



Pakkeforløp

Hvilke muligheter og utfordringer ser profesjoner i ambulant team tilknyttet pakkeforløp for personer med ROP-lidelser?

Kandidatnummer: 72

VID vitenskapelig høyskole

Diakonhjemmet

Fordypningsoppgave

Videreutdanning i rus-og avhengighetsproblematikk

Kull: VURUS17

Antall ord: 8782

Dato 23.05.19.

Sammendrag

Alle som henvises til psykisk helsevern eller tverrfaglig spesialisert rusbehandling skal tilbys pakkeforløp, og ulike diagnoser gir ulike forløp. Jeg har undersøkt hvilke muligheter og utfordringer profesjonsarbeidere i ambulant team ser tilknyttet pakkeforløp for personer med ROP-lidelser. Jeg valgte en kvalitativ forskningsmetode i oppgaven, og intervjuet kollegaer fra ulike arbeidssteder. Det vises til teori om ruslidelser, psykoselidelser og ROP-lidelser, samt pakkeforløp. I tillegg presenteres teori om profesjoner, New Public Management, bakkebyråkrati og wicked problems, da dette kan bidra til økt forståelse av funn fra intervjuene.

Med utgangspunkt i dette har jeg forsøkt å besvare problemstillingen, og fant at spenningsfeltet mellom organisatoriske forhold og klinisk arbeid medfører flere utfordringer enn muligheter. Mulighetene sees i sammenheng med økt brukermedvirkning og samarbeid, mens utfordringene i hovedsak relateres til opplevelse av ressursmangel, mindre fleksibilitet, krav om standardisering, deprofesjonalisering og tap av autonomi. Informantene har foreløpig liten erfaring med pakkeforløp, men funnene antyder at forløpene må evalueres, revideres og i større grad tilpasses pasientgruppen underveis.

Innholdsfortegnelse

SAMMENDRAG.....	2
1 INNLEDNING.....	4
1.1. BAKGRUNN FOR VALG AV TEMA, OG PRESENTASJON AV PROBLEMSTILLING	4
1.2. PLAN FOR OPPGAVEN OG AVGRENSNINGER	5
2 METODE	6
2.1. VITENSKAPSSYN OG VALG AV METODE	6
2.1.1. <i>Kvalitativt intervju.....</i>	7
2.2. VALG AV INFORMANTER	7
2.3. FØRFORSTÅELSE.....	8
2.4. ANALYSE AV DATA	9
2.5. KRITIKK AV METODE.....	9
3 TEORETISK PERSPEKTIV	11
3.1. RUSLIDELSE OG AVHENGIGHET.....	11
3.2. PSYKOSELIDELSE OG SCHIZOFRENI	11
3.3. ROP-LIDELSE	12
3.3.1. <i>Oppfølging av personer med ROP-lidelser.....</i>	12
3.4. PAKKEFORLØP FOR PSYKISK HELSE OG RUS	13
3.5. NEW PUBLIC MANAGEMENT	14
3.6. PROFESJONER	15
3.6.1. <i>Bruk av skjønn og profesjonsutøveres ansvar.....</i>	16
3.7. BAKKEBYRÅKRATI	17
3.8. WICKED PROBLEMS	18
4 PRESENTASJON OG DRØFTING AV FUNN.....	19
4.1. PAKKEFORLØP KAN STYRKE BRUKERMEDVIRKNINGEN	19
4.2. MULIGHETER FOR BEDRE SAMARBEID.....	20
4.3. RESSURSENE MANGLER.....	22
4.4. ROP-PASIENTER PASSER IKKE INN I STANDARDISERTE PAKKER.....	25
4.5. OPPLEVELSE AV TAPT AUTONOMI OG MISTILLIT	30
5 AVSLUTNING.....	32
LITTERATUR.....	33
VEDLEGG 1	42
INTERVJUGUIDE	42

1 Innledning

1.1. Bakgrunn for valg av tema, og presentasjon av problemstilling

Jeg arbeider som psykiatrisk sykepleier i ambulant team ved DPS. Teamet er tverrfaglig, med psykiater, psykologer, sykepleiere, vernepleiere og musikkterapeut. Profesjonene samarbeider tett om pasientene, samtidig som hver behandler har mye enkeltansvar for oppfølgingen. Vi møter personer med både ruslidelse og alvorlig psykiske vansker, og mange har psykoselidelsen schizofreni.

Kombinasjonen av rus og psykiatri defineres som ROP-lidelser, og innebærer at offisielle diagnosekrav innen både rus og psykiatri er oppfylt (Fekjær, 2016). Forekomsten av rusmiddelbruk blant personer med schizofreni er større enn i normalbefolkningen ellers (Evjen, Kielland & Øiern, 2018, s. 51). Forskning viser også at mennesker med schizofreni og – eller – alvorlige ruslidelser har høyere risiko for tidlig død, sammenliknet med andre nordmenn (Storvik, 2018). Ved mitt arbeidssted er det økende utfordringer knyttet til ROP-pasienter. Den enkeltes funksjonsnivå er tilsynelatende dårligere, og det resulterer i flere innleggelse og høyere voldsrisiko. Det er hyppigere behov for bistand fra politi, og mer bruk av tvang i oppfølgingen. De ulike problemene medfører etiske dilemmaer, tillitsvansker, brutte relasjoner og opplevelse av maktesløshet både hos pasienter og utslitte hjelpere. Det er dessuten økende krav til dokumentasjon, koding og effektivitet, og alle behandlere blir målt på antall konsultasjoner hver måned.

Fra januar 2019 ble pakkeforløp for psykisk helse og rus implementert i Norge. Pakkeforløp er overordnede utrednings -og behandlingsforløp som skal sikre rett hjelp, på rett sted til rett tid (Helsedirektoratet, 2018). Pakkeforløp innebærer standardiserte tidsfrister, og vektlegger at personen skal ha medvirkning i alle avgjørelser omkring egen behandling (Helse-og omsorgsdepartementet, 2018). Hvordan kan dette innfris når personens hovedfokus er å skaffe rusmidler, dersom vedkommende mangler sykdomsinnsikt eller er preget av symptomer på psykose?

Intensjonen er at kommunene skal sørge for koordineringen av pakkeforløpene, og arbeidet forutsetter tett samarbeid mellom kommune og spesialisthelsetjeneste (Karlsen, 2018). Hvordan tenker man å løse dette i praksis? Fastleger, psykisk helse-og rusteam i kommunen er allerede presset på tid og kapasitet, mens pakkeforløp innebærer hyppige samarbeidsmøter. I vår kommune mangler både ressurser, tilpassede boliger og tilbud om meningsfylte aktiviteter til pasientene. Stram kommuneøkonomi bidrar til at ROP-retningslinjene allerede er vanskelige å innfri. Hvordan vil dette påvirke implementeringen? Vil pakkeforløp kunne tilpasses ROP-pasienter, og i tilfelle hvordan? Det har versert ulike meninger om pakkeforløp etter at regjeringen presenterte sine planer, både blant mine kollegaer, i fagmiljøet og media. Jeg ønsket å se nærmere på hvilke muligheter og utfordringer pakkeforløp medfører, og valgte følgende problemstilling:

Hvilke muligheter og utfordringer ser profesjoner i ambulant team tilknyttet pakkeforløp for personer med ROP-lidelser?

1.2. Plan for oppgaven og avgrensninger

Innledningsvis beskriver jeg bakgrunn for tema og problemstilling. Deretter følger en metodedel, før jeg presenterer teoretiske perspektiv jeg mener bidrar til å øke forståelsen av mine funn. Eksempelvis er teori om New Public Management relevant for å forstå hvordan pakkeforløp påvirker tjenestene i form av måling og styring. Videre presenteres funn fra intervjuene og drøftes i lys av teorien, før oppgaven avsluttes med en oppsummering. Problemstillingen knytter seg til spesialisthelsetjenesten og ikke kommunen. Jeg bruker vanlige begreper i ambulant team, som pasient og behandler. Min forståelse av ulike lidelser er basert på diagnosesystemet ICD-10, som vi forholder oss til på mitt arbeidssted. Alvorlighetsgraden av både den psykiske lidelsen og ruslidelsen vil variere individuelt, men oppgaven tar utgangspunkt i personer med alvorlig psykisk lidelse kombinert med ruslidelse. Flere interessante tema vil av plasshensyn ikke utdypes i stor grad, som brukermedvirkning, behandlingsrelasjon, maktbegrepet, tvangsbruk, mulige konsekvenser av deprofesjonalisering, samt ulike forklaringsmodeller om ROP-fenomenet, forebygging og behandling.

2 Metode

Metode er en strategi for å komme frem til kunnskapsutvikling (Malterud, 2017). Man kan velge ulike fremgangsmåter når man skal tilegne seg ny kunnskap, og man skiller gjerne mellom kvantitative og kvalitative metoder. Kjennetegn ved kvantitative metoder er at man innhenter opplysninger fra et stort antall enheter. Man gjør systematiske og strukturerte observasjoner fra avstand, og tilstreber nøytralitet. Det brukes gjerne spørreskjema, og dataene man innhenter brukes for eksempel til statistiske analyser. De kvantitative metodenes styrke er at de gir informasjon om målbare enheter. Ved kvalitative metoder kan man innhente opplysninger som ikke lar seg måle eller tallfeste. Forskeren går gjerne i dybden og henter mange opplysninger fra et lite, begrenset utvalg. Informasjonen skaffes via direkte kontakt med forskningsfeltet, og fremstillingen sikter mot å formidle forståelse. Forskeren ser fenomenet innenfra, og erkjenner påvirkning og delaktighet (Dalland, 2017, s. 51-53).

2.1. Vitenskapssyn og valg av metode

Vitenskapelig virksomhet handler om å få frem mest mulig sann kunnskap, og det er i hovedsak to vitenskapssyn. Naturvitenskap har sitt opphav i studier av den fysiske naturen, og humanvitenskap studerer mennesket og menneskeskapte fenomener (Dalland, 2017, s. 39).

Jeg har brukt en kvalitativ metode i oppgaven, og valgte intervju for å innhente opplysninger. En kvalitativ metode innebærer en fortolkende tilnærming til det man forsker på, og har en hermeneutisk vitenskapsteoretisk forankring (Kvale og Brinkmann, 2015). Hermeneutikk er en retning innenfor humanvitenskap. Med et hermeneutisk utgangspunkt forsøker man å finne mening i noe som er uklart, samt oppnå forståelse av grunnlaget for menneskelig eksistens (Dalland, 2017). Begrepet hermeneutikk brukes ofte sammen med begrepet fenomenologi, og fenomenologi betyr læren om fenomenene. Fenomenologiske undersøkelser retter seg mot hvordan den enkelte opplever og erfarer verden (Dalland, 2017, s. 45). Man søker altså å forstå hvordan mennesket danner en meningsfull og sammenhengende forståelse (Møller, 2018, s. 71). En kvalitativ tilnærming kan gi innblikk i menneskers tanker, holdninger, erfaringer, motiv og opplevelser, i det vi kan etterspørre mening og nyanser av hendelser og

atferd. Slik kan vi øke vår forståelse av hvorfor personer handler som de gjør (Malterud, 2017, s. 31).

«Hvis du vil vite hvordan folk oppfatter verden og livet sitt, hvorfor ikke spørre dem?»

(Kvale & Brinkmann, 2015, s. 18).

2.1.1. Kvalitativt intervju

Hensikten med intervju er blant annet å få innsikt i intervjupersonens livsverden, for så å fortolke hvilken betydning den har for vedkommende (Dalland, 2017, s. 64). Et intervju er et møte mellom mennesker, og jeg valgte individuelle intervjuer for å få best mulig kontakt med informanten. Kontakten som skapes kan være grunnleggende for utviklingen av samtalen, og viktig informasjon kan komme nettopp fordi man lytter, viser interesse og er bevisst på den andre (Dalland, 2017, s. 74). Jeg brukte en semi-strukturert intervjuform som gir mulighet for utdypende oppfølgingsspørsmål underveis. Intervjuguiden omhandler temaer jeg ønsket å belyse, med både faktabaserte og meningsbaserte spørsmål (vedlegg 1). Intervju er godt egnet dersom problemstillingen kan gi et mangfold av svar, og der kunnskapsgrunnlaget i utgangspunktet er tynt (Malterud, 2017, s. 32). Pakkeforløp innenfor rus og psykisk helse ble nylig implementert i Norge, og man har lite erfaring med dette så langt. Jeg ville undersøke hvilke tanker, refleksjoner og opplevelser ulike fagpersoner har om pakkeforløp til ROP-pasienter, og metoden gav meg muligheter til å utforske dette.

2.2. Valg av informanter

Et kvalitativt intervju sikter mot å gå i dybden, og gode samtaler med få personer kan gi mye stoff til en oppgave (Dalland, 2017, s. 76). Jeg valgte tre personer, og foretok et strategisk utvalg for å få tilstrekkelig og variert informasjon. Man foretar et strategisk utvalg dersom man velger personer man tenker er relevante for problemstillingen (Dalland, 2017, s. 57). Alle informantene jobber med målgruppen for problemstillingen, men har ulik profesjonsbakgrunn og arbeidserfaring, forskjellig kjønn, ansvarsområder og arbeidssteder i ulike kommuner. De

fikk informasjon om tema og hensikt med oppgaven, anonymisering og taushetsplikt, samt at de sto fritt til å trekke seg fra deltakelse når som helst. Intervjuene ble gjort på deres arbeidsplass, og foregikk uten lydopptak.

Jeg leste litteratur jeg fant aktuell for oppgaven, og lastet ned informasjon om pakkeforløp fra Helsedirektoratet. Jeg søkte etter innlegg om pakkeforløp i den offentlige debatten, og fant flere interessante artikler på bloggen til Henrik Vogt (Vogt, 2015). Jeg lette også etter relevant teori i pensumlitteratur, andre fagbøker, snakket med kollegaer og medstudenter. I tillegg deltok jeg på implementeringskonferanse om pakkeforløp på mitt arbeidssted. Jeg brukte databaser som Google Scholar, Bibsys og biblioteksdatatabasen Oria, og søkeord var blant annet pakkeforløp, ROP-lidelser, New Public Management, wicked problems, velferdsstaten og profesjoner.

2.3. Førforståelse

Uavhengig av metode vi bruker eller hva vi ønsker å forske på, så påvirker forskerens person prosessen og resultatet. Dette gjelder spesielt i kvalitative studier, der det viktigste verktøyet for tolkning av materialet er forskeren selv (Malterud, 2017). Førforståelse består av ulike erfaringer, faglige perspektiv, hypoteser og teoretisk referanseramme, og har innflytelse på måten vi samler, leser og tolker data (Malterud, 2017, s. 44). Den kan i stor grad påvirke opplysningene som kommer frem, og bør klargjøres før intervjuet finner sted (Dalland, 2017, s. 79). Både informantene og jeg som intervjuer hadde med oss vår egen førforståelse inn i samtalen. Jeg har fulgt debatten både i media og på arbeidsplassen om pakkeforløp, og har vært skeptisk til hvordan et slikt standardisert behandlingsopplegg skal kunne møte ROP-pasientenes individuelle behov. Min arbeidsdag preges ofte av uforutsigbarhet, samarbeid og stor grad av fleksibilitet, samt behov for å kunne tilpasse oppfølgingen til den enkelte. Samtidig er jeg veldig positiv til intensjonene med pakkeforløp, og ønsket derfor å fordype meg i tematikken.

2.4. Analyse av data

Det kvalitative intervjuet lar seg aldri repetere, og forskjellige intervjupersoner kan gi ulike svar på samme spørsmål. Analysen hjelper med å finne ut hva intervjuet forteller, mens tolkningen av opplysningene søker meningen i det man har fått vite (Dalland, 2017, s. 79). Intervjuguidens spørsmål startet med «hva» og «hvordan», og jeg renskrev notatene kort tid etter intervjuene. Dette gjorde jeg for å sikre at jeg fikk med meg mest mulig av informasjonen, slik at denne kunne analyseres og tolkes best mulig i etterkant. Tolkning skjer uavhengig av hvilken metode forskeren bruker, og man påvirker empiriske data på ulike måter. Ved kvalitativ metode skal de empiriske dataene i størst mulig grad reflektere informantens erfaringer og meninger (Malterud, 2017, s. 41-42).

En tematisk bearbeiding av flere intervju forutsetter at man har fulgt intervjuguiden, og at man har berørt de samme temaene med alle informantene. Ved å inndele i mindre deler, kan det bli lettere å forstå det personen har formidlet (Dalland, 2017). Jeg fulgte intervjuguiden i alle intervjuene. Etterpå laget jeg overskrifter av alle spørsmålene, og samlet svarene fra de forskjellige intervjuene under hvert av disse. Dette gjorde jeg for å kunne sammenlikne svarene og få best mulig oversikt. Deretter så jeg etter emner som gikk igjen, og sorterte disse i ulike underkategorier som «bedre samarbeid», «økt brukermedvirkning», «ressursmangel», «gode intensjoner», «ROP-pasienter passer ikke inn», «mistillit til profesjoner».

2.5. Kritikk av metode

Pakkeforløp er nytt innenfor psykisk helse og rus i Norge. Det er derfor ikke forsket mye på dette, og erfaringene er få. Jeg innser at min førforståelse til en viss grad kan ha påvirket forskningen, idet resultatet samsvarer mye med mine opprinnelige antakelser. Intervjuguiden hadde ferdig formulerte spørsmål, og disse spørsmålene var styrende for samtalen. Samtidig var jeg bevisst på å stille utdypende spørsmål underveis.

Det å fortelle om sin arbeidshverdag og faglige dilemmaer krever betydelig tillit, og det forutsetter at forskeren er bevisst på å utøve en respektfull og forsvarlig forskningsetikk i forhold til dem som intervjues (Malterud, 2017, s. 216). Jeg intervjuet kollegaer i oppgaven, og de gav muntlig samtykke til at opplysningene kunne brukes. Jeg brukte ikke lydopptak, men noterte underveis i samtalen. Ulempen med dette var at min oppmerksomhet skiftet til og fra intervjupersonen og notatblokkene, samt at det ble skrevet endel i stikkordsform. Dette kan ha skapt begrensninger i kontakten til intervjupersonen, da jeg i disse øyeblikkene ikke hadde blikkontakt eller fulgte med på kroppsspråk og mimikk. På en annen side kan dette ha bidratt til at personen fikk små tenkepauser, samt at ved bruk av lydopptak kan intervjupersonen føle seg hemmet fra å uttale seg fritt. Sitatene som brukes er nedskrevet ned ord for ord, og validiteten er sjekket med intervjupersonen.

3 Teoretisk perspektiv

3.1. Ruslidelse og avhengighet

Begrepet ruslidelse er en samlebetegnelse for skadelig bruk og avhengighet, av både lovlige og illegale rusmidler (Evjen et. al, 2018, s. 24). I nasjonalfaglige retningslinjer for ROP-lidelser omfatter begrepet ruslidelse både avhengighet, skadelig bruk og misbruk (Helsedirektoratet, 2012, s. 17). ICD-10 skiller mellom begrepene skadelig bruk og avhengighet. Skadelig bruk relateres til skade påført personens psykiske eller somatiske helse, uten at det nødvendigvis foreligger et avhengighetssyndrom. Avhengighet utvikles over en viss tid etter gjentatt stoffmisbruk, og vil kunne påvirke personens atferd, kognisjon og fysiologi (WHO, 1999). Dette innebærer vanligvis toleranseutvikling, abstinenser uten bruk, samt en sterk trang til å ta stoffet til tross for skadelige konsekvenser (Helsedirektoratet, 2012, s. 18).

Begrepet avhengighet kan forstås på ulike måter, og er ikke et avgrenset fenomen (Fekjær, 2016). Man kan for eksempel være avhengig av ernæring, eller av at noen bryr seg om en. Avhengighet kan også forstås som betegnelse på sykdom, der kjemiske stoffer påvirker hjernen og gjør at man taper kontroll. Kontrolltap er vesentlig i forståelsen av avhengighet. Det er ikke nødvendigvis en livslang tilstand, men man vil som regel være sårbar overfor det rusmiddelet man har vært avhengig av. Alle rusmidler kan gi avhengighet, og avhengighet av en type rusmiddel øker ofte risiko for avhengighet av andre (Evjen et. al, 2018, s. 80-82).

3.2. Psykoselidelse og schizofreni

Psykoser er samlebetegnelse på psykiske lidelser der personen har nedsatt eller manglende realitetstestende evne (Helsedirektoratet, 2013, s. 129). Psykoselidelsene som defineres som schizofreni, er de mest utfordrende både for den det gjelder og for behandlingpersonell (Evjen et. al, 2018, s. 28.) Selve ordet schizofreni betyr spaltet sinn, og viser til at pasientene lider av en omfattende oppløsning av de mentale prosessene. Schizofreni kjennetegnes av

realitetsbrist, hallusinasjoner, vrangforestillinger og følelsesavflating i varierende grad. Tilstanden kan utvikle seg forskjellig, og rammer gjerne unge voksne. Diagnosen er stigmatiserende og omdiskutert, og det drøftes i dag hvorvidt den bør avskaffes (Møller, 2018).

3.3. ROP-lidelse

Både ruslidelse og psykisk lidelse vil hver for seg kunne skape store vansker for den enkelte, og å ha en ROP-lidelse øker risikoen for tilbakefall og frafall i behandling (Skårderud, Haugsgjerd & Stänicke, 2016, s. 438). Det finnes flere forklaringsmodeller om måten rusbruk og psykiske symptomer påvirker hverandre gjensidig (Evjen et. al. 2018, s. 24-29). Studier viser at psykoser og samtidig rusmiddelbruk ofte fører til lengre psykoseepisoder, hyppigere tilbakefall og innleggelser, aksentuering av symptomer, nedsatt funksjonsnivå og redusert motivasjon for behandling. I tillegg øker voldsrisikoen (Helsedirektoratet, 2013, s. 36). En norsk studie fra 2018 forteller at personer med schizofreni og alvorlige ruslidelser har henholdsvis fire og syv ganger så høy risiko for tidlig død sammenliknet med andre. Gjennomsnittsalderen for de med begge lidelsene er 47 år (Jakobsen, 2019).

3.3.1. Oppfølging av personer med ROP-lidelser

Forskning viser at langvarige relasjoner er særlig viktig i oppfølgingen av ROP-pasienter (Helsedirektoratet, 2012, Evjen et al, 2018). Målsettingen for oppfølgingen vil variere fra person til person, og endrer seg ofte underveis i behandlingsforløpet. Det handler ikke mest om å dempe symptomer, men å bedre livskvalitet, tilrettelegge for arbeid, en god bolig og et meningsbærende liv (Landheim, Wiig, Brendbekken, Brodahl & Biong, 2016, s. 169). For ROP-pasienter med schizofreni anbefales integrert behandling over tid. Dette innebærer at behandling av begge lidelser skjer samtidig, og av samme helsepersonell (Helsedirektoratet, 2012, s. 60, Evjen et. al, 2018, s. 123-125). Det anbefales oppsøkende metoder, og ambulant virksomhet er et eksempel på dette. Begrepet ambulant betyr å gå eller bevege seg fra sted til sted, og tilby tjenester på en arena der pasienten ønsker å møte en (Evjen et al, 2018, s. 228).

3.4. Pakkeforløp for psykisk helse og rus

Et av kjennetegnene ved helse-og velferdstjenestene er utviklingen av prosessenkning, blant annet standardiserte pasientforløp og behandlingslinjer (Vabo & Vabø, 2014, s. 108). Samhandlingsreformen ble innført i Norge i 2012, og et hovedbegrep her er helhetlige pasientforløp (Grimsmo, Kirchhoff & Aarseth, 2015). Reformen fastslo at den delvis dårlige tilgjengeligheten på psykisk helsehjelp kan skyldes organisering, arbeidsmetoder og samarbeid, vel så mye som ressurser. Den beskrev fragmenterte tjenester, behov for mer forebygging, bedre koordinering og økt brukermedvirkning. For å bedre samhandlingen var et av tiltakene å standardisere pasientløp på tvers av forvaltningsnivåene (Helse-og omsorgsdepartementet, 2009, s. 112).

Pakkeforløp er et standardisert pasientforløp, og Norge innførte pakkeforløp for 28 ulike kreftdiagnoser i løpet av 2015. Resultater så langt viser at utredning og behandling har kommet raskere i gang, og pasienter og pårørende rapporterer om bedre forutsigbarhet (Helse-og omsorgsdepartementet, 2017). I august 2015 annonserte statsminister Erna Solberg at det også skulle innføres pakkeforløp innen psykisk helse. Hun viste til suksessen med pakkeforløp innenfor kreftomsorgen, og påpekte at standardiserte pakkeforløp i psykisk helsevern skulle bidra til raskere, bedre og mer forutsigbar utredning og behandling for pasientene (Solberg, 2015). Beslutningen var også inspirert av erfaringer som er gjort i Danmark, der de har hatt pakkeforløp for ikke-psykotiske pasienter siden 2011 (Alfarnes, 2016).

Pakkeforløp bygger på nasjonale og internasjonale faglige retningslinjer, og har fokus på brukermedvirkning, likeverdig behandling og bedre ivaretagelse av somatisk helse og gode levevaner. Samhandling mellom førstelinjetjenesten og spesialisthelsetjenesten er også viktig (Helsedirektoratet, 2018). Alle som henvises til psykisk helsevern eller tverrfaglig spesialisert rusbehandling skal tilbys pakkeforløp, og ulike diagnoser gir forskjellige pakker. De første generelle og overordnede pakkeforløpene ble lansert og publisert i september 2018, mens noen tilstandsspesifikke pakkeforløp ble publisert i desember 2018. Pakkeforløp for psykoselidelser gjaldt fra 15. februar 2019, og bygger i hovedsak på nasjonal faglige

retningslinje for utredning, behandling og oppfølging av personer med psykoselidelser (Helsedirektoratet, 2019).

Koding er vektlagt i pakkeforløp. Man skal for eksempel legge inn en kode ved oppstart, første fremmøte, ved bruk av ulike standardiserte verktøy, når pasient eller pårørende er informert om forskjellige behandlingsformer, ved utarbeidelse av diverse planer og samhandling med fastlegen. Forløpstider måles og ivaretas ved at det legges inn koder på definerte målepunkter i forløpet (Helsedirektoratet, 2018). Å avvike fra anbefalingene i pakkeforløpet kan aksepteres, men dette forutsetter dokumentert begrunnelse i journalen i hvert enkelt tilfelle. Selve ordet «pakkeforløp» vekker assosiasjoner til terminologien i New Public Management, og kan virke fremmedgjørende i en organisasjon som skal arbeide med mennesker og deres lidelse (Møller, 2018, s. 170).

3.5. New Public Management

Den norske velferdsstaten hviler på tanken om at alle skal ha like muligheter til utdanning, arbeid og helsetjenester (Damsgaard & Eide, 2012). I følge Halvard Vike er imidlertid forestillingen om et slikt samfunn en utopi, med stor avstand mellom ideal og virkelighet (Vike, 2004, s. 164). Dette kan kalles velferdsstatens kapasitetsproblem, og blir forsøkt løst med mer effektive systemer og økonomisk kontroll (Damsgaard & Eide, 2012). New Page Management (NPM) er et slikt system, og er en fellesbetegnelse på flere reformer som er gjennomført i offentlig sektor siden begynnelsen av 1980-tallet (Stamsø, 2017, s. 64). Reformene førte til en dreining fra politisk styring til mer markedsliberalistisk styring, der mål, resultat, konkurranse, marked, effektivitet og brukermedvirkning står sentralt (Trygstad, Lorentzen, Løken, Moland & Skalle, 2006, s. 89-90). Bakgrunnen var blant annet underskudd i offentlige budsjetter, lavere økonomisk vekst og økende forventninger til velferdsstaten. Det offentlige fikk etterhvert ansvar for mange oppgaver innenfor pleie og omsorg, som tidligere var private (Stamsø, 2017, s. 70).

Målsettinger ved NPM-reformene var å redusere offentlige utgifter, øke effektivitet og bedre kvalitet og service på offentlige tjenester. Det ble innført belønningssystemer for å oppnå ulike mål, med fokus mot resultatet og ikke selve arbeidsprosessen. Et eksempel på et slikt belønningssystem er innsatsstyrt finansiering av sykehustjenester, som innebærer at ulike behandlinger gir forskjellige økonomiske fordeler (Stamsø, 2017, s. 75). Hensikten med NPM var også å få kontroll på offentlige ansatte (Wyller et al, 2013). NPM-reformene har medført nye ledelsesformer og oppsplitting av sentrale administrasjonsheter. Betydningen av resultat og dyktighet vektlegges mer enn profesjon og utdanning, og lederen kan ha en helt annen profesjon enn dem de skal lede (Stamsø, 2017, s. 67).

3.6. Profesjoner

Ulf Torgersen har følgende definisjon på det han kaller en idealmodell av profesjon:

«Vi har en profesjon hvor 1) en bestemt langvarig formell utdanning erverves av 2) personer som stort sett er orientert mot oppnåelse av bestemte 3) yrker som ifølge sosiale normer ikke kan fylles av andre personer enn de med denne utdannelsen.»
(Damsgaard, 2010, s. 51).

I følge Molander og Terum (2008), er det ulike aspekter som kjennetegner en profesjon. Det performative aspektet handler om hva profesjonene gjør. De har en bestemt form for yrkesmessig spesialisering, og yter profesjonelle tjenester i kombinasjon med utøvelse av skjønn. Det organisatoriske aspektet innebærer at yrkesgruppen har kontroll over adgang til arbeidsoppgavene sine, de er politisk konstituerte, og har utviklet en kollektiv selvforståelse. De er i besittelse av en kompetanse som andre ønsker å få adgang til, og denne kunnskapen gir «fortolkningsmidler» og påvirker hvem som er berettiget velferdsgoder. Dette gir profesjonene makt, og man kan si at det er velferdsstaten som utgjør grunnlaget for denne.

Det er ikke alltid like klart hvilke yrker som er profesjoner eller ikke. Man kan snakke om ulike grader av profesjonalisering, samt at yrker også kan deprofesjonaliseres om de for eksempel mister eneretten på å utføre visse arbeidsoppgaver. Tap av autonomi i

arbeidsutførelsen kan også oppleves som deprofesjonalisering (Fekjær og Skilbrei, 2016, s. 4). Tendensene til deprofesjonalisering har økt de siste årene. Samhandlingsreformen vektlegger selve koordineringen og organisering av tjenestene, og ikke hvilke profesjoner som skal utføre disse (Ludvigsen og Danielsen, 2014, s. 12).

Det er heller ingen automatikk i forholdet mellom profesjon og profesjonalitet, idet man godt kan ha en profesjon uten at man nødvendigvis har god yrkesutøvelse (Damsgaard, 2010, s. 50). Greta Marie Skau (2002) sier profesjonell kompetanse består av teoretisk kunnskap, yrkesspesifikke ferdigheter og personlig kompetanse. Personlig kompetanse er vanskelig å definere, og kan utvikles gjennom hele livet. Den er nært knyttet til våre erfaringer, og består både av kunnskap, verdier, holdninger, ferdigheter, personlighetstrekk, fysiske egenskaper og væremåte. Den integrerte fagpersonen kan i henhold til Skau bruke både hodet, hjertet og hendene i møte med sine brukere, og er i stand til å utøve godt skjønn.

3.6.1. Bruk av skjønn og profesjonsutøveres ansvar

Alle profesjonsutøvere må bruke skjønn i arbeidet (Grimen & Molander, referert i Fekjær & Skilbrei, 2016). Profesjoner er gitt en rolle som formidlere og fortolkere, og dette er knyttet til et tillitsbasert ansvar. Det politiske fellesskapet har tiltro til at profesjonene ivaretar visse arbeidsoppgaver i kraft av sin kompetanse, og at oppgavene utføres i henhold til standarder for god yrkesutøvelse. De må selv vurdere hva som er rett å gjøre i enkelttilfeller, på bakgrunn av generell kunnskap og individuell dømmekraft. Profesjonene ansvarliggjøres for det de gjør, og må kunne gi gode begrunnelser for sine handlinger (Molander & Terum, 2008).

Det profesjonelle ansvarsbegrepet kan sies å bestå av to overlappende begrep; «responsibility» og «accountability» (Heggen & Solbrekke, 2009). Responsibility dreier seg om at profesjonsutøveren frivillig påtar seg ansvar, og på eget initiativ handler moralsk ansvarlig. Dette forutsetter at man har tid og rom til å være tilstede for en pasient, og mulighet til å vurdere ulike handlingsalternativ ut i fra hver enkelt situasjon. Jo større handlingsrommet er, desto større ansvar. Accountability dreier seg mer om kontroll enn tillit, og er forbundet til juridiske, økonomiske og organisatoriske forhold. Profesjonsutøveren har en kontraktsbunden

plikt til å stå til ansvar for sine handlinger, og handlingene kan rapporteres og kontrolleres av andre (Heggen & Solbrekke, 2009, s. 54).

3.7. Bakkebyråkrati

Profesjonsutøvere på det laveste nivået i en organisasjon kan kalles en bakkebyråkrat (Djupvik & Eikås, 2016, s. 67). I henhold til Michael Lipskys (1980) teori om bakkebyråkratiet, kjennetegnes en bakkebyråkrat av at de er ansatt i offentlig sektor, arbeider direkte med mennesker og har stor grad av myndighet og innflytelse i møter med den enkelte. Bakkebyråkrater står ifølge Lipsky overfor evige styringsdilemmaer. Arbeidet preges av selvstendighet, samhandling og bruk av skjønn, og rammebetingelser gjør at de har begrensede muligheter til å utføre jobben i samsvar med faglige idealer. Arbeidsforholdene preges ofte av ressursmangel, tvetydige og motstridende krav, stort arbeidspress og ufrivillige brukere (Lipsky, 1980).

De skjønnsmessige vurderingene lever ofte ikke opp til de politiske idealene, og bakkebyråkratene blir stadig bedt om å synliggjøre sin ansvarlighet via ulike byråkratiske kontrollkrav i organisasjonen. I henhold til Lipsky kan slike kontrollordninger innskrenke bakkebyråkratenes mulighet til å foreta individuelle vurderinger, og dermed undergrave brukerens beste (Lipsky, 1980, s. 172, Vabø og Vabø, 2014, s. 31). For å utjevne forholdet mellom ressurser og mål utvikler bakkebyråkratene ulike mestringsstrategier i arbeidet. Det kan for eksempel være å unngå kompliserte oppgaver, eller å spesialisere visse oppgaver. De følger ikke nødvendigvis retningslinjene som er bestemt på toppnivå i organisasjonen. På den måten vil de være med å forme politikken, fordi summen av deres innstas får politiske konsekvenser. Mia Vabø påpeker at det er tre fellestrekk ved bakkebyråkratier (Vabø og Vabø, 2014, s. 14):

1. Det er organisasjoner som «gjør noe med» mennesker, de skal ikke «levere noe til mennesker».

2. De er underlagt sammensatte legitimeringskrav som skal tjene allmennhetens interesser. Slike krav omhandler kostnadseffektivitet/sparsommelighet, forutsigbarhet/åpenhet og fleksibilitet/responsivitet.
3. Profesjonsutøverne står overfor «wicked problems»; uregjerlige og sammensatte problemer som overskrider ulike kompetansefelt.

3.8. Wicked problems

Gjennom profesjonsutdanningen lærer vi å formulere problemer på en bestemt måte innenfor et problemrom, med et gitt sett løsningsalternativer. Men i den virkelige verden er problemene gjerne komplekse, eller «wicked» (Jørgensen, 2010). Begrepet «wicked problems» ble lansert av Horst Rittel og Melvin Webber i 1973, for å beskrive de spesielle utfordringene innenfor helse-og sosialsektoren (Vabo & Vabø, 2014, s. 16). Wicked problems er uregjerlige, i stadig forandring og først og fremst av sosial karakter. De kjennetegnes av at det ikke finnes en tydelig problemforståelse, og heller ingen endelige løsninger. De kan ikke kategoriseres, i det de vil fremstå unikt i ulike kontekster. Dermed kan heller ikke løsninger innenfor et område overføres til et annet (Recke, 2016, Rittel & Webber, 1973, Vabo & Vabø, 2014). Problemene er ofte en konsekvens av ulike årsaker med tilknytning til andre problemer. Når man forsøker å løse dem utløses gjerne nye og uforutsette problemer på andre områder (Vestre, 2014). I følge Rittel & Webber (1973) finnes det ingen helt riktig eller gal løsning på et wicked problem, men man kan si at den er best mulig, tilfredsstillende eller god nok (s. 163). Rusavhengighet er et eksempel på et wicked problem (Recke, 2016), det samme er psykiske lidelser. Til tross for økt satsning og mer bruk av ressurser på disse tjenestene en noen gang før, er det fortsatt store utfordringer. Dette skyldes blant annet at det ikke er mulig å realisere alle de mål, ambisjoner og håp om bedre tjenester som er uttrykt (Norvoll, 2013).

4 Presentasjon og drøfting av funn

Min problemstilling dreier seg om muligheter og utfordringer profesjonsutøvere i ambulant team ser knyttet til implementeringen av pakkeforløp for ROP-pasienter. Det var enkelte tema som utpekte seg hos informantene, uavhengig av arbeidssted og profesjon. Jeg vil videre presentere funn fra intervjuene, og drøfte dem opp mot problemstillingen i lys av teori.

4.1. Pakkeforløp kan styrke brukervedvirkningen

Undersøkelsen viste at pakkeforløp gir muligheter for fornøyde pasienter og økt brukervedvirkning. Informant 1 sa: *«Pasientene vil kunne oppleve seg mer sett, idet de vil møte ulike faggrupper i utredningen. Deres stemme skal høres, og de kan bli mer fornøyde»*. Informant 3: *«Pasientene vil kunne føle seg mer tatt på alvor, ha flere rettigheter og kunne påvirke oppfølgingen mer»*. Informant 2: *«Brukervedvirkningen vil komme sterkere i fokus»*.

Hovedintensjonen med brukervedvirkning er at pasientene skal ha reell innflytelse på utforming av tjenestene. Dette kan bidra til økt kontroll og myndighet hos den enkelte pasient, og er derfor betydningsfullt både fra et humanistisk og behandlingsmessig perspektiv (Helsedirektoratet, 2012, s. 41). Når mennesker opplever seg sett og hørt, blir helingsprosesser både bedre og raskere. Hva som hjelper og hvilken hjelp som skal gis, må pasienten og profesjonsarbeideren finne ut i fellesskap (Myhra, 2012, s. 75).

Pakkeforløpene har som mål å styrke brukervedvirkning og brukertilfredshet. Dette skal blant annet sikres ved at pasienten involveres i etableringen av utrednings- og behandlingsplaner, og ved brukerutvalg og samarbeid med bruker- og pårørendeorganisasjoner. Det er også tenkt at man skal bruke «feedback verktøy» i oppfølgingen (Helsedirektoratet, 2018). Informant 3 trakk frem slikt verktøy som en mulighet til å bedre behandlingen: *«Innføring av et feedback-system vil også kunne virke konstruktivt på sikt, ved at man får en tilbakemelding fra pasientene på hva fungerer og hva fungerer ikke»*.

Profesjonsarbeiderne vil være de som innehar fagkunnskap, og denne må formidles til pasienten for at vedkommende skal kunne ta reelle valg knyttet til behandlingen (Dahle & Eskeland, 2017). Informant 1 sa:

«Hver behandler skal sørge for at den enkelte pasient er informert om ulike behandlinger som de skal kunne velge mellom. Alle behandlere må ha mangeårig utdanning for å kunne oppfylle dette. I praksis må man velge ut enkelte deler og «late» som det går bra».

På bakgrunn av dette kan man undre seg over hvor reell brukermedvirkningen blir. De tilstandsspesifikke forløpene har også sterke føringer knyttet til ulike diagnoser. Ann-Beate Myhra påpeker paradokset i at profesjonene skal arbeide med brukermedvirkning i fokus, samtidig som «systemspråket» definerer hvem og hva brukeren er eller bør være for å passe inn. Pasienter som ikke passer inn i standardiseringen, eller som ikke ønsker å tilpasse seg de oppsatte kategoriene kan komme i konflikt med systemet (Myhra, 2012).

Brukermedvirkningen påvirkes også når det opprettes tvangsvedtak. Det er oftere bruk av tvang i behandlingen av ROP-pasienter sammenliknet med andre pasienter i psykisk helsevern (Evjen et. al, 2018). Informant 3 påpekte: *«Det er utfordringer knyttet til dem som er på tvang».* Under utøvelse av tvang er det særlig viktig å møte pasienten med forståelse og respekt, og tvangsvedtak fratrar ikke bakkebyråkratenes plikt til å utøve skjønn i situasjoner (Evjen et. al, 2018, s. 249). Det å skulle balansere retten til brukermedvirkning og bruk av tvang er utfordrende, og medfører etiske dilemmaer for bakkebyråkratenes.

4.2. Muligheter for bedre samarbeid

Alle informantene mente pakkeforløp kan ha positiv innvirkning på samhandlingen mellom tjenesteyterne, og bidra til ytterligere struktur og ansvarsfordeling. Informant 1: *«Det er mer systematisert, og det ansvarliggjør både 1. og 2.linjetjenesten».* Informant 2: *«I pakkeforløp står samarbeid i fokus, og det vil styrke oppfølgingen».* Informant 3: *«Arbeidet kan styrkes*

ved at vi må jobbe mer tverrfaglig, og at vi presses til «å stikke hodene sammen» og koordinere oppfølgingen mer».

Bakkebyråkrater i ambulant team samarbeider på tvers av profesjoner innad i spesialisthelsetjenesten, samt med førstelinjetjenesten. Sitatene understreker at profesjonsarbeiderne mener samhandling er viktig for å kunne hjelpe pasientene. ROP-lidelser er wicked problems, og det forutsetter økt fokus på samarbeid og helhetlige tjenester (Ferlie et. al., referert i Bjørkquist & Hansen, 2017). Ulike studier påpeker at det kan være vanskelig å gi god hjelp til personer med ROP-lidelser, nettopp fordi problemene er så sammensatte (Helsedirektoratet, 2012, Evjen et. al., 2018) Pasientene faller fortsatt utenfor de ulike behandlingstilbudene, og det stilles store krav til samarbeid mellom ulike tjenesteytere både kommunalt og i spesialisthelsetjenesten (Evjen et. al, 2018). Helsetilsynet har gjort en risikovurdering av tjenester til personer med ROP-lidelser, og fastslår at mangel på samtidig og integrert behandling er en hovedutfordring (Helsetilsynet, 2016). Pakkeforløp skal altså bidra til gode, koordinerte og sammenhengende tjenester, og sørge for bedre samhandling mellom pasient, pårørende og tjenesteytere (Helsedirektoratet, 2018).

Informant 3 påpekte også muligheter for bedre praksis knyttet til henvisninger: *«Det vil være lettere kontakt mellom fastlegen og DPS, og kanskje vil henvisningene til spesialisthelsetjenesten bli bedre».* Forløpene retter seg først og fremst mot spesialisthelsetjenesten, men skal starte og slutte i kommunen. Man skal ha gjensidig og fortløpende dialog mellom tjenesteyterne, og allerede ved henvisning til pakkeforløp skal man samarbeide og drøfte videre behov for helsehjelp og tiltak. Det skal også være samarbeidsmøter underveis, og spesialisthelsetjenesten skal etablere en forløpskoordinator som skal være tilgjengelig for både pasient, pårørende og fastlege (Helsedirektoratet, 2018).

Pakkeforløp har også fokus på samarbeid med pårørende, og i følge Bent Høie skal pasientens pårørende involveres der det er hensiktsmessig (Helse-og omsorgsdepartementet, 2018). Informant 2 belyser dette: *«Jeg mener det vil kunne øke trygghet og forståelse, også for de pårørende».* Pårørende kan være en viktig ressurs i oppfølgingen, både som omsorgsgiver,

som pasientens representant eller som kunnskapskilde (Helsedirektoratet, 2012, s. 42). Bjørkquist & Hansen (2017) påpeker at manglende inkludering oppleves frustrerende for de pårørende, og at systematisk utveksling av informasjon kan bidra til å styrke det helhetlige tjenestetilbudet. Nasjonal faglige retningslinjer for ROP-lidelser anbefaler også at pårørende involveres så mye som mulig, dersom pasienten ønsker det. Det kan være viktig dersom pasienten mangler samtykkekompetanse, og i arbeidet med behandlingsplaner og individuelle planer. Forskning viser også at dersom pårørende deltar i samarbeidet, kan faren for tilbakefall reduseres (Helsedirektoratet, 2012). Informant 2 understreket forøvrig betydningen av et godt fungerende samarbeid dersom det var bruk av tvang: *«Dersom de er på tvunget vern, er det spesielt viktig at samarbeidet fungerer, samt at behandlingsplaner og kriseplaner oppdateres jevnlig»*.

Pakkeforløp skal altså medvirke til forbedring og et mer aktivt samarbeid, men undersøkelsen antydde også at de nye føringene om samarbeid kan gi utfordringer. Informant 2 undret: *«Hvordan skal vi få med fastleger på møter innenfor fristene, få satt av tid til all kodingen, og er egentlig kommunene forberedt på deres rolle i forløpet?»* Det brukes mye ressurser på samhandling både internt og mellom kommunen og spesialisthelsetjenesten, men risikovurderingen fra helsetilsynet påpekte at det så langt har kommet lite ut av det (Helsetilsynet, 2016, s. 20).

4.3. Ressursene mangler

Manglende ressurser var et funn alle informantene beskrev, og som kan relateres til flere av utfordringene. Informant 1 sa: *«Det er ikke satt av nok midler eller ressurser, til tross for at det forventes at det skal gjøres mer. Vi sliter med for få eller manglende ressurser, både hos oss og i kommunen»*.

De danske psykiaterne Torben Heinskou og Francisco Alberdi hevder at i stedet for å effektivisere, så har pakkeforløp medført tung, tidsrøvende administrasjon (Hanger, 2016). Dette formidles også i intervjuene, og informant 3 belyser at frister ved pakkeforløp får ulike

konsekvenser: «*Man må bruke mer tid på dette, og tiden må tas fra noe annet*». Informant 1 påpeker: «*For å klare å overholde fristene vil det kreves flere behandlere å spille på. Små team vil ikke ha nok ressurser*». Han fortsetter med: «*Jeg må bruke mer tid på å kode og si ifra til myndigheten om at jeg gjør det jeg skal, og det kan bli vanskelig å rekke alt jeg skal.*»

Etter innføringen av NPM bruker profesjonsarbeiderne langt mer tid på administrative oppgaver. Erfarne leger må bruke så mye tid på møter og rapportering av det går utover oppfølgingen av pasientene i stor grad (Wyller et. al, 2013). Informant 3 bekreftet dette: «*All tid som brukes på rapportering tas fra tiden man kunne brukt med pasientene.*»

Tore Nyseter (2011) kaller NPM for et «virus», og tar til orde for å avvikle den byråkratiske styringsmåten for å få velferden og helsevesenet på fote. Han omtaler rapportering og kontrollering av de ansatte som «virussyptomer», og påpeker at konsekvensen kan bli demotiverte arbeidere. Videre frykter han at krav om økende effektivisering vil favorisere økonomiske hensyn foran menneskelige behov og fagkompetanse. Styringsmåten krever kontroll fordi resultatene skal være målbare, og dette fører igjen til økt byråkrati og flere ressurser. Sånn sett virker NPM mot sin hensikt (Stamsø, 2017, s. 81). Informant 3 forteller: «*Ulike krav spiser av tiden til spesialistene, og manglende tid gjør at man ikke får gjort det man egentlig skal eller ønsker å gjøre.*» Informant 1 sier: «*Manglende ressurser og økonomi kan skape mer avmakt enn engasjement hos behandlere, idet disse føringene kommer på toppen av andre føringene.*»

Tidsaspektet har også flere dimensjoner. På den ene siden påvirker tidspress bakkebyråkratens arbeid negativt, samtidig ser de også mulige negative konsekvenser for pasientene. Informant 1 undrer:

«*Hvem eller hva skal prioriteres bort? I praksis må vi utrede mer, det blir mindre tid til å gi behandling, og vi må skrive ut pasienter til kommunen og komme med anbefalinger som vi vet*

de ikke vil klare å oppfylle. Det finnes ikke nok tilpassede boliger, det er for få ansatte og det er mange ufaglærte som kan kjenne seg utrygge med pasientene».

Her kommer ressursmangelen til syne på flere områder, både i forhold til boligforhold, bemanning og kompetanse.

Funnene kan også sees i sammenheng med velferdsstaten som utopi. Halvard Vike (2004) viser til hvordan den norske velferdsstaten har liten tradisjon for å sette grenser for sin gode vilje til å yte velferd. De overveldende ambisjonene må håndteres av profesjonene på ulike måter, og de føler seg ofte utilstrekkelige. Et av dilemmaene som bakkebyråkratene står i er nettopp krysspresset mellom profesjonsidealene og begrensningene de møter i arbeidshverdagen (Damsgaard & Eide, 2012, Lipsky, 1980, Vabo & Vabø, 2014). De må forholde seg til ulike føringer fra blant annet politikere, rettsvesen, politi, pasienter, pårørende, førstelinjetjenesten, ledere og kollegaer, og opplever stadig konflikter mellom ønsker, behov og det som er mulig å få til. Pakkeforløp kommer i tillegg til krav det allerede er vanskelig å innfri, og undersøkelsen viser at implementeringen oppleves som en ekstra belastning i en allerede hektisk arbeidshverdag.

Motstridende føringer gir ofte sammensatte utfordringer, og det er ingen åpenbare løsninger på de ufullstendige og skiftende kravene. Profesjonsarbeiderne jobber med wicked problems, og må selv vurdere og prioritere hvilke føringer de skal følge i ulike situasjoner. Man kan si de har makt og kontroll i møte med pasientene, fordi de i praksis utformer velferden. Samtidig mangler de makt til å ta det ansvaret de er gitt, fordi de ikke har nok ressurser til å realisere dette ansvaret (Damsgaard & Eide, 2012). Informantene formidlet et tydelig misforhold mellom ressursene og de velferdspolitiske visjonene. De gav uttrykk for at intensjonene med pakkeforløp er gode, men at de er vanskelig å oppnå i praksis. Informant 3 sa: *«Intensjonene med pakkeforløp er bra, men rammene er ikke tilrettelagt»*. Informant 1 utdyper:

«Pakkeforløp ser bra ut på papiret, men det er vedtatt en virkelighet som ikke samsvarer med hvordan det egentlig fungerer ute i verden. I utgangspunktet er alle intensjonene med det som skal gjøres bra, men utfordringene knyttes til hvordan vi skal kunne realisere dette. Jo større avstanden mellom føringene og realitetene er, desto vanskeligere er det å hjelpe pasientene videre. Trykket øket, og man må bruke mye tid på «brannslukking», krisehåndtering, vurdering av tvang og innleggelse. Man ser at pasientene ikke får god nok behandling, til tross for at planene og intensjonene høres flotte ut».

Informant 1 setter dette også i sammenheng med ressursmangelen: *«Dersom ressursene hadde vært der, ville pakkeforløp skissert et ideelt behandlingsløp for ROP-pasienter. Det er en strukturert måte å møte pasientene på, med samarbeid, bruk av kliniske verktøy og behandling som skal basere seg på klinisk kunnskap. I tillegg skal man raskere på, og man sikrer i større grad enn før pasientenes somatiske helse.»*

4.4. ROP-pasienter passer ikke inn i standardiserte pakker

Hvis man ser ROP-retningslinjene i forhold til intensjonene med pakkeforløp, kan ordningen tenkes å være et godt utgangspunkt for oppfølging av personer med ROP-lidelser. Pasientene har behov for flere tjenester fra forskjellige tjenesteytere samtidig. Skadelig bruk av rusmidler er en av de største risikofaktorene for sykdom og tidlig død, og de omfattende helseproblemene var bakgrunnen for rusreformen som ble iverksatt i 2004. Jo mer alvorlig rusproblemet er, desto høyere er forekomsten av psykiske lidelser, og omvendt (Helsedirektoratet, 2012, s. 13, St.meld. 30, 2011, s. 87). Helseminister Bent Høie viser til at mennesker med ROP-lidelser lever opp til 20 år kortere enn øvrig befolkning, og mener at organiseringen med pakkeforløp skal bidra til å endre dette (Helse- og omsorgsdepartementet, 2018). Men informantene uttrykker altså at ROP-pasientenes omfattende og sammensatte behov ikke kan håndteres i tråd med intensjonene. Problemene kan dreie seg om økonomi, boligmangel, arbeidsløshet, relasjonsvansker, kriminalitet, selvmordsrisiko, overdoser eller somatisk sykdom (Evjen et. al, 2018).

Å standardisere arbeid med wicked problems er vanskelig, og noen ganger umulig (Fineide & Ramsdal, referert i Vabo & Vabø, 2014, s. 115). At menneskebehandling organisasjoner håndterer wicked problems er i følge Mia Vabø en utfordring for det velferdspolitiske feltet som helhet, på tvers av fagfelt (Vabo & Vabø, 2014, s. 19). For å løse slike problemer forutsettes det samarbeid (Recke, 2016). Pakkeforløp legger altså opp til det, men i henhold til Rittel og Webber (1973) kreves det også fleksibilitet for å håndtere wicked problems. Flexibilitet og individualisering er grunnleggende i møte med ROP-pasienter, men informantene frykter pakkeforløp vil begrense muligheter for dette. Informant 2 sa: *«Pakkeforløp vil kunne medføre mindre fleksibilitet, noe som vil være særlig utfordrende i arbeidet med ROP-pasienter.»*

Flere funn fra undersøkelsen kan sees i sammenheng med at bakkebyråkratene skal ivareta individualiseringsprinsippet parallelt med retten til likebehandling. Informant 1 sa:

«Det skal tilbys en pakke til alle pasienter. Men jeg klarer ikke å se at alle vil kunne passe like godt inn i et pakkeforløp. Dette gjelder spesielt de dårligste ROP-pasientene, som er svært syke, forvirra og mangler samtykkekompetanse.»

Informant 2 påpekte også dette: *«Det er ikke alle som passer inn i en bås, og jeg mener at ROP-pasienter ikke passer inn i pakker. De er ikke «på» oss – det er vi som løper etter dem.»*

I et system med NPM og resultatmål som uttrykk for kvalitet, kan bakkebyråkratenes mulighet til å foreta individuelle tilpasninger fortrenses (Høstmælingen, 2014). Pasienter med samme diagnose skal ha samme pakkeforløp. Men selv om diagnosen beskriver problemet, kan hjelpebehovene variere fra person til person (Høstmælingen, 2016). Heinskou & Alberdi, påpeker at en psykiatrisk diagnose sier lite om det enkelte menneskes behov for oppfølging (Hanger, 2016). I følge Lipsky (1980) innføres rutinene for å sikre likebehandling. Resultatet kan imidlertid være at pasienten objektiveres, fordi bakkebyråkratene har mer fokus på likhetstrekk enn på det unike hos hver enkelt. I Danmark har man erfart at pakkeforløp

dehumaniserte språket og måten pasientene ble omtalt på. Pasienter med to diagnoser ble kalt «dobbeltpakker», og pakkeforløp kan således inneha et naturvitenskapelig perspektiv. Katrine Meiner har vært pasient i dansk pakkeforløp, og etterlyser mer helhetlig syn på mennesket. Hennes erfaring var at pakkeforløp ikke er individuelt nok (Gregersen & Helmers, 2016).

Legene Henrik Vogt og Andreas Saxlund Pahle var blant de første som engasjerte seg i debatten om pakkeforløp i Norge. De hevdet pakkeforløp hviler på tre premisser: 1) Sykdom er en isolert, standard «ting» 2) pasienter kan behandles som gjennomsnitt 3) behandlingen organiseres etter en industriell logikk (Vogt & Pahle, 2015, s. 3). De påpekte at å se sykdom som isolerte standard ting er reduksjonistisk, og uttrykte særlig bekymring knyttet til pasienter med mest sammensatt problematikk. Etter deres oppfatning tar ikke pakkeforløp hensyn til at menneskers komplekse lidelser kan ha forskjellige og høyst personlige løsninger (Vogt & Pahle, 2015). Dette er i tråd med hva informantene meddeler.

Til tross for gode intensjoner så viser funnene bekymring for at ROP-pasienter passer dårlig inn i standardiserte pakkeforløp. Informant 3 sa: *«Det er særlig tidsrammene som vil bli utfordrende, og dette er ekstra vanskelig knyttet til ROP-pasientene»*. Informant 1 påpekte: *«Ofte er ikke pasientene rusfrie lenge nok for eksempel, og ulike forhold gjør at veiledere og retningslinjer blir problematiske å følge.»* Informant 2 viste også til at oppfølgingen skjer ambulant: *«Tid er et viktig stikkord. De kan være vanskelig å treffe, og man må ofte bruke tid på å lete etter dem»*. Profesjonsarbeiderne i ambulant team driver med oppsøkende virksomhet, og treffer ofte pasientene hjemme eller andre steder utenfor DPS. Man bruker tid på å forflytte seg fra kontoret til der pasientene er, og de geografiske avstandene kan også variere. Oppsøkende arbeid vektlegger tilgjengelighet og en ubyråkratisk arbeidsform, og bidrar til å bygge fortrolighet og tillit (Evjen et al, 2018, s. 161). Dette samsvarer med Terje Emil Fredwall sin oppsummering av kunnskap om pasientforløp for ROP-pasienter. Han refererer til undersøkelser som fastslår at ambulante tjenester er særlig viktig, samt at arbeidsformen bør være fleksibel og tilpasset den enkeltes behov (Fredwall, 2018). Endel ROP-pasienter bor også i boliger med personale, og spesialisthelsetjenesten gir jevnlig veiledning til de ansatte og pårørende. Informantene viser til at dette krever også ressurser og tid. Informant 2 sa:

Det brukes i tillegg endel tid på å trygge personalet i boligene i kommunen. Det kreves mye veiledning i oppfølgingen, og for å få til det må man også avsette tid. ROP-lidelser er i tillegg utfordrende for de pårørende, og dette må også følges opp».

Informant 1: «Det er utfordrende at personalet mangler kunnskap om for eksempel hva en psykose er, og det kreves mye veiledning i oppfølgingen. For å få til det må man også avsette tid». Dokumentasjonskrav i pakkeforløp kan muligens medføre at bakkebyråkratene blir sittende på kontoret fremfor å bruke tid på ambulant virksomhet.

Et annet aspekt var bekymring for om tidsfrister i pakkeforløp vil påvirke behandlingsrelasjonen negativt. Informant 2 har erfart at: *«Det er tidkrevende å bygge en relasjon».* Informant 1 sa: *«Det tar lang tid å etablere en relasjon, og utredningen vil ikke kunne gjøres innenfor fristene».* Forskning antyder at bedringsprosesser hos ROP-pasienter sees i sammenheng med relasjoner, og bedringen knyttes til en opplevelse av å bli tatt på alvor som medmennesker (Biong & Soggiu, referert i Landheim et al, 2016, s. 19). Varme, empati og sympati bør være grunnleggende i relasjonen, og opplevelse av kontinuitet, tilgjengelighet og individualisering påvirker utfallet av behandling (Evjen et al, 2018, s. 119). I følge Fredwall (2018) trekker behandlere og pasienter frem relasjonen som grunnleggende for samarbeidet, og denne skal være preget av tillit og trygghet (s. 50). Arnhild Lauveng er klinisk spesialist i samfunnspsykologi, og hun påpeker at personer trenger gjensidige relasjoner. I følge Lauveng nytter det ikke med standardiserte pakker eller «en størrelse passer alle». Det er først og fremst er enkeltmennesket, og ikke ROP-lidelsen som skal behandles (Landheim et al, 2016, s. 173).

De med lidelser som ikke passer inn i pakkeforløp, eller pasienter som ikke klarer å følge standardiserte forløp nedprioriteres. Dette gjelder særlig pasienter med rusproblemer, ustabilit eller manglende fremmøte (Dunseth, u.å.). Rammene i pakkeforløp kan kanskje føre til at ROP-pasienter fortsetter å falle utenfor behandlingstilbudene. Informant 2 uttrykte også bekymring for at de velger å avslutte selv: *«Dersom de ikke er på tvang skal de i*

utgangspunktet betale oppfølgingen selv. Men mange av medikamentene koster tusenvis av kroner, og økonomiske hensyn gjør at flere velger å droppe ut av behandlingen».

Bakkebyråkratene i min undersøkelse liten erfaring med pakkeforløp så langt, idet det er kort tid siden implementeringen. På psykoseposten ved Østmarka i Trondheim, prøvde de ut pakkeforløp for psykoser allerede før 2016. Overlege Pål Sandvik, forteller om positive erfaringer, og sier at standardiserte pasientforløp ikke er noe annet enn god klinisk praksis satt i system. Han påpeker videre at klinisk praksis med pakkeforløp hverken bør eller skal avvike vesentlig fra dagens praksis (Gregersen & Helmers, 2016). Informant 2 kunne også se det slik: *«Pakkeforløp representerer ikke så mye nytt, det er egentlig sånn vi har jobbet i mange år allerede.»* Morten Kjølbbye er dansk sjefslege for psykiatri i Nordjylland, og understreker at pakkene ikke er en absolutt ramme, og skal revideres underveis. Det skal være rom for frihet til tross for standardiseringen. I følge statssekretær Anne Grethe Erlandsen, er ikke målet med pakkeforløp å sørge for at alle får samme behandling, men at behandlingen skal være like god for alle (Gregersen & Helmers, 2016). Mine funn belyser imidlertid at profesjonsarbeiderne ser det svært utfordrende å skulle omsette dette til praksis. I tillegg bekymrer de seg for om innholdet i pakkeforløpene vil være av god kvalitet. Informant 1 sa:

«Man skal tilby en «minstepakke» med et eller annet som skal skape struktur og samarbeid, samt at pasienter skal få innsikt og innflytelse på egen behandling. Det er ikke godt nok dokumentert at pakkeforløp er virksomt. Selv om erfaringene er gode innenfor kreftbehandling, så er somatikk noe annet enn psykiatri.»

Vogt & Pahle (2015) hevdet at standardiseringen i beste fall kan gi gjennomsnittsbehandling. Psykolog Andreas Høstmælingen, mener det ikke nødvendigvis er så galt å sette opp minstestandarder i et faglig perspektiv, men minner om at det som passer for den enkelte pasient kommer an på flere faktorer enn diagnosen. Han påpeker dessuten at når økonomi og effektivitetsmål blir koblet på, utvikles ofte minstemål i helsevesenet til å bli standarden (Gregersen & Helmers, 2016). Problemet er altså ikke minstepakkene i seg selv, men faren for at minstepakken skal bli en standard.

4.5. Opplevelse av tapt autonomi og mistillit

Det siste funnet handler om informantenes opplevelse av deprofesjonalisering. De administrative kravene ble også sett på som mistillit til deres faglige autonomi. Informant 1 sa dette tydeligst: *«Jeg forstår pakkeforløp som en manglende tillit til fagfolk og ledere i spesialisthelsetjenesten. Man innfører ekstra kontroll på mikronivå, for å oppfylle visjonene om et godt tilbud. Intensjonen med pakkeforløp er å «stramme opp» behandlerne».*

Man har tidligere hatt tillit til at profesjonene gir god behandling til pasientene ut i fra sitt skjønn, og at ansvarsbevisstheten har vært utviklet gjennom utdanning, erfaring og yrkesetiske normer. Ved standardiserte pasientforløp innlemmes tillit i rutiner og byråkratiske styringstiltak, og dette kan gi opplevelse av innskrenket handlingsrom hos profesjonsutøverne (Håland & Melby, 2017, s. 9). Informant 3 undrer seg over kontrolltiltakene: *«Jeg kan heller ikke se at det er hensiktsmessig å måle alt på detaljnivå. De fleste som arbeider i feltet har allerede kvalitet som et viktig fokus i oppfølgingen».*

Sykepleier Irene Tveit Kjellerød (2018), har undersøkt handlingsrommet til profesjonsutøvere i rushelsetjenesten. Hennes undersøkelse viser hvordan profesjonsutøverne kjenner en utilstrekkelighet i spenninger mellom administrativt arbeid og klinisk praksis. De beskriver at det opplevde handlingsrommet, faglige verdier og skjønnsutøvelsen utfordres av standardiserte retningslinjer og dokumentasjonskrav, og at muligheten til å ta autonome beslutninger kan kjennes svekket. Standardisering åpner også opp for at flere kan utføre arbeidsoppgaver (Abbott, referert i Kjellerød, 2018, s. 79). De samme merkantile oppgavene i pakkeforløp utføres av ulike profesjoner. Dette kan således endre maktforholdet mellom dem, og bidra til deprofesjonalisering.

Helseprofesjonenes vurderinger er utgangspunkt for å innrømme pasienters rettigheter, og for å sikre prinsippet om likebehandling for alle så øker behovet for å ansvarliggjøre profesjonene. For å imøtekomme kravet om accountability tilbyr NPM ulike styringsverktøy, uten at disse verktøyene tar høyde for at uforutsigbare situasjoner ikke så lett lar seg måle

(Høstmælingen, 2014). Resultatstyringen har resultert i bekymring rundt profesjonsarbeiderenes betingelser for å utføre en god jobb. Intensjonen med målstyringen er å sikre økt kvalitet og rettssikkerhet, men mange kritiserer kontrolltiltakene og mener de påvirker profesjonenes muligheter til å bruke subjektivt skjønn (Vabo & Vabø, 2014, s. 16). Forholdet mellom accountability og responsibility må håndteres av profesjonsutøverne i møte med hver enkelt ROP-pasient. Omsorgen skal ivaretas, samtidig som økonomiske effektivitetskrav må tas hensyn til og forvaltes i samarbeid med pasientens krav til økt brukermedvirkning (Heggen & Solbrekke, 2009). Informant 3 uttrykker bekymring for at fokuset på effektivitet skal gå utover hensynet til pasienten: *«Det kan bli utfordrende at behandlere kan bli «overivrige» for å rekke å se dem innenfor fristene, og pasientene kan bli unødvendig presset til fremgang i behandlingen.»*

Uforutsigbare situasjoner preger arbeidsdagen til profesjonsarbeiderne i ambulant team, idet ROP-pasienters behov og ønsker varierer veldig. Utydelige grenser i arbeidet medfører ofte at bakkebyråkratene selv må finne ut av hva de mener er god oppfølging, på bakgrunn av sin faglige integritet og ansvarlighet (Vike, 2004, s. 167). Informant 3 gav uttrykk for at ideologien i pakkeforløp ikke hevet kvaliteten på arbeidet: *«Og alt som måles, kodes og rapporteres sier ikke noe om at det man gjør er bra, men stjeler i stedet fokus. Det oppleves ikke som et verktøy som gjør meg bedre som behandler».*

Igjen kan vi trekke en parallell til styringsfokuset på mål og resultater i NPM. Undersøkelser i Norge viser at 80 prosent av statsansatte opplever dette systemet som demotiverende (Nyseter, 2016). Bakkebyråkratene må velge mellom å følge føringene, eller å være tro mot den enkelte pasient. På kort sikt kan løsningen være å arbeide raskere, mens det på lang sikt kan det gi demotiverte helsearbeidere, redusert ansvarsfølelse og flukt fra faget (Wyller et. al, 2016). På en annen side trenger også bakkebyråkrater tydelige føringer, hvis ikke kan det også forringe kvaliteten (Lipsky, 1980).

5 Avslutning

I denne oppgaven har jeg undersøkt muligheter og utfordringer med implementering av pakkeforløp til ROP-pasienter. Undersøkelsen avdekket at profesjonsarbeidere i ambulant team ser for seg langt flere utfordringer enn muligheter. Vanskene relateres i hovedsak til ressursmangel, rammebetingelser og kompleksiteten som ROP-lidelser fører med seg. Det oppleves særlig utfordringer knyttet til det å skulle innfri standardiserte krav parallelt med ivaretagelse av individuelle behov hos ROP-pasientene. Man mister mulighet for fleksibilitet, og administrative krav tar av tiden man ønsker å bruke sammen med pasientene. Opplevelse av deprofesjonalisering kan også relateres til krysspresset mellom administrativt og klinisk arbeid. Skjønnsmessige vurderinger må av og til vike til fordel for byråkratiske krav, og profesjonene opplever at beslutningene som tas ikke alltid er faglig basert eller til det beste for pasientene.

Samtidig er det muligheter for at pakkeforløp kan bidra til enda bedre samarbeid omkring pasientene, og at fokus på brukermedvirkning kan styrke den enkeltes opplevelse av å bli sett. Intensjonene med pakkeforløp er gode, og ideelt sett kan ordningen bli et godt hjelpemiddel i oppfølgingen av ROP-pasienter. Men dersom man skal lykkes med implementeringen av pakkeforløp mener jeg man også må vektlegge fleksibilitet og mulighet for individuell tilpasning innenfor de gitte rammene. Det forutsetter at forløpene evalueres og revideres jevnlig, på grunnlag av tilbakemeldinger fra både profesjonsarbeidere og ROP-pasienter. Det blir spennende å følge med på hvordan implementeringen utvikler seg videre.

Litteratur

Alfarnes, S. A. (01.04.16). Hvorfor skal vi adoptere pakkeforløp etter dansk modell?

Psykologtidsskriftet. Hentet fra: <https://psykologtidsskriftet.no/debatt/2016/04/hvorfor-skal-vi-adoptere-pakkeforlop-etter-dansk-modell>

Bjørkquist, C., & Hansen, G. V. (2017). Samproduksjon med pårørende til personer med ROP-lidelser. *Tidsskrift for omsorgsforskning*, 3(03), 194-203. Hentet fra:

https://www.idunn.no/tidsskrift_for_omsorgsforskning/2017/03/samproduksjon_med_paaroeer_ende_til_personer_med_rop-lidelser

Dahle, U. K., & Eskeland, A. (2017). *Implementering av pakkeforløp i psykisk helse-og rus* (Master's thesis, UiT Norges arktiske universitet). Hentet fra:

<https://munin.uit.no/bitstream/handle/10037/11186/thesis.pdf?sequence=2&isAllowed=y>

Dalland, O. (2017). *Metode og oppgaveskriving* (6.utg). Oslo: Gyldendal Akademisk

Damsgaard, H. L. (2010). *Den profesjonelle sykepleier: profesjonalitetens mange ansikter*. Oslo: Cappelen Akademisk.

Damsgaard, H. L., & Eide, K. (2012). utfordringer i velferdsstatens yrker. *Fontene forskning*, (1), 69-81. Hentet 17.01.2019, fra: <http://fonteneforskning.no/pdf-15.19493.0.3.66aa86cc6c>

Djupvik, A. R., Eikås, M. (2016). *Organisert velferd. Organisasjonskunnskap for helse-og sosialarbeidarar* (3 utg). Oslo: Samlaget.

Dunseth, G. (u.å.). *Momenter ved innføring av pakkeforløp for psykiske lidelser*.

Legeforeningen. Hentet 02.05.2019 fra:

<https://beta.legeforeningen.no/contentassets/9443f8ae12a74c5b95132b3ea78fe084/momenter-ved-innforing-av-pakkeforlop-for-psykiske-lidelser.pdf>

Evjen, R., Kielland, K. B., & Øiern, T. (2018). *Dobbelt opp: om ruslidelser og psykiske lidelser*. Oslo: Universitetsforlaget.

Fekjær, H. O. (2016). *Rus* (4. ed). Oslo: Gyldendal Norsk Forlag.

Fekjær, S. B., & Skilbrei, M. L. (2016). Profesjonsutøvelse i praksis. *Sosiologi i dag*, 46(1).

Hentet fra: <http://ojs.novus.no/index.php/SID/article/download/1247/1235>

Fredwall, T. E. (2018). Pasientforløp for personer med samtidig rusmiddellidelse og psykisk lidelse: En oppsummering av kunnskap. Hentet fra:

https://www.researchgate.net/profile/Terje_Fredwall/publication/324941907_Pasientforlop_for_personer_med_samtidig_rusmiddellidelse_og_psykisk_lidelse_En_oppsummering_av_kunnskap/links/5aec0a8f0f7e9b01d3e06e88/Pasientforlop-for-personer-med-samtidig-rusmiddellidelse-og-psykisk-lidelse-En-oppsummering-av-kunnskap.pdf

Gregersen, A-M., Helmers, A-K. B. (2016). Er det plass til hele Katrine i én pakke?

Sykepleien nr. 01. Hentet fra: <https://sykepleien.no/rapportasje/2016/01/er-det-plass-til-hele-katrine-i-en-pakke>

Grimsmo, A, Kirchhoff, R., & Aarseth, T. (2015). *Samhandlingsreformen I Norge*. Nordiske Organisasjonsstudier. 17 (3): 3-12. Fagbokforlaget. Hentet fra:

https://www.researchgate.net/profile/Ralf_Kirchhoff/publication/281294856_Samhandlingsreformen_i_Norge/links/568d3e7708ae78cc0514124d.pdf

Hanger, M. R. (08.01.2016). Psykiatrien er ikke egnet til pakkeforløp. *Dagens medisin*. Hentet 11.03.2019, fra: <https://www.dagensmedisin.no/artikler/2016/01/08/skeptisk-til-pakkeforlop-for-psykisk-helse/?a=1&&a=1&>

Heggen K., Solbrekke T. D. (2009). Sykepleieansvar – fra profesjonelt moralsk ansvar til teknisk regnskapsplikt? *Tidsskrift for arbeidsliv*. Årg. 11 Nr. 3. Hentet fra: <https://tidsskrift.dk/tidsskrift-for-arbejdsliv/article/view/108821>

Helsedirektoratet. (2012). *Nasjonal faglig retningslinje for utredning, behandling og oppfølging av personer med samtidig ruslidelse og psykisk lidelse–ROP-lidelser*. Hentet fra: <https://www.helsedirektoratet.no/retningslinjer/samtidig-ruslidelse-og-psykisk-lidelse-rop-lidelser>

Helsedirektoratet. (2013). *Nasjonal faglig retningslinje for utredning, behandling og oppfølging av personer med psykoselidelser*. Hentet fra: <https://www.helsedirektoratet.no/retningslinjer/psykoselidelser>

Helsedirektoratet. (2018). *Nasjonal plan for implementering av pakkeforløp for psykisk helse og rus 2018-2020*. IS-2734. Hentet fra: <https://www.helsedirektoratet.no/tema/psykisk-helse>

Helsedirektoratet. (2019). *Pakkeforløp ved mistanke om psykoseutvikling og psykoselidelser hos barn, unge og voksne*. Hentet fra: <https://www.helsedirektoratet.no/pakkeforlop/psykoselidelser-inkludert-mistanke-om-psykoseutvikling-barn-unge-og-voksne>

Helse- og omsorgsdepartementet. (04.05.2017). *Gode resultater med pakkeforløp for kreft*. Nr: 24/2017. Hentet 24.04.2019, fra: <https://www.regjeringen.no/no/aktuelt/gode-resultater-med-pakkeforlop-for-kreft/id2551904/>

Helse- og omsorgsdepartementet. (12.09.2018): *Nye pakkeforløp for psykisk helse og rus: Bedre behandling og mer forutsigbarhet*. Hentet 02.11.2018, fra <https://www.regjeringen.no/no/aktuelt/nye-pakkeforloepene-for-psykisk-helse-og-rus-bedre-behandling-og-mer-forutsigbarhet/id2610736/>.

Helsetilsynet. (2016). *Risikovurdering av tjenester til personer med samtidig ruslidelse og psykisk lidelse*. Rapport fra Helsetilsynet 3/2016. Hentet fra: <https://www.helsetilsynet.no/publikasjoner/rapport-fra-helsetilsynet/2016/risikovurdering-av-tjenester-til-personer-med-samtidig-ruslidelse-og-psykisk-lidelse/>

Høstmælingen, A. (05.06.2014). Klinisk ekspertise og New Public Management. *Psykologitidsskriftet*. Teksten sto på trykk første gang i Tidsskrift for Norsk psykologforening, Vol 51, nummer 6, 2014, side 453-460. Hentet 14.05.2019, fra: <https://psykologtidsskriftet.no/fagartikkel/2014/06/klinisk-ekspertise-og-new-public-management>

Høstmælingen, A. (29.03.2016). *En pakke med motsetninger*. Norsk psykologforening. Hentet 11.03.2019 fra: <https://www.psykologforeningen.no/politikk/forloepsgaranti-ikke-pakker/en-pakke-med-motsetninger>

Håland, E., Melby, L. (2017). Individualisert standardbehandling? *Norsk sosiologisk tidsskrift*, nr. 05. Hentet 31.01.2019, fra: https://www.idunn.no/norsk_sosiologisk_tidsskrift/2017/05/individualisert_standardisering

Jakobsen, S. E. (12.05.2019). *Hvorfor dør de med schizofreni lenge før andre?* Hentet 14.04.2019, fra: <https://forskning.no/psykiske-lidelser/hvorfor-dor-de-med-schizofreni-lenge-for-andre/1334499>

Jørgensen, S. (2010). Baklengs ut av fuglekassa: –Komplekse problemer krever komplekse problemformuleringer. *Tidsskriftet Norges barnevern*, 87(02), 77-89. Hentet 09.04.2019, fra: <https://www.idunn.no/tnb/2010/02/art05>

Karlsen, R. K. (29.10.2018). Pakkeforløp starter og slutter i kommunen. *NAPHA Nasjonalt kompetansesenter for psykisk helsearbeid*. Hentet 02.11.2018, fra: <https://www.napha.no/content/22795/Pakkeforlop-starter-og-slutter-i-kommunen>.

Kjellerød, I. T. (2018). *Frihetens dilemmaer i rushelsetjenesten. En studie av handlingsrom hos profesjonsutøvere i rushelsetjenesten* (Master's thesis, The University of Bergen). Hentet fra: <http://bora.uib.no/bitstream/handle/1956/17968/Masteroppgave-juni-2018.pdf?sequence=2&isAllowed=y>

Kvale, S., & Brinkmann, S. (2015). *Det kvalitative forskningsintervju* (3. utg.) Oslo: Gyldendal Norsk Forlag.

Landheim, A., Wiig, F. L., Brendbekken, M., Brodahl, M., Biong, S. (2016). *Et bedre liv: historier, erfaringer og forskning om recovery ved rusmiddelmisbruk og psykiske helseproblemer*. (1. utg, 2. opplag, 2017). Oslo: Gyldendal akademisk.

Lipsky, M., & Bureaucracy, S. L. (1980). Dilemmas of the individual in public services. *New York: Russell Sage Foundation*, 71.

Ludvigsen, K., & Danielsen, H. (2014). Ny oppgavefordeling mellom personellgrupper i helse-og omsorgssektoren: veien å gå for å sikre framtidens velferdstjenester? *Rapport Uni Research Rokkansenteret, 2*. Hentet fra: https://uni.no/media/attachments/publications/345_rapport_2_2014_ludvigsen_og_danielsen.pdf

Malterud, K. (2017). *Kvalitative forskningsmetoder for medisin og helsefag: en innføring*. Oslo: Universitetsforlaget.

Molander, A., & Terum, L. I. (2008). Profesjonsstudier–en introduksjon. *Profesjonsstudier*, 13-27.

Myhra, A. B. (2012). *Fra bruker til samarbeidspartner. Realisering av brukermedvirkning*. Bergen: Fagbokforlaget.

Møller, P. (2018). *Schizofreni: en forstyrrelse av selvet: forståelsens betydning for klinisk virksomhet*. Oslo: Universitetsforlaget.

Nyseter, T. (2016). Vekk med New Public Management. *Dagens Medisin, 11*. Hentet 12.03.2019, fra: <https://www.dagensmedisin.no/artikler/2016/04/11/vekk-med-new-public-management/>

Norvoll, R. (2013). *Samfunn og psykisk helse. Samfunnsvitenskapelige perspektiver*. Oslo: Gyldendal Akademisk.

Recke, L. (22.05.2016). Om afhængighed og behandling. *Stofmisbrug – et vildt problem*. Hentet fra: <http://lieserecke.blogspot.com/2016/05/stofmisbrug-et-vildt-problem.html>

Rittel, H. W., & Webber, M. M. (1973). Dilemmas in a general theory of planning. *Policy sciences*, 4(2), 155-169. Hentet 09.04.2019. fra: <https://link.springer.com/article/10.1007/BF01405730>

Samhandlingsreformen, H. O. D. (2009). *Rett behandling–på rett sted-til rett tid*, St. meld. nr. 47 (2008-2009). Helse-og omsorgsdepartementet. Hentet fra: <https://www.regjeringen.no/contentassets/d4f0e16ad32e4bbd8d8ab5c21445a5dc/no/pdfs/stm200820090047000dddpdfs.pdf>

Skau, G. M. (2002). *Gode fagfolk vokser-: personlig kompetanse som utfordring*. Oslo: Cappelen akademisk.

Skårderud, F., Stånicke, E., Haugsgjerd, S., Maizels, D., & Engell, S. (2010). *Psykiatriboken: sinn-kropp-samfunn*. Oslo: Gyldendal Akademisk

Solberg, E. (14.08.15). *Raskere og bedre behandling av psykiske lidelser*. Ernas blogg: <https://erna.no/2015/08/14/raskere-og-bedre-behandling-av-psykiske-lidelser/>

Stamsø, M. A. (2017). *Velferdsstaten i endring. Om norsk helse-og sosialpolitikk*. (3. utg, 1. opplag). Oslo: Gyldendal Akademisk.

St. meld. 30. (2011). *Se meg!: En helhetlig rusmiddelpolitikk: Alkohol–narkotika–doping*. Helse-og omsorgsdepartementet. Hentet fra: <https://www.regjeringen.no/no/dokumenter/meld-st-30-20112012/id686014/>

Storvik, A. G. (28.08.2018). Norsk studie: Schizofreni og alvorlig ruslidelse gir høy risiko for tidlig død. *Dagens medisin*. Hentet 02.11.2018, fra:

<https://www.dagensmedisin.no/artikler/2018/08/28/norsk-studie-schizofreni-og-alvorlig-ruslidelse-gir-hoy-risiko-for-tidlig-dod/>.

Trygstad, S., Lorentzen, T., Løken, E., Moland, L., & Skalle, N. (2006). Den nye staten. Omfang og effekter av omstillingene i staten 1990-2004. *Oslo: Fafo*. Hentet fra:

<https://www.fafo.no/images/pub/2006/530.pdf>

Vabo, S. I., & Vabø, M. (Eds.). (2014). *Velferdens organisering*. Oslo: Universitetsforlaget.

Valla, B. (25.09.15). *Det er greit å ta feil. Forstår han rekkevidden av det han nå foreslår?* Morgenbladet. Hentet 11.03.2019, fra: <https://morgenbladet.no/2015/09/det-er-greit-ta-feil>

Vestre, E. (15.09.2014). *Regjeringens uløselige problemer*. Hentet 28.01.19, fra:

<https://www.dagensperspektiv.no/synspunkt/erlend-vestre/regjeringens-uloeselige-problemer>

Vike, H. (2004). *Velferd uten grenser: den norske velferdsstaten ved veiskillet*. Oslo: Akribe.

Vogt, H. (21.09.2015). Samleside for debatten om pakkeforløp. Hentet fra:

<https://henrikvogt.com/2015/09/21/dette-er-en-samleside-for-debatten-om-pakkeforlop-i-psykiatri/>

Vogt, H., Pahle, A. S. (2015). *Likeverd på samlebånd*. Morgenbladet. Hentet fra:

<https://morgenbladet.no/ideer/2015/09/likeverd-pa-samleband>

World Health Organization. (1999). *ICD-10. Psykiske lidelser og atferdsforstyrrelser. Kliniske beskrivelser og diagnostiske retningslinjer*. Oslo: Universitetsforlaget

Wyller, V. B., Gisvold, S. E., Hagen, E., Heggedal, R., Heimdal, A., Karlsen, K., Mellin-Olsen, J., Stormer, J., Thomsen, I. & Wyller, T. B. (2013). Ta faget tilbake. *Tidsskriftet Norsk Legeforening*, 133(6), 655-659. Hentet 12.03.2019, fra:
<https://tidsskriftet.no/2013/03/kronikk/ta-faget-tilbake>

Vedlegg 1

Intervjuguide

1. Hvilken profesjon har du, og hvorfor har du valgt denne?
2. Hva slags oppfølging trenger ROP-pasienter?
3. Hva er spesielt utfordrende i arbeidet med ROP-pasienter?
4. Hvordan forstår du pakkeforløp?
5. Hvordan kan pakkeforløp styrke arbeidet med ROP-pasienter?
6. Hvordan kan pakkeforløp skape utfordringer i arbeidet med ROP-pasienter?
7. Hva vil pakkeforløp innebære for deg i din arbeidshverdag? Hva vil endre seg?
8. Hva vil pakkeforløp innebære for pasientene? Hva vil endre seg?