkeforløp for rus og psykisk helse i Norge.

Innføringen av pakkeforløp i Norge har i stor grad vært inspirert av erfaringene fra pakkeforløp i Danmark. I Danmark har pakkeforløp for kreftbehandling eksistert siden 2008, og i 2014 fikk Helsedirektoratet i oppdrag å utforme og implementere pakkeforløp for kreft i norsk helsetjeneste. I 2015 ble det utarbeidet 28 pakkeforløp for kreft, og dette var til da den største innføringen av standardiserte behandlingsforløp i det norske helsevesenet.

Danmark har hatt pakkeforløp for psykiske lidelser siden 2013. Innen psykisk helsevern i Danmark hadde det vært store uforklarlige regionale forskjeller, blant annet knyttet til diagnostikk og ressursbruk. (Mikkelsen, Bussey, Asger & Jensen, 2011) og i 2013 innførte Danske Regioner de første 9 diagnosebaserte pakkeforløp i psykisk helse. Tiltaket har blitt vurdert å ha flere positive effekter; blant annet at flere pasienter får behandling, det er utviklet flere behandlingstilbud til nye grupper pasienter, samt at behandlingstilbudet er blitt mer målrettet og fokusert (Helsedirektoratet, 2016).

1.1 Problemstillinger

Innføringen av pakkeforløp for rus og psykisk helse representerer en av de største endringene som er blitt gjennomført i denne delen av helsevesenet, og har betydelige implikasjoner for hvordan behandling og behandlingsforløp organiseres. Vi ønsker i denne oppgaven å studere hvordan innføringen av pakkeforløp påvirker de organisasjonene som denne reformen er rettet mot, og hvilke endringer dette medfører for disse organisasjonene. Vi har valgt å fokusere på poliklinikker i DPSene da disse er sentrale i innføringen av pakkeforløpene. I tillegg har vi ønsket å studere hvordan behandlere og ledere i poliklinikkene opplever innføringen av pakkeforløp, og hvordan de responderer på disse endringene.

1.1.1 Problemstilling

Hvilke konsekvenser får innføringen av pakkeforløp for de organisasjonene som implementeringen skjer i og behandlerne som arbeider der?

1.1.2 Forsknings spørsmål:

- 1.) Hvordan opplever behandlere og ledere i poliklinikkene i DPS i psykisk helsevern innføringen av pakkeforløp?
- 2.) Hvordan responderer behandlerne og lederne som arbeider i DPSene på de endringene som innføringen av pakkeforløpene innebærer?
- 3.) I hvilken grad og på hvilken måte medfører innføringen av pakkeforløp organisasjonsmessige endringer?
- 4.) I hvilken grad synes innføring av pakkeforløp å bidra til en dreining bort fra det vi har karakterisert som den profesjonsbyråkratiske organiseringen i sykehus og over mot andre organisasjonsformer?

For å undersøke disse problemstillingene vil vi gjennom en kvalitativ studie undersøke på hvilken måte innføringen av pakkeforløp bærer med seg trekk fra andre organisasjonsformer enn den profesjonsbyråkratiske strukturen som New Public Management og den «maskinbyråkratiske» organisasjonen (Mintzberg, 1979, Hood 1991). Vi vil også gjennom å intervjuere behandlere i DPSer undersøke hvordan disse opplever reformen. Vi har vært spesielt opptatt av hvordan behandlerne opplever at reformen har påvirket deres faglige autonomi.

For å avgrense studienes fokus og omfang, har vi valgt å fokusere på behandlere og førstelinjeledere i polikliniske tjenester ved de DPSene vi har studert. Behandlere fra døgnavdelinger eller døgnsesjoner er dermed ikke inkludert. Vi har i tillegg valgt å avgrense fokusområdet til det generelle pakkeforløpet for voksne.

2 Bakgrunn

Vi vil i denne delen gjøre rede for bakgrunnen for innføringen av strukturerte pasientforløp i psykisk helsevern. Videre vil vi beskrive prosessen som ledet frem til pakkeforløp i Norge, sammen med den faglige debatten som ble vekket i kjølvannet av denne.

2.1 Hva er pakkeforløp?

Strukturerte og integrerte pasientforløp ble introdusert i helsetjenesten i USA på 1980 tallet og har blitt en stadig mer utbredt måte å organisere pasientbehandlingen på innenfor ulike fagområder som eksempelvis kreftbehandling og slagbehandling (Allen, Gillen & Rixson, 2009, Rotter, Kinsman, James, Machotta, Gothe, Willis, Snow & Kugler, 2010, Gordon & Reiter, 2016). Pakkeforløp er en måte å organisere helsehjelp på, og har sitt utgangspunkt i en målsetning om å skape helhetlige standardiserte pasientforløp, basert på den beste tilgjengelige kunnskapen om hva som hjelper for en spesifikk pasientgruppe, og gjennom dette optimere resultatene for pasientene og øke effektiviteten i tjenestene (Rotter et al., 2010). Mens kliniske retningslinjer gir generelle anbefalinger, så gir pakkeforløp detaljerte føringer om lokal strukturering, systemer og tidsrammer for å gjennomføre disse anbefalingene. Utarbeidelse av pakkeforløp kan dermed beskrives som en metode for å “... map out a patient’s journey and aim to have: the right people, doing the right things, in the right order, at the right time, in the right place, with the right outcome” (Allen et al., 2009, s.62).

Helsedirektoratet definerer pakkeforløp slik: En modell for en koordinert, tverrfaglig behandlingsprosess med en avklart start og endepunkt for en definert pasientgruppe (Helsedirektoratet, 2014a).

Nasjonale pakkeforløp innebærer å etablere nasjonale, normerende forløp for utredning og behandling av ulike tilstander. Forløpene skal bygge på nasjonale og internasjonale faglige retningslinjer for utredning og behandling der disse finnes. De skal være basert på en normativ beskrivelse av mål og tiltak og være forankret i faglig evidens og god klinisk praksis samt sikre effektiv ressursutnyttelse og gi målbare resultater (Helsedirektoratet, 2016). Pakkeforløpene har ikke status som en pasientrettighet, men som en anbefalt ramme for den behandlingen som skal skje.

2.2 Prosessen frem til pakkeforløp i Norge

På bakgrunn av Helseministerens beslutning fikk Helsedirektoratet i oppdragsbrevet for 2016 fra Helse og Omsorgsdepartementet følgende oppdrag:

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 (Helsedirektoratet, 2016).

Det ble lagt vekt på at utarbeidelsen av pakkeforløpene skulle skje i samarbeid med tjenestene og brukerorganisasjonene. Arbeidet skulle også skje med bakgrunn i erfaringer fra implementering av pakkeforløp for kreft i 2015 (Helsedirektoratet, 2018)

På bakgrunn av oppdraget ble det utformet en prosjektplan (Helsedirektoratet, 2016), som dannet utgangspunkt for det videre arbeidet. I prosjektplanen ble det pekt på flere områder med behov for kvalitetsforbedring. I tillegg til de områdene som ble nevnt i innledningen ble det også, på bakgrunn av Helsetilsynets landsdekkende tilsyn med DPSene i 2008 og 2009, vist til manglende eller store variasjoner med hensyn til utredning og diagnostikk, manglende bruk av anerkjent praksis, manglende spesialistinvolvering, varierende grad av samhandling internt, eksternt og mellom fagområder og variasjon i hensiktsmessig organisering (Helsetilsynet, 2010).

I prosjektplanen ble følgende overordnede målsetninger for pakkeforløpene formulert:

- De skal sørge for at det gis gode, sammenhengende og tverrgående pasientforløp for pasienter med psykiske lidelser og/eller rusmiddelproblemer.
- De skal gi forutsigbarhet og trygghet for pasienter og pårørende.
- De skal sørge for at faglig ubegrunnet ventetid for utredning, behandling og oppfølging av pasienter med psykiske lidelser og/eller rusmiddelproblemer unngås.
- De skal sørge for at det gis et faglig likeverdig tilbud til pasienter med psykiske lidelser eller rusmiddelproblemer uavhengig av hvor i landet de bor.
- De skal sørge for bedre ivaretagelse av somatisk helse og gode levevaner.
- De skal gi økt brukermedvirkning og brukertilfredshet

Helsedirektoratet etablerte to eksterne arbeidsgrupper, en knyttet til psykisk helse og en knyttet til rus. Disse gruppene møttes våren 2016 og var med på å utarbeide en plan for prosess og anbefalinger til HOD som skulle være ferdig 1. april 2016 (Helsedirektoratet, 2016). Det ble etter dette etablert arbeidsgrupper knyttet til hvert pakkeforløp hvor det var representanter fra bruker- og pårørendeorganisasjoner samt relevante fagmiljøer.

Det ble også etablert en referansegruppe bestående av representanter fra ulike kompetansetjenester og kompetansesentre, fagorganisasjoner, regionale helseforetak (RHF) og Helsedirektoratet. Gruppen fikk som mandat å bistå Helsedirektoratet med innspill og råd i arbeidet med pakkeforløpene. Underveis i prosessen ble det holdt rådslag, hvor relevante aktører hadde mulighet til å komme med innspill til arbeidet med de ulike pakkeforløpene. Dette skjedde både i oppstartsfasen og underveis i prosessen, hvor utkast til forløp ble presentert. I tillegg har utkast til pakkeforløpene vært ute til høring hos helseforetakene, kommunale helsetjenester, profesjonsforeninger, brukerorganisasjoner og andre relevante høringsinstanser (Helsedirektoratet, 2016). Tre av pakkeforløpene ble sendt ut på høring høsten 2017. Pakkeforløpene skulle, etter den opprinnelige planen, implementeres i september 2018. Dette ble imidlertid utsatt til 1. januar 2019 (Helsedirektoratet, 2016).

2.3 Debatten om pakkeforløpene i Norge

Beslutningen om å starte innføring av pakkeforløp i psykisk helse og rusfeltet førte raskt til en debatt i fagmiljøene, en debatt som også ble ført i media og som tidvis hadde en skarp tone.

Hovedlinjene i den tidlige debatten fokuserte på motsetningen mellom den standardiseringen som innføring av pakkeforløp medbringer, og behovet for individuell tilpasning av behandlingen. Debatten var også preget av en forventning om at de norske pakkeforløpene skulle utformes tilsvarende pakkeforløpene i Danmark. De danske pakkeforløpene har flere diagnosespesifikke forløp og inneholder tydelige rammer for omfanget av behandling innenfor hver diagnosekategori.

Et av de første innspillene kom i Morgenbladet fra to allmennleger, Henrik Vogt og Andreas Saxlund Pahle, i artikkelen «likeverd på samleband» (Vogt & Pahle, 2015). Her ble det argumentert for at psykiske lidelser ikke kan sees på som distinkte sykdomsenheter, slik det kan fremstå i diagnosesystemene, men at de er uttrykk for sammensatte årsaksforhold som ikke

kan sees isolert fra de kontekstuelle forhold de fremstår i. Kompleksiteten og mangfoldet i måten disse lidelsene manifesterer seg på lar seg vanskelig definere inn i snevre pakkeforløpsbeskrivelser. De eksemplifiserer dette gjennom å vise til to pasienter med samme diagnose, men som har hatt svært ulike behov for behandling. De betegnet pakkeforløp som et «standardisert samlebandsforløp», hvor individuell tilpassing ikke er mulig, og hevdet at formålet med pakkeforløp ikke er likeverdige tilbud, men kontroll på fagfolk, kostnadsreduksjon og økt effektivitet. De hevder videre at pakkeforløp vil redusere klinikernes autonomi, og at dette vil redusere deres motivasjon, innsats og kreativitet i møte med pasientene. Det siste punktet ble også fremhevet av Ekeland (2018) som uttrykker videre bekymring for at den kliniske autonomien vil undermineres ved innføring av pakkeforløp. Han framholder at klinisk autonomi er en egenskap ved den faglige virksomheten som sikrer kvalitet ved at den beskytter det kliniske rommet mot inntrengning utenfra, og at utøvelse av godt klinisk skjønn er nødvendig for å gi god, tilpasset, behandling.

Flere debattanter understøttet denne oppfatningen. Tre danske behandlere som hadde erfaring fra de danske pakkeforløpene, beskrev manglende fleksibilitet i behandlingen, samt et tungt administrativt apparat som overvåker og kontrollerer driften (Heinskou, Alberdi & Jordet, 2015). Også Norsk psykologforening stilte seg skeptisk til pakkeforløpene, og fagsjefen beskriver i et intervju sin bekymring for en tenkning der «One size fits all» (Halvorsen, 2015). Også her ble det lagt vekt på diagnosens begrensning når det gjelder å indikere hvilken behandling pasienten er i behov av.

I debattartikkelen «psykoterapiforskning støtter ikke pakkeforløp» (Stänicke, Oddli, Halvorsen & Benum, 2015), tas det til motmæle mot en standardisering av pasientforløp. De argumenterer med at det ikke er en lineær sammenheng mellom behandlingsmetode, psykisk lidelse og effekt av behandling. Videre viser de til at bruk av behandlingsmanualer ikke nødvendigvis er forbundet med god effekt, men at det kan føre til rigiditet og dårligere behandlingsallianse. De vektlegger at pasienten selv bringer med seg mye inn i behandlingen og at dette har stor betydning for hvordan denne skal utformes og hva utfallet vil bli. Dette vil blant annet være klienten sine verdier og preferanser, egen oppfatning av problemet, samt motivasjon og forventinger til behandlingen. I dette rommet kommer terapeutens ekspertise og kliniske

autonomi inn. Forfatterne vektlegger betydningen av klinisk ekspertise, som blant annet kjennetegnes av fleksibel bruk av metode og evne til håndtering av kompleksitet.

Kritikken knyttet til standardisering og manglende fleksibilitet ble imøtegått av Helseminister Bent Høie, som uttrykte at dette vil bli tatt hensyn til når pakkeforløpene blir laget (Høie 2015). Argumentene i denne artikkelen kan forstås som en kritikk mot den profesjonelle autonomien, og argumenterer for at det er behov for standardiserende tiltak, og det reiser seg en debatt knyttet til skjæringspunktet mellom standardisering og faglig autonomi. Her blir det hevdet at personlige preferanser og ikke oppdatert kunnskap i for stor grad styrer tilbudet som gis den enkelte pasient og at pakkeforløp vil forbedre dette. Det ble videre pekt på den variasjonen som eksisterer med hensyn til kvalitet, innhold og ventetid for behandling av psykisk syke. Høie uttrykte også at den nye standarden også skal romme de komplekse pasientene, og at det skal være mulighet for bruk av klinisk skjønn innenfor pakkeforløpet.

Enkelte behandlere innenfor psykisk helsevern (Hoffart & Urnes, 2015) stilte seg også bak Helseministeren. Her ble det argumentert med at «terapeuter er svært dårlige til å forutse dårlig behandlingsutbytte, at de ikke har uttalte kriterier for å stoppe behandlingen, og at de ikke har alternative planer for pasienter som ikke bedrer seg.» Pakkeforløp vil etter deres mening være med på å sikre at pasienten sine problemer blir behandlet etter best tilgjengelige kunnskap, og at innebygd evaluering vil være med på å oppdage pasienter som ikke responderer positivt på behandling.

Debatten etter oppstarten av pakkeforløpene har i stor grad vært preget av påstander om at pakkeforløp har medført mye rapportering og kontroll i form av omfattende kodingsregimer og at krav og ressurser ikke henger sammen (Tessand, 2019, Næs, 2019). Andre har fokusert på at pakkeforløpene, og de kontrollsystemene som disse inneholder, reflekterer en mistillit til behandlere i psykisk helsevern og at dokumentasjonskravene medfører at behandlere har mindre tid igjen til pasientbehandling (Liverød, 2019).

2.4 Erfaringer med pakkeforløpsorganisering

Det har blitt publisert en rekke studier som har hatt til formål å evaluere effekten av denne måten å organisere helsetjenester. En Cochrane review (Rotter et al. 2010) indikerte at strukturerte kliniske pasientforløp (Clinical Pathways) kunne redusere sykehuskomplikasjoner, føre til bedre dokumentasjon, redusere lengden på sykehusopphold, og redusere kostnaden på sykehusopphold. Det ble ikke funnet forskjeller med tanke på reinnleggelser eller mortalitet under innleggelse.

Andre studier har funnet at behandling ved pakkeforløp i større grad enn ved ordinær behandling har ført til at pasienter har mottatt adekvat helsehjelp innen rimelig tid (Allen et al. 2009). Man fant også at de øker sannsynligheten for at personell følger kliniske retningslinjer og behandlingsprotokoller, og dermed reduserer variasjon i praksis. Innføring av slike forløp har imidlertid størst effekt, der pasientforløpene er forutsigbare, og der det er identifiserte svakheter med hensyn til de tjenestene som ytes (Allen et al., 2009). Andre studier har funnet at pakkeforløp kan forbedre teamarbeid (Salas, King & Rosen, 2012).

I Norge har Grønvold (2017) studert innføring av pakkeforløp for kreft ved Oslo Universitetssykehus. Hovedfunnene fra denne indikerte at innføringen av pakkeforløp hadde bidratt til økt samarbeid og samhandling mellom sykehusavdelingene og en økt pasientorientering av tjenestene. De hadde imidlertid i mindre grad bidratt til mer effektive pasientforløp, hovedsakelig fordi organisatoriske forhold ikke la til rette for dette.

2.5 Studier av pakkeforløp innenfor rus- og psykisk helse

Det har blitt gjennomført få studier av pakkeforløp innenfor rus og psykisk helse. Litteratursøk i McMasterPlus via Helsebiblioteket avdekket ingen systematiske studier av pakkeforløp innenfor dette fagområdet. Det har imidlertid blitt gjennomført to studier av pakkeforløp i henholdsvis Danmark og Norge.

I en undersøkelse har man sett på de danske pakkeforløpene (Kvamsdahl, 2016). Denne studien fant at pasientene fikk bedre koordinerte forløp, samt raskere utredning og behandling enn tidligere. Pakkeforløpene hadde også bidratt til å redusere ventetider og gi flere pasienter behandling. Det ble imidlertid også funnet indikasjoner på at tiltakene hadde medført noe redusert valgfrihet for pasientene, da få eller ingen private tjenestetilbydere har klart å tilby

pakkeforløp og gjøre dette lønnsomt. Videre ble det funnet at behandlerne opplevde å ha lite eierskap til pakkeforløpene, da behandlernes autonomi ble betydelig redusert, spesielt med tanke på at deres vurderinger ikke kan stå alene, men må overprøves av andre instanser. Det har også fremkommet at det kunne forekomme sabotering av pakkeforløpene, for eksempel ved at behandlerne la flere timer inn i pakkene fordi de mente pasientene trengte det, eller ved at pakkene ble avsluttet tidligere fordi behandlerne måtte frigi tid til nye pasienter som skulle ha pakkeforløp. Det ble også observert vridningseffekter ved at man laget for mange diagnosespesifikke pakkeforløp, der man så at pasienter som ikke passet inn i de spesifikke forløpene ble nedprioritert. Det ble også beskrevet målforskyvninger, eksempelvis ved at måltall for gjennomførte forløp fikk større prioritet enn kvaliteten på den helsehjelpen som ble gitt (Kvamsdahl, 2016).

Høsten 2019 gjennomførte SINTEF en evaluering av de norske pakkeforløpene, og resultatene fra denne ble publisert i februar 2020 (Ådnanes, Kaspersen, Melby & Lassemo, 2020). I denne undersøkelsen ble fagfolkernes erfaringer undersøkt gjennom både kvalitative og kvantitative datainnsamlinger. Resultatene fra denne pekte på at flertallet mente at pakkeforløpene i liten grad bidro til mer brukerinvolvering og brukertilfredshet, og at de ikke førte til mer sammenhengende og koordinerte pasientforløp. Det var også få som mente at pakkeforløpene bidrar til bedre ivaretagelse av pasientenes somatiske helse. Behandlerne beskrev at de opplevde større arbeidsbelastning og at de brukte mer tid på administrative oppgaver. Halvparten av behandlerne formidlet også at de brukte mindre tid på pasientkontakt enn før pakkeforløpene ble innført. Generelt var ledere mer positive til pakkeforløpene enn behandlerne, og de som jobbet innen tverrfaglig spesialisert behandling var mer positive enn ansatte i DPSene.

3 Teoridel

I denne delen vil vi beskrive tre ulike byråkratimodeller som vi senere vil anvende som analytisk ramme for det empiriske materialet. To av modellene er beskrevet av Mintzberg (1979): Profesjonsbyråkratiet og maskinbyråkratiet. Vi velger å bruke profesjonsbyråkratiet da organisering av helsevesenet generelt og sykehus spesielt, ofte er blitt brukt som «kron eksempel» på denne modellen (Mintzberg, 1979, Mintzberg, 1981, Jacobsen & Thorsvik, 2016). I denne oppgaven forutsettes det derfor at det er denne formen for organisering som i utgangspunktet preger de DPSene vi har studert. Under presentasjonen av denne modellen vil vi også gå nærmere inn på begrepet klinisk autonomi, da dette er et sentralt element i den profesjonsbyråkratiske organiseringen man finner i sykehus. Maskinbyråkratiet er valgt da det er en strukturell konfigurasjon som har flere kontrasterende elementer til profesjonsbyråkratiet, som ofte er referert til som den «tradisjonelle» måten å organisere offentlig virksomhet på, og som derfor er relevant for å studere en eventuell glidning mellom organisasjonsformer. Denne konfigurasjonen er representativ for den klassiske byråkratiformen slik denne ble beskrevet av Max Weber (2019). Vi vil i tillegg presentere New Public Management byråkratiet da mange av de endringene og reformene som har funnet sted i Helsevesenet de senere årene har blitt assosiert med og analysert i lys av denne reformtrenden. Vi anser derfor New Public Management som en relevant analytisk ramme for den reformen som innføringen av pakkeforløpene representerer.

3.1 Maskinbyråkratiet og det profesjonelle byråkratiet

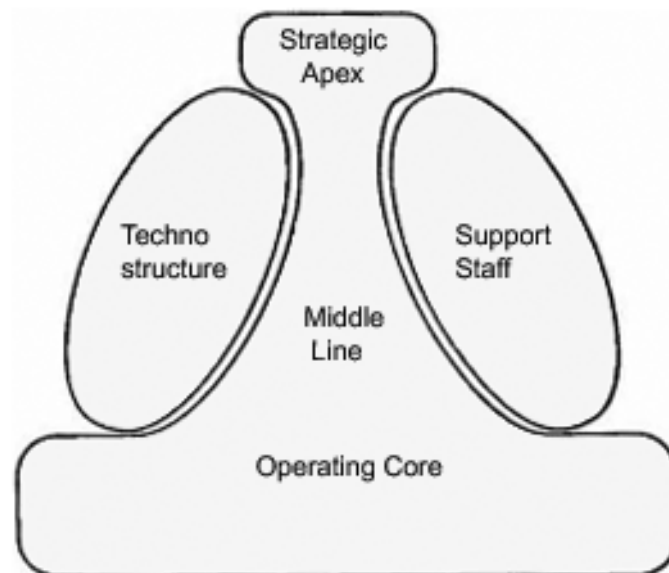
Vi vil i det følgende presentere modellene i deres idealtypiske form. Vi vil imidlertid først gi en innledende beskrivelse av hovedelementene i Mintzbergs (1979) teori om organisasjonsstrukturer.

3.1.1 Mintzbergs strukturelle organisasjonsmodell

Mintzbergs (1979) strukturelle typologi beskriver ulike organisasjonsformer gjennom organiseringen av fem hovedelementer og deres relasjoner til hverandre. Modellen illustreres i figur 2. I henhold til Mintzbergs modell har organisasjoner fem hoveddeler: 1) En operativ kjerne (Operative Core) som gjennomfører det faktiske arbeidet knyttet til produksjon av varer eller tjenester som er organisasjonens mål og eksistensberettigelse. 2) En toppledelse (Strategic Apex) som er den gruppen som har det overordnede ansvar for organisasjonen. De skal sørge

for at organisasjonen utfører dens oppgave på en effektiv måte. 3) En mellomledelse (Middle Line) som har et ansvar for kommunikasjon mellom toppledelse og den operative kjerne. Disse har formell delegert autoritet og skal føre tilsyn med samt koordinere produksjonen. 4) En teknostruktur (Technostructure) bestående av en gruppe mennesker som ikke inngår i produksjonen, men som påvirker denne. Dette nivået analyserer, kontrollerer, planlegger, konstruerer og endrer arbeidsflyten i organisasjonen. 5) En støttestruktur (Support Staff) som ikke er involvert i selve produksjonen, men understøtter denne gjennom nødvendige tjenester som renhold, kantinedrift, lønnsutbetaling og sentralbord.

Mulighet for standardisering fremstår som et sentralt element når en ser på hvordan en organisasjon skal organiseres. Med standardisering menes i hvilken grad det kan og skal lages klare rutiner for hvordan oppgavene skal løses. Oppgaver som er godt forstått og stabile over tid egner seg godt for standardisering. På den andre side vil en oppgave som er vanskelig å standardisere være preget av at oppgaven er uklar, kompleks, med et forløp som er vanskelig å forutsi eller med oppgaver hvor det gjerne ikke kun finnes én riktig løsning. For å møte denne kompleksiteten er det rom for en betydelig grad faglig skjønn for å løse oppgaven. (Jacobsen & Thorsvik, 2016).



Figur 2: Mintzbergs strukturelle organisasjonsmodell.

Minzbergs (1979) typologi inneholder videre fem hoved- eller idealtypiske organisasjonsformer, alle med sine særegne strukturelle konfigurasjoner: Entreprenørorganisasjonen, maskinbyråkratiet, det profesjonelle byråkratiet, den innovative organisasjonen og den divisjonaliserte organisasjonen (Jacobsen & Thorsvik, 2016). Av disse fem idealtypene er det, som nevnt, maskinbyråkratiet og det profesjonelle byråkratiet som er spesielt aktuelle i denne sammenheng, og som vil bli beskrevet nærmere.

3.1.2 Det profesjonelle byråkratiet

Det profesjonelle byråkratiet er en organisasjonsform som en ofte finner i kunnskapsorganisasjoner. Disse organisasjonene kjennetegnes av en relativt flat struktur, hvor de ansatte i den operative kjernen er tildelt stor grad av beslutningsmyndighet og handlefrihet i det daglige arbeidet. En slik organisasjonsform er hensiktsmessig der den operative kjerne skal løse komplekse oppgaver som krever høyt kunnskaps- og ferdighetsnivå. Det profesjonelle byråkratiet er preget av høy grad av desentralisering, da en stor del av myndigheten over kjerneoppgavene ligger hos de profesjonelle i den operative kjernen, og man ser en gjerne en desentralisering og overlatelse av skjønn til det operative nivået (Mintzberg, 1979). Det profesjonelle operative nivået består da gjerne av medarbeidere med høy utdanning.

De ansatte i den operative kjernen kan tildeles høy grad av faglig autonomi fordi de hovedsakelig består av medarbeidere med høyt utdannings- og kunnskapsnivå. De er ofte godt trente spesialister som arbeider relativt uavhengig av sine kolleger, men tett sammen med klienter/kunder og pasienter. Høyt utdannet helsepersonell, som leger og psykologer passer godt inn i en slik beskrivelse. Oppgavene er som regel dynamiske og komplekse, og kan vanskelig beskrives gjennom regler og rutiner alene. De profesjonelle medarbeidere innehar høyere kunnskap enn ledelsen med hensyn til hvordan disse skal løses, og vil være de som i størst grad er i stand til å vurdere hvordan arbeidet kan gjøres på best mulig måte. Ledelse og stab vil derfor ha relativt sett mindre legitimitet i forhold til yrkesutøvelsen, og de profesjonelle medarbeiderne kan være skeptiske til forsøk på byråkratisk kontroll gjennom rutiner og regler, ikke minst fra en ledelse uten den samme profesjonelle kompetansen som en selv (Jacobsen & Thorsvik, 2016).

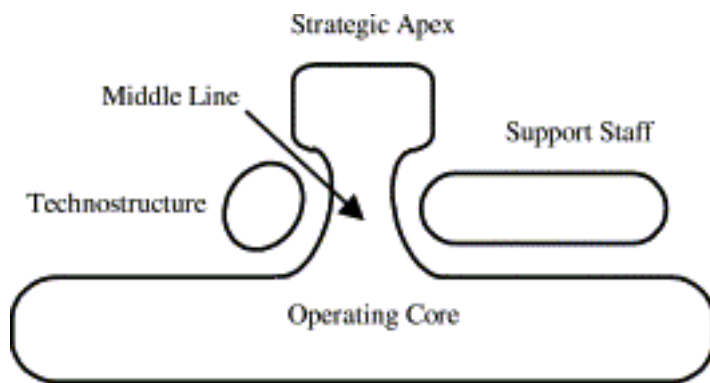
Fordelen med denne organiseringen er nærheten og den tette koblingen mellom fag og beslutning, som en kan tenke vil gi høy faglig kvalitet, samt en raskere og mer effektiv

problemløsning. Standardiseringen av arbeidet skjer gjennom standardisering av ferdigheter (Mintzberg, 1979). Dette kan for eksempel foregå gjennom systematisk rekruttering av profesjonelle som representerer felles fagkunnskap, eller felles opplæring og trening.

I en slik profesjonsdominert organisasjon vil dette kunne innebære at de ansatte ikke uten videre vil underkaste seg den formelle autoritet som en leder har. De vil også kunne vise motvilje mot å følge regler som er oppsatt av organisasjonen hvis de opplever at disse står i motsetning til egne faglige standarder, verdier og kunnskap. Gjennom sine kunnskaper oppnår de profesjonelle en egen autoritet i organisasjonen, noe som også må aksepteres av ledelsen for å unngå konflikter (Busch & Vannebo, 1997). Denne dynamikken karakteriseres gjerne som «the Power of Expertise» (Mintzberg, 1979), i motsetning til det formelle hierarkiet som preger maskinbyråkratiet.

Typiske eksempler på profesjonelle byråkratier er sykehus og utdanningsinstitusjoner (Mintzberg, 1979, Busch & Vannebo, 1997, Jacobsen & Thorsvik, 2016). Et sykehus er kjennetegnet av en bred operativ kjerne, en relativ smal mellomledelse og en toppledelse som i hovedsak har strategiske oppgaver. Den operative kjernen består av ulike grupper helsepersonell som yter de tjenestene som sykehuset skal levere. Disse tjenestene er komplekse og krever høy grad av spesialisering. For psykisk helsevern sitt vedkommende består denne kjernen hovedsakelig av leger, psykologer, sykepleiere, sosionomer, samt andre faggrupper. Den horisontale linjeorganiseringen har en støttestab på den ene flanken som tar seg av eksempelvis renhold og matforsyning, samt en teknostruktur på den andre flanken som består av for eksempel HR avdeling, økonomiavdeling og andre planstaber (se fig. 4)

En mulig utfordring ved slike organisasjoner er at den omfattende autonomien til medarbeiderne kan skape uønsket variasjon i prioriteringer og i arbeidet som utføres. Hvis medarbeidere, som for eksempel leger eller psykologer, velger å prioritere sin ressursinnsats på enkelte pasienter fremfor andre, kan forskjellsbehandling oppstå på en måte som kan være vanskelig for ledelsen å oppdage og gripe inn i. Det kan i slike organisasjoner også være vanskelig å få til god økonomistyring, da den profesjonelle gjerne vil sette faglige standarder foran økonomiske begrensninger (Jacobsen & Thorsvik, 2016).



Figur 4: Mintzbergs modell for det profesjonelle byråkratiet. Denne konfigurasjonen har en relativt liten toppledelse og små tekno- og støttestrukturer.

De profesjonelle i slike organisasjoner kan karakteriseres ved at de 1) har en oppfatning om at deres yrke krever ekspertise som bare innehas av medlemmer av deres profesjon, 2) krever en viss form for selvstendighet i yrkesutøvelsen og aksepterer ikke store inngrep fra andre i sine disposisjoner, 3) Baserer sin autoritet på faglig ekspertise heller enn i stillingens posisjon, 4) Har en yrkesbevissthet som gjør at de identifiserer seg mer med sin profesjon enn organisasjonen de er ansatt i, 5) har en karriere som i større grad er knyttet til profesjonen enn bestemte bedrifter eller organisasjoner, 6) Har en følelse av ansvar og forpliktelse overfor samfunnet og underkaster seg en yrkesetikk (Blegen & Nyhlen, 1982).

3.1.2.1 Klinisk autonomi

Klinisk autonomi kan defineres som handlingsrommet som en behandler har i et behandlingsforløp ut fra faglige premisser og pasientens forutsetninger og preferanser (Dimmen & Ødegård, 2013, Utvåg, Steinkopf & Holgersen, 2014). I en klinisk kontekst refererer dette til behandlerens mulighet til selvstendig å kunne velge utredningsmetodikk og behandlingsform, å fastlegge tidsrammer for behandlingen basert på pasientens tilstand og eventuelle bedring, samt legge forholdene til rette for en god allianse med pasienten (Utvåg et al., 2014). På denne måten kan det trekkes en parallell mellom klinisk autonomi og den faglige autonomien som påpekes å være en sentral del av det profesjonelle byråkratiet.

Helsepersonells virksomhet er imidlertid regulert av en rekke forhold. Myndigheter regulerer utførelse av yrke gjennom lover og forskrifter. Forsvarlighetskravet i Helsepersonellovens § 4.1 (Helsepersonelloven, 2019) står sentralt i denne sammenhengen. Hva som ansees som forsvarlig er imidlertid dynamisk og endrer seg på bakgrunn av forskning, erfaring og kunnskapen i faget generelt som omhandler hva som er god faglig praksis. Handlinger som var forsvarlige for 5 år siden kan være uforsvarlig i dag på bakgrunn av ny kunnskap (Molven, 2016). Profesjonene utvikler også gjerne egne etiske retningslinjer for utøvelse av yrke (Norsk psykologforening, 1998, Den norske legeforening, 2015). Videre utarbeider myndighetene nasjonale retningslinjer og veiledere som lager rammer for den faglige virksomheten. Eksempelvis er det laget retningslinjer for utredning og behandling av psykoselidelser, retningslinje for utredning og behandling av depresjon, og retningslinje for utredning og behandling av bipolare lidelser. Disse har status som veiledende for god praksis innen et fag. Avvik fra disse skal begrunnes særskilt og påvirker således en behandlers faglige autonomi.

Helsetjenester forventes å være evidensbaserte. Evidensbasert forstås i denne sammenhengen som kombinasjonene av den beste tilgjengelige forskningen, behandlerens kliniske ekspertise sett i sammenheng med pasientens egenskaper, verdier, kultur og preferanser (Haynes, 2002, Levant & Hasan, 2008, Rønnestad, 2008). Den kliniske autonomien kan da beskrives som den restkompetansen som behandleren besitter når man tar i betraktning de forholdene som regulerer virksomheten til helsepersonellet. Innenfor psykisk helse kan klinisk autonomi knyttes til relasjonen mellom behandler og pasient. Dette kan forstås som det handlingsrommet behandleren har i behandlingsforløpet ut fra faglige premisser og pasientens forutsetninger og preferanser, og gjelder spesifikt i kliniske situasjoner (Stefansen & Haugen, 2006, Ekeland, Stefansen & Steinstø, 2011, Strand, 2012, Dimmen & Ødegård, 2013, Utvåg et al, 2014). Motsatsen til en autonom profesjonsutøver kan beskrives som en tekniker som utfører en regel- eller prosedyrestyrt praksis som er kontrollert av andre (Ekeland et al, 2011). Klinisk autonomi må også skilles fra profesjonsautonomi, som omhandler den enkelte profesjons forhold til samfunnet for øvrig. Disse to størrelsene kan henge sammen, men endringer i den ene fører ikke nødvendigvis til endring i den andre (Ekeland et al, 2011).

3.1.2.2 Betydningen av klinisk autonomi

Kliniske situasjoner kan være preget av høy kompleksitet, uklarhet og flertydighet. Overordnet kunnskap som forskning og retningslinjer kan ofte ikke gi presise eller gode handlingsbeskrivelser som kan utledes fra pasientens problem eller diagnose. Behandlere må da kunne anvende sin kompetanse eller kliniske ekspertise til å forvalte situasjoner som krever fortolkning av uklare regler (Schön, 1983, Molander, Grimen & Eriksen, 2012). Klinisk autonomi handler i denne sammenhengen om behandleres muligheter til å anvende sin kliniske kunnskap til pasientens beste i situasjoner, der overordnet kunnskap ikke er tilstrekkelig.

Det har blitt argumentert for (Ekeland et al., 2011) at behandlerens kliniske autonomi er en sentral del av den kliniske logikken. For at tilliten i relasjonen mellom pasient og behandler skal bevares må pasienten kunne stole på at en behandler skal kunne anvende sin kliniske ekspertise til å gi hjelp, at behandleren er kompetent til å gjøre dette, og at vedkommende kan gjøre dette uten å være bundet av krefter som har andre hensikter enn å hjelpe. Det argumenteres videre for at hvis pasientens rett til selvbestemmelse og medvirkning skal kunne gjøres gjeldende, forutsetter dette en kliniker som har tilstrekkelig autonomi til å imøtekomme denne retten. Det blir videre argumentert for at den kliniske autonomien er nødvendig for at behandleren skal kunne forvalte sin kliniske ekspertise og være i stand til å ta beslutninger som er til beste for pasienten (Ekeland, 2004, Utvåg et al., 2014, Karlson, 2015). Klinisk autonomi handler med andre ord i stor grad om hvilket handlingsrom eller hvilke forutsetninger klinikeren har til å kunne yte evidensbasert hjelp til sine pasienter (Utvåg et al., 2014).

3.1.3 Maskinbyråkratiet

Mange organisasjoner har en høy grad av standardisering av arbeidsprosessene som sitt fremste kjennetegn. I Mintzbergs (1979) typologi har slike organisasjoner fått betegnelsen maskinbyråkrati. Slike organisasjoner er representative for den strukturen som Max Weber (2019) beskrev som et idealtypisk byråkrati og kjennetegnes ved to hovedtrekk: Sentralisering og formalisering (Mintzberg, 1979). En slik struktur finner en ofte i modne organisasjoner som har eksistert lenge nok til å ha etablert de standardene de ønsker å bruke. Hovedformålet med en slik form for organisering er å skape en så effektiv og produktiv organisasjonsform som mulig. En maskinbyråkratisk organisering finnes oftest i bedrifter som driver masseproduksjon, men kan også forefinnes i tradisjonelle serviceorganisasjoner som for eksempel

forsikringsselskaper eller offentlige institusjoner som departementer og direktorater (Mintzberg, 1979).

Formalisering av de ansattes atferd fremstår som et sentralt element i utformingen av organisasjonen, og den enkeltes ansvarsområde er nøyaktig definert (Weber, 2019). Organiseringen er preget av regler og reguleringer, og standardisering av de operative arbeidsprosessene i form av arbeidsregler og prosedyrer er karakteristisk. En slik organisasjonsstruktur inneholder som regel også standarder for hvilke kvalifikasjoner som kreves for å utføre ulike arbeidsoppgaver og standardiserte kommunikasjonskanaler. Arbeidet i den operative kjernen er generelt preget av høyt spesialiserte, enkle og repetitive rutineoppgaver som krever liten grad av ferdighet og trening. Oppgavene er godt forstått, stabile over tid, og arbeidsutførelsen er definert igjennom formaliserte prosedyrer (Mintzberg, 1979, Busch & Vannebo, 1997)

Maskinbyråkratiske organisasjoner er også preget av at ledelse er basert på klart definerte, hierarkiske og formelle autoritetshierarkier, og de operative enhetene er ofte inndelt i funksjonelle avdelinger. Det vil også være behov for en relativt stor teknostruktur som både skal utarbeide regler, samt sørge for at de blir fulgt. Styringen i organisasjonen skjer gjennom utstrakt bruk av regler og prosedyrer, og kommunikasjonen er høyt formalisert, regulert og regelstyrt. Beslutningsmyndigheten i en slik organisasjon er relativt sentralisert til topp- og mellomledelsen, og skillet mellom linjeledelse og stab er tydelig (Mintzberg, 1979). Mellomledelsens hovedoppgaver er i hovedsak å sørge for tydelighet i rutiner og prosedyrer overfor førstelinjelederne, kommunisere regler og rutiner som blir utarbeidet i teknostrukturen nedover i organisasjonen, samt formidle informasjon oppover i linjen. Førstelinjeledernes oppgaver er i hovedsak å kontrollere og veilede produksjonsarbeiderne. Rollene deres kan bli svært spesifiserte, regelstyrte og med begrenset autonomi og fullmakter. Mintzberg (1979) stiller også spørsmål ved om disse egentlig kan kalles ledere.

Maskinbyråkratisk organisering finnes ofte i organisasjoner som lager enkle produkter som skal til stabile markeder. Dette kan for eksempel være hoteller eller postverk. Fordelene ligger i klare ansvarsforhold, stabilitet og forutsigbarhet, og standardisering som fremmer

produktivitet. Organiseringen gjør imidlertid organisasjonen rigid og vanskelig å endre, og organisasjonene kan ha manglende fleksibilitet overfor endringer i omgivelsene. Den operative kjernen har lite kontakt med omgivelsene og miljøet rundt, og den har i svært liten grad mulighet til å gjøre egne valg og beslutninger med tanke på oppgaveutføringen. Dette medfører at den ikke er i stand til å gjennomføre endringer på egen hånd. Sentraliseringen av beslutningsmyndighet og standardiseringen av oppgaveløsningen kan også virke demotiverende for de ansatte, da disse har relativt liten innflytelse på egen arbeidssituasjon (Jacobsen & Thorsvik, 2016).

Maskinbyråkratisk organisering er preget av en arbeidsdeling, der det er forutsatt at kunnskapen er størst i toppen av hierarkiet og at disse reduseres nedover i hierarkiet (Busch & Vannebo, 1997). Dette medfører at de «intellektuelle» oppgavene, som for eksempel planlegging, analyse, utforming av oppgavene og arbeidsflyt, er sentraliserte og lagt til ledelse og teknostruktur. Få av disse oppgavene er lagt til den operative kjernen, som i hovedsak kun utfører de oppgavene den er pålagt.

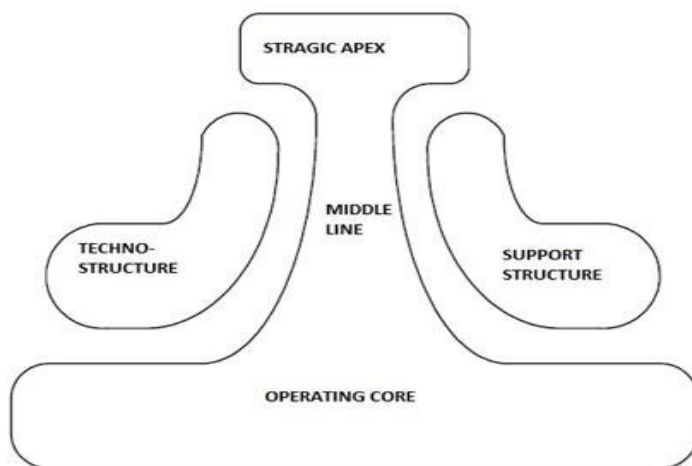


Fig. 3 viser en typisk konfigurasjon for et maskinbyråkrati. Den har en relativt stor topledelse (strategic apex) og store tekno- og støttestrukturer.

Som det beskrives i Webers (2019) byråkratimodell vil de de ansatte i slike organisasjoner, forutsatt at de synes det er riktig at organisasjonen er utformet på denne måten, akseptere at de overordnede gir ordre som må følges. Det er den formelle autoriteten som ligger i den overordnede stillingen som gir denne legitimitet, i motsetning til en autoritet som er basert i lederens personlighet. De definerte spillereglene og rutinene for hvordan ting skal gjøres i organisasjonen medfører også at de ulike funksjonene vil bli fylt uavhengig av hvem som besitter dem. Hvis en leder eller annen ansatt byttes ut med en annen vil den nye ansatte følge de samme rutinene som tidligere, og organisasjonen vil bestå uavhengig av hvem som besitter de ulike rollene (Busch & Vannebo, 1997, Weber, 2019). Vi vil senere, i analysedelen, studere pakkeforløpene i lys av denne modellen. Hvis innføringen av pakkeforløp bidrar til økt sentralisering og standardisering, samt bidrar til at den faglige autonomien til behandlerne i feltet reduseres, vil dette kunne indikere en dreining mot en maskinbyråkratisk organisasjonsstruktur.

3.2 New Public Management

Den tredje modellen som vi vil anvende for å belyse de empiriske funnene, er utledet fra det som kalles «New Public Management» (NPM) eller «ny offentlig styring». New Public Management er betegnelsen på en strukturell reformbevegelse innen offentlig styring og forvaltning som internasjonalt har pågått de siste 30 årene (Hood, 1991, Pettersen og Fallan, 2010). Bevegelsen bygger ikke på noen helhetlig teori, men snarere på et sett med inkonsistente og til dels motstridende elementer, og kan sies å være apolitisk (Hood, 1991, Christensen & Lægreid, 1999). Det ideologiske grunnlaget kan imidlertid gjenfinnes i management teori og ny institusjonell økonomisk teori (Hood, 1991, Christensen & Lægreid, 1999, Christensen & Lægreid, 2001). Reformene har hatt som hovedformål å effektivisere offentlig sektor, samt å øke kvaliteten på de tjenestene som den leverer. De har inneholdt tiltak i ulike retninger, blant annet ut fra en tanke om at en mer markedsorientert form for styring av offentlige institusjoner ville bidra til å oppnå målsetningene (Hood, 1991, Hood, 1995, Christensen & Lægreid 1999, Christensen & Lægreid, 2001). Den grunnleggende tanken har vært at offentlige virksomheter skal bli mer lik private virksomheter i den forstand at de i større grad skal drives forretningsmessig og markedsorientert, det vil si mer resultat- og prestasjonsorienterte, kost – nytte orienterte og mer orienterte mot omgivelsene (Hood, 1995, Diefenbach, 2009). Reformene vokste frem i stor grad på bakgrunn av et ønske om en bevegelse bort fra de

byråkratiformene som tradisjonelt har preget offentlig sektor, og som har hatt større likhet med de tradisjonelle weberianske byråkратиene (Hood, 1995)

Internasjonalt har de NPM baserte reformene hatt flere fellestrekk, som sees på som sentrale elementer: 1) Økt fokus på effektivisering av tjenesteproduksjonen og kontroll på offentlige utgifter (Hood, 1995, Christensen & Læg Reid, 2002, Pettersen & Fallan, 2010). 2) Strukturell fristilling av offentlige institusjoner som har medført innføring av større autonomi til offentlige institusjoner, desentralisering av beslutninger, og delegering av budsjettfullmakter (Hood, 1991, Pettersen og Fallan, 2010). 3) Økt grad av markedsorientering, der tidligere monopoler har blitt deregulert og økt bruk av konkurranseutsetting og anbudskonkurranser (Pettersen & Fallan, 2010). 4) Økt fokus på profesjonell ledelse, der lokal ledelse har fått større fullmakter og økt handlingsrom (Hood, 1995, Christensen & Læg Reid, 2002). 5) Sterkere grad av brukerorientering, eksempelvis i form av fritt forbrukervalg av tjenester, der stykkprisfinansiering har fått større plass eksempelvis gjennom DRG systemet (Christensen, Læg Reid & Stigen, 2006, Pettersen og Fallan, 2010). 6) Innføring av mål- og resultatstyring, som igjen har innebåret et fokus på kvantifisering, måling og fokus på effektivitet (Bevan & Hood, 2006, Christensen et al., 2006, Pettersen & Fallan, 2010). Alle trekkene opptrer ikke nødvendigvis samtidig, og ulike elementer har blitt vektlagt i ulike land (Hood, 1995, Christensen & Læg Reid, 2001). I hovedsak kan man si at NPM står for en styringsmodell, der desentralisering har vært en av målsetningene. Styringsformen inneholder imidlertid også trekk av sentralisert kontroll i og med at vektleggingen av mål- og resultatstyring innebærer en sentralisert statlig kontroll og styring, ikke minst gjennom kravet om målbare styringsindikatorer og rapportering av disse til sentraliserte kontrollinstanser (Læg Reid, Roness & Rubecksen, 2006).

I Norge har flere av reformene innen offentlig sektor hatt trekk fra New Public Management, eksempelvis helseforetaksreformen, NAV reformen og kvalitetsreformen i universitets- og høyskolesektoren (Pettersen og Fallan, 2010). De norske reformene har hatt sterkest preg av strukturell fristilling, mål- og resultatstyring og brukerorientering, og de har i mindre grad vært preget av konkurranse og privatisering. I Helsevesenet kan vi finne tydelige trekk fra NPM gjennom for eksempel prinsippet om fritt behandlingsvalg, behandlingsgarantier og

retningslinjer for prioritering (Pettersen og Fallan, 2010). Mål- og resultatstyring og fokuset på effektivitet vil være særlig relevant for oss videre i denne studien.

3.2.1 Mål og resultatstyring

Parallelt med desentraliseringen og økt autonomi til offentlige institusjoner har det også blitt et større fokus på styrings- og kontrolltiltak i form av systematisk resultatmåling, rapportering og evaluering (Bevan & Hood, 2006, Pettersen og Fallan, 2010). Innføring av mål og resultatstyring (MRS) blir dermed sett på som en vesentlig del av de NPM baserte offentlige reformene både i Norge og internasjonalt, og er i dag det overordnede styringsprinsippet på og mellom alle nivåer i staten (Senter for statlig økonomistyring (SSØ), 2012, Johnsen, 2013, Askim, Eltun & Fremstad, 2014, Johnsen & Larsen, 2015). Bakgrunnen for innføringen av denne styringsformen er å sikre at knappe offentlige ressurser brukes på en fornuftig måte (Grund, 2019).

Statens økonomireglement fastslår at alle virksomheter skal fastsette mål- og resultatkrav, sikre at fastsatte mål- og resultatkrav oppnås og at ressursbruken er effektiv, sikre tilstrekkelig styringsinformasjon, og tilpasse styringen til virksomhetens egenart, samt risiko og vesentlighet (SSØ, 2012). Det siste punktet legger til rette for fleksibel og pragmatisk tilpasning av styringssystemet. Formålet med denne styringsformen er å sørge for at myndighetenes mål oppnås, samtidig som man søker å øke effektiviteten gjennom å øke enhetenes autonomi ved å delegerer fullmakter nedover i systemet (SSØ, 2012, Askim et al., 2014). Staten er i denne sammenhengen tenkt å ha en overordnet strategisk rolle og skal ikke involvere seg i den ordinære driften. Dette har innebåret en utvikling av en utpreget bestiller- utførerlogikk der departementet stiller krav og vilkår til de underliggende enhetene i tilknytning til overføringene som gjøres hvert år (Pettersen & Fallan, 2010).

Mål- og resultatstyring i sin ideelle form kan beskrives gjennom «Styringshjulet» (SSØ, 2010), som illustreres i fig. 1. Styringshjulet inneholder fire hovedsteg: 1) definere overordnede mål og strategi. Dette innebærer å beskrive formålet med virksomheten og mål gitt av overordnet myndighet. Målene kan være både eksterne og interne. Eksterne mål beskriver hva virksomheten skal oppnå for brukere og samfunn, mens interne mål omhandler virksomhetens

egen organisasjon. 2) definere styringsparametre. Styringsparametre er konkretiseringer av overordnede mål, som vil gjøre det mulig å måle resultater og vurdere måloppnåelse. 3) resultatmål og evaluering. Dette steget omhandler måling av resultater, vurdering av disse og det å sette disse inn i en sammenheng, for eksempel i hvilken grad målet med virksomheten oppfylles. 4) læring og forbedring. Dette innebærer at resultatmålingene brukes i styringen av virksomheten og får konsekvenser for hvordan virksomheten drives, gjennom at ledelsen vurderer, drøfter og bruker resultatmålingene til å ta beslutninger om tiltak som kan forbedre virksomheten og eventuelt gi bedre måloppnåelse (SSØ, 2010). En forutsetning for gode styringsprosesser er en tydelig og aktiv ledelse som har god dialog både med overordnet myndighet og virksomhetens ansatte.

Ulike faktorer og størrelser kan måles innenfor denne styringsformen: Innsatsmål innebærer mål som refererer til ressurser som går inn i virksomheten, for eksempel personellinnsats. Atferdsmål er mål som refererer til arbeidsmetoder, for eksempel bruk av standardiserte utredningsverktøy. Resultatmål er mål som refererer til produksjonen og kvaliteten ved produksjonen, for eksempel konsultasjoner, ventetid og epikrisetid. Effektmål er mål som referer til endelige effekter, for eksempel helsegevinster (SSØ, 2010). Ifølge Johnsen (2013) synes det å være enighet om at reell målstyring er styring som rettes inn mot resultatmål og effekter.



Figur 1. Styringshjulet (SSØ, 2010)

Målstyring kan forstås på flere måter. I en vid forstand kan målstyring sees på som en tenkemåte for å oppnå mer rasjonelle plan- og styringsprosesser, der grunntanken er at offentlige virksomheter bør rette arbeidet mot å oppnå faktiske resultater fremfor å fokusere på å etterleve fastsatte regler og prosedyrer (Johnsen, 2013, Askim et al., 2014). Målstyring kan også sees på som et ledelsesverktøy som skal støtte virksomheten i å fokusere på hvordan den skaper verdier for samfunnet, formidle virksomhetens strategi, måle prosesser og resultater, og skape medvirkning og organisasjonslæring (Johnsen, 2013 s.10).

I snever forstand kan målstyring sees på som en operativ styringsteknikk som omhandler fastsettelse av mål, resultatkrav og styringsparametre, samt innhenting av rapporteringsinformasjon og vurdering av måloppnåelse. En virksomhets ledelse (eller politikerne) formulerer mål, lager kontrakter med ledere og ansatte om hva som skal gjøres for deretter å måle, følge opp og vurdere deres bidrag til måloppnåelsen (Johnsen, 2010, Askim et al., 2014). For offentlige virksomheter innebærer dette at den politiske ledelsen setter de overordnede målene, mens de underliggende enhetene gis ansvar for å realisere disse (Lægneid et al., 2006). En del av formålet med MRS som styringsprinsipp er dermed å redusere graden av detalj- og regelstyring, samtidig som myndighetenes kontroll ivaretas gjennom fremsettelse av rapporteringskrav. MRS blir således et verktøy for å styre underliggende virksomheter mot å nå politisk vedtatte mål (SSØ, 2010, Askim et al., 2014), samtidig som driften effektiviseres ved at man beveger seg bort fra detaljstyring.

MRS som Styringsform krever at det utvikles målbare indikatorer og parametre, og at man måler disse. Dette kan imidlertid inneholde et potensial for standardisering av aktivitetene i virksomheten ved at egenskapene ved virksomheten som måles får prioritet fremfor mindre målbare aspekter. Atferden til aktørene i systemet kan da dreies mot å utføre de aktivitetene som måles og bort fra andre viktige aktiviteter (Bevan & Hood, 2006, Grund, 2019).

MRS er altså et sentralt verktøy for å effektivisere driften ved offentlige virksomheter (Johnsen, 2007). Samtidig inneholder styringsformen en betydelig tildeling av autonomi til underliggende enheter. Et sentralt argument for dette er at uten tilstrekkelig autonomi til selv å vurdere og velge hvordan målene kan realiseres kan ikke virksomhetens ledelse holdes ansvarlig for

resultatene som produseres (Askim et al., 2014, Askim, Christensen & Læg Reid, 2015). Det blir da opp til enhetene å organisere seg slik at målene oppnås. Vi vil senere, i analysedelen, vurdere hvorvidt pakkeforløpene inneholder elementer fra NPM, og da særlig mål- og resultatstyring, økt brukerorientering, økt fokus på rapportering og kontroll og økt fokus på effektivitet. Vi vil også undersøke hvorvidt eventuelle elementer fra NPM påvirker behandlernes faglige autonomi, og om disse bidrar til en organisasjonsmessig endring i DPSene.

3.3 Oppsummering

Vi har i denne delen presentert tre ulike modeller for organisering; profesjonsbyråkratiet, maskinbyråkratiet og New Public Management. Vi vil, som nevnt, under analysedelen vurdere de empiriske funnene i lys av disse modellene. Hvis innføringen av pakkeforløp bidrar til å styrke enkelte eller flere av disse formene fremfor andre, vil vi kunne forvente ulike effekter. Hvis profesjonsbyråkratiet styrkes, vil vi forvente å observere at behandlernes autonomi styrkes. Hvis maskinbyråkratiet styrkes, vil vi kunne forvente økt standardisering av arbeidsprosessene og sentralisering av beslutninger. Hvis innføring av pakkeforløp innebærer innføring av NPM elementer, vil vi forvente økt bruk av mål og resultatstyring, økt fokus på rapportering og kontroll, økt effektivitet og økt brukerorientering.

4 Metode

Vi ønsker i denne studien å utforske i hvilken grad de endringene denne reformen har medført har påvirket arbeidshverdagen til klinikere og ledere, samt hvilke erfaringer de har gjort seg med pakkeforløpene og innføringen av disse. Vi ønsker å undersøke dette med utgangspunkt i de opplevelsene og erfaringene behandlere og ledere i DPSer har gjort seg med hensyn til dette. Vi har derfor valgt å bruke en kvalitativ metode for å studere disse problemstillingene. Kvalitative metoder er best egnet, der man ønsker å utforske menneskelig samhandling og erfaring (Malterud, 2017). En utforskende metodikk der man kan stille åpne spørsmål uten forhåndsdefinerte svarkategorier vil derfor etter vårt skjønn være mest relevant.

4.1 Datainnsamling

For å undersøke problemstillingene våre ønsket vi å intervjuer klinikere og ledere i poliklinikker i psykisk helsevern. Intervjuer er en egnet måte å samle inn data på i kvalitative studier

(Malterud, 2017). Intervjuene ble gjennomført som individuelle, semistrukturerte intervjuer. For å gjennomføre datainnsamlingen har vi gjennomført 14 intervjuer med klinikere og ledere i poliklinikker ved tre ulike DPSer. Intervjuene ble gjennomført som individuelle intervjuer, med unntak av ett intervju som ble gjennomført som et gruppeintervju med to behandlere. Fokusgruppeintervjuer ble også vurdert, men vi gikk bort fra dette med den begrunnelse at informantene sannsynligvis ville være mer bundet i en slik setting, og dermed oppleve det vanskeligere å være ærlige med hvilken type informasjon de ville ha formidlet til oss. På den annen side kunne samspillet i fokusgrupper gitt oss en annen type informasjon. Det at informantene der kan følge opp hverandres utsagn kunne muligens gitt oss et mer bredspektret informasjonstilfang enn ved individuelle intervjuer, samtidig som vi ville mistet noe av dybden som individuelle intervjuer kan gi. I tillegg til intervjuer har vi også innhentet data fra relevante dokumenter.

4.2 Intervjuguide

For å sikre at vi fikk belyst forskningsspørsmålene våre utarbeidet vi en intervjuguide. Målsetningen var å gjennomføre semistrukturerte intervjuer, der vi ønsket å sørge for at de viktigste temaene ble belyst, samtidig som vi hadde som formål å skape rom for at informantene skulle få snakke fritt om det de var opptatt av innenfor temaet. Formålet med å la informantene snakke fritt var å kunne åpne opp for å identifisere temaer og aspekter ved problemstillingene som vi ikke nødvendigvis hadde sett selv.

4.3 Utvalg og rekruttering

Vi valgte å gjøre et strategisk utvalg av informanter med utgangspunkt i spørsmålet om hvilke informanter som kunne gi oss materiale som i størst grad ville kunne danne grunnlag for tolkninger og funn som kunne belyse problemstillingene på nye måter, eller gi størst mulig informasjonsstyrke (Malterud, 2017). Da vi begge arbeider innenfor samme sykehus fant vi det uhensiktsmessig å rekruttere informanter innenfor dette sykehuset, da vi kjenner mange, både ansatte og ledere, innenfor dette systemet. Dette ville kunne påvirke informantene på en måte som ville svekke validiteten i studiet. Vi har også begge posisjoner som ledere innenfor dette systemet, noe som også ville kunne påvirket svarene informantene gav oss.

Vi valgte derfor å rekruttere informanter fra DPSer som tilhører andre sykehus enn vårt eget. For å sikre en bredde i informasjonstilfanget, og for å kunne fange opp hvorvidt ulikheter i informantenes arbeidssituasjon påvirket svarene deres, ønsket vi også å få en viss spredning med hensyn til hvor informantene jobbet. Vi valgte derfor å spre intervjuene på tre ulike DPSer. For å unngå for mye reising valgte vi tre DPSer som er lokalisert på østlandsområdet, men i ulike fylker. Av samme grunn ønsket vi også å intervju informant på ulike nivå i organisasjonene, både behandlere og ledere.

I vår undersøkelse hentet vi informanter fra tre DPS på østlandsområdet. De er geografisk spredt og tilhører ulike helseforetak. Alle DPS er knyttet til byområder, hvor størrelsen på byen varierer fra rundt 55.000 til 105.000 innbyggere. De ulike DPSene var i hovedtrekk likt organisert, men med noe variasjon knyttet til grad av spesialiserte team og bruk av manualisert behandling knyttet til spesifikke diagnosekategorier.

Rekrutteringen foregikk ved at vi kontaktet lederne for de ulike DPSene pr. mail, med forespørsel om de ønsket å delta i vår undersøkelse. Vi presenterte i samme henvendelse en liste over hvilke typer informanter vi ønsket å intervju. Leder sendte så forespørsel videre til aktuelle deltakere. Vi hadde dermed ikke kontroll over hvordan informantutvelgelsen foregikk innad i hver DPS. Dette kan potensielt ha medført mulige skjevheter i utvelgelsen, for eksempel ved at det fra leders side kun ble valgt ut informanter med visse meninger om pakkeforløpene. Eksempelvis kan det ha blitt valgt ut informanter som leder visste var spesielt positive eller kritiske til pakkeforløpene. Svarene vi fikk fra informantene våre inneholdt imidlertid en betydelig grad av variasjon, noe som tyder på at dette ikke har vært tilfelle.

Oversikt over informanter:

DPS/ Stilling	Leder	Behandler generell enhet	Behandler psykose enhet
1	2	1	2
2	1	3	1

3	1	2	2
---	---	---	---

4.4 Gjennomføring

Alle informantene fikk tilsendt et informasjonsskriv som redegjorde for studienes formål, vår bakgrunn, samt ved hvilken institusjon studiet er forankret. Skrivet inneholdt videre informasjon om taushetsplikt/konfidensialitet, samt at dataene ville bli slettet ved prosjektslutt (Vedlegg 1).

Det ble gjennomført et pilotintervju med en ansatt ved vårt eget sykehus. Hensikten med dette var å teste ut spørsmålene med hensyn til om de ga mening for informanten, om de var egnet til å besvare forskningsspørsmålene våre og om intervjuet var gjennomførbart innenfor den tidsrammen som vi hadde satt. Det ble etter dette foretatt noen mindre justeringer av guiden. Vi gjennomførte 14 intervjuer med til sammen 15 informanter. Ett av intervjuene ble gjennomført som gruppeintervju med to behandlere. Intervjuene ble gjennomført i løpet av tre dager, og begge intervjuerne var tilstede under alle intervjuene. Intervjuene varte ca. en time i gjennomsnitt, og ble gjennomført på informantenes arbeidsplass, i lokaler som de ulike DPSene stilte til disposisjon til oss. Intervjuene ble lagret på båndopptaker og deretter transkribert.

4.5 Analyse av data

Vi benyttet oss av en tverrgående analyse i vår tilnærming til dataene. I en tverrgående analyse sammenfattes data fra flere ulike informanter, der likhetstrekk, forskjeller og variasjoner i erfaringer, følelser eller holdninger fra flere ulike deltakere skal fortolkes og sammenfattes (Malterud, 2017). Vi har videre benyttet oss av systematisk tekstkondensering som analysemetode. Metoden gjennomføres i fire trinn: 1. Å få et helhetsinntrykk av materialet 2. Identifisering av meningsbærende enheter 3. Abstrahering av innholdet i enkelte meningsdannende enhetene 4. Sammenfatning av betydningen av dette (Malterud, 2017).

4.6 Egen rolle som forskere

Uavhengig av metode vil forskerens person påvirke forskningsprosessen og resultatene av denne. Forskeren bidrar med sine bevisste eller ubevisste forforståelser av det som skal studeres, sine teoretiske referanserammer og sine individuelle tolkninger av de data som fremkommer. Det er derfor viktig at forskeren gjør seg kjent med sin egen rolle, er bevisst sin innflytelse, og tar stilling til hva dette betyr for sine tolkninger og konklusjoner (Malterud, 2017). Det har i denne prosessen vært viktig for oss å ha et bevisst forhold til vår egen rolle som forskere. Vi har valgt ut informanter som har jobbet innenfor psykisk helsevern, og innenfor DPS systemet. Dette er også det feltet vi begge jobber innenfor. Begge har også, som ledere, vært betydelig involvert i innføringen av pakkeforløp, og kan på bakgrunn av dette hatt større eierskap til innføringen av pakkeforløpene enn hvis vi hadde kommet fra et mer nøytralt ståsted. Dette kan også ha påvirket informantenes svar til oss. En fordel med dette kan ha vært at vi har vært i stand til å formulere relevante problemstillinger og spørsmål til informantene. Det kan imidlertid også ha ført til at de forskningsspørsmålene vi har stilt, og spørsmålene til informantene, har blitt preget av vår egen forforståelse og de dilemmaer vi har vært opptatt av til daglig. Det kan også ha medført at vi ikke i tilstrekkelig grad har vært oppmerksomme på, eller gjort oss blinde for, andre relevante problemstillinger eller innfallsvinkler. Vår forforståelse kan også ha påvirket måten vi har fortolket den informasjonen som informantene har gitt oss ved at vi har identifisert oss med informantene, og at vi under intervjuene har lagt vår egen forforståelse til informantenes informasjon. Vi kunne dermed, potensielt feilaktig, trodd at de temaene som har dukket opp har vært tilstrekkelig utdypet. Dette kunne ha ledet til at vi dermed ikke har utforsket temaene i tilstrekkelig grad. Vår daglige involvering i temaet, og den forforståelsen det gir oss, kan også ha overskygget eller gjort oss «blinde» for temaer som har fremkommet i det empiriske materialet. Vi ser det imidlertid som en fordel at vi har vært to forskere som har gjennomført denne studien. Begge har deltatt på alle intervjuene, vi har begge gjennomgått hele datamaterialet og deltatt i fortolkning og analyse av dette. Vi har derfor kunnet drøfte ulike fortolkninger av materialet med hverandre og problematisert våre fortolkninger på en grundigere måte enn man ville kunne gjort alene.

4.7 Validitet

Kvalitative metoder er egnet til å generere kunnskap om menneskelige erfaringer, opplevelser, tanker, motiver og holdninger, og målet er i større grad å utvikle forståelse enn forklaring (Malterud, 2017). Det vil imidlertid innenfor kvalitative metoder også være relevant å stille

spørsmål ved dataenes gyldighet, eller *validitet*. Spørsmål om dataenes validitet vil omhandle både begrepene intern og ekstern validitet. Intern validitet vil berøre dataenes kvalitet og relevans, mens ekstern validitet vil dreie seg om hvorvidt dataene er overførbare til andre kontekster eller generaliserbarhet.

4.7.1 Intern validitet

Spørsmålet om dataenes interne validitet vil generere flere problemstillinger (Malterud, 2017): I hvilken grad er de metodene og kartleggingsmetodene som vi har brukt i denne studien relevante for det fenomenet vi skal studere? Vil de dataene som vi har samlet inn vil være egnet til å svare på de problemstillingene vi har formulert? Har vi brukt relevante begreper for å studere det fenomenet vi skal se på? Studien har tatt utgangspunkt i opplevelsene til behandlere og ledere i DPSer som alle har erfaring med innføring av pakkeforløp, og som arbeider i de organisasjonene vi ønsket å studere. Vi fant også et sammenfall i uttalelser fra våre informanter som gir oss grunn til å tro at spørsmålene vi har stilt og begrepene vi har brukt har vært relevante for denne gruppen. Etter vårt skjønn gir dette oss grunn til å anta at metoden, spørsmålene som vi har stilt og begrepene vi har anvendt er relevante for denne studien. Det er derfor grunn til å anta at metoden har vært egnet til å belyse forskningsspørsmålene.

4.7.2 Ekstern validitet

Spørsmålet om ekstern validitet omhandler dataenes generaliserbarhet (Malterud, 2017). I hvilken grad er dataene overførbare til andre sammenhenger eller kontekster enn den vi har gjort undersøkelsen i? I hvilken grad kan våre funn bidra til å besvare liknende problemstillinger i en annen sammenheng? Generelt vil kvalitative metoder være lite egnet til å fremskaffe kunnskap som er generaliserbar til en populasjon (Malterud, 2017). Da våre resultater bygger utelukkende på svar fra informanter som arbeider i DPSer vil det kunne stilles spørsmål ved hvorvidt de vil kunne si noe om opplevelsen til behandlere og ledere i andre deler av psykisk helsevern, som f.eks BUP eller TSB, eller innenfor den somatiske delen av helsevesenet. Overførbarheten vil også begrenses av at DPSer i nasjonal sammenheng har en betydelig grad av forskjellighet med hensyn til organisering, arbeidsform og hvilke prioriteringer som gjøres. Slike forskjeller kan springe ut av ulikheter i befolkningsgrunnlag, demografiske forskjeller, egenskaper ved den interne organiseringen ved de sykehusene DPSene er en del av, eller de kan ha utviklet seg forskjellig av andre historiske årsaker. Vi anser

imidlertid at studien er egnet til å si noe om hvilke mulige effekter som kan oppstå ved innføringen av pakkeforløp i DPS, og dermed øke forståelsen for hvordan innføringen av pakkeforløp potensielt kan påvirke de organisasjonene som berøres av denne reformen. Funnene har blitt gjort i tre ulike DPSer med til dels ulik organisering og behandlerkultur, og vi finner samsvar i de erfaringene og opplevelsene som formidles av informantene i alle DPSene. Dette gir grunn til å tro at de vil kunne ha relevans for andre i den forstand at de kan generere kvalifiserte antakelser og hypoteser, som kan danne utgangspunkt for studier av andre DPSer. I den grad funnene i vår studie samsvarer med funn i andre, liknende, studier vil dette kunne styrke generaliserbarheten til våre funn.

4.8 Repeterbarhet

Det er vanlig å stille spørsmål ved dataenes repeterbarhet eller reliabilitet. I hvilken grad vil andre forskere kunne komme frem til samme resultater? I kvalitativ forskning vil både datainnsamling, analyse, tolkning og presentasjon preges av forskerens egen person, og det erkjennes at det finnes flere gyldige versjoner av kunnskapen. Ulike forskere kan også feste seg ved ulike nyanser når de leser samme materiale. Repeterbarhet vil derfor sjelden være aktuelt som kriterium når man vurderer forskningens pålitelighet innenfor kvalitativ forskning (Malterud 2017). På bakgrunn av dette vil det ikke kunne sies sikkert at en annen forsker ville ha kommet frem til de samme resultatene. Målet er heller ikke å beskrive et fenomen presist, men snarere å utvikle forståelse.

4.9 Relevans og begrensninger

Et viktig spørsmål å stille seg er om studien har relevans, eller hvorvidt den bringer kunnskap i form av ny erkjennelse som kan være nyttig for andre. Pakkeforløp er en nylig innført reform som har stor påvirkning på måten behandlingen i psykisk helsevern organiseres på. Det er derfor grunn til å tro at resultater fra denne studien vil kunne bringe frem kunnskap som vil bidra til en økt forståelse for hvilken virkning innføringen av pakkeforløpene har på hvordan behandling utføres innenfor denne delen av helsevesenet. Undersøkelsen er imidlertid gjennomført på et tidlig stadium, og det er mulig at de effektene vi har observert ikke er like tydelige som de ville vært på et senere stadium, eventuelt at det på et senere tidspunkt vil oppstå virkninger som ikke hadde materialisert seg på det tidspunktet vår undersøkelse ble gjort. Informantene kan muligens ikke ha hatt tid til å gjøre seg opp tydelige oppfatninger av pakkeforløpene på et så

tidlig tidspunkt etter innføringen. Dette er faktorer som kan begrense studiens relevans i noen grad med tanke på fremtidige studier. Det er også mulig at noen av de problematiske sidene ved pakkeforløp som fremkommer er «barnesykdommer» som vil bli endret på eller rettet opp på et senere tidspunkt. En kvalitativ utforskende undersøkelse som denne vil også kunne danne grunnlag for andre typer studier som for eksempel surveyundersøkelser som vil kunne inneholde et større utvalg av informanter.

4.10 Godkjenning av prosjektet

Det ble søkt godkjenning av prosjektet fra Norsk senter for forskningsdata (NSD) og godkjenning foreligger med referansenummer 113096 (Vedlegg 2).

5 Funn

I denne delen vil vi presentere funnene fra undersøkelsen. Funnene baserer seg både på informasjon fra dokumentstudier, samt utsagn fra informantene våre som fremkom under intervjuene. Vi vil først beskrive de organisasjonene som vi har gjort våre undersøkelser i, DPSer i psykisk helsevern. Vi vil deretter gi en beskrivelse av utformingen av pakkeforløp for psykisk helse – voksne, for så til slutt beskrive våre informanternes erfaringer med pakkeforløpene.

5.1 DPS som en del av spesialisthelsetjenesten

Gjennom stortingsproposisjon nr. 63. (1997-1998) (Sosial og helsedepartementet, 1998) ble det vedtatt en opptrappingsplan for psykisk helsevern i perioden 1999 – 2006. En vesentlig strategi i denne planen var en utbygging av en desentralisert spesialisthelsetjeneste gjennom etablering av distriktpsikiatriske sentre (DPS) i hele landet (Sosial og helsedirektoratet, 2006). I henhold til opptrappingsplanen skal DPS ha hovedansvaret for det psykiske helsevernet i et gitt geografisk område (lokalsykehusfunksjon), og skal sørge for at befolkningen har tilgang på et desentralisert behandlingstilbud innenfor psykisk helse.

DPSene er en del av spesialisthelsetjenesten innen psykisk helsevern, og er organisert gjennom helseforetakene. De er også styringsmessig underlagt disse. Spesialisthelsetjenesten tilbyr også tjenester gjennom sykehusbaserte funksjoner. Disse tjenestene har blant annet ansvaret for øyeblikkelig hjelp etter lov om spesialisthelsetjenester (Spesialisthelsetjenesteloven, 2019), pasienter som trenger opphold i lukket avdeling, pasienter som trenger opphold i sikkerhetsavdeling samt andre spesialiserte sykehusfunksjoner. I tillegg til dette gi spesialisthelsetjenesten også tilbud om behandling gjennom privatpraktiserende spesialister som har driftsavtale med RHFene.

Det kommunale ansvarsområde knyttet til psykisk helsevern omfatter forebygging, kartlegging, utredning og behandling, rehabilitering, oppfølging og skadereduksjon. Veilederen «sammen om mestring» (Helsedirektoratet 2014b) beskriver ansvars- og oppgavefordelingen mellom spesialisthelsetjenesten og primærhelsetjenesten. Grovt skissert beskrives det her en modell for fordeling der kommunene har ansvar for antatte milde og korte forløp, men også forløp som er kortvarige/alvorlige og langvarig/milde. DPS og sykehusnivå har sitt ansvar knyttet til forløp som omfatter alvorlige og langvarige problemer/lidelser. I behandlingsskjeden ligger DPS dermed mellom primærhelsetjenesten og de sykehusbaserte tjenestene.

Kjerneoppgavene til et DPS er å gi akutt- og krisetjenester, gi spesialisert vurdering og utredning av henviste pasienter, gi differensiert behandling av psykiske lidelser for enkeltpasienter, par eller familier, gi ambulant behandling eller rehabilitering til personer med alvorlige psykiske lidelser, gi strukturert dagbehandling, gi krise- og korttidsbehandling i døgnenhet og døgnbehandling over lengre tid. (Sosial og helsedirektoratet 2006). Utover dette skal DPS gi opplæring til pasient og pårørende, gi veiledning til psykisk helsetjeneste i kommunene, arbeide med forskning og kvalitetsutvikling samt bidra til utdanning og videreutdanning av helsepersonell (Sosial og helsedirektoratet 2006). De viktigste lovverkene som styrer driften ved DPSene er Spesialisthelsetjenesteloven (2019), Psykisk helsevernloven (2017), Helsepersonelloven (2019) og Pasient og brukerrettighetsloven (2019). Et typisk DPS vil bestå av ulike enheter som har ansvar for spesifikke pasientgrupper, funksjoner eller behandlingstilbud. Slike kan eksempelvis kan det være enheter som ivaretar spesialisert psykosebehandling, enheter for behandling av personlighetsproblematikk, allmenpsykiatriske enheter, ambulerende team, akutteam og seksjoner for døgnbehandling.

5.1.1 Prosess og aktivitet

DPS mottar hoveddelen av henvisninger fra primærhelsetjenesten, hovedsakelig fra fastleger, men kan også motta henvisninger fra andre deler av psykisk helsevern, eksempelvis sykehusavdelinger, eller andre deler av spesialisthelsetjenesten. Pasienter som henvises blir vurdert til å ha rett eller ikke rett til helsehjelp i henhold til Pasientrettighetsloven (pasient og brukerrettighetsloven, 2019). Det settes samtidig en frist for forsvarlig oppstart av helsehjelp i henhold til Prioriteringsveilederen (Prioriteringsforskriften, 2000). Vurdering av rett til helsehjelp og frist for denne gjøres i samsvar med prioriteringsveilederen for psykisk helse (Helsedirektoratet, 2015b) og andre faglige retningslinjer.

Pasienter som tas inn i poliklinisk behandling gjennomgår først en utredning hvor en avklarer tilstand og planlegger et behandlingsforløp. Den vanligste behandlingsformen er individuelle konsultasjoner av 45 minutters varighet i et visst intervall over en begrenset periode, men kan også være gruppebehandling. Hyppighet av konsultasjoner og over hvor lang tid en behandler møter pasienten vil henge sammen med pasientens behov, målsetning og behandlingsmetodikk. Behandlingen kan foregå i poliklinikkens lokaler eller ambulant, for eksempel i pasientens hjem. Det skrives journalnotat etter hver konsultasjon. Journalen er regulert juridisk gjennom forskrift om pasientjournal (Helsepersonelloven 2019). Døgnbehandling innebærer ofte miljøterapi og stabilisering gjennom de rammene som en døgninnleggelse gir. Gjennom pasientforløpet skal det ved behov samarbeides tett med førstelinjetjenesten og andre deler av spesialisthelsetjenesten. Ved avslutning av helsehjelpen sendes det en epikrise til henvisende eller oppfølgende helsepersonell. Epikrisen er en sammenfatning av den helsehjelpen som er gitt og skal være med på å understøtte gode og sammenhengende pasientforløp i behandlingsskjeden.

5.2 Pakkeforløp psykisk helse – voksne

Pakkeforløp for psykisk helse og ruslidelser ble publisert i september 2018 og igangsatt 1. januar 2019. Det ble på det tidspunktet lansert tre overordnede utrednings- og behandlingsspakkeforløp: Pakkeforløp for psykisk helse voksne (Helsedirektoratet, 2019a), pakkeforløp for psykisk helse barn og unge (Helsedirektoratet, 2019b) og pakkeforløp for rusbehandling (TSB) (Helsedirektoratet, 2019c). Det ble i tillegg, i desember 2018, publisert tre tilstandsspesifikke forløp: Pakkeforløp ved mistanke om psykoseutvikling og

psykoseutvikling hos barn, unge og voksne (helsedirektoratet, 2019d), pakkeforløp ved spiseforstyrrelser for barn og unge (Helsedirektoratet, 2019e) og pakkeforløp for utredning og behandling av tvangslidelse (OCD) (Helsedirektoratet, 2019f). Det har i tillegg, fra 1. januar 2020, blitt startet opp et pakkeforløp for gravide og rusmidler (Helsedirektoratet, 2019g).

De generelle pakkeforløpene gjelder derfor forløp for pasientgrupper på tvers av diagnose, men hvor pasientene behandles i samme tjeneste. I disse pakkeforløpene inngår alle pasienter i et tjenesteområde, slik at pakkeforløp er en beskrivelse av organiseringen av tjenesten.

Forløpene bygger på nasjonale og internasjonale faglige retningslinjer og veiledere for utredning og behandling der disse finnes (Helsedirektoratet, 2018). Alle pakkeforløpsbeskrivelsene inneholder anbefalinger om forløpstider for utredning, behandling, kvalitetskrav, roller, ansvar, organisering og oppfølging, samt dialog med pasient og pårørende. De norske pakkeforløpene er innrettet noe annerledes enn de danske pakkeforløpene innen psykisk helse. Det ble i prosjektbeskrivelsen (Helsedirektoratet, 2016) påpekt at det var viktig å ivareta behovet for individuelt tilpasset behandling, og det ble derfor lagt vekt på å unngå mål for antall timer som ramme for behandlingen. De norske pakkeforløpene inneholder derfor ingen spesifikasjoner eller rammer med tanke på timetall.

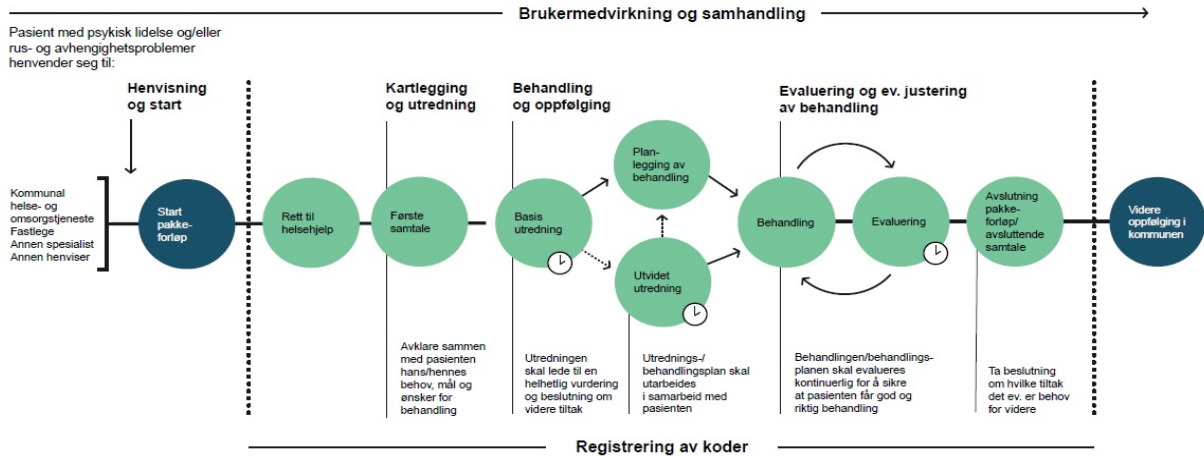
Det er betydelig mindre faglig konsensus om behandling innenfor psykiske lidelser enn det er innen for eksempel kreftbehandling, og det er større variasjon i sykdomsbildet innenfor hver diagnostisk kategori. Det vil også ofte være større behov for koordinering av tjenester mellom tjenestenivåer og sektorer når det gjelder psykiske lidelser enn ved somatiske sykdommer. De norske pakkeforløpene er derfor utviklet som generelle prosessbeskrivelser som er ment å skulle sikre evaluering og kvalitet (Helsedirektoratet, 2016) og i mindre grad som diagnosespesifikke forløp med tydelige rammer for behandlingen slik som de danske forløpene er utformet.

Vi vil i det følgende beskrive det generelle pakkeforløpet for psykisk helse voksne, og bruke dette som eksempel på hvordan pakkeforløpene er bygd opp. De andre pakkeforløpene er bygd over samme lest men er noe forskjellig med tanke på forløpstider og innhold.

5.2.1 Oversikt over forløpet

Pakkeforløp for psykisk helse og rus

⌚ = Forløpstid



Figur 5: Sekvensiell fremstilling av pakkeforløp for psykisk helse og rus

5.2.2 Start av pakkeforløp

Pakkeforløp starter i primærhelsetjenesten, ofte hos fastlege eller hos annen henviser når et eller flere tegn på moderat til alvorlig psykisk lidelse foreligger. Men før dette skjer, skal henviser gjøre en omfattende kartlegging av pasientens situasjon. Dette omfatter blant annet symptomer og funksjonsnivå, pasientens egen forståelse av situasjonen, utløsende årsaker til problemene, tidligere behandling og effekt av denne, pasientens ressurser, pasientens rusmiddelbruk, somatisk status og psykiatrisk status, inkludert risikofaktorer for selvskading/selv mord. Familiesituasjonen skal beskrives, barn som pårørende, arbeid/skole, interesser og støttepersoner, samt om pasienten har blitt utsatt for vold eller selv har utsatt andre for dette. Tidligere psykiske lidelser/tilstander skal beskrives, samt pågående tilbud fra andre helsetjenester. Til slutt skal henvisningen begrunnes, og det skal beskrives hva som er forventet nytte av behandlingen. Alt dette skal skje i åpent samråd med pasient og eventuelt pårørende. (Helsedirektoratet, 2019a)

Pakkeforløpet registreres og måles først når henvisningen mottas i spesialisthelsetjenesten. Det skal da gjøres en vurdering med tanke på hvorvidt pasienten har rett til nødvendig helsehjelp

eller ikke. Hvis henvisningen blir vurdert med «rett til helsehjelp», gis det tilbud om time i spesialisthelsetjenesten. Denne timen skal gis innenfor en frist som vurderes å være innenfor forsvarlig ventetid (Helsedirektoratet, 2015b). Pakkeforløp kan også startes ved øyeblikkelig hjelp vurderinger. Hvis det i en slik sammenheng besluttes at pasienten skal ha videre hjelp i spesialisthelsetjenesten starter pakkeforløpet når denne beslutningen tas.

5.2.3 Kartlegging og utredning

Et av hovedelementene i utviklingen av pakkeforløpene var at tiden brukt på utredning skulle reduseres (Helsedirektoratet, 2016). Det er derfor etablert målepunkter for når klinisk beslutning som følge av endt utredning skal gjennomføres. Målkravet er at 80% av alle basisutredninger skal være gjennomført innen 42 dager, samt at eventuelle utvidete utredninger også skal gjennomføres innen 42 dager.

Utredningen beskrives i to ulike faser: Basisutredning og utvidet utredning. Basisutredningen er en grunnleggende utredning med fokus på flere elementer: Her kan nevnes livssituasjon med mål, ressurser, interesser, familieforhold og sosialt nettverk, bosituasjon og økonomiske forhold. I tillegg, hvis det er aktuelt, skal en rekke andre elementer kartlegges: Psykisk og somatisk sykehistorie, risikofaktorer for selvmord, psykisk lidelse og somatiske sykdommer i familien, rusmiddelbruk, levevaner, vold og overgrep, traumatiske erfaringer, somatisk status og legemiddelbruk. Ved hjelp av disse opplysningene, samt gjennom bruk av standardiserte verktøy for diagnostisering av psykisk lidelse innenfor ICD-10 F-kapittelet, skal det gjøres en differensialdiagnostisk vurdering av tilstanden. Hva som er mulige årsaker til vanskene, hva som eventuelt opprettholder disse og hvilke konsekvenser dette får for behandling skal også beskrives (Helsedirektoratet, 2019a). Det legges vekt på at spesialist skal være involvert ved diagnostiske vurderinger.

Ved endt basisutredning skal det gjøres en klinisk beslutning. Denne beslutningen kan ta tre former: Det kan besluttes at det skal gjennomføres en utvidet utredning, at pasienten skal ha behandling i spesialisthelsetjenesten eller at pakkeforløpet skal avsluttes.

Hvis det ved basisutredning ikke har latt seg gjøre å foreta en fullstendig diagnostisk avklaring som kan gi grunnlag for videre tiltak, kan det besluttes at det også skal gjennomføres en utvidet utredning. Hensikten med å gjøre en utvidet utredning er å undersøke videre problemstillinger som har blitt avdekket under basisutredning. Eksempelvis kan en utvidet utredning fokusere på

å utrede for utviklingsforstyrrelser, personlighetsproblematikk, traumelidelser eller videre utredning av samtidige lidelser. Kravet er at en utvidet utredning skal gjennomføres i løpet av seks uker.

5.2.4 Behandling

Det legges vekt på at behandlingen skal være kunnskapsbasert og at den skal være tilpasset pasientens ønsker og behov. Opprettelse av og bruk av behandlingsplan legges frem som et viktig virkemiddel for gode behandlingsforløp. Planen skal utarbeides og målsettes i samarbeid med pasienten og behandler må tilstrebe at pasienten opplever eierskap til planen. Tabell 2 viser hvilke elementer en slik plan som et minimum bør inneholde.

Tabell 2: Minimumskriterier for innhold i behandlingsplan (Helsedirektoratet, 2019a)

<ul style="list-style-type: none">• Behandlingsmål• Rammer for behandlingen (hyppighet og varighet)• Behandlingstilnærming og tiltak• Eventuelle tiltak utenfor psykisk helsevern• Plan for å fortsette i skole/arbeid eller for tilbakevending til skole/arbeid	<ul style="list-style-type: none">• Ansvarlig for de ulike tiltakene• Pasientens ansvar for å følge opp behandlingen• Kriterier for avslutning• En plan for evaluering av tiltakene.
--	---

Videre skal alle mål og tiltak drøftes og avgjøres i samarbeid med pasienten, og det skal lages en utredningsplan i samarbeid med pasienten. Det skal benyttes standardiserte verktøy for måling av symptomer og funksjon tidlig i forløpet, underveis i forbindelse med evalueringspunktene og ved avslutning av pakkeforløpet (Helsedirektoratet, 2018).

5.2.5 Evaluering

Pakkeforløpet innebærer regelmessige evalueringspunkter hvor status for status for utredning og behandling gjennomgås. Ved hvert av punktene bør pasient, behandler, eventuelt pårørende og involverte tjenester i felleskap vurdere følgende (Tabell 3):

Tabell 3: Punkter som bør være med i evaluering av behandling (Helsedirektoratet, 2019a)

<ul style="list-style-type: none"> • Pasientens opplevelse av behandling og om den er nyttig • Status for endring i tilstand/symptomer, pasienten sin opplevelse av bedring • Behandlingseffekt målt ved bruk av strukturerte verktøy • Hvordan barn som pårørende følges opp • Behov for involvering av pårørende, flere i familien eller andre tjenester 	<ul style="list-style-type: none"> • Pasientens tilfredshet med behandlingen • Ivaretagelse av somatisk helse • Plan for å forbli i skole/arbeid eller tilbakevendelse til skole/arbeide • Legemiddelgjennomgang, inkludert indikasjon, effekt og bivirkninger
---	--

Det skal gis tilbakemelding til fastlege og henviser hvis et evalueringspunkt fører til større endringer i behandlingsplanen.

5.2.6 Forløpstider i pakkeforløpene

I pakkeforløp er det etablert tidsfrister for når ulike aktiviteter skal være utført. Tabell 4 viser som eksempel forløpstider for et poliklinisk forløp:

Tabell 4: Forløpstider i pakkeforløp for psykiske lidelser – voksne (Helsedirektoratet, 2019a)

Aktivitet	Frist i antall dager
Fra første fremmøte til klinisk beslutning etter basisutredning	42 kalenderdager (6 uker)
Fra klinisk beslutning etter basis utredning til klinisk beslutning etter utvidet utredning	42 kalenderdager (6 uker)
Fra klinisk beslutning etter ferdig utredning til første evaluering	42 kalenderdager (6 uker)
Tid mellom hver evaluering etter første gangs evaluering	84 kalenderdager (12 uker)

5.2.7 Koding

Det er en rekke andre aktiviteter som skal registreres og kodes i et pakkeforløp. Formålet med kodingen er for å kunne følge med på om endringen i tjenesten bidrar til at målene med pakkeforløp oppnås. På bakgrunn av disse kodene, samt eksisterende registreringer vil det bli utarbeidet flere indikatorer. Dette skal gi myndighetene mulighet til å følge med på om tiltakene blir implementert og hvilken effekt tiltakene har. Løpende måling av pakkeforløpene gir mulighet til å følge med på måloppnåelse og er et styringsverktøy som kan benyttet til kvalitetsutvikling lokalt, regionalt og nasjonalt (Helsedirektoratet, 2018). Tabell 5 nedenfor beskriver aktiviteter som skal kodes i pakkeforløp for psykisk helse – voksne:

Tabell 5: De mest sentrale kodene i pakkeforløpet (Helsedirektoratet, 2019a)

<ul style="list-style-type: none">• Start av pakkeforløp• Første fremmøte• Bruk av standardisert verktøy• Klinisk beslutning når basis utredning er ferdig• behov for videre utredning• Behov for behandling innen psykisk helsevern• Behov for behandling og/eller oppfølging av fastlege/ kommunale tjenester• Ikke behov for videre behandling eller oppfølging.	<ul style="list-style-type: none">• Pasientinvolvering i utarbeiding av behandlingsplan• Tilbakemelding til henviser og fastlege underveis i pakkeforløpet• Eventuelle samarbeidsmøte med relevante instanser• Evaluering av behandlingen• Bruk av Feedbackverktøy• Avslutning av pakkeforløp• Behov for hjelp av andre tjenester etter avslutning i spesialisthelsetjenesten
--	---

5.2.8 Avslutning av pakkeforløpet

Planlagt avslutning av pakkeforløpet skjer etter gjensidig avtale. Det skal informeres om hvilke muligheter som finnes for hjelp og støtte og hvis det er behov for oppfølging av annen instans etter avslutning, og det bør det foreligge en konkret skriftlig plan for dette. Pakkeforløpet angir følgende sjekklister som skal gjennomgås ved avslutning av behandling:

Tabell 6: Sjekkliste ved avslutning av behandling (Helsedirektoratet, 2019a)

<ul style="list-style-type: none"> • En konkret fagperson er ansvarlig for oppfølging/koordinering av eventuelle videre tiltak i kommunen. • Pasienten har egnet bolig • Pasient har fått tilbud om meningsfull aktivitet og hjelp til nettverksbygging • Det er informert om hvor pasienten kan henvende seg ved behov for ytterligere behandling i psykisk helsevern • Kommunal og helse-og omsorgstjeneste/fastlege bør informeres om aktuelle selvmordsrisikovurderinger/voldsrisikovurderinger og eventuelle igangsatte tiltak. 	<ul style="list-style-type: none"> • Epikrise til henviser/fastlege skal skrives og bør inneholde følgende punkter: <ul style="list-style-type: none"> • Plan for videre tiltak • Kriseplan som er forankret hos involverte aktører • Aktuelle avtaler, henvisninger og søknader • Oppdatert legemiddelliste • Eventuell sykemelding • Risikovurdering der det er behov
---	---

5.2.9 Fokuspunkter i pakkeforløpet

5.2.9.1 Brukermedvirkning

Pakkeforløpene legger betydelig vekt på å sikre brukermedvirkning og dialog med pasienter og pårørende igjennom forløpet. Det legges systematisk vekt på at bruker og eventuelt dennes pårørende skal delta og medvirke i alle vurderinger og beslutninger som tas. Eksempelvis skal bruker delta når det skal gjøres en klinisk beslutning om videre forløp. Det legges også vekt på at pasienten skal delta ved utformingen av behandlingsplanen. Brukermedvirkning ivaretas også blant annet gjennom at bruker skal kunne gi tilbakemelding om behandlingen ved hjelp av standardiserte feedbackverktøy. Det skal også gjennomføres regelmessige evalueringer av forløpet, blant annet med fokus på hvorvidt behandlingen har effekt, om somatisk helse er ivaretatt, om det har skjedd endringer i symptom bildet og om pasient og pårørende er tilfreds med behandlingen. Det skal også registreres om pasienten har fått informasjon om behandlingsformer som enheten tilbyr.

5.2.9.2 Samhandling

Pakkeforløp legger vekt på nødvendig samhandling mellom ulike aktører underveis i forløpet. Dette være seg kommunal helsetjeneste, pårørende eller aktører som skal involveres etter samtykke fra pasienten. Fastlege, eller annen henviser, bør være orientert om behandlingen gjennom forløpet og bør få beskjed ved omfattende endringer i behandlingsplanen. Videre skal behov for oppfølging og samarbeide med kommunal helsetjeneste varsles så tidlig som mulig. Det skal også arrangeres samarbeidsmøter/ansvarsgruppemøter der hvor dette er aktuelt. (Helsedirektoratet, 2019a). Samhandling ivaretas ved at pakkeforløpene inneholder en rekke målepunkter der det eksempelvis skal registreres hvorvidt samarbeidsmøter er vurdert og om det er gitt tilbakemelding til fastlege.

5.2.9.3 Somatisk helse og levevaner

Pakkeforløpene legger også vekt på oppfølging av pasientenes somatiske helse og levevaner, og gir en rekke anbefalinger angående dette (Helsedirektoratet, 2019h). Blant annet skal det gjennomføres en kartlegging av somatisk helse og levevaner. Det legges vekt på samhandling med fastlege og behov for klare avtaler med hensyn til ansvars- og oppgavefordeling.

5.2.9.4 Forløpsstyring og forutsigbarhet

Forløpsstyring og forutsigbarhet ivaretas ved at det har blitt lagt inn en rekke krav med hensyn til forløpstider. Hovedvekten er lagt på den tiden det skal ta å få gjennomført en utredning av pasientene og hvor lang tid det tar fra behandlingsstart til behandler og pasient gjennomgår en systematisk evaluering av behandlingen.

5.2.9.5 Kvalitetssikring

For å sikre kvaliteten i utrednings- og behandlingsforløpene legges det gjennomgående vekt på at spesialist i psykiatri eller psykologi skal involveres ved diagnostisering, behandlingsplanlegging og ved evalueringer av behandlingen. Det legges også et sterkt fokus på at det skal brukes standardiserte verktøy ved utredning, behandlingsevaluering og ved tilbakemeldinger fra pasienter.

5.2.9.6 Medikamenter

I pakkeforløp gjøres det rede for en systematisk oppfølging av medikamentell behandling gjennom hele pasientforløpet. Det åpnes for at disse vurderingene av legemiddelbruk kan gjøres

både av fastlege eller lege innenfor psykisk helsevern. Ved henvisning til pakkeforløp må det foreligge en oppdatert legemiddelliste. Denne skal gjennomgås, og pasientens erfaringer med nåværende og tidligere legemiddelbruk skal registreres. Eventuell pågående medikasjon skal vurderes opp mot indikasjon, effekt og bivirkninger. Ved oppstart av nye medikamenter skal fordeler, ulemper og eventuelle bivirkninger bli drøftet med pasienten. Når behandlingen evalueres bør det være en legemiddelgjennomgang hvor indikasjon, effekt og bivirkninger blir vurdert.

5.2.9.7 Barn som pårørende

Pakkeforløp legger føringer om at barn og pårørende skal ivaretas. Det skal sikres at barn sine behov for informasjon og oppfølging blir kartlagt og ivaretatt.

5.2.10 Forløpskoordinator

Enhetene er ansvarlige for at det oppnevnes en forløpskoordinator. Fra dette tidspunkt spiller forløpskoordinator ved spesialisthelsetjenesten en sentral rolle. Denne koordinatoren skal ha et delegert ansvar for og myndighet til å sikre sammenhengende pasientforløp og oppfølging uten unødig ventetid. Denne personen har også et overordnet delegert ansvar for at forløpstider følges og at målepunkter blir kodet. Koordinator skal være lett tilgjengelig for pasient og pårørende og skal koordinere hele forløpet også ved uteblivelse fra avtaler. Personen skal informere, veilede, gi råd og koordinere avtaler og samarbeidsmøter ved behov. En kan tenke seg denne personen som en slags «los» som skal hjelpe pasienten med å manøvrere seg i systemet.

5.3 Informantenes erfaringer

I det følgende vil vi beskrive de opplevelsene angående pakkeforløpene som våre informanter formidlet til oss gjennom de intervjuene som ble gjennomført. Beskrivelsen vil være organisert rundt de temaene som vi gjennom analysen oppfattet som sentrale.

5.3.1 Autonomi

Hvordan opplever våre informanter at innføringen av pakkeforløp i psykisk helsevern har påvirket deres faglige autonomi? Det generelle bildet er en opplevelse av at pakkeforløpene virker noe hemmende på behandlernes faglige autonomi. Samtidig var det også flere som

opplevde at pakkeforløpene i liten grad påvirket deres mulighet til å utøve faglige skjønn. Informantene varierte noe med hensyn til hvorvidt de tilskrev redusert autonomi som en konsekvens av pakkeforløpene. Enkelte opplever disse som del av en tendens som har pågått over flere år og der flere elementer har bidratt til å redusere behandleres faglige autonomi.

Jeg tror at mye av frustrasjonen som er her på poliklinikken ikke nødvendigvis handler bare om pakkeforløpet, men på en måte det tidspresset som har vært på DPS før og at man har press på å skrive ut pasienten før man kanskje føler de er ferdig behandlet, møte pasienter sjeldnere enn man egentlig vil, at man får en ny pasient i uka, den type ting. Sånn var det jo før pakkeforløp også, pakkeforløp legger seg oppå eksisterende frustrasjon (Informant 14, behandler)

Flere beskrev at de generelt opplever at pakkeforløpene hadde en negativ påvirkning på egen faglig autonomi. Pakkeforløp strukturerer et pasientforløp til en forutbestemt rekkefølge: utredning – behandling – evaluering – avslutning. Mange opplevde denne formen for standardisering som fremmed i forhold til måten de vanligvis arbeider på. Ofte kan det være nødvendig å bevege seg mer frem og tilbake mellom delene, da spesielt mellom utredning og behandling. Informantene beskrev at i mange tilfeller foregår utredning og behandling parallelt.

Jeg tenker at det er en del som vil gå raskere på behandling, klinisk vurdering av tilstand og så samtalebehandling. Diagnosen, på en måte kanskje vokser frem underveis, mer sånn type tenkning, enn en sånn utredning, være sikker på diagnose.. det er veldig sånn tenking at en gitt diagnose er en gitt behandling, det er ikke helt sånn i psykisk helsevern. (Informant 3, leder)

Skille mellom utredning og behandling er jo kunstig, også, ofte går man frem og tilbake mellom de to, det synes jeg kanskje med mye i pakkeforløp, at det blir kunstig oppstykkinger og at man blir litt tvunget inn i sånn skjematisk modell som ikke passer helt i forhold til hvordan man jobber. (Informant 14, behandler)

Mange av våre informanter hadde en opplevelse av at standardiseringen tvang dem til å vektlegge visse fokus gjennom behandlingsforløpet som de selv mente ikke var så vesentlig. De mente også at dette fikk negative konsekvenser for kvaliteten på den behandlingen som ble gitt.

I pakkeforløpet så vektlegges.. er behandlingsbiten veldig lite beskrevet, mens utredningsdelen er ganske mye beskrevet, og det er der fristene ligger alt sånn, at det på en måte at det går på tvers av det man vet av forskningen, at alliansen er en av de viktigste faktorene.. at hvis utredning blir fokus de 6 første timene, da går man kanskje glipp av mye alliansearbeide, men også at noen diagnoser, bipolar, psykose ord kanskje, spiseforstyrrelse, noen diagnoser hvor det er viktig med diagnoser, men stort sett er det ikke diagnosene som avgjør utfall, at det blir en sånn disproporsjonal vektning av utredningen synes jeg generelt.... ..Jeg synes noen ganger at det kan føre til at jeg fordi jeg vet at denne timen burde vi egentlig evaluere, så tenker jeg at vi burde fokusere på det vi snakket om forrige gang, at jeg noen ganger for å følge pakkeforløpet, så gjør jeg noe annet enn jeg egentlig ville gjort, noen ganger. (Informant 14, behandler)

Gjennom behandlingsforløpet var det spesielt i utredningsperioden behandlerne opplevde at deres egen autonomi var satt under press. Det opplevdes av flere som vanskelig å fylle kravene fra pakkeforløp og samtidig gjøre en god faglig jobb som kliniker. Flere informanter formidlet at presset på å ha utredning ferdig innenfor 6 uker skapte problemer i forhold til deres faglige vurderinger. De uttrykte at tidspresset med tanke på å ferdigstille en utredning medførte at de i mange tilfeller måtte ta kliniske beslutninger på sviktende grunnlag.

Ja, litt av og til i de kompliserte sakene. Hvor man tenker at, pasienten skal ha et tilbud, men vet ikke helt i hvilken diagnoseleir jeg vil putte pasienten, så tenker jeg at det er motstridende, for meg må ta en beslutning om pasienten på en utredning som jeg kanskje ikke helt har ferdigstilt. (Informant 1, behandler)

Kanskje noen tilfeller hvor det er tvil om, diagnostisk usikkerhet, uklarhet i hva som er primær og sekundær og hvis, med tidspres om man heller kunne brukt litt tid eller drøftet

med en kollega, type en annen enhet eller noe sånt noe, så er det jo enklere å lande, å ikke gjøre det og lande. (Informant 10, behandler)

Men jeg kan se for meg, har hatt utredning, landet på diagnose, satt i gang behandling, så dukker det opp noen annet, som, er det store kognitive utfordringer her, så da ville det vært mer utredning igjen, da blir det rotete i forhold til, gidder jeg da, og det er en liten nyanse, men samtidig kan det jo bli rot, så nå kjører vi bare på..

(Informant 2, behandler)

Enkelte beskrev også hvordan fristene i utredningsdelen av pakkeforløpet kunne ha konsekvenser for de vurderingene som gjøres i andre deler av pasientforløpet. Eksempelvis beskrev enkelte at vurderinger vedrørende avslutninger av behandlingsforløp eller hyppighet av konsultasjoner kunne bli påvirket av dette.

Fordi en har 6 uker på seg til å utrede, så og man har en begrenset timebok, så presser man de inn i timeboken til fordel for de pasientene som en kan la gå, som ikke har noen frister på seg, så en vil vanne ut behandlingen eller tenke på å avslutte tidligere. (Informant 14, behandler)

Mange av informantene opplevde at pakkeforløpet grep inn i deres autonomi og endret deres mulighet for å gjøre selvstendige faglige vurderinger. Gjennom at flere elementer av utredningen ble standardisert blir det mindre rom for den kliniske vurderingen.

Ja kanskje til en viss grad, at man blir litt mer dratt i å fokusere på å oppfylle en checkliste heller og litt mindre være opptatt av hva jeg burde egentlig gjøre her nå..... jeg synes litt det, at det blir flere ytre føringer, hvor den enkelte kliniker har mindre autonomi, har mindre styring, eller mulighet til å legge opp behandlingen som man ønsker, og at det er personer som står på avstand fra klinikkhverdagen som på en måte skal mene mye om klinikkhverdagen, hvordan man kan få til det. (Informant 14, behandler)

Andre påpekte at økte dokumentasjonskrav påvirker den faglige autonomien. Dette var spesielt når terapeuten på bakgrunn av klinisk vurdering avvok fra standardisert behandling. Flere beskrev at kravet om å dokumentere dette gjør terskelen for å avvike høyere.

Når jeg skal gjøre kartlegginger og hvis jeg vil gjøre annerledes må jeg begrunne det veldig grundig i et eget notat. Av og til er det åpenbart at det ikke er riktig ting å gjøre, men det er et pålegg/krav om å skrive. Det må dokumenteres hvorfor vi gjør ting som vi gjør.

Å prøve å tilpasse pakkeforløpet, jeg har tro på at det kan gjøres, men kanskje det trengs noe mer fleksibilitet eller en tydeligere retningslinje. hva skal vi gjøre når ... når vi må være mer fleksible uten at vi får dårlige tilbakemelding fra ledelse om at vi ikke gjør jobben, det er ubehagelig. (Informant 8, behandler)

Flere av informantene beskrev imidlertid at deres muligheter til å gjøre selvstendige faglige vurderinger i liten grad var påvirket eller begrenset av pakkeforløpene. De rapporterte også at de i like stor grad som tidligere hadde mulighet til å tilpasse behandlingen til pasientenes behov og preferanser og opplevde at kravene i pakkeforløpene i liten grad påvirket dette. De påpekte imidlertid at dette hovedsakelig gjaldt i behandlingsfasen.

Jeg føler jeg beholder den faglige autonomien til tross for pakkeforløpene, eller samtidig med pakkeforløp. (Informant 10, behandler)

Nei, det synes jeg ikke. jeg opplever ikke noe fastlåsthet der, jeg kan tilpasse behandlingen. (Informant 1, behandler)

Det var flere behandlere som opplevde rammene til pakkeforløp problematisk i forhold til de mer kompliserte pasientsakene. De beskrev at i slike saker kunne standardiseringen i pakkeforløpene være lite tilpasset behovene som disse pasientene har. Flertallet av

informantene rapporterte at deres faglige vurderinger fikk forrang hvis disse kom i konflikt med eller sto i motsetning til kravene i pakkeforløpet, eksempelvis hvis det ikke lot seg gjøre å treffe en klinisk beslutning innenfor fristen. Enkelte uttrykte også at de i mange tilfeller la liten eller ingen vekt på målkravene og de fristene som disse medfører.

Jeg tror jeg gjør mye av det samme som jeg har gjort før. jeg opplever det ikke som en frist som jeg er nødt til å overholde, jeg gjør de vurderinger jeg gjør, så har jeg ikke klart å utrede en pasient etter utvidet utredning, så må jeg stå for det. Det er bare sånn, det er grunner for det, og det kan kanskje også si noe om tilstand, jeg opplever ikke at det er et press eller at jeg blir stresset av det... Det er ihvertfall ikke det som skal styre mitt kliniske skjønn på noen måte, det skal være der og jeg skal respektere det så godt jeg kan, men hvis det er ting som gjør at, disse fristene går jo på antall dager, fra noe, og ikke nødvendigvis antall ganger pasienten har vært her, hvis pasienten på 6 uker uteblir på tre avtaler, så er det begrenset hva jeg sitter igjen med til utredning. vi er nødt til å gjøre jobben vår grundig likevel ...
(Informant 1, behandler)

Flere informanter ga også tydelig uttrykk for en holdning hvor en aktivt går på tvers av de forventningene som ligger i pakkeforløpene. Disse ga tydelig uttrykk for at de tilsidesatte kravene i pakkeforløpene hvis disse kom i konflikt med deres faglige vurderinger.

...andre ganger så driter jeg i det, pakkeforløp altså. Så får bare frister overskrides, brytes, så bryr jeg meg ikke om det. Det er litt sånn vekselvis. (Informant 10, behandler)

I en situasjon hvis jeg står mellom et pakkeforløp og koding og hvis det står i konflikt med hva som er det beste eller mest adekvate for pasienten, så vil jeg alltid velge pasientens beste. Det tenker jeg de fleste vil si. (Informant 2, behandler)

...så tror jeg at de vil heller bryte pakkeforløpet et sted enn å gjøre en bevisst faglig feil for å holde forløpstidene. Det har jeg veldig inntrykk av.. (Informant 12, behandler)

Nei, vi prioriterer faglige vurderinger. Og vi er enige på vårt fagteam at vi kan forklares, og vi skriver hvorfor det ble som det ble (Informant 11, behandler)

Det var også informanter som mente at pakkeforløp, gjennom standardisering bidro positivt der det kanskje hadde vært for mye autonomi hos den enkelte behandler. Det kunne for eksempel være knyttet til erfarne medarbeidere som bestemmer mye etter eget hode rundt behandling.

Nei, sånn at det skal være slutt på, litt flåsete, at doktoren er gud. og bare bestemmer alt også hvis autonomien ligger i at du bare skal gjøre det man vil, nei, da er vi inne på fru gud igjen. (Informant 5, behandler)

Det kunne imidlertid også dreie seg om yngre medarbeidere som ønsket mer støtte og mindre autonomi.

Noen av de unge, de nye ønsker en tettere oppfølging, fra spesialister, mange ønsker dette (Informant 4, leder)

5.3.2 Standardisering

Informantene var samstemte i at innføringen av pakkeforløp innebar en økt standardisering av arbeidet deres. Det fremkom imidlertid noe ulike synspunkter på hvorvidt standardiseringen har medført betydelig endring i måten de arbeider på. En del informanter opplevde at dette har endret arbeidshverdagen i stor grad. Flere formidlet at økte krav til bruk av standardiserte verktøy i utredningsfasen, krav om bruk av feedbackverktøy, samt tilbakemelding til henviser utgjorde en merkbar endring og en betydelig økt grad av standardisering. Det ble imidlertid påpekt av flere at graden av standardisering var størst i utredningsfasen. Alle opplevde at kravene om bruk av standardiserte instrumenter, feedbackverktøy, brukermedvirkning og tilbakemeldinger til henviser innebærer en betydelig økt standardisering.

Jeg tenker at utredning du får en mer standardisert tenkning om at det skal være en utredning og at man lager seg en pakke innenfor dette her, veileder og sånn, også lander man på en

diagnose og en tilstand og behandling som det også er noen føringer på, lager noen rammer rundt da. så det tenker jeg nok er med på å lage en ramme rundt i større grad. (Informant 4)

Informantene var også samstemte i at de opplevde liten grad av standardisering av behandlingsfasen, og at lite hadde endret seg med hensyn til den behandlingen som pasientene får. Flere formidlet at den største endringen de opplevde med hensyn til behandlingen var innføringen av evalueringspunkter.

Ja, det standardiserer jo noe, de skal bruke utredningsverktøy, det er ikke alle hos meg som gjør det, men det må de jo nå. standardiserer også gjennom at alle får en utredning i front, vi tilstreber det. Så det vil standardisere mer enn vi har gjort tidligere. men videre etter klinisk beslutning og behandling, der er jeg mer usikker, da tror jeg ikke at det nødvendigvis blir så store endringer, utover evaluering. (Informant 4, leder)

Flere av informantene oppfattet standardiseringen som del av en større trend som har pågått over flere år der det er mange ulike elementer som har bidratt til økt standardisering, eksempelvis retningslinjer og veiledere. Pakkeforløpene ble også oppfattet å bidra ytterligere til økt effektivitetspress innenfor psykisk helsevern. En tendens som ble beskrevet å ha pågått over flere år.

Jeg tenker at det er strukturen blant annet, og veldig dette gjennomstrømningsrennet, det har vært i mange år, men jeg tenker jo at pakkeforløp er med på å sveive den enda mer. det kjennes sånn ut når man jobber i dette systemet at det er det som er målet, at man skal gjøre mere på kortere tid, at koding blir svaret på at noe skal synes på en måte. Dessverre. (Informant 4, leder)

Enkelte opplevde at dette har medført lite endring, og at de i hovedsak opprettholdt samme praksis som tidligere. Dette forekom hovedsakelig på de DPSene som hadde innført standardiserte pasientforløp i forkant av pakkeforløpene.

..og jeg synes det også beskriver mye av den prosessen som skjedde på vårparten også jeg. Altså vi gjør jo som vi alltid gjør men vi prøver å klemme den standardbehandlingen vår inn i pakkeforløpet. Vi gjør jo som vi alltid har gjort, så prøver vi på en måte å få det til å passe inn i den pakka.. «ja kanskje det passa med det krysset der liksom».. så prøver vi å krysse av for den tingen. (Informant 12, behandler)

5.3.3 Lokal standardisering

DPSene hadde også laget egne systemer for å tilpasse seg den økte standardiseringen. Innføringen av disse systemene var forankret i lederbeslutninger. De var også gjort for å avhjelpe klinikerne med å følge de nye standardene. Eksempelvis var det laget maler og fraser i journalsystemet som fulgte pakkeforløpet. Malene eller frasene kunne for eksempel definere hva som skulle skje i hver enkelt time. Enkelte poliklinikker hadde også innført egne strukturerte pasientforløp fra tidligere, og disse opplevde ikke at pakkeforløpet hadde medført noen endring i måten de arbeidet på.

Det vi har gjort er i journalsystemet, det ligger en del sånne fraser som vi tidligere kalte 1, 2 og 3 time og sånn, nå heter det 1 og 2 i pakkeforløpstimene, vi bruker liksom det som skal skje i pakkeforløp også i headingen. Vi har laget en sånn mappe med fraser slik at det er lett for behandlerne å se slik at de bare kan klikke den frasen inn for hver time hva som skal skje. Da blir de jo minnet om hva som skal komme da i løpet ... de klikker på 8 time når de er på 8 time eller 4 time når de er på 4. og da er det jo lagt inn hva som ligger på pakkeforløp sin 4 time eller, tilbakemelding til kommunen eller klinisk beslutning kommer jo da, det har vi gjort klart, det synes behandlerne er ålreit. (Informant 15, leder)

Enkelte av behandlerne beskrev også en opplevelse av at de gradvis gled inn i standardiseringstenkningen som pakkeforløpene medfører, og at dette etter hvert blir en del av kulturen i behandlermiljøene.

Det gjør det vel på sikt (påvirker behandlingskulturen), at man begynner å prate om frister på ditt og datt, det tror jeg det vil gjøre. man blir jo etterhvert den kulturen man er en del av

ikke sant, nå er det jo innføring av pakkeforløp, det er stress, det er motstand, som er det alltid med noe nytt, så etterhvert blir man vant til det, man gjør det ... (Informant 4, leder)

5.3.4 Opplevelser med økt standardisering

Informantene syntes å ha en differensiert holdning til standardisering. Flere av behandlerne uttrykte at de opplevde enkelte elementer som inngår i standardiseringen som positivt og at de oppfattet at enkelte standarder understøttet det de oppfattet som god faglig tenkning og praksis. Flere la også vekt på at pakkeforløpene medførte en mer rettferdig fordeling av ressursene og en større grad av likeverdige tjenester, og så på standardiseringen som en viktig komponent i dette.

Jeg tenker det er positivt å standardisere noe, at ting blir litt mer likt. det er store individuelle variasjoner blant psykologer og leger. Jeg synes det er lurt da. (Informant 4, leder)

jeg tenker at intensjonene, forutsigbarhet og at alle får likt, det er jo tanken tenker jeg. dette her med at du faktisk kan gå inn og få det samme om du bor øverst oppe i Hallingdal eller bor nede i urbane strøk. (Informant 5, behandler)

Andre behandlere la vekt på at pakkeforløpene bidro til at de fikk mer struktur og ryddighet i egne behandlingsforløp. De opplevde også pakkeforløpene som en påminnelse, støtte og hjelp til å sikre og opprettholde at gode faglige elementer i behandlingen ble gjennomført.

..ja, (kravene til behandlingsplan og dokumentasjon) det opplever jeg som et gode fordi det gjør at det sikrer at flere gjør det, at jeg også opprettholder det og gjør det mer, jeg synes behandlingen og forløpet ser ryddigere ut. (Informant 1, behandler)

jeg synes jo det er bra at noen endelig prøver å strukturere verden, å kartlegge den, å få fram tidsfrister og hvorvidt vi følger frister og hvor hyppig ting.. at noe kartlegges og synes oppover i systemet synes jeg er helt klart positivt, men metoden det ble gjort på er jo kanskje ikke optimal. (Informant 12, behandler)

Enkelte av informantene uttrykte også at de syntes at pakkeforløpene i for liten grad strukturerte og standardiserte, og ønsket at de i større grad definerte pasientforløpene.

Jeg synes det er altfor lite strukturert utenifra, alt for lite helt ovenfra hvordan vi skal gjøre det gjennomtenkt, det er liksom bare opp til helseforetakene å finne ut av det her. Det synes jeg er uklokt, iallfall når målet er lik behandling over alt.. også følger det jo ikke noen ressurser med og det er jo alltid et problem, så det går jo ikke an å følge det egentlig, liksom. Det var iallfall min spontane mening. (Informant 12, behandler)

5.3.5 Økte dokumentasjonskrav

Flere av informantene uttrykte negative opplevelser knyttet til elementer i den økte standardiseringen. Disse formidlet at de opplevde at dokumentasjonskravene hadde økt i betydelig grad, og så på dette som betydelig negativt. Flere beskrev at dette økte arbeidsbelastningen og tok tid fra pasientbehandlingen.

ja og det er en evig runddans, apropos alle ting som en innfører, enden på visa er enda mer dokumentasjon isteden for det menneskelige møte. Enten om en snakker om koder eller en skal skrive ting. vi skriver og skriver og skriver, jeg vet ikke hvem det er som leser disse dokumentene jeg, men det er det vi gjør, for egentlig å ha ryggdekning. (Informant 4, leder)

i den grad det er behandlere som kanskje slurver eller gjør venstrehåndsarbeid, eller bare sitter inne på sitt eget kontor, så er det positivt at en får.. dette må jeg gjøre, involvere pårørende, brukermedvirkning, men jeg har jo inntrykk av at de fleste behandlere er opptatt av det fra før og i den grad en ikke får gjort det så er ikke det nødvendigvis at man ikke har lyst men at man ikke har tid på grunn av stort pasienttrykk, og at det blir litt feil medisin, det blir mer av det samme. grunnen til at man ikke rekker det man skal er fordi man har for mye prosedyrer og dokumentering, så blir medisinen mer dokumentering. (Informant 14, behandler)

Noen informanter beskrev en opplevelse av at pakkeforløpene medførte en endring av fokus fra pasientbehandling til oppfyllelse av pakkeforløpskravene. En del uttrykte at elementene i

pakkeforløpene kunne virke forstyrrende inn i behandlingen, og at behandlingsløpet ble justert for å oppfylle pakkeforløpskravene, på bekostning av det som kunne være naturlig i behandlingsforløpet.

..at det blir et ekstra element i behandlingen og noen ganger forstyrre behandlingen litt. man skal evaluere etter så så mange uker og så har man kanskje møtt, det har vært uteblivelser så plutselig har man hatt pasienten i to timer og så blir det unaturlig å skulle evaluere behandlingen, som er et av kravene (Informant 14, behandler)

5.3.6 De kompliserte forløpene

Flere av de informantene som arbeider med de mest kompliserte pasientforløpene, som for eksempel pasienter i psykosespekteret, opplevde at standardiseringen i liten grad var tilpasset disse pasientgruppene, og at det for disse pasientene var vanskelig å oppfylle kravene i pakkeforløpene. En generell opplevelse hos disse var at kartet i liten grad stemmer med terrenget. Flere av behandlerne uttrykte også bekymring for at noen av disse pasientene ville falle utenfor.

Ja, litt av og til i de kompliserte sakene. hvor man tenker at, pasienten skal ha et tilbud, men vet ikke helt i hvilken diagnoseleir jeg vil putte pasienten, så tenker jeg at det er motstridende, for jeg må ta en beslutning om pasienten på en utredning som jeg kanskje ikke helt har ferdigstilt. (Informant 1, behandler)

Pakkeforløpene, det er litt sånn, du har et problem, så fikser man det problemet, så er problemet løst i den andre enden, da kan man skrive ut. Det er ikke alltid sånn vi jobber. enten man snakker om nysyke eller rehabgruppen, så vet jeg ikke helt hvorfor de skal være i denne pakkegreien. (Informant 4, leder)

..når man har ADHD pasienter så gir det nesten seg selv at de faller utenfor, og visse av dem i særklasse. De som sitter i fengslet, har en kriminell løpebane, som av og til blir samlet opp av politiet, man skal prøve å få det passet til. Skal ikke si de blir gode samfunnsborgere, men så det blir minst mulig problem for dem og mest mulig livskvalitet for pasienten det er

utrolig vanskelig å få dem passet inn i pakkeforløpsbeskrivelsen. det er jo der vi får vårt prosentnedslag. (Informant 7, behandler)

Enkelte formidlet også at det var en fare for at andre samtidige lidelser i mindre grad ble fulgt opp sammenliknet med tidligere. Da det er begrenset med tid til utredningen, ble det prioritert å følge opp primærlidelsen, eller det som fremkom i bestillingen fra fastlege. Hvis det ble oppdaget andre samtidige tilstander, beskrev flere informanter at disse i mindre grad enn tidligere ble fulgt opp.

Vi plukker ut bestillingen i forhold til henvendelsen fra fastlegen.. ikke sant.. så er det bestilling, utredes for bipolar lidelse. Da holder vi fokus på det. Det er klart at er det helt åpenbart en komorbid.. så blir den slengt på men den blir ikke behandla ... Jeg tenker at vi gjorde det i mye større grad tidligere. Da begynte vi med en ting så utreda vi det, også behandla vi det. Så dukka det opp noen nye underveis som det ofte gjør, så fortsatte vi å behandle det ... vi gjør ikke det lengre. Vi blir mye mer spesialisert, sant.. (Informant 13, behandler)

Enkelte uttrykte bekymring for at det standardiseringen og tidsskjemaet som forløpstidene i pakkeforløpene medfører, vil føre til at de pasientene som ikke passer inn i pakkeforløpet blir nedprioritert.

... det er som jeg sier disse sykeste pasientene, som sitter hjemme og ikke krever noe, de kan gå litt i glemmeboken. at det er mindre tid, så de kan bli nedprioritert. (Informant 8, behandler)

... ja, det må være de tilfellene hvor pasienter ikke møter eller møter sporadisk. type diagnostisk vanskelig avklart, hvor ting tar litt tid. og hvor man, kanskje er det lettere å avslutte, sånne typer pasienter, eller avrunde behandlingen. Heller enn, skal vi prøve litt til, skal jeg gi dem flere sjanser til å komme, eller sånne tilfeller kanskje. disse pasientene hvor det ikke ... hvor det er vanskelig å få det til, å passe med pakkeforløp frister og sånn. Kanskje

for denne gruppen pasienten kanskje trenger mer enn andre typer pasienter. men kanskje de, at de avsluttes litt raskere. (Informant 10, behandler)

5.3.7 Målkravene

Informantene var bevisste med hensyn til målsetningen om at 80 prosent av utredningene skulle fullføres innenfor den definerte forløpstiden, og flere formidlet at de hadde opplevd stort fokus på dette under innføringen av pakkeforløpene. De var imidlertid delte i hvordan de opplevde disse målkravene. Flere uttrykte en positiv holdning til at det for eksempel ble satt rammer for utredningstid, og mente at det var behov for å innføre slike rammer.

jeg tenker jo frist for utredning er bra altså, det synes jeg. Litt sånn deler av profesjonen har jo tatt seg visse friheter tidligere og trukket det ut og drøyet, og det er jo ikke bra. Den fristen tenker jeg er lur å ha. Det mangler en mulighet til å være litt mer fleksibel når det trengs, for de pasientene. Hvor det ikke er helt clear cut, komborbiditet osv. (Informant 10, behandler)

Enkelte formidlet også at de opplevde disse kravene som ledd i en kvalitetssikring av virksomheten i poliklinikkene.

.. ja, det er fokus fra ledelsen på målkravene. Det er tydelig at dette er noe vi skal implementere, det er viktig, men det legges også vekt på hvorfor det er viktig, at det ikke er kontroll, men for kvalitetssikring og da er det egentlig greit at det er fokus. (Informant 1, behandler)

Andre opplevde i større grad målkravene og de tilhørende dokumentasjonskravene som et kontrollelement. Enkelte beskrev også en opplevelse av dette som en redusert tillit til behandlerne i systemet. DPSene hadde også utviklet egne, interne, kontrollfunksjoner for å følge opp behandlerne, noe som også påvirket behandlerne.

Det ene har vært den følelsen med av at, enda mer byråkrati, enda mer papirarbeid, enda mer kontroll ovenfra, skal vi bruke mer tid på dette også. (Informant 2, behandler)

... ja, litt tror jeg.. at de ikke stoler på at vi kan jobben. Også litt som jeg sa, mer av det samme.. kontroll.. sette feil diagnose på problemet, det er ikke mangel på dokumentasjon som er problemet. En må få tid til å oppdatere seg. (Informant 13, behandler)

De fleste av informantene, både ledere og behandlere, formidlet at de hadde klare intensjoner om å kunne oppfylle målkravene. Det var imidlertid variasjon med hensyn til hvorvidt behandlerne opplevde å klare målkravene for utredning. Flere formidlet at de i hovedsak klarte å overholde fristene og kravene til utredningstid. Andre uttrykte imidlertid at de hadde betydelige vansker med å overholde kravene til utredningstid. Disse beskrev også en opplevelse av at målkravene medførte et økt tidspress og at dette ble en ekstra stressfaktor. De beskrev også en frustrasjon over å ikke klare å dette. Det ble også formidlet frustrasjon over det ble utløst ytterligere dokumentasjonskrav når fristene ikke ble overholdt.

Ja, altså behandlerne vil gjerne nå de måla, gjøre de tingene og kode for det også klarer de det ikke. Det er litt tilbake til ... det går ikke, så resignerer man litt ikke mer enn at følelsen av at man ikke strekker til har blitt forsterka. Man glemmer faktisk at man gjør en god jobb med pasientene. Man blir litt opptatt av at «jeg klarer ikke kravet». (Informant 15, leder)

...vi har ikke tall på det, men vi kommer til å bryte masse av disse forløpstidene, hvis det er det du tenker på? Jeg ser jo det at disse 6 ukene og alt som ligger i det, at det er helt urealistiske forløpstider, det er tilbakemeldinger fra behandlere hos meg, (Informant 4, leder)

Flere, både behandlere og ledere, formidlet også at misforhold mellom de ressursene de hadde til rådighet og oppgavemengde var en sentral faktor som hindret dem i å nå målkravene. Flere påpekte at mengden av henviste pasienter var for stor til at det var mulig å gjennomføre utredningstiden innenfor kravene. Informantene beskrev en hverdag, der det var for få timer til rådighet i forhold antall pasienter som skulle behandles.

det kommer til å sprekke, og det kommer vi ikke til å klare å holde, 6 ukers fristen tenker du på da ... men det må jo være et mål å prøve (å overholde fristen). Vi ønsker jo å gjøre ting riktig, og vi hadde jo helt klart klart å holde det hvis det var en tredjedel av pasientene. (Informant 12, behandler)

Det er mange som går på fristbrudd i basisutredningen, at man klarer ikke å få alt på en gang, spesielt hvis du har en pasient som er såpass alvorlig, der det dreier seg om selvskading, alvorlige selvmordstanker, masse innleggelse. Der må man velge, og da velger vi å ha fristbrudd på det. Så vi har mange som.. både unge og veletablerte behandlere som gjør det. (Informant 11, behandler)

Enkelte uttrykte også at innretningen av pakkeforløpene med fokuset på utredningstid kunne medføre en dreining av fokuset fra behandling til utredning, og at utredningsfasen da ville bli prioritert på bekostning av behandlingen. Enkelte informanter uttrykte bekymring for at dette kunne påvirke behandlingen.

Jeg vet ikke om det kommer til å skje, men jeg tror egentlig formålet med pakkeforløp er å korte ned utredningsandelene, mange pasienter blir gående i evige utredninger, og at hensikten har vært å kutte ned det, men en utilsiktet konsekvens kan være at man nedprioriterer behandlingen egentlig. Men det må tiden vise om det faktisk skjer. (Informant 13, behandler)

Fordi en har 6 uker på seg til å utrede, så og man har en begrenset timebok, så presser man de inn i timeboken til fordel for de pasientene som en kan la gå som ikke har noen frister på seg. (Informant 15, leder)

Samtidig som mange opplevde et misforhold mellom ressurser og oppgaver var det en leder som hadde en målsetting som strakk seg utover målkravene gitt fra myndighetene.

Jeg blir enda mer ambisiøs. Vi har utarbeidet egne interne mål, de nasjonale målene er 80 % og vi har som mål å prøve å klare 90% på indikatorene, så vi strekker oss jo veldig. (Informant 9, leder)

5.3.8 Pasientgjennomstrømning

Enkelte formidlet at kravet om jevnlig evaluering av behandlingen hadde medført økt fokus på effekten av behandlingen som ble gitt, og beskrev at dette hadde medført at man i større grad enn tidligere avsluttet behandlinger som ikke ble vurdert å ha nytte.

Jeg opplever at pakkeforløp mer er rettet mot å vurdere nytte. Vi tar ikke inn hva som helst og de får ikke lov til å gå her i årevis, så sånn sett så kan en si at det standardiserer. Det sikrer fordeling av ressurser, og at jeg evaluerer og det forsvarer videre behandling. Er vi på rett kurs og hvis vi ikke er på rett kurs, hvorfor i så fall, og skal denne pasienten kanskje avsluttes. Mye lettere å avslutte pasienter kanskje? men på riktig grunnlag, en bare vaser ikke rundt, et eller annet sted blir det en rød kode som du må forholde deg til. (Informant 1, behandler)

Enkelte behandlere formidlet også at de, etter at pakkeforløpene ble innført, opplevde et større fokus på pasientgjennomstrømning, økt fokus på kost/nyttevurderinger og større press på å avslutte behandlingsforløp enn tidligere.

... det som kunne være en slagside det måtte være at en ble fristet til å ta inn færre pasienter til behandling, at en hevet terskelen. At man fokuserer på å få pasienten gjennom og alt fokus på det. Så tenker man at man ikke har kapasitet til å ta inn så mange at det ville være en slagside. På grunnivå, inn i spesialisthelsetjenesten, og samtidig så legger jo pakkeforløpet opp til det at det skal være alvorlig psykisk lidelse og så henviser fastlege både milde og moderate og alt som er. så det er mulig vi har blitt mer opptatt av prioritetsveilederen, kanskje ikke mer opptatt av, men fulgt den mere. (Informant 9, leder)

Generelt var det ikke sånn, men nå føler jeg de siste månedene er det blitt mer press på at vi skal avslutte pasientene, at vi skal ferdigstille eller overføre til kommunene. Det er litt mer press på at vi skal gjøre det. (Informant 7, behandler)

Flere uttrykte også at det økte presset på utredning kunne føre til at behandlingsfasen ble nedprioritert, og at dette kunne medføre at det ble avsatt færre timer til behandlingen eller at pasientene fikk sjeldnere timer etter at utredningsfasen var avsluttet. Flere påpekte også at dette ikke bare hadde med pakkeforløpet å gjøre, men tilskrev dette det store presset forbundet med stort pasienttilfang som de opplevde i poliklinikkene.

Å ja.. jeg tenker jo at de får færre timer, og når du får færre timer så tenker jeg jo at de får mindre god behandling, og de får en behandling som er lengre vekk fra idealet, skrevet i retningslinjene. Også vil de jo få en kortere oppfølging også, sånn totalt sett (Informant 12, behandler)

ja det er et problem, det kommer mange halvdagsutredninger og da er det lite tid for oppfølging av de som allerede er i behandling, Det er et problem. (Informant 7, behandler)

Enkelte beskrev også at tidspress i forbindelse med krav om måloppnåelse kunne påvirke kvaliteten i utredningene/ vurderingene, eller at differensialdiagnostiske vurderinger ikke ble gjort så grundig som man ville gjort tidligere. Spesielt hvis det var uklarhet rundt diagnosen kunne for eksempel tid til drøfting med kollegaer bli ofret til fordel for å få konkludert raskt.

... kanskje noen tilfeller hvor det er tvil om, diagnostisk usikkerhet, uklarhet i hva som er primær og sekundær, og hvis, med tidspress om man heller kunne brukt litt tid eller drøftet med en kollega, type en annen enhet eller noe sånt noe, så er det jo enklere å lande, ikke gjøre det og lande. Så eventuelt ta det som måtte komme etterhvert. Så hvis det skulle vise seg at det var feil, så får en heller ta det da, men man ville kanskje gjort det tidligere før, nå blir det «vi går for det» så ... Så kan du kanskje noen ganger kjenne på at dette passer ikke så bra at dette kommer nå, litt sånn, nå tuller du det til, tidslinjen her, men jeg håper jo ikke det får konsekvenser sånn for den helt konkrete kliniske jobben. At det får noen innvirkninger,

men man får jo av og til en følelse av at det er bedre om det hadde gått litt greiere. Hadde bare den pasienten kommet når den hadde skullet og sånn, så hadde jeg sluppet mas fra leder, og nådd fristen og sånne ting, også får vi endelig håpe at denne frustrasjonen ikke griper inn i behandlingen, men jeg kjenner jo på det til tider.

(Informant 10, behandler)

5.3.9 Lederoppfølging

Lederne som ble intervjuet fremsto generelt som positive til innføring av pakkeforløpene, spesielt med tanke på de overordnede målsetningene. Alle lederne beskrev at de ble fulgt opp med tanke på målkravene i sine ledermøter, og at dette jevnlig var temaer i disse møtene. Det var imidlertid variasjon mellom lederne med tanke på hvorvidt de fulgte opp behandlerne med hensyn til kravene. Enkelte av lederne fulgte behandlerne tett, og ga jevnlig tilbakemeldinger, individuelt eller i møter.

Jeg opplever at hun lederen min nå, hun er litt på det at vi skal vise hva som faktisk er, men kanskje litt inntrykk av at hun havner i en krysskonflikt mellom våre behov og nivået over. Der er det ganske mye press på at man skal oppfylle de krav som stilles. (Informant 15, leder)

... akkurat nå for tiden jeg tar ut rapporter hver uke og sender til den enkelte. Her, nå ligger du sånn an, det nærmer seg frist på den og den og det blir stort sett tatt i mot veldig fint. Og så spør de meg hva skulle jeg egentlig ha kodet, hva skulle jeg ha gjort her og hvordan skal jeg få til det, så kan vi gå inn i journal og se, her har du startet med behandling fordi det har vært så mange kriser, utredning har tatt lang tid, men da skal det kodes for behandling og så er utredningen en del av behandlingen. (Informant 9, leder)

Andre igjen hadde liten grad av oppfølging av behandlerne i deres seksjoner. Enkelte la vekt på at arbeidet ikke skulle standardiseres for mye og at behandlerne skulle beholde sin faglige autonomi. En del uttrykte også et konfliktfylt forhold mellom krav om måloppnåelse og ivaretagelse av behandlerne, og beskrev en vegring mot å belaste disse for mye.

Det er ingen individuell oppfølging i forhold til måloppnåelse, men jeg prater om det på teammøte av og til. Vi har et eget teammøte med fokus på behandlingsplan, det har vi hatt i høst hvor også leder ... kommer ned. (Informant 4, leder)

Behandlerne på sin side rapporterte også at de i varierende ble grad fulgt opp individuelt med hensyn til hvorvidt de klarte målkravene. Enkelte behandlere beskrev tett lederoppfølging, og opplevde en del press fra ledelsen med hensyn til å klare kravene. Denne oppfølgingen kunne skje individuelt, men også i teammøter og liknende sammenhenger. De fleste behandlerne beskrev imidlertid liten grad av individuell oppfølging fra sine ledere og de beskrev relativt lite press fra lederne med hensyn til å oppfylle målkravene.

Vi blir ikke fulgt opp individuelt, foreløpig, men på klinikknivå, gjør vi jo det. hvis vi har dårlige tall, så blir vår leder konfrontert med det, så blir det kanskje det er jo ikke noe som har skjedd ennå fordi det er innføringsfasen, men det er jo litt sånn, men det er et Excel ark, som har vært oppe på flere av personalmøtene, sånne ting. (Informant 13, behandler)

... jeg er ikke så bekymret for det. det kan god være at det blir sett på, men har ikke fått direkte tilbakemeldinger, ved tilfeller hvor jeg har gått over og kodet feil, så er jeg ikke så bekymret for konsekvenser av det. jeg opplever at det er romslighet på min arbeidsplass om dette er i startfasen og vi implementerer dette og kommer til å gjøre feil, jeg er ikke bekymret over følger knyttet til feilkoding eller følger av at jeg ikke har klart å opprettholde de målkravene. (Informant 1, behandler)

Få av behandlerne fortalte om direkte konsekvenser av å ikke nå målkravene. Enkelte formidlet imidlertid at de kunne oppleve press fra ledelsen om å overholde utredningstidene. Enkelte formidlet også at det kunne oppleves som ubehagelig når deres individuelle resultater ble tatt opp i fellesskap i behandlergruppen, eksempelvis på teammøter eller behandlingmøter.

Ja her opplever jeg press fra ledelsen, om at alt skal være innen frist Det er ubehagelig, nå ser jeg hver uke hva vi har oppnådd og hvem som ikke har gjort og ... på behandlingmøte

med resten av gruppen tilstede. Hva vi har gjort og hva vi ikke har gjort. (Informant 7, behandler)

5.3.10 Oppsummering

Pakkeforløpene innfører et betydelig antall standarder og målkrav knyttet til pasientforløpene. Behandlerne opplevde at pakkeforløpet reduserte deres faglige autonomi, hovedsakelig på bakgrunn av innføringen av flere standarder, tidskrav for gjennomføring av pasientforløpene og økte dokumentasjonskrav. Tidskravene knyttet til utredning kunne medføre at kliniske beslutninger ble tatt på svakt grunnlag, og at pasienter som ikke er i utredning blir nedprioritert. Kravet til dokumentasjon av ikke- standardisert behandling opplevdes også som hemmende. Flere av våre informanter rapporterte at de ga de faglige vurderingene forrang hvis disse kom i konflikt med, eller sto i motsetning til kravene i pakkeforløpene. Våre informanter var samstemte i sin opplevelse av at pakkeforløp har medført økt standardisering av arbeidet som de utfører. De påvirker spesielt utredningsdelen av pasientforløpet og gjør seg mindre gjeldende i behandlingsdelen. Flere av de faglige standardene som innføres oppleves blant informantene til å, i stor grad, understøtte det som oppfattes som god faglig tenkning. De oppleves også å være til hjelp for å øke kvaliteten på arbeidet som den enkelte utførte. Samtidig mente mange at standardiseringen økte dokumentasjonskravet og dermed arbeidsbelastningen. Enkelte av de standardiserte elementene opplevdes også påtvunget og forstyrrende i behandlingen. Standardiseringen skapte spesielt problemer i de kompliserte forløpene, hvor forløpskravene og pasientenes behov i liten grad stemte overens. Det ble også uttrykt en viss bekymring for at pasienter som ikke passer inn i pakkeforløp ville bli nedprioritert. Ledere var positive til pakkeforløp og beskrev at de ble fulgt opp med hensyn til målkravene i sine ledermøter. Det var imidlertid variasjon med hensyn til hvilken grad lederne selv fulgte opp sine behandlere. Et resultat av oppfølgingen var blant annet økt fokus på effekt av behandling og pasientgjennomstrømning. Samtidig ble det beskrevet at kvaliteten på behandling kunne bli redusert som følge av dette fokuset.

Informantene var delte sin opplevelse av målkravene i pakkeforløpet. Enkelte opplevde disse som en nødvendig innstramming og verktøy for kvalitetsforbedring. Andre igjen opplevde disse mer som kontrollelementer. Ledere og behandlere formidlet at de hadde klare intensjoner om å fylle målkravene, men at de opplevde det som vanskelig å overholde tidsfristene for

ferdigstillelse av utredning. Det ble også pekt på at dette kunne føre til en uønsket dreining fra behandling til utredning.

Vi vil i det neste kapittelet vurdere våre funn opp mot de tre byråkratimodellene som ble presentert i teoridelen; det profesjonelle byråkratiet, maskinbyråkratiet og New Public Management.

6 Analyse

Vi vil i dette kapitlet drøfte de empiriske funnene i undersøkelsen i lys av hver av de tre idealtypiske byråkratimodellene som ble beskrevet i teoridelen. Vi vil da vurdere pakkeforløpene opp mot henholdsvis fagbyråkratiet, profesjonsbyråkratiet og New Public Management. Vi vil også, som en del av analysen, bringe inn momenter fra relevant litteratur, samt funn fra tidligere undersøkelser.

6.1 Profesjonsbyråkratiet og pakkeforløp

Vi vil først se på pakkeforløpene i relasjon til strukturen i det profesjonelle byråkratiet som er den organisasjonsformen som sykehus og DPS tradisjonelt har blitt forbundet med. Vi vil undersøke hvorvidt pakkeforløpene påvirker eller endrer denne strukturen. Vi vil også se på hvordan behandlerne i vår studie opplever og responderer på kravene som ligger i pakkeforløpene.

6.1.1 Legitimitet

Det ligger faglige standarder innbakt i pakkeforløpet, blant annet krav om evaluering og behandlingsplan. Hvis de faglige elementene mangler legitimitet ved at fagfolkene ikke aksepterer kunnskapsgrunnlaget, de faglige retningslinjene eller prosedyrene som relevante for godt faglig arbeid, kan dette medføre betydelige utfordringer for innføringen av standardiserte pasientforløp (Fineide & Ramsdal, 2014). Dette var i liten grad gjeldende for informantene i vår studie. Informantene opplevde i hovedsak at standardene var i tråd med det de vurderte som god faglig praksis, og at pakkeforløpene påminnte dem om å følge en slik praksis. Dette tyder på at de faglige elementene har legitimitet hos behandlerne og at det er i samsvar med det de

opplever som god praksis. De overordnede målene med pakkeforløpene ble også sett på som legitime og gode.

6.1.2 Autonomi

Som det kom frem under teoridelen, treffes hoveddelen av de operative beslutningene i profesjonsbyråkratier i den operative kjernen, og den den faglige autonomien til fagfolkene her har tradisjonelt stått sterkt. I vårt datamateriale ser vi en tydelig tendens til at behandlerne opplever at den faglige autonomien blir redusert. Det store innslaget av standardisering som ligger i pakkeforløpsbeskrivelsene peker mot at det kliniske «beslutningsrommet» til behandlerne har blitt mindre.

Den faglige virksomheten påvirkes av de rammene som defineres av en institusjons organisering, finansiering og drift. Kritikere av utviklingen innen psykisk helsevern har hevdet at økte krav til effektivisering fører til at ledere blir presset til å tenke kostnadseffektivitet og pasientgjennomstrømning fremfor faglig kvalitet, og at dette i stor grad setter klinikeres autonomi under press (Strand, 2012, Utvåg et al., 2014, Karlson, 2015). Det beskrives en opplevelse av at tilbudet til pasientene blir mer styrt av hensyn til økonomi, kontroll og effektiv bruk av ressursene enn av fagfolks vurderinger av hva som er til beste for pasientene (Dimmen & Ødegård, 2012, Friberg, 2015a). Samtidig blir høy produktivitet, høy gjennomstrømning, lav ventetid og kort epikrisetid sett på som kvalitetsindikatorer, noe som gjør det vanskelig for enkeltbehandlere å bryte normen og forsinke systemet, og flere påpeker at klinikere da kan havne i konflikt mellom å tilpasse seg ytre krav og å gi god behandling (Dimmen & Ødegård, 2012, Strand, 2012, Utvåg et al., 2014). Høyt produksjonspress og økt pasientmengde oppleves dermed å redusere behandleres kliniske autonomi i stor grad, eksempelvis ved at behandlere opplever press på å avslutte behandlinger tidligere enn de mener er riktig, eller på grunnlag av andre kriterier enn de faglige (Strand, 2012, Friberg, 2015b).

Disse observasjonene samsvarer langt på vei med våre informanters opplevelser. Flere av informantene uttrykte at de opplevde pakkeforløpene, standardiseringen disse medfører og tapet av autonomi som en del av en tendens som har pågått over flere år. Selv om flere opplever at deres muligheter til valg av behandlingstilnærming ikke berøres, beskriver de fleste av dem

en betydelig reduksjon i sin kliniske autonomi. Autonomitapet ble av flere oppfattet til å, i stor grad, handle om standardiseringer av utredningsmetodikken, økt gjennomstrømningspress som kan føre til tidligere avslutninger, og redusert tid til å gjøre kvalitativt gode faglige vurderinger. Reduksjonen i klinisk autonomi synes altså å gjøre seg mest gjeldende i utredningsfasen, og i mindre grad i behandlingsfasen. Hoveddelen av informantene rapporterte at de i like stor grad som tidligere hadde mulighet til å tilpasse selve behandlingen til pasientenes behov og preferanser og opplevde at kravene i pakkeforløpene i liten grad påvirket dette.

6.1.3 Lojalitet til pakkeforløpene

Som nevnt har de ulike elementene i pakkeforløpene høy legitimitet blant fagfolkene, og blant våre informanter ønsket de aller fleste å være lojale mot pakkeforløpene. Mange var også positive til de standardene som ble innført, og la vekt på at disse bidro til mer likeverdige tilbud. Samtidig fremkom det klare tendenser til at pakkeforløpskravene, særlig forløpstidene, ble aktivt fraveket, spesielt i de mest kompliserte forløpene. I disse forløpene beskrev flere av informantene våre at de opplevde at det kunne være vanskelig å følge pakkeforløpskravene samtidig som de skulle drive god faglig virksomhet. Dette forekom spesielt der behandlerne, i henhold til pakkeforløpet, skulle foreta en klinisk beslutning uten at de hadde tilstrekkelig med informasjon. Der kravene i pakkeforløpene sto i sterk motsetning til de faglige vurderingene, oppgav de fleste av informantene våre at fagligheten og de kliniske vurderingene fikk forrang, eksempelvis hvis det ble vurdert å ikke være grunnlag for å treffe en klinisk beslutning innenfor fristen. Vi så her i flere tilfeller at lojaliteten til pakkeforløpene kun ble opprettholdt hvis forløpskravene var i samsvar med behandlernes faglige vurderinger. Der disse sto i for sterk motsetning til hverandre ble lojaliteten brutt. Flere av informantene uttrykte imidlertid at presset om måloppnåelse kunne være med på å tvinge frem premature diagnostiske beslutninger. Enkelte behandlere uttrykte også at det kunne medføre et ubehag å overskride målkravene og at det ble enklere å ta en diagnostisk snarvei og dermed gjøre en beslutning som opplevdes å være tatt på for svakt faglig grunnlag.

6.1.4 Dokumentasjonskrav

Enkelte kritikere av utviklingen innenfor psykisk helsevern har også hevdet at økte krav til dokumentasjonskrav bidrar til standardisering og redusert autonomi (Dimmen & Ødegård, 2012, Løkke, 2014). Pakkeforløpene inneholder krav til å dokumentere avvik fra

pakkeforløpskravene, og flere av informantene opplevde at dette bidro til å redusere handlingsrommet deres. Enkelte av utsagnene kunne tyde på at denne rapporteringsplikten kunne føre til at behandlere tilsidesetter sine faglige vurderinger og i stedet velger å følge den enkleste vei for å unngå merbelastningen ved å skulle begrunne og dokumentere avvik fra forløpsbeskrivelsen. Enkelte uttrykte også ønske om mulighet til større fleksibilitet, og vegret seg for å avvike fra pakkeforløpskravene for å unngå tilbakemeldinger fra ledelsen om at man ikke gjør jobben sin.

Autonomitapet viser seg også gjennom kravet i pakkeforløpene om regelmessig evaluering av pasientforløp. Terapeutene forsøker på den ene siden å gjøre som systemet ber dem om, men sier samtidig at evalueringene ofte bryter inn i terapeutiske forløpet på en måte som ikke passer. Hadde de kunnet velge, ville de ha tilpasset tidspunktet mer i forhold til den terapeutiske prosess, men slik det er lagt opp oppleves det mer som om tidspunktet for evaluering presser seg inn og blir noe fremmed som griper inn i det terapeutiske forløpet.

6.1.5 Lineære forløp

Pakkeforløpene presenterer et pasientforløp som går i avgrensede forutbestemte stadier der en sekvensielt utreder, behandler, evaluerer og avslutter. Denne måten å konseptualisere et behandlingsforløp på blir gjerne oppfattet som å representere en «medisinsk sykdomsmodell» (Aarre, 2018). I et typisk pasientforløp i en poliklinikk kan det imidlertid ofte, på grunn av pasientens tilstand, være nødvendig å starte behandling parallelt med at pasienten utredes. Man må da ofte ha et prosessperspektiv på utredningen, der behandlerens relasjon til pasienten også er av betydning for å få til en kvalitativt god utredning.

Flere av behandlerne formidlet en opplevelse av at det lineære og sekvensielle forholdet mellom utredning og behandling som pakkeforløpene presenterer var vanskelig å forholde seg til. De formidlet en oppfatning av at en slik modell lager et kunstig skille mellom utredning og behandling, og at den korresponderer dårlig med måten man arbeider på i psykisk helsevern. Mange av våre informanter syntes da også å ha en faglig forståelse av at utredning og behandling foregår mer samtidig eller i bevegelse frem og tilbake mellom fasene. Det var i tillegg en oppfatning hos enkelte av at alle disse fasene ikke er like viktige, og at et for stort

fokus på utredning ikke betaler seg, men heller går på bekostning av arbeidsalliansen, som sees på som en sentral komponent i samtalebehandling (Wampold, 2015).

Flere beskrev en opplevelse av at den lineære modellen som pakkeforløpene presenterer er lite tilpasset pasientforløpene i psykisk helsevern, da den forutsetter at en diagnostisk avklaring i utredningsfasen skal kunne gi klare anvisninger om videre forløp og foretrukket behandling. Diagnoser i psykisk helsevern har imidlertid generelt svak reliabilitet og validitet, det er uklare grenseoppganger mellom de ulike diagnosene og mellom lidelse og normalitet (Robins & Guze, 1970, Kendell & Jablensky, 2003, Paris, 2008, Regier, Narrow, Kuhl & Kupfer, 2009, Frances, 2013, Paris, 2013). Det blir dermed vanskelig å si noe substansielt og enhetlig kun på bakgrunn av diagnose, eksempelvis om prognose og hvilken behandling som bør foretrekkes (Clark, Watson & Reynolds, 1995). Kontekstuelle faktorer er fremtredende og betydningsfulle i pasientens lidelsesbilde, og det blir derfor sett på som nødvendig at behandlere har mulighet for å kunne gi individuelt tilpasset behandling med tilpasset metodikk for å kunne gi god hjelp til pasientene (Aarre, 2018).

Pakkeforløpene presenterer en strukturell dreining mot en lineær forståelse av forholdet mellom utredning og behandling. Det er i tillegg ikke godt forklart i pakkeforløpene hvordan en kan bevege seg mer fleksibelt frem og tilbake mellom ulike faser. Dette synes å bidra til en opplevelse av rigiditet i forløpet. Flere av informantene opplevde dette som en svekkelse av sin kliniske autonomi, og beskrev at de opplevde det som for vanskelig eller krevende å ombestemme seg hvis det skulle dukke opp klinisk informasjon som medførte endringer i behandlingsforståelsen. Samlet sett indikerer funnene og analysen at behandlerne opplever å ha mindre innflytelse på egne pasientforløp, tar færre beslutninger enn tidligere, og opplever at deres kliniske autonomi svekkes. De økte dokumentasjonskravene synes også å redusere deres autonomi i merkbar grad. Det synes derfor å være grunnlag for å kunne si at pakkeforløpene bidrar til at flere beslutninger angående den faglige virksomheten tas på et høyere nivå enn i den operative kjernen, og at profesjonsbyråkratiet dermed svekkes som følge av innføringen av pakkeforløp.

6.2 Maskinbyråkratiet og pakkeforløp

Vi vil i det følgende sammenholde det empiriske materialet med den maskinbyråkratiske modellen slik denne ble beskrevet i teoridelen. Formålet er å undersøke om det finnes trekk ved pakkeforløpene som eventuelt driver DPSene i retning av de elementene vi finner i en maskinbyråkratisk organisering. Mintzberg (1979) beskriver at offentlige tjenesteytende instanser ofte byråkratiseres fordi de står til ansvar for sine handlinger overfor publikum. Tjenestene de yter skal være rettferdige og likeverdige, noe som gjerne medfører strukturering og formalisering av arbeidet. Samtidig er også ofte personalprosedyrer som for eksempel angår ansettelser formaliserte. Dette gjelder spesielt tjenesteytende enheter som er under sterk ekstern kontroll, eksempelvis fra myndigheter, media eller publikum.

Mintzberg (1979) beskriver to hovedtrekk ved maskinbyråkratier: Sentralisering og formalisering. I det følgende vil vi se på i hvilken grad disse trekkene er å finne igjen i innføringen og utformingen av pakkeforløpene.

6.2.1 Standardisering

Det empiriske materialet, både pakkeforløpsbeskrivelsene og informantenes erfaringer, indikerer at innføring av pakkeforløpene medfører en betydelig tendens til standardisering av behandlingsforløpene i poliklinikkene. Informantene var samstemte i sin oppfatning av at innføringen av pakkeforløp bidro til økt grad av standardisering av behandlingsforløpene, og at de oppfatter dette som del av en større trend som har pågått de senere årene med innføring av flere retningslinjer og veiledere. Med pakkeforløpene innføres en rekke standarder og krav med hensyn til innhold i en utredning, hvordan dette skal kartlegges, blant annet ved bruk av standardiserte verktøy. Videre innføres det standarder for hvilke vurderinger og beslutninger som skal tas etter en utredning, og for tiden som skal gå fra start av pakkeforløpet til utredning skal være ferdigstilt og hvordan kliniske beslutninger skal tas. Det inneholder også standarder for hvilke kvalifikasjoner som skal involveres ved ulike vurderinger og beslutninger. Det stilles krav om spesialistmedvirkning når diagnostiske vurderinger gjøres og behandlingsplaner utformes, samt at spesialister skal medvirke ved kliniske beslutninger. Det innføres en struktur som definerer når i forløpet ulike aktiviteter skal foregå, som for eksempel evalueringpunkter og kliniske beslutninger, innholdet i disse. Pakkeforløpene inneholder krav om gjennomføring av ulike aktiviteter som bruk av strukturert tilbakemeldingsverktøy, vurderinger av behov for samarbeidsmøter, samt bruk av standardiserte verktøy for måling av funksjon og symptomer.

Samlet medfører disse elementene en betydelig økt grad av formalisering av arbeidsprosessen i klinikkene.

Standardiseringstendensen er mest uttalt i utredningsfasen, som inneholder en rekke standardiseringselementer, og i mindre grad i behandlingsfasen av et pasientforløp. Vårt materiale, både pakkeforløpsbeskrivelsene og informantenes erfaringer, tyder på at behandlerne gis en relativt stor frihet til å utforme behandlingsdelen selv. Selv om det er lagt inn rapporteringspunkter på flere elementer så synes det som at det kun er evalueringspunktene som griper inn i behandlingsforløpet på en direkte måte da det er satt konkrete frister for disse. Selv om det er lagt inn krav om systematisk bruk av feedbackverktøy og vurderinger av hvorvidt samarbeidsmøter skal gjennomføres er det ikke definert når i forløpet disse aktivitetene skal gjennomføres. Disse kravene griper derfor i mindre grad direkte inn i behandlingen.

6.2.2 Effekter av standardisering

Informantene ga ulike tilbakemeldinger på hvordan de opplevde ulike elementer av standardiseringen som positivt eller ikke. Flere av informantene så på standardisering som positivt i den grad standardene hjalp dem til å strukturere pasientforløpene. Mange elementer i standardiseringen ble opplevd å understøtte god faglig praksis, eksempelvis å gi tilbakemeldinger til fastlege, bruk av standardiserte verktøy for utredning, evaluering av behandling og systematisk bruk av feedbackverktøy. Det ble oppfattet som positivt at pakkeforløpene ga dem påminnelser om å gjennomføre disse aktivitetene. Flere la også vekt på at pakkeforløpene medførte en mer rettferdig fordeling av ressursene og en større grad av likeverdige tjenester, og så på standardiseringen som en viktig komponent i dette. De oppfattet imidlertid standardiseringen som negativt hvis den ble for inngripende i deres faglige autonomi.

Blegen & Nyhlen (1982) beskriver en rekke karakteristika (se kap. 3 i denne oppgaven) som er typisk for medarbeidere i kunnskapsorganisasjoner. Gjennomgående ved disse karakteristika er en sterk forankring i egen faglighet og profesjon. I lys av dette kan det synes paradoksalt at såpass mange så langt opplevde seg komfortable med standardiseringen i pakkeforløpene. Man skulle forvente at medarbeidere med disse egenskapene i større grad ville reagert negativt på at

beslutninger om pasientforløp sentraliseres, og at det innføres standardiserende elementer som *kan* true deres faglige autonomi. Noe av variasjonen i informantenes opplevelser kan forstås på bakgrunn av at behandlerne har ulik erfaringsbakgrunn, noe som også enkelte av informantene våre uttrykte. Uerfarne medarbeidere vil kunne sette større pris på den støtten som ligger i standardisering, mens mer erfarne behandlere vil verdsette en større grad av autonomi. Standardisering kan også virke strukturerende for behandlerne og gi dem påminnelser om å følge en god faglig praksis, noe som ble poengtert hos en del av informantene.

6.2.3 Rapportering/kontroll

Mintzberg (1979) beskriver fokus på kontroll som et gjennomgående trekk ved maskinbyråkratiske organisasjoner, hvorav en av hovedfunksjonene er å eliminere usikkerhet slik at organisasjonen kan fungere så feilfritt som mulig uten avbrytelser. Det empiriske materialet vårt gir grunnlag for å si at pakkeforløpene inneholder flere kontrollelementer. Som det beskrives i tabell 5 inneholder pakkeforløpene en rekke rapporteringspunkter der det skal kodes i den elektroniske pasientjournalen for at en aktivitet er utført. De inneholder også økte dokumentasjonskrav i form av at behandlere må begrunne avvik fra pakkeforløpskravene. Informantene beskrev en betydelig økt rapportering som følge av innføringen av pakkeforløpene, både i form av økte dokumentasjonskrav i journal og krav om at de skulle registrere pakkeforløpskoder når aktivitetene var gjennomført. Informantene rapporterte gjennomgående at de opplevde kodingen som omfattende og tidvis som en ekstra belastning. Denne rapporteringen gir ledelse og myndigheter mulighet til å overvåke hvorvidt disse aktivitetene blir utført, og kan bidra til å forsterke standardiseringen av pasientforløpene da de utgjør et betydelig insentiv for å utføre disse aktivitetene.

6.2.4 Sentralisering

Sentralisering i en maskinbyråkratisk organisering kjennetegnes ved at strategiutforming og strategiske beslutninger foretas i toppledelsen (strategic apex), med støtte fra teknostrukturen (Mintzberg, 1979). Selv om det i prosessen med utforming av pakkeforløpene ble gjennomført rådslag og høringer som innebar bred involvering fra relevante aktører ble beslutningen om innføring av pakkeforløp i psykisk helse- og rusfeltet ble foretatt på ministernivå. Innretningen og utformingen av pakkeforløpene er besluttet i helsedirektoratet på oppdrag fra HOD. Utformingen av pakkeforløpene inneholder også en del sentraliserende elementer. Som det kom

frem ovenfor innfører pakkeforløpene en rekke standarder og dokumentasjonskrav knyttet til disse, og behandlerne opplever at deres kliniske beslutningsrom blir redusert. Standardisering og dokumentasjonskrav innebærer at det stilles krav ovenfra, og at oppfyllelse av disse kravene blir kontrollert. Premissene for det faglige arbeidet legges dermed på et høyere nivå enn i den operative kjernen der arbeidet utføres. I tillegg innfører pakkeforløpene en forløpskoordinatorfunksjon, som skal ha ansvar for å sikre sammenhengende pasientforløp uten unødig ventetid, samt har ansvar for at forløpstider holdes og at målepunkter blir kodet. Denne rollen kan plasseres på ulike nivåer i organisasjonen, i klinikken eller på et høyere nivå. Hvis denne rollen plasseres på et organisatorisk høyere nivå kan også dette bidra til en sentralisering av beslutninger om pasientforløpene. Samtidig fremkommer det at behandlerne avviker fra kravene i pakkeforløpene hvis kravene i pakkeforløpene strider mot det behandlerne synes er faglig riktig. Enkelte rapporterte om uformelle sanksjoner knyttet til det å ikke oppfylle målkravene, men funnene tyder på at det ikke, eller i liten grad, er utviklet systemer for sanksjonering av slike avvik. Samlet sett synes det å være grunnlag for å si at pakkeforløpene bidrar til en økt sentraliseringstendens i utformingen av tjenestene.

6.2.5 De kompliserte forløpene

Mange pasienter innenfor poliklinikkene i psykisk helsevern presenterer alvorlige og kompliserte tilstander, og flere av informantene opplevde at standardiseringen og kravene i pakkeforløpene var lite tilpasset disse forløpene. Det er ofte en rekke kompliserende faktorer i og rundt pasienten, det foreligger ofte flere komorbide lidelser, pasienten kan mangle innsikt i egen problematikk eller være i en slik tilstand at det kan være vanskelig å få tak i pålitelige data. I tillegg kan en oppleve at diagnosekategoriene ikke passer til det symptombildet en får presentert og at tilgjengelige utredningsverktøy ikke fanger godt nok opp bredden i det lidelsesbildet som presenteres. Ved komplekse tilstander kan også differensialdiagnostikk mot tilgrensende lidelser være spesielt utfordrende. Det kan i slike tilfeller være vanskelig å få etablert en tilstrekkelig god diagnostisk forståelse av pasienten innenfor de rammene for utredning som pakkeforløpene setter.

Mange av informantene opplevde at rammene for pakkeforløpet var relativt uproblematisk når pasientene hadde relativt enkle problemstillinger, men at det ble vanskeligere når pasienter hadde mer alvorlige og kompliserte tilstander. De beskrev at rammene i pakkeforløpene,

spesielt det tydelige skillet mellom utrednings- og behandlingsfase, kunne være lite tilpasset behovene som disse pasientene har. I disse sammenhengene beskrev informantene at de ofte opplevde problemer med å overholde forløpstidene, spesielt tidene for utredning. Enkelte beskrev at de til tider kompromitterte den faglige kvaliteten på utredningene for å holde forløpstidene, eksempelvis ved at de unnlot å utrede sekundære tilstander som ble oppdaget underveis i forløpet. Enkelte uttrykte også at sekundære tilstander som ikke var en del av henvisningsgrunnlaget, men som ble oppdaget underveis, ikke ble behandlet. Disse oppga videre at disse sekundære tilstandene tidligere ville blitt behandlet, men etter at pakkeforløpene ble innført valgte man heller å be fastlegen om å henvise pasienten på nytt for denne tilstanden. Det var også en uttalt bekymring hos flere behandlere at de pasientene som ikke passet inn i pakkeforløpskravene kunne bli nedprioritert, og enkelte beskrev at dette forekom. Det beskrives dermed en endring i hvilke pasienter som prioriteres for behandling med utgangspunkt i hvorvidt de passer inn i de definerte standardene. I den grad dette forekommer vil det kunne beskrives som en betydelig vridningseffekt.

En vridningseffekt kan beskrives som en endring i tjenesteinnhold eller innsatsfaktorer som følge av endring i rammebetingelser (Magnussen, 2019). Vridningseffekter kan spesielt gjøre seg gjeldende hvis det knyttes sterke incentiver til enkelte typer aktiviteter, som for eksempel økonomisk inntjening. Eksempelvis har studier av DRG systemet i Norge har vist at det har blitt induisert vridningseffekter der økonomisk lønnsomme pasientgrupper har blitt prioritert fremfor mindre lønnsomme eller grupper med større behov (Christensen, Lægreid & Stigen, 2006). Slike effekter kan være intenderte eller ikke- intenderte. I denne sammenheng, vil en slik effekt kunne sies å være ikke- intendert og i direkte motsetning til målsetningene med pakkeforløpene.

6.3 New Public Management og pakkeforløp

Vi vil i denne delen undersøke om elementer fra New Public Management kan gjenfinnes i pakkeforløpene, dvs. om innføring av pakkeforløp bidrar til en organisering i retning av de trekk vi finner i NPM. Vi vil ha spesielt fokus på mål- og resultatstyring, men vil også komme inn på andre aspekter som kan være relevante. Som tidligere nevnt er effektivisering en grunnleggende intensjon bak de NPM baserte reformene, og vi vil derfor også drøfte hvorvidt

og eventuelt hvordan effektivitetsnormen inngår i pakkeforløpene og kan påvirke pasientbehandlingen.

6.3.1 Mål og resultatstyring

Helsevesenet er en sentral del av offentlig sektor, og siden 1980 tallet har reformer her i stor grad vært preget av trekk fra NPM trenden (Pettersen og Fallan, 2010, Christensen et al., 2006, Høstmælingen, 2014). Innføring av mål- og resultatstyring (MRS) har vært en del av dette. Mål- og resultatstyring som verktøy i helsevesenet har imidlertid en historikk som er eldre enn NPM, og har lenge i en eller annen form blitt benyttet i norske sykehus. Eksempelvis har resultatmålinger og produksjonsstatistikk blitt brukt i årsrapporteringer for sykehus i Norge siden 1950 tallet (Johnsen, 2013). MRS er nå den overordnede styringsformen mellom departementet og helseforetakene (Askim et al, 2014, Johnsen, 2007, Johnsen, 2013), og benyttes mellom Helse- og omsorgsdepartementet (HOD) og regionale helseforetak (RHF), mellom RHFer og helseforetak (HF), mellom HF og divisjoner/klinikker og fra divisjon/klinikk og ned til den enkelte avdeling.

I praksis foregår dette ved at departementet fastsetter styringskrav som inneholder flere målsetninger og resultatkrav basert på disse. Styringskravene vil være basert på styringssignalene slik de er formulert i oppdragsdokumentet som RHFene mottar årlig fra HOD, som så følges opp i dialogen mellom departementet og de regionale helseforetakene (Pettersen & Fallan, 2010). RHFene iverksetter så de tiltak som er nødvendig for å oppfylle kravene som formuleres i oppdragsdokumentet. Disse tiltakene blir formulert i form av bestillinger som gis til de lokale helseforetakene. Bestillingene kommuniseres gjennom oppdrags- og bestillingsdokumentet (OBD) som HFene mottar årlig. HFene kommuniserer så disse bestillingene nedover i systemet i form av konkrete målkrav til de operative enhetene, som er underlagt deres styring (Pettersen & Fallan, 2010), i dette tilfellet DPSer.

Spesifiseringene gir føringer for hvilke aktiviteter, oppgaver og mål som skal prioriteres i de underliggende enhetene. Eksempelvis settes det resultatmål med hensyn til aktivitet for både poliklinikker og døgnposter. Aktivitetsmål for poliklinikkene formuleres eksempelvis i form av krav til antall polikliniske konsultasjoner, mens for døgnposter kan disse være i form av krav

til beleggspersent eller antall utskrivninger. Det finnes også kvalitetsmål i form av krav til epikrisetid, ventetid, fravær av fristbrudd samt mindre eksplisitt formulerte mål, for eksempel målsetninger om reduksjon av avslagspersent.

6.3.2 Mål og resultatstyring i pakkeforløpene

I forbindelse med innføringen av pakkeforløpene har det blitt formulert resultatmål, og det ble i oppdragsdokumentet for 2019 (Helse og omsorgsdepartementet, 2019) satt to eksplisitte mål for gjennomføringen:

- Andel pakkeforløp gjennomført innen forløpstid for utredning i psykisk helsevern voksne skal være minst 80 persent.
- Andel pakkeforløp gjennomført for evaluering av behandling i poliklinikk for psykisk helsevern voksne skal være minst 80 persent.

Tilsvarende mål ble formulert i oppdrags- og bestillingsdokumentene fra RHFene til de lokale HFene, eksempelvis i oppdragsdokumentet fra Helse Sør  st til Akershus Universitetssykehus (Helse Sør-  st, 2019). De kliniske enhetene følges opp med hensyn til disse målene gjennom rapportering til sitt HF, som så igjen rapporterer til RHF, som i sin tur rapporterer til Helsedirektoratet. Resultatene er ment å skulle publiseres på helsenorge.no slik at de på denne måten gjøres tilgjengelig for befolkningen (Helsedirektoratet, 2018). Helsedirektoratets data skal også brukes som datakilde for evaluering av måloppnåelse.

6.3.3 Utfordringer ved mål- og resultatstyring

Flere har pekt på utfordringer ved innføring av NPM baserte styringsformer og bruk av mål- og resultatstyring i offentlige virksomheter (Bevan & Hood, 2006, SS , 2010, Johnsen, 2013, Askim et al., 2014). Offentlige virksomheter er komplekse foretak med store og sammensatte oppgavestrukturer og må ivareta mange hensyn. Dette gjelder ikke minst for sykehus og deres underliggende enheter som DPSer. Disse enhetene må ta hensyn til politiske føringer for den faglige virksomheten og krav fra eiere (RHF), som for eksempel produktivitets- og aktivitetskrav, krav om ventetider og epikrisetider. I tillegg kommer krav om offentlig innsyn og forventninger fra tilsynsmyndigheter. De må også oppfylle krav om medvirkning fra brukere og ansatte. Disse kravene kan også i mange tilfeller være motstridende. Et av hovedpunktene i kritikken mot NPM som styringsform i helsevesenet har vært at med en slik kompleks

oppgavestruktur er det ikke gitt at styringsformer som passer i private virksomheter, der produktivitet og økonomisk resultat er det primære, nødvendigvis vil fungere i offentlig sektor. Det blir derfor hevdet at fokuset i NPM baserte styringsteknikker blir for snevert slik at viktige aspekter ved offentlige virksomheter dermed ikke fanges opp (Diefenbach, 2009).

6.3.4 Mål og resultatstyring i psykisk helsevern

Organisasjoner som sykehus, herunder DPSene, med sammensatte oppgavestrukturer får naturligvis mange mål å forholde seg til (Askim et al., 2014). Omfattende og heldekkende målhierarkier kan imidlertid bli problematisk da en slik form for målstyring lett kan få preg av detaljstyring og kontroll, og virke standardiserende. Som det ble beskrevet under teorikapitlet er en del av intensjonen ved MRS er å gi underliggende enheter større grad av autonomi til å løse egne oppgaver. For stor grad av detaljstyring kan imidlertid føre til økt sentralisering av styringen, noe som vil være en motsatt effekt enn det som er intendert. En stor detaljeringsgrad i målsetningene vil også gjøre det vanskelig å rette oppmerksomheten mot de oppgavene som skal prioriteres eller de viktigste forholdene som skal endres på (Johnsen, 2013, Askim et al., 2014).

Målstyring i foretak med komplekse oppgaveporteføljer kan også føre til målforskyvninger ved at de oppgavene som måles får prioritet fremfor andre vesentlige oppgaver som er vanskelig å måle. Hvis ressursbruk og lederoppmerksomhet rettes inn for sterkt på de områdene man blir målt på kan man løpe en risiko for at de oppgavene som ikke måles blir skadelidende. Oppfyllelse av målkravene kan da skje på bekostning av viktige aktiviteter som ikke måles, slik at disse ikke utføres eller at kvaliteten på disse reduseres. Dette kan også skje hvis fokuset på oppfyllelsen av målkravene står i motsetning til hva fagpersoner og behandlere mener er faglig god behandling. Man kan da løpe en risiko for at enheten oppnår bedre resultater med hensyn til måloppnåelse på de definerte målområdene, eller resultatmålene, men at disse da prioriteres på bekostning av virksomhetenes overordnede mål, eller effektmålene, som for eksempel økt helsegevinst for pasientene (Bevan & Hood, 2006, Guilfoyle, 2012, Askim et al., 2014,). Et eksempel på en slik type målforskyvning kan være dersom en sykehusavdeling kun fokuserer på måltall som for eksempel gjennomsnittlig liggedøgn pr. pasient. I arbeidet for å redusere disse, kan man miste av syne de overordnede målene (Jacobsen & Thorsvik, 2016).

Det har blitt rettet mye kritikk fra behandlere i psykisk helsevern mot innføring av NPM baserte styringsformer i dette feltet (Dimmen & Ødegård, 2012, Strand, 2012, Friberg 2015a,). Kritikken har fokusert på ulike elementer. Enkelte har fokusert på at det omfattende kontroll og rapporteringsregimet krever mye tid og ressurser, noe som går på bekostning av faglig aktivitet. Det har også blitt hevdet at rapporteringsmålene i svært liten grad er i stand til å måle reell faglig kvalitet, men kun fokuserer på målbare aspekter ved driften som for eksempel produksjon (Dimmen & Ødegård, 2012, Friberg, 2015b). Det er videre argumentert for at høye målkrav knyttet til produktivitet og ventetid har ført til at behandlere har måttet gjøre tilpasninger i tjenestetilbudet, for eksempel ved å korte ned antall timer per pasient for å kunne behandle flere pasienter eller ha mer lavfrekvente timer for behandling enn det man vet gir effekt. Høyt fokus på målkravene har ført til målforskyvninger på den måten at behandlingen som har blitt gitt i større grad har hatt fokus på å oppfylle målkrav enn å møte pasientenes behov. Oppfyllelse av målkrav har dermed blitt prioritert fremfor at tjenestene skal innrettes slik at de optimaliserer helsegevinsten for pasientene som er i behandling (Dimmen & Ødegård, 2012, Strand, 2012, Friberg, 2015a, Mahdi, 2016). I vårt datamateriale kunne vi finne flere tendenser til slike målforskyvninger. Eksempelvis pekte flere på at kvaliteten på både utredninger og behandling ble svekket som følge av at de måtte overholde forløpstidene. Flere av informantene formidlet at de opplevde at pakkeforløpet hadde medført at de flyttet fokus fra behandlingen av pasientene til å oppfylle kravene i pakkeforløpene. Mange opplevde dette som forstyrrende for den naturlige flyten i forløpet. Eksempelvis ble det vist til at de i henhold til pakkeforløpskravene, måtte gjennomføre evalueringspunkter selv om det kunne være andre behandlingsmessige tema som var mer presserende eller viktige. Som det kom frem under presentasjonen av funn ble det av flere beskrevet at behandlingsfasen i forløpet ble nedprioritert til fordel for utredningsfasen, og at fokuset på målkravene kunne ta fokuset bort fra behandlingen slik at målkravene ble hovedfokus. Dette kunne resultere i at kvaliteten på behandlingen ble redusert ved at denne ble «vannet ut», eksempelvis ved at det ble gitt sjeldnere timer enn det behandlerne vurderte som optimalt. Andre beskrev også at de avsluttet pasientene tidligere enn de ville gjort før pakkeforløpene ble innført, eller at sekundære tilstander som ble oppdaget underveis ikke ble behandlet. Det ble også beskrevet at fokus på målkravene førte til redusert kvalitet på utredninger. Dette kunne eksempelvis forekomme ved at kliniske beslutninger, etter behandlerens syn, ble tatt på for svakt grunnlag eller i den forstand at tilstander som ble identifisert underveis i behandlingen, etter at basisutredningen var ferdig, ikke ble utredet videre. Liknende funn har også blitt gjort i tidligere studier av målstyring i DPSer (Mahdi, 2016).

6.3.5 Motivasjon

Mål kan virke motiverende på ansatte og øke deres prestasjoner (Askim et al., 2014, Johnsen, 2013). Mange motiveres imidlertid primært av personlige eller faglige interesser for de aktivitetene de gjør i arbeidet sitt (indre motivasjon). Hvis disse aktørene etter hvert motiveres av ytre faktorer som forhåndsdefinerte mål, kontroll og tilhørende belønningssystemer, kan dette svekke deres indre motivasjon, som for eksempel fag- eller profesjonsetikk og offentlig – sektor etos. Dette kan spesielt skje hvis målene oppleves som meningsløse, uforenlige med faglige vurderinger eller på andre måter mangler legitimitet i fagmiljøene (Askim et al., 2014). Flere av informantene beskrev en opplevelse av at elementer ved pakkeforløpene kan potensielt ha en demotiverende effekt med tanke på gjennomføringen av pakkeforløp. Den sterkeste tendensen til dette som vi kunne se i vårt datamateriale, var knyttet til evalueringstidspunktene. Selv om alle informantene så på evaluering av behandling som både nyttig og meningsfullt, beskrev flere av disse at evaluering på bestemte tidspunkter kunne virke forstyrrende inn i behandlingsforløpet, og enkelte av informantene formidlet at evaluering på forutbestemte tidspunkter kunne oppleves som nok et krav ovenfra, lite meningsfullt og et element som medførte enda mer rapportering. Det fremkom også beskrivelser som tydet på at gjennomføringen av disse ble lite prioritert, eller at de ble noe «halvhjertet» gjennomført, og da foretatt kun for å oppfylle målkravene. Eksempelvis beskrev en av informantene at en slik evaluering kunne skje gjennom en kort telefonsamtale, og at denne ble gjennomført kun for at det skulle kunne kodes for gjennomført aktivitet. Mange opplevde også de økte dokumentasjons- og rapporteringskravene som lite meningsfulle. I tillegg beskrev flere det som problematisk at det ikke, før implementeringen, var innført en infrastruktur for databehandling som kunne understøtte kodings- og rapporteringsaktiviteten. Som nevnt beskrev flere av informantene våre at de ga faglige vurderinger forrang foran pakkeforløpskravene der disse kom i konflikt. Dette kan tyde på at den indre motivasjonen hos behandlerne i mange sammenhenger overstyrer den ytre motivasjonen.

6.3.6 Tillit

Enkelte behandlere uttrykte tillit til systemet og ledelsen, og formidlet at de hovedsakelig opplevde målkravene som midler for kvalitetsforbedring. Mål og resultatoppfølging kan imidlertid også sees på som kontrollsystemer som reflekterer mistillit overfor underordnede enheter og ansatte. Myndigheters behov for kontroll sees i denne sammenhengen å ha utgangspunkt i en underliggende antakelse om at myndigheter, ledelse og ansatte har

motstridende interesser. Underordnede enheter og ansatte kan derfor ikke gis tillit da de vil opptre strategisk og opportunistisk, forsøke å oppnå sine egne målsetninger fremfor myndighetenes, og må derfor underlegges styring og kontroll (Christensen et al., 2006, Pettersen & Fallan, 2010). Dette kan fremstå som en parallell til de elementene av kontroll som man også finner i maskinbyråkratiet. Det omfattende rapporteringsregimet i pakkeforløpene kan, fra en synsvinkel, også betegnes som et stort internkontrollsystem, der en kontinuerlig rapporterer hvorvidt aktiviteter er gjennomført. Flere av informantene formidlet også at de opplevde rapporteringen og kodingen som en form for kontroll, og at det ble opplevd som en manglende tillit til behandlerne i feltet. Dette reflekterer et dilemma som omhandler hvorvidt man skal basere styringen på tillit eller kontroll som koordineringsmekanismer. Offentlige virksomheter har tradisjonelt bygd på en uformell, gjensidig, tillitsbasert relasjon mellom de ulike nivåene. Innføring av kontrollsystemer kan imidlertid utfordre dette tillitsforholdet (Pettersen & Fallan, 2010).

Hvis aktørene i et system opplever manglende tillit til sin fagutøvelse, kan dette ha uheldige konsekvenser for den tilliten som behandlerne viser tilbake til systemet (Askim et al., 2014), og gi grobunn for at subversive atferdsmønstre kan etableres. Eksempelvis ved at aktørene opptre strategisk og «jukser» (Bevan & Hood, 2006, Guilfoyle, 2012, Askim, Christensen & Læg Reid, 2015, Læg Reid & Neby, 2016), et fenomen som også ble observert i studiet av de danske pakkeforløpene (Kvamsdahl, 2016). I pakkeforløpene kunne dette eksempelvis gitt seg utslag ved at behandlerne kodet for aktiviteter som ikke har blitt utført eller kodet for klinisk beslutning uten at utredningen er ferdigstilt. Flere av informantene uttrykte at faglige verdier sto sterkt. De beskrev samtidig det som kan karakteriseres som en betinget lojalitet til pakkeforløpene/kravene ovenfra. De hadde en klar intensjon om å forholde seg lojale så lenge kravene i pakkeforløpene var i samsvar med deres faglige standarder, men ville bryte med pakkeforløpskravene når disse sto i motsetning til de faglige verdiene. Dette kan indikere at det eksisterer et betydelig potensial for at «juks», eller «gaming», eksempelvis i form av strategisk koding, også kan utvikle seg under pakkeforløpene. Vårt datamateriale gir imidlertid ikke grunnlag for å si at slike mønstre var etablert blant de behandlerne vi intervjuet, eller i deres miljøer. De fleste var klar over mulighetene for at dette kunne skje, men ingen rapporterte at de selv eller andre i kollegamiljøene deres gjorde dette. Den gjennomgående holdningen var snarere at man skulle kode for aktivitetene slik de faktisk var gjennomført og «stå for det» hvis dette ikke var i tråd med pakkeforløpskravene.

6.3.7 Målstyring og standardisering

NPM blir av mange sett på som en motreaksjon på, eller motsatsen til, de tradisjonelle byråkratiformene der sentralisering og standardisering var hovedelementene (Hood, 1995). Samtidig har forskning på NPM reformer vist at disse, paradoksalt nok, kan ha sentraliserende og standardiserende effekter (Christensen & Lægreid, 2001). Målkravene i pakkeforløpene har medført et økt fokus på rapportering og kvantifisering. Når fokus rettes mot målinger og å oppnå måltall kan dette, som nevnt ovenfor, medføre at de aktivitetene eller tiltakene som blir målt og rapportert blir valgt foran andre, alternative tiltak, og det som måles blir det viktige (Karlson, 2015). Mål og resultatstyring, med en høy grad av kvantifisering av aktivitetene, kan dermed også ha en standardiserende effekt på arbeidsformen i en klinikk, og man kan miste fleksibilitet med tanke på å løse den oppgaven man skal. Målkravene i pakkeforløpene synes derfor å ha en paradoksal effekt i forhold til det som er intensjonen bak NPM. I denne sammenhengen synes målkravene, sammen med standardene i pakkeforløpene, å øke graden av detaljstyring av klinikkene og bidrar dermed til økt sentralisering, standardisering og detaljstyring, i stedet for å øke fleksibiliteten og autonomien i enhetene. Vi ser her at NPM elementene i reformen får en effekt som bidrar til å dreie organisasjonen nærmere en maskinbyråkratisk struktur.

6.3.8 Effektivitet

Som det kom frem i teoridelen, er effektivisering av offentlige virksomheter en sentral intensjon bak de NPM inspirerte reformene. Samtidig har studier av disse reformene vist at det økte fokuset på rapportering og kontroll som disse har medført kan bidra til å redusere effektiviteten i virksomhetene (Christensen et al., 2006). I datamaterialet er det flere tegn til at effektivitetspresset har økt betydelig etter innføringen av pakkeforløpene. Flere av informantene beskrev en opplevelse av at rammene for å gjennomføre pakkeforløpene i henhold til kravene er for knappe, og at pasientstrømmen er for stor til at det lot seg gjøre å gi pasientene nok timer til å få gjennomført en utredning innen frist. Enkelte beskrev også et økt fokus på pasientgjennomstrømning etter innføringen av pakkeforløpene, og at kost/ nytte perspektivet fikk større plass under evalueringen av behandlingsforløpene. Dette kan sees på som en konsekvens både av det økte fokuset på evaluering av behandlingen og det økte presset på forløpstider i utredningsfasen. Både ledere og behandlere beskrev at de opplevde det som nødvendig å ha fokus på å få avsluttet flere pasienter for å kunne klare forløpstidene, og for å kunne håndtere et økt gjennomstrømningstempo. Dette kan være en ønsket effekt da noe av intensjonen med evalueringspunkter skulle være å sikre at nytten av behandlingen skulle

evalueres med jevne mellomrom, blant annet for å sikre at pasienter ikke gikk i behandling uten effekt. Et forsterket kost/ nytte perspektiv kan derfor være i tråd med intensjonene med pakkeforløpene. Hvis dette perspektivet styrkes hovedsakelig for at enhetene skal kunne oppnå høy pasientgjennomstrømning og dermed oppnå målkravene, kan det imidlertid også være tegn på en målforskyvning.

Datamaterialet gir grunnlag til å kunne si at innføring av pakkeforløpene har bidratt til en opplevelse av økt effektiviserings- og arbeidspress i de poliklinikkene vi har studert, og at dette har bidratt til å redusere den faglige autonomien til behandlerne. De fleste av informantene våre beskrev en opplevelse av økt tidspress etter innføringen av pakkeforløpene. Flere beskrev dette presset som en følge av flere av de endringene som har blitt gjennomført de siste årene, som krav til redusert ventetid, krav om å ta inn flere pasienter til utredning og behandling og økte dokumentasjonskrav. Pakkeforløpene ble i denne sammenhengen oppfattet som en del av denne trenden. Enkelte opplevde pakkeforløpene som nok en endring som bidrar til et økt effektivitetspress, hovedsakelig som en konsekvens av stramme forløpstider som enkelte opplevde som urealistiske, men også som følge av økte krav til dokumentasjon og rapportering. Flere av informantene våre formidlet også at det økte presset på effektivitet påvirket deres faglige autonomi i negativ retning. De beskrev også at presset hadde en negativ påvirkning på kvaliteten på det faglige arbeidet, da de ofte ikke fikk gjort utredninger grundig nok, eller at de ikke fikk gitt så god behandling som de mente var faglig riktig. Hvis målkrav og medførende økt press på effektivitet går på bekostning av de faglige vurderingene og kvaliteten på det faglige arbeidet, kan dette sees på som en målforskyvning.

6.3.9 Brukerorientering

Sterkere brukerorientering er et sentralt element i NPM reformene. I helsetjenesten er brukermedvirkning også et lovfestet krav til tjenestene. Pakkeforløpene systematiserer dette og fremmer brukermedvirkning som et gjennomgående fokus i hele forløpet, og med krav om at pasienten skal medvirke i alle faser av pasientforløpet. Det legges blant annet vekt på at brukerne skal medvirke i utarbeidelse av behandlingsplan og ved kliniske beslutninger, at pasientene skal kunne gi feedback til behandler gjennom bruk av standardiserte feedbackverktøy og at brukerne skal få informasjon om tjenestetilbudet ved behandlingsstedet. Brukerorientering kan forstås som at tjenestene, og tjenesteyterne, forstår og respekterer de

verdier, preferanser, kultur og behov som brukerne har, og innretter tjenesten, eller behandlingen, etter dette (Helse- og omsorgsdepartementet, 2012). Dette innebærer en betydelig grad av individuell tilpasning av den behandlingen som gis. Den graden av standardisering som målkravene medfører kan imidlertid medføre et dilemma for behandlerne da dette potensielt kan redusere muligheten for individuell tilpasning. Flere av våre informanter formidlet at de i hovedsak kunne tilpasse forløpet til hver pasient, spesielt i behandlingsfasen. Som det kom frem ovenfor beskrev mange imidlertid at individuell tilpasning kunne være problematisk for de kompliserte forløpene, og at pakkeforløpene kunne være lite tilpasset pasientene i disse forløpene. Man kan dermed få en effekt som er det motsatte av hensikten med NPM baserte endringer; at behandlingsforløpene blir standardiserte og lite fleksible i stedet for at de tilpasses hver enkelt pasient. Dette fremstår også i motsetning til intensjonen med pakkeforløpene. Styrket brukermedvirkning og brukertilfredshet er en av de sentrale målsetningene med pakkeforløpene. Vi ser imidlertid at standardisering og effektivitetskrav kan redusere mulighetene for individuell tilpasning av pasientforløpene, og at brukerorienteringen dermed kompromitteres.

6.3.10 Ledelse

Lederne som ble intervjuet i vår undersøkelse fremsto gjennomgående som mer positive og entusiastiske til innføringen av pakkeforløpene enn behandlerne. I vårt materiale så vi imidlertid variasjon blant lederne med hensyn til hvor tett de fulgte opp behandlerne med tanke på pakkeforløpene. Enkelte ledere fulgte behandlerne tett, men vi så også at flere ledere i liten grad fulgte opp behandlerne med hensyn til gjennomføringen av kravene i forløpene. De fleste av informantene rapporterte også at de i liten grad ble fulgt opp av sine ledere med tanke på dette, og det kan synes som at mange av behandlerne opplevde større avstand til sine ledere enn før innføringen av pakkeforløpene. Når endringer skulle skje eller problemstillinger dukket opp henvendte lederne seg oppover i systemet for å få informasjon og styringssignaler. Dette kan være en indikasjon på at standardiseringen og målkravene fører til at lederne styrer mer på bakgrunn av tall og skriftlig rapportering i stedet for å drive aktiv ledelse og initiere endringer på egne initiativ. Dette samsvarer også med funn fra andre studier av NPM baserte reformer, der det beskrives at disse reformene kan skape tendenser til en fjernere og mer «instrumentell» form for ledelse (Christensen & Lægroid, 2002).

6.4 Oppsummering

Informantene beskrivelser peker mot at de faglige elementene i pakkeforløpene oppleves som legitime blant behandlerne. Både pakkeforløpsbeskrivelsene og informantenes utsagn peker imidlertid mot at pakkeforløpene påvirker utformingen av pasientforløpene på en slik måte at behandlerne opplever at dette reduserer deres beslutningsrom, og at det dermed virker begrensende på deres kliniske autonomi. Behandlerne var imidlertid noe delt med tanke på hvorvidt de opplevde dette som en positiv eller negativ endring. Sett i relasjon til Mintzbergs (1979) strukturelle modell ser det ut til at pakkeforløpene har medført at en større del av planleggingen av pasientforløpene skjer på et høyere nivå i organisasjonen, og at færre beslutninger fattes i den operative kjernen enn tidligere. Vi ser på bakgrunn av dette en tydelig bevegelse bort fra den fagbyråkratiske organisasjonsformen som tradisjonelt har preget sykehusorganisasjonene. Samtidig ser vi at det eksisterer en del motstand mot denne endringen. Funnene viser at det blant behandlerne eksisterer en sterk faglig identitet, og at der de faglige vurderingene står i motsetning til kravene i pakkeforløpene, får fagligheten forrang. Økte dokumentasjons- og rapporteringskrav oppleves også begrensende for behandlernes autonomi.

Videre viser analysen at pakkeforløpene har medført en økt sentralisering av beslutningsprosesser, og en økt standardisering av pasientforløpene. Premissene for det faglige arbeidet legges dermed på et høyere nivå i organisasjonen. Pakkeforløpene har også medført en økt grad av rapportering og kontroll av arbeidsprosessene. De to hovedkarakteristikkene ved maskinbyråkratiet, sentralisering og standardisering, synes dermed å ha blitt mer fremtredende som resultat av denne innføringen. Vi ser også at elementer fra NPM, spesielt mål- og resultatstyring har bidratt til økt grad av sentralisering og standardisering, da disse innebærer en økt grad av rapportering og kontroll. Standardiseringen i pakkeforløpene synes i mindre grad å være tilpasset pasientene med de mest kompliserte tilstandene enn pasientene med de enklere tilstandene. Dette kan potensielt medføre vridningseffekter i den forstand at pasienter med kompliserte tilstander kan bli nedprioritert til fordel for pasienter med enklere tilstander. Vi så også tendenser til at målkravene i pakkeforløpene kan medføre redusert kvalitet på utredning og behandling.

Analysen viser også at pakkeforløpene innfører flere trekk fra NPM byråkratiet. De tydeligste trekkene fra denne byråkratiformen er de mål- og resultatkravene som følger med forløpene og

sterkere brukerorientering. Det kan også synes som om effektivitetspresset i poliklinikkene har økt som følge av dette, både med tanke på økte krav om dokumentasjon og på økt pasientgjennomstrømning. Samtidig ser vi noen effekter av NPM elementene som står i motsetning til intensjonen bak NPM, og dermed virker paradoksale. Mål- og resultatstyring kan i denne konteksten virke standardiserende og sentraliserende. Lederne synes også å bli mindre autonome, og styrer mer på bakgrunn av rapporter og signaler ovenfra. Videre viser det seg at den økte standardiseringen kan motvirke muligheten for individuell tilpasning, og dermed redusere brukerorienteringen i forløpene. Vi ser også at standardiseringen og målkravene bidrar til en del ikke- intenderte effekter i form av dreiningseffekter og målforskyvninger.

7 Oppsummerende diskusjon

Vi presenterte innledningsvis fire forskningsspørsmål som vi ønsket å besvare gjennom denne studien. Vi vil på bakgrunn av våre funn og vår analyse, adressere disse problemstillingene.

7.1 Behandlerne og lederes opplevelser

Det første spørsmålet vi formulerte fokuserte på hvordan behandlere og ledere i poliklinikkene i DPS i psykisk helsevern opplever innføringen av pakkeforløp?

Alle våre informanter opplevde at pakkeforløpene medførte økt grad av standardisering av pasientforløpene. De aller fleste var grunnleggende positive til intensjonen og målsetningene med pakkeforløpene. Elementene i pakkeforløpene synes å ha samsvar med det som behandlerne oppfatter som god faglig virksomhet, de oppleves å understøtte god faglighet, og synes å ha høy legitimitet i fagmiljøene. Det var imidlertid også en gjennomgående opplevelse av at standardiseringen i pakkeforløpene synes best tilpasset pasienter med enkle og avgrensede tilstander, og i mindre grad tilpasset pasienter med kompliserte tilstander. Selv om krav knyttet til utredningstid synes å være akseptert hos mange, kan det synes som at forløpstidene, og målkravene knyttet til disse er for lite fleksible og lite tilpasset den kliniske virkeligheten. Den tydelige inndelingen mellom utrednings- og behandlingsfasen ble også av mange opplevd å være lite tilpasset den naturlige flyten i pasientforløpene. Med andre ord kan man si at kartet ikke alltid passer helt til terrenget. Dette kan tyde på at strukturen i pakkeforløpene ikke er tilpasset egenskapene hos en betydelig del av den pasientpopulasjonen som pakkeforløpene er laget for.

Selv om enkelte av informantene opplevde at deres faglige autonomi var uendret etter innføringen av pakkeforløpene, beskrev de aller fleste at denne var blitt redusert. Informantene var imidlertid delte med hensyn til hvorvidt de opplevde dette som en positiv eller negativ endring. Denne variasjonen kan ha sammenheng med ulik erfaringsbakgrunn hos behandlerne. Mer erfarne behandlere kan verdsette faglig autonomi i større grad enn mer uerfarne behandlere, som i større grad verdsetter standarder og opplever disse som støttende.

For stor grad av autonomi hos behandlere i feltet kan gi uheldige utslag da det kan føre til utstrakt forekomst av «private praksiser», for stor tilfeldig variasjon i det tilbudet som gis og dermed medføre redusert grad av likeverdighet i tilbudene som gis. Det kan imidlertid synes som at det vil være nødvendig å opprettholde en viss autonomi hos behandlerne i fagfeltet, ikke minst for å bevare en nødvendig grad av fleksibilitet i behandlingen. En del av utfordringen er å finne en balanse mellom standardisering og opprettholdelse av nødvendig klinisk autonomi hos fagpersonene.

7.1.1 For mye standardisering?

Et spørsmål som melder seg ved innføring av pakkeforløp er hvor stor del av de faglige elementene som er hensiktsmessig å standardisere. Dette var også et tema som var langt fremme i den tidlige debatten som dreide seg om pakkeforløpene. I hvor stor grad er det samsvar mellom vår kunnskap om hva som hjelper og graden av standardisering i pakkeforløpene? En stor del av kunnskapsgrunnlaget i psykisk helsevern er komplekst, omstridt og usikkert og på et betydelig mindre spesifikt nivå enn kunnskapsgrunnlaget når det gjelder kreftbehandling. «Psykiske lidelser, rusproblemer og sosiale problemer kan vanskelig gjøres til gjenstand for kontekstfrie, globale og rettlinjede standarder basert på avgrensede diagnoser og behandlingsopplegg» (Fineide & Ramsdal, 2014 s. 117). Hvis det blir for stor divergens mellom graden av standardisering og fagfeltets forståelse av hva som er god behandling, kan dette slå uheldig ut for innføringen av standardiserte forløp. En vellykket innføring vil være avhengig av at kravene som stilles har en faglig forankring som oppfattes som legitim i fagmiljøene. Hvis det er for stor divergens mellom fagets kunnskap om hva som hjelper pasientene og innholdet i pakkeforløpene kan dette gi negative konsekvenser med hensyn til tiltakenes legitimitet, og skape motstand i fagmiljøene. Dette kan i sin tur påvirke måloppnåelsen på en negativ måte.

Den økte standardiseringen reiser også spørsmål om hvordan dette påvirker behandlerne og deres relasjon til pasientene. Et faremoment ved økt standardisering er at man kan løpe en risiko for at behandlerne blir mer opptatt av å fylle ut sjekklister og oppfylle kravene i pakkeforløpene fremfor å engasjere seg i hva som kan bidra til bedre helse og økt livskvalitet for pasientene. Dette poenget blir eksempelvis fremhevet av Stangeland (2020) som beskriver hvordan behandlere, når de skal vurdere selvmordsrisiko hos pasienter, blir mer opptatt av å fylle ut sjekklister for å tilfredsstille kravene i de nasjonale retningslinjene enn å utforske hva som kan hjelpe pasienten.

7.2 Behandleres og lederes reaksjoner på pakkeforløpene

Den andre problemstillingen vi formulerte fokuserte på hvordan behandlerne og lederne som arbeider i DPSene vil respondere på de endringene som innføringen av pakkeforløpene innebærer?

Behandlerne synes i utgangspunktet å være lojale til innholdet i pakkeforløpene, og det at det ble satt rammer for utredningstid ble av flere oppfattet som positivt. Funnene i denne studien tyder imidlertid på at det også eksisterer en del motstand mot innholdet i pakkeforløpene. Det eksisterer en sterk faglig identitet hos behandlerne, noe som tydeliggjøres ved at der strukturen i pakkeforløpet står i motsetning til behandlernes vurderinger av hva som er god praksis, gir behandlerne de faglige vurderingene forrang foran pakkeforløpet. Dette tyder på at behandlerne utviser en betinget lojalitet overfor pakkeforløpene. De er lojale så lenge pakkeforløpet samsvarer med deres oppfatning av hva som er godt fag, men bryter dette når disse kommer i motsetning til hverandre. Dette kan potensielt representere en ustabilitet i systemet. Hvis kravene i pakkeforløpene blir strammere, kan man da risikere større konflikter mellom behandlere og myndighetskravene, og større uro i organisasjonen? Kan man da risikere at det etableres subversive handlingsmønstre hos behandlerne, som igjen kan virke undergravende med hensyn til intensjonen og målsetningene med pakkeforløpene?

En betydelig del av den motstanden mot pakkeforløpene som fremkom i vår studie hadde bakgrunn i at pakkeforløpene har medført økte registrerings- og rapporteringskrav for behandlerne. Det fremkom en betydelig frustrasjon knyttet til disse økte rapporteringskravene. Det ble beskrevet at dette har medført en økt arbeidsbelastning for dem, og mange hevdet at

dette tok tid bort fra pasientbehandlingen. Dette samsvarer også med funn fra undersøkelsen fra Sintef (Ådnes et al., 2020), samt studien av de danske pakkeforløpene (Kvamsdahl, 2016). Enkelte påpekte også at implementeringen har hatt en manglende tilrettelegging i form av et tilpasset datasystem, et synspunkt som også fremkom i Sintefs studie (Ådnes et al., 2020).

Pakkeforløpene innebærer økt grad av sentralisering av beslutningene. For å få til en god implementering i klinikkene er imidlertid førstelinjelederne sentrale, og det er viktig at disse har eierskap til denne prosessen. I likhet med Ådnes et al. (2020) fant vi at de lederne som deltok i vår undersøkelse fremsto mer positive til pakkeforløpene enn behandlerne. Vi så imidlertid en tendens til at lederne ble avventende i forhold til hvordan de skal utforme driften i klinikkene sine på den måten at de søkte oppover i systemet for å få signaler på hvordan de skulle handle. Dette kan sies å stå i motsetning til noe av målsettingen bak NPM, nemlig der målsettingen om å øke handlingsrommet til lokal ledelse ved å gi denne økte fullmakter til selv å utvikle måter å løse oppgavene på. Tilsvarende funn har også blitt gjort i andre studier av NPM (Christensen & Lægred, 2002). Dette kan synes som en paradoksal effekt, og kan potensielt indikere at den hierarkiske strukturen som maskinbyråkratiet representerer forsterkes. Det kan da også signalisere en dreining mot en form for førstelinjeledelse som man snarere finner i maskinbyråkratiske organisasjonsformer, der disse lederne i hovedsak har til oppgave å formidle og iverksette instruksjoner som blir formidlet ovenfra i hierarkiet. Dette kan ha sammenheng med at innføring og utforming av pakkeforløpene har vært sentralisert besluttede tiltak, som igjen kan ha medført at lokale ledere i poliklinikkene i liten grad har eierskap til endringene, og at de i liten grad har involvert seg i gjennomføringen. I tillegg presenterer pakkeforløpene detaljerte og tydelige rapporteringskrav, som igjen kan gjøre det vanskelig å drive fleksibel og tilpasningsdyktig ledelse (Grund, 2019). Det kan synes som at en vellykket implementering av pakkeforløpene, som er i tråd med intensjonene, vil forutsette ledere som klarer å finne en god balanse mellom målkravene på den ene siden og faglige hensyn på den andre. I stedet for å framstå som en klart alternativ styringsform, kan dermed NPM-inspirerte reformer i praksis forsterke noen av de sentrale kjennetegnene ved maskinbyråkratiet. Et spørsmål som da gjør seg gjeldende er hva dette gjør med den faglige ledelsen forøvrig i klinikkene. Kan dette føre til at førstelinjeledere trekker seg tilbake fra øvrige deler av den faglige virksomheten? En slik dreining vil potensielt kunne gjøre organisasjonene mer rigide og mindre i stand til å gjøre lokale tilpasninger.

7.3 Organisasjonsmessige endringer

Vi formulerte også to spørsmål som omhandlet organisasjonsmessige endringer: Det første omhandlet hvorvidt det vil skje organisasjonsmessige endringer som følge av innføringen av pakkeforløp? Det andre spørsmålet fokuserte på hvorvidt innføringen av pakkeforløp vil medføre en dreining bort fra den profesjonsbyråkratiske strukturen som tradisjonelt har preget organiseringen i sykehus?

Funnene og analysen i denne studien viser at klinikerens autonomi reduseres som følge av innføringen av pakkeforløpene. Pakkeforløpene har medført at flere av beslutningene flyttes bort fra den operative kjernen og sentraliseres, og klinikerens beslutningsrom har blitt merkbart redusert. Innføringen har også medført økt grad av standardisering av arbeidsprosessene. Dette indikerer en endring av organisasjonsstrukturen der denne, i henhold til Mintzbergs (1979) modell, beveger seg bort fra den tradisjonelle profesjonsbyråkratiske strukturen og henimot en organisasjonsform mer i tråd med en maskinbyråkratisk struktur og en NPM preget organisasjonsform. Samtidig ser vi indikasjoner på at mål- og resultatstyringselementene, med betydelige innslag av rapportering, kvantifisering og kontroll også har en viss standardiserende effekt på arbeidsprosessene. Det kan dermed synes som at elementene fra New Public Management får en pervertert effekt (Askim et al., 2014) som ikke er i tråd med intensjonene bak denne styringsformen. NPM vokste i stor grad fram som en motreaksjon til tradisjonelle styringsformer som vi gjenfinder i maskinbyråkratiet/det tradisjonelle weberianske byråkratiet. NPM framstod i utgangspunktet som en styringsmodell, der autonomien til de operative enhetene skulle styrkes (Hood, 1995), Her ser vi imidlertid at NPM elementene får en effekt som fremstår paradoksal, da de bidrar til å forsterke bevegelsen i retning av en maskinbyråkratisk organisasjonsstruktur, og at det er denne organisasjonsformen som endringen i størst grad dreier mot.

Samtidig som vi ser en dreining mot en maskinbyråkratisk struktur kan man si at profesjonsbyråkratiet yter motstand mot endringene. Det sterkeste utslaget av dette viser seg ved den betingede lojaliteten behandlerne utviser overfor pakkeforløpene ved at de prioriterer fagligheten foran pakkeforløpskravene når disse ikke er i samsvar. Funnene viser imidlertid at det også eksisterer et potensial for en annen form for motstand. Denne kan manifestere seg ved at aktørene tilpasser seg systemet, eksempelvis ved at det etableres subversive atferdsmønstre i form av juks med koding og rapportering. Slike mønstre har blitt observert i andre studier av

pakkeforløp (Kvamsdahl, 2016), og i sammenhenger der målkrav har hatt et sterkt fokus (Bevan & Hood, 2006). Informantene i vår studie uttrykker at de *kan* bevege seg i en slik retning hvis sprik mellom krav og faglig vurdering blir for stor.

7.3.1 Effektivitet

Det har de senere årene blitt gjennomført flere tiltak for psykisk helsevern. Fritt behandlingsvalg for rus og psykisk helse ble innført i 2015 (Pasient og brukerrettighetsloven, 2019), prioriteringsveilederen for psykisk helse ble endret samme år (Helsedirektoratet, 2015b) og innsatsstyrt finansiering i psykisk helsevern ble innført i 2017 (Helsedirektoratet, 2017). I tillegg har det, som tidligere nevnt, også blitt satt tydelige krav om reduserte ventetider og krav om å ta inn flere pasienter. Flere av disse endringene kan assosieres med NPM trenden innen utvikling av tjenestene i helsevesenet. Innføringen av pakkeforløpene kan sees på som et tiltak som trekker i samme retning som de tidligere tiltakene, da de er ment å skulle bidra både til økt effektivitet, brukerorientering og kvalitet i de tjenestene som ytes.

Effektivitet kan beskrives på ulike måter. I utredningen «Mot bedre vitende» (NOU 1991:28) skilles det mellom tre ulike former for effektivitet: 1.) *Kostnadseffektivitet*, som innebærer at tjenester blir produsert til lavest mulige kostnader, 2.) *Resultateffektivitet*, som innebærer at man oppnår gode resultater i forhold til de ressursene som brukes. 3.) *Allokerings effektivitet*, som innebærer at det gjøres prioriteringer som medfører størst mulig velferd for tjenestemottakerne, eller, med andre ord, at man bruker ressursene riktig. Vi ser i vår studie noen indikasjoner på at det økte presset på effektivitet som behandlerne opplever kan påvirke disse tre formene for effektivitet i negativ retning. De økte dokumentasjons- og rapporteringskravene som pakkeforløpene medfører kan potensielt bidra til å undergrave kostnadseffektiviteten i de tjenestene som ytes. Som nevnt rapporterte behandlerne at dette medførte at de hadde mindre tid til pasientrettet arbeid, og det er da betimelig å stille spørsmål ved hvorvidt dette kan påvirke helsegevinsten for pasientene på en negativ måte. Vi så også tendenser til at gjennomstrømningskravene kunne medføre redusert kvalitet på de arbeidet som gjøres og dermed ha en potensielt negativ effekt på resultateffektiviteten. Det ble av flere informanter beskrevet at der pasientenes behov ikke passet med pakkeforløpskravene kunne disse pasientene bli nedprioritert. Dette kan sees på som en indikasjon på at også allokeringseffektiviteten kan bli negativt påvirket.

7.3.2 Ikke - intenderte effekter

Det fremkommer også i studien at innføringen av pakkeforløpene kan medføre ikke- intenderte effekter i form av vridningseffekter og målforskyvninger. Dette var også effekter som ble beskrevet i Kvamsdahls (2016) studie. Målkravene i pakkeforløpene opptrer sammen med andre målkraav som aktivitetskrav, ventetidskrav, krav om epikrisetid, krav om redusert avslagsprosent. Mål som kan betegnes som *resultatmål*. Hvis resultatmålene blir hovedmål i seg selv, og oppfylles på bekostning av andre viktige aspekter ved tjenestene kan dette potensielt ha en negativ påvirkning på *effektmålene*. Enkelte av funnene i vår studie kan indikere en slik tendens i den forstand at målet om at tjenestene skal gi økt helsegevinst for pasientene kan bli påvirket negativt. Dette gjelder spesielt pasientene med de mest kompliserte tilstandsbildene, som pakkeforløpene synes å være minst tilpasset til. I den grad kvaliteten på utredninger reduseres, eller at tilstander som tidligere ville blitt behandlet forblir ubehandlet, vil dette også gi seg utslag for andre grupper. Dette kan igjen innebære at virksomhetens ytelse med hensyn til de verdiene som skapes for samfunnet og brukerne da står i fare for å reduseres (O' Flynn, 2004, Heinrich, 2007, Heinrich og Marschke, 2010). Verdien av en virksomhets ytelse kan forstås i en videre forstand enn ved kun måloppnåelse isolert. Verdiskapning kan også knyttes til aspekter som ikke er direkte målbare som for eksempel økt helsegevinst for befolkningen, men også egenskaper som for eksempel likeverdighet i tjenestetilbudet, responsivitet overfor behovet hos brukerne eller tillit i befolkningen. (Heinrich & Marschke, 2010).

At målforskyvninger forekommer reiser også spørsmålet om hvor sterke insentiver som bør innføres for å oppnåelse av målkravene. Sterke insentiver kan ta for mye fokus bort fra de aktivitetene som ikke måles, og dermed virke forsterkende på målforskyvninger og vridningseffekter. Eksempelvis vil offentliggjøring av resultater på avdelingsnivå eller seksjonsnivå kunne ha en slik effekt, da dette potensielt vil kunne være kraftfulle insentiver. Dette vil stille betydelige krav til ledelsen i klinikkene med hensyn til å opprettholde en balanse mellom faglige hensyn og målkraav der disse ikke er i samsvar.

7.4 Generaliserbarhet

Vår studie har blitt gjennomført i tre DPSer som er alle er lokalisert på østlandsområdet, og med relativ lik organisering. De var imidlertid på noe ulike stadier med tanke på standardisering

av behandlingsforløpene. Det vil derfor være naturlig å stille spørsmål ved funnernes generaliserbarhet til andre DPSer og andre områder i Norge. Studien har pekt på en del effekter som kan oppstå ved innføring av pakkeforløp, men det bør utvises forsiktighet med å generalisere funnene i vår studie til andre DPS da den har blitt gjennomført i et lite antall DPSer og med et lite antall informanter. Funnene i vår undersøkelse synes imidlertid å samsvare med, og kan forstås på bakgrunn av de teoretiske modellene vi har benyttet, samt øvrig litteratur som beskriver tilsvarende fenomener. Som det kom frem ovenfor samsvarer også enkelte av våre funn med funn som er gjort i andre studier av pakkeforløp (Kvamsdahl, 2016, Ådnanes et al., 2020), noe som kan bidra til å styrke generaliserbarheten av disse funnene, og indikere at disse har gyldighet ut over de DPSene som deltok i vår undersøkelse. Vår studie kan også gi grunnlag for å utarbeide faglig begrunnede hypoteser om innføring av pakkeforløp på andre DPS. Undersøkelsen er imidlertid foretatt på et tidlig stadium av implementeringen, og på et tidspunkt som fortsatt var definert som en innføringsperiode. I tillegg var ulike helseforetak på ulike stadier i denne prosessen. Det er derfor også sannsynlig at undersøkelser som blir foretatt når implementeringen har kommet lengre vil gjøre andre funn.

8 Konklusjon og veien videre

Resultatene fra denne studien tyder på at, selv om implementeringen av pakkeforløpene fortsatt er i et tidlig stadium, begynner enkelte effekter å gjøre seg gjeldende. Innføringen medfører en endring i organisasjonsform i retning av en mer tradisjonell maskinbyråkratisk form med elementer fra New Public Management. Samtidig ser vi at profesjonsbyråkratiet yter motstand ved at behandlere til en viss grad motsetter seg disse endringene. Enkelte uintenderte effekter synes også å gjøre seg gjeldende. Pasientene med de mest kompliserte lidelsene synes å være den gruppen som forløpene passer dårligst for, da disse forløpene ofte krever mer tilpasning og fleksibilitet enn de enklere forløpene. Det kan derfor synes som at strukturen i pakkeforløpene er for lite fleksibel til å kunne passe for alle pasientgruppene. Pakkeforløpene synes også å ha medført en økt arbeidsbelastning for behandlerne da disse har blitt tilført flere ekstraoppgaver i form av koding, rapportering og dokumentasjon. Flere pekte på at dette også kan tilskrives en manglende IKT infrastruktur som kan støtte pakkeforløp.

8.1 Veien videre

Pakkeforløpene for psykisk helse og rus er fremdeles under debatt, og det er mulig at det vil bli gjort endringer eller tilpasninger i innretningen av disse. Denne studien har identifisert noen effekter som peker på momenter man bør være oppmerksom på i en eventuell videre utvikling av pakkeforløpene. Med utgangspunkt i funnene fra vår studie kan det synes som at økt fleksibilitet med hensyn til standardene og målkravene som har blitt innført, kan bidra positivt til at pakkeforløpene får en sterkere implementering i klinikkene, og redusere noe av den motstanden som ligger der i dag, samt redusere noen av de uintenderte effektene som vi har sett. Behovet for en bedre tilrettelegging for behandlere i form av en bedre tilpasset datainfrastruktur, som i større grad legger til rette for og forenkler koding og rapportering, gjør seg også gjeldende i stor grad. Våre funn tilsier også det bør rettes oppmerksomhet mot behovet for at førstelinjeledernes posisjon styrkes, og at de får større eierskap til pakkeforløpene.

Implementeringen av pakkeforløpene er fortsatt på et relativt tidlig stadium, og det er fortsatt elementer ved forløpene som ikke er fullt ut integrert i den daglige driften ved mange klinikker. Det er også mulig at den endelige utformingen vil være noe forskjellig fra den innretningen av forløpene som vi ser i dag. Det vil da kunne være hensiktsmessig å gjennomføre videre studier ved et senere tidspunkt når implementeringen av pakkeforløpene har kommet lengre. Man vil da kunne få et tydeligere bilde av om de tendensene som er beskrevet i denne undersøkelsen fortsatt vil være tilstede eller om de har endret seg på noen måte. Videre studier, eksempelvis i form av surveyundersøkelser, kan også si mer om hvorvidt de fenomenene som fremkom i vår undersøkelse også gjør seg gjeldende i bredere omfang.

Referanser:

Aarre, T.F. (2018). *En mindre medisinsk psykiatri*. Oslo: Universitetsforlaget.

Allen, D., Gillen, E., & Rixson, L. (2009). Systematic review of the effectiveness of integrated care pathways: what works, for whom, in which circumstances? *International Journal of Evidence-Based Healthcare*, 7(2), 61-74.

Askim, J., Christensen, T. & Lægreid, P. (2015). Accountability and Performance Management: The Norwegian Hospital, Welfare, and Immigration Administration. *International Journal of Public Administration*, 38, 971-982.

Askim, J., Eltun, R. & Fremstad, E. (2014). Mål- og resultatstyring. Riktig oppskrift for styring i statsforvaltningen? I: Baldersheim, Harald og Øyvind Østerud (Red.) *Det norske demokratiet i det 21. århundre* (S. 285 – 302). Bergen: Fagbokforlaget

Bevan, G. & Hood, C. (2006). What's Measured is What Matters: Targets and Gaming in the English Public Healthcare System. *Public Administration*, 84(3), 517– 538.

Blegen, H.M. & Nyhlen, B. (1982). *Organisasjonsteori* (4.utg). Trondheim: Tapir.

Busch, T. & Vannebo, J. O. (1997). *Organisasjon, ledelse og motivasjon* (3.utg). Otta: Tano.

Christensen, T. & Lægreid, P. (1999). New Public Management: Design, Resistance, or Transformation? A Study of How Modern Reforms Are Received in a Civil Service System. *Public Productivity & Management Review*, 23(2), 169 – 193.

Christensen, T. & Lægreid, P. (2001). New Public Management: The effects of contractualism and devolution on political control. *Public Management Review*, 3(1), 73 – 94.

Christensen, T. & Lægreid, P. (2002). New Public Management: Puzzles of Democracy and the Influence of Citizens. *The Journal of Political Philosophy*, 10(3), 267 – 295.

Christensen, T, Lægreid, P. & Stigen, I. M. (2006) «Performance Management and Public Sector Reform: The Norwegian Hospital Reform». *International Public Management Journal*, 9(2), 113-139.

Clark, L.A., Watson, D., & Reynolds, S. (1995). Diagnosis and Classification of Psychopathology: Challenges to the Current System and Future Directions. *Annual Review of Psychology*, 46, 121-153.

Den norske legeforening (2015). *Etiske regler for leger*. Hentet fra: <https://www.legeforeningen.no/om-oss/Styrende-dokumenter/legeforeningens-lover-og-andre-organisatoriske-regler/etiske-regler-for-leger/>. Lest: 05.04.2020.

Diefenbach, Thomas (2009): New Public Management in public sector organizations: The dark sides of managerialistic “enlightenment”, *Public Administration*, 87, 892-909.

Dimmen, Ø. & Ødegård, A. (2012). Du må vite hvordan kasseapparatet virker: En kvalitativ studie om endringer i et poliklinisk tjenestetilbud innenfor psykisk helse for voksne, *Tidsskrift for Norsk psykologforening*, 49 (11), 1061–1066.

Ekeland, T. J. (2004). *Autonomi og evidensbasert praksis*. Notat. Senter for profesjonsstudier. Høgskolen i Oslo.

Ekeland, T.J. (2018). Paradoksale pakker. *Tidsskrift for norsk psykologforening*, 56 (10), 940 – 941.

Ekeland, T. J., Stefansen, J. & Steinsø, N. O. (2011). Klinisk autonomi i evidensens tid. Styringspolitiske utfordringer for klinisk praksis. *Tidsskrift for Velferdsforskning*, 14, 2–14.

Fineide, M., & Ramsdal, H. (2014). Prosesstenking: Utvikling av standardiserte pasientforløp og behandlingslinjer. I Vabø, M & Vabo, S.I. (Red.), *Velferdens Organisering* (S.108-121). Oslo: Universitetsforlaget.

Frances, A. (2013). *Saving Normal. An Insiders revolt against out-of-control psychiatric diagnoses, DSM-5, big pharma and the medicalization of ordinary life*. New York: Harper Collins.

Friberg, J. H. (2015a) Hvor står NPM-debatten nå? *Tidsskrift for norsk psykologforening*, 52(6), 522-523.

Friberg, J. H. (2015b). New Public Management og helseprofesjonenes ansvar. *Matrix – Nordisk tidsskrift for psykoterapi*, 32(2), 69-79.

Gordon, S. A., & Reiter, E. R. (2016). Effectiveness of critical care pathways for head and neck cancer surgery: A systematic review. *Heal Neck*, 38(9), 1421-1427.

Grund, J. (2006). *Sykehusledelse og helsepolitikk. Dilemmaenes tyranni*. Oslo: Universitetsforlaget.

Grund, J. (2019). *Mål og resultatstyring - balansens kunst*. Oslo: Spekter. Hentet fra: https://spekter.no/Global/Publikasjoner/JanGrund_Målogresultatstyring_sider.pdf.

Grønvold, A. C. B. (2017). *Pakkeforløp ved Oslo universitetssykehus – Innføring og organisering* (Masteroppgave). Det medisinske fakultet. Avdeling for helseledelse og helseøkonomi. Institutt for helse og samfunn. Universitetet i Oslo.

Guilfoyle, S. (2012) «On Target? – Public Sector Performance Management: Recurrent Themes, Consequences and Questions» *Policing*, 6 (3), 250 - 260.

Halvorsen, P. (2015, 10.desember). En størrelse passer ikke alle. Hentet fra: <https://www.psykologforeningen.no/foreningen/aktuelt/aktuelt/en-stoerrelse-passer-ikke-alle>. Lest: 8.04.2020.

Haynes, R. B. (2002). What kind of evidence is it that evidence-based medicine advocates want health care providers and consumers to pay attention to? *BMC Health Services Research*, 2(3), 1-17.

Heinrich, Carolyn J. (2007). False or fitting recognition? The use of high performance bonuses in motivating organizational achievements, *Journal of Policy Analysis and Management*, 26, 281–304.

Heinrich, C. J. & Marschke, G. (2010). Incentives and their Dynamics in Public Sector Performance Management Systems. *Journal of Policy Analysis and Management*, 29(1), 183–208.

Heinskou, T., Alberdi, F. & Jordet, H. (2015). Psykiatriske behandlingsspakker: Erfaringer fra Danmark. *Morgenbladet*. Debattartikkel 21. september 2015. Hentet fra: <https://morgenbladet.no/ideer/2015/09/psykiatriske-behandlingsspakker-erfaringer-fra-den-danske-kliniske-dagligdag>. Lest: 3.04.2020.

Helsedirektoratet (2014a) *Implementering av pakkeforløp for kreft, Nasjonalplan for implementering av pakkeforløp for kreft 2014 – 2015*. Oslo: Helsedirektoratet

Helsedirektoratet (2014b). *Sammen om mestring. Veileder i lokalt psykisk helsearbeid og rusarbeid for voksne. Et verktøy for kommuner og spesialisthelsetjenesten*. IS-2076. Oslo. Helsedirektoratet.

Helsedirektoratet (2015a). *Internasjonalt perspektiv på psykisk helse og helsetjenester til mennesker med psykiske lidelser*. IS-2314. Oslo: Helsedirektoratet.

Helsedirektoratet (2015b). *Psykisk helsevern for voksne – prioriteringsveileder*. Oslo. Helsedirektoratet

Helsedirektoratet (2016). *Prosjektbeskrivelse for pakkeforløp for psykisk helse og rus*. Oslo: Helsedirektoratet.

Helsedirektoratet (2017). *Innsatsstyrt finansiering – regelverk*. IS-2568. Oslo: Helsedirektoratet. Hentet fra: https://helsedirektoratet-helsenett-xpqa.enonic.cloud/tema/finansiering/innsatsstyrt-finansiering-og-drg-systemet/innsatsstyrt-finansiering-isf/ISF-regelverket%202017%20IS-2568.pdf/_/attachment/inline/2f16be9d-929b-415b-9f44-b68919899746:0d36d29b0cb5581e644766f8d92b127d16c733ec/ISF-regelverket%202017%20IS-2568.pdf. Lest: 07.04.2020.

Helsedirektoratet (2018). *Nasjonal plan for implementering av pakkeforløp for psykisk helse og rus*. IS.2734. Oslo. Helsedirektoratet

Helsedirektoratet (2019a). *Psykisk lidelse – voksne. Pakkeforløp*. Oslo. Helsedirektoratet. Hentet fra: <https://www.helsedirektoratet.no/pakkeforlop/psykiske-lidelser-voksne>. Lest

27.02.20.

Helsedirektoratet (2019b). *Psykiske lidelser – barn og unge. Pakkeforløp*. Oslo. Helsedirektoratet. Hentet fra: <https://www.helsedirektoratet.no/pakkeforlop/psykiske-lidelser-barn-og-unge>. Lest 27.02.20.

Helsedirektoratet (2019c). *Rusbehandling (TSB). Pakkeforløp*. Oslo. Helsedirektoratet. Hentet fra: <https://www.helsedirektoratet.no/pakkeforlop/rusbehandling-tsb>. Lest 27.02.20.

Helsedirektoratet (2019d). *Psykoselidelser, inkludert mistanke om psykoseutvikling – barn, unge og voksne. Oslo*. Helsedirektoratet. <https://www.helsedirektoratet.no/pakkeforlop/psykoselidelser-inkludert-mistanke-om-psykoseutvikling-barn-unge-og-voksne/kartlegging-og-utredning-psykose-pakkeforlop>. Lest 07.04.20.

Helsedirektoratet (2019e). *Spiseforstyrrelser hos barn og unge. Pakkeforløp*. Oslo. Helsedirektoratet. Hentet fra: <https://www.helsedirektoratet.no/pakkeforlop/spiseforstyrrelser-hos-barn-og-unge>. Lest 08.04.2020.

Helsedirektoratet (2019f). *Tvangslidelse (OCD). Pakkeforløp*. Oslo. Helsedirektoratet. <https://www.helsedirektoratet.no/pakkeforlop/tvangslidelse-ocd>. Lest 07.04.2020.

Helsedirektoratet (2019g). *Gravide og rusmidler. Pakkeforløp*. Oslo. Helsedirektoratet. Hentet fra: <https://www.helsedirektoratet.no/pakkeforlop/gravide-og-rusmidler>. Lest 07.04.2020.

Helsedirektoratet (2019h). *Somatisk helse og levevaner ved psykiske lidelser og/eller rusmiddelproblemer. Pakkeforløp*. Oslo. Helsedirektoratet. Hentet fra: <https://www.helsedirektoratet.no/pakkeforlop/somatisk-helse-og-levevaner-ved-psykiske-lidelser-og-eller-rusmiddelproblemer>. Lest: 08.04.2020.

Helse og omsorgsdepartementet (2012). *God kvalitet – trygge tjenester. Kvalitet og pasientsikkerhet i helse- og omsorgstjenesten* (Meld. St. 10 (2012–2013)). Hentet fra: <https://www.regjeringen.no/contentassets/b9f8d14c14634c67a579a1c48a07c103/no/pdfs/stm201220130010000dddpdfs.pdf>

Helse og omsorgsdepartementet (2019). *Oppdragsdokument 2019. Helse Sør-Øst RHF*. Oslo. Helse og omsorgsdepartementet.

Helsepersonelloven (2019). Lov om helsepersonell m.v. Lov–2019–04-10. Hentet fra: <https://lovdata.no/lov/2019-04-10-11>.

Helse Sør Øst (2019). Oppdrag og bestilling 2019 for Akershus Universitetssykehus HF. Hentet fra: <https://www.helse-sorost.no/Documents/Oppdragsdokument%20til%20HF/2019/Oppdrag%20og%20bestilling%202019%20-%20Akershus%20universitetssykehus%20HF.pdf>.

Helsetilsynet (2010). *Distriktpsikiatriske tenester – likeverdige tilbud? Oppsummering av landsomfattende tilsyn i 2008 og 2009 med spesialisthelsetjenester ved*

- distriktpsikiatriske senter* (Rapport 3: 2010). Oslo: Helsetilsynet. Hentet fra: <https://www.helsetilsynet.no/publikasjoner/rapport-fra-helsetilsynet/2010/distriktpsikiatriske-tjenester-likeverdige-tilbud/>.
- Hoffart, A. & Urnes, S. J. (2015). Bedre med pakkeforløp enn selvstandardisering. *Morgenbladet* 25. september 2015. Hentet fra: <https://morgenbladet.no/ideer/2015/09/bedre-med-pakkeforlop-enn-selvstandardisering>.
- Hood C. (1991). A Public Management for all Seasons? *Public Adm.* 69, 3–19.
- Hood C. (1995). The “new public management” in the 1980s: Variations on a theme. *Accounting, Organ Soc*, 20(2–3), 93–109.
- Høie, B. (2015). Ikke likt men like godt. *Morgenbladet* 18. september 2015. Hentet fra: <https://morgenbladet.no/ideer/2015/09/ikke-lik-men-godt>. Lest 05.04.2020.
- Høstmølingen, Andreas (2014) «Klinisk ekspertise og New Public Management» *Tidsskrift for norsk psykologforening* 51(6): 453-460
- Jacobsen, D. I. & Thorsvik J. (2013). *Hvordan organisasjoner fungerer* (4. utg.). Bergen: Fagbokforlaget.
- Johnsen, Å. (2007) *Resultatstyring i offentlig sektor: konkurranse uten marked*. Bergen: Fagbokforlaget.
- Johnsen, Å. (2010). Resultatstyringens mytologi: Hvorfor bruker forvaltningen mål- og resultatstyring når dette er så omstridt? *Nordiske Organisasjonsstudier*, 12 (1): 5–28.
- Johnsen, Å. (2013) *Målstyring, medvirkning og muligheter*. Oslo: Unio
- Johnsen, Å. & Larsen, A.C. (2015). Mål- og resultatstyring i norske kommuner: Virkninger for produktivitet og effektivitet. *Nordiske organisasjonsstudier*, 17 (19), 31 – 61.
- Karlson, B. (2015). Markedsliberalistiske forskyvninger i det psykiske helsefeltet – om forholdet mellom politisk styring og faglig disiplinering. *Nordisk Tidsskrift for Helseforskning*, 2 (11), 153 – 162.
- Kendell, R., & Jablensky, A. (2003). Distinguishing Between the Validity and Utility of Psychiatric diagnoses. *American Journal of Psychiatry*, 160, 4-12.
- Kjøllestad, J. G. & Iversen, H. H. (2014). *Pasienters erfaringer med døgnopphold innen psykisk helsevern. Resultater etter en landsdekkende undersøkelse i 2014*. Rapport fra Kunnskapssenteret nr. 9–2014. Oslo: Nasjonalt kunnskapssenter for helsetjenesten. Hentet fra: https://fhi.brage.unit.no/fhi-xmli/bitstream/handle/11250/2478487/K_PasOpp_2014_09_dognopphold.pdf?sequence=2
- Kvamsdahl, M. (2016). *Bruk av lean metode i pakkeforløp. En studie fra psykisk helsevern i Danmark*. Masteroppgave. Det medisinske fakultet. Avdeling for helseledelse og helseøkonomi. Institutt for helse og samfunn. Universitetet i Oslo.

- Levant, R. F., & Hasan, N. T. (2008). Evidence-based practice in psychology. *Professional Psychology: Research and Practice*, 39(6), 658–662. <https://doi.org/10.1037/0735-7028.39.6.658>
- Liverød, T. (2019). Pakkeforløp og bullshit. Dagsavisen 27. mai 2019. Hentet fra: <https://www.dagsavisen.no/debatt/pakkeforlop-og-bullshit-1.1529670>.
- Lægred, P. & Neby, S. (2016) «Gaming, Accountability and Trust: DRGs and Activity-Based Funding in Norway», *Financial Accountability & Management*, 32(1), 57-79.
- Lægred, P., Paul G. Roness, P.G. & Rubecksen, K. (2006) «Performance Management in Practice: The Norwegian Way». *Financial Accountability and Management*, 22 (3), 251-270.
- Løkke, P. A. (2014). Når depresjon blir et nasjonalt problem – En kritikk av retningslinjeideologien. *Tidsskrift for norsk psykologforening*. 51, 122-131.
- Magnussen, Jon. (2019, 16. september). vridningseffekt. I *Store medisinske leksikon*. Hentet 26. februar 2020 fra <https://sml.snl.no/vridningseffekt>
- Mahdi, S. (2016). *Mål- og resultatstyring i offentlig psykisk helsevern for voksne: En casestudie av tre voksen-/allmennpsykiatriske poliklinikker*. Masteroppgave. Det samfunnsvitenskapelige fakultet. Institutt for statsvitenskap. Universitetet i Oslo.
- Malterud, K. (2017). *Kvalitative forskningsmetoder for medisin og helsefag*. Oslo. Universitetsforlaget.
- Mikkelsen C. H., Bussey M, Asger, R., Jensen, R. (2011). Benchmarking af psykiatrien 2010. Danske Regioner.
- Mintzberg, H. (1979). *The Structuring of Organizations. A Synthesis of The Research*. NJ. Prentice Hall.
- Mintzberg, H. (1981). Organization design: Fashion or fit? *Harvard Business Review*, 59 (1), 103 – 116.
- Molander, A., Grimen, H. & Eriksen, E.O. (2012). Professional Discretion and Accountability in the Welfare State. *Journal of Applied Philosophy*. 29 (3). 214 – 230.
- Molven, O. (2015). *Helse og Jus* (8. Utg). Oslo. Gyldendal.
- Norsk psykologforening (1998). Ethiske prinsipper for nordiske psykologer. Hentet fra: <https://www.psykologforeningen.no/medlem/etikk/etiske-prinsipper-for-nordiske-psykologer>. Lest: 05.04.2020.
- NOU 1991: 28. (1991) *Mot bedre vitende: Effektiviseringsmuligheter i offentlig sektor*. Oslo: Arbeid og administrasjonsdepartementet. Hentet fra: <https://www.nb.no/statsmaktene/nb/47094a098db5788a8184a2ca35a34362?index=9#3>. Lest 30.4.2020.

Næs, S. (2019). Jeg kan hjelpe pasienten min, hvis jeg får tid. Dagsavisen 9. juli 2019. Hentet fra: <https://www.dagsavisen.no/debatt/jeg-kan-hjelpe-pasienten-min-hvis-jeg-far-tid-1.1551400>.

O'Flynn, J. (2004). From New Public Management to public value: Paradigmatic change and managerial implications. *The Australian Journal of Public Administration*, 66, 353-366.

OECD (2014), *OECD Reviews of Health Care Quality: Norway 2014: Raising Standards*, OECD Reviews of Health Care Quality, OECD Publishing, Paris, <https://doi.org/10.1787/9789264208469-en>. Lest 7.4.2020.

Paris, J. (2008). *Prescriptions for the mind. A critical View of contemporary Psychiatry*. New York. Oxford University press. Inc.

Paris, J. (2013). *The Intelligent Clinician`s guide to the DSM-5*. New York. Oxford University press. Inc.

Pasient og brukerrettighetsloven (2019). Hentet fra: <https://lovdata.no/lov/2019-12-20-104>. Lest: 8.4.2020.

Pettersen, I. J. & Fallan, L. (2010). Mål og mening? – Om styringsdilemmaer i offentlig sektor. *Praktisk økonomi & finans*, 1(27), 99-111.

Prioriteringsforskriften (2000). Forskrift om prioritering av helsetjenester, rett til nødvendig helsehjelp fra spesialisthelsetjenesten, rett til behandling i utlandet og om klagenemd. Hentet fra: <https://lovdata.no/forskrift/2020-02-04-119>. Lest: 08.04.2020.

Psykisk helsevernloven (2017). Hentet fra: <https://lovdata.no/lov/2017-12-15-107>. Lest: 08.04.2020.

Regier, D. A., Narrow, W. E., Kuhl, E. A., & Kupfer, D. J. (2009). The Conceptual Development of DSM-IV. *American Journal of Psychiatry*, 166, 645-650.

Riksrevisjonen (2016). Riksrevisjonens undersøkelse av ressursutnyttelse og kvalitet i helsetjenesten etter innføringen av samhandlingsreformen. Dokument 3:5 (2015-2016). Hentet fra: <https://www.riksrevisjonen.no/globalassets/rapporter/no-2015-2016/samhandlingsreformen.pdf>. Lest 08.02.2020.

Robins, E., & Guze, S. B. (1970). Establishment of Diagnostic Validity in Psychiatric Illness: Its Application to Schizophrenia. *American Journal of Psychiatry*, 126, 983-987.

Rotter, T., Kinsman, L., James E.L, Machotta, A. Gothe, H. Willis, J. Snow, P. & Kugler, J. (2010). Clinical pathways: effects on professional practice, patient outcomes, length of stay an hospital costs (review). *Cochrane Database of Systematic Reviews* 2010, 3. Art. No.: CD006632.

Rønnestad, M. H. (2008). Evidensbasert praksis i psykologi. *Tidsskrift for norsk psykologforening*, 45 (4), 444 – 454.

Salas, E., King, H.B, & Rosen, M.A. (2012). Improving teamwork and safety: Toward a practical systems approach, commentary on Deneckere et al. *Social Science & Medicine*, 75, 986 – 989.

Schön, D. A. (1991). *The Reflective Practitioner: How Professionals Think in Action* (2.utg). New York: Basic Books.

Sosial og helsedepartementet (1998). *Om opptrappingsplan for psykisk helse 1999 – 2006. Endringer i statsbudsjettet for 1998.* (st.meld.nr. 63 (1997 – 1998))
<https://www.regjeringen.no/no/dokumenter/stprp-nr-63-1997-98-/id201915/>. Lest 8.04.2020.

Sosial- og helsedirektoratet (2006). *Distriktpsikiatriske sentre – med blikket vendt mot kommunene og spesialiserte sykehusfunksjoner i ryggen* (Veileder IS-1388). Oslo: Sosial- og helsedirektoratet

Spesialisthelsetjenesteloven (2019). Hentet fra: <https://lovdata.no/lov/2019-12-20-103>. Lest: 07.04.2020.

Senter for statlig økonomistyring (2010). *Resultatmåling. Mål- og resultatstyring i staten*. Oslo: Senter for statlig Økonomistyring.

Stangeland, T. (2020). Unnvikende selvmordsforebygging. *Tidsskrift for norsk psykologforening*, 57 (39), 216 - 218.

Stänicke, E., Oddli, H. W., Halvorsen, M. S. & Benum, K. (2015). Psykoterapiforskningen støtter ikke pakkeforløp. *Morgenbladet* 2. oktober 2015. Hentet fra:
<https://morgenbladet.no/ideer/2015/10/psykoterapiforskningen-stotter-ikke-pakkeforlop>.

Stefansen, J. & Haugen, N.O.S (2006). *Den kliniske autonomiens vilkår* (Hovedoppgave). Det psykologiske fakultet. Universitetet i Bergen.

Strand, N. (2012). Psykologer i skvis. *Tidsskrift for norsk psykologforening*, 49(3), 269- 274.

Tessand, H. (2019). Helseminister, vi har gjort jobben for deg. *Dagsavisen*. 22. juni 2019. Hentet fra: <https://www.dagsavisen.no/debatt/helseminister-vi-har-gjort-jobben-din-for-deg-1.1542155>.

Utvåg, K.M., Steinkopf, S. & Holgersen, H. (2014). Vilkår for klinisk autonomi og dens betydning for god praksis. *Tidsskrift for norsk psykologforening*, 51(10), 861 – 867.

Vogt, H. & Pahle, A. S. (2015). Likeverd på samleband. *Morgenbladet* 11. september 2015. Hentet fra: <https://morgenbladet.no/ideer/2015/09/likeverd-pa-sambleband>. Lest 04.04.2020.

Wampold, B.E. (2015). How important are the common factors in psychotherapy? An update. *World Psychiatry*, 14, 270–277.

Weber, M. (2019). *Makt og byråkrati* (9. utg). Oslo. Gyldendal.

Ådnanes, M., Kaspersen, S.L., Melby, L. & Lassemo, E. (2020). *Pakkeforløp for psykisk helse og rus. Fagfolks erfaringer det første året*. SINTEF Digital Helsetjenesteforskning. 2020:0064. Hentet fra: https://www.sintef.no/globalassets/sintef-digital/helse/sintef-2020_00064-evaluering-av-pakkeforlop-psykisk-helse-og-rus.pdf.

Vedlegg / Appendiks

Vedlegg 1: Samtykkeskjema intervju

Vedlegg 2: Godkjenning fra Norsk senter for forskningsdata

Vedlegg 3: Intervjuguide behandlere

Vedlegg 4: Intervjuguide ledere

Vedlegg 5: Arbeidsprosess og fordeling av arbeid

Vedlegg 1: Samtykkeskjema intervju

Vil du delta i forskningsprosjektet Implementering av pakkeforløp i DPS ene i psykisk helsevern?

Dette er et spørsmål til deg om å delta i et forskningsprosjekt hvor formålet er å se på implementeringen av pakkeforløp i psykisk helsevern.

I dette skrivet gir vi deg informasjon om målene for prosjektet og hva deltakelse vil innebære for deg.

Formål

Vi er studenter ved medisinsk fakultet hvor vi gjennomfører et erfaringsbasert masterstudium i helseadministrasjon ved avdeling for helseledelse og helseøkonomi.

I vår masteroppgave ønsker vi å studere hvordan behandlere og ledere i psykisk helsevern opplever innføringen av pakkeforløp i 2019. Vi ønsker videre å se på hvilken virkning innføringen av pakkeforløp har på de som arbeider i psykisk helsevern. Vil pakkeforløpene endre hva behandlere og ledere tenker på, er opptatt av og fokuserer på i sitt arbeide? Er elementene i pakkeforløpene konsistente med hva behandlere opplever som viktig i sitt arbeide?

Vi ønsker å intervju ca. 15 personer ved 3 ulike DPS på Østlandet. Dette vil være behandlere i psykisk helsevern samt teamledere, seksjonsledere og avdelingsledere.

Hvem er ansvarlig for forskningsprosjektet?

Universitetet i Oslo, medisinsk fakultet, institutt for helse og samfunn, avdeling for helseøkonomi.

Oppgaven veiledes av professor Frode Veggeland.

Hvorfor får du spørsmål om å delta?

Vi har kontaktet 3 utvalgte DPS innenfor Helse sørøst. Disse er innenfor ulike helseforetak og er av ulik størrelse. Etter avtale med DPS leder har vi fått lov til å kontakte deg som en av flere. Vi ønsker å intervjuere behandlere, samt ledere på nivå 3 og 4, til sammen omtrent 15 personer.

Hva innebærer det for deg å delta?

Vi ønsker å gjennomføre et intervju med deg på ca 1 time. Intervjuet vil være semistrukturert med åpne spørsmål hvor det vil være mulig for deg å gi utfyllende svar. Spørsmålene vil være orientert om opplevelse og vurderinger knyttet til innføringen av pakkeforløp i psykisk helsevern. Intervjuet vil bli tatt opp digitalt. Deretter blir det transkribert og anonymisert. Det vil ikke være mulig å koble informasjon til informanten etter transkripsjon.

Vår primære kilde til informasjon vil komme fra ledere og behandlere i DPS, men vi kommer også til å gjøre tekstanalyse av sentrale dokumenter.

Det er frivillig å delta

Det er frivillig å delta i prosjektet. Det vil ikke ha noen negative konsekvenser for deg hvis du ikke vil delta eller senere velger å trekke deg.

Hvis du velger å delta, kan du når som helst trekke samtykke tilbake uten å oppgi noen grunn. Alle identifiserbare opplysninger knyttet til deg vil da bli slettet.

Ditt personvern – hvordan vi oppbevarer og bruker dine opplysninger

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

- De digitale lydfilene vil kun være tilgjengelig for masterstudentene Tom Ellingsen og Petter Danielsen. Transkribert materiale vil også være tilgjengelig for veileder professor Frode Veggeland i anonymisert form.
- I publikasjonen av rapporten vil det ikke være mulig å knytte opplysninger til enkeltpersoner eller behandlingssted.

- Lydfiler vil være oppbevart på en harddisk i låst metallskap.

Hva skjer med opplysningene dine når vi avslutter forskningsprosjektet?

Prosjektet skal etter planen avsluttes senest 31 august 2020. Da vil lydfilene fra intervjuene bli slettet.

Dine rettigheter

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

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

Hva gir oss rett til å behandle personopplysninger om deg?

Vi behandler opplysninger om deg basert på ditt samtykke.

På oppdrag fra Medisinsk fakultet, institutt for helse og samfunn, avdeling for helseøkonomi

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

Hvor kan jeg finne ut mer?

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

- Universitetet i Oslo, institutt for helse og samfunn ved professor Frode Veggland. Frode.Veggeland@medisin.uio.no eller telefon: 22850529
- Student Tom Ellingsen Tom.Ellingsen@studmed.uio.no eller mobil 922 84 138
- Student Petter Danielsen Petteda@studmed.uio.no eller mobil 922 88 996
- Vårt personvernombud: Maren Magnus Voll. personvernombud@uio.no
- NSD – Norsk senter for forskningsdata AS, på epost (personvertjenester@nsd.no) eller telefon: 55 58 21 17.

Med vennlig hilsen

Prosjektansvarlig
Professor Frode Veggland
(Forsker/veileder)

Masterstudent
Tom Ellingsen

Masterstudent
Petter Danielsen

Samtykkeerklæring

**Jeg har mottatt og forstått informasjon om prosjektet
Implementering av pakkeforløp i DPS ene i psykisk helsevern og
har fått anledning til å stille spørsmål. Jeg samtykker til:**

- å delta i semistrukturert intervju

Jeg samtykker til at mine opplysninger behandles frem til prosjektet er avsluttet, senest 31 august 2020.

(Signert av prosjektdeltaker, dato)

Vedlegg 2: Godkjenning fra Norsk senter for forskningsdata

Meldeskjema for behandling av personopplysninger

Page 1 of 3

NSD sin vurdering

Prosjekttittel
Implementering av pakkeforløp i DPS ene i psykisk helsevern.

Referansenummer
113006

Registrert
10.05.2019 av Petter Danielsen - petter.danielsen@studmed.uio.no

Behandlingsansvarlig institusjon
Universitetet i Oslo / Det medisinske fakultet / Institutt for helse og samfunn

Prosjektansvarlig (vitenskapelig ansatt/veileder eller stipendiat)
Frode Veggeland, frode.veggeland@medisin.uio.no, tlf: 22850529

Type prosjekt
Studentprosjekt, masterstudium

Kontaktinformasjon, student
Petter Danielsen, petter.danielsen@studmed.uio.no, tlf: 92288996

Prosjektperiode
01.08.2019 - 31.08.2020

Status
22.07.2019 - Vurdert

Vurdering (1)

22.07.2019 - Vurdert

Det er vår vurdering at behandlingen av personopplysninger i prosjektet vil være i samsvar med personvernlovgivningen så fremt den gjennomføres i tråd med det som er dokumentert i meldeskjemaet med vedlegg den 22.07.2019, samt i meldingsdialogen mellom innmelder og NSD. Behandlingen kan starte. MELD ENDRINGER dersom behandlingen av personopplysninger endrer seg, kan det være nødvendig å melde dette til NSD ved å oppdatere meldeskjemaet. På våre nettsider informerer vi om hvilke endringer som må meldes. Vent på svar før endringer gjennomføres. TYPE OPPLYSNINGER OG VARIGHET Prosjektet vil behandle alminnelige kategorier av personopplysninger frem til 31.08.2020. LOVLIG GRUNNLAG Prosjektet vil innhente samtykke fra de registrerte til behandlingen av personopplysninger. Vår vurdering er at prosjektet legger opp til et samtykke i samsvar med kravene i art. 4 og 7, ved at det er en frivillig, spesifikk, informert og utvetydig bekreftelse som kan dokumenteres, og som den registrerte kan trekke tilbake. Lovlig grunnlag for behandlingen vil dermed være den registrertes samtykke, jf. personvernforordningen art. 6 nr. 1 bokstav a. PERSONVERNPRINSIPPER NSD vurderer at den planlagte behandlingen av personopplysninger vil følge prinsippene i personvernforordningen om: - lovlighet, rettferdighet og åpenhet (art. 5.1 a), ved at de registrerte får tilfredsstillende informasjon om og samtykker til behandlingen - formålsbegrensning (art. 5.1 b), ved at personopplysninger samlles inn for spesifikke, uttrykkelig angitte og berettigede formål, og ikke behandles til nye, uforenlige formål - dataminimering (art. 5.1 c), ved at det kun behandles opplysninger som er adekvate, relevante og nødvendige for formålet med prosjektet - lagringsbegrensning (art. 5.1 e), ved at personopplysningene ikke lagres lengre enn nødvendig for å oppfylle formålet DE REGISTRERTES RETTIGHETER Så lenge de registrerte kan identifiseres i datamaterialet vil de ha følgende rettigheter: åpenhet (art. 12), informasjon (art. 13), innsyn (art. 15), retting (art. 16), sletting (art. 17), begrensning (art. 18), underretning (art. 19), dataportabilitet (art. 20). NSD vurderer at informasjonen om behandlingen som de registrerte vil motta oppfyller lovens krav til form og innhold, jf. art. 12.1 og art. 13. Vi minner om at hvis en registrert tar kontakt om sine rettigheter, har behandlingsansvarlig institusjon plikt til å

✎ Skriv ut

<https://meldeskjema.nsd.no/vurdering/5c8fda9f-2a8f-4dd9-9d37-bff47e452c5d>

05.08.2019

Meldeskjema for behandling av personopplysninger

Page 2 of 3

svare innen en måned. FØLG DIN INSTITUSJONS RETNINGSLINJER NSD legger til grunn at behandlingen oppfyller kravene i personvernforordningen om riktighet (art. 5.1 d), integritet og konfidensialitet (art. 5.1 f) og sikkerhet (art. 32). For å forsikre dere om at kravene oppfylles, må dere følge interne retningslinjer og/eller rådføre dere med behandlingsansvarlig institusjon. OPPFØLGING AV PROSJEKTET NSD vil følge opp ved planlagt avslutning for å avklare om behandlingen av personopplysningene er avsluttet. Lykke til med prosjektet! Kontaktperson hos NSD: Elizabeth Blomstervik Tlf. Personverntjenester: 55 58 21 17 (tast 1)

<https://meldeskjema.nsd.no/vurdering/5c8fda9f-2a8f-4dd9-9d37-bff47e452c5d>

05.08.2019

Vedlegg 3: Intervjuguide behandlere

Intervjuguide – behandlere/klinikere

Hvor lenge har du jobbet som kliniker i det psykiske helsevernet for voksne?

Hvilke pasientgrupper er det dere behandler her hovedsakelig?

Vi lurer på hvordan du som kliniker har opplevd prosessen med innføring av pakkeforløp?

Positivt negativt

Praksis

Hvordan opplever du nå pakkeforløp, 10 måneder etter innføringen i din hverdag? Hvordan har de fungert praktisk?

Har pakkeforløpene påvirket eller endret måten du jobber på som behandler?

Hva har vært positivt?

Hva har vært negativt?

Har innføringen av pakkeforløpene i noen grad påvirket de kravene som stilles til deg som behandler? Har kravene endret seg? Hvordan har du opplevd det?

- *Dokumentasjon*
- *tidspress*

Pakkeforløpene inneholder jo flere målkrav, f.eks basisutredning innen 6 uker. Oppnår du kravene i pakkeforløpene?

Oppnås disse kravene/målsetningene på bekostning av noe annet?

Har innføringen av pakkeforløp endret ditt syn på hva som er viktig i arbeidet med pasientene?

Endret fokus i pasientbehandlingen? Endret hva du prioriterer?

Har de økte gjennomstrømningskravene i pakkeforløpene ført til endringer i hvordan du prioriterer blant pasientene dine? Eksempelvis slik at du må avslutte behandlinger tidligere enn du ønsker/ vurderer som riktig? *Eller ved at du prioriterer pasienter som er under utredning fremfor de som er i behandling. Eksempelvis ved at du gir sjeldnere timer til de som er i behandling.*

Hvilke effekter har kodingen i pakkeforløpene på din arbeidshverdag/arbeidet du utfører? Fører de til at du endrer fokus på hva som er viktig? *Blir det viktigere å få de riktige kodene fremfor å gi den behandlingen du mener er riktig?*

Hva brukes disse registreringene til? Fører disse til noe positivt for arbeidet som utføres?

(Er det noe du mener burde telles/måles i arbeidet i dag men som ikke gjør det?) skal bare kanskje brukes

Tilpasninger til systemet

Har det hendt at terrenget har blitt tilpasset kartet?

Har du hørt om at behandlere koder «strategisk» (tilpasser kodingen?) for å klare kravene i forløpene?

- *f.eks kode klinisk beslutning selv om utredning ikke er ferdig?*
- *Kode utvidet utredning for å få tid nok til å utrede? (Har ikke tid for å utrede komprimert nok)*

Har du hørt om at behandlere har tilpasset seg ved å «jukse» med kodingen? F.eks ved å kode aktiviteter som ikke har blitt gjort?

C. Autonomi

Vil du si at pakkeforløpene standardiserer arbeidet som utføres? På hvilken måte?

Er dette positivt eller negativt?

Opplever du, etter innføring av pakkeforløpene, at din mulighet/ditt rom til å gjøre selvstendige faglige vurderinger har endret seg? Har dette påvirket dine muligheter for å utøve skjønn?

Har muligheten til å tilpasse behandlingen etter behovene og preferansene til hver enkelt pasient endret seg?

Hvor stor fleksibilitet/kontroll/frihet opplever du at du har over behandlingen og tilbudet som gis pasientene? Har dette endret seg etter innføring av pakkeforløpene?

Opplever du at pakkeforløpene legger føringer for hvordan du skal arbeide/ din faglige aktivitet? På hvilken måte? Hvordan opplever du det? *Blir noe nedprioritert som følge av kravene i pakkeforløpene?*

Opplever du at det utøves press fra ledelsen for å oppfylle kravene i pakkeforløpene selv om det går på tvers av dine egne vurderinger?

Hva synes du om det? Hvor viktig synes du det er at behandlerne har muligheter til å gjøre selvstendige valg i behandlingen?

D. Kvalitet/legitimitet

Pakkeforløpene har en del målsetninger. Kjenner du til disse? Likeverdige tjenester, økt brukermedvirkning, sammenhengende og koordinerte pasientforløp, unngå unødig ventetid, bedre ivaretagelse av somatisk helse og levevaner.

Vil du si at pakkeforløpene, og de målsetningene disse har, medfører en reell endring i kvaliteten på pasientbehandlingen? På hvilken måte?

Til det bedre? Evt. hva? Til det verre? Evt. hva

Opplever du en motsetning mellom kravene i pakkeforløpene, og det å gjøre en faglig god jobb som kliniker? På hvilken måte? Tror du tidspresset svekker kvaliteten i arbeidet som utføres?

Opplever du at det har blitt vanskeligere eller lettere å gjøre en faglig god jobb etter at pakkeforløpene kom? På hvilken måte?

Vil du si at du som behandler føler eierskap til pakkeforløpene?

I hvilken grad mener du kravene i pakkeforløpene støtter oppom de faglige standardene du ønsker å arbeide etter?

(Hvis du kunne bestemme – hadde du ønsket eller ikke ønsket at pakkeforløp skulle innføres?)

(Enkelte hevder at systemet/pakkeforløpene fører til en avprofesjonalisering av feltet At en går fra å være behandler til å bli en tekniker– hva mener du?)

E. Avrunding

Før vi runder av, lurer vi bare på om det er noe jeg burde spurt om. Er det noe du ikke har formidlet, som du ønsker å formidle?

Vedlegg 4: Intervjuguide ledere

Intervjuguide – ledere.

1) Hvilken stilling har du og hvor lenge har du hatt den?

A. Generelt

Hvordan vil du si at innføringen av pakkeforløpene (PF) har gått så langt?

Hva har vært positivt?

Hva har vært negativt?

Endring i praksis

Har innføringen av pakkeforløp medført noen endringer for måten ditt nivå (avdeling, seksjon, team) arbeider på?

- *Hvordan dere organiserer dere?*
- *Hva dere fokuserer på, bruker tid på? (kontroll/oversikt)*
- *Måten dere tenker om drift på?*
- *Andre områder?*

Har det ført til noen endring med hensyn til pasientflyten?

Positivt?

- negativt?

Påvirker pakkeforløpene arbeidet som behandlerne/klinikerne utfører?

På hvilken måte?

Har innføringen av pakkeforløpene påvirket de faglige vurderingene som gjøres i din avdeling, seksjon, team ?

Positivt Negativt?

- *Avsluttes pasienter tidligere?*
- *Sjeldnere timer?*

Går dette på tvers av andre/faglige vurderinger, den faglige virksomheten?

Endres faglige prioriteringer og gjøres det andre faglige valg?

Måltallene/kravene

Vil du si at målkravene i pakkeforløpene innvirker på driften på noen måte?

Positiv?

- Negativt?

- *Har det endret presset på behandlere? (for å fylle målkravene?)*
- *Press på å oppfylle målene i pakkeforløpene selv om det går på tvers av andre faglige vurderinger?*
- *Eller å overføre pasienten fra utredning til behandling for tidlig*
- *Tilpasse terrenget til kartet?*

Måler dere individuell måloppnåelse?

Følges behandlerne opp individuelt mht. kravene i pakkeforløpene?

Får individuelle prestasjoner konsekvenser? Eventuelt på hvilke måter?

Autonomi

Vil du si at din avdeling, seksjon team gis tilstrekkelig frihet til å styre behandlingsforløpene slik dere ønsker?

- *Type behandlingsopplegg*

Hvor stor kontroll/frihet har de enkelte klinikerne over behandlingen og tilbudet som gis pasientene?

Pasientgjennomstrømning - inntak og avslutning av pasienter -

I hvor stor grad vil du si at pakkeforløpene standardiserer arbeidet klinikerne utfører?

- *Positiv? - negativt? - reduserer ønsket variasjon?*

Vil du si at behandlernes faglige autonomi blitt hemmet eller fremmet som følge av innføringen av pakkeforløp? *Påvirker pakkeforløpene behandlerens mulighet til selvstendige bestemmelser på noen måte? På hvilken måte? Innskrenker? Utvider?*

- *Hvilke konsekvenser har dette eventuelt fått?*

Tror du det er et ønske om mer autonomi hos klinikerne?

Tror du klinikerne opplever at det har blitt vanskeligere eller lettere å gjøre en faglig god jobb etter at pakkeforløpene kom?

Kvalitet/legitimitet/ledelse

Hva har innføringen av pakkeforløp medført for deg som leder?

Har innføringen av pakkeforløp påvirket måten DPSet/seksjonen/enheten ledes på?

- *Hva du bruker tid på - Hva du fokuserer på*
- *Mer eller mindre tid/fokus/opptatt av*
- *Hvis mer av noe, hva brukes det mindre tid på?*
- *drift/administrasjon*
- *faglig fokus*

Har det medført noen andre endringer med tanke på hvordan du leder DPSet/seksjonen/enheten?

Kvalitet/legitimitet/motivasjon

Tenker du at innføring av pakkeforløp innebærer en reell kvalitetsforbedring for pasientene?

Opplever du at du kan stå inne for innholdet i forløpene?

Vil du si at behandlerne «eier» pakkeforløpene?

Går målsetningene med pakkeforløpene på tvers av, eller samsvarer de med, de interessene/målsetningene som behandlerne har?

Har pakkeforløp hatt noen utilsiktede negative konsekvenser?

Avrunding

21) Før vi runder av, lurer vi på om det er noe vi burde spurt om knyttet til tematikken vi har vært innom som vi ikke har spurt om! Er det noe du ikke har formidlet, som du ønsker å formidle?

Vedlegg 5

Arbeidsprosess og fordeling av arbeid

Oppgaven har blitt skrevet i fellesskap av Petter Danielsen og Tom Ellingsen.

Det ble innledningsvis avholdt en serie møter mellom oss to der vi hadde omfattende diskusjoner om utvikling av problemstillinger, metode, utvalg, design, gjennomføring av intervjuer og disposisjon av oppgaven. Den konkrete planlegging av tidspunkt for intervju og etablering av kontakt med de aktuelle DPSene ble utført av Danielsen. Begge deltok i gjennomføringen av alle intervjuene. Etter intervjuene hadde vi flere møter der vi gjennomgikk datamaterialet med tanke på bearbeiding, strukturering og analyse. Vi fordelte så analyseoppgaver mellom oss, for deretter igjen å arbeide med det i fellesskap for å få det til å bli helhetlig og enhetlig.

I skrivingen av innledning og teoridel har Ellingsen og Danielsen hatt ansvar for ulike deler som har blitt flettet sammen til en helhet. Begge ga innspill til hverandre på de ulike delene. Metodedelen er i hovedsak ført i pennen av Ellingsen, med innspill og kommentarer fra Danielsen. Analysekapitlet er resultat av mange timers diskusjon over lang tid og hvor utkast ble laget, diskutert og endret. Begge har bidratt inn i disse delene. Begge har bidratt med første utkast til ulike seksjoner av disse kapitlene. Utkastene har så blitt gjennomgått og drøftet i fellesskap, og vi har skrevet videre på, og videreutviklet, hverandres utkast. Ellingsen har skrevet første utkast til diskusjonskapitlet og Danielsen har bidratt med innspill og forbedringer. Begge har bidratt skriftlig inn i dette kapitlet. Ellingsen har hatt hovedansvar for utforming av referanseliste mens Danielsen har hatt hovedansvar for tabeller og nummerering av kapitler.

